**Antwoorden bij ZSO Angst en depressie in de Palliatieve fase:**

1. Wat is de prevalentie van angst en depressie in de palliatieve fase?
   1. Voor angst
      1. Angst: 22 - 65%
      2. Angststoornis: 9.6%
   2. Voor depressie
      1. Depressieve symptomen: 24.4% - 39%
      2. Depressieve stoornis: 14.9%
2. Hoe verklaart je de variatie in de opgegeven cijfers?
   1. Verschillende patiënten groepen met verschillende soorten aandoeningen
   2. Verschillende ziekte stadia
   3. Verschillende meetmethoden en meetinstrumenten
3. Depressie:

Denken /spraak: monotoon, traag, geprikkeld en vijandig reageren;

Concentratie, aandacht bij het gesprek;

Stemming: somber, gedeprimeerd, geen perspectief zien en hopeloosheid, vlak affect (oftewel geen modulatie van affect zoals gewoonlijk in gesprek);

Psychomotoriek/ mimiek: afwezig, vlak, traag, geremd, bewegingsonrust /friemelen;

Gedrag: terugtrekken, isoleren, geagiteerd reageren.

Angst: Wees alert op verbale en non-verbale signalen die kunnen wijzen op angst bij patiënten in de palliatieve fase. Let bij verbale signalen op termen die de patiënt zelf gebruikt, zoals bang, eng, gespannen, zenuwachtig, gejaagd. Non-verbale signalen zijn o.a. grote pupillen, opgetrokken wenkbrauwen, bleekheid, transpireren, trillen, snelle ademhaling, rusteloosheid en gejaagdheid. Exploreer deze signalen door middel van een anamnese, bij voorkeur aangevuld met een heteroanamnese.

1. Hoe kan men deze twee diagnoses in de palliatieve fase stellen, wat zijn de sterke en zwakke kanten van de methode(s) die u gevonden heeft?
   1. Het Utrecht Symptoom Dagboek (USD) screeningsvragenlijst:
      1. Sterk: een eenvoudige manier om te screenen voor depressie, wat meteen in een breder perspectief geplaatst kan worden aangezien veelvoorkomende symptomen worden gescreend in deze lijst
      2. Zwak: verdere verdieping noodzakelijk en dient enkel al screening
   2. In de huisartsenpraktijk: 4DKL, vier dimensionele klachtenlijst
      1. Sterk: digitaal beschikbaar via een website en meet vier dimensies van psychopathologie: distress, depressie, angst en somatisatie
      2. Zwak: voornamelijk voor de huisartsenpraktijk, en je moet over een computer beschikken als patiënt
   3. HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) screeningsvragenlijst:
      1. Sterk: zeer sensitief (weinig depressies zullen gemist worden), verschaft snel informatie over gemoedstoestand van patiënt en eventueel zijn naasten
      2. Zwak: weinig specifiek, geeft veel vals positieve resultaten

1. Filosoof Rene Gudé vertelt dat er 3 grote emoties zijn; angst, woede en verdriet. Benoem in elke dimensie van palliatieve zorg een aantal punten die verdriet veroorzaken volgens de geïnterviewden. En hoort volgens u verdriet thuis bij angst of depressie?

Antwoord: Fysiek: dingen niet meer kunnen (knoop dichtmaken), lichaam takelt af. Psychisch: over naar tragiek, verdriet is proportioneel, niet meer bij je geliefden zijn. Sociaal: er niet meer bij te zijn, niet meer meedoen, ontroering, niet meer bij life events van geliefden zijn. Existentieel: zonde dat het leven weggaat, leven is heel leuk.

