

Depressie

Vastgesteld op: 22-11-2022

Methode: evidence based

Regi houder: NVvP

Gegenereerd op: 15-09-2023

Bron: <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/depressie>

Inhoudsopgave

DEPRESSIE	6
Communicatie	6
Preventie	7
Signalering en diagnostiek	7
Behandeling van oorzaken en beïnvloedende somatische factoren	8
Psychosociale interventies	8
Medicamenteuze behandeling	9
Organisatie van zorg	10
INLEIDING	12
Aanleiding	12
Doel	12
Doelpopulatie	12
Doelgroep	12
Referenties	13
WERKWIJZE	16
Samenstelling van de werkgroep	17
Leeswijzer	17
BEGRIPSBEPALING	18
Inleiding	18
Fase van (tijdelijke) depressieve symptomen	18
Aanpassingsstoornis met depressieve stemming	18
Depressieve stoornis	19
Kernsymptomen	19
Overige symptomen	19
AFBAKENING	21
PREVALENTIE	22
OORZAKELIJKE EN BEÏNVLOEDENDE FACTOREN	23
Predisponerende factoren die een rol spelen bij depressieve symptomen/depressieve stoornis	23
Risicofactoren samenhangend met de onderliggende somatische aandoening	23
Risicofactoren samenhangend met de behandeling	23
Risicofactoren samenhangend met medicatie	23
Risicofactoren samenhangend met psychosociale factoren	24
COMMUNICATIE	25
Aanbevelingen	25
Uitgangsvraag	25
Aanbevelingen	25
Referenties	25
Literatuurbespreking	27
Overwegingen	27
Inleiding	27
Patiëntgerichte communicatie in de palliatieve zorg	28
Gespreksmodellen	29
Naasten en mantelzorgers	30

Cultuursensitieve communicatie	31
PREVENTIE	32
Aanbevelingen	32
Uitgangsvraag	32
Aanbevelingen	32
Referenties	32
Literatuurbespreking	34
Inleiding	34
Onderzoeksvraag	35
Zoekstrategie en selectie van studies	35
Selectie van studies	35
Resultaten	36
Kwaliteit van het bewijs	36
Conclusies	37
Overwegingen	37
SIGNALERING EN DIAGNOSTIEK	39
Aanbevelingen	39
Uitgangsvragen	39
Aanbevelingen	39
Referenties	40
Literatuurbespreking	43
Inleiding	43
Onderzoeksvraag	44
Zoekstrategie en selectie van studies	44
Selectie van studies	44
Conclusies	44
Overwegingen	45
SCREENING EN SIGNALERING	46
Gebruik van generieke signaleringsinstrumenten of kwaliteit van leven-vragenlijsten	47
Het Utrecht Symptoom Dagboek (USD)	47
De Lastmeter (Distress thermometer)	47
Vier Dimensionale Klachten Lijst (4DKL)	47
Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)	47
Care Related Quality of Life for Chronic Heart Failure (CaReQoL CHF)	47
Specifieke screening voor depressie	48
DIAGNOSTIEK	49
A. Anamnese en psychiatrisch onderzoek	49
B. Meetinstrumenten voor verdieping, diagnostisering en monitoring	50
Verdiepingsinstrumenten	51
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	51
Beck Depression Inventory (BDI)	51
Patiënt Health Questionnaire (PHQ)	52
Geriatric Depression Scale (GDS)	52
Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)	52
Diagnostische instrumenten	52
C. Lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek	52
D. Differentiaaldiagnose	53
E. Terugkoppeling diagnostiek	54
MONITORING	55
BEHANDELING VAN OORZAKELIJKE EN BEÏNVLIEDENDE SOMATISCHE FACTOREN	56

Aanbevelingen	56
Uitgangsvraag	56
Aanbevelingen	56
Referenties	56
Literatuurbespreking	57
Overwegingen	57
PSYCHOSOCIALE INTERVENTIES	58
Aanbevelingen	58
Uitgangsvraag	58
Aanbevelingen	58
Referenties	58
Literatuurbespreking	60
Inleiding	60
Onderzoeksvraag	60
Zoekstrategie en selectie van studies	61
Selectie van studies	61
Resultaten	61
Cognitieve gedragstherapie	62
Dignity therapy	62
Life review	62
Meaning centered therapie	63
CALM	64
Muziektherapie	64
Kwaliteit van het bewijs	64
Conclusies	65
Overwegingen	66
Overwegingen	66
Ondersteunende gesprekken	66
Intensievere behandeling/psychotherapie	67
MEDICAMENTEUZE BEHANDELING	70
Aanbevelingen	70
Uitgangsvraag	70
Aanbevelingen	70
Referenties	71
Literatuurbespreking	73
Onderzoeksvraag	73
Wetenschappelijke onderbouwing	73
Selectie van studies	73
Resultaten	74
Kwaliteit van het bewijs	79
Conclusies	79
Overwegingen	81
ORGANISATIE VAN ZORG	85
Aanbevelingen	85
Uitgangsvraag	85
Aanbevelingen	85
Referenties	86
Literatuurbespreking	87
Overwegingen	87
Zorgverlening conform matched care en collaborative care	89
Definities	89
BIJLAGEN	90
Verantwoording	90

Autorisatiedatum en geldigheid	90
Initiatief en betrokken verenigingen	90
Initiatief	90
Regiehouder	90
Eigenaarschap	90
Autoriserende/instemmende en/of bij de richtlijnwerkgroep betrokken verenigingen	90
Procesbegeleiding en verantwoording	91
Financiering en juridische betekenis	91
Samenstelling werkgroep	91
Wergroepleden	91
Klankbordleden	92
Ondersteuning	92
Belangenverklaringen	92
Inbreng patiëntperspectief	92
Methode	93
Zoekverantwoording en beoordeling	93
Kennislacunes	93
Kennislacunes in de richtlijn 'Depressie in de palliatieve fase'	94
Communicatie	94
Vroege inzet palliatieve zorg	94
Screening	94
Psychosociale interventies	94
Medicamenteuze behandeling	95
Communicatie- en implementatieplan	95
Afkortingen en begrippen	95

Depressie

Vastgesteld: 22-11-2022 Regiehouder: NVvP

samenvatting

De werkgroep van deze richtlijn hanteert voor depressie in de palliatieve fase de volgende definitie:

“Depressie omvat het spectrum van emotionele ontregeling, waarbij gevoelens van somberheid, neerslachtigheid, verlies van interesse of plezier (anhedonie) en verdriet op de voorgrond staan”.

Depressieve klachten komen vaak voor bij patiënten in de palliatieve fase. Het kan een normale reactie zijn op de onzekerheden en de ingrijpende veranderingen als de patiënt in een fase van de ziekte is gekomen waarin er geen hoop meer is op genezing en het overlijden op korte (< 3 maanden), middellange (< 1 jaar) of langere termijn onvermijdelijk is. De patiënt zal zich aan een leven met een levensbedreigende ziekte moeten aanpassen. Deze aanpassing (verlieservaring) gaat gepaard met gevoelens van verdriet, angst en/of somberheid, die begrijpelijk, invoelbaar en passend zijn bij de situatie. Verdriet over het moeten loslaten van de plaats in de samenleving, de naasten en het leven zelf. Daarbij kan somberheid optreden over verlies van autonomie en waardigheid en somberheid vanuit onzekerheid over het ziektebeloop (pijn en lijden). Deze gevoelens kunnen gezien worden als onderdeel van het proces dat de patiënt doormaakt.

Gevoelens van somberheid kunnen ook gaan overheersen en uiteindelijk leiden tot een aanpassingsstoornis met een depressieve stemming of een depressieve stoornis. Dit gaat gepaard met grote lijdensdruk en kan de therapietrouw en het functioneren ernstig belemmeren. Bovendien heeft het een negatieve impact op de beleving van de somatische symptomen (met name pijnklachten) en op de door de patiënt ervaren kwaliteit van leven.

Communicatie

- Gebruik patiëntgerichte communicatie ter preventie en/of vermindering van depressie en angst, door aandacht te besteden aan wie de patiënt is en wat deze ervaart op het gebied van lichamelijke klachten, gevoelens, emoties, normen en verwachtingen, zorgen en behoeften.
 - Overweeg het gebruik van een gespreksmodel zoals de [AAA-checklist](#), het BELIEF model of het [NURSE model](#) als handvat voor patiëntgerichte communicatie.
 - Let op de non-verbale signalen van de patiënt en de naasten en/of mantelzorgers en op de eigen non-verbale communicatie. Laat regelmatig stiltes vallen in een gesprek, bijvoorbeeld bij het bespreken van emotionele onderwerpen.
- Pas de communicatiestijl aan de patiënt aan, houd daarbij rekening met eventuele beperkingen (zoals verminderde gehoorfunctie, visuele functie en taalbegrip).
 - Maak zoveel mogelijk gebruik van een empathische, exploratieve communicatiestijl, met erkennende en steunende bewoordingen, waarbij interesse getoond wordt, vragen gesteld worden, geluisterd wordt naar wat de patiënt op dat moment wil vertellen en stukjes hiervan herhaald worden.
 - Overweeg een directief-empathische stijl waarin meer structuur en advies wordt gegeven, als de patiënt erg depressief, angstig of wanhopig is en als er behandelkeuzen gemaakt moeten worden.
- Geef eerlijke en duidelijke informatie over het ziektebeeld, waarbij de informatie is afgestemd op wat de patiënt op dat moment wil en kan horen en waarbij ruimte geboden wordt voor vragen over het toekomstperspectief, maar gerespecteerd wordt als deze niet gesteld worden.
 - Gebruik eenvoudige, begrijpelijke taal.
 - Gebruik de [terugvraagmethode](#) om te controleren of de persoon de informatie begrepen heeft.
- Betrek de naasten en/of mantelzorgers bij zorgplanning en uitvoering van de zorg, om te bepalen wat nodig is voor comfort en optimaal welbevinden van de patiënt. Zorg er daarbij voor dat de naasten en/of mantelzorgers ondersteund worden in hun lichamelijke, emotionele en informatiebehoeften. Voor handvatten kijk op [Mantelzorgondersteuning in de palliatieve fase \(palliaweb.nl\)](#).
- Maak waar mogelijk gebruik van o.a. interculturele consulenten, geestelijk verzorgers en professionele (gebaren)tolken, om te ondersteunen bij gesprekken waarbij een verschil in taal, cultuur, levensbeschouwing en bijbehorende normen en verwachtingen wordt ervaren.

Preventie

- Zet palliatieve zorg vroegtijdig in (vanaf de markering van de palliatieve fase), onder meer om depressieve symptomen te voorkomen of te verminderen en om de kwaliteit van leven te verbeteren van patiënten in de palliatieve fase.
- Overweeg, afhankelijk van de expertise van het behandelend team en de aard van de problematiek, om hierbij een palliatief team of expert te consulteren of te participeren in een PaTz-groep.
- Draag zorg voor vroegtijdige behandeling van oorzakelijke en beïnvloedende factoren die kunnen leiden tot depressie.
- Zie voor aanbevelingen m.b.t. het verminderen of voorkomen van depressie door goede voorlichting en goede communicatie en begeleiding [module Communicatie](#).
- Overweeg, als de patiënt daar open voor staat, de mogelijkheid van lotgenotencontact.

Signalering en diagnostiek

- Overweeg om standaard te screenen op depressieve symptomen bij de markering van de palliatieve fase, een significante verandering van de situatie van de patiënt en/of bij een palliatief consult.
Vraag hierbij naar de twee kernsymptomen van depressie:
 1. “Bent u somber gedurende het grootste deel van de dag”, en
 2. “Is er sprake van verlies van interesse en plezier in (vrijwel) alle activiteiten?”Indien het antwoord op één of beide vragen ‘ja’ is, exploreer dan de klachten verder door middel van een anamnese. Bij onvoldoende bekwaamheid in de diagnostiek van depressie, verwijs dan door naar een psycholoog of psychiater.
- Wees alert op verbale en non-verbale signalen die kunnen wijzen op depressie bij patiënten in de palliatieve fase. Exploreer bij signalen door middel van een anamnese.
- Overweeg om bij gebruik (om andere redenen) van een generiek signaleringsinstrument of een ziektespecifieke kwaliteit van leven-vragenlijst de uitkomst voor depressie te gebruiken als basis voor verdere exploratie door middel van een anamnese, bijv.:
 - bij het Utrecht Symptoom Dagboek ([USD](#)): bij een score van het depressie-item ≥ 4 ;
 - bij de [Lastmeter](#): bij een distress-score ≥ 4 of 5;
 - bij de de VierDimensionale KlachtenLijst ([4DKL](#)): bij een score voor depressie > 2 ;
 - bij de Chronic Respiratory Questionnaire ([CRQ](#), bij chronische longziektes, bijv. COPD): bij een antwoord ‘altijd’, ‘bijna altijd’ of ‘nogal vaak’ op de vraag of iemand zich down of ontmoedigd heeft gevoeld in de afgelopen twee weken;
 - bij de [CaReQoL](#) (hartfalen): bij het antwoord ‘vaak’ of ‘altijd’ op de vraag over somberheid.
- Doe bij verdenking op depressie een anamnese, inclusief heteroanamnese, gericht op emotionele klachten (vooral somberheid en angst), cognitieve en somatische symptomen, gedragsverandering en existentiële problematiek.
Exploreer tijdens de anamnese de volgende punten:
 - somberheid en/of anhedonie: beloop, intensiteit, impact op het dagelijks functioneren;
 - andere psychische klachten (met name angst);
 - slaapproblemen;
 - gevoelens van waardeloosheid en/of schuld;
 - gedachten over de dood en suïcidaliteit;
 - omgaan met de ziekte en wensen en verwachtingen over het levenseinde;
 - de onderliggende somatische aandoening en de somatische klachten;
 - depressie als gevolg van (verandering of staken van) medicatie, alcohol, roken en drugs;
 - aanwezigheid van stressvolle gebeurtenissen (‘triggers’) en instandhoudende factoren;
 - medische (inclusief psychiatrische) voorgeschiedenis;
 - psychiatrische aandoeningen in de familie;
 - sociale interacties met naasten en ervaren sociale steun.
- Heb expliciet aandacht voor de fase van de patiënt binnen het palliatieve traject en de levensverwachting. Ga na hoeveel tijd en energie de patiënt wil en kan besteden aan verbetering van de depressie. Dit is leidend voor de verdere keuzes in diagnostiek en behandeling.

- Overweeg om op indicatie meetinstrumenten te gebruiken, zoals:
 - Ter verdieping:
 - Hospital Anxiety and Depression Scale ([HADS](#)); gebruik een cutoff score voor de depressie subschaal ≥ 7 ;
 - Beck Depression Inventory ([BDI](#)); gebruik een cutoff van 10-14;
 - Patient Health Questionnaire-9 ([PHQ-9](#)); gebruik een cutoff van 8;
 - bij geriatrische patiënten: de korte versie van de Geriatric Depression Scale ([GDS-15](#)); gebruik een cutoff van 5;
 - bij dementie: Cornell Scale for Depression in Dementia ([CSDD](#)); gebruik een cutoff van 8.
NB Gebruik de gegevens van deze meetinstrumenten om een beeld te krijgen over de ernst van de klachten en als aanvulling op de diagnostiek, maar niet om de diagnose aanpassingsstoornis met depressieve kenmerken of depressieve stoornis te stellen.
 - Voor monitoring:
 - Utrecht Symptoom Dagboek ([USD](#));
 - bovengenoemde verdiepinginstrumenten.
- Verricht zo nodig een psychiatrisch onderzoek of verwijst naar psycholoog of psychiater voor verdere diagnostiek.
- Doe een lichamelijk onderzoek en/of screenend bloedonderzoek bij verdenking op een onderliggende somatische oorzaak als behandeling hiervan mogelijk, zinvol en door de patiënt gewenst is. Bij het bloedonderzoek kan bepaald worden: Hb, Ht en celindices (MCV, MCH, MCHC), TSH, glucose, natrium, (gecorrigeerd) calcium, magnesium, cortisol, vitamine B1, B6 en B12, en foliumzuur.
- Stel de diagnose aanpassingsstoornis met depressieve kenmerken of depressieve stoornis op basis van DSM-5 criteria met behulp van een anamnese en psychiatrisch onderzoek. Wees terughoudend met psychiatrische diagnoses bij ernstige fysieke klachten. Behandel daarbij eerst de fysieke klachten en herbeoordeel daarna de psychische klachten.
- Beoordeel of er sprake is van andere psychische aandoeningen, vooral aanpassingsstoornissen met angstige kenmerken, angststoornissen, (stil) delier, dementie, bipolaire stoornis en rouw.
- Koppel de diagnostische bevindingen in begrijpelijke taal terug aan patiënt en naasten. Besluit samen met de patiënt en naasten over eventuele op te starten interventies voor depressie.

Behandeling van oorzaken en beïnvloedende somatische factoren

Behandel, indien mogelijk, de oorzakelijke en beïnvloedende somatische factoren van depressie 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. Daarmee kan mogelijk depressie behandeld of voorkomen worden.

Daarbij kan gedacht worden aan:

- behandeling van symptomen (bijv. pijn, (zie [richtlijn Pijn bij gevorderde stadia van COPD of hartfalen](#) en [richtlijn Pijn bij patiënten met kanker](#)), [dyspneu](#), [obstipatie](#), [mictieklachten](#), [vermoeidheid](#), [mobiliteitsstoornissen](#) en [slaapstoornissen](#)), die niet onder controle zijn en van invloed zijn op de stemming;
- regelmatige medicatiebeoordeling en zo mogelijk staken van medicatie (bijv. corticosteroiden, opioïden) en/of ziektegerichte behandeling (bijv. antihormonale therapie) die van invloed zijn op de stemming;
- behandeling van onttrekkingsverschijnselen (nicotine, alcohol, drugs);
- behandeling van onderliggende endocriene stoornissen, m.n. hyper-/hypothyreoïdie en hyper-/hypocortisolisme;
- correctie van elektrolytstoornissen, m.n. hypercalciëmie en hyponatriëmie;
- correctie van vitaminedeficiënties (bijv. vitamine B12, B1 en B6);
- behandeling van anemie.

Psychosociale interventies

- 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).

- Begin bij depressieve klachten met ondersteunende gesprekken door een arts, verpleegkundig specialist, physician assistant en/of verpleegkundige, of eventueel een POH-GGZ.
- Verwijs naar een geestelijk verzorger indien existentiële problematiek op de voorgrond staat.
- Gebruik het matched-care-principe, waarbij de behoefte van de patiënt leidend is voor de keuze van de psychosociale interventie.
- Overweeg verwijzing voor psychotherapie en/of muziektherapie:
 - Als de patiënt daar behoefte aan heeft;
 - Bij een aanpassingsstoornis met depressieve stemming of een depressieve stoornis;
 - Als ondersteunende gesprekken onvoldoende effect hebben.
- Indien er verwezen wordt, kan er gekozen worden voor psychotherapie (cognitieve (gedrags)therapie, dignity therapy, life review therapie, CALM, ACT, mindfulness) of muziektherapie. Er is geen verschil in effect aangetoond tussen de verschillende interventies.
Bepaal de therapiekeuze op basis van de persoonlijke voorkeur van de patiënt, aard van de problematiek, beschikbaarheid van de therapie en verwachte levensduur.
- Verwijs voor de genoemde therapieën naar een geregistreerde zorgprofessional met specifieke training in de betreffende therapie. Denk hierbij aan psychologen, psychiaters, maatschappelijk werkers en verpleegkundig specialisten of (voor muziektherapie) een vaktherapeut.
- Raadpleeg voor een verwijzing de [verwijsgids kanker](#), het [NVPO-deskundigenbestand](#) of de [Palliatieve Zorgzoeker](#).
- Overweeg een combinatie van een psychosociale interventie met medicamenteuze behandeling bij een depressieve stoornis of bij matige tot ernstige depressieve klachten, zeker indien er een levensverwachting < 3 maanden is.

Medicamenteuze behandeling

- Overweeg bij depressie bij patiënten in de palliatieve fase medicamenteuze behandeling met een antidepressivum of een psychostimulans in de volgende situaties:
 - bij een depressieve stoornis: in combinatie met psychosociale interventies;
 - bij een aanpassingsstoornis met depressieve stemming: wanneer psychosociale interventies onvoldoende effect hebben;
 - bij matige tot ernstige depressieve symptomen en een levensverwachting < 3 maanden.
- Schrijf bij een levensverwachting ≥ 3 maanden als eerste keuze een SSRI voor, zoals:
 - escitalopram:
 - startdosering 1dd 5-10 mg p.o., afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1-2 weken in stappen van 5-10 mg op te hogen tot maximaal 1dd 20 mg;
 - wordt niet aangeraden bij patiënten > 70 jaar;
 - kan ook in druppelvorm; vanwege hogere biologische beschikbaarheid doseringen met 20% verlagen;
 - overweeg bij gelijktijdig gebruik van een diureticum 5-9 dagen na start of bij intercurrente aandoeningen met kans op elektrolytstoornissen (bijv. braken of diarree) eenmalig controle serumnatrium i.v.m. hyponatriëmie als mogelijke bijwerking.
 - citalopram:
 - startdosering 1dd 10-20 mg p.o., afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1-2 weken in stappen van 10-20 mg op te hogen tot maximaal 1dd 40 mg;
 - > 70 jaar: 1dd 10 mg p.o., afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1-2 weken ophogen naar 1dd 20 mg p.o.;
 - kan ook in druppelvorm; vanwege hogere biologische beschikbaarheid doseringen met 20% verlagen;
 - overweeg bij gelijktijdig gebruik van een diureticum 5-9 dagen na start of intercurrente aandoeningen met kans op elektrolytstoornissen (bijv. braken of diarree) eenmalig controle serumnatrium i.v.m. hyponatriëmie als mogelijke bijwerking.
 - sertraline (tablet of drank):

- startdosering 1dd 25-50 mg p.o., afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1-2 weken in stappen van 50 mg op te hogen tot maximaal 1dd 200 mg;
- geen dosisaanpassing > 70 jaar;
- overweeg bij gelijktijdig gebruik van een diureticum 5-9 dagen na start of bij intercurrente aandoeningen met kans op elektrolytstoornissen (bijv. braken of diarree) eenmalig controle serumnatrium i.v.m. hyponatriëmie als mogelijke bijwerking.
- mirtazapine (bij depressie met op de voorgrond staande symptomen zoals slapeloosheid en anorexie):
 - startdosering 1dd 7,5-15 mg p.o., afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1-2 weken in stappen van 15 mg/dag op te hogen tot maximaal 1dd 45 mg;
NB sederend effect neemt af bij doseringen > 30 mg/dag;
 - geen dosisaanpassing > 70 jaar.
- Zet zo nodig andere middelen in:
 - bupropion (bij depressie gekenmerkt door vermoeidheid en lusteloosheid):
 - startdosering 1dd 150 mg = slow release tablet = XR) in de ochtend, afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1 week op te hogen tot maximaal 1dd 450 mg;
 - bij depressie gekenmerkt door vermoeidheid en lusteloosheid en contra-indicaties voor bupropion (bijvoorbeeld condities die predisponeren tot verlaagde convulsiedrempel) wordt gekozen voor een combinatie van een SSRI (zie eerder) en methylfenidaat: startdosering 2dd 5 mg om 8 en 14 uur; ophogen met 5 mg per dosis tot maximaal 2dd 15 mg.
 - venlafaxine met gereguleerde afgifte = XR (bij eerder goed effect van venlafaxine of bij eerder slecht verdragen van SSRI's):
 - startdosering 1dd 37,5-75 mg p.o., afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1-2 weken ophogen met 75 mg/dag tot maximaal 1dd 225 mg;
 - > 70 jaar: startdosering 1dd 37,5 mg, afhankelijk van bijwerkingen en effect na 2 weken ophogen tot maximaal 1dd 225 mg.
 - TCA, met name nortriptyline (bij eerder goed effect van een TCA of bij een combinatie van depressie en neuropathische pijn; niet bij hartfalen):
 - startdosis 2-3dd 25 mg p.o. of 1dd 50 mg a.n., zo nodig met 25 mg om de dag ophogen tot maximaal 2-3dd 50 mg of 150 mg a.n.;
 - > 60 jaar: 10 mg 2-3 dd, p.o. zo nodig om de andere dag geleidelijk verhogen met 10-20 mg tot maximaal 150 mg/dag;
 - controleer plasmaspiegels volgens protocol;
 - > 80 jaar en ernstige somatische comorbiditeit en dementie: 1dd 10 mg p.o. en daarna elke 3-4 dagen verhogen met 25 mg/dag, bij 75 mg/dag een plasmaspiegels bepalen.
 - duloxetine (bij een combinatie van depressie en chemotherapie-geïnduceerde neuropathie):
 - startdosering 1dd 30 mg, afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1-2 weken ophogen met 30 mg tot maximaal 1dd 90 mg;
 - geen dosisaanpassing > 70 jaar.
- Beoordeel het definitieve effect van een therapeutische dosis van bovengenoemde middelen na 4 weken en overweeg bij onvoldoende effect of onacceptabele bijwerkingen een switch naar:
 - 1) ander SSRI, venlafaxine of mirtazapine/bupropion op indicatie;
 - 2) een TCA, bij voorkeur nortriptyline (niet bij hartfalen); zie hierboven voor doseringen.
- Schrijf bij een levensverwachting < 3 maanden methylfenidaat voor: startdosering 2dd 5 mg om 8 en 14 uur; ophogen met 5 mg per dosis tot maximaal 2dd 15 mg. Beoordeel het effect van iedere dosis binnen enkele dagen. Wees voorzichtig bij pre-existente angstsymptomen.
- Beoordeel regelmatig het effect van bovengenoemde middelen en verwijst zo nodig naar een psychiater, internist ouderengeneeskunde of klinisch geriater voor (verdere) medicamenteuze behandeling.

Organisatie van zorg

- Gebruik, indien mogelijk, een individueel zorgplan dat voor iedereen toegankelijk en inzichtelijk is, bij voorkeur digitaal.
 - Leg afspraken over beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorgverleners voor patiënt en naasten

vast in het individuele zorgplan.

- Realiseer, wanneer er meerdere zorgverleners betrokken zijn, dat er één regiebehandelaar wordt aangewezen.

De regiebehandelaar of centrale zorgverlener is niet noodzakelijkerwijs een arts, al zal dat vaak wel het geval zijn. Afhankelijk van de omstandigheden en de zorgsector kan ook een zorgverlener van een andere beroepsgroep, bijvoorbeeld een physician-assistant, een verpleegkundig specialist, een verpleegkundige of een andere zorgverlener de rol vervullen.

De regiebehandelaar ziet erop toe:

- de continuïteit en de samenhang van de zorgverlening aan de patiënt wordt bewaakt en dat waar nodig een aanpassing van de gezamenlijke behandeling in gang wordt gezet;
 - er een adequate informatie-uitwisseling en voldoende overleg is tussen de bij de behandeling van de patiënt betrokken zorgverleners;
 - er één aanspreekpunt (centrale zorgverlener) voor de patiënt en diens naaste betrekking(en) is voor het tijdig beantwoorden van vragen over de behandeling.
- Zorg ervoor dat op ieder moment in het ziektraject duidelijk is wie het eerste aanspreekpunt (centrale zorgverlener) voor de patiënt en diens naaste is, zowel voor het betreffende ziektraject als voor de dagelijkse algemene zorg.
 - Bespreek met de patiënt/naasten bij welke problemen welke zorgverlener geraadpleegd kan worden.
 - Richt de zorg in conform de principes van modellen zoals matched care of collaborative care.
 - Zorg als betrokken hulpverleners onderling voor een goede afstemming en overdracht, vooral tussen ziekenhuis, verpleeghuis, hospice, thuiszorg en huisarts.
 - Overweeg deelname aan een multidisciplinaire bespreking, zoals:
 - in de eerste lijn een PaTz-bespreking;
 - in de intramurale setting een multidisciplinair overleg (ziekenhuis, verpleeghuis of elders);
 - in de regio in een regionaal oncologienetwerk.
 - Overweeg bij moeilijk behandelbare depressie consultatie van een multidisciplinair consultatieteam palliatieve zorg in. In de eerste en tweede lijn een multidisciplinair consultatieteam palliatieve zorg via stichting PZNL en in een instelling een multidisciplinair team palliatieve zorg (<https://palliaweb.nl/zorgpraktijk/consultatie>).
 - Overweeg laagdrempelig verwijzing naar professionals die ervaring hebben met palliatieve zorg en behandeling van depressie:
 - Verpleegkundig specialist (bijv. palliatieve zorg/oncologie/neurologie) of physician assistant;
 - Palliatieve (thuis)zorg;
 - Praktijkondersteuner huisarts;
 - Psycholoog;
 - Psychiater;
 - Psychiatrisch verpleegkundige/SPVer;
 - Geestelijk verzorger (<https://geestelijkeverzorging.nl>);
 - Maatschappelijk werker;
 - Kaderarts palliatieve zorg;
 - Specialist ouderengeneeskunde (in eerste lijn of intramuraal) of klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde (intramuraal);
 - Vaktherapeuten en paramedici (bijv. creatief therapeut of muziektherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut).
 - Verwijs bij het vermoeden van een depressie in engere zin of suicidaliteit naar een psychiater.
 - Maak desgewenst gebruik van de [Palliatieve Zorgzoeker](#) voor het vinden van professionals werkzaam in de palliatieve zorg, zoals bijvoorbeeld geestelijk verzorgers, mantelzorg ondersteuning, psychologen etc. of van de digitale [verwijsgids kanker](#). Hierbij wordt geadviseerd de zoekterm 'depressie' te gebruiken.

Inleiding

Vastgesteld: 22-11-2022 Regiehouder: NVvP

Aanleiding

KNMG en IKNL werken nauw samen om het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland te implementeren. Het meerjarenplan richtlijnen palliatieve zorg is hier onderdeel van. In het kader van dit meerjarenplan is de agendacommissie richtlijnen palliatieve zorg aangesteld voor het prioriteren van te reviseren richtlijnen. In de agendacommissie Richtlijnen palliatieve zorg is op 4 februari 2020 besloten dat de herziening van de richtlijn 'Depressie in de palliatieve fase' in de tweede helft van 2020 zou starten.

Redenen voor noodzaak van revisie van de richtlijn:

1. Hoge prevalentie van depressie;
2. Impact voor de patiënt (kwaliteit van leven/ziektelast);
3. Nieuwe evidentie.
De huidige richtlijn dateert uit 2008. Inmiddels is er nieuwe evidentie verschenen. Tevens wordt met de herziening ervoor gezorgd dat de richtlijn volgens de laatste kwaliteitseisen voor richtlijnen worden ontwikkeld (zie ook [Werkwijze](#));
4. Aansluiting op herzieningen van andere kwaliteitstandaarden, zoals de [NHG standaard Depressie](#) en de [GGZ standaard Depressieve stoornissen](#).

Er is voor gekozen om de richtlijnen Angst in de palliatieve fase en Rouw in de palliatieve fase gelijktijdig te herzien voor optimale afstemming.

Doel

Een richtlijn bevat aanbevelingen ter ondersteuning van de belangrijkste knelpunten uit de dagelijkse praktijk. Deze richtlijn is zoveel mogelijk gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en op consensus. De richtlijn Depressie in de palliatieve fase geeft aanbevelingen over begeleiding en behandeling van patiënten met depressie in de palliatieve fase en beoogt hiermee de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren.

Doelpopulatie

De richtlijn is van toepassing op alle volwassen patiënten (18 jaar en ouder) met depressie in de palliatieve fase. Voor 'patiënten' kan ook 'cliënten' gelezen worden.

Wanneer de palliatieve fase start, is afhankelijk van de onderliggende ziekte. Bij patiënten met kanker start de palliatieve fase als de kanker ongeneeslijk is (geworden). Bij ongeneeslijke ziektes die altijd leiden tot de dood (zoals ALS) start de palliatieve fase bij de diagnose. Bij kwetsbaarheid en bij chronische ziektes zoals COPD en hartfalen is de afloop onzekerder. Daarbij is de 'surprise question' als markering behulpzaam: 'zou u verbaasd zijn als uw patiënt binnen een jaar is overleden?' Bij een antwoord 'nee' wordt de palliatieve fase gemarkeerd.

De palliatieve fase kan qua duur variëren van dagen tot jaren, mede afhankelijk van de onderliggende aandoening. De geschatte levensverwachting bepaalt in hoge mate de keuzes bij diagnostiek en behandeling. Het is aan de behandelend arts om in samenspraak met de patiënt deze keuzes te maken.

Bij patiënten in de palliatieve fase met een langere levensverwachting waarbij de lichamelijke klachten niet op de voorgrond staan, kan ook de [NHG-standaard Depressie](#) geraadpleegd worden.

Doelgroep

Deze richtlijn is bedoeld voor alle professionals die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten met depressie in de palliatieve fase zoals huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, klinisch geriaters, psychiaters, artsen voor verstandelijk gehandicapten, overige medisch specialisten (o.a. cardiologen, internist-oncologen, longartsen, radiotherapeuten, pijnspecialisten, revalidatieartsen), verzorgenden, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, physician assistants, (huisarts)praktijkondersteuners GGZ en somatiek, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, psychologen, maatschappelijk werkers, geestelijk verzorgers, vaktherapeuten en IKNL-consulenten. De inhoud van de richtlijn is ook relevant voor zorgverleners in het maatschappelijke en sociale

domein en vrijwilligers en hun coördinatoren die werkzaam zijn in de palliatieve zorg. Indien in de richtlijn wordt gesproken over zorgverleners rondom mensen met depressie, kunnen afhankelijk van de specifieke situatie van de patiënt alle bovengenoemde zorgverleners genoemd worden.



Referenties



American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision. Washington: American Psychiatric Association. 2022.

Antunes B, Rodrigues PP, Higginson IJ, Ferreira PL. Determining the prevalence of palliative needs and exploring screening accuracy of depression and anxiety items of the integrated palliative care outcome scale - a multi-centre study. *BMC Palliat Care*. 2020 May 14;19(1):69. doi: 10.1186/s12904-020-00571-8. PMID: 32410607; PMCID: PMC7226940.

Barber B, Dergousoff J, Slater L, et al. Depression and Survival in Patients With Head and Neck Cancer: A Systematic Review. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2016 Mar;142(3):284-8. doi: 10.1001/jamaoto.2015.3171.

Block SD. Perspectives on care at the close of life: Psychological considerations, growth, and transcendence at the end of life: the art of the possible. *JAMA* 2001;285(22):2898-905.

Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Kaim M, Funesti-Esch J, Galiotta M, Nelson CJ, Brescia R: Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA* 2000;284: 2907–2911. PMID:11147988, DOI:10.1001/jama.284.22.2907

Brenne E, Loge JH, Kaasa S, Heitzer E, Knudsen AK, Wasteson E; European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC). Depressed patients with incurable cancer: which depressive symptoms do they experience? *Palliat Support Care*. 2013 Dec;11(6):491-501. doi: 10.1017/S1478951512000909. Epub 2013 Feb 7. Erratum in: *Palliat Support Care*. 2013 Dec;11(6):535. PMID: 23388067.

van Bruggen V, Ten Klooster P, Westerhof G, Vos J, de Kleine E, Bohlmeijer E, Glas G. The Existential Concerns Questionnaire (ECQ)-Development and Initial Validation of a New Existential Anxiety Scale in a Nonclinical and Clinical Sample. *J Clin Psychol*. 2017 Dec;73(12):1692-1703. doi:10.1002/jclp.22474.

Cohen LM, et al. Depression and suicidal ideation in patients who discontinue the life-support treatment of dialysis. *Psychosom Med* 2002;64(6): 889-96.

D'Mello C, Swain MG. Immune-to-Brain Communication Pathways in Inflammation-Associated Sickness and Depression. *Curr Top Behav Neuroscience* 2017;31:73-94. doi: 10.1007/7854_2016_37.

Fairman N, Irwin SA. Diagnosis and Management of Depression in Palliative Care In: In: *Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine: Psychosocial Care of the Terminally Ill*. Onder embargo

Fujisawa D. Depression in Cancer Care. *Keio J Med*. 2018 Sep 25;67(3):37-44. doi: 10.2302/kjm.2017-0010-IR. Epub 2017 Oct 14. PMID: 29033396.

Gibbs JS, et al. Living with and dying from heart failure: the role of palliative care. *Heart* 2002;88 Suppl 2:ii36-9. PMID 12213799.

Janssen DJA, Spruit MA, Wouters EFM, Schols JMGA. Daily symptom burden in end-stage chronic organ failure: a systematic review. *Palliat Med* 2008; 22: 938-948.

Leonard BE. Inflammation and depression: a causal or coincidental link to the pathophysiology? *Acta Neuropsychiatr* 2018 Feb;30(1):1-16. doi: 10.1017/neu.2016.69.

Levis B, Benedetti A, Levis AW, et al. Selective Cutoff Reporting in Studies of Diagnostic Test Accuracy. A

Comparison of Conventional and Individual-Patient-Data Meta-Analyses of the Patient Health Questionnaire-9 Depression Screening Tool. *Am J Epidemiol.* 2017 May 15;185(10):954-964. doi: 10.1093/aje/kww191.

Li M, Rosenblat J and Rodin G. Chapter 7: Depression. In: Levenson JL (ed.) *The American Psychiatric Association publishing textbook of psychosomatic medicine and consultation-liaison psychiatry*, 3rd Edition. 2019 pp. 245-260. Philadelphia, PA: American Psychiatric Association.

Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004; (32):57-71. PMID 15263042.

Mausbach BT and Irwin SA. Depression and healthcare service utilization in patients with cancer. *Psychooncology.* 2017 Aug;26(8):1133-1139. doi: 10.1002/pon.4133. Epub 2016 Apr 21.

Mercadante S, Adile C, Ferrera P, et al. Sleep disturbances in advanced cancer patients admitted to a supportive/palliative care unit. *Support Care Cancer*, 25 (2017), pp. 1301-1306.

Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol.* 2011 Feb;12(2):160-74. doi: 10.1016/S1470-2045(11)70002-X. Epub 2011 Jan 19.

Multidisciplinaire Richtlijn Depressie NWP - Trimbos 2013.

Nederlandse Vereniging voor Psychosociale Oncologie. 2016. Richtlijn Aanpassingsstoornis bij patiënten met kanker. www.Trimbos.nl.

Orde van Medisch Specialisten en de wetenschappelijke verenigingen. Medisch specialistische richtlijnen 2.0 2012 [internet]. Beschikbaar op (demedischspecialist.nl). [Geopend op 17-08-2022]

Panagioti M, Scott C, Blakemore A, Coventry PA. Overview of the prevalence, impact, and management of depression and anxiety in chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2014 Nov 13;9:1289-306. doi: 10.2147/COPD.S72073. PMID: 25419126; PMCID: PMC4235478.

Read JR, Sharpe L, Modini M, et al. Multimorbidity and depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2017 Oct 15;221:36-46. doi: 10.1016/j.jad.2017.06.009. Epub 2017 Jun 14.

Rhondali W, Perceau E, Berthiller J, et al. Frequency of depression among oncology outpatients and association with other symptoms. *Support Care Cancer.* 2012 Nov;20(11):2795-802. doi: 10.1007/s00520-012-1401-3. Epub 2012 Feb 17.

Rosenblat JD, Cha DS, Mansur RB, et al. Inflamed moods: a review of the interactions between inflammation and mood disorders. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2014 Aug 4;53:23-34. doi: 10.1016/j.pnpbp.2014.01.013. Epub 2014 Jan 25.

Rosenblat JD, Kurdyak P, Cosci F, Berk M, Maes M, Brunoni AR, Li M, Rodin G, McIntyre RS, Carvalho AF. Depression in the medically ill. *Australian & New Zealand journal of psychiatry* 2020 vol 54 (4) 346-366. DOI 10.1177/0004867419888576.

Rowbottom L, Chan S, Zhang L, et al. Impact of dyspnea on advanced cancer patients referred to a palliative radiotherapy clinic. *Support Care Cancer.* 2017 Sep;25(9):2691-2696. doi:10.1007/s00520-017-3677-9. Epub 2017 Mar 24.

Salvo N, Zeng L, Zhang L, Leung M, Khan L, Presutti R, Nguyen J, Holden L, Culleton S, Chow E. Frequency of reporting and predictive factors for anxiety and depression in patients with advanced cancer. *Clin Oncol (R Coll Radiol).* 2012 Mar;24(2):139-48. doi:10.1016/j.clon.2011.05.003. Epub 2011 Jun 8. PMID: 21652191.

Teunissen SC, Wesker W, Kruitwagen C, de Haes HC, Voest EE, de Graeff A. Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. *J Pain Symptom Manage.* 2007 Jul;34(1):94-104.

Thombs BD, Kwakkenbos L, Levis AW, et al. Addressing overestimation of the prevalence of depression based on

self-report screening questionnaires. CMAJ. 2018 Jan 15;190(2):E44-E49. doi:10.1503/cmaj.170691.

Verbeek DE, van Riezen J, de Boer RA, van Melle JP, de Jonge P, Verbeek DE, et al. A review on the putative association between beta-blockers and depression. Heart Fail Clin. 2011 Jan;7(1):89-99. doi: 10.1016/j.hfc.2010.08.006. PMID: 21109212.

Wasteson E, Brenne E, Higginson IJ, et al. Depression assessment and classification in palliative cancer patients: A systematic literature review. Palliat Med. 2009 Dec;23(8):739-53. doi: 10.1177/0269216309106978. Epub 2009 Oct 13.

Zorginstituut Nederland. AQUA-Leidraad 2021 [internet]. Beschikbaar op [Aqua-Leidraad \(zorginzicht.nl\)](https://www.zorginzicht.nl). [Geopend 17-08-2022]

Zorgstandaard Depressieve stoornissen 2017. <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/depressieve-stoornissen/introductie>.

Werkwijze

Vastgesteld: 22-11-2022 Regiehouder: NVvP

De huidige methodiek van richtlijnontwikkeling van de richtlijnen voor de palliatieve zorg sluit aan bij de AQUA-Leidraad (voorheen de 'Leidraad voor kwaliteitsstandaarden') [Zorginstituut 2021] en 'Medisch-specialistische richtlijnen 2.0' [Orde van Medisch Specialisten en de wetenschappelijke verenigingen 2012]. In deze korte [animatie](#) wordt uitgelegd volgens welke stappen de herziening van een palliatieve zorg richtlijn verloopt.

De werkgroep is op 26 november 2020 voor de eerste keer bijeengekomen. Op basis van een door de werkgroepleden opgestelde enquête heeft een knelpuntenanalyse plaatsgevonden onder zorgverleners. Daarnaast heeft de Patiëntenfederatie diepte-interviews gehouden bij 5 patiënten en naasten. Na het versturen van de enquête hebben 210 zorgverleners de enquête volledig ingevuld (zie [Factsheet knelpuntenenquête Angst en Depressie in de palliatieve fase, maart 2021](#)). Naar aanleiding van de knelpunteninventarisatie is door de werkgroep de keuze gemaakt voor de volgende onderwerpen (modules):

- [Communicatie](#)
- [Preventie](#) (inclusief vroegtijdig inzetten van palliatieve zorg)
- [Signalering en diagnostiek](#)
- [Behandeling](#)
 - [Behandeling van oorzakelijke en beïnvloedende somatische factoren](#)
 - [Psychosociale interventies](#)
 - [Medicamenteuze behandeling](#)
- [Organisatie van zorg](#)

Voor iedere module werd uit de richtlijnwerkgroep een subgroep geformeerd. De modules waarvan verwacht kon worden dat RCT's beschikbaar zijn, zijn uitgewerkt volgens de evidence based methodiek GRADE. Hierbij werden onderzoeksvragen opgesteld, welke weer omgezet zijn in een PICO. PICO is een methodiek om de kernelementen uit de onderzoeksvraag te halen; deze vormen de basis voor de zoektermen en dus de literatuursearch.

P = Patiënt(en)

I = Interventie

C = Comparison

O = Outcome

Bij de beantwoording van deze onderzoeksvragen verzorgde een (externe) methodoloog het literatuuronderzoek. Dit betrof het uitvoeren van een systematische literatuursearch, het kritisch beoordelen van de literatuur en het verwerken van de literatuur in evidence tabellen. Daarnaast werd door de methodoloog een concept literatuurbespreking met bijbehorende conclusies aangeleverd voor deze onderzoeksvragen. Vervolgens stelden de subgroepleden overwegingen en aanbevelingen op.

De consensus-based modules over communicatie, overige diagnostiek, behandeling van oorzakelijke en beïnvloedende factoren en organisatie van zorg werden ook onderbouwd met evidence. Deze is echter niet systematisch gezocht en/of beoordeeld volgens de GRADE-methodiek, maar gebaseerd op literatuuronderzoek door de werkgroep.

De werkgroep heeft gedurende circa 17 maanden gewerkt aan de tekst van de conceptrichtlijn. Alle teksten zijn schriftelijk of tijdens plenaire of digitale bijeenkomsten besproken en na verwerking van de commentaren door de werkgroep geaccordeerd. Vervolgens is de conceptrichtlijn voorgelegd aan de klankbordgroep.

Na het verwerken van deze commentaren is de conceptrichtlijn op 4 april 2022 ter becommentariëring aangeboden aan alle voor de knelpuntenanalyse benaderde wetenschappelijke, beroeps- en patiëntenverenigingen en landelijke en regionale werkgroepen en koepelorganisaties. Het commentaar geeft input vanuit het veld om de kwaliteit en de toepasbaarheid van de richtlijn te optimaliseren en landelijk draagvlak voor de richtlijn te genereren. Alle commentaren werden vervolgens beoordeeld en verwerkt door de richtlijnwerkgroep. Aan de commentatoren is teruggekoppeld wat met de reacties is gedaan.

De richtlijn is inhoudelijk vastgesteld op 22 september 2022. Tenslotte is de richtlijn ter autorisatie/accordering gestuurd naar de betrokken verenigingen/instanties (zie [bijlage Verantwoording](#)). De richtlijn is goedgekeurd op 22 november 2022.

Samenstelling van de werkgroep

Alle werkgroep- en klankbordleden zijn afgevaardigd namens wetenschappelijke, beroeps- en patiëntenverenigingen en hebben daarmee het mandaat voor hun inbreng. Bij de samenstelling van de werkgroep (zie [bijlage Samenstelling werkgroep](#)) is geprobeerd rekening te houden met landelijke spreiding en vertegenwoordiging van de verschillende verenigingen/disciplines. Het patiëntperspectief is vertegenwoordigd door de Patiëntenfederatie Nederland in de werkgroep en afvaardiging van de Parkinson Vereniging en MS Vereniging als klankbordleden.

Leeswijzer

Iedere module of paragraaf start met de uitgangsvraag en de bijbehorende aanbevelingen.

In tabel 1 hieronder is weergegeven wat een sterke en een zwakke aanbeveling inhoudt.

Tabel 1 Sterkte van de aanbeveling

Gradering van aanbeveling	Betekenis	Voorkeursformulering
Sterke aanbeveling voor	De voordelen zijn groter dan de nadelen voor bijna alle patiënten. Alle of nagenoeg alle geïnformeerde patiënten zullen waarschijnlijk deze optie kiezen.	Gebiedende wijs (Geef de patiënt ..., Adviseer ...)
Zwakke aanbeveling voor	De voordelen zijn groter dan de nadelen voor een meerderheid van de patiënten, maar niet voor iedereen. De meerderheid van geïnformeerde patiënten zal waarschijnlijk deze optie kiezen.	Overweeg [interventie], bespreek de voor- en nadelen.
Neutraal
Zwakke aanbeveling tegen	De nadelen zijn groter dan de voordelen voor een meerderheid van de patiënten, maar niet voor iedereen. De meerderheid van geïnformeerde patiënten zal waarschijnlijk deze optie niet kiezen.	Wees terughoudend met [interventie], bespreek de voor- en nadelen.
Sterke aanbeveling tegen	De nadelen zijn groter dan de voordelen voor bijna alle patiënten. Alle of nagenoeg alle geïnformeerde patiënten zullen waarschijnlijk deze optie niet kiezen.	Gebiedende wijs (Geef niet ..., ontraden, niet aanbevelen)

Een uitgebreide uitleg van de graderingen vindt u in [bijlage Methode](#). Bij de modules waar op systematische wijze naar literatuur is gezocht volgt de literatuurbespreking. Hierin worden de methode van het literatuuronderzoek, de resultaten, de kwaliteit van het bewijs en de conclusies weergegeven. Elke module eindigt met de overwegingen.

Begripsbepaling

Vastgesteld: 22-11-2022 Regiehouder: NVvP

Inleiding

De werkgroep van deze richtlijn hanteert voor depressie in de palliatieve fase de volgende definitie:

“Depressie omvat het spectrum van emotionele ontregeling, waarbij gevoelens van somberheid, neerslachtigheid, verlies van interesse of plezier (anhedonie) en verdriet op de voorgrond staan”.

Depressieve klachten komen vaak voor bij patiënten in de palliatieve fase. Het kan een normale reactie zijn op de onzekerheden en de ingrijpende veranderingen als de patiënt in een fase van de ziekte is gekomen waarin er geen hoop meer is op genezing en het overlijden op korte (< 3 maanden), middellange (< 1 jaar) of langere termijn onvermijdelijk is. De patiënt zal zich aan een leven met een levensbedreigende ziekte moeten aanpassen. Deze aanpassing (verlieservaring) gaat gepaard met gevoelens van verdriet, angst en/of somberheid, die begrijpelijk, invoelbaar en passend zijn bij de situatie. Verdriet over het moeten loslaten van de plaats in de samenleving, de naasten en het leven zelf. Daarbij kan somberheid optreden over verlies van autonomie en waardigheid en somberheid vanuit onzekerheid over het ziektebeloop (pijn en lijden). Deze gevoelens kunnen gezien worden als onderdeel van het proces dat de patiënt doormaakt [Fujisawa 2018, Rosenblat 2020].

Gevoelens van somberheid kunnen ook gaan overheersen en uiteindelijk leiden tot een aanpassingsstoornis met een depressieve stemming of een depressieve stoornis. Dit gaat gepaard met grote lijdensdruk en kan de therapietrouw en het functioneren ernstig belemmeren. Bovendien heeft het een negatieve impact op de beleving van de somatische symptomen (met name pijnklachten) en op de door de patiënt ervaren kwaliteit van leven [Barber 2016, Mausbach 2017, Rosenblat 2020].

Ook kunnen depressieve symptomen bijdragen aan de wens om het levenseinde te bespoedigen [Breitbart 2000]. Vroegtijdige herkenning en behandeling zijn essentieel om te zorgen voor betere kwaliteit van leven.

Naast aandacht voor de patiënt is het ook van cruciaal belang om oog te hebben voor en ondersteuning te bieden aan de naasten (zie [Mantelzorgondersteuning in de palliatieve fase - Palliaweb](#)).

In deze richtlijn wordt onderscheid gemaakt tussen depressieve symptomen, een aanpassingsstoornis met depressieve stemming en een depressieve stoornis. Een aanpassingsstoornis met depressieve stemming en een depressieve stoornis zijn (afzonderlijke) psychiatrische diagnoses, waarvoor de criteria zijn vastgelegd in de DSM-5 [APA 2014, Multidisciplinaire Richtlijn Depressie NWP 2013].

Fase van (tijdelijke) depressieve symptomen

De voortschrijdende ziekte leidt tot een opeenstapeling van verliezen (zoals verlies van gezondheid, rolverlies en eventueel relaties). Gevoelens van somberheid, verdriet of leegte kunnen optreden als een invoelbare en passende reactie op deze verlieservaringen en op de confrontatie met (progressie van) de ziekte die niet meer te genezen is. Een dergelijk beeld beperkt zich tot enkele depressieve symptomen die het leven en het functioneren van de patiënt niet in belangrijke mate belemmeren en slechts tijdelijk (enkele weken) in wisselende mate aanwezig zijn, totdat er een nieuw evenwicht bereikt is (zie [richtlijn Rouw in de palliatieve fase](#)). Opvallend is dat het merendeel van de patiënten, ondanks het veranderende perspectief, een nieuwe balans vindt.

Aanpassingsstoornis met depressieve stemming

Indien het na enige tijd niet lukt om te komen tot een nieuw evenwicht, kan een aanpassingsstoornis met depressieve stemming ontstaan. De DSM-5 hanteert de volgende criteria voor een aanpassingsstoornis [APA 2014]:

- Het betreft emotionele en gedragssymptomen als reactie op (een) herkenbare stress veroorzakende factor(en), die zich binnen drie maanden na het begin daarvan voordoen.
- Deze symptomen of gedragingen zijn erger dan normaal, zoals blijkt uit een duidelijk lijden dat ernstiger is dan wat verwacht mag worden en/of significante beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren.

- De stressgebonden stoornis voldoet niet aan de criteria voor een andere klinische stoornis (waaronder depressieve stoornis) en is geen verergering van een bestaande klinische of persoonlijkheidsstoornis.
- De symptomen zijn geen uiting van een rouwreactie.
- Zodra de stress veroorzakende factor (of de gevolgen ervan) is weggevallen, blijven de symptomen niet langer dan zes maanden aanwezig.

Aanpassingsstoornissen worden daarna naar hun emotionele en gedragssymptomen verder ingedeeld, met voor de palliatieve zorg als belangrijkste:

- Een aanpassingsstoornis met depressieve stemming (indien depressieve stemming, huilerigheid of gevoelens van hopeloosheid de belangrijkste uitingen zijn).
- Een aanpassingsstoornis met gemengd angstige en depressieve stemming.

Aanpassingsstoornissen verwijzen naar een emotionele ontregeling die groter is dan verwacht ten gevolge van een ingrijpend life-event of stressvolle gebeurtenis (stressor) en die zich presenteert met depressieve symptomen (o.a. depressieve stemming, huilerigheid of gevoelens van hopeloosheid) met of zonder angst. Hierbij wordt niet voldaan aan alle DSM-5 criteria van een depressieve stoornis.

Het feit dat de mate van emotionele ontregeling in de context van de palliatieve fase lastig te kwantificeren is, roept vragen op over de diagnostische validiteit [Fujisawa 2018]. Hoewel de aanpassingsstoornis veel voorkomt en een 'brede' diagnose is, waarbinnen een diversiteit aan symptomen kan voorkomen, worden de exacte classificatie voor wetenschappelijk onderzoek en het stellen van de diagnose in de dagelijkse praktijk bemoeilijkt, zowel door subjectieve criteria als door overlap met andere diagnostische categorieën [Richtlijn Aanpassingsstoornis bij patiënten met kanker 2016].

Depressieve stoornis

Een syndroom dat emotionele, cognitieve, gedragsmatige en somatische aspecten omvat, dat varieert in intensiteit van mild tot matig en ernstig en gepaard gaat met significante beperkingen in psychosociaal functioneren.

Een depressie in engere zin, een depressieve episode of stoornis en 'major depressive disorder' (MDD) kunnen als synoniemen worden beschouwd.

De DSM-5-TR geeft de volgende negen criteria voor een depressieve stoornis, waarvan ten minste vijf aanwezig zijn en tenminste één van de twee kernsymptomen: (1) depressieve stemming, of (2) verlies van interesse of plezier. Alle symptomen dienen gedurende dezelfde periode van minstens twee aaneengesloten weken aanwezig te zijn en er dient sprake te zijn van een verandering ten opzichte van het eerdere functioneren [APA 2022].

Kernsymptomen

- Depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag, zoals blijkt uit ofwel subjectieve mededelingen van de patiënt zelf ofwel observatie door anderen.
- Duidelijke vermindering van interesse of plezier (anhedonie) in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag, zoals blijkt uit subjectieve mededelingen van de patiënt of uit observatie door anderen.

Overige symptomen

- Duidelijke gewichtsvermindering zonder vasten/dieet of gewichtstoename (bijv. meer dan 5% van het lichaamsgewicht in 1 maand), dan wel bijna elke dag afgenomen of toegenomen eetlust.
- Slapeloosheid of overmatige slaperigheid, bijna elke dag.
- Psychomotorische agitatie of remming (waarneembaar door anderen, en niet alleen maar een subjectief gevoel van rusteloosheid of vertraagdheid), bijna elke dag.
- Moeheid of verlies van energie, bijna elke dag.
- Gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens (die waanachtig kunnen zijn), bijna elke dag, en niet alleen maar zelfverwijten of schuldgevoel over het ziek zijn.
- Verminderd vermogen tot nadenken, concentratie of besluiteloosheid (subjectief vermeld ofwel geobserveerd door anderen), bijna elke dag.

- Terugkerende gedachten aan de dood (niet alleen de vrees om dood te gaan), terugkerende suïcidegedachten zonder dat er specifieke plannen gemaakt zijn, een suïcidepoging of een specifiek plan om suïcide te plegen.

Afbakening

Vastgesteld: 22-11-2022 Regiehouder: NVvP

Zoals bij de [begripsbepaling](#) beschreven, is depressie in de palliatieve fase een breed begrip met uiteenlopende uitingsvormen en dimensies. Depressie gedefinieerd als een depressieve stoornis komt in de palliatieve fase veel minder vaak voor dan depressieve symptomen. In deze richtlijn ligt het accent op depressieve symptomen bij patiënten met een ongeneeslijke ziekte, naast de aanpassingsstoornis met depressieve stemming en de depressieve stoornis.

Het concept depressie in de palliatieve fase betreft een spectrum van emotionele ontregeling, welke in ernst en duur kan variëren van een normale reactie tot ernstige en persisterende depressieve symptomen in het kader van een depressieve stoornis. Depressieve symptomen kunnen samengaan en/of overlappen met bijvoorbeeld slaapstoornissen, angstklachten, agitatie en lichamelijke klachten zoals vermoeidheid en pijn. De twee kernsymptomen, depressieve stemming en anhedonie, veranderen niet onder invloed van een ernstige somatische aandoening.

Vier van de negen DSM-5 criteria (gewichtsvmindering, slapeloosheid, psychomotore remming en moeheid) vallen samen met symptomen die veel voorkomen bij patiënten in de palliatieve fase. Deze zijn dus minder onderscheidend voor het stellen van de diagnose depressie [Brenne 2013].

Aanwezigheid van symptomen binnen het emotionele en cognitieve domein, zoals depressieve stemming, gevoelens van waardeloosheid en schuld, hopeloosheid en suicidale gedachten, zullen sterker wijzen op de aanwezigheid van een depressieve stoornis [Rosenblat 2020]. Met name het kernsymptoom anhedonie is indicatief voor een depressieve stoornis; zelfs als patiënten fysiek niet meer in staat zijn om eerdere plezierige activiteiten uit te voeren, zullen ze plezier ervaren en kunnen beleven aan het gezelschap van hun familie en dierbaren, tenzij er sprake is van een depressieve stoornis [Block 2001].

Depressie in de palliatieve fase is vaak verborgen (mogelijk leidend tot onderdiagnostiek). Het risico bestaat dat de depressieve stemming gezien wordt als een normale reactie op de stressvolle omstandigheden en daardoor niet onderkend en behandeld wordt ('als ik er zo bij zou liggen, zou ik ook depressief zijn'). Er bestaat een spanningsveld tussen het ten onrechte medicaliseren van normaal menselijke emoties versus onderdiagnostiek van een depressieve stoornis.

Een specifieke groep patiënten wordt gevormd door patiënten, die al voorafgaande aan de diagnose van een ongeneeslijke ziekte, bekend waren met een (kwetsbaarheid voor) depressieve stoornis. Dit is een risicofactor voor een recidief of verergering van een depressieve stoornis in de palliatieve fase. Deze patiënten zijn meestal in behandeling of eerder in behandeling geweest. Van belang is dat een bestaande behandeling gecontinueerd wordt en/of geïntegreerd in het totale behandelplan in de palliatieve fase. Het komt overigens ook voor dat patiënten met eerdere depressieve episodes niet opnieuw depressief worden in de palliatieve fase. Vaak zijn zij goed in staat om de stemming en de uiting van een depressieve episode te onderscheiden van depressieve gevoelens passend bij de palliatieve fase.

In de palliatieve fase kunnen patiënten gevoelens van somberheid ervaren die te maken hebben met zingevingsvragen en existentiële aspecten van het menselijk bestaan, zoals de naderende dood, schuld en spijt, fundamentele eenzaamheid en de grip kwijtraken op 'wie je bent' [van Bruggen 2017]. Deze somberheid is verweven met andere thema's in de palliatieve fase, zoals terugtrekken uit sociale contacten, verlies van identiteit door verlies van een sociale rol, toenemende afhankelijkheid van naasten en fundamentele eenzaamheid bij het zich realiseren van het naderend overlijden (zie [richtlijn Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase](#)).

In het vervolg van deze richtlijn gebruiken we het begrip depressie in de palliatieve fase zoals gedefinieerd volgens de werkgroep bij [begripsbepaling](#).

Prevalentie

Vastgesteld: 22-11-2022 Regiehouder: NVvP

Een depressieve stoornis is een van de meest voorkomende psychiatrische stoornissen in de algemene bevolking. Ieder jaar wordt bij ongeveer 5,2% van de volwassen Nederlanders een depressieve stoornis vastgesteld (mannen 4,1%, vrouwen 6,3%) [GGZ standaarden-depressieve stoornis 2017].

Uit literatuurstudies is gebleken dat de prevalenties van depressieve symptomen en depressieve stoornissen aanzienlijk verhoogd zijn bij patiënten met een (ernstige) somatische aandoening, vergeleken met de gezonde populatie [Li 2019, Read 2017, Rosenblat 2020].

Vooraf neurologische stoornissen (CVA, epilepsie, MS, ziekte van Parkinson en dementie) zijn sterk geassocieerd met een verhoogd risico op een depressieve stoornis. Bij dementie en de ziekte van Parkinson zijn de depressieve symptomen een onderdeel van de kernsymptomen van deze neurodegeneratieve aandoeningen, in plaats van een comorbide diagnose, zelfs als aan alle criteria van een depressieve stoornis wordt voldaan [Rosenblat 2020].

De geschatte prevalenties van depressie bij patiënten in de palliatieve fase variëren, afhankelijk van hoe depressie wordt gedefinieerd (depressieve symptomen versus depressieve stoornis) en welke patiëntenpopulatie bestudeerd wordt [Fairman 2021]. Depressie wordt gemeten op verschillende momenten in de palliatieve fase, waarbij verschillende meetmethodes (screeninginstrument voor depressieve symptomen versus gestandaardiseerde diagnostische interviews) en afkapwaarden gebruikt worden en depressieve stoornissen soms wel en soms niet meegenomen worden [Levis 2017, Thombs 2018]. Daarbij komt dat in de DSM-5 depressieve stoornissen op een andere manier zijn gedefinieerd dan in de eerdere DSM-4 [APA 2014].

In een meta-analyse van 94 interviewstudies (24 studies binnen palliatieve care setting en 70 studies binnen oncologie- en hematologie setting) werden prevalenties onderzocht en met elkaar vergeleken [Mitchel 2011]. Binnen de palliatieve setting was de prevalentie van een depressieve stoornis volgens DSM-criteria 14,3% (95% betrouwbaarheidsinterval (95%BI) 11,1-17,9) en de prevalentie van een aanpassingsstoornis met depressieve stemming 15,4% (95%BI 10,1-21,6). Er werden geen significante verschillen gevonden ten opzichte van oncologische patiënten in de niet-palliatieve setting [Mitchell 2011]. Er was geen effect van leeftijd, geslacht of klinische setting en onvoldoende data om het effect van de verschillende type maligniteiten en ziekteduur te onderzoeken.

Diverse studies laten zien dat de prevalentie van depressie bij patiënten met kanker in de palliatieve fase varieert van 14,9% voor een depressieve stoornis tot 58% uitgaande van het gehele depressiespectrum [Massie 2004, Wasteson 2009]. In een systematische review naar symptoomprevalentie bij ongeneeslijke kanker [Teunissen 2007] wordt voor depressieve symptomen een prevalentie genoemd van 39% (95%BI 33-45).

Onder patiënten met een ongeneeslijke maligniteit werd d.m.v. de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) een prevalentie van 24,4% (C.I. 17,6-32,7%) gevonden voor depressieve klachten [Antunes 2020]. Een vergelijkbaar patroon wordt gezien bij patiënten met eindstadium hartfalen [Gibbs 2002] en nierfalen [Cohen 2002]; in een systematische review naar symptoomlast bij eindstadium orgaanfalen is de prevalentie van depressieve klachten 23% bij patiënten met hartfalen, 59% bij COPD en 26% bij nierfalen [Janssen 2008].

Oorzakelijke en beïnvloedende factoren

Vastgesteld: 22-11-2022 Regiehouder: NVvP

Inzicht in de onderliggende oorzakelijke en beïnvloedende factoren is essentieel om gerichte (oorzakelijke) interventies in te zetten om (de kans op) depressie te verminderen.

Er wordt hierbij een onderscheid gemaakt in a) predisponerende factoren die verwijzen naar algemene factoren die kwetsbaar maken om een depressie te ontwikkelen en b) biologische - en psychosociale risicofactoren die vaak depressie luxeren en/of de kans op het krijgen van depressie verhogen [Fujisawa 2018, Rosenblat 2020].

Predisponerende factoren die een rol spelen bij depressieve symptomen/depressieve stoornis

- Jongere leeftijd;
- Ziekte in vergevorderd stadium;
- Belaste psychiatrische voorgeschiedenis, eerdere depressieve stoornis;
- Hechtingsproblematiek en eerdere traumatische life events of stressvolle gebeurtenis (stressor);
- Het voorkomen van psychiatrische aandoeningen in de familie;
- Verslavingsproblematiek zoals afhankelijkheid van alcohol of andere middelen;
- Persoonlijkheidskenmerken (neuroticisme en laag zelfbeeld);
- Eenzaamheid en gebrek aan sociaal netwerk en sociale steun.

Risicofactoren samenhangend met de onderliggende somatische aandoening

- Chronische (onvoldoende behandelde) symptomen vooral pijn, dyspneu en vermoeidheid;
- Verstoord slaappatroon / slaapstoornissen;
- Maligniteit vooral pancreas-, long- en hersentumoren (met name frontaal);
- Hersenmetastasen (m.n. frontaal) en leptomeningeale metastasen;
- Oncologische ulcera (m.n. hoofd/hals- en cervixmaligniteit);
- Paraneoplastisch syndroom met positieve auto-immuun antilichamen;
- Endocriene stoornissen (bijv. diabetes mellitus, hypo(para)thyreoidie, bijnierschorsinsufficiëntie, M Cushing);
- Neurologische aandoeningen (CVA, dementie, ziekte van Parkinson, MS, ALS);
- Inflammatie (infectieziekten, auto-immuunstoornissen);
- Anemie;
- Vitamedeficiënties (bijv. vitamine B1, B6, B12 en foliumzuur);
- Elektrolytstoornissen (hypercalciëmie, hyponatriëmie, hypomagnesiëmie);
- Slechte lichamelijke en fysieke conditie.

Risicofactoren samenhangend met de behandeling

- Radiotherapie m.n. totale schedelbestraling;
- Systemische therapie. Depressie is met name beschreven als bijwerking van antihormonale therapie (tamoxifen, aromataserepressoren, 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.
- Mutilerende ingrepen.

Risicofactoren samenhangend met medicatie

- Corticosteroiden, anabole steroiden;
- Antihypertensiva, m.n. lipofiele beta blokkers (propranolol) [Verbeek 2010];
- Cholesterolverlagende medicatie (colestyramine, pravastatine);
- Antibiotica (amfotericine, ethionamide);
- Opioiden;
- (Onttrekking van) alcohol, nicotine, drugs, opioïden, corticosteroiden.

Risicofactoren samenhangend met psychosociale factoren

- Inadequate en beperkte coping;
- Verandering in uiterlijk;
- Rolverlies;
- Controleverlies en onzekerheid over toekomst;
- Verlies van onafhankelijkheid /autonomie;
- Verlies van waardigheid;
- Sociale isolatie.

Depressie bij patiënten met (ernstige) somatische aandoeningen ontstaat door een wisselwerking van biologische, psychologische, sociale, iatrogene (door behandeling/medicatie) en leefstijl risicofactoren. Het lijkt erop dat er veelal sprake is van een disbalans tussen draagkracht en draaglast bij premorbide kwetsbaarheid [Fujisawa 2018, Rosenblat 2020].

Hoewel de literatuur niet eenduidig is, is er bewijs dat een hoge symptoomlast zoals pijn, angst, benauwdheid, misselijkheid en slaapproblemen het risico op depressie significant kan vergroten. Vaak is er sprake van een wederzijdse beïnvloeding, bijv. tussen pijn en depressie en tussen vermoeidheid en depressie [Mercadante 2017, Panagioti 2014, Rhondali 2012, Rowbottom 2017, Salvo 2012].

Er is een toegenomen evidentie voor biologische ziekte-specifieke factoren waarbij immuunactivatie en (neuro)inflammatie een belangrijke rol spelen [Leonard 2018, Rosenblat 2014, Rosenblat 2020].