1. Probeert u zich in te leven in een patiënt die weet een dodelijke ziekte te hebben, wat zou jou dan angstig of neerslachtig maken? Benoem minimaal 5 aspecten.
   1. Het moeten loslaten van wat bekend is.
   2. Schrik voor het onbekende – het lijden.
   3. Bezorgdheid om de omgeving en familie: wat gaat er met hen verder gebeuren.
   4. Angst voor de aftakeling: pijn en lastige symptomen.
   5. Uitzichtloosheid en eventueel ondraaglijkheid van de situatie.
2. Welke oorzaken en risicofactoren voor depressie in de palliatieve fase worden in de richtlijn genoemd. In welke globale categorieën kunt u deze indelen?
   1. Predisponerende factoren:
      1. Jongere leeftijd
      2. Ziekte in vergevorderd stadium
      3. Belaste psychiatrische voorgeschiedenis, eerdere depressieve stoornis
      4. Hechtingsproblematiek en eerdere traumatische life events of stressvolle gebeurtenis (stressor)
      5. Het voorkomen van psychiatrische aandoeningen in familie
      6. Verslavingsproblematiek zoals afhankelijkheid van alcohol of andere middelen
      7. Persoonlijkheidskenmerken (neuroticisme en laag zelfbeeld)
      8. Eenzaamheid en gebrek aan aan sociaal netwerk en sociale steun
   2. Risicofactoren samenhangend met onderliggende somatische aandoening:
      1. Chronische (onvoldoende behandelde) symptomen vooals pijn, dyspneu en vermoeidheid
      2. Verstoord slaappatroon / slaapstoornisssen
      3. Maligniteit vooral pancreas-, long- en hersentumoren (met name frontaal gelegen)
      4. Hersenmetastasen (met name frontaal) en leptomeningeale metastasen
      5. Oncologische ulcera (met name hoofd/hals- en cervixmaligniteiten)
      6. Paraneoplastisch syndroom met positieve auto-immuun antilichamen
      7. Endocriene stoornissen (bijv. diabetes mellitus, hypo(para)thyreoïdie, bijnierschorsinsufficiëntie, M. Cushing)
      8. Neurologische aandoeningen (CVA, dementie, ziekte van Parkinson, MS, ALS)
      9. Inflammatie (infectieziekten, auto-immuunstoornissen)
      10. Anemie
      11. Vitaminedeficiënties (bijv. vitamine B1, B6, B12 en foliumzuur
      12. Elektrolytstoornissen (hypercalciëmie, hyponatriëmie, hypomagnesiëmie)
      13. Slechte lichamelijke en fysieke conditie
   3. Risicofactoren samenhangend met behandeling
      1. Radiotherapie m.n. totale schedelbestraling;
      2. Systemische therapie. Depressie is met name beschreven als bijwerking van antihormonale therapie (tamoxifen, aromatase-remmers, crypteronacetaat), chemotherapie (m.n. vinblastine, vincristine, asparaginase, capecitabine) en immunotherapie met cytokines (interferon, interleukines). Er zijn nog nauwelijks data over depressie als bijwerking van targeted therapy en hedendaagse immunotherapie.
      3. Mutilerende ingrepen.
   4. Risicofactoren samenhangend met medicatie:
      1. Corticosteroïden, anabole steroïden;
      2. Antihypertensiva, m.n. lipofiele beta blokkers (propanolol) [Verbeek 2010];
      3. Cholesterolverlagende medicatie (colestyramine, pravastatine);
      4. Antibiotica (amfotericine, ethionamide);
      5. Opioïden;
      6. (Onttrekking van) alcohol, nicotine, drugs, opioïden, corticosteroïden.
   5. Risicofactoren samenhangend met psychosociale factoren:
      1. Inadequate en beperkte coping;
      2. Verandering in uiterlijk;
      3. Rolverlies;
      4. Controleverlies en onzekerheid over toekomst;
      5. Verlies van onafhankelijkheid /autonomie;
      6. Verlies van waardigheid;
      7. Sociale isolatie.
3. Wat zou jij als professional kunnen doen aan de reacties die je bij vraag 5 benoemd hebt?
   1. Regelmatig screenen
   2. Multidimensionele diagnostiek
   3. Regelmatig gesprek en evaluatie, liefst ten huize van patiënt zodat ook de naasten betrokken kunnen worden
   4. Hulp inroepen van deskundige collega’s zodra je problemen detecteert in een van de vier dimensies: somatisch, psychosociaal of spirituele problemen
   5. Ondersteuning en bereikbaarheid bieden
   6. Een advance care plan opstellen samen met patiënt en naasten