Depressie als onderdeel van een symptomencomplex, geassocieerd met somatische aandoeningen waarbij ontstekingsreacties optreden (pro-inflammatoire cytokinen) wordt ook wel 'sickness behavior' genoemd [D'Mello 2017]. Dit wordt gekenmerkt door anorexie, gewichtsverlies, lethargie, malaise, lusteloosheid, interesse- en initiatiefverlies, depressie, angst, cognitieve dysfunctie en sociale isolatie. Er is een grote overlap tussen 'sickness behavior' in de palliatieve fase en het anorexie-cachexiesyndroom (zie [richtlijn Anorexie en gewichtsverlies](#)).

In de DSM-5 classificatie wordt binnen de depressieve stoornis onderscheid gemaakt tussen (causale) verbanden met somatische aandoeningen en/of (genees)middelen. Zo wordt gesproken van een stemmingsstoornis door een somatische aandoening en/of een stemmingsstoornis door (genees)middelengebruik.

Bij een depressie moet altijd bekeken worden of de depressieve stemming het fysiologische effect is van een bijkomende medische aandoening dan wel van de voorgeschreven medicatie (zie risicofactoren).

Wanneer de conclusie is dat de aanpassingsstoornis met depressieve stemming dan wel de depressieve stoornis het gevolg lijkt van genoemde aandoeningen of medicatie, moet worden beoordeeld of het effect van de behandeling van de aandoening (indien mogelijk) afgewacht kan worden of dat de indicatie voor het voorgeschreven medicament kritisch moet worden heroverwogen om te bezien of dit alsnog gestaakt kan worden (medicatiebeoordeling eventueel met apotheker) (zie [module Behandeling van oorzakelijke en beïnvloedende somatische factoren](#)).

Communicatie

Vastgesteld: 22-11-2022 Regiehouder: NVvP

Aanbevelingen

Uitgangsvraag

Wat zijn voorwaarden voor goede communicatie met patiënten met depressie en/of angst in de palliatieve fase en met hun naasten en/of mantelzorgers?

NB Dit is een gecombineerde uitgangsvraag van zowel de richtlijn depressie als de richtlijn angst. Daarom wordt gerapporteerd over zowel depressie als angst.

Methode: consensus-based

Aanbevelingen

- Gebruik patiëntgerichte communicatie ter preventie en/of vermindering van depressie en angst, door aandacht te besteden aan wie de patiënt is en wat deze ervaart op het gebied van lichamelijke klachten, gevoelens, emoties, normen en verwachtingen, zorgen en behoeften.
 - Overweeg het gebruik van een gespreksmodel zoals de [AAA-checklist](#), het BELIEF model of het [NURSE model](#) als handvat voor patiëntgerichte communicatie.
 - Let op de non-verbale signalen van de patiënt en de naasten en/of mantelzorgers en op de eigen non-verbale communicatie. Laat regelmatig stiltes vallen in een gesprek, bijvoorbeeld bij het bespreken van emotionele onderwerpen.
- Pas de communicatiestijl aan de patiënt aan, houd daarbij rekening met eventuele beperkingen (zoals verminderde gehoorfunctie, visuele functie en taalbegrip).
 - Maak zoveel mogelijk gebruik van een empathische, exploratieve communicatiestijl, met erkennende en steunende bewoordingen, waarbij interesse getoond wordt, vragen gesteld worden, geluisterd wordt naar wat de patiënt op dat moment wil vertellen en stukjes hiervan herhaald worden.
 - Overweeg een directief-empathische stijl waarin meer structuur en advies wordt gegeven, als de patiënt erg depressief, angstig of wanhopig is en als er behandelkeuzen gemaakt moeten worden.
- Geef eerlijke en duidelijke informatie over het ziektebeeld, waarbij de informatie is afgestemd op wat de patiënt op dat moment wil en kan horen en waarbij ruimte geboden wordt voor vragen over het toekomstperspectief, maar gerespecteerd wordt als deze niet gesteld worden.
 - Gebruik eenvoudige, begrijpelijke taal.
 - Gebruik de [terugvraagmethode](#) om te controleren of de persoon de informatie begrepen heeft.
- Betrek de naasten en/of mantelzorgers bij zorgplanning en uitvoering van de zorg, om te bepalen wat nodig is voor comfort en optimaal welbevinden van de patiënt. Zorg er daarbij voor dat de naasten en/of mantelzorgers ondersteund worden in hun lichamelijke, emotionele en informatiebehoeften. Voor handvatten kijk op [Mantelzorgondersteuning in de palliatieve fase \(palliaweb.nl\)](#).
- Maak waar mogelijk gebruik van o.a. interculturele consultants, geestelijk verzorgers en professionele (gebaren)tolken, om te ondersteunen bij gesprekken waarbij een verschil in taal, cultuur, levensbeschouwing en bijbehorende normen en verwachtingen wordt ervaren.



Referenties



Alam S, Hannon B, Zimmermann C. Palliative Care for Family Caregivers. J Clin Oncol. 2020 Mar 20;38(9):926-936. doi: 10.1200/JCO.19.00018. Epub 2020 Feb 5. PMID: 32023152.

Cain CL, Surbone A, Elk R, Kagawa-Singer M. Culture and Palliative Care: Preferences, Communication, Meaning, and Mutual Decision Making. *J Pain Symptom Manage*. 2018 May;55(5):1408-1419. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.01.007. Epub 2018 Jan 31. PMID: 29366913.

Chen M, Gong J, Cao Q, Luo X, Li J, Li Q. A literature review of the relationship between dyadic coping and dyadic outcomes in cancer couples. *Eur J Oncol Nurs*. 2021 Oct;54:102035. doi: 10.1016/j.ejon.2021.102035. Epub 2021 Sep 11. PMID: 34520996.

Dahlin C, ed. *The Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*. 3rd ed. Pittsburgh, PA: National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2013.

Dean M, Street Jr RL. *Textbook of Palliative Care Communication*. New York: Oxford University Press, Incorporated, 2015. Chapter 29, Patient-Centred Communication, p. 238-45.

Dobbie AE, Medrano M, Tysinger J, Olney C. The BELIEF Instrument: a preclinical teaching tool to elicit patients' health beliefs. *Fam Med*. 2003 May;35(5):316-9. PMID: 12772930.

Els, Harry van, Knipscheer, Jeroen. Cognitieve gedragstherapie bij allochtonen: een cultuursensitieve benadering. *Tijdschrift voor Gedragstherapie*, 2015 Mar, 48(1):2-29.

Engel, Marijanne, Kars, Marijke. Kennissynthese Palliatieve Zorg 'Effectieve communicatie tussen zorgverleners, patiënten en hun naasten' Eindverslag. 2021. https://publicaties.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Thema_Palliatieve_Zorg/Kennissynthese_Effectieve_co

GGZ standaarden. Generieke module Diversiteit. 2020. <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/diversiteit>.

Hoffstädt H, Stouthard J, Meijers MC, Westendorp J, Henselmans I, Spreeuwenberg P, de Jong P, van Dulmen S, van Mier LM. Patients' and Clinicians' Perceptions of Clinician-Expressed Empathy in Advanced Cancer Consultations and Associations with Patient Outcomes. *Palliat Med Rep*. 2020 Jun 11;1(1):76-83. doi: 10.1089/pmr.2020.0052. PMID: 34223461; PMCID: PMC8241346.

IKNL/Palliatief. Kwaliteitskader Palliatieve Zorg NL. 2020. <https://palliaweb.nl/zorgpraktijk/kwaliteitskader-palliatieve-zorg-nederland>

Jacobs JM, Shaffer KM, Nipp RD, Fishbein JN, MacDonald J, El-Jawahri A, Pirl WF, Jackson VA, Park ER, Temel JS, Greer JA. Distress is Interdependent in Patients and Caregivers with Newly Diagnosed Incurable Cancers. *Ann Behav Med*. 2017 Aug;51(4):519-531. doi: 10.1007/s12160-017-9875-3. PMID: 28097515, PMCID: PMC5513787.

Lelorain S, Brédart A, Dolbeault S, Sultan S. A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psychooncology*. 2012 Dec;21(12):1255-64. doi: 10.1002/pon.2115. Epub 2012 Jan 11. PMID: 22238060.

Kirk TW, Coyle N, Doolittle M. *Textbook of Palliative Care Communication*. New York: Oxford University Press, Incorporated, 2015. Chapter 5, Communication Ethics, p. 27-34.

Mistiaen P, Francke AL, Graaff FM de, Muijsenbergh METC van de. *Handreiking Palliatieve zorg aan mensen met een niet-westerse achtergrond*. Utrecht: NIVEL, 2011. <https://www.pharos.nl/kennisbank/palliatieve-zorg-aan-mensen-met-een-niet-westerse-achtergrond/>

Omillion-Hodges LM, Swords NM. Communication that heals: mindful communication practices from palliative care leaders. *Health Commun*. 2016;31(3):328-35. doi: 10.1080/10410236.2014.953739. Epub 2015 Sep 11. PMID: 26360619.

Ormel J, Os T WPD van, Brink HRS van den, Meer K van der. Behandeling van depressie in de huisartsenpraktijk. *Huisarts en Wetenschap*, 2005, 48(3): 833-840. DOI 10.1007/BF0308449213

Van Os, van den Brink HRS, Ormel J. Behandeling van depressie in de huisartsenpraktijk. *De dokter als medicijn*. *Huisarts en Wetenschap*, 2005, 48(3): 95-101.

Palos GR. Cultural Considerations in Palliative Care and Serious Illness. In: *Textbook of Palliative Care Communication*. New York: Oxford University Press, Incorporated, 2015. Chapter 19, , p. 153-60.

Ragan SL. Overview of Communication. In: *Textbook of Palliative Care Communication*. New York: Oxford University Press, Incorporated, 2015, Chapter 1, , p. 1-9.

Slort, W., Pype, P., Deveugele, M. Communiceren met palliatieve patiënten. *Huisarts & wetenschap* 2011, 54:614–617. Doi: 10.1007/s12445-011-0297-3

Slort Willemjan, Wapenaar Jeroen. *Met het einde in zicht- Communiceren in de palliatieve zorg*. Amsterdam: LannooCampus, 2019.

Smith RC. *Patient-centered interviewing: an evidence-based method*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

Suurmond Jeanine, Lanting Katja, Voogd Xanthe de, Oueslati Roukayya, Boland Gudule, Muijsenbergh Maria van den. Twelve tips to teach culturally sensitive palliative care, *Medical Teacher*, 2021, 43(7):845-850. DOI: 10.1080/0142159X.2020.1832650

van Vliet LM, Meijers MC, van Dulmen S, van der Wall E, Plum N, Stouthard J, Francke AL. Addressing challenges in information-provision: a qualitative study among oncologists and women with advanced breast cancer. *BMC Palliat Care*. 2021 Sep 14;20(1):142. doi: 10.1186/s12904-021-00836-w. PMID: 34521393; PMCID: PMC8442372.

Velden NCA van der, Meijers MC, Han PKJ, van Laarhoven HWM, Smets EMA, Henselmans I. The Effect of Prognostic Communication on Patient Outcomes in Palliative Cancer Care: a Systematic Review. *Curr Treat Options Oncol*. 2020 Apr 23;21(5):40. doi: 10.1007/s11864-020-00742-y. PMID: 32328821, PMCID: PMC7181418.

Visser LNC, Schepers S, Tollenaar MS, de Haes HCJM, Smets EMA. Patients' and oncologists' views on how oncologists may best address patients' emotions during consultations: An interview study. *Patient Educ Couns*. 2018 Jul;101(7):1223-1231. doi: 10.1016/j.pec.2018.02.012. Epub 2018 Feb 21. PMID: 29534845.

Westendorp J, Evers AWM, Stouthard JML, Budding J, van der Wall E, Plum NMF, Velting M, Francke AL, van Dulmen S, Olde Hartman TC, Van Vliet LM. Mind your words: Oncologists' communication that potentially harms patients with advanced cancer: A survey on patient perspectives. *Cancer*. 2022 Mar 1;128(5):1133-1140. doi: 10.1002/cncr.34018. Epub 2021 Nov 11. PMID: 34762305.

Weczorek SM. Now and at the Hour of Death. *J Patient Exp*. 2018 Mar;5(1):4-5. doi: 10.1177/2374373517719757. Epub 2017 Jul 17. PMID: 29582004, PMCID: PMC5862377.

Literatuurbespreking

Voor deze uitgangsvraag is geen systematisch literatuuronderzoek verricht.

Overwegingen

Inleiding

Communicatie met patiënten in de palliatieve fase is een relationeel proces in twee richtingen, dat beïnvloed wordt door de context, cultuur, beelden, woorden en gebaren. Het is één van de belangrijkste manieren waarop zorgverleners de kwaliteit van de zorg beïnvloeden die patiënten en hun families ontvangen [Dean 2015, Kirk 2015, Ragan 2015]. Goede communicatie is een onmisbaar onderdeel van de palliatieve zorg. Hoewel er vrijwel geen onderzoek beschikbaar is over de invloed van communicatie op depressie en angst, is het aannemelijk dat goede communicatie de kwaliteit van leven van de patiënt met depressie en/of angst en hun naasten in deze fase

verbetert [Dean 2015]. De palliatieve fase kenmerkt zich door het samengaan van lichamelijke klachten, gevoelens, emoties, verwachtingen, zorgen en behoeften. Als zorgverlener is het belangrijk hier in de communicatie met de patiënt aandacht voor te hebben, zodat alle aspecten aan bod komen.

De naasten van de patiënt spelen een belangrijke rol in de palliatieve fase. Ze worden vaak betrokken als informele zorgverlener en kunnen een belangrijke bron van informatie zijn over de toestand van de patiënt, zo ook om te bepalen of er sprake is van depressie of angst bij de patiënt. De zorg voor een patiënt in de palliatieve fase kan belastend zijn, zeker als er ook sprake is van psychische klachten. Naasten hebben zelf ook een verhoogd risico op het ontwikkelen van klachten van depressie en angst. Aandacht voor de naasten en hen op een goede manier betrekken in de communicatie is zeker in de palliatieve fase essentieel.

In de wetenschappelijke literatuur wordt vaak de term 'informal caregiver', oftewel mantelzorger gebruikt voor naasten. Dit kunnen partners, kinderen, andere familieleden, burens en/of vrienden zijn. Afhankelijk van de setting en situatie kan een vrijwilliger ook een rol spelen als informele zorgverlener.

Een ander aspect om rekening mee te houden in de communicatie met patiënten met depressie en angst in de palliatieve fase is hun culturele achtergrond. Deze heeft invloed op de manier waarop zij hun ziekte en behandelingsmogelijkheden begrijpen, hoe ze uitdrukking geven aan depressie en angst, en hoe ze hiermee omgaan. Als er geen rekening gehouden wordt met de culturele achtergrond van patiënten en hun naasten, bestaat de kans dat zij niet de juiste zorg ontvangen. Daarnaast hebben mensen met een migratieachtergrond een hoger risico op depressie en angst, doordat ze bijvoorbeeld ervaren nergens echt thuis te horen (de zogenaamde, 'condición migrante'), discriminatie en uitsluiting ervaren, of wantrouwen ervaren door (transgenerationale) conflicten tussen bevolkingsgroepen [van Els 2015]. Cultuur speelt ook een belangrijke rol in de mate waarin en de manier waarop naasten en/of mantelzorgers betrokken willen worden in de zorg. Dit heeft invloed op hoe er met hen en door hen gecommuniceerd wordt [GGZ standaarden 2020, Mistiaen 2011, Palos 2015]. Het is daarom belangrijk om rekening te houden met cultuur in de dagelijkse omgang met patiënten en hun naasten en/of mantelzorgers. Ook bij het diagnostische proces en het bespreken van de behandelkeuze en behandeling speelt de culturele context een belangrijke rol.

Patiëntgerichte communicatie in de palliatieve zorg

Uit de literatuur over communicatie in de palliatieve zorg wordt duidelijk dat communicatie niet alleen een manier is om informatie over te brengen. Goede communicatie zorgt ervoor dat een patiënt zich gezien en gehoord voelt. Deze manier van communiceren wordt patiëntgerichte communicatie genoemd, omdat de patiënt centraal staat. Door in hun communicatie te laten zien dat zij aandacht hebben voor wie de patiënt is – wat diens unieke gevoelens, zorgen en verwachtingen zijn en wat diens psychosociale context is – kunnen zorgverleners eraan bijdragen dat de patiënt meer vrijheid voelt om gevoelens en klachten te delen [Kirk 2015]. De werkgroep acht het aannemelijk dat dit een preventieve werking kan hebben op depressieve klachten en angst, omdat emoties en onzekerheden zo eerder geadresseerd kunnen worden. Patiënt en zorgverlener kunnen tot een gezamenlijk begrip van problemen en de behandeling ervan komen. Patiënten kunnen dan meer betrokken worden bij de keuzes die te maken hebben met hun gezondheid en dit draagt bij aan kwaliteit van leven in de palliatieve fase [Dean 2015]. Uit een studie onder 215 patiënten met een depressieve stoornis van 18 huisartsen bleek dat een accurate huisartsdiagnose en adequate behandeling met een antidepressivum waren geassocieerd met betere patiëntuitkomsten, echter alleen wanneer deze behandeling werd gegeven door een communicatief vaardige huisarts [Ormel 2005, Van Os 2005].

Patiëntgerichte communicatie krijgt vorm door interesse te tonen, vragen te stellen en te luisteren naar wat de patiënt op dat moment wil vertellen. Dit geeft de zorgverlener inzicht in verschillende aspecten van het leven die voor deze persoon belangrijk zijn en wie ze zijn als persoon. Door iemands waarden, relaties, doelen en dromen in kaart te brengen, is het voor de zorgverlener ook makkelijker om aan te sluiten bij wat de patiënt nodig heeft [Kirk 2007, Omilion-Hodges 2016, Visser 2018, Van Miet, 2021].

Patiëntgericht communiceren is exploratief en empathisch. Mede afhankelijk van de aard van de problematiek, zijn patiënten in gesprek met de zorgverlener over de opties en gezichtspunten vaak zelf in staat om oplossingen te vinden die goed bij hen passen [Kirk 2015, Omilion-Hodges 2016]. Daarbij wordt de autonomie van de patiënt gerespecteerd en gestimuleerd [Dahlin 2013]. Indien het passend is om adviezen te geven, kan dit in dezelfde

communicatiestijl, waarbij de zorgverlener zonder oordeel ruimte laat aan de patiënt om de adviezen al dan niet op te volgen. Als dat beter aansluit bij de behoeften van de patiënt, kan een meer directieve stijl gehanteerd worden, waarin meer structuur en advies worden gegeven. Een empathische grondhouding in combinatie met een directieve stijl kan een gevoel van veiligheid bieden en het vertrouwen in de zorgverlener versterken, vooral wanneer de patiënt erg depressief, angstig of wanhopig is. Onderzoek suggereert dat empathische communicatie door artsen en verpleegkundigen gerelateerd is aan verminderde angst bij mensen met kanker [Hoffstädt 2020, Lelorain 2012].

Kenmerken van patiëntgerichte communicatie zijn erkenning, het gebruik van gevoelsreflecties, het laten vallen van stiltes en aandacht voor non-verbale communicatie. In een interviewstudie onder 16 kankerpatiënten en 13 oncologen, werd de voorkeur gegeven aan communicatie met deze kenmerken [Visser 2018]. Stiltes geven de ruimte om de boodschap te verwerken en kunnen op zichzelf een teken van empathie, medeleven en respect vormen.

Non-verbale communicatie kan bepalender zijn voor wat iemand meeneemt uit een gesprek dan de inhoud van de communicatie [Ragan 2015, Kirk 2015]. Dat lijkt zelfs nog belangrijker te zijn bij cultuur-sensitieve communicatie, wanneer mensen de taal niet (helemaal) machtig zijn [Cain 2018, GGZ standaarden 2020]. Bij non-verbale communicatie kan gedacht worden aan zitten in plaats van staan, gezichtsuitdrukking, oogcontact, de toon van de stem, fysieke nabijheid, gebaren en aanraking [Ragan 2015]. Het uitstralen van betrokkenheid en expertise, en het nemen van verantwoordelijk zijn belangrijke vormen van non-verbale communicatie [Engel 2021].

De meeste patiënten stellen het op prijs als zorgverleners eerlijke informatie geven over hun ziektebeeld. Dit draagt bij aan hun vertrouwen in de zorgverlener en gevoel van regie, maar kan soms ook angst, depressie en existentiële vragen oproepen.

Een review van 18 studies naar de invloed van het geven van prognostische informatie over kanker, laat wisselende invloeden (zowel positieve als negatieve en geen) zien van expliciete communicatie over de prognose op angst- en depressieve klachten [van der Velden 2020].

Bij het geven van informatie moet daarom ook ruimte geboden worden voor het al dan niet bespreken van een toekomstperspectief en de informatie moet afgestemd worden op wat de patiënt op dat moment wil en kan horen. Eerlijke en duidelijke communicatie kan ook bijdragen aan de ervaring van (realistische) hoop, omdat patiënten en naasten de situatie beter begrijpen. Het vasthouden aan hoop blijkt een belangrijke behoefte van patiënten en naasten [Engel 2021].

Het gebruik van eenvoudige taal is ook onderdeel van duidelijke communicatie. 2,5 miljoen mensen van 16 jaar en ouder zijn beperkt taalvaardig. Op websites zoals www.kankerdoetveelmeije.nl en <https://www.pharos.nl/kennisbank/eenvoudige-voorlichting-bij-depressie-met-behulp-van-een-beeldverhaal/> wordt eenvoudige taal aangereikt om te praten over de impact van de ziekte, ook in de palliatieve fase. Controleer of de boodschap goed is begrepen door de [terugvraagmethode](#) te gebruiken. Dit is ook belangrijk voor cultuursensitieve communicatie (zie hieronder). Houdt ook rekening met audiovisuele beperkingen van mensen bij het vormgeven van de communicatie.

Gespreksmodellen

Het gebruik van een gespreksmodel kan de zorgverlener handvatten geven voor patiëntgerichte communicatie in de palliatieve fase. Zulke modellen kunnen worden gebruikt om aandacht te besteden aan wie de patiënt is en wat deze ervaart op het gebied van lichamelijke klachten, gevoelens, emoties, normen en verwachtingen, zorgen en behoeften. Een review van negen Engelstalige communicatie-interventies of -methoden in de palliatieve fase, toonde aan dat het gebruik van gespreksmodellen in het algemeen leidt tot meer tevredenheid bij patiënten en/of naasten over de communicatie met zorgverleners, echter zonder significante verbeteringen op symptomlast of kwaliteit van leven [Engel 2021].

Er zijn weinig gespreksmodellen voor communicatie in de palliatieve zorg ontwikkeld in het Nederlands of naar het Nederlands vertaald. We lichten drie Nederlandstalige modellen uit, die volgens de werkgroep behulpzaam kunnen zijn: De AAA-checklist, het BELIEF model en het NURSE model. Westendorp et al. [2022] geven ook diverse voorbeelden van wel en niet behulpzame reacties volgens kankerpatiënten (n = 74) en experts, die in lijn zijn met de adviezen in deze richtlijn. Voor adviezen over communicatie in de palliatieve fase wordt ook verwezen

naar <https://carend.nl/artikel/de-noodzaak-van-goede-communicatie-de-palliatieve-fase>.

De AAA-checklist is ontwikkeld in de huisartsensetting. AAA staat voor Aanwezig zijn in het gesprek met een patiënt in de palliatieve fase, proactief Actuele onderwerpen aan de orde kunnen stellen, en Anticiperen op diverse scenario's [Slort 2011, Slort 2019]. Een uitgebreide toelichting op het model en de checklist zijn te vinden op [PaTznu](#).

Een ander gespreksmodel voor patiëntgerichte communicatie in de palliatieve zorg, is het BELIEF model [Dobbie 2003]. Dit model helpt om het patiëntperspectief te bevragen, door te vragen naar:

- Overtuigingen over gezondheid (Beliefs: wat is de oorzaak van uw ziekte/probleem?);
- Verklaringen (Explanation: waarom gebeurde dit op dit moment?);
- Leren (Learn: help me om uw overtuiging/mening te begrijpen);
- Invloed (Impact: welke invloed heeft de ziekte/het probleem op uw leven?);
- Empathie (Empathy: dit is vast heel moeilijk voor u);
- Gevoelens (Feelings: hoe voelt u zich hierbij?).

Het [NURSE model](#) [Smith 2002] gaat dieper in op het communiceren over gevoelens. Hierin worden de volgende adviezen gegeven:

- Benoem de emotie (Naming, bijv. "U klinkt erg ongerust");
- Toon begrip voor de emotie (Understanding, bijv. "Ik begrijp heel goed dat u daar erg tegenop ziet");
- Complementeer de patiënt (Respecting, bijv. "Ik ben onder de indruk van hoe u met de situatie omgaat");
- Toon steun (Support, bijv. "Wat er ook gebeurt, we blijven voor u zorgen");
- Exploreer de emotie (Exploring, bijv. "Waar denkt u nu aan? Er komt veel op u af").

Naasten en mantelzorgers

Het [Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland](#) [IKNL/Palliactief 2017] geeft aan dat palliatieve zorg zich ook uitstrekt tot de naasten en/of mantelzorgers. Een actieve rol van naasten en mantelzorgers in het ziekteproces van de patiënt leidt tot betere klinische uitkomsten bij patiënt en naasten [Wieczorek 2018].

Goede palliatieve zorg ondersteunt mantelzorgers door [Alam 2020, Engel 2021]:

- Het navragen van hun situatie;
- Het geven van aandacht en erkenning voor de belasting;
- Het stimuleren en legitimeren van zelfzorg;
- Het meenemen van hun visie en behoeften in het zorgplan;
- Het verwijzen voor passende zorg en begeleiding;
- Het geven van advies over de praktische aspecten van mantelzorg;
- Het geven van eerlijke informatie over het ziekteverloop van de patiënt en de 'uitdagingen' die dit met zich mee zal brengen.

Om mantelzorgers goed te kunnen betrekken bij de zorg hebben ze ook ondersteuning nodig bij de communicatie met artsen en verpleegkundigen [Alam 2020]. Mantelzorgers moeten hun vragen mogen stellen en advies krijgen over wat goede vragen zijn om te stellen. Ze moeten ook wegwijs gemaakt worden in de verschillende aspecten van de gezondheidszorg (health literacy). Daarbij wordt duidelijke, eenvoudige taal gebruikt. Het actief betrekken van mantelzorgers bij de communicatie over de zorg leidt vermoedelijk tot verbeterde kwaliteit van leven en minder angst bij de mantelzorgers. Op [Mantelzorgondersteuning in de palliatieve fase \(palliaweb.nl\)](#) zijn hiervoor diverse handvatten te vinden.

Niet alleen de patiënt, maar ook diens naaste ervaart vaker depressie en angst dan mensen die niet geconfronteerd worden met een ziekte in de palliatieve fase. Affectieve klachten bij de patiënt vormen een extra belasting voor de naasten en affectieve klachten bij de naasten verminderen hun veerkracht om mantelzorg te geven. Het herkennen, valideren en zo nodig behandelen van klachten van depressie en angst bij naasten zijn dus van belang zowel voor het welzijn van de naasten als voor de patiënt [Jacobs 2017]. Aandacht is ook nodig voor preventie. Het stimuleren van zelfzorg en het voldoende tijd nemen voor de eigen behoeften helpt om klachten bij

naasten te verminderen of te voorkomen.

Hierin is ook de communicatie tussen partners van belang. Het is niet zonder meer aan te raden om stellen aan te moedigen hun emoties ongefilterd naar elkaar te uiten. De ander moet in staat zijn om hier op een constructieve manier op te reageren. Chen et al. [2021] vonden namelijk dat de relatie versterkt wordt en de kwaliteit van leven van beiden verhoogd als partners uitwisselen over emoties, beide partners tastbare steun bieden en ze positiviteit en hoop aan elkaar overbrengen. Ambivalente steun, de ervaring van een gebrek aan betrokkenheid, vijandige communicatie en het verbergen van zorgen, ontmoedigende informatie en overgave aan de ander waren geassocieerd met minder tevredenheid met de relatie en een toename in depressieve symptomen bij beide partners.

Cultuursensitieve communicatie

Patiëntgerichte communicatie is een goede manier om cultuursensitief te communiceren [Suurmond 2021]. Door in de communicatie nieuwsgierig te zijn naar de beleving van en aan te sluiten bij de patiënt kan stereotypering voorkomen worden. Iedere persoon is namelijk onderdeel van verschillende culturen op basis van nationaliteit, regio, etniciteit, sociaaleconomische status, genderidentiteit, religie, etc. [Cain 2018, GGZ standaarden 2020]. Daarnaast nemen mensen delen van andere culturen over als ze daar lange tijd mee in aanraking komen (zogenaamde acculturatie). Het wordt in recente literatuur over cultuursensitieve communicatie dan ook afgeraden om algemene aanbevelingen over communicatie te doen op basis van bijv. nationaliteit of etniciteit. Er bestaan wel adviezen voor communicatie met specifieke etnische groepen in Nederland, in het bijzonder de [Handreiking Palliatieve zorg aan mensen met een niet-westerse achtergrond](#) [Mistiaen 2011, www.pallialine.nl], in de [Pharos kennisbank](#), de [richtlijn Interculturele zorg rond het levenseinde bij moslimpatiënten](#), alsook in de paragraaf over culturele diversiteit van de [richtlijn Rouw in de palliatieve fase](#) (<http://www.pallialine.nl>). De werkgroep raadt echter aan dergelijke adviezen alleen te gebruiken om mogelijke knelpunten in de communicatie vroegtijdig te onderkennen. Het blijft altijd belangrijk om bij de patiënt na te gaan of een advies ook op diens situatie van toepassing is. In de praktijk blijkt dat zorgverleners vaak verlegenheid voelen over het voeren van gesprekken over diagnose en behandeling met mensen met een andere culturele achtergrond dan zijzelf. Veel instellingen hebben interculturele consultants of geestelijk verzorgers in dienst die hierbij kunnen helpen door advies te geven of samen in gesprek te gaan met de patiënt.

In de communicatie over zorg is het in het bijzonder van belang om de culturele normen hieromtrent te verkennen. Zowel binnen als tussen culturen kunnen er bijvoorbeeld veel verschillen zijn in wie als mantelzorger optreedt (enkel de partner of kinderen, vooral familieleden of ook burens en vrienden). Het is daarom belangrijk om bij de patiënt en andere betrokkenen te vragen wie op welke manier bij de zorg betrokken kan en moet worden. Als het gebruikelijk is binnen een cultuur dat de familie een centrale rol speelt in de zorg, kan een stap naar professionele thuiszorg of verhuizing naar een verpleeg- of verzorgingshuis een gevoel van falen oproepen en gepaard gaan met schaamte bij de patiënt en/of naasten. Het is daarom belangrijk om bij de patiënt en naasten te verkennen wat de normen rondom zorg zijn. Dit omvat ook normen en gebruiken rondom communicatie, eten, persoonlijke hygiëne en rituelen, en de betrokkenheid van naasten. Het is bijvoorbeeld in sommige culturen gebruikelijk dat slecht nieuws niet direct aan de patiënt gecommuniceerd wordt. Naasten willen deze boodschap dan overbrengen op een manier die passend is bij de cultuur. In de praktijk blijkt dit soms een bron van conflict te zijn tussen naasten en zorgverleners. Zorgverleners kunnen dan door sensitieve vragen te stellen over wederzijdse verwachtingen over communicatie, bespreken wat er mogelijk is binnen de geldende regels en richtlijnen. Terughoudendheid is geboden in het gebruiken van naasten als (gebaren)tolk. Deze rol kan belastend zijn voor hen, met name voor kinderen, en de vertaling die informele (gebaren)tolken bieden is niet altijd adequaat door het missen van nuances in taal of de wil om de patiënt te beschermen. In plaats daarvan kan een professionele (gebaren)tolk ingeschakeld worden [GGZ standaarden 2020, IKNL/Palliatief 2020, Mistiaen 2011, Palos 2015].

Preventie

Vastgesteld: 22-11-2022 Regiehouder: NVvP

Aanbevelingen

Uitgangsvraag

Hoe kan het risico op depressie bij patiënten in de palliatieve fase worden verminderd?

Methode:

- evidence-based (effect van vroege palliatieve zorg)
- consensus-based (effect van andere factoren)

Aanbevelingen

- Zet palliatieve zorg vroegtijdig in (vanaf de markering van de palliatieve fase, zie [Inleiding, Doelpopulatie](#)), onder meer om depressieve symptomen te voorkomen of te verminderen en om de kwaliteit van leven te verbeteren van patiënten in de palliatieve fase.
- Overweeg, afhankelijk van de expertise van het behandelend team en de aard van de problematiek, om hierbij een palliatief team of expert te consulteren of te participeren in een PaTz-groep.
- Draag zorg voor vroegtijdige behandeling van oorzakelijke en beïnvloedende factoren die kunnen leiden tot depressie (zie [module Behandeling van oorzaken en beïnvloedende somatische factoren](#)).
- Zie voor aanbevelingen m.b.t. het verminderen of voorkomen van depressie door goede voorlichting en goede communicatie en begeleiding [module Communicatie](#).
- Overweeg, als de patiënt daar open voor staat, de mogelijkheid van lotgenotencontact.



Referenties



Albrecht, T. A., & Taylor, A. G. [2012]. Physical Activity in Patients With Advanced-Stage Cancer: A Systematic Review of the Literature. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16[3], 293–300.

<https://doi.org/10.1097/anc.0b013e31821bd92d>

Ambroggi, M., Biasini, C., Toscani, I., Orlandi, E., Berte, R., Mazzari, M., & Cavanna, L. [2018]. Correction to: Can early palliative care with anticancer treatment improve overall survival and patient-related outcomes in advanced lung cancer patients? A review of the literature [*Supportive Care in Cancer*, 2018], 26, 9, [2945-2953], 10.1007/s00520-01. *Supportive Care in Cancer*, 26[9], 2955. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4303-1>

Bajwah, S., Oluyase, A. O., Yi, D., Gao, W., Evans, C. J., Grande, G., Higginson, I. J. [2020]. The effectiveness and cost-effectiveness of hospital-based specialist palliative care for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020[9]. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012780.pub2>

Bakitas, M. A., Tosteson, T. D., Li, Z., Lyons, K. D., Hull, J. G., Li, Z., Ahles, T. A. [2015]. Early versus delayed initiation of concurrent palliative oncology care: Patient outcomes in the ENABLE III randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 33[13], 1438–1445. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.58.6362>

Bakitas, M., Doyle Lyons, K., Hegel, M. T., Balan, S., Brokaw, F., Seville, J. Stinchcombe, T. E. [2009]. Palliative Care for Patients with Advanced Cancer. *Netter's Internal Medicine*, 302[7], 630–633. <https://doi.org/10.1016/b978-1-4160-4417-8.50095-4>

Boddaert M, Douma J, Dijkshoorn F, Bijkerk M. Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland. IKNL/Palliatief, 2017.

Davis, M. P., Temel, J. S., Balboni, T., & Glare, P. [2015]. A review of the trials which examine early integration of

outpatient and home palliative care for patients with serious illnesses. *Annals of Palliative Medicine*, 4[3], 99–121. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2224-5820.2015.04.04>

Deeks JJ, Higgins JPT, Altman DG [editors]. Chapter 10: Analysing data and undertaking meta-analyses. In: Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA [editors]. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 6.2 [updated February 2021]. Cochrane, 2021. Available from www.training.cochrane.org/handbook.

Depalma, J. A. [2006]. Palliative Care Published Research Reviews, 2000 to 2005. *Home Health Care Management & Practice*, 18[6], 482–485. <https://doi.org/10.1177/1084822306290376>.

Dy, S. M., Aslakson, R., Wilson, R. F., Oluwakemi Fawole, M. A., Brandyn Lau, Mbc. D., Kathryn Martinez, S. A., Eric Bass, R. B. [2012]. Evidence Report/Technology Assessment 8. Improving Health Care and Palliative Care for Advanced and Serious Illness. [208].

El-Jawahri A, Traeger L, Greer JA, VanDusen H, Fishman SR, LeBlanc TW, Pirl WF, Jackson VA, Telles J, Rhodes A, Li Z, Spitzer TR, McAfee S, Chen YA, Temel JS. Effect of Inpatient Palliative Care During Hematopoietic Stem-Cell Transplant on Psychological Distress 6 Months After Transplant: Results of a Randomized Clinical Trial. *J Clin Oncol*. 2017 Nov 10;35(32):3714-3721. doi: 10.1200/JCO.2017.73.2800.

Freedman, O. C., & Zimmermann, C. [2009]. The role of palliative care in the lung cancer patient: Can we improve quality while limiting futile care? *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 15[4], 321–326. <https://doi.org/10.1097/MCP.0b013e32832b8a5d>.

Gaertner, J., Siemens, W., Meerpohl, J. J., Antes, G., Meffert, C., Xander, C., Becker, G. [2017]. Effect of specialist palliative care services on quality of life in adults with advanced incurable illness in hospital, hospice, or community settings: Systematic review and meta-analysis. *BMJ [Online]*, 357. <https://doi.org/10.1136/bmj.j2925>.

Grossman, C. H., Brooker, J., Michael, N., & Kissane, D. [2018]. Death anxiety interventions in patients with advanced cancer: A systematic review. *Palliative Medicine*, 32[1], 172–184. <https://doi.org/10.1177/0269216317722123>.

Greer JA, Jacobs JM, El-Jawahri A, Nipp RD, Gallagher ER, Pirl WF, Park ER, Muzikansky A, Jacobsen JC, Jackson VA, Temel JS. Role of Patient Coping Strategies in Understanding the Effects of Early Palliative Care on Quality of Life and Mood. *J Clin Oncol*. 2018 Jan 1;36(1):53-60.

Greer JA, Applebaum AJ, Jacobsen JC, Temel JS, Jackson VA. Understanding and Addressing the Role of Coping in Palliative Care for Patients With Advanced Cancer. *J Clin Oncol*. 2020 Mar 20;38(9):915-925.

Grudzen CR, Richardson LD, Johnson PN, Hu M, Wang B, Ortiz JM, Kistler EA, Chen A, Morrison RS. Emergency Department-Initiated Palliative Care in Advanced Cancer: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Oncol*. 2016 May 1;2(5):591-598.

Haun, M. W., Estel, S., Rücker, G., Friederich, H. C., Villalobos, M., Thomas, M., & Hartmann, M. [2017]. Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017[6]. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011129.pub2>.

Higginson IJ, Bausewein C, Reilly CC, Gao W, Gysels M, Dzingina M, McCrone P, Booth S, Jolley CJ, Moxham J. An integrated palliative and respiratory care service for patients with advanced disease and refractory breathlessness: a randomised controlled trial. *Lancet Respir Med*. 2014 Dec;2(12):979-87.

Hui, D., Meng, Y., Bruera, S., Geng, Y., Hutchins, R., Mori, M., Bruera, E. [2016]. Referral Criteria for Outpatient Palliative Cancer Care: A Systematic Review. *The Oncologist*, 21[7], 895–901. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2016-0006>

Maltoni, M., Scarpi, E., Dall'Agata, M., Zagonel, V., Bertè, R., Ferrari, D., Montanari, L. [2016]. Systematic versus on-demand early palliative care: results from a multicentre, randomised clinical trial. *European Journal of Cancer*, 65, 61–68. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2016.06.007>.

McCorkle, R., Jeon, S., Ercolano, E., Lazenby, M., Reid, A., Davies, M., Gettinger, S. [2015]. An advanced practice nurse coordinated multidisciplinary intervention for patients with late-stage cancer: A cluster randomized trial. *Journal of Palliative Medicine*, 18[11], 962–969. <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0113>.

Rodin G, Malfitano C, Rydall A, Schimmer A, Marmar CM, Mah K, Lo C, Nissim R, Zimmermann C. Emotion And Symptom-focused Engagement (EASE): a randomized phase II trial of an integrated psychological and palliative care intervention for patients with acute leukemia. *Support Care Cancer*. 2020 Jan;28(1):163-176. doi: 10.1007/s00520-019-04723-2. Epub 2019 Apr 17.

Salins, N. S., Ramanjulu, R., Patra, L., Deodhar, J., & Muckaden, M. A. [2016]. Integration of Early Specialist Palliative Care in Cancer Care and Patient Related Outcomes: A Critical Review of Evidence. *Indian J Palliat Care*, 22[3], 252–257.

Schenker, Y., Bahary, N., Claxton, R., Childers, J., Chu, E., Kavalieratos, D., Arnold, R. M. [2018]. A Pilot Trial of Early Specialty Palliative Care for Patients with Advanced Pancreatic Cancer: Challenges Encountered and Lessons Learned. *Journal of Palliative Medicine*, 21[1], 28–36. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0113>.

Tang, P. L., Wang, H. H., & Chou, F. H. [2015]. A Systematic Review and Meta-Analysis of Demoralization and Depression in Patients With Cancer. *Psychosomatics*, 56[6], 634–643. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2015.06.005>.

Temel, J. S., Greer, J. A., Muzikansky, A., Gallagher, E. R., Admane, S., Jackson, V. A., ... Lynch, T. J. [2010]. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010 Aug 19;363(8):733-42. doi: 10.1056/NEJMoa1000678. PMID: 20818875

Temel JS, Greer JA, El-Jawahri A, Pirl WF, Park ER, Jackson VA, Back AL, Kamdar M, Jacobsen J, Chittenden EH, Rinaldi SP, Gallagher ER, Eusebio JR, Li Z, Muzikansky A, Ryan DP. Effects of Early Integrated Palliative Care in Patients With Lung and GI Cancer: A Randomized Clinical Trial. *J Clin Oncol*. 2017 Mar 10;35(8):834-841.

Vanbutsele G, Pardon K, Van Belle S, Surmont V, De Laat M, Colman R, Eecloo K, Cocquyt V, Geboes K, Deliëns L. Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol*. 2018 Mar;19(3):394-404.

Woo SM, Song MK, Lee M, Joo J, Kim DH, Kim JH, Han SS, Park SJ, Kim TH, Lee WJ. Effect of Early Management on Pain and Depression in Patients with Pancreatobiliary Cancer: A Randomized Clinical Trial. *Cancers (Basel)*. 2019 Jan 11;11(1):79.

Yang, G. M., Teo, I., Neo, S. H. S., Tan, D., & Cheung, Y. B. [2018]. Pilot Randomized Phase II Trial of the Enhancing Quality of Life in Patients [EQUIP] Intervention for Patients With Advanced Lung Cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 35[8], 1050–1056. <https://doi.org/10.1177/1049909118756095>.

Literatuurbespreking

Inleiding

Het [Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland \[IKNL/Palliactief 2017\]](#) en diverse richtlijnen ([Algemene principes van palliatieve zorg](#), [Palliatieve zorg bij gevorderde stadia van hartfalen](#), [COPD](#) en [Nierfalen](#), [Hersenmetastasen](#)) pleiten ervoor om palliatieve zorg vroeg in te zetten. Gerandomiseerd onderzoek laat zien dat dit leidt tot betere symptoomcontrole, verbetering van kwaliteit van leven van patiënten en naasten, minder en kortere ziekenhuisopnames, minder agressieve zorg bij het einde van het leven, betere proactieve zorgplanning, minder belasting van de naasten, grotere tevredenheid met de zorg en een grotere kans om te overlijden op de plaats van voorkeur [Davis 2015, Haun 2017].

Bij de huidige onderzoeksvraag wordt onderzocht in hoeverre vroege palliatieve zorg leidt tot minder depressie bij patiënten in de palliatieve fase.

Ter preventie van depressie bij patiënten in de palliatieve fase kunnen verder worden overwogen:

1. Goede voorlichting over de lichamelijke ziekte, de behandeling en de prognose;
2. Goede communicatie en begeleiding;
3. Vroegtijdige behandeling van factoren die kunnen leiden tot depressie.

Bij gebrek aan gerandomiseerd onderzoek hierover is het literatuuronderzoek beperkt tot het effect van een vroege palliatieve zorg.

Het effect van goede communicatie en vroegtijdige behandeling van oorzakelijke en beïnvloedende factoren wordt besproken in resp. [module Communicatie](#) en [module Behandeling van oorzaken en beïnvloedende somatische factoren](#).

Onderzoeksvraag

Wat is het effect van vroege palliatieve zorg op depressie in de palliatieve fase?

Tabel 1. PICO

P	Patiënten in de palliatieve fase
I	Vroege palliatieve zorg
C	Gebruikelijke begeleiding / standaardzorg
O	Depressie Distress Kwaliteit van leven
S	Hospice / End of life care / Thuis / palliatief

Zoekstrategie en selectie van studies

Selectie van studies

Op 7 juni 2021 is er een search gedaan in Pubmed, Embase, Cinahl, PsycInfo en de Cochrane database voor systematische reviews [Grossman 2018]. Zie tevens [bijlage Zoekverantwoording - 2.1 Reviewprotocol](#). In [bijlage Zoekverantwoording - 2.2 Zoekstrategie](#) zijn de search strings opgenomen. De search leverde na ontdebellen 216 systematische reviews op. Na de eerste selectie bleven er 123 full tekst systematische reviews over. Na het beoordelen van de full teksten bleven er twaalf reviews over. Vijf hiervan bleken niet in te gaan op vroege palliatieve zorg [Albrecht 2012; Depalma 2006; Grossman 2018; Hui 2016; Tang 2015]. Eén review bleek geen systematische review te zijn [Salins 2016], één review includeerde geen RCTs [Freedman 2009]. De review van Gaertner vergeleek vroege inzet van palliatieve zorg niet met standaardzorg/gebruikelijke begeleiding [Gaertner 2017] en in de review van Davis werden resultaten enkel narratief weergegeven [Davis 2015]. In de Cochrane review van Bajwah [2020], die in de zoekresultaten voor [module Psychosociale interventies](#) verscheen, werden daarnaast nog enkele andere RCTs uitgelicht die vroege palliatieve zorg vergeleken met standaardzorg. Na evaluatie van de Cochrane reviews van Haun [Haun 2017] en Bajwah [Bajwah 2020] bleken twee reviews niet meer bij te dragen in de vorm van nieuwe RCTs [Ambroggi 2018; Dy 2012]. Uiteindelijk werden de reviews van Bajwah [2020] en Haun [2017] gebruikt voor de selectie van RCT's.

In [bijlage Zoekverantwoording - 2.3 Lijst met exclusieredenen](#) is een lijst met exclusieredenen voor deze module bijgevoegd.

Bajwah 2020

In een systematische review van hoge kwaliteit (zie AMSTAR beoordeling in [bijlage Zoekverantwoording - 2.4](#)) werden in totaal 19 RCTs geïncludeerd door Bajwah [2020] die het effect van vroege palliatieve zorg evalueerden. Van deze 19 RCTs werden er vier al eerder beschreven door Haun 2017 [Bakitas 2009; Bakitas 2015; McCorkle 2015; Temel 2010]. De RCT van Maltoni [Maltoni 2016] is in de review van Bajwah [2020] niet meegenomen omdat de interventie in deze studie niet werd toegepast door een multidisciplinair team. In Haun [2017] werd dit niet gezien als beperking. Daarom is besloten deze RCTs toch mee te nemen. Twee andere studies die om deze

redenen niet zijn meegenomen in de review van Bajwah [2020], maar die wel uitkomsten voor depressie en angst rapporteerden, zijn in deze onderbouwing opgenomen [Schenker 2018; Yang 2018]. Ten slotte is besloten om alleen studies mee te nemen die een uitkomst voor depressie en/of distress rapporteerden.

In totaal rapporteerden 13 studies data die bruikbaar waren voor deze onderzoeksvraag, waarvan 11 studies depressie maten en 13 studies kwaliteit van leven rapporteerden. [Tabel 2 Studiekekenmerken](#) geeft de kenmerken van de geïncludeerde studies weer. In alle gevallen werden patiënten in de experimentele arm gezien door het palliatieve team of expert op het gebied van palliatieve zorg. In het vervolg wordt gesproken over een 'vroegere interventie door een palliatief team of expert'.

Voor elke uitkomst is een tweetal meta-analyses uitgevoerd: één voor de gecorrigeerde gemiddelden, één voor de ongecorrigeerde gemiddelden. Wanneer deze verschilden, is besloten de conclusies te baseren op de uitkomsten voor de gecorrigeerde gemiddelden, omdat deze doorgaans een preciezere inschatting van het werkelijke effect weergeven [Deeks 2021].

De resultaten voor de studie van Woo [2019] zijn een inschatting op basis van afbeeldingen, die uit de review van Bajwah [2020] zijn overgenomen in de huidige analyses. De resultaten voor depressie en kwaliteit van leven in de studie van Maltoni [2016] zijn opgevraagd door de auteurs van Haun [2017] en als zodanig opgenomen in deze meta-analyse. Daarnaast zijn de resultaten voor depressie uit de studie van Temel [2010] overgenomen uit de analyses van Haun [2017]. Data uit de studie van Schenker [2018] zijn door de reviewer van de huidige richtlijn geëxtraheerd en toegevoegd aan de meta-analyses.

Er zijn geen studies gevonden met distress als uitkomstmaat.

Resultaten

Depressie is met verschillende vragenlijsten gemeten: de CES-D, de HADS-D, de PHQ-9 en de BDI-II. Om deze reden is gekozen voor een effectmaat gebaseerd op het gestandaardiseerde gemiddelde verschil [SMD]. Een SMD van 0,20-0,29 is een klein effect, een SMD van 0,30-0,79 is een matig effect en een SMD van 0,80 of groter is een groot effect.

Een meta-analyse op dit gecorrigeerde verschil resulteerde in een SMD van -0,22 (n=1040, 95%BI= -0,36; -0,09). Studies die een SMD gebaseerd op ongecorrigeerde gemiddelden presenteerden, lieten een SMD van -0,18 (n=382, 95%BI=-0,41; 0,05) zien.

Omdat de SMD's dicht bij elkaar lagen is besloten om de resultaten van alle studies te combineren. De meta-analyse van alle studies lieten een SMD van -0,21 (95%BI -0,32;-0,10) zien.

Vier studies [El-Jawahri 2017, Temel 2010, Woo 2019 en Yang 2018] rapporteerden depressie als binaire uitkomstmaat (aanwezig/afwezig). In de studie van Yang 2018 werd het aantal patiënten per score-categorie weergegeven. Hierbij is als afkappunt voor depressie besloten om een score van 8 aan te houden. Een meta-analyse van deze studies liet een odds ratio zien van 0,59 (95%BI 0.24-1,43).

[Figuur 1. Effect van een vroegere interventie door een palliatief team of expert op depressie: depressie als continue uitkomstmaat](#)

[Figuur 2. Effect van een vroegere interventie door een palliatief team of expert op depressie: depressie als binaire uitkomstmaat](#)

Kwaliteit van leven werd in de meeste gevallen in kaart gebracht met behulp van variaties op de Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G). Gecorrigeerde gemiddelden leidden tot een SMD van -0,26 (n=1314, 95% BI=-0,38; -0,14), ongecorrigeerde gemiddelden tot een SMD van -0,22 (n=333, 95%BI=-0,44; 0,00), beiden ten voordele van een vroegere interventie door een palliatief team of expert. Omdat de SMD's dicht bij elkaar lagen is besloten om de resultaten van alle studies te combineren. De meta-analyse van alle studies lieten een SMD van -0,29 (95%BI -0,38;-0,19) zien.

[Figuur 3. Effect van een vroegere interventie door een palliatief team of expert op kwaliteit van leven](#)

Kwaliteit van het bewijs

De kwaliteitsbeoordeling van de individuele trials die bij hebben gedragen aan de meta-analyse is overgenomen uit de reviews van Haun [2017] en Bajwah [2020] (zie [bijlage Zoekverantwoording - 2.5 Risk of Bias beoordeling](#)).

De beoordeling van het risico op bias in de paper van Schenker [2018] is hieraan toegevoegd. Over het algemeen was er een hoog risico op bias, met name de risico's op reporting bias en detection bias dragen hieraan bij. Vanzelfsprekend was er een hoog risico op performance-bias door de aard van de interventies, en doordat patiënten uit ethische overwegingen geïnformeerd worden over hun interventie.

Conclusies

<p>□□OO LAAG</p>	<p>Een vroege interventie door een palliatief team of expert zou een klein positief effect kunnen hebben op depressieve symptomen bij patiënten in de palliatieve fase. [Bakitas 2009, 2015, El-Jawahri 2016, Higginson 2014, Maltoni 2016, McCorkle 2015, Rodin 2019, Schenker 2018, Temel 2010, 2017, Woo 2019]</p>
<p>□OOO ZEER LAAG</p>	<p>Het wetenschappelijk bewijs is zeer onzeker over de kans op een depressie na een vroege interventie door een palliatief team of expert bij patiënten in de palliatieve fase. [El-Jawahri 2016, Temel 2010, Woo 2019, Yang 2018]</p>
<p>GEEN EVIDENTIE</p>	<p>Over het effect van een vroege interventie door een palliatief team of expert op distress bij patiënten in de palliatieve fase kan geen uitspraak worden gedaan op basis van gerandomiseerde studies.</p>
<p>□□OO LAAG</p>	<p>Een vroege interventie door een palliatief team of expert zou een klein positief effect kunnen hebben op de kwaliteit van leven bij patiënten in de palliatieve fase. [Bakitas 2009, 2015, El-Jawahri 2016, Higginson 2014, Maltoni 2016, McCorkle 2015, Rodin 2019, Schenker 2018, Temel 2010, 2017, Vanbutsele 2018, Yang 2018]</p>

Overwegingen

Het literatuuronderzoek laat zien dat een vroege interventie door een palliatief team of expert leidt tot minder depressieve symptomen bij patiënten in de palliatieve fase. De SMD is -0,21, wijzend op een klein effect. Een vroege interventie door een palliatief team of expert leidt ook tot verbetering van kwaliteit van leven. De SMD is -0,29, wijzend op een klein tot matig effect. Er is geen statistisch significant effect van een vroege interventie door een palliatief team of expert op depressieve stoornissen (odds ratio 0,59, 95% BI 0.24-1,43).

Geen van de gerandomiseerde studies is in Nederland verricht. Hoewel er geen trend zichtbaar is in verschillen tussen het effect van een vroege interventie door een palliatief team in verschillende landen, is het onzeker of de resultaten van de studies ook toepasbaar zijn in Nederland.

Drie gerandomiseerde studies konden niet gebruikt worden voor de bij het literatuuronderzoek verrichte meta-analyse [Vanbutsele 2018, Grudzen 2016, Yang 2018].

Vanbutsele verrichtte een gerandomiseerd onderzoek in België bij 186 patiënten met een vergevorderd stadium van kanker, waarbij werd gerandomiseerd tussen een vroege interventie door een palliatief team en standaardzorg [Vanbutsele 2018]. De odds ratios voor depressieve symptomen, gemeten met de HADS bedroegen (met 8 als afkappunt) na 12, 18 en 24 weken resp. 0,59 (95%BI 0,27-1,29, p=0,18), 0,75 (0,33-1,70, p=0,49) en 0,41 (0,15-1,11, p=0,08). Voor depressieve symptomen gemeten met de PHQ-9 bedroegen de odds ratios na 12, 18 en 24 weken resp. 0,70 (0,31-1,58, p=0,39), 1,13 (0,42-3,04, p=0,81) en 0,63 (0,18-2,16, p=0,46).

Grudzen verrichtte een gerandomiseerd onderzoek in de Verenigde Staten bij 136 patiënten met een vergevorderd stadium van kanker, die werden gezien op de spoedeisende hulp, waarbij werd gerandomiseerd tussen een consultatie van een palliatief team en standaardzorg [Grudzen 2016]. Er werd geen verschil gevonden tussen beide groepen op de uitkomstmaat 'major depressive disorder' gemeten met de Patient Health Questionnaire-9.

Yang verrichtte een gerandomiseerde fase 2 studie in Singapore bij 69 patiënten met een vergevorderd stadium van longkanker, waarbij het effect werd onderzocht van vier sessies van de zgn. EQUIP (Enhancing Quality of Life in

Patients)-interventie, uitgevoerd door verpleegkundigen, en vergeleken met standaardzorg [Yang 2018]. Depressie werd gemeten met de HADS en kwaliteit van leven met de FACT-L. Er werden geen verschillen tussen beide groepen gevonden op de uitkomstmaten depressie en kwaliteit van leven. De patiëntenpopulatie betrof een groep met op baseline weinig symptomen en een relatief goede kwaliteit van leven. De power van de studie was laag. Bovengenoemde studies bevestigen dus niet de bevindingen van de meta-analyses van het literatuuronderzoek. De studie van Vanbutsse liet echter wel een trend zien voor een effect van het vroeg inzetten van palliatieve zorg op depressieve symptomen, de studie van Grudzen keek alleen naar 'major depressive disorder' en bij de studie van Yang zijn enkele kanttekeningen te plaatsen, zoals een populatie met relatief weinig klachten en een lage power.

Analyses van de studie van Temel [2010] en ander onderzoek suggereren dat het effect van een vroege interventie door een palliatief team op depressieve symptomen en kwaliteit van leven gemedieerd wordt door effectievere benaderingsgerichte coping [Greer 2018 en 2020]. Mogelijk spelen daarnaast vroegtijdige onderkenning en behandeling van factoren die leiden tot depressie (zie [module Behandeling van oorzakelijke en beïnvloedende factoren](#)), betere communicatie en begeleiding, en vroegtijdige onderkenning en behandeling van depressieve symptomen ook een rol.

Voor patiënten die aangeven zich alleen te voelen, is het belangrijk ze te attenderen op de mogelijkheden die de informele zorg biedt. Onder andere het contact met lotgenoten kan dan helpend zijn. Niet alle patiënten staan echter open voor lotgenotencontact; sommigen ontlenen er veel steun aan, maar anderen willen niet geconfronteerd worden met het leed van lotgenoten.

Voor mensen met kanker zijn er in het hele land centra voor mensen die leven met en na kanker, met uitgebreid aanbod meestal ook specifiek voor mensen in de palliatieve fase. Ook patiëntenverenigingen bieden diverse mogelijkheden tot contact met lotgenoten.

Palliatieve zorg wordt ingezet als de palliatieve fase wordt gemarkeerd (zie [Inleiding, Doelpopulatie](#)). Het is echter zeker niet noodzakelijk (en ook niet haalbaar) om altijd te verwijzen naar een palliatief team of expert. Bovendien wordt in Nederland bij consultatie van een palliatief team vaak volstaan met een advies aan het behandelend team. De werkgroep acht het aannemelijk dat tijdige en goede palliatieve zorg effect heeft op depressieve symptomen en kwaliteit van leven, ook als er geen palliatief team wordt geconsulteerd.

De werkgroep beveelt derhalve aan om vroegtijdig (bij het markeren van de palliatieve fase) palliatieve zorg in te zetten, onder meer om depressieve symptomen te voorkomen of te verminderen en om te zorgen voor optimale kwaliteit van leven. Voor verdere informatie over palliatieve zorg wordt verwezen naar de [Algemene principes van palliatieve zorg](#) en het [Kwaliteitskader Palliatieve zorg Nederland](#).

Afhankelijk van de expertise van het behandelend team en de aard van de problematiek, kan overwogen worden om een palliatief team te consulteren. Het kan daarbij gaan om een telefonisch advies aan de behandelaar of een bedside consult van de patiënt.

Er zijn geen gegevens over het effect van deelname aan [PaTz](#) (Palliatieve zorg thuis)-groepen op preventie of vermindering van depressieve symptomen. De werkgroep acht het aannemelijk dat deelname van arts of verpleegkundige aan een PaTz-groep ook een preventief effect zou kunnen hebben op depressieve symptomen.

Voor overwegingen m.b.t. preventie van depressie door goede communicatie en informatie zie [module Communicatie](#).

Signalering en diagnostiek

Vastgesteld: 22-11-2022 Regiehouder: NVvP

Aanbevelingen

Uitgangsvragen

Hoe kan depressie tijdig worden gesignaleerd bij patiënten in de palliatieve fase?

Welke diagnostiek is zinvol om te verrichten bij patiënten met depressie in de palliatieve fase en hoe moet die worden uitgevoerd?

Methode:

- evidence-based (screening)
- consensus-based (overige onderwerpen)

Aanbevelingen

- Overweeg om standaard te screenen op depressieve symptomen bij de markering van de palliatieve fase, een significante verandering van de situatie van de patiënt en/of bij een palliatief consult.

Vraag hierbij naar de twee kernsymptomen van depressie:

1. “Bent u somber gedurende het grootste deel van de dag”, en
2. “Is er sprake van verlies van interesse en plezier in (vrijwel) alle activiteiten?”

Indien het antwoord op één of beide vragen 'ja' is, exploreer dan de klachten verder door middel van een anamnese. Bij onvoldoende bekwaamheid in de diagnostiek van depressie, verwijs dan door naar een psycholoog of psychiater.

- Wees alert op verbale en non-verbale signalen die kunnen wijzen op depressie bij patiënten in de palliatieve fase. Exploreer bij signalen door middel van een anamnese.
- Overweeg om bij gebruik (om andere redenen) van een generiek signaleringsinstrument of een ziektespecifieke kwaliteit van leven-vragenlijst de uitkomst voor depressie te gebruiken als basis voor verdere exploratie door middel van een anamnese, bijv.:
 - bij het Utrecht Symptoom Dagboek ([USD](#)): bij een score van het depressie-item ≥ 4 ;
 - bij de [Lastmeter](#): bij een distress-score ≥ 4 of 5;
 - bij de de VierDimensionale KlachtenLijst ([4DKL](#)): bij een score voor depressie > 2 ;
 - bij de Chronic Respiratory Questionnaire ([CRQ](#), bij chronische longziektes, bijv. COPD): bij een antwoord ‘altijd’, ‘bijna altijd’ of ‘nogal vaak’ op de vraag of iemand zich down of ontmoedigd heeft gevoeld in de afgelopen twee weken;
 - bij de [CaReQoL](#) (hartfalen): bij het antwoord ‘vaak’ of ‘altijd’ op de vraag over somberheid.
- Doe bij verdenking op depressie een anamnese, inclusief heteroanamnese, gericht op emotionele klachten (vooral somberheid en angst), cognitieve en somatische symptomen, gedragsverandering en existentiële problematiek.

Exploreer tijdens de anamnese de volgende punten:

- somberheid en/of anhedonie: beloop, intensiteit, impact op het dagelijks functioneren;
- andere psychische klachten (met name angst);
- slaapproblemen;
- gevoelens van waardeloosheid en/of schuld;
- gedachten over de dood en suïcidaliteit;
- omgaan met de ziekte en wensen en verwachtingen over het levenseinde;
- de onderliggende somatische aandoening en de somatische klachten;
- depressie als gevolg van (verandering of staken van) medicatie, alcohol, roken en drugs;
- aanwezigheid van stressvolle gebeurtenissen ('triggers') en instandhoudende factoren;
- medische (inclusief psychiatrische) voorgeschiedenis;
- psychiatrische aandoeningen in de familie;
- sociale interacties met naasten en ervaren sociale steun.

- Heb expliciet aandacht voor de fase van de patiënt binnen het palliatieve traject en de levensverwachting. Ga na hoeveel tijd en energie de patiënt wil en kan besteden aan verbetering van de depressie. Dit is leidend voor de verdere keuzes in diagnostiek en behandeling.
- Overweeg om op indicatie meetinstrumenten te gebruiken, zoals:
 - Ter verdieping:
 - Hospital Anxiety and Depression Scale ([HADS](#)); gebruik een cutoff score voor de depressie subschaal ≥ 7 ;
 - Beck Depression Inventory ([BDI](#)); gebruik een cutoff van 10-14;
 - Patient Health Questionnaire-9 ([PHQ-9](#)); gebruik een cutoff van 8;
 - bij geriatrische patiënten: de korte versie van de Geriatric Depression Scale ([GDS-15](#)); gebruik een cutoff van 5;
 - bij dementie: Cornell Scale for Depression in Dementia ([CSDD](#)); gebruik een cutoff van 8. NB Gebruik de gegevens van deze meetinstrumenten om een beeld te krijgen over de ernst van de klachten en als aanvulling op de diagnostiek, maar niet om de diagnose aanpassingsstoornis met depressieve kenmerken of depressieve stoornis te stellen.
 - Voor monitoring:
 - Utrecht Symptoom Dagboek ([USD](#));
 - bovengenoemde verdiepinginstrumenten.
- Verricht zo nodig een psychiatrisch onderzoek of verwijs naar psycholoog of psychiater voor verdere diagnostiek.
- Doe een lichamelijk onderzoek en/of screenend bloedonderzoek bij verdenking op een onderliggende somatische oorzaak als behandeling hiervan mogelijk, zinvol en door de patiënt gewenst is. Bij het bloedonderzoek kan bepaald worden: Hb, Ht en celindices (MCV, MCH, MCHC), TSH, glucose, natrium, (gecorrigeerd) calcium, magnesium, cortisol, vitamine B1, B6 en B12, en foliumzuur.
- Stel de diagnose aanpassingsstoornis met depressieve kenmerken of depressieve stoornis op basis van DSM-5 criteria met behulp van een anamnese en psychiatrisch onderzoek. Wees terughoudend met psychiatrische diagnoses bij ernstige fysieke klachten. Behandel daarbij eerst de fysieke klachten en herbeoordeel daarna de psychische klachten.
- Beoordeel of er sprake is van andere psychische aandoeningen, vooral aanpassingsstoornissen met angstige kenmerken, angststoornissen, (stil) delier, dementie, bipolaire stoornis en rouw.
- Koppel de diagnostische bevindingen in begrijpelijke taal terug aan patiënt en naasten. Besluit samen met de patiënt en naasten over eventuele op te starten interventies voor depressie.



Referenties



Andersen BL, DeRubeis RJ, Berman BS, Gruman J, Champion VL, Massie MJ, Holland JC, Partridge AH, Bak K, Somerfield MR, Rowland JH; American Society of Clinical Oncology. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *J Clin Oncol*. 2014 May 20;32(15):1605-19. doi: 10.1200/JCO.2013.52.4611.

van der Baan FH, Koldenhof JJ, de Nijs EJ, Echteld MA, Zweers D, Hesselmann GM, Vervoort SC, Vos JB, de Graaf E, Witteveen PO, Suijkerbuijk KP, de Graeff A, Teunissen SC. Validation of the Dutch version of the Edmonton Symptom Assessment System. *Cancer Med*. 2020 Sep;9(17):6111-6121.

Bauwens S, Baillon C, Distelmans W, Theuns P. The 'Distress Barometer': validation of method of combining the Distress Thermometer with a rated complaint scale. *Psychooncology*. 2009 May;18(5):534-42.

Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res*. 2002 Feb;52(2):69-77.

Brehaut E, Neupane D, Levis B, Wu Y, Sun Y, Krishnan A, He C, Bhandari PM, Negeri Z, Riehm KE, Rice DB, Azar M, Yan XW, Imran M, Chiovitti MJ, Saadat N, Cuijpers P, Ioannidis JPA, Markham S, Patten SB, Ziegelstein RC,

Henry M, Ismail Z, Loiselle CG, Mitchell ND, Tonelli M, Boruff JT, Kloda LA, Beraldi A, Braeken APBM, Carter G, Clover K, Conroy RM, Cukor D, da Rocha E Silva CE, De Souza J, Downing MG, Feinstein A, Ferentinos PP, Fischer FH, Flint AJ, Fujimori M, Gallagher P, Goebel S, Jetté N, Julião M, Keller M, Kjærgaard M, Love AW, Löwe B, Martin-Santos R, Michopoulos I, Navines R, O'Rourke SJ, Öztürk A, Pintor L, Ponsford JL, Rooney AG, Sánchez-González R, Schwarzbald ML, Sharpe M, Simard S, Singer S, Stone J, Tung KY, Turner A, Walker J, Walterfang M, White J, Benedetti A, Thombs BD. Depression prevalence using the HADS-D compared to SCID major depression classification: An individual participant data meta-analysis. *J Psychosom Res.* 2020 Dec;139:110256. doi: 10.1016/j.jpsychores.2020.110256. Epub 2020 Sep 23. PMID: 33069051.

Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care.* 1991 Summer;7(2):6-9. PMID: 1714502.

Butow P, Price MA, Shaw JM, Turner J, Clayton JM, Grimison P, Rankin N, Kirsten L. Clinical pathway for the screening, assessment and management of anxiety and depression in adult cancer patients: Australian guidelines. *Psychooncology.* 2015 Sep;24(9):987-1001.

Dennis M, Kadri A, Coffey J. Depression in older people in the general hospital: a systematic review of screening instruments. *Age Ageing.* 2012 Mar;41(2):148-54.

Donovan KA, Grassi L, McGinty HL, Jacobsen PB. Validation of the distress thermometer worldwide: state of the science. *Psychooncology.* 2014 Mar;23(3):241-50.