1. Welke niet-medicamenteuze interventies zijn benoemd in de richtlijn?
   1. Depressie:
      1. Kies bij depressie voor een psychosociale interventie. Dit kan zijn ondersteunende (groeps)gesprekken, zingevingsgesprekken, een vorm van psychotherapie of een andere vorm van therapie (bijv. muziektherapie).
      2. Begin bij depressieve klachten met ondersteunende gesprekken door een arts, verpleegkundig specialist, physician assistant en/of verpleegkundige, of eventueel een POH-GGZ.
      3. Verwijs naar een geestelijk verzorger indien existentiële problematiek op de voorgrond staat.
      4. Gebruik het matched-care-principe, waarbij de behoefte van de patiënt leidend is voor de keuze van de psychosociale interventie.
   2. Angst:
      1. Kies bij angst voor een psychosociale interventie. Dit kan zijn ondersteunende (groeps)gesprekken, zingevingsgesprekken, een vorm van psychotherapie of een andere vorm van therapie (bijv. muziektherapie).
      2. Begin bij angstklachten met ondersteunende gesprekken door een arts en/of verpleegkundige of eventueel een POH-GGZ.
      3. Verwijs naar een geestelijk verzorger indien existentiële problematiek op de voorgrond staat.
      4. Gebruik het matched-care-principe, waarbij de behoefte van de patiënt leidend is voor de keuze van de psychosociale interventie.
2. In welke gevallen zijn medicamenteuze interventies voor angst en depressie geïndiceerd?
   1. Algemeen: behandel, indien mogelijk, de somatische oorzaak van angst bij patiënten in de palliatieve fase, mits dit gewenst is door de patiënt en de behandeling zinvol en haalbaar wordt geacht in het licht van de algemene toestand en de levensverwachting van de patiënt.
   2. Angst: Overweeg bij angst in de palliatieve fase medicatie voor te schrijven als blijkt dat psychosociale interventies niet of niet snel genoeg voldoende effect blijken te hebben en/of wanneer de angst zo hevig is dat het geïndiceerd is om tegelijkertijd te starten met psychosociale interventies en medicatie.
   3. Depressie: overweeg bij depressie bij patiënten in de palliatieve fase medicamenteuze behandeling met een antidepressivum of een psychostimulans in de volgende situaties:
      1. bij een depressieve stoornis: in combinatie met psychosociale interventies;
      2. bij een aanpassingsstoornis met depressieve stemming: wanneer psychosociale interventies onvoldoende effect hebben;
      3. bij matige tot ernstige depressieve symptomen en een levensverwachting < 3 maanden.
3. Bestudeer de verschillende antidepressiva genoemd in de richtlijn.
   1. Op basis waarvan zou je een keuze maken voor een bepaald middel?
      1. Tricyclische antidepressiva:
         1. Hebben vaak zeer gewenste neveneffecten (slaap bevordering) en pijnverlichting
         2. Veroorzaken wel droge mond, obstipatie, urineretentie en wazig zien, soms orthostatische hypotensie, delier
         3. Gecontra-indiceerd bij recent hart infarct (geleidingsblok!) en soms bij hoofd-halstumoren waarbij extreme droge mond niet verdragen wordt
      2. Moderne antidepressiva: selectieve serotonine heropnameremmers
         1. Gelijke werkzaamheid als TCA
         2. Let op: interacties met andere medicatie (cytochroom P-450)
         3. Vooral: citalopram, escitolopram en sertraline zijn geschikt
         4. Mirtazapine heeft sederende en eetlust bevorderende bijwerkingen wat in de oncologie vaak een voordeel is.
      3. Wekamine zoals methylfenidaat:
         1. Werken zeer snel en geven daardoor duidelijkheid in diagnose
         2. Gunstig bij sufheid en concentratieproblemen door bv opioïden
         3. Werken opwekkend
         4. Cave verslaving dus niet langdurig voorschrijven
   2. Bedenk per categorie antidepressiva bij welke patiënt deze middelen het meest geschikt zouden zijn.
      1. TCA: patiënt met hevige neuropathische pijn door plexus invasie en ernstige depressie tekens
      2. Moderne antidepressiva: zo TCA tegenaangewezen of niet werken, bv bij een Palliatieve patiënt met een recent hart infarct
      3. Methylfenidaat: extreem vermoeide, moedeloze patiënt die nog maar kort te leven heeft, maar nog veel wil regelen

Als iets onduidelijk is kan dit tijdens het Responsie college gevraagd en verduidelijkt worden