EuthanasieCode 2018 website van de RTE.

First MB, Williams JBW, Karg RS, Spitzer RL. Gestructureerd klinisch interview voor de DSM-5 Syndroomstoornissen. Boom Uitgevers, Amsterdam, 2018.

González-Roz A, Gaalema DE, Pericot-Valverde I, Elliott RJ, Ades PA. A Systematic Review of the Diagnostic Accuracy of Depression Questionnaires for Cardiac Populations: implications for cardiac rehabilitation. *J Cardiopulm Rehabil Prev.* 2019 Nov;39(6):354-364.

Goodarzi ZS, Mele BS, Roberts DJ, Holroyd-Leduc J. Depression Case Finding in Individuals with Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Geriatr Soc.* 2017 May;65(5):937-948.

Graham-Wisener L, Dempster M, Sadler A, McCann L, McCorry NK. Validation of the Distress Thermometer in patients with advanced cancer receiving specialist palliative care in a hospice setting. *Palliat Med.* 2021 Jan;35(1):120-129.

Guyatt GH, Berman LB, Townsend M, Pugsley SO, Chambers LW. A measure of quality of life for clinical trials in chronic lung disease. *Thorax.* 1987 Oct;42(10):773-8.

Homsí J, Walsh D, Rivera N, Rybicki LA, Nelson KA, Legrand SB, Davis M, Naughton M, Gvozđjan D, Pham H. Symptom evaluation in palliative medicine: patient report vs systematic assessment. *Support Care Cancer.* 2006 May;14(5):444-53. doi: 10.1007/s00520-005-0009-2. Epub 2006 Jan 10. PMID: 16402231.

IKNL. Handreiking Meetinstrumenten in de palliatieve zorg. 2018.

IKNL/Palliactief. Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, 2017.

Irving G, Lloyd-Williams M. Depression in advanced cancer. *Eur J Oncol Nurs Off J Eur Oncol Nurs Soc.* 2010 Dec;14(5):395-9.

Katzan IL, Lapin B, Griffith S, Jehi L, Fernandez H, Pioro E, Tepper S, Crane PK. Somatic symptoms have negligible impact on Patient Health Questionnaire-9 depression scale scores in neurological patients. *Eur J Neurol.* 2021 Jun;28(6):1812-1819.

Van Kessel P, de Boer D, Hendriks M, Plass AM. Measuring patient outcomes in chronic heart failure: psychometric properties of the Care-Related Quality of Life survey for Chronic Heart Failure (CaReQoL CHF). *BMC Health Serv*

Res. 2017 Aug 7;17(1):536.

Krishnamoorthy Y, Rajaa S, Rehman T. Diagnostic accuracy of various forms of geriatric depression scale for screening of depression among older adults: Systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr.* 2020 Mar-Apr;87:104002.

Van Krugten FC, Kaddouri M, Goorden M, van Balkom AJ, Bockting CL, Peeters FP, Hakkaart-van Roijen L; Decision Tool Unipolar Depression (DTUD) Consortium. Indicators of patients with major depressive disorder in need of highly specialized care: A systematic review. *PLoS One.* 2017 Feb 8;12(2):e0171659. doi: 10.1371/journal.pone.0171659. PMID: 28178306; PMCID: PMC5298252.

Leontjevas R, Gerritsen DL, Vernooij-Dassen MJ, Smalbrugge M, Koopmans RT. Comparative validation of proxy-based Montgomery-Åsberg depression rating scale and cornell scale for depression in dementia in nursing home residents with dementia. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2012 Nov;20(11):985-93.

Ma X, Zhang J, Zhong W, Shu C, Wang F, Wen J, Zhou M, Sang Y, Jiang Y, Liu L. The diagnostic role of a short screening tool—the distress thermometer: a meta-analysis. *Support Care Cancer.* 2014 Jul;22(7):1741-55.

Mitchell AJ. Are two simple questions sufficient to detect depression in cancer in palliative care? A Bayesian meta-analyse. *British Journal of Cancer* 2008; 98: 1934-194

Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, Meader N. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol.* 2011 Feb;12(2):160-74. doi: 10.1016/S1470-2045(11)70002-X. Epub 2011 Jan 19. PMID: 21251875.

Pettersson A, Boström KB, Gustavsson P, Ekselius L. Which instruments to support diagnosis of depression have sufficient accuracy? A systematic review. *Nord J Psychiatry.* 2015;69(7):497-508.

Rayner L, Lee W, Price A, Monroe B, Sykes N, Hansford P, Higginson IJ, Hotopf M. The clinical epidemiology of depression in palliative care and the predictive value of somatic symptoms: cross sectional survey with four-week follow-up. *Palliative Medicine* 2010; 25(3): 229-241.

Rayner L, Price A, Hotopf M, Higginson IJ. The development of evidence-based European guidelines on the management of depression in palliative cancer care. *European Journal of Cancer* 2011; 47: 702-712.

Rayner L, Higginson IJ, Price A, Hotopf M. The Management of Depression in Palliative Care: European Clinical Guidelines. London: Department of Palliative Care, Policy & Rehabilitation (www.kcl.ac.uk/schools/medicine/depts/palliative/) European Palliative Care Research Collaborative (www.epcrc.org/); 2010.

Rosenblat JD, Kurdyak P, Cosci F, Berk M, Maes M, Brunoni AR, Li M, Rodin G, McIntyre RS, Carvalho AF. Depression in the medically ill. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 202; 54(4): 346-366. DOI 10.1177/0004867419888576.

Schouten B, Awa B, Bekkering GTE, Vankrunkelsven P, Mebis J, Hellings J, Van Hecke A. Systematic screening and assessment of psychosocial well-being and care needs of people with cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 Mar 26;3(3):CD012387

Sobanski PZ, Alt-Epping B, Currow DC, Goodlin SJ, Grodzicki T, Hogg K, Janssen DJA, Johnson MJ, Krajnik M, Leget C, Martínez-Sellés M, Mroni M, Mueller PS, Ryder M, Simon ST, Stowe E, Larkin PJ. Palliative care for people living with heart failure: European Association for Palliative Care Task Force expert position statement. *Cardiovasc Res.* 2020;116(1):12-27. doi: 10.1093/cvr/cvz200. PMID: 31386104.

Spijker J, Bockting CLH, Meeuwissen JAC, Viet IM van, Emmelkamp PMG, Hermens MLM, Balkom ALJM. Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis. Utrecht: Trimbos-instituut.

Spinhoven P, Ormel J, Sloekers PP, Kempen GI, Speckens AE, Van Hemert AM. A validation study of the Hospital

- Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychol Med.* 1997 Mar;27(2):363-70.
- Terluin B, van Marwijk HW, Adèr HJ, de Vet HC, Penninx BW, Hermens ML, van Boeijen CA, van Balkom AJ, van der Klink JJ, Stalman WA. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC Psychiatry.* 2006 Aug 22;6:34.
- Teunissen SC, de Graeff A, Voest EE, de Haes JC. Are anxiety and depressed mood related to physical symptom burden? A study in hospitalized advanced cancer patients. *Palliat Med.* 2007 Jun;21(4):341-6.
- Thombs BD, de Jonge P, Coyne JC, Whooley MA, Frasure-Smith N, Mitchell AJ, Zuidersma M, Eze-Nliam C, Lima BB, Smith CG, Soderlund K, Ziegelstein RC. Depression screening and patient outcomes in cardiovascular care: a systematic review. *JAMA.* 2008 Nov 12;300(18):2161-71.
- Trajkovic-Vidakovic M, de Graeff A, Voest EE, Teunissen SCCM. Symptoms tell it all: a systematic review of the value of symptom assessment to predict survival in advanced cancer patients. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2012 Oct;84(1):130-48.
- Vogt J, Beyer F, Sistermans J, Kuon J, Kahl C, Alt-Epping B, Stevens S, Ahlborn M, Geoge C, Heider A, Tienken M, Loquai C, Stahlhut K, Ruellan A, Kubin T, Dietz A, Oechsle K, Mehnert-Theuerkauf A, van Oorschoot B, Thomas M, Ortmann O, Engel C, Lordick F. Symptom burden and palliative care needs of patients with incurable cancer at diagnosis and during the disease course. *The Oncologist* 2021; 26 1058-1065.
- Wakefield CE, Butow PN, Aaronson NA, Hack TF, Hulbert-Williams NJ, Jacobsen PB; International Psycho-Oncology Society Research Committee. Patient-reported depression measures in cancer: a meta-review. *Lancet Psychiatry.* 2015 Jul;2(7):635-47.
- Wancata J, Alexandrowicz R, Marquart B, Weiss M, Friedrich F. The criterion validity of the Geriatric Depression Scale: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand.* 2006 Dec;114(6):398-410
- Wasteson E, Brenne E, Higginson IJ, Hotopf M, Lloyd-Williams M, Kaasa S, Loge JH; European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC). Depression assessment and classification in palliative cancer patients: a systematic literature review. *Palliat Med.* 2009 Dec;23(8):739-53.
- Weldam SW, Schuurmans MJ, Liu R, Lammers JW. Evaluation of Quality of Life instruments for use in COPD care and research: a systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2013 May;50(5):688-707.
- Wu Y, Levis B, Sun Y, He C, Krishnan A, Neupane D, Bhandari PM, Negeri Z, Benedetti A, Thombs BD; DEPRESSion Screening Data (DEPRESSD) HADS Group. Accuracy of the Hospital Anxiety and Depression Scale Depression subscale (HADS-D) to screen for major depression: systematic review and individual participant data meta-analysis. *BMJ.* 2021 May 10;373:n972. doi: 10.1136/bmj.n972. Erratum in: *BMJ.* 2021 May 19;373:n1231. PMID: 33972268; PMCID: PMC8107836.
- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983 Jun;67(6):361-70.
- van der Zwaan GL, van Dijk SEM, Adriaanse MC, van Marwijk HWJ, van Tulder MW, Pols AD, Bosmans JE. Diagnostic accuracy of the Patient Health Questionnaire-9 for assessment of depression in type II diabetes mellitus and/or coronary heart disease in primary care. *J Affect Disord.* 2016 Jan 15;190:68-74
- Van Wijngaarden EJ, van Thiel G, Hartog I, et al. [Perspectieven op de doodswens van ouderen die niet ernstig ziek zijn: de mensen en de cijfers](#). ZonMw, januari 2020.

Literatuurbespreking

Inleiding

Goede behandeling van depressie bij patiënten in de palliatieve fase begint met tijdige signalering en adequate diagnostiek.

Depressieve klachten kunnen worden gesignaleerd op basis van:

- Klachten van de patiënt;
- Observaties van de naasten;
- Observaties van de zorgverlener;
- Uitkomsten van een signalerings- c.q. screeningsinstrument.

Wanneer depressieve klachten worden gesignaleerd, vindt verdere exploratie primair plaats door middel van een anamnese en evt. een psychiatrisch onderzoek. Daarbij kunnen verdiepings- en diagnostische meetinstrumenten behulpzaam zijn [IKNL 2018].

Lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek kunnen worden verricht om een behandelbare somatische oorzaak vast te stellen.

Onderzoeksvraag

Wat is het effect van screening op depressie bij patiënten in de palliatieve fase?

Tabel 1. PICO

P	Patiënten in de palliatieve fase
I	Screening op depressie
C	Geen screening
O	Depressie Kwaliteit van leven
S	Hospice / End of life care / Thuis / palliatief

Zoekstrategie en selectie van studies

Selectie van studies

Voor deze module is een eerste search uitgezet op 16 april 2021, welke na ontdebelling 33 resultaten opleverde. De search betreft systematische reviews in Pubmed, Embase, Cinahl, PsycInfo en de Cochrane database voor. Zie tevens [bijlage Zoekverantwoording - 3.1 Reviewprotocol](#). In [bijlage Zoekverantwoording - 3.2 Zoekstrategie](#) zijn de search strings opgenomen. Na de eerste selectie bleven er twee systematische reviews over.

Na het beoordelen van de volledige teksten bleek één review niet systematisch [Irving 2010], en de andere onderzocht alleen de prognostische waarde van depressie voor de overleving [Trajkovic-Vidakovic 2012]. Deze zijn daarom beide geëxcludeerd.

Raadplegen van de experts in de werkgroep leidde tot de Cochrane review door Schouten [2019]. Deze review werd niet gevonden met de hierboven beschreven zoekstrategie, aangezien het geen populatie in de palliatieve fase betreft. In de meta-analyse die door deze auteurs is uitgevoerd, zit geen RCT die depressie rapporteerde.

Conclusies

GEEN EVIDENTIE	Over het effect van screening op depressie bij patiënten met depressie in de palliatieve fase kan geen uitspraak worden gedaan op basis van gerandomiseerde studies.
----------------	--

Overwegingen

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken en/of paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken, klikt u in de linkerkolom op de subhoofdstuk- en/of paragraaftitel.

Screening en signalering

Vastgesteld: 22-11-2022 Regiehouder: NVvP

Het is de vraag in hoeverre screenen op depressie effectief en haalbaar is bij patiënten in de palliatieve fase als er geen signalen zijn waargenomen die wijzen op depressie. Het literatuuronderzoek heeft geen gerandomiseerd onderzoek gevonden naar het effect van een dergelijke benadering.

Ondanks de afwezigheid van wetenschappelijke studies naar het effect van screening op depressie bij patiënten in de palliatieve fase, is de werkgroep van mening dat het belangrijk is om depressie bij patiënten in het palliatieve fase tijdig op te sporen. Depressie heeft grote impact op kwaliteit van leven, en is geassocieerd met slechte zelfzorg, verminderde medicatietrouw en verminderde activiteit hetgeen negatieve gevolgen heeft voor de lichamelijke conditie en de kwaliteit van leven [Sobanski 2020]. Het is zeer aannemelijk dat vroegtijdige onderkenning en behandeling van depressie sterk zal bijdragen aan de kwaliteit van leven [Mitchell 2011, Rayner 2009].

Dit impliceert dat zorgverleners betrokken bij patiënten in de palliatieve fase alert moeten zijn op verbale en non-verbale signalen die kunnen wijzen op depressie.

In het onderzoek van Vogt [2021] gaven patiënten bij de start van de palliatieve fase een hoge mate van distress aan; depressieve en angstklachten kwamen voor bij 31% van de patiënten. In de loop van de tijd namen de klachten af, maar meer dan de helft van de patiënten bleef aangeven dat ze behoefte hadden aan ondersteuning bij hun klachten. Ook andere onderzoekers vinden soortgelijke prevalentiecijfers van depressie in de palliatieve fase [o.a. Mitchell 2011]. Onderzoek bij patiënten in de palliatieve fase laat zien dat het systematisch nagaan (aan de hand van een vragenlijst) van het scala aan klachten in de palliatieve fase soms wel het tienvoudige aan symptomen oplevert in vergelijking met alleen het antwoord op de vragen 'Hoe voelt u zich?' en 'Welke klachten heeft u?' [Homsij 2006].

Om depressie te signaleren kan er gekozen worden tot het inzetten van screening. Depressie kan worden opgespoord met diverse screeningsmethoden. Hierbij moet een afweging worden gemaakt tussen de betrouwbaarheid, haalbaarheid, doelmatigheid en acceptatie door de patiënt van de screening. Vanuit de wetenschappelijke literatuur wordt aangeraden om te signaleren met korte, niet te veel belastende vragen of vragenlijsten en vervolgens bij positieve antwoorden uitgebreidere diagnostiek te doen [Andersen 2014; Mitchell 2012, Rosenblatt 2020]. Het kan nuttig zijn screening op depressie gedurende het palliatieve traject regelmatig te herhalen: patiënten kunnen wisselen in mate van depressieve symptomen en de behoefte aan ondersteuning bij depressie al naar gelang de fase waarin ze zich bevinden [Rayner 2010]. Op basis van de huidige wetenschappelijke literatuur is er geen consensus over welke screeningsmethoden de voorkeur hebben.

De screening kan worden uitgevoerd door allerlei disciplines: huisarts, praktijkondersteuner, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, physician assistant, verpleegkundige of verpleegkundig specialist.

Vroegtijdige signalering van depressie bij patiënten in afwezigheid van verbale en/of non-verbale signalen die wijzen op depressie, kan op twee manieren plaatsvinden:

1. Het gebruik van generieke signaleringsinstrumenten of kwaliteit van leven-vragenlijsten, die om andere redenen worden ingezet en waarbij ook depressie wordt gemeten; dit wordt ook aangeraden in de Europese richtlijn 'The management of depression in palliative care' [Rayner 2011-2] en de Australische richtlijn 'Angst en depressie bij volwassen patiënten met kanker' [Butow 2015], waarbij met name de ESAS (het Utrecht Symptoom Dagboek (USD) is een Nederlandse bewerking van de ESAS) en de Lastmeter (zie verder) worden genoemd;
2. Het gericht screenen op depressie.

In deze module wordt de indeling van de handreiking meetinstrumenten in de palliatieve zorg van IKNL [2018] gebruikt, waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen meetinstrumenten voor:

- signalering of screening;
- verdieping;
- diagnostisering; en
- monitoring.

Dit komt niet geheel overeen met het spraakgebruik in de internationale literatuur. De verdiepinginstrumenten die worden besproken in het onderdeel 'Meetinstrumenten voor verdieping, diagnostisering en monitoring' worden ook vaak screeningsinstrumenten genoemd. Deze zijn echter niet geschikt voor screening in afwezigheid van signalen van depressie, omdat ze te lang zijn en daardoor in de praktijk voor dit doel niet bruikbaar. Ze hebben echter wel een plaats als aanvulling op de anamnese op het moment dat depressie gesignaleerd is.

Gebruik van generieke signaleringsinstrumenten of kwaliteit van levensvragenlijsten

In de klinische praktijk worden soms generieke (d.w.z. niet specifiek gericht op depressie) of kwaliteit van levensvragenlijsten gebruikt, waarbij ook wordt gevraagd naar depressie. Het primaire doel van deze instrumenten is niet om te screenen op depressie, maar ze kunnen wel voor dit doel gebruikt worden. Hoewel de psychometrische eigenschappen van het item of de schaal voor depressie van deze meetinstrumenten in de palliatieve fase niet onderzocht zijn, is de werkgroep van mening dat de uitkomsten ervan gebruikt kunnen worden voor verdere exploratie van depressieve klachten.

In het onderstaande worden een aantal van deze instrumenten besproken. De lijst is niet uitputtend en andere, niet genoemde instrumenten, waarbij gevraagd wordt naar depressie, kunnen ook voor dit doel gebruikt worden.

Het Utrecht Symptoom Dagboek (USD)

Het [USD](#) is een afgeleid instrument van de Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). De ESAS is ontwikkeld om tweemaal daags in te vullen in een klinische palliatieve setting [Bruera 1991] en bestaat uit 8 visueel analoge schalen waarop pijn, activiteit, misselijkheid, depressie, angst, sufheid, eetlust en gevoel van welbevinden worden gescoord. Het USD bevat 12 items (NRS 0-10) waarbij ook gevraagd wordt naar somberheid [Van der Baan 2020, IKNL 2018]. Een symptoomscore van 4 of hoger wordt beschouwd als klinisch relevant. Er zijn geen data over sensitiviteit, specificiteit en voorspellende waarde van het item over depressie.

De Lastmeter (Distress thermometer)

De [Lastmeter](#) wordt gebruikt voor het signaleren van ervaren ziektebelasting op fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel gebied, zowel in de curatieve als palliatieve setting [Bauwens 2009, Donovan 2014, IKNL 2018]. Het gebruik van de Lastmeter voor het screenen en signaleren van distress wordt aanbevolen in de [richtlijn Detecteren behoefte palliatieve zorg](#). Een meta-analyse laat zien dat een cutoff van 4 de beste balans oplevert tussen sensitiviteit en specificiteit: resp. 77% en 75% bij vergelijking met de depressiescore van de HADS en resp. 82% en 73% bij vergelijking met de totaalscore van de HADS [Ma 2014]. Recent onderzoek bij patiënten met kanker in de palliatieve fase laat zien dat een distress-score ≥ 5 kan wijzen op depressie [Graham-Wisener 2021]. Een cutoff van 4-5 lijkt dus optimaal.

Vier Dimensionale Klachten Lijst (4DKL)

In de huisartsenpraktijk kan gescreend worden op psychische klachten (distress, depressie, angst en somatisatie) middels de Vier Dimensionele Klachten Lijst ([4DKL](#)). De 50 vragen zijn gevalideerd in de eerstelijnssetting [Terluin 2006]. Een score voor depressie > 2 wordt als afkappunt gebruikt en kan aanleiding zijn voor verdere exploratie van depressie. Er zijn geen gegevens beschikbaar over de psychometrische eigenschappen van de lijst voor het opsporen van depressie in de palliatieve fase.

Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)

De [CRQ](#) is een "kwaliteit van leven" vragenlijst voor patiënten met een chronische longziekte [Guyatt 1987, IKNL 2018, Weldam 2013]. De antwoorden 'altijd', 'bijna altijd' of 'nogal vaak' op de vraag of iemand zich down of ontmoedigd heeft gevoeld in de afgelopen twee weken kunnen aanleiding zijn voor verdere exploratie van depressie. Er zijn geen data over de psychometrische eigenschappen van dit item voor het opsporen van depressie in de palliatieve fase.

Care Related Quality of Life for Chronic Heart Failure (CaReQoL CHF)

De [CaReQoL CHF](#) is een "kwaliteit van leven" vragenlijst voor patiënten met chronisch hartfalen [Van Kessel 2017, IKNL 2018]. Het antwoord 'vaak' of 'altijd' op de vraag over somberheid kan aanleiding zijn voor verdere exploratie van depressie. Er zijn geen data over de psychometrische eigenschappen van dit item voor het opsporen van

depressie in de palliatieve fase.

Specifieke screening voor depressie

Er is een meta-analyse verricht van 17 studies (waarvan 13 bij patiënten in de palliatieve fase) naar de toepassing van een of twee korte vragen die verwijzen naar de kernsymptomen van een depressieve stoornis [Mitchell 2008]:

1. Bent u de meeste tijd somber (depressie)? en/of
2. Hebt u minder interesse of plezier in dagelijkse activiteiten waar u voorheen wel van genoot (anhedonie)?

Als gouden standaard werd meestal een diagnostisch interview en soms een verdiepingsinstrument gebruikt. De psychometrische eigenschappen van beide vragen afzonderlijk en van de combinatie staan vermeld in tabel 2 Psychometrische eigenschappen van vragen over depressie en anhedonie [Mitchell 2008].

Tabel 2. Psychometrische eigenschappen van vragen over depressie en anhedonie [Mitchell 2008]

	Sensitiviteit	Specificiteit	Positief voorspellende waarde	Negatief voorspellende waarde
Vraag 1: depressie (9 studies, prevalentie depressie 16%)	72%	83%	44%	94%
Vraag 2: anhedonie (3 studies, prevalentie depressie 14%)	83%	86%	48%	97%
Vraag 1 + 2 (5 studies, prevalentie depressie 17%)	91%	86%	57%	98%

Concluderend: twee korte vragen zijn betrouwbaar in het excluseren van een depressieve stoornis, maar weinig betrouwbaar in het vaststellen ervan. Bij een antwoord 'ja' op een van beide of beide vragen volgt verdere exploratie. Het antwoord 'nee' sluit een depressie met een hoge mate van waarschijnlijkheid uit.

Het is van belang te vragen of patiënten verder onderzoek of behandeling willen. Een deel van de patiënten wil dit beslist niet.

De werkgroep is van mening dat het stellen van deze twee vragen de beste methode is om te screenen op depressie. Aanleidingen daarvoor kunnen zijn:

- De markering van de palliatieve fase;
- Een significante verandering van de situatie van de patiënt;
- Bij een palliatief consult.

Diagnostiek

Vastgesteld: 22-11-2022 Regiehouder: NVvP

Diagnostiek van depressieve symptomatologie en/of depressie kan op verschillende niveaus worden ingestoken: beschrijvend, classificierend, indicierend en evaluerend [Spijker 2013].

Het vaststellen van (voorbijgaande) depressieve symptomen, een aanpassingsstoornis met depressieve stemming of een depressieve stoornis vereist een zorgvuldige klinische beoordeling. Het stellen van een diagnose vindt plaats op basis van een anamnese (inclusief heteroanamnese), psychiatrisch onderzoek, de psychiatrische voorgeschiedenis en evt. verdiepings- of diagnostische meetinstrumenten.

De klinische beoordeling ligt primair bij de verantwoordelijke regiebehandelaar zoals huisarts, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist of verpleegkundig specialist. Hierbij kan laagdrempelig naar een psycholoog of psychiater verwezen worden voor nadere diagnostiek, met name bij het vermoeden van een depressieve stoornis. Bij twijfel kan ook consultatie of advies worden ingeroepen van een collega of expert of kan een second opinion overwogen worden.

De informatie uit de anamnese, het psychiatrisch onderzoek en evt. meetinstrumenten wordt gebruikt om naast een beschrijvende diagnose (etiologie, predisponerende, luserende en instandhoudende factoren) te komen tot een classificatie (volgens de DSM-5) en een behandelplan.

De beschrijvende diagnose is van belang om zicht te krijgen op de betekenis en de context van de depressieve klachten. Hierdoor zal vervolgens in belangrijke mate de keuze van de verschillende behandelstrategieën worden bepaald.

A. Anamnese en psychiatrisch onderzoek

Als er depressieve klachten gesignaleerd worden bij screening, observatie of doordat de patiënt ze aangeeft, is het noodzakelijk om de klachten uitgebreider in kaart brengen door middel van een anamnese en eventueel een psychiatrisch onderzoek.

Een anamnese is de beste manier om de aard, de ernst en de impact van de klachten in kaart te brengen en tot een mogelijke diagnose (aanpassingsstoornis met depressieve kenmerken, depressieve stoornis of een andere psychiatrische diagnose) te komen. In een gesprek wordt informatie over de aard, de ernst en het beloop van de klachten verzameld. De criteria van de DSM-5 (depressieve stemming, verlies van plezier / interesse, gewichtsverlies of -toename, slaapstoornissen, psychomote remming of agitatie, vermoeidheid, gevoelens van waardeloosheid en schuld concentratieklachten, terugkerende gedachten aan de dood) worden in kaart gebracht. Het is van belang om ook andere psychische klachten uit te vragen die kunnen lijken op depressie, zoals rouw, angst, spanning, cognitieve klachten en veranderingen in denken en gedrag. Bij diagnostiek voor depressie moet suïcidaliteit altijd zorgvuldig worden uitgevraagd. Een doodswens van de patiënt kan ook worden vertaald in een euthanasieverzoek. Van belang hierbij is om deze doodswens nader te onderzoeken en een onderliggende depressieve stoornis uit te sluiten [EuthanasieCode 2018]. Depressieve klachten zijn vaak aanwezig bij ouderen die niet ernstig ziek zijn, in de palliatieve fase van hun leven [Van Wijngaarden 2020]. Ook de manier waarop een patiënt omgaat met de lichamelijke ziekte en de beperkte levensverwachting in de palliatieve fase komt aan bod in de anamnese.

Het is van belang de patiënt als individu te benaderen in de eigen context. Om meer zicht te krijgen op de betekenis en de context van de depressieve klachten is het, naast het uitvragen op symptoomniveau, ook van belang om uitgebreid stil te staan bij de volgende aspecten:

- In welke mate wordt het functioneren van de patiënt negatief beïnvloed en hoe groot is de lijdensdruk?
- Hoe zijn de klachten ontstaan (stressvolle omstandigheden, 'life-events')?, wat maakt dat de klachten aanhouden of verergeren en wat zijn mogelijke aangrijpingspunten voor verbetering?
- Heeft de patiënt eerder in het leven depressieve perioden doorgemaakt? Hoe was het beloop en effect van behandelingen?
- Hoe gaat de patiënt om met de lichamelijke ziekte? Is er een steunsysteem? En hoe gaat de patiënt om met de beperkte levensverwachting ('coping')?
- Wat zijn de kwetsbare kanten en sterke kanten van patiënt en het steunsysteem?

- Hoe omschrijft de patiënt zijn of haar persoonlijkheid of karakter?

In het gesprek met patiënt en eventueel de naasten kunnen deze zaken op een rij worden gezet, zodat er een beeld naar voren komt waarin de patiënt zichzelf herkent. Tijdens de anamnese wordt gebruik gemaakt van synonieme begrippen, zoals sombere stemming, depressief, gedeprimeerd, down en geen plezier ervaren. Bij depressie in de palliatieve fase is het van belang ook altijd de somatische dimensie mee te nemen.

Belangrijke naasten kunnen een waardevolle bron zijn van informatie. Indien de patiënt daar toestemming voor geeft, is een heteroanamnese waardevol.

Depressie in de palliatieve fase gaat vaak samen met vragen en gedachten rondom verwachtingen van het levenseinde, zingeving, afscheid nemen, terugblikken op het leven. Ook de levensloop met voor de patiënt belangrijke waarden, ingrijpende gebeurtenissen en de band met belangrijke anderen wordt overdacht. Het is goed om bij deze onderwerpen stil te staan en uit te zoeken of er een samenhang is met depressie. Er kunnen aangrijpingspunten voor behandeling uit naar voren komen.

Vragen die tijdens de speciële anamnese gesteld kunnen worden zijn:

- Terugkijkend op de afgelopen twee weken, hoeveel tijd (dagdelen, percentage van de tijd) voelde u zich somber?
- Kunt u genieten van dingen waar u gewoonlijk van kon genieten (familiebezoek, radio/TV, lezen etc.)? Kijkt u met plezier uit naar de dingen? Kunt u lachen en de dingen van de vrolijke kant zien?
- Heeft u interesse in uw uiterlijk (persoonlijke verzorging, kleding)?
- Heeft u het gevoel dat alles bij u moeizamer gaat?
- Heeft u schuldgevoelens en/of suïcidale gedachten?
- Heeft u andere psychische klachten, bijv. prikkelbaarheid, rouw, angst of boosheid?
- Hoe is het slaappatroon?
- Heeft u lichamelijke klachten (bijv. pijn, kortademigheid, vermoeidheid)?
- Kunt u mogelijke oorzaken aanwijzen van depressie (lichamelijk, psychisch, sociaal en/of existentieel)?
- Welke medicatie gebruikt u? Is recent uw medicatie veranderd?
- Bent u recent gestopt met medicatie, drugs, alcohol of roken?
- Hoe gaat u met tegenslagen en/of met somberheid om?
- Hoe wilt u benaderd worden door zorgverleners?
- Wordt u momenteel of werd u in het verleden behandeld voor een angststoornis of depressie? Welke behandelingen hebt u gehad (zowel wat betreft medicatie als therapie)?
- Heeft u andere psychiatrische stoornissen in het verleden gehad?
- Komen er psychiatrische stoornissen in de familie voor?

Naast inhoudelijke informatie uit het gesprek, bieden observaties tijdens het gesprek of, indien van toepassing, psychiatrisch onderzoek vaak extra informatie over de aanwezigheid van depressie.

Afhankelijk van de klachten kan een psychiatrisch onderzoek worden verricht. Bij het psychiatrisch onderzoek worden non-verbale uitingen en lichamelijke signalen geobserveerd die gerelateerd aan de depressie kunnen zijn [van Krugten 2017]:

- 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.

Zo nodig kan voor verdere diagnostiek verwezen worden naar psycholoog of psychiater.

B. Meetinstrumenten voor verdieping, diagnostisering en monitoring

Als aanvulling op anamnese en psychiatrisch onderzoek kunnen meetinstrumenten gebruikt worden. Het doel hiervan kan zijn om de depressie beter in kaart te brengen (verdieping), om te helpen bij een diagnose

(diagnostisch) of om het verloop en het effect van behandeling te monitoren (monitoring).

Diverse meetinstrumenten kunnen voor deze doelen worden gebruikt bij depressie bij een onderliggende somatische aandoening [Andersen 2014, Gonzalez-Roz 2019, Thombs 2008, Wakefield 2015, Wasteson 2008]. In het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland (IKNL/Palliactief 2017) worden de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), de Geriatric Depression Scale (GDS) en de Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) genoemd. In de literatuur worden ook de Beck Depression Inventory (BDI) en de Patient Health Questionnaire (PHQ) genoemd als meetinstrumenten voor depressie bij een onderliggende somatische ziekte [Andersen 2014, Gonzalez-Roz 2019, Thombs 2008, Wakefield 2015]. Bijna alle genoemde meetinstrumenten maken gebruik van zelfrapportage door de patiënt. Alleen de CSDD wordt door de zorgverlener ingevuld.

De diagnose depressieve stoornis kan met geen van deze instrumenten worden gesteld. Daarvoor is een anamnese en een psychiatrisch onderzoek noodzakelijk.

Het meeste onderzoek bij patiënten in de palliatieve fase is gedaan met de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) [Wasteson 2009].

Verdiepingsinstrumenten

Er is een aantal meetinstrumenten dat gebruikt kan worden als verdiepingsinstrument. Hieronder worden de instrumenten besproken die het meest gebruikt worden bij depressieve patiënten bij een onderliggende somatische ziekte c.q. in de palliatieve fase. Er kan geen voorkeur worden uitgesproken tussen de HADS, de BDI of de PHQ. De GDS wordt gebruikt bij geriatrische patiënten en de CSDD bij patiënten met dementie.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

De meest gebruikte vragenlijst voor het screenen van depressie en angst in een ziekenhuissetting is de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), bestaande uit 14 items [Bjelland 2002, IKNL/Palliactief 2017, IKNL 2018, Spinhoven 1997, Zigmond 1983]. Een recente meta-analyse [Wu 2021] concludeerde dat de beste cutoff voor het screenen op depressie een score van 7 of hoger op de depressie subschaal is. De sensitiviteit is dan 82% en de specificiteit 78% ten opzichte van de gekozen gouden standaard van classificatie met semi-gestructureerd interview (MINI). Een bijgevoegde tool kan berekenen wat dat betekent voor de voorspellende waarde binnen de populatie waarin de clinicus de schaal wil inzetten (<http://depressionsscreening100.com/hads-d/>).

Een meta-review (meta-analyse van 19 systematische reviews van in totaal 372 studies) van de HADS bij patiënten met kanker liet, afhankelijk van de gebruikte (sub)schaal (subschaal depressie, subschaal angst of totaalscore) en het afkappunt een mediane sensitiviteit van de HADS zien van 0,62-0,88 en een mediane specificiteit van 0,65-0,95 [Wakefield 2015]. Verschillende reviews achtten de HADS minder geschikt voor patiënten met kanker in de palliatieve fase. De HADS wordt veel vaker gebruikt in Europa dan in de Verenigde Staten en Canada.

Een andere meta-analyse vergeleek de scores op de HADS met de SCID (Structured Clinical Interview for DSM-5 disorders) als gouden standaard [Brehaut 2020]. Op basis van een score van 8 of meer op de depressieschaal van de HADS kwam de prevalentie van depressie uit op 24% terwijl de prevalentie van een depressie middels de SCID in dezelfde onderzoeksgroep uitkwam op 12%. Een cutoff van 11 of hoger op de depressieschaal van de HADS kwam beter in de buurt van de resultaten met de SCID, maar er was veel heterogeniteit tussen de onderzochte individuen. De auteurs dringen erop aan de HADS enkel te gebruiken als screener en niet als een vervanging voor een diagnostisch interview.

Bij patiënten met een myocardinfarct of ischemische hartziekten werd bij een cutoff van ≥ 7 een sensitiviteit gevonden van 81% en een specificiteit van 54% [Gonzalez-Roz 2018].

Beck Depression Inventory (BDI)

Een meta-review (meta-analyse van 19 systematische reviews van in totaal 372 studies) van de BDI bij patiënten met kanker liet, afhankelijk van het gebruikte type BDI, een mediane sensitiviteit van de HADS zien van 0,72-0,89 en een mediane specificiteit van 0,71-0,89 [Wakefield 2015]. Verschillende reviews achtten de BDI geschikter voor patiënten met kanker in de palliatieve fase dan de HADS.

Een systematische review van de BDI bij patiënten bij cardiovasculaire aandoeningen liet, afhankelijk van het gebruikte type BDI en de cutoff een mediane sensitiviteit zien van 82-91%, een mediane specificiteit van 79-94%,

een mediane positief voorspellende waarde van 24-40% en een mediane negatief voorspellende waarde van 95-99% [Thombs 2008].

Gonzalez-Roz [2019] bekeek de bruikbaarheid van de BDI-II voor het screenen en monitoren van depressie bij patiënten met cardiovasculaire aandoeningen. Bij een cutoff van 10-14 werd bij patiënten met coronairaandoeningen een sensitiviteit gevonden van de BDI-II van 83-100% en een negatief voorspellende waarde van 99-100%. Bij een cutoff van ≥ 16 werd bij patiënten met een myocardinfarct een specificiteit van 92% gevonden en een positief voorspellende waarde van 62,5%. De onderzoeker adviseert het gebruik van de BDI-II bij patiënten met cardiovasculaire aandoeningen.

Patiënt Health Questionnaire (PHQ)

Een ander veelgebruikt verdiepingsinstrument is de Patiënt Health Questionnaire (PHQ). Deze vragenlijst is er in diverse varianten, bijvoorbeeld PHQ-2, PHQ-8, [PHQ-9](#), waarbij het nummer staat voor het aantal vragen. Bij de PHQ-2 worden vragen gesteld over depressie en anhedonie, zoals besproken bij signalering.

De richtlijn van de ASCO adviseert het gebruik van de PHQ-9 [Andersen 2014]. Bij een score van 8 of hoger is verdere exploratie aangewezen.

Validatieronderzoek van Thombs [2008] in cardiovasculaire setting leverde geen verschil op tussen de psychometrische eigenschappen van de PHQ-2 (score ≥ 2) en PHQ-9 (score ≥ 6). Ze hadden respectievelijk een sensitiviteit van 82% en 83% en een specificiteit van 79% en 76%. Een tweetraps methode van eerst PHQ-2 en daarna op indicatie verder met de PHQ-9 leverde geen extra diagnostische waarde op ten opzichte van een op zichzelf staande PHQ-2 of PHQ-9.

In een setting met diabetes type 2 patiënten en/ of hartpatiënten werd een optimale cutoff voor de PHQ-9 gevonden van 10 om een depressieve stoornis op te sporen met een sensitiviteit van 84% en een specificiteit van 82%. Bij deze cutoff was de positief voorspellende waarde voor de diagnose depressieve stoornis 17% en de negatief voorspellende waarde 99% [van der Zwaan 2016].

Geriatric Depression Scale (GDS)

In de ouderenzorg is de geriatrie depressie schaal een veel ingezet instrument bij het vermoeden op depressie [Dennis 2012, IKNL/Palliactief 2017, IKNL 2018, Wancata 2006]. De [GDS](#) heeft verschillende varianten, waarbij het aantal vragen van elkaar verschilt. Voor verdieping kan de verkorte versie ([GDS-15](#)) ingezet worden, voor uitgebreidere diagnostiek de GDS-30.

De GDS heeft een sensitiviteit van 85% en een specificiteit van 79% [Krishnamoorthy 2020].

De GDS is niet specifiek onderzocht in de palliatieve setting.

Bij de GDS-15 wordt een cut-off van 5 geadviseerd [Dennis 2012].

Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)

De [CSDD](#) wordt gebruikt bij de diagnostiek van depressie bij patiënten met dementie [Goodarzi 2017, IKNL/Palliactief 2017, Leontjevas 2012, IKNL 2018]. De CSDD heeft bij een cutoff van 8 een sensitiviteit van 78% en een specificiteit van 84% [Goodarzi 2017].

Diagnostische instrumenten

De Structured Clinical Interview for DSM-5 disorders (SCID) en de Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) zijn semigestructureerde interviews die gebruikt kunnen worden als hulpmiddel bij de diagnostiek van een aanpassingsstoornis met depressieve kenmerken of een depressieve stoornis [First 2018, Petterson 2015].

C. Lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek

Lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek worden vooral verricht om een mogelijke oorzaak van de depressie vast te stellen. Daarbij kan vooral gedacht worden aan anemie, elektrolytstoornissen, endocriene aandoeningen en vitaminedeficiënties (zie [Inleiding, Oorzakelijke en beïnvloedende factoren](#)). Vanzelfsprekend moet dit alleen gebeuren als de behandeling hiervan mogelijk, zinvol (mede in het licht van de levensverwachting) en door de patiënt gewenst is.

Bij een screenend bloedonderzoek worden op indicatie bepaald:

- Hb, ht, celindices (MCV, MCH, MCHC);

- Elektrolyten zoals: calcium (gecorrigeerd met albumine of geïoniseerd calcium), magnesium, natrium;
- Glucose;
- Schildklierfunctie (TSH);
- Cortisol;
- Vitamine B1, B6 en B12, foliumzuur.

D. Differentiaaldiagnose

De diagnose aanpassingsstoornis met depressieve kenmerken of depressieve stoornis wordt gesteld op basis van DSM-5 criteria met behulp van anamnese en psychiatrisch onderzoek, evt. aangevuld met een diagnostisch meetinstrument.

Symptomen als vermindering van eetlust, gewichtsverlies, slaapstoornissen en vermoeidheid komen vaak voor bij somatische aandoeningen en zijn daardoor in de palliatieve fase minder onderscheidend voor een depressieve stoornis of aanpassingsstoornis met depressieve stemming. Hierdoor kan het risico bestaan dat depressie wordt overgediagnosticeerd. Anderzijds bestaat ook het risico op onderdiagnostiek doordat de somatische symptomen uitsluitend toegeschreven worden aan de somatische ziekte [Rosenblat 2020]. Uit wetenschappelijk onderzoek blijken vragenlijsten echter behoorlijk bestand tegen deze overlap, zoals bijvoorbeeld onderzocht is voor de PHQ-9 [Katzan 2021] en de HADS [Wu 2021]. Om onder- en over diagnostiek tegen te gaan, wordt aangeraden om eerst te screenen en bij signalerende antwoorden op een screening uitgebreidere diagnostiek naar depressie uit te voeren [Andersen 2014, Mitchell 2012, Rayner 2011, Rosenblat 2021].

Terughoudendheid is geboden met het stellen van psychiatrische diagnoses bij ernstige fysieke klachten zoals pijn of kortademigheid. In dergelijke gevallen is het belangrijk om de patiënt te herbeoordelen na behandeling van de fysieke klachten.

Bij een depressie moet altijd bekeken worden of de depressieve stemming misschien het directe fysiologisch effect is van een bijkomende medische aandoening dan wel van voorgeschreven medicamenten.

Depressie en angst in de palliatieve fase hebben veel overlap; deze symptomen komen vaak in combinatie met elkaar voor [Teunissen 2007]. Angstklachten kunnen optreden in het kader van een depressieve stoornis. Depressie en angst kunnen elkaar veroorzaken en versterken. Bij de diagnostiek naar depressie in de palliatieve fase horen gevoelens van angst aan de orde te komen (zie [richtlijn Angst in de palliatieve fase](#)).

Een psychotische depressie is een ernstige depressieve stoornis, waarbij er tevens psychotische symptomen aanwezig zijn (met name stemmingscongruente wanen zoals schuldwaan, zondewaan, armoedewaan en hypochondrische waan).

De meest voorkomende andere psychische differentiële diagnoses zijn: (stil) delier, dementie, bipolaire stoornis en rouw.

Bij een delier is altijd sprake van een aandachtstoornis naast cognitieve problemen en (vaak) ook een daling van het bewustzijn. Tevens is fluctuatie van de symptomen in de tijd (die met name 's nachts optreden) kenmerkend voor een delier. Het onderscheid tussen depressie en delier is van belang, omdat de behandeling verschilt en sommige antidepressiva een bestaand delier juist kunnen versterken. De kans dat een delier wordt verward met een depressie is groter als het om een zogenoemd stil delier (apathisch delier) gaat. Zie voor meer informatie de [richtlijn Delier in de palliatieve fase](#).

Bij een dementie staat de blijvende stoornis van het cognitieve functioneren op de voorgrond. Een overeenkomst met depressie kan verlies van initiatief of apathie zijn. Een depressie ontstaat in een korter tijdsbestek dan een dementie. Tevens kan een depressie een prodroom zijn van neurocognitieve degeneratie [[Richtlijn Dementie Verenso](#)].

Bij een bipolaire stoornis zijn er naast de depressieve episodes ook periodes met (hypo)manie (verhoogde of dysfore stemming).

Bij rouw verwijst de stemming naar een fundamenteel gevoel van leegte, verlies en verlangen, welke fluctueert over de dag en reactief is op plezierige momenten (zie [richtlijn Rouw in de palliatieve fase](#)).

E. Terugkoppeling diagnostiek

Een belangrijk onderdeel van de diagnostische fase is de terugkoppeling van de bevindingen en conclusies aan de patiënt. Het is belangrijk om zorgvuldig en volledig te zijn en zoveel mogelijk aan te sluiten bij de patiënt m.b.t. taalgebruik, niveau en culturele context (zie [module Communicatie](#)). De meeste patiënten waarderen gedeelde besluitvorming na diagnostiek, maar hierin zijn persoonlijke verschillen. De keuze om niet te behandelen of waakzaam af te wachten wordt hierbij ook onder de behandelopties geschaard.

Monitoring

Vastgesteld: 22-11-2022 Regiehouder: NVvP

Waar het bij screening van depressie van belang is in zo kort mogelijke tijd en met minimale belasting zo sensitief mogelijk aanwijzingen te vinden voor het bestaan van een depressie, is het doel van monitoren anders: namelijk het volgen in de tijd van de depressie, het aan het licht brengen van fluctuaties in de aard en ernst van de depressie en het beoordelen van het effect van interventies. De wijze van monitoring en de intensiteit waarmee dit gebeurt is afhankelijk van de setting en ernst, dit wordt bepaald door de behandelaar. Het Utrecht Symptoom Dagboek ([USD](#)) en de eerdergenoemde verdiepingsinstrumenten kunnen voor dit doel gebruikt worden.

Behandeling van oorzakelijke en beïnvloedende somatische factoren

Vastgesteld: 22-11-2022 Regiehouder: NVvP

Aanbevelingen

Uitgangsvraag

Wat is de voorgestelde benadering ten aanzien van de behandeling van oorzakelijke en beïnvloedende somatische factoren van depressie bij patiënten in de palliatieve fase?

Methode: consensus-based

Aanbevelingen

Behandel, indien mogelijk, de oorzakelijke en beïnvloedende somatische factoren van depressie 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. Daarmee kan mogelijk depressie behandeld of voorkomen worden.

Daarbij kan gedacht worden aan:

- Behandeling van symptomen (bijv. pijn, (zie [richtlijn Pijn bij gevorderde stadia van COPD of hartfalen](#) en [richtlijn Pijn bij patiënten met kanker](#)), [dyspneu](#), [obstipatie](#), mictieklachten, [vermoeidheid](#), mobiliteitsstoornissen en [slaapstoornissen](#)), die niet onder controle zijn en van invloed zijn op de stemming;
- Regelmatige medicatiebeoordeling en zo mogelijk staken van medicatie (bijv. corticosteroïden, opioïden) en/of ziektegerichte behandeling (bijv. antihormonale therapie) die van invloed zijn op de stemming;
- Behandeling van onttrekkingsverschijnselen (nicotine, alcohol, drugs);
- Behandeling van onderliggende endocriene stoornissen, m.n. hyper-/hypothyreoïdie en hyper-/hypocortisolisme;
- Correctie van elektrolytstoornissen, m.n. [hypercalciëmie](#) en hyponatriëmie;
- Correctie van vitaminedeficiënties (bijv. vitamine B12, B1 en B6);
- Behandeling van anemie.



Referenties



Andersen BL, DeRubeis RJ, Berman BS, Gruman J, Champion VL, Massie MJ, Holland JC, Partridge AH, Bak K, Somerfield MR, Rowland JH; American Society of Clinical Oncology. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *J Clin Oncol.* 2014 May 20;32(15):1605-19.

Block SD. Assessing and managing depression in the terminally ill patient. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians - American Society of Internal Medicine. *Ann Intern Med.* 2000 Feb 1;132(3):209-18.

Breitbart W, Dickerman AL. Assessment and management of depression in palliative care. *UpToDate*, 2020.

Butow P, Price MA, Shaw JM, Turner J, Clayton JM, Grimison P, Rankin N, Kirsten L. Clinical pathway for the screening, assessment and management of anxiety and depression in adult cancer patients: Australian guidelines. *Psychooncology.* 2015 Sep;24(9):987-1001.

Li M, Kennedy EB, Byrne N, Gérin-Lajoie C, Katz MR, Keshavarz H, Sellick S, Green E. Management of Depression

in Patients With Cancer: A Clinical Practice Guideline. J Oncol Pract. 2016 Aug;12(8):747-56.

NICE. Nice guideline. Depression in adults with a chronic physical health problem, 2020.

Pitman A, Suleman S, Hyde N, Hodgkiss A. Depression and anxiety in patients with cancer. BMJ. 2018 Apr 25;361:k1415.

Rayner L, Price A, Hotopf M, Higginson IJ. The development of evidence-based European guidelines on the management of depression in palliative cancer care. Eur J Cancer. 2011 Mar;47(5):702-12.

Rosenblat JD, Kurdyak P, Cosci F, Berk M, Maes M, Brunoni AR, Li M, Rodin G, McIntyre RS, Carvalho AF. Depression in the medically ill. Aust N Z J Psychiatry. 2020 Apr;54(4):346-366.

Stiefel F, Die Trill M, Berney A, Olarte JM, Razavi A. Depression in palliative care: a pragmatic report from the Expert Working Group of the European Association for Palliative Care. Support Care Cancer. 2001 Oct;9(7):477-88.

Literatuurbespreking

Voor deze uitgangsvraag is geen systematisch literatuuronderzoek verricht.

Overwegingen

In reviews en richtlijnen wordt weinig of geen aandacht besteed aan behandeling van oorzakelijke en beïnvloedende somatische factoren bij patiënten met depressie en een onderliggende lichamelijke ziekte [Andersen 2014, Block 2000, Breitbart 2020, Butow 2015, Li 2016, NICE 2020, Pitman 2018, Rayner 2011, Rosenblat 2020, Stiefel 2001]. Rosenblat [2020] benoemt een aantal precipiterende factoren, maar zegt niets over de behandeling ervan. Door sommige auteurs [Block 2000, Breitbart 2020, Pitman 2018] wordt het belang van goede symptoomcontrole (met name van pijn) benadrukt. Breitbart [2020] en Pitman [2018] geven aan dat onderliggende oorzaken zo mogelijk behandeld moeten worden. Het effect van deze benadering is nooit systematisch onderzocht.

De werkgroep is van mening dat, waar mogelijk, oorzakelijke en beïnvloedende somatische factoren bij patiënten met depressie in de palliatieve fase behandeld moeten worden, voordat de depressie zelf behandeld wordt. Vanzelfsprekend moet er sprake zijn van een behandelbare oorzaak. De behandeling moet gewenst zijn door de patiënt en zinvol geacht worden in het licht van de algehele toestand en levensverwachting van de patiënt. Daarbij kan gedacht worden aan:

- Behandeling van symptomen (bijv. pijn, dyspneu, obstipatie, mictieklachten, vermoeidheid, mobiliteitsstoornissen en slaapstoornissen), die niet onder controle zijn en van invloed zijn op de stemming;
- Regelmatige medicatiebeoordeling en zo mogelijk staken van medicatie (bijv. corticosteroïden, opioïden) en/of ziektegerichte behandeling (bijv. antihormonale therapie) die van invloed zijn op de stemming;
- Behandeling van onttrekkingsverschijnselen (nicotine, alcohol, drugs);
- Behandeling van onderliggende endocriene stoornissen, m.n. hyper-/hypothyreoïdie en hyper-/hypocortisolisme;
- Correctie van elektrolytstoornissen, m.n. hypercalciëmie en hyponatriëmie;
- Correctie van vitaminedeficiënties (bijv. vitamine B12, B1 en B6);
- Behandeling van anemie.

Met deze behandelingen kan (met uitzondering van het staken van medicatie) depressie mogelijk ook voorkomen worden.

Psychosociale interventies

Vastgesteld: 22-11-2022 Regiehouder: NVvP

Aanbevelingen

Uitgangsvraag

Welke psychosociale interventies kunnen worden ingezet bij depressie bij patiënten in de palliatieve fase?

Methode: evidence-based

Aanbevelingen

- 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).
 - Begin bij depressieve klachten met ondersteunende gesprekken door een arts, verpleegkundig specialist, physician assistant en/of verpleegkundige, of eventueel een POH-GGZ.
 - Verwijs naar een geestelijk verzorger indien existentiële problematiek op de voorgrond staat.
- Gebruik het matched-care-principe, waarbij de behoefte van de patiënt leidend is voor de keuze van de psychosociale interventie.
- Overweeg verwijzing voor psychotherapie en/of muziektherapie:
 - Als de patiënt daar behoefte aan heeft;
 - Bij een aanpassingsstoornis met depressieve stemming of een depressieve stoornis;
 - Als ondersteunende gesprekken onvoldoende effect hebben.
- Indien er verwezen wordt, kan er gekozen worden voor psychotherapie (cognitieve (gedrags)therapie, dignity therapy, life review therapie, CALM, ACT, mindfulness) of muziektherapie. Er is geen verschil in effect aangetoond tussen de verschillende interventies.

Bepaal de therapiekeuze op basis van de persoonlijke voorkeur van de patiënt, aard van de problematiek, beschikbaarheid van de therapie en verwachte levensduur.
- Verwijs voor de genoemde therapieën naar een geregistreerde zorgprofessional met specifieke training in de betreffende therapie. Denk hierbij aan psychologen, psychiaters, maatschappelijk werkenden en verpleegkundig specialisten of (voor muziektherapie) een vaktherapeut.
- Raadpleeg voor een verwijzing de [verwijsgids kanker](#), het [NVPO-deskundigenbestand](#) of de [Palliatieve Zorgzoeker](#).
- Overweeg een combinatie van een psychosociale interventie met medicamenteuze behandeling bij een depressieve stoornis of bij matige tot ernstige depressieve klachten, zeker indien er een levensverwachting < 3 maanden is.



Referenties



Akechi T, Okuyama T, Onishi J, Morita T, Furukawa TA. WITHDRAWN: Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Nov 22;11(11):CD005537. doi: 10.1002/14651858.CD005537.pub3.

Bajwah S, Oluyase AO, Yi D, Gao W, Evans CJ, Grande G, Todd C, Costantini M, Murtagh FE, Higginson IJ. The effectiveness and cost-effectiveness of hospital-based specialist palliative care for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020 Sep 30;9(9):CD012780. doi: 10.1002/14651858.CD012780.pub2.

Breitbart W, Pessin H, Rosenfeld B, Applebaum AJ, Lichtenthal WG, Li Y, Saracino RM, Marziliano AM, Masterson

M, Tobias K, Fenn N. Individual meaning-centered psychotherapy for the treatment of psychological and existential distress: A randomized controlled trial in patients with advanced cancer. *Cancer*. 2018 Aug 1;124(15):3231-3239. doi: 10.1002/cncr.31539.

Breitbart W, Poppito S, Rosenfeld B, Vickers AJ, Li Y, Abbey J, Olden M, Pessin H, Lichtenthal W, Sjoberg D, Cassileth BR. Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 2012 Apr 20;30(12):1304-9. doi: 10.1200/JCO.2011.36.2517.

Breitbart W, Rosenfeld B, Gibson C, Pessin H, Poppito S, Nelson C, Tomarken A, Timm AK, Berg A, Jacobson C, Sorger B, Abbey J, Olden M. Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psychooncology*. 2010 Jan;19(1):21-8. doi: 10.1002/pon.1556.

Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Applebaum A, Kulikowski J, Lichtenthal WG. Meaning-centered group psychotherapy: an effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 2015 Mar 1;33(7):749-54. doi: 10.1200/JCO.2014.57.2198.

Chen Y, Xiao H, Yang Y, Lan X. The effects of life review on psycho-spiritual well-being among patients with life-threatening illness: a systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs*. 2017 Jul;73(7):1539-1554. doi: 10.1111/jan.13208. Epub 2016 Dec 14. PMID: 27864991.

Edelman S, Kidman AD. *Application of Cognitive Behaviour Therapy to Patients Who Have Advanced Cancer. Behaviour Change*. Cambridge University Press; 2000;17(2):103–10.

Fraguell-Hernando C, Limonero JT, Gil F. Psychological intervention in patients with advanced cancer at home through Individual Meaning-Centered Psychotherapy-Palliative Care: a pilot study. *Support Care Cancer*. 2020 Oct;28(10):4803-4811. doi: 10.1007/s00520-020-05322-2. Epub 2020 Jan 23. PMID: 31974770.

Fulton, J. J., Newins, A. R., Porter, L. S., & Ramos, K. (2018). Psychotherapy targeting depression and anxiety for use in palliative care: A meta-analysis. *Journal of Palliative Medicine*, 21(7), 1024–1037.

Gaertner J, Siemens W, Møerpohl JJ, Antes G, Meffert C, Xander C, Stock S, Mueller D, Schwarzer G, Becker G. Effect of specialist palliative care services on quality of life in adults with advanced incurable illness in hospital, hospice, or community settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2017 Jul 4;357:j2925. doi: 10.1136/bmj.j2925.

Gao Y, Wei Y, Yang W, Jiang L, Li X, Ding J, Ding G. The Effectiveness of Music Therapy for Terminally Ill Patients: A Meta-Analysis and Systematic Review. *J Pain Symptom Manage*. 2019 Feb;57(2):319-329. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.10.504. Epub 2018 Oct 30. PMID: 30389608.

Greer JA, Jacobs J, Pensak N, MacDonald JJ, Fuh CX, Perez GK, Ward A, Tallen C, Muzikansky A, Traeger L, Penedo FJ, El-Jawahri A, Safren SA, Pirl WF, Temel JS. Randomized Trial of a Tailored Cognitive-Behavioral Therapy Mobile Application for Anxiety in Patients with Incurable Cancer. *Oncologist*. 2019 Aug;24(8):1111-1120. doi: 10.1634/theoncologist.2018-0536.

Henry M, Cohen SR, Lee V, Sauthier P, Provencher D, Drouin P, Gauthier P, Gotlieb W, Lau S, Drummond N, Gilbert L, Stanimir G, Sturgeon J, Chasen M, Mitchell J, Huang LN, Ferland MK, Mayo N. The Meaning-Making intervention (MMI) appears to increase meaning in life in advanced ovarian cancer: a randomized controlled pilot study. *Psychooncology*. 2010 Dec;19(12):1340-7. doi: 10.1002/pon.1764.

Li Y, Li X, Hou L, Cao L, Liu G, Yang K. Effectiveness of dignity therapy for patients with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis of 10 randomized controlled trials. *Depress Anxiety*. 2020 Mar;37(3):234-246. doi: 10.1002/da.22980. Epub 2019 Dec 6. PMID: 31808977.

Li H, Wong CL, Jin X, Chen J, Chong YY, Bai Y. Effects of Acceptance and Commitment Therapy on health-related outcomes for patients with advanced cancer: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2021 Mar;115:103876. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2021.103876.

Lo C, Hales S, Chiu A, Panday T, Malfitano C, Jung J, Rydall A, Li M, Nissim R, Zimmermann C, Rodin G. Managing

Cancer And Living Meaningfully (CALM): randomised feasibility trial in patients with advanced cancer. *BMJ Supportive & Palliative Care* 2016;0:1–10. doi:10.1136/bmjspcare-2015-000866.

Matis J, Svetlak M, Slezackova A, Svoboda M, Šumec R. Mindfulness-Based Programs for Patients With Cancer via eHealth and Mobile Health: Systematic Review and Synthesis of Quantitative Research. *J Med Internet Res*. 2020 Nov 16;22(11):e20709. doi: 10.2196/20709.

Mehnert A, Koranyi S, Philipp R, Scheffold K, Kriston L, Lehmann-Laue A, Engelmann D, Vehling S, Eisenecker C, Oechsle K, Schulz-Kindermann F, Rodin G, Härter M. Efficacy of the Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM) individual psychotherapy for patients with advanced cancer: A single-blind randomized controlled trial. *Psychooncology*. 2020 Nov;29(11):1895-1904. doi: 10.1002/pon.5521.

Miguel C, Karyotaki E, Ciharova M, Cristea IA, Penninx BWJH, Cuijpers P. Psychotherapy for comorbid depression and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2021 Nov 18:1-11. doi: 10.1017/S0033291721004414. Epub ahead of print. PMID: 34792017.

Okuyama T, Akechi T, Mackenzie L, Furukawa TA. Psychotherapy for depression among advanced, incurable cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Treat Rev*. 2017 May;56:16-27

Rodin G, Lo C, Rydall A, Shnall J, Malfitano C, Chiu A, Panday T, Watt S, An E, Nissim R, Li M, Zimmermann C, Hales S. Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM): A Randomized Controlled Trial of a Psychological Intervention for Patients With Advanced Cancer. *J Clin Oncol*. 2018 Aug 10;36(23):2422-2432. doi: 10.1200/JCO.2017.77.1097. Epub 2018 Jun 29. PMID: 29958037; PMCID: PMC6085180.

Rodin G, Lo C, Li M, Rydall A, Nissim R, Malfitano C, Shnall J, Zimmermann C, Hales S. Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM): effectiveness of a psychological intervention for patients with advanced cancer. *Psycho-oncology*. 2017; 26, 63-64. Retrieved from <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-01784485/full>.

Savard J, Simard S, Giguère I, Ivers H, Morin CM, Maunsell E, Gagnon P, Robert J, Marceau D. Randomized clinical trial on cognitive therapy for depression in women with metastatic breast cancer: psychological and immunological effects. *Palliat Support Care*. 2006 Sep;4(3):219-37. doi: 10.1017/s1478951506060305.

Serfaty M, King M, Nazareth I, Mborey S, Aspden T, Mannix K, Davis S, Wood J, Jones L. Effectiveness of cognitive-behavioural therapy for depression in advanced cancer: CanTalk randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2020 Apr;216(4):213-221. doi: 10.1192/bjp.2019.207.

Xiao J, Chow KM, Liu Y, Chan CWH. Effects of dignity therapy on dignity, psychological well-being, and quality of life among palliative care cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Psychooncology*. 2019 Sep;28(9):1791-1802. doi: 10.1002/pon.5162.

Literatuurbespreking

Inleiding

In deze module wordt de evidentie beschreven voor het brede palet van psychosociale interventies, die ingezet kunnen worden voor de behandeling van depressie bij patiënten in de palliatieve fase. We maken hierbij onderscheid tussen ondersteunende gesprekken en intensievere behandeling / psychotherapie. Ondersteunende gesprekken zijn vooral gericht op emotionele en praktische begeleiding bij depressieve klachten. Psychotherapie is vooral gericht op behandeling van ernstige depressieve klachten en depressieve stoornissen ([Kwaliteitsstandaard psychosociale zorg bij somatische aandoeningen](#)).

Onderzoeksvraag

Om de uitgangsvraag van deze module te kunnen beantwoorden, is een systematisch literatuuronderzoek

uitgevoerd. De onderzoeksvraag die hiervoor is opgesteld is PICO-gestructureerd en luidt:

Wat is het effect van psychosociale interventies op depressie bij patiënten in de palliatieve fase?

Tabel 1. PICO

P	Patiënten met depressie in de palliatieve fase
I	Psychosociale interventies
C	Gebruikelijke begeleiding / standaardzorg / andere psychosociale interventies of medicamenteuze interventies
O	Depressieve symptomen Depressie Kwaliteit van leven
S	Hospice / End of life care / thuis / ziekenhuis

Zoekstrategie en selectie van studies

Selectie van studies

Op 11 maart 2021 is er gezocht in Pubmed, Embase, Cinahl, PsycInfo en de Cochrane database voor systematische reviews. In [bijlage Zoekverantwoording - 5.1 Reviewprotocol](#) en [bijlage Zoekverantwoording - 5.2 Zoekstrategie](#) zijn het reviewprotocol en de zoekstrategie opgenomen. De search leverde na ontdebellen 290 systematische reviews op. Na de eerste selectie bleven er 122 volledig te lezen systematische reviews over. Na het beoordelen van de volledige teksten bleven er 31 systematische reviews over met een match voor de PICO. Hiervan bevatten 11 systematische reviews een meta-analyse. In [bijlage Zoekverantwoording - 5.3](#) is een lijst met exclusieredenen bijgevoegd.

Li [2020] bleek de meest recente review met meta-analyse over de effectiviteit van dignity therapy op depressie. Voor muziektherapie bleek de review van Gao [2019] de beste match met de PICO. Het effect van life review werd in de studie van Chen [2017] in kaart gebracht. De review van Okuyama [2017] bracht de effecten van psychotherapie in het algemeen in kaart.

De resultaten uit de review van Fulton [2018] zijn vanwege het observationele karakter van de analyses niet opgenomen in dit deel van de richtlijn. De review van Xiao [2019] is niet meegenomen vanwege de meer recente review door Li [2020] over hetzelfde onderwerp. De twee reviews van Bajwah [2020] en Gaertner [2017] keken niet naar specifieke psychosociale interventies, maar het effect van specialistische palliatieve zorg op de uitkomst. Om deze reden zijn deze reviews niet meegenomen.

De meest recente Cochrane systematische review met meta-analyse van Akechi [2018] is teruggetrokken wegens nieuwe studies die verschenen sinds de laatste search. Om die reden is besloten deze meta-analyse gedeeltelijk te updaten. Hierbij is gebruik gemaakt van de search die op 11 maart 2021 is uitgevoerd naar individuele trials. Deze search resulteerde in 1387 resultaten. Met behulp van het algoritme van ASReview [<https://www.rensvandeschoot.com/asreview/> (9-2-2022)] zijn vervolgens de eerste 421 titels en abstracts gescand. Hieruit werden 136 potentieel relevante trials gevonden. De werkgroep heeft vervolgens geprioriteerd om de meest relevante interventies te beoordelen. Cognitieve gedragstherapie, meaning centered therapie, en Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM) zijn zodoende geselecteerd voor het beoordelen van relevante RCT's en het formuleren van aanvullende conclusies.

De resultaten van individuele trials en meta-analyses zijn weergegeven in gestandaardiseerde gemiddelde verschillen (SMD) tussen interventie- en controlegroepen. Een SMD van 0-0,2 correspondeert met geen verschil in effect, 0,2-0,5 met een klein effect, 0,5-0,8 met een matig effect en een SMD > 0,8 geeft een groot effect weer.

Resultaten

Cognitieve gedragstherapie

In de review van Okuyama [2017] met zeer lage kwaliteit (zie AMSTAR beoordeling in [bijlage Zoekverantwoording - 5.4](#)) werden onder andere de trials van Savard [2006] en Edelman [2000] opgenomen. Deze trials beoordeelden het effect van cognitieve gedragstherapie op depressieve klachten bij patiënten met vergevorderde kanker. In de aanvullende search werd daarnaast de trial van Serfaty [2020] gevonden. Voor deze trial is eveneens de waarden voor de gemiddelde verandering van baseline tot einde behandeling meegenomen in de meta-analyse. Om deze reden zijn de data uit de aanvullende RCTs op dezelfde wijze geëxtraheerd.

Tabel 2. Overzicht RCTs

	Populatie	Behandeling	Controle	Meetinstrument	Tijd na baseline
Savard 2006	Uitgebreide kanker en score >7 op HADS-D	CGT	Wachtljst-controlegroep	HDRS	8 weken
Edelman 1999	Patiënten met uitgezaaide borstkanker	CGT	Geen therapie	POMS-D	12 maanden
Serfaty 2020	Diagnosis of advanced cancer; DSM-IV diagnose major depressive disorder	Context specifieke CGT, volgens de CanTalk-studie interventie	Treatment as usual	BDI-II	3 maanden

Voor zowel depressie als voor kwaliteit van leven weerspiegelt een negatieve SMD een vooruitgang voor de groep die de interventie kreeg. De analyse van het effect van cognitieve gedragstherapie op depressie resulteerde in een SMD van -1,10 (95%BI: -1,80; -0,40) voor de analyse op de adjusted means. Analyse van studies die unadjusted means presenteerden, leidde tot een SMD van -0,29 (95% BI: -0,79; 0,21). Twee RCTs onderzochten het effect van cognitieve gedragstherapie op kwaliteit van leven [Greer 2019, Savard 2006]. De RCT van Greer [2019] is geëxcludeerd, omdat de populatie heterogeen was en ook uit veel patiënten zonder depressie bestond. Uit de studie van Savard [2006] kwam een SMD van 0,00 (95%BI: -0,65; 0,65).

Tabel 3. Meta-analyse en GRADE cognitieve gedragstherapie versus controlegroepen

Dignity therapy

Li [2020] includeerde in de kwantitatieve analyse van depressie 10 RCTs met in totaal 904 deelnemers met een gevorderde vorm van kanker. De review was van zeer lage kwaliteit (zie [bijlage Zoekverantwoording - 5.4](#) voor de AMSTAR beoordeling). Alle studies vergeleken dignity therapy met een vorm van standaardzorg. Voor zowel depressie als voor kwaliteit van leven weerspiegelt een negatieve SMD een vooruitgang voor de groep die de interventie kreeg. De analyse van het effect van dignity therapy op depressie resulteerde in een SMD van -1,31 (95% BI: -1,92; -0,7). Twee RCTs onderzochten het effect van dignity therapy op kwaliteit van leven (n = 255). Uit deze meta-analyse kwam een SMD van -0,05 (95%BI: -0,29; 0,20).

Tabel 4. Meta-analyse en GRADE dignity therapy versus controlegroepen

Life review

In de review van zeer lage kwaliteit van Chen [2017] werden vijf verschillende RCTs (205 deelnemers) gevonden

die de effecten van life review op depressie weergaven (zie [bijlage Zoekverantwoording - 5.4](#) voor de AMSTAR beoordeling). Voor zowel depressie als voor kwaliteit van leven weerspiegelt een negatieve SMD een vooruitgang voor de groep die de interventie kreeg. De SMD voor depressie uit deze vijf studies samen was -1,02 (95%BI: -1,70; -0,34). Kwaliteit van leven werd door vier studies gemeten (n = 271), resulterend in een SMD van -1,79 (95%-BI: -2,64; -0,95).

Tabel 5. Meta-analyse en GRADE life review versus controlegroepen

Meaning centered therapie

In totaal konden zes trials bijdragen aan een meta-analyse voor het effect van meaning centered therapie op depressie bij patiënten in de palliatieve fase. De trial van Henry [2010] bevatte patiënten met gevorderde eierstokkanker. De trials van Fraguell-Hernando [2020] en van Breitbart [2010, 2012, 2015, 2018] includeerden patiënten met een gevorderde vorm van kanker. De waarden die gemeten zijn na afloop van de behandeling voor zowel de interventie- als de controlegroep zijn samengevoegd in een meta-analyse. In sommige vragenlijsten staat een hogere score voor een betere uitkomst. Bij scorelijsten voor kwaliteit van leven is dit vaak het geval. In de meta-analyse zijn deze scores vermenigvuldigd met -1 om ervoor te zorgen dat de effectgrootte aan de juiste kant van de 0-lijn staat.

Tabel 6. Overzicht trials

	Populatie	Behandeling	Controle	Meetinstrument depressie	Meetinstru QoL
Breitbart 2010	Patiënten met stadia 3-4 kanker	Meaning Centered group psychotherapy	Supportive group psychotherapy	HADS-D	-
Breitbart 2012	Patiënten met stadia 3-4 kanker	Individual Meaning Centered Psychotherapy	Therapeutic massage	HADS-D	MQOL
Breitbart 2015	Patiënten met gevorderde kanker	Meaning Centered group psychotherapy	Supportive group psychotherapy	BDI	MQOL
Breitbart 2018	Patiënten met gevorderde kanker	Individual Meaning Centered Psychotherapy	Enhanced usual care	HADS-D	MQOL
Fraguell-Hernando 2020	Patiënten met gevorderde kanker	Individual Meaning-Centered Psychotherapy	Counselling-based psychotherapy	HADS-D	-
Henry 2010	Eierstokkanker stadia 3-4	Meaning making intervention	Standaardzorg (wachtljst)	HADS-D	MQOL

Voor zowel depressie als voor kwaliteit van leven weerspiegelt een negatieve SMD een vooruitgang voor de groep die de interventie kreeg. De analyse van het effect van meaning centered therapie op depressie resulteerde in een SMD van -0,18 (95% BI = -0,37; 0). Vier RCTs onderzochten het effect van Meaning-centered psychotherapie op

kwaliteit van leven.

Uit deze meta-analyse kwam een SMD van -0,24 (95% BI = -0,45; -0,03).

Tabel 7. Meta-analyse en GRADE Meaning centered therapie versus controlegroepen

CALM

In drie trials werd het effect van Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM) geanalyseerd. Mehnert [2020], Rodin [2017] en Lo [2014] onderzochten dit bij patiënten met gevorderde kanker. Lo [2016] en Rodin [2018] vergeleken CALM met standaardzorg, Mehnert [2020] met supportieve psycho-oncological counseling. De uitkomsten voor depressie van deelnemers in beide armen aan het eind van de interventie zijn in een meta-analyse samengevoegd. Dit resulteerde voor de drie studies samen in een SMD van -0,16 (95%BI: -0,36; 0,03). Wanneer alleen de studies van Lo en Rodin werden gecombineerd, werd een SMD van -0,27 (95%BI -0,51; -0,03) gevonden. De uitkomsten voor totale kwaliteit van leven werden enkel in de paper van Mehnert getoond. Hieruit kwam een SMD van -0,34 (95%BI: -0,70; 0,02).

Tabel 8. Overzicht trials

	Populatie	Behandeling	Controle	Meetinstrument	Tijd na baseline
Lo 2014	Patiënten met gevorderde kanker	CALM	Standaardzorg	PHQ-9	3-6 maanden
Mehnert 2020	Patiënten met gevorderde kanker	CALM	Supportive psycho-oncological counseling (huidige zorg)	PHQ-9	6 maanden
Rodin 2018	Patiënten met gevorderde kanker	CALM	Standaardzorg	PHQ-9	3-6 maanden

Tabel 9. Meta-analyse en GRADE CALM versus controlegroepen

Muziektherapie

Gao [2019] includeerde vier RCTs die samengenomen konden worden (227 deelnemers) in een meta-analyse voor depressie. Patiënten in de RCTs leden aan een ongeneeslijke aandoening en waren in de terminale fase, of ontvingen palliatieve zorg. Depressie werd gemeten met behulp van visual analog scales (VAS), de Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) en de HADS. Voor zowel depressie als voor kwaliteit van leven weerspiegelt een negatieve SMD een vooruitgang voor de groep die de interventie kreeg. De SMD voor depressie uit deze drie studies samen was -1,08 (95%BI: -1,64; -0,53). Kwaliteit van leven werd door 5 studies in dit artikel gemeten (n= 421), resulterend in een SMD van -0,61 (95%BI: -0,82; -0,41). Voor beide uitkomsten gold dat muziektherapie beter presteerde dan standaard palliatieve zorg.

Tabel 10. Meta-analyse en GRADE muziektherapie versus controlegroepen

Kwaliteit van het bewijs

De kwaliteitsbeoordeling van de individuele trials die bij hebben gedragen aan de meta-analyses is overgenomen uit de reviews van Li, Gao, Chen en Okuyama. Voor informatie over het risico op bias dient de betreffende review geraadpleegd te worden.

De GRADE beoordeling voor de effectiviteit van dignity therapy is overgenomen uit de review van Li [2020]. De kwaliteit van de conclusie voor depressie is beoordeeld als zeer laag, veroorzaakt door aanzienlijke heterogeniteit, risico op vertekening en onnauwkeurigheid (een breed betrouwbaarheidsinterval). De kwaliteit voor de conclusie over kwaliteit van leven is door de auteurs beoordeeld als redelijk. De overige risico op bias en GRADE kwaliteitsbeoordelingen zijn naar aanleiding van deze richtlijn tot stand gekomen.

Conclusies

□□OO LAAG	Cognitieve gedragstherapie lijkt te resulteren in een grote vermindering van depressie bij patiënten in de palliatieve fase. [Savard 2006]
□□OO LAAG	Cognitieve gedragstherapie lijkt niet te resulteren in een verschil in kwaliteit van leven bij patiënten in de palliatieve fase. [Savard 2006]
□□OO LAAG	Dignity therapy lijkt te resulteren in een grote vermindering van depressie bij patiënten in de palliatieve fase. [Li 2020]
□□□O REDELIJK	Dignity therapy resulteert waarschijnlijk niet in een verbetering van kwaliteit van leven bij patiënten in de palliatieve fase. [Li 2020]
□OOO ZEER LAAG	Life review lijkt depressie bij patiënten in de palliatieve fase te verminderen, maar het bewijs is zeer onzeker. [Chen 2016]
□OOO ZEER LAAG	Life review lijkt kwaliteit van leven bij patiënten in de palliatieve fase te verbeteren, maar het bewijs is zeer onzeker. [Chen 2016]
□OOO ZEER LAAG	Meaning centered therapie lijkt nauwelijks effect te hebben op depressie bij patiënten in de palliatieve fase, maar het bewijs is zeer onzeker. [Breitbart 2010, 2012, 2015 en 2018, Fraguell-Hernando 2020, Henry 2010]
□□OO LAAG	Meaning centered therapie lijkt te resulteren in enige toename van kwaliteit van leven bij patiënten in de palliatieve fase. [Breitbart 2012, 2015 en 2018, Henry 2010]
□□OO LAAG	CALM lijkt te resulteren in enige vermindering van depressie bij patiënten in de palliatieve fase. [Lo 2016, Rodin 2018]
□□OO LAAG	CALM lijkt in vergelijking met ondersteunende psycho-oncologisch begeleiding niet te resulteren in een vermindering van depressie bij patiënten in de palliatieve fase [Mehnert 2020]

<p>□□OO LAAG</p>	<p>CALM lijkt in vergelijking met ondersteunende psycho-oncologische begeleiding te resulteren in enige toename van kwaliteit van leven bij patiënten in de palliatieve fase.</p> <p>[Mehnert 2020]</p>
<p>□OOO ZEER LAAG</p>	<p>Muziektherapie lijkt depressie te verminderen bij patiënten in de palliatieve fase, maar het bewijs is zeer onzeker.</p> <p>[Gao 2019]</p>
<p>□□OO LAAG</p>	<p>Muziektherapie lijkt kwaliteit van leven bij patiënten in de palliatieve fase te verbeteren.</p> <p>[Gao 2019]</p>

Overwegingen

Overwegingen

De werkgroep is van mening dat bij depressie in de palliatieve fase altijd gekozen moet worden voor een psychosociale interventie. Deze kan bestaan uit ondersteunende (groeps)gesprekken, zingevingsgesprekken, psychotherapie of andere vormen van therapie, zoals muziektherapie.

Bij depressieve klachten bestaat de psychosociale begeleiding primair uit ondersteunende gesprekken.

Indien existentiële problematiek op de voorgrond staat, kan verwezen worden naar een geestelijk verzorger.

Bij een depressieve stoornis of bij matige/ernstige depressieve symptomen, zeker indien de levensverwachting minder dan 3 maanden is, heeft een combinatie van een psychosociale interventie met medicamenteuze behandeling de voorkeur.

De voorkeur van de patiënt weegt ook mee in het kiezen tussen ondersteunende gesprekken of psychotherapie. Indien gewenst en geïndiceerd is psychotherapie ook een optie bij depressieve klachten.

Hieronder volgen handvatten voor de keuze van de psychosociale interventies.

De werkgroep adviseert het principe van matched care voor psychosociale zorg bij depressie in de palliatieve fase. In de palliatieve fase is er sprake van beperkte tijd en energie, waardoor de voorkeur ligt bij het meteen op het juiste niveau de zorg insteken. Idealiter wordt een passende behandeling gezocht op basis van klinische karakteristieken, maar hiervoor ontbreekt tot nu toe de wetenschappelijke evidentie op dit gebied.

Voor de huidige toepassing van matched care wordt ingeschat waar de patiënt behoefte aan heeft door regelmatig na te gaan hoe het met de patiënt en familie gaat en aan welke vorm van ondersteuning of behandeling zij behoefte hebben. De behoefte aan ondersteuning en behandeling is persoonlijk en niet direct afhankelijk van de ernst van de klachten, waardoor aanbod op maat noodzakelijk is. Multidisciplinaire overleg is hierbij een belangrijk hulpmiddel.

De behoefte van de patiënt en de aard en ernst van de klachten zijn doorslaggevend om te bepalen voor welke psychosociale interventie gekozen wordt. De effectiviteit van de behandeling of begeleiding hangt mogelijk ook samen met de voorkeur van de patiënt. Reacties op verlies van gezondheid, verlies van de sociale positie en het naderende levenseinde zijn persoonlijk en cultuurgebonden. Dit speelt ook een rol bij de wijze waarop depressie zich bij een patiënt ontwikkelt en tot uiting komt. Daarom raadt de werkgroep – in overeenstemming met het matched-care-principe – aan om de keuze voor het type ondersteuning af te stemmen op de persoonlijke voorkeur van de patiënt.

Ondersteunende gesprekken

De basis van de behandeling van depressie in de palliatieve fase zijn - zeker als er sprake is van depressieve klachten zonder aanpassingsstoornis of depressieve stoornis - ondersteunende gesprekken. Deze worden meestal gevoerd door een arts, verpleegkundig specialist, physician assistant en/of verpleegkundige, afhankelijk van de setting waar de patiënt verblijft (thuis, ziekenhuis, verpleeghuis, hospice). Eventueel kan de POH GGZ betrokken worden.

Intensievere behandeling/psychotherapie

De patiënt kan verwezen worden voor verschillende vormen van psychotherapie indien:

- De patiënt een voorkeur heeft voor intensievere behandeling;
- Ingeschat wordt dat ondersteunende gesprekken niet afdoende zullen zijn, bijvoorbeeld doordat er een depressieve stoornis of een aanpassingsstoornis met depressieve stemming speelt; of
- Ondersteunende gesprekken onvoldoende effect hebben op de klachten.

Verschiedende vormen van psychotherapie voor een depressieve stoornis bij somatische comorbiditeit zijn effectief, waarbij er nog geen indicatoren op individueel niveau kunnen worden gegeven m.b.t. welke therapie voor wie het beste werkt [Miguel 2021]. Dit geldt ook voor de meer specifieke behandelingen voor depressie in de palliatieve fase van een somatische ziekte. Het literatuuronderzoek in deze richtlijn wijst er in het algemeen op dat cognitieve gedragstherapie (CGT), dignity therapy, life review therapie, managing cancer living meaningfully (CALM) en muziektherapie enig effect hebben op depressie in de palliatieve fase. Deze effecten variëren van klein tot groot, maar het bewijs is (zeer) onzeker. Voor het verbeteren van kwaliteit van leven lijken life review, meaning centered psychotherapie (MCP), CALM en muziektherapie enig effect te hebben. Deze effecten variëren ook van klein tot groot en het bewijs is onzeker.

Acceptance and commitment therapie (ACT) en Mindfulness based cognitive therapie (MBCT) of Mindfulness based stress reduction (MBSR) zijn niet in eerdergenoemde literatuurbespreking opgenomen omdat er nog geen meta-analyses beschikbaar zijn van deze psychotherapieën bij depressie in de palliatieve fase. Echter, in de Nederlandse klinische praktijk worden deze twee psychotherapievarianten veel gebruikt. Enkele systematische reviews wijzen op mogelijke effectiviteit van deze behandelingen voor depressie in de palliatieve fase [Li 2021, Matis 2020].

Voor alle hier genoemde psychotherapieën kan verwezen worden naar een geregistreerde zorgprofessional met specifieke training in de betreffende psychotherapie. Denk hierbij aan psychologen, psychiaters, maatschappelijk werkers en verpleegkundig specialisten of (voor muziektherapie) een vaktherapeut.

De keuze van de psychotherapieën wordt ook deels bepaald door het aanbod. De besproken studies zijn met name uitgevoerd in Noord-Amerika. In Nederland wordt vaker gebruik gemaakt van cognitieve gedragstherapie, ACT en mindfulness (MBCT/MBSR). Binnen de ouderenzorg wordt life review vaker aangeboden. Voor patiënten met kanker en depressie in de palliatieve fase worden behandelingen aangeboden via psycho-oncologische centra en deskundigen uit de [verwijsgids kanker](#) of het [NVPO-deskundigenbestand](#). Daarnaast zijn er in Nederland diverse psychologen die gespecialiseerd zijn in de begeleiding van mensen in de palliatieve fase, zowel in het ziekenhuis als in de 1e lijn. Deze zijn te vinden via de [Palliatieve Zorgzoeker](#) op [Palliaweb.nl](#) of middels een verwijzing naar medische psychologie via de behandelend specialist in ziekenhuis.

Psychotherapie bij patiënten in de palliatieve fase vereist een aangepaste vorm en flexibele aanpak, aangezien de levensverwachting beperkt is. In het algemeen hanteren de reguliere psychotherapieën een perspectief, waarbij er voldoende tijd en ruimte is voor het leren van nieuwe vaardigheden, het opbouwen van waardevolle nieuwe activiteiten en het vooruitkijken in de toekomst. Dit maakt ook dat er voor de behandeling ruim de tijd wordt genomen. Een gemiddelde behandelduur van 14 tot 20 weken is gangbaar bij een ambulante psychotherapeutische behandeling voor depressie. Meer specialistische behandelingen hebben vaak een langere duur. Behandelsessies van drie kwartier tot een uur zijn het uitgangspunt en voor intensievere behandeling wordt opgeschaald naar dagbehandeling of klinische behandeling. Bij psychotherapeutische behandelingen in de palliatieve fase moet samen met de patiënt worden bepaald wat haalbaar is voor de patiënt (m.b.t. energieniveau, tijdsinvestering en levensverwachting). Cognitieve gedragstherapie, life review therapie, CALM, MBCT en ACT zijn goede interventies bij een levensverwachting van een half jaar of langer. Dignity therapy, ook wel

waardigheidstherapie genoemd, is geschikt voor patiënten in de terminale fase, maar is nog weinig beschikbaar in Nederland. Korte MBCT of ACT-oefeningen worden vaker aangeboden in de terminale fase.

Muziektherapie kan op zichzelf staan, of als extra toevoeging aan een andere behandeling voor depressie worden ingezet.

Tenslotte moet er een belangrijke methodologische kanttekening worden gemaakt. Een aantal van de besproken therapieën is niet ontworpen om primair depressie te behandelen; meaning centered therapie, dignity therapy, CALM en muziektherapie hebben andere en bredere doelen dan alleen het verminderen van depressie. Dit komt terug in de patiëntselectie, waarbij veel studies niet enkel patiënten includeren met depressieve klachten, maar eveneens veel patiënten deelnemen omdat ze psychologische of existentiële lijdensdruk ervaren in het omgaan met hun ziekte in de palliatieve fase. Sommigen hebben andere klachten dan depressie. Binnen de patiëntengroepen met depressie wordt niet gedifferentieerd naar ernst van de depressieve symptomen, waardoor er sprake kan zijn van een breed spectrum van milde depressieve klachten tot ernstige depressieve stoornis. De data ontbreken om hier verder op in te kunnen gaan. De aanbevelingen zijn derhalve ook sterk gebaseerd op praktijkervaring van de werkgroep.

Onderstaande tabel Psychosociale behandelingen geeft een korte verduidelijking van de eerder besproken vormen van behandeling.

Tabel 11 Psychosociale behandelingen

Psychotherapie	Doel	Duur
Cognitieve gedragstherapie	Het verminderen of veranderen van overmatig negatieve interpretaties van situaties, ideeën en ervaringen door het doorbreken van gedachtenpatronen in combinatie gedragstherapie: het stemmingsonafhankelijk uitbreiden van potentieel plezierige activiteiten om de vicieuze cirkel van terugtrekken, verlies van voldoening en toename depressie te doorbreken.	Persoonsafhankelijk, vaak kortdurende vorm van therapie.
Dignity therapy	Een methodische vorm van therapie waardoor het gevoel van zingeving en waardigheid wordt vergroot en met een nalatenschapdocument als tastbaar stuk.	Schriftelijke voorbereiding, 1 interview sessie, analyse en uitwerking document en bespreken document. NB Nog onvoldoende beschikbaar in Nederland
Managing cancer and living meaningfully (CALM)	Een steunend-expressieve psychotherapie die zich richt op het verbeteren van de omgang met klachten, relaties, zingeving en sterfelijkheid.	Kortdurende therapie, gemiddeld 3-6 sessies gedurende een half jaar.
Life review therapy	Het vergroten van een gevoel van zingeving en eigenwaarde op basis van het terugblikken op het eigen levensverhaal en het aanpassen van negatieve reminiscentie stijl naar meer helpende stijl.	Variërend van 12 sessies van 2,5 uur tot 8 sessies van 1,5 uur.

Acceptance and Commitment Therapy (ACT)	Het streven naar een andere, niet-oordelende en aanvaardende wijze van omgaan met innerlijke ervaringen (gedachten, pijn, emoties) waarbij persoonlijke waarden richting geven aan gedrag.	Persoonsafhankelijk, vaak kortdurende vorm van therapie.
Mindfulness (Mindfulness Based Cognitive Therapy of Mindfulness Based Stress Reduction)	Een methodische vorm van therapie gericht op het middels meditatie herkennen en meer bewust worden van gedachten en bijbehorende emoties en gedrag waarbij een milde, accepterende houding aangeleerd wordt tegenover de inhoud van gedachten en gevoelens.	8 groepsbijeenkomsten waarin het doen van oefeningen centraal staat.
Andere therapie		
Muziektherapie	Een methodische vorm van hulpverlening waarbij muzikale middelen binnen een therapeutische relatie worden gehanteerd om verandering, ontwikkeling, stabilisatie of acceptatie te bewerkstelligen op emotioneel, gedragsmatig, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied.	Persoonsafhankelijk.

Medicamenteuze behandeling

Vastgesteld: 22-11-2022 Regiehouder: NVvP

Aanbevelingen

Uitgangsvraag

Hoe moet medicamenteuze behandeling worden ingezet ter behandeling van depressie in de palliatieve fase?

Methode: evidence-based

Aanbevelingen

- Overweeg bij depressie bij patiënten in de palliatieve fase medicamenteuze behandeling met een antidepressivum of een psychostimulans in de volgende situaties:
 - bij een depressieve stoornis: in combinatie met psychosociale interventies;
 - bij een aanpassingsstoornis met depressieve stemming: wanneer psychosociale interventies onvoldoende effect hebben;
 - bij matige tot ernstige depressieve symptomen en een levensverwachting < 3 maanden.
- Schrijf bij een levensverwachting ≥ 3 maanden als eerste keuze een SSRI voor, zoals:
 - escitalopram:
 - startdosering 1dd 5-10 mg p.o., afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1-2 weken in stappen van 5-10 mg op te hogen tot maximaal 1dd 20 mg;
 - wordt niet aangeraden bij patiënten > 70 jaar;
 - kan ook in druppelvorm; vanwege hogere biologische beschikbaarheid doseringen met 20% verlagen;
 - overweeg bij gelijktijdig gebruik van een diureticum 5-9 dagen na start of bij intercurrente aandoeningen met kans op elektrolytstoornissen (bijv. braken of diarree) eenmalig controle serumnatrium i.v.m. hyponatriëmie als mogelijke bijwerking.
 - citalopram:
 - startdosering 1dd 10-20 mg p.o., afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1-2 weken in stappen van 10-20 mg op te hogen tot maximaal 1dd 40 mg;
 - > 70 jaar: 1dd 10 mg p.o., afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1-2 weken ophogen naar 1dd 20 mg p.o.;
 - kan ook in druppelvorm; vanwege hogere biologische beschikbaarheid doseringen met 20% verlagen;
 - overweeg bij gelijktijdig gebruik van een diureticum 5-9 dagen na start of intercurrente aandoeningen met kans op elektrolytstoornissen (bijv. braken of diarree) eenmalig controle serumnatrium i.v.m. hyponatriëmie als mogelijke bijwerking.
 - sertraline (tablet of drank):
 - startdosering 1dd 25-50 mg p.o., afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1-2 weken in stappen van 50 mg op te hogen tot maximaal 1dd 200 mg;
 - geen dosisaanpassing > 70 jaar;
 - overweeg bij gelijktijdig gebruik van een diureticum 5-9 dagen na start of bij intercurrente aandoeningen met kans op elektrolytstoornissen (bijv. braken of diarree) eenmalig controle serumnatrium i.v.m. hyponatriëmie als mogelijke bijwerking.
 - mirtazapine (bij depressie met op de voorgrond staande symptomen zoals slapeloosheid en anorexie):
 - startdosering 1dd 7,5-15 mg p.o., afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1-2 weken in stappen van 15 mg/dag op te hogen tot maximaal 1dd 45 mg;
 - NB sederend effect neemt af bij doseringen > 30 mg/dag;
 - geen dosisaanpassing > 70 jaar.
- Zet zo nodig andere middelen in:
 - bupropion (bij depressie gekenmerkt door vermoeidheid en lusteloosheid):

- startdosering 1dd 150 mg = slow release tablet = XR) in de ochtend, afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1 week op te hogen tot maximaal 1dd 450 mg;
- bij depressie gekenmerkt door vermoeidheid en lusteloosheid en contra-indicaties voor bupropion (bijvoorbeeld condities die predisponeren tot verlaagde convulsiedrempel) wordt gekozen voor een combinatie van een SSRI (zie eerder) en methylfenidaat: startdosering 2dd 5mg om 8 en 14 uur; ophogen met 5mg per dosis tot maximaal 2dd 15 mg.
- venlafaxine met gereguleerde afgifte = XR (bij eerder goed effect van venlafaxine of bij eerder slecht verdragen van SSRI's):
 - startdosering 1dd 37,5-75 mg p.o., afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1-2 weken ophogen met 75 mg/dag tot maximaal 1dd 225 mg;
 - > 70 jaar: startdosering 1dd 37,5 mg, afhankelijk van bijwerkingen en effect na 2 weken ophogen tot maximaal 1dd 225 mg.
- TCA, met name nortriptyline (bij eerder goed effect van een TCA of bij een combinatie van depressie en neuropathische pijn; niet bij hartfalen):
 - startdosis 2-3dd 25 mg p.o. of 1dd 50 mg a.n., zo nodig met 25 mg om de dag ophogen tot maximaal 2-3dd 50 mg of 150 mg a.n.;
 - > 60 jaar: 10 mg 2-3 dd, p.o. zo nodig om de andere dag geleidelijk verhogen met 10-20 mg tot maximaal 150 mg/dag;
 - controleer plasmaspiegels volgens protocol;
 - > 80 jaar en ernstige somatische comorbiditeit en dementie: 1dd 10 mg p.o. en daarna elke 3-4 dagen verhogen met 25 mg/dag, bij 75 mg/dag een plasmaspiegels bepalen.
- duloxetine (bij een combinatie van depressie en chemotherapie-geïnduceerde neuropathie):
 - startdosering 1dd 30 mg, afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1-2 weken ophogen met 30 mg tot maximaal 1dd 90 mg;
 - geen dosisaanpassing > 70 jaar.
- Beoordeel het definitieve effect van een therapeutische dosis van bovengenoemde middelen na 4 weken en overweeg bij onvoldoende effect of onacceptabele bijwerkingen een switch naar:
 - 1) ander SSRI, venlafaxine of mirtazapine/bupropion op indicatie;
 - 2) een TCA, bij voorkeur nortriptyline (niet bij hartfalen); zie hierboven voor doseringen.
- Schrijf bij een levensverwachting < 3 maanden methylfenidaat voor: startdosering 2dd 5 mg om 8 en 14 uur; ophogen met 5 mg per dosis tot maximaal 2dd 15 mg. Beoordeel het effect van iedere dosis binnen enkele dagen. Wees voorzichtig bij pre-existente angstsymptomen.
- Beoordeel regelmatig het effect van bovengenoemde middelen en verwijst zo nodig naar een psychiater, internist ouderengeneeskunde of klinisch geriater voor (verdere) medicamenteuze behandeling.



Referenties



Baldo BA, Rose MA. The anaesthetist, opioid analgesic drugs, and serotonin toxicity: a mechanistic and clinical review. *Br J Anaesth.* 2020 Jan;124(1):44-62.

Bruera, E., Carraro, S., Roca, E., Barugel, M., & Chacon, R. (1986). Double-blind evaluation of the effects of mazindol on pain, depression, anxiety, appetite, and activity in terminal cancer patients. *Cancer treatment reports*, 70(2), 295–298.

Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Chaimani A, Atkinson LZ, Ogawa Y, Leucht S, Ruhe HG, Turner EH, Higgins JPT, Egger M, Takeshima N, Hayasaka Y, Imai H, Shinohara K, Tajika A, Ioannidis JPA, Geddes JR. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet.* 2018 Apr 7;391(10128):1357-1366.

Expertisecentrum farmacotherapie bij ouderen. www.ephor.nl, 2021.

Fairman N, Irwin SA. Diagnosis and Management of Depression in Palliative Care In: In: *Handbook of Psychiatry in*

Palliative Medicine: Psychosocial Care of the Terminally Ill.pp..., 2021.

Fisch, M. J., Loehrer, P. J., Kristeller, J., Passik, S., Jung, S. H., Shen, J., Arquette, M. A., et al. (2003). Fluoxetine versus placebo in advanced cancer outpatients: A double-blinded trial of the Hoosier Oncology Group. *Journal of Clinical Oncology*, 21(10), 1937–1943.

Goldman N, Frankenthaler M, Klepacz L. The Efficacy of Ketamine in the Palliative Care Setting: A Comprehensive Review of the Literature. *J Palliat Med*. 2019 Sep;22(9):1154-1161. doi: 10.1089/jpm.2018.0627. Epub 2019 May 15. PMID: 31090477.

Holland, J. C., Romance, S. J., Heiligenstein, J. H., Terner, R. G., & Wilson, M. G. (1998). A controlled trial of fluoxetine and desipramine in depressed women with advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 7(4), 291–300.

Iglewicz A, et al. Ketamine for the treatment of depression in patients receiving hospice care: a retrospective medical record review of thirty-one cases. *Psychosomatics* 2015;56(4):329-37. PMID 25616995.

Irwin SA, et al. Daily oral ketamine for the treatment of depression and anxiety in patients receiving hospice care: a 28-day open-label proof-of-concept trial. *J Palliat Med* 2013;16(8):958-65. PMID 23805864.

Kerr, C. W., Drake, J., Milch, R. A., Brazeau, D. A., Skretny, J. A., Brazeau, G. A., & Donnelly, J. P. (2012). Effects of methylphenidate on fatigue and depression: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 43(1), 68–77. Elsevier Inc. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.03.026>.

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn Depressie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2013.

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. ADDENDUM Ouderen bij de multidisciplinaire Richtlijn Depressie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2008.

Loprinzi CL, Lacchetti C, Bleeker J, Cavaletti G, Chauhan C, Hertz DL, Kelley MR, Lavino A, Lustberg MB, Paice JA, Schneider BP, Lavoie Smith EM, Smith ML, Smith TJ, Wagner-Johnston N, Hershman DL. Prevention and Management of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy in Survivors of Adult Cancers: ASCO Guideline Update. *J Clin Oncol*. 2020 Oct 1;38(28):3325-3348.

McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumach A, Böhm M, Burri H, Butler J, Čelutkienė J, Chioncel O, Cleland JGF, Coats AJS, Crespo-Leiro MG, Farmakis D, Gilard M, Heymans S, Hoes AW, Jaarsma T, Jankowska EA, Lainscak M, Lam CSP, Lyon AR, McMurray JJV, Mebazaa A, Mindham R, Muneretto C, Francesco Piepoli M, Price S, Rosano GMC, Ruschitzka F, Kathrine Skibelund A; ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2021 Sep 21;42(36):3599-3726.

Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-standaard Depressie, 2019.

Ng, C. G., Boks, M. P., Roes, K. C., Zainal, N. Z., Sulaiman, A. H., Tan, S. B., & de Wit, N. J. (2014). Rapid response to methylphenidate as an add-on therapy to mirtazapine in the treatment of major depressive disorder in terminally ill cancer patients: a four-week, randomized, double-blinded, placebo-controlled study. *Eur Neuropsychopharmacol*, 24(4), 491–498. Retrieved from <http://1.117.227.239>.

Ostuzzi G, Matcham F, Dauchy S, Barbui C, Hotopf M. Antidepressants for the treatment of depression in people with cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Apr 23;4(4):CD011006.

Palmer SC, Natale P, Ruospo M, Saglimbene VM, Rabindranath KS, Craig JC, S. G. (2017). Antidepressants for Treating Depression in Adults with End-stage Kidney Disease with Dialysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(10), 881–882.

Perusinghe, M., Chen, K. Y., & Mcdermott, B. (2021). Evidence-Based Management of Depression in Palliative Care: A Systematic Review. *Journal of Palliative Medicine*, 24(5), 767–781.

Pollok, J., Van Agteren, J. E. M., & Carson-Chahhoud, K. V. (2018). Pharmacological interventions for the treatment

of depression in chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(12).

Qaseem A, Snow V, Shekelle P, Casey DE Jr, Cross JT Jr, Owens DK; Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians, Dallas P, Dolan NC, Forciea MA, Halasyamani L, Hopkins RH Jr, Shekelle P. Evidence-based interventions to improve the palliative care of pain, dyspnea, and depression at the end of life: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2008 Jan 15;148(2):141-6.

Rayner, L., Price, A., Evans, A., Valsraj, K., Hotopf, M., & Higginson, I. J. (2011-1). Antidepressants for the treatment of depression in palliative care: Systematic review and meta-analysis. *Palliative Medicine*, 25(1), 36–51.

Rayner L, Price A, Hotopf M, Higginson IJ. The development of evidence-based European guidelines on the management of depression in palliative cancer care. *Eur J Cancer*. 2011-2 Mar;47(5):702-12.

S3-Leitlinie. Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Kurzversion 1.1, 2015.

Stiefel F, Die Trill M, Berney A, Olarte JM, Razavi A Depression in palliative care: a pragmatic report from the Expert Working Group of the European Association for Palliative Care. *Support Care Cancer*. 2001 Oct;9(7):477-88.

Sullivan, D. R., Mongoue-Tchokote, S., Mori, M., Goy, E., & Ganzini, L. (2017). Randomized, double-blind, placebo-controlled study of methylphenidate for the treatment of depression in SSRI-treated cancer patients receiving palliative care. *Psycho-Oncology*, 26(11), 1763–1769.

Theobald, D. E., Kirsh, K. L., Holtsclaw, E., Donaghy, K., & Passik, S. D. (2002). An open-label, crossover trial of mirtazapine (15 and 30 mg) in cancer patients with pain and other distressing symptoms. *Journal of Pain and Symptom Management*, 23(5), 442–447.

Literatuurbespreking

Onderzoeksvraag

Om de uitgangsvraag van deze module te kunnen beantwoorden, is een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd. De onderzoeksvraag die hiervoor is opgesteld is PICO-gestructureerd en luidt:

Wat is het effect van medicamenteuze behandeling op depressie bij patiënten in de palliatieve fase?

Tabel 1. PICO

P	Patiënten met depressie in de palliatieve fase
I	Medicamenteuze behandeling
C	Gebruikelijke begeleiding / standaardzorg / andere psychosociale interventies of medicamenteuze interventies
O	Depressieve symptomen Depressie Kwaliteit van leven
S	Hospice / end of life care / thuis / ziekenhuis

Wetenschappelijke onderbouwing

Selectie van studies

Op 16 april 2021 is er een search gedaan in Pubmed, Embase, Cinahl, PsycInfo en de Cochrane database voor systematische reviews. [Bijlage Zoekverantwoording - 6.1 Reviewprotocol](#) bevat het reviewprotocol. In [bijlage](#)

Zoekverantwoording - 6.2 Zoekstrategie zijn de search strings opgenomen. De search leverde na ontdebellen 59 systematische reviews op. Na de eerste selectie bleven er 37 full tekst systematische reviews over. Na het beoordelen van de full teksten bleven er 15 systematische reviews over met een gedeeltelijke match voor de PICO. Hiervan bevatten 3 systematische reviews een meta-analyse. In bijlage Zoekverantwoording - 6.3 Lijst met exclusieredenen van deze module is een lijst met exclusieredenen bijgevoegd.

De review van Palmer bevatte voor slechts 2 RCTs de uitkomst depressie-score, voor patiënten met nierfalen die behandeld worden met dialyse [Palmer 2017]. De review van Pollok [Pollok 2018] includeerde enkel patiënten met COPD, waarbij geen eisen werden gesteld aan de ernst van de aandoening. Rayner [2011-1] bleek de meest complete systematische review met meta-analyse over de medicamenteuze behandeling voor depressie in de palliatieve zorg. Als aanvulling hierop is besloten de RCTs uit de review van Perusinghe [Perusinghe 2021] te bespreken.

Resultaten

Rayner 2010

De auteurs includeerden 25 studies in de kwalitatieve synthese, waarvan 21 konden worden meegenomen in de kwantitatieve synthese. De eigenschappen van deze 25 studies staan beschreven in tabel 2. Kenmerken van de geïncludeerde studies.

Tabel 2. Kenmerken van de geïncludeerde studies (Rayner 2011-1)

Studie	Populatie	Interventie	Aantal deelnemers	Duur van de studie (weken)
Blumenfield 1997	Nierfalen (met dialyse)	fluoxetine 20 mg/dag	14 (7 fluoxetine, 7 placebo)	8
Borson 1992	COPD	nortriptyline 1 mg/kg/dag	36 (18 nortriptyline, 18 placebo)	12
Costa 1985	Kanker	mianserine	73 (36 mianserine, 37 placebo)	4
Devos 2008	Parkinson	desipramine 20 mg/dag citalopram 20 mg/dag	46 (17 desipramine, 15 citalopram, 16 placebo)	4
Ehde 2008	Multiple sclerose	paroxetine 10-40 mg/dag	42 (22 paroxetine, 20 placebo)	12
Elliot 1997	HIV	paroxetine 10-40 mg/dag imipramine 50-200 mg/dag	75 (25 paroxetine, 25 imipramine, 25 placebo)	12
Gottlieb 2007	Chronisch hartfalen	paroxetine 12,5-25 mg/dag	28 (14 paroxetine, 14 placebo)	12
Leentjens 2003	Parkinson	sertraline 25-100 mg/dag	12 (6 sertraline, 6 placebo)	10
Light 1986	COPD	doxepine 25-150 mg/dag	12 (6 doxepine, 6 placebo)	6

Mauri 1994	HIV	fluvoxamine 100-150 mg/dag	26 (16 fluvoxamine, 10 placebo)	8
Menza 2009	Parkinson	nortriptyline 25-75 mg/dag paroxetine 12,5-37,5 mg/dag	52 (17 nortriptyline, 18 paroxetine, 17 placebo)	8
Musselman 2006	Borstkanker	desipramine 25-200 mg paroxetine 20-40 mg	35 (11 desipramine, 13 paroxetine, 11 placebo)	6
Palmer 2002	COPD	citalopram 20-40mg	27 (15 citalopram, 12 placebo)	12
Pervin 2006	Laatste fase nierfalen (met dialyse)	escitalopram (dosering niet vermeld)	62 (32 escitalopram, 30 placebo)	8
Rabkin 1994	HIV	imipramine 50-300 mg/dag	97 (50 imipramine, 47 placebo)	6
Rabkin 1999	HIV	fluoxetine 20 mg/dag	120 (81 fluoxetine, 39 placebo)	8
Rabkin 2004	HIV/AIDS	fluoxetine 20 mg/dag	85 (46 fluoxetine, 39 placebo)	8
Razavi 1997	Kanker	fluoxetine 20 mg/dag	91 (45 fluoxetine, 46 placebo)	5
Schiffer 1990	Multiple sclerose	desipramine 25 mg/dag	(14 desipramine, 14 placebo -2 drop-outs)	5
Targ 1994	HIV	fluoxetine 20 mg/dag	20 (10 fluoxetine, 10 placebo)	12
Van Heeringen 1996	Borstkanker	mianserin 30-60 mg/dag	55 (28 mianserin, 27 placebo)	6
Weintraub 2009	Parkinson	atomoxetine 80 mg/dag	55 (28 atomoxetine, 27 placebo)	8
Weiser 2004	Parkinson	mirtazapine 30 mg/dag	20 (10 mirtazapine, 10 placebo)	8
Wermuth 1998	Parkinson	citalopram 10-20 mg/dag	37 (18 citalopram, 19 placebo)	52
Zisook 1998	HIV	fluoxetine 20-60 mg/dag	47 (25 fluoxetine, 22 placebo)	7

Diverse medicamenteuze behandelingen werden onderzocht, waarvoor de gepoolde effectiviteit werd berekend middels meta-analyses. In iedere studie is een controlegroep met placebo meegenomen. De primaire uitkomstmaat voor deze review was respons, gedefinieerd als 50% of meer vermindering van depressieve

symptomen, gemeten op een gevalideerde schaal. Daarnaast werden meta-analyses uitgevoerd voor het risico op uitval (aanvaardbaarheid), en voor het risico op bijwerkingen. Alle uitkomsten zijn uitgedrukt in oddsratio (OR's) om de kans op respons, uitval en bijwerkingen weer te geven. De analyses zijn voor drie verschillende tijdsintervallen uitgevoerd: 4-5 weken, 6-8 weken en 9-18 weken.

De OR's voor response op antidepressiva bedroegen (tabel 3):

- Na 4-5 weken (5 RCT's, 292 patiënten): 1,93 (95%BI 1.15-3.42)
- Na 6-8 weken (12 RCT's, 685 patiënten): 2,25 (95%BI 1,38-3,67)
- Na 9-18 weken (7 RCT's, 231 patiënten): 2,71 (95%BI 1,50-4,91)

Tabel 3. Antidepressiva versus placebo voor depressie in de palliatieve fase (respons)

Wanneer deze uitkomsten werden uitgesplitst voor TCAs en SSRIs werden de volgende OR's voor response gevonden (Tabel 4 en 5):

- 4-5 weken TCA: 4,79 (95%BI: 1,86; 12,37);
- 6-8 weken TCA: 3,48 (95%BI: 1,32; 9,18);
- 9-18 weken TCA: 6,00 (95%BI: 1,25; 28,84);
- 4-5 weken SSRI: 1,62 (95%BI: 0,59; 4,47);
- 6-8 weken SSRI: 1,61 (95%BI: 0,84; 3,09);
- 9-18 weken SSRI: 2,33 (95%BI: 1,20; 4,52).

Tabel 4. TCA versus placebo voor depressie in de palliatieve fase (respons)

Tabel 5. SSRI versus placebo voor depressie in de palliatieve fase (respons)

Voor de aanvaardbaarheid van medicatie om depressie te verminderen bij patiënten in de palliatieve fase, is de OR op uitval uit de studie in kaart gebracht. Onderstaande resultaten werden gevonden voor het totaal, en voor de verschillende subgroepen over de drie tijdsvakken (tabel 6-8):

- 4-5 weken antidepressiva: 1,00 (95%BI: 0,25; 4,07);
- 6-8 weken antidepressiva: 1,08 (95%BI: 0,65; 1,81);
- 9-18 weken antidepressiva: 2,09 (95%BI: 1,02; 4,31);
- 4-5 weken TCA: n/a;
- 6-8 weken TCA: 1,30 (95%BI: 0,52; 3,24);
- 9-18 weken TCA: 2,28 (95%BI: 0,70; 7,39);
- 4-5 weken SSRI: 2,33 (95%BI: 0,93; 5,80);
- 6-8 weken SSRI: 1,33 (95%BI: 0,81; 2,16);
- 9-18 weken SSRI: 1,28 (95%BI: 0,55; 2,95).

Voor de details van deze uitkomsten (aantal patiënten, risico in de controlegroep, beoordeling van kwaliteit) wordt verwezen naar de GRADE evidence-tabellen.

Tabel 6. Antidepressiva versus placebo voor depressie in de palliatieve fase (uitval)

Tabel 7. TCA versus placebo voor depressie in de palliatieve fase (uitval)

Tabel 8. SSRI versus placebo voor depressie in de palliatieve fase (uitval)

In tabel 9 wordt de kans op bijwerkingen weergegeven bij gebruik van resp. antidepressiva, TCA's en SSRI's. Droge mond is de enige bijwerking die significant vaker voorkomt dan bij placebo.

Tabel 9. Gepoolde bijwerkingen van antidepressiva, TCA's en SSRI's

Bijwerking	Antidepressiva	Antidepressiva	TCA's	TCA's	SSRI's	S
	OR (95% BI)	Aantal deelnemers	OR	Aantal deelnemers	OR	A d

		(studies)	(95%BI)	(studies)	(95%BI)	(s
Droge mond	2,05 (1,29; 3,26)	546 (12)	5,33 (2,23; 12,73)	203 (7)	2,08 (1,15; 3,58)	3
Verstopping	1,30 (0,49; 3,46)	337 (7)	0,89 (0,12; 6,87)	115 (4)	0,40 (0,10; 1,66)	1
Misselijkheid	1,51 (0,63; 3,63)	504 (11)	1,23 (0,45; 3,35)	83 (3)	2,61 (1,00; 6,87)	3
Duizeligheid	1,23 (0,62; 2,44)	595 (9)	2,41 (0,66; 8,81)	271 (4)	1,01 (0,35; 2,93)	2
Hoofdpijn	1,50 (0,58; 3,86)	447 (10)	1,07 (0,42; 2,75)	105 (4)	1,41 (0,36; 5,58)	2
Slaapproblemen	0,58 (0,10; 3,29)	240 (5)	n/a	n/a	0,29 (0,03; 3,36)	9
Seksueel disfunctioneren	1,92 (0,80; 4,65)	242 (5)	2,70 (0,74; 9,80)	71 (2)	2,22 (0,80; 6,19)	1
Lage bloeddruk	2,37 (0,67; 8,35)	174 (4)	1,40 (0,24; 8,11)	83 (3)	2,87 (0,24; 34,40)	4
Verdoving	1,18 (0,39; 3,50)	166 (3)	1,77 (0,50; 6,33)	74 (2)	n/a	n
Verandering van eetlust	0,84 (0,30; 2,40)	132 (2)	n/a	n/a	0,84 (0,30; 2,40)	1

Perusinghe 2021, Kerr 2012, Ng 2014 en Sullivan 2017

In de review van Perusinghe [2021] werden in totaal zeven RCTs opgenomen die de effectiviteit van medicamenteuze behandeling op depressie bij patiënten in de palliatieve fase evalueerden [Bruera 1986, Fisch 2003, Holland 1998, Kerr 2012, Ng 2014 Sullivan 2017, Theobald 2002].

Drie RCTs [Kerr 2012, Ng 2014, Sullivan 2017] konden worden samengevoegd om het effect van methylfenidaat op depressie te vergelijken met het effect van een placebo-behandeling te evalueren.

Tabel 10. Overzicht RCTs

	Populatie	Behandeling	Controle	Meetinstrument	Aantal dagen na baseline

Kerr 2012	Patiënten in hospice	5-40 mg/dag methylfenidaat	Placebo	ESAS (depressie-subschaal)	14
Ng 2014	Patiënten met kanker in de terminale fase met depressie	5-10 mg/dag methylfenidaat en mirtazapine	Placebo en mirtazapine	MADRS	14
Sullivan 2017	Patiënten in hospice met depressie	methylfenidaat en SSRI	Placebo en SSRI	MADRS	18

Er is gekozen om bij de studie van Sullivan [2017] uit te gaan van de waarden gemeten na 14 dagen, om de resultaten vergelijkbaar te maken met de studies van Kerr [2012] en Ng [2014]. Met in totaal 154 deelnemers kwam het totaal uit op een gestandaardiseerd gemiddeld verschil tussen eindscores van de twee groepen van -0,75 (95% BI: -1,22; -0,28), in het voordeel van de behandeling met methylfenidaat (tabel 11. methylfenidaat versus placebo voor depressie in de palliatieve fase).

Tabel 11. methylfenidaat versus placebo voor depressie in de palliatieve fase

Naast deze drie RCTs onderzochten vier RCTs de effecten van andere vormen van medicatie op depressie.

Bruera 1986

Bruera [1986] onderzocht het effect van mazindol op depressie, vergeleken met placebo bij 30 kankerpatiënten in de terminale fase. Depressie werd na de behandeling gemeten met de Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). Hieruit bleek geen significant verschil tussen behandeling met mazindol en placebo (tabel 12. mazindol versus placebo voor depressie bij patiënten in de palliatieve fase [Bruera 1986]). Kwaliteit van leven was geen uitkomstmaat in deze studie.

Tabel 12. mazindol versus placebo voor depressie bij patiënten in de palliatieve fase [Bruera 1986]

Theobald 2002

Theobald [2002] onderzocht in een open-label crossover trial het effect van mirtazapine op depressie, waarin één groep een dosis van 15 mg en de andere groep een dosis van 30 mg kreeg. Depressie werd gemeten met de Zung Self-Rating Depression Scale (ZSDS) en kwaliteit van leven met de Functional Assessment of Cancer Therapy- General (FACT-G). De gemiddelde totaalscores werden niet gepresenteerd. De auteurs schrijven echter dat er in beide groepen significante verbetering van de depressie optrad (totale vooruitgang depressie $F = 8,5$; $p < 0,05$; totale vooruitgang kwaliteit van leven $F = 5,7$; $p < 0,05$) zonder verschillen tussen de doseringen.

Fisch 2003

In de studie van Fisch [2003] werd bij 163 patiënten met gevorderde tumoren en een levensverwachting van 3 tot 24 maanden de effectiviteit van fluoxetine in vergelijking met placebo onderzocht. Patiënten werden 12 weken gevolgd. De depressieve symptomen, verbeterden significant in beide groepen, maar er was geen significant verschil tussen beide groepen. Het gemiddelde verschil in eindscore voor depressie tussen beide groepen was -1,40 (95%BI = -4,00; 1,20). Dit vertaalt zich in een SMD van -0,23 (-0,66; 0,21). Voor kwaliteit van leven was het verschil -1,92 (95%BI = -9,92; 6,08). Dit stond gelijk aan een SMD van -0,10 (95%BI = -0,53; 0,33).

Tabel 13. fluoxetine versus placebo voor depressie bij patiënten in de palliatieve fase [Fisch 2003]

Holland 1998

Ten slotte werd in de trial van Holland [1998] het effect van fluoxetine vergeleken met desipramine. De populatie bestond uit veertig vrouwen met een gevorderde vorm van kanker en depressieve symptomen. Depressieve symptomen werden gemeten met de HDRS, kwaliteit van leven met de Functional Living Index for Cancer (FLIC). Zowel de groep die met fluoxetine behandeld werd, als de groep met desipramine, ervaarden een significante vooruitgang in depressieve symptomen en kwaliteit van leven. ANOVA liet geen significant verschil in vermindering

van depressieve symptomen zien tussen beide behandelingen. Ook voor deze trial werden gemiddelde eindscores niet gepresenteerd in de publicatie.

Kwaliteit van het bewijs

De kwaliteitsbeoordeling van de individuele trials die bij hebben gedragen aan de meta-analyses is overgenomen uit de review van Rayner. Voor de uitkomst respons maakten de auteurs van Rayner een funnelplot. Deze liet een asymmetrische verdeling zien, met relatief weinig studies links onderin, duidend op publicatiebias.

In minder dan een kwart van de studies (24%) werd voldoende informatie verschaft om er vanuit te kunnen gaan dat toewijzing van groep geheim bleef. In slechts 20% van de studies werd voldoende informatie verschaft om er vanuit te kunnen gaan dat toewijzing van de groep methodologisch correct was uitgevoerd. Daarnaast was adequate blinding van participanten en studiepersoneel in 32% van de studies vast te stellen. Ook werd in ongeveer de helft van de trials (52%) correct omgegaan met incomplete data. Ten slotte waren er slechts weinig studieprotocollen beschikbaar, waardoor selectief rapporteren van uitkomsten niet vast te stellen was.

De populatie bestond voor een groot deel niet uit patiënten die nadrukkelijk palliatieve zorg ontvingen, of patiënten die in de terminale of vergevorderde fase van een somatische aandoening zaten. Omdat dit betekent dat de populatie in veel van deze RCTs mogelijk minder representatief is voor de populatie waarvoor deze richtlijn wordt geschreven, zijn de conclusies uit de studie van Rayner gedowngraded voor indirectheid.

Voor de analyses voor 4-5 weken, 9-18 weken, en voor overige subgroup-analyses was het onduidelijk welke trials en hoeveel events bij hebben gedragen aan de verschillende effectgroottes. Om deze reden is bij de beoordeling van heterogeniteit uitgegaan van de I^2 , niet aangevuld door visuele beoordeling. Bovendien is bij de beoordeling van nauwkeurigheid uitgegaan van de breedte van het betrouwbaarheidsinterval en de hoeveelheid patiënten. Het aantal events was voor deze waarden niet in te schatten.

Conclusies

<input type="checkbox"/> 000 ZEER LAAG	<p>Effect van antidepressiva op respons</p> <p>Antidepressiva lijken de kans op respons na 4-18 weken bij patiënten met depressie in de palliatieve fase te vergroten, maar het bewijs is zeer onzeker.</p> <p>[Rayner 2011-1]</p>
<input type="checkbox"/> 000 ZEER LAAG	<p>Effect van tricyclische antidepressiva (TCA's) op respons</p> <p>TCA's lijken de kans op respons na 4-18 weken bij patiënten met depressie in de palliatieve fase te vergroten, maar het bewijs is zeer onzeker.</p> <p>[Rayner 2011-1]</p>
<input type="checkbox"/> 000 ZEER LAAG	<p>Effect van selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) op respons</p> <p>Het bewijs is zeer onzeker over het effect van SSRI's op de kans op respons na 4-8 weken bij patiënten met depressie in de palliatieve fase.</p> <p>[Rayner 2011-1]</p>
<input type="checkbox"/> 000 ZEER LAAG	<p>Effect van selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) op respons</p> <p>SSRI's lijken de kans op respons na 9-18 weken bij patiënten met depressie in de palliatieve fase te vergroten, maar het bewijs is zeer onzeker.</p> <p>[Rayner 2011-1]</p>
<input type="checkbox"/> 000 ZEER LAAG	<p>Effect van antidepressiva op uitval</p> <p>Het bewijs is zeer onzeker over het effect van antidepressiva op de kans op uitval na 4-18 weken bij patiënten met depressie in de palliatieve fase.</p>

	[Rayner 2011-1]
<input type="checkbox"/> 000 ZEER LAAG	<p>Effect van TCA's op uitval</p> <p>Het bewijs is zeer onzeker over het effect van TCA's op de kans op uitval na 6-18 weken bij patiënten met depressie in de palliatieve fase.</p> <p>[Rayner 2011-1]</p>
<input type="checkbox"/> 000 ZEER LAAG	<p>Effect van SSRI's op uitval</p> <p>Het bewijs is zeer onzeker over het effect van SSRI's op de kans op uitval na 4-18 weken bij patiënten met depressie in de palliatieve fase.</p> <p>[Rayner 2011-1]</p>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 00 LAAG	<p>Effect van antidepressiva op bijwerkingen</p> <p>Antidepressiva lijken de kans op een droge mond als bijwerking bij patiënten met depressie in de palliatieve fase te vergroten.</p> <p>[Rayner 2011-1]</p>
<input type="checkbox"/> 000 ZEER LAAG	<p>Effect van antidepressiva op bijwerkingen</p> <p>Het bewijs is zeer onzeker over de kans op andere bijwerkingen van antidepressiva dan een droge mond bij patiënten met depressie in de palliatieve fase.</p> <p>[Rayner 2011-1]</p>
<input type="checkbox"/> 000 ZEER LAAG	<p>Risico op bijwerkingen bij TCA's</p> <p>TCA's lijken de kans op een droge mond bij patiënten met depressie in de palliatieve fase te vergroten, maar het bewijs is zeer onzeker.</p> <p>Het bewijs is zeer onzeker over de kans op andere bijwerkingen van TCA's dan een droge mond bij patiënten met depressie in de palliatieve fase.</p> <p>[Rayner 2011-1]</p>
<input type="checkbox"/> 000 ZEER LAAG	<p>Risico op bijwerkingen bij SSRI's</p> <p>SSRI's lijken de kans op een droge mond bij patiënten met depressie in de palliatieve fase te vergroten, maar het bewijs is zeer onzeker.</p> <p>Het bewijs is zeer onzeker over de kans op andere bijwerkingen van SSRI's dan een droge mond bij patiënten met depressie in de palliatieve fase.</p> <p>[Rayner 2011-1]</p>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 00 LAAG	<p>Effect van methylfenidaat</p> <p>Methylfenidaat zou depressie bij patiënten in de palliatieve fase kunnen verminderen.</p> <p>[Persusinghe 2021, Kerr 2012, Ng 2014 en Sullivan 2017]</p>
<input type="checkbox"/> 000 ZEER LAAG	<p>Effect van mazindol</p> <p>Het bewijs is zeer onzeker over het effect van mazindol op depressie bij patiënten in de palliatieve fase.</p> <p>[Bruera 1986]</p>
<input type="checkbox"/> 000 ZEER LAAG	<p>Effect van 15 of 30 mg mirtazapine</p> <p>Zowel 15 mg als 30 mg mirtazapine lijken depressie te verminderen en kwaliteit van leven te verbeteren bij patiënten in de palliatieve fase, maar het bewijs is zeer onzeker.</p> <p>[Theobald 2002]</p>
	Effect van fluoxetine

□ OOO ZEER LAAG	Het bewijs is zeer onzeker over het effect van fluoxetine op depressie en kwaliteit van leven bij patiënten met depressie in de palliatieve fase. [Fisch 2003]
□ OOO ZEER LAAG	Effect van fluoxetine en desipramine Zowel fluoxetine als desipramine lijken depressie te verminderen en kwaliteit van leven te verbeteren bij patiënten in de palliatieve fase maar de evidence is zeer onzeker. [Holland 1998]

Overwegingen

Antidepressiva kunnen worden onderverdeeld in:

- Tricyclische antidepressiva (TCA's): amitriptyline, nortriptyline en imipramine.
Er is een voorkeur voor nortriptyline (zeker bij ouderen) boven amitriptyline vanwege het bijwerkingenprofiel, met name de lagere kans op sedatie en anticholinerge bijwerkingen. In de palliatieve zorg worden de TCA's zelden gebruikt vanwege de anticholinerge bijwerkingen, inclusief het risico op delier. Uitzonderingen hierbij zijn een voorgeschiedenis met een positief effect van een TCA of een situatie waarbij er sprake is van een combinatie van een depressie en neuropathische pijn. Hartfalen is een contra-indicatie voor TCA's vanwege het risico op hypotensie, verslechtering van het hartfalen en aritmieën [McDonagh 2021].
- SSRI's (selectieve serotonineheropnameremmers), zoals paroxetine, fluoxetine, fluvoxamine, citalopram, escitalopram en sertraline.
In de praktijk is er vaak een voorkeur voor SSRI's boven TCA's vanwege het mildere bijwerkingenprofiel. De meest voorkomende bijwerkingen zijn tijdelijke gastro-intestinale klachten, hoofdpijn, droge mond, vallen (bij ouderen) en vaak seksuele bijwerkingen. De combinatie van een SSRI en een opioïd kan leiden tot het serotoninesyndroom, een potentieel letaal verlopende aandoening met psychische, autonome en neuromusculaire symptomen, zoals rusteloosheid, verlaagd bewustzijn, tremor, beven, myoclonieën, verwijde pupillen, koorts, tachycardie en hyper- of hypotensie. Het serotoninesyndroom als gevolg van de combinatie van SSRI's en opioïden is het meest beschreven bij tramadol, maar er zijn ook meldingen van het serotoninesyndroom bij combinaties van SSRI's met pethidine, fentanyl, methadon, dextromethorfan en oxycodon [Baldo 2020]. SSRI's kunnen (afhankelijk van het specifieke middel) leiden tot een verlenging van het QT-interval. In de palliatieve fase is dit zelden een probleem, behalve bij cardiovasculaire (co)morbiditeit, elektrolytstoornissen met een verhoogde kans op hartritme stoornissen (hypokaliëmie of hypercalciëmie) of comedatie met andere QT-interval verlengende medicatie. In dergelijk gevallen kan het maken van een ECG worden overwogen.
Wanneer er sprake is van een voorgeschiedenis met een ulcus of gastritis of comedatie met een NSAID, antithrombotica of corticosteroiden wordt het voorschrijven van een protonpompremmer aanbevolen. Landelijke GGZ-richtlijnen spreken vanwege het bijwerkingenprofiel een lichte voorkeur uit voor een SSRI boven een TCA [Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ 2008 en 2013, Nederlands Huisartsen Genootschap 2019]. Citalopram, escitalopram en sertaline worden het meest voorgeschreven vanwege de lagere kans op bijwerkingen en interacties, vergeleken met andere SSRI's zoals paroxetine of fluoxetine.
De NHG-standaard Angst adviseert om bij gelijktijdig gebruik van een diureticum 5-9 dagen na start of intercurrente aandoeningen met kans op elektrolytstoornissen (bijv. braken of diarree) van SSRI's een serumnatrium te controleren vanwege de kans op een hyponatriëmie;
- SNRI's (selectieve noradrenaline heropnameremmers, in het Farmacotherapeutisch Kompas ook niet-selectieve serotonineheropnameremmers genoemd), zoals venlafaxine en duloxetine;
- Andere antidepressiva, zoals bupropion (zwakke noradrenaline en dopamine reuptake inhibitor) en

- mirtazapine (noradrenerg en specifiek serotonerg antidepressivum);
- MAO-A-remmers (zeer beperkt indicatiegebied; worden in de palliatieve zorg niet toegepast).
- Psychostimulantia (zoals methylfenidaat).

Deze middelen zijn strikt genomen geen antidepressiva, maar worden in de palliatieve zorg wel als zodanig gebruikt vanwege het potentieel snelle effect op de depressieve symptomen. Angst, rusteloosheid en insomnia zijn de meest voorkomende dosisgerelateerde bijwerkingen. Psychostimulantia kunnen in de behandeling van depressie bij patiënten met reeds pre-existente angstsymptomen (die geen onderdeel zijn van de huidige depressie) een negatief effect op angst hebben; dit geldt niet als de angst een symptoom is van de depressie [Fairman 2021].

Ondanks de beperkte evidentie voor het effect van antidepressiva en psychostimulantia bij patiënten in de palliatieve fase is de werkgroep van mening dat deze middelen bij deze patiëntengroep laagdrempelig ingezet kunnen worden, aangezien deze over het algemeen goed verdragen worden, een mild bijwerkingenprofiel hebben en de meeste antidepressiva weinig interacties geven met andere medicatie.

De werkgroep is van mening dat bij patiënten in de palliatieve fase behandeling met antidepressiva kan worden overwogen bij een depressieve stoornis (in combinatie met psychosociale interventies) en bij aanpassingsstoornissen met depressieve stemming, wanneer psychosociale interventies onvoldoende effect hebben. Bij depressieve symptomen waarbij niet voldaan wordt aan de criteria voor een aanpassingsstoornis of depressieve stoornis is er in principe geen plaats voor medicamenteuze behandeling. Een uitzondering op bovenstaande overwegingen is de situatie waarin er sprake is van matige tot ernstige depressieve symptomen en een levensverwachting < 3 maanden. In dat geval kan vanwege het snelle effect behandeling met methylfenidaat (zonder psychotherapie) worden overwogen (zie verder), omdat er dan relatief weinig tijd is voor het effect van psychosociale interventies.

De keuze van antidepressiva of psychostimulantia wordt niet gebaseerd op effectiviteit bij patiënten in de palliatieve fase, aangezien er geen evidente verschillen zijn in respons of snelheid van effect. De volgende factoren spelen wel een belangrijke rol bij de keuze: de levensverwachting van de patiënt, het specifieke bijwerkingenprofiel, een (familiaire) voorgeschiedenis met een specifiek middel en interacties met andere medicatie [Fairman 2021].

In een recente meta-analyse van 522 gerandomiseerde studies bij in totaal 116477 patiënten met een depressieve stoornis (zonder lichamelijke ziekte) werden 21 antidepressiva vergeleken met placebo of een ander antidepressivum [Cipriani 2018]. Alle antidepressiva waren effectiever dan placebo met odds ratios variërend van 1,37-2,13. Bij vergelijkende studies waren agomelatine, amitriptyline, escitalopram, mirtazapine, paroxetine, venlafaxine en vortioxetine effectiever dan andere antidepressiva (odds ratios 1,19-1,96), terwijl fluoxetine, fluvoxamine, reboxetine en trazodone de minst effectieve antidepressiva waren (odds ratios 0,51-0,84). Qua bijwerkingen waren agomelatine, citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline en vortioxetine acceptabeler dan andere antidepressiva (odds ratios 0,43-0,77), terwijl amitriptyline, clomipramine, duloxetine, fluvoxamine, reboxetine, trazodone en venlafaxine de hoogste kans op uitval hadden (odds ratios 1,30-2,32). Gelet op deze bevindingen bij patiënten met depressie zonder lichamelijke ziekte lijken escitalopram, citalopram, sertraline en mirtazapine de middelen van voorkeur m.b.t. effectiviteit, bijwerkingen, uitval en beschikbaarheid in Nederland.

Bij het literatuuronderzoek werden twee meta-analyses besproken [Perusinghe 2020, Rayner 2011-1] over de behandeling van depressie bij patiënten in de palliatieve fase waarin in totaal 28 studies waren opgenomen waarbij een antidepressivum werd vergeleken met placebo. Alle onderzochte TCA's en SSRI's waren effectiever dan placebo met odds ratios op respons variërend van (afhankelijk van het moment van meten van de respons) 3,48-6,0 bij TCA's en 1,61-2,33 bij SSRI's. Tegen de verwachting in waren er geen evidente verschillen tussen TCA's en SSRI's m.b.t. bijwerkingen of uitval. In deze twee reviews waren geen studies waarbij TCA's direct zijn vergeleken met SSRI's bij patiënten met depressie in de palliatieve fase.

Op basis van een beperkt aantal studies lijken mirtazapine en methylfenidaat significant effectiever dan placebo.

In een systematische review werden 10 studies besproken bij in totaal 855 patiënten met kanker (zowel in de curatieve als in de palliatieve fase) [Ostuzzi 2018]. Zeven studies werden gebruikt voor een meta-analyse, waarbij vijf studies een of twee antidepressiva vergeleken met placebo en twee studies twee antidepressiva met elkaar. Er werden geen significante verschillen gevonden in respons na 6-12 weken tussen antidepressiva en placebo,

gemeten als:

- continue uitkomstmaat: standardized mean difference (SMD) -0,45 (95%BI -1,01;0,11);
- percentage patiënten met depressie aan het einde van de studie: relative risk 0,82, 95%BI 0,62;1,08) en tussen TCA's en SSRI's (SMD -0,08, 95%BI -0,34;0,18).

De studies waren van lage kwaliteit.

Meerdere studies (waaronder een RCT) laten een zeer snel stemmingsverbeterend effect zien van ketamine (in eerste instantie i.v. toegediend, daarna switch naar intranasaal en oraal) op depressie bij patiënten in de palliatieve fase [Goldman 2019]. Enkele pilotstudies in de hospicesetting waarbij een dagelijkse dosering orale ketamine wordt gegeven voor de behandeling van depressie geven hoopvolle resultaten [Iglewicz 2015, Irwin 2013]. Grotere multicenter RCT's zijn noodzakelijk, voordat ketamine kan worden aanbevolen voor depressie in de palliatieve zorg. Bovendien wordt orale toediening van ketamine vooralsnog niet vergoed.

De richtlijnen van de American College of Physicians (evidence-based) en van de EAPC (consensus-based) spreken geen duidelijke voorkeur uit voor een antidepressivum [Qaseem 2008, Stiefel 2001]. Een evidence-based Europese richtlijn over depressie in de palliatieve fase noemt met name mirtazapine, citalopram en sertraline [Rayner 2011-2]. De richtlijn palliatieve zorg van de S3-Leitlinie [2015] noemt amitriptyline, citalopram, mirtazapine, sertraline en venlafaxine, maar spreekt geen voorkeur uit. Het gebruik van methylfenidaat wordt afgeraden.

De richtlijn [Palliatieve zorg bij COPD](#) spreekt geen voorkeur uit voor een TCA of een SSRI. De [richtlijn Palliatieve zorg bij nierfalen](#) spreekt een voorkeur uit voor citalopram en sertraline, met mirtazapine als alternatief. De [richtlijn Ziekte van Parkinson](#) spreekt geen voorkeur uit voor een TCA of een SSRI.

Het Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine noemt escitalopram, sertraline, venlafaxine, duloxetine, bupropion en mirtazapine als middelen van keuze [Fairman 2021].

Een harde keuze is op basis van bovengenoemde data niet te maken. De werkgroep is op grond van onderzoek, richtlijnen, bijwerkingsprofiel, interacties en dagelijkse praktijk van mening dat escitalopram, citalopram, sertraline (allen SSRI's) en mirtazapine de middelen van eerste keuze zijn.

Citalopram en escitalopram zijn ook beschikbaar als druppelvloeistof, wat soms een voordeel kan zijn. De biologische beschikbaarheid is 25% hoger, waardoor deze lager gedoseerd moeten worden. Geen van de middelen is beschikbaar voor parenterale toediening.

Escitalopram wordt afgeraden bij patiënten > 70 jaar vanwege gebrek aan bewezen effectiviteit [Expertisecentrum farmacotherapie bij ouderen 2021]. Het Farmacotherapeutisch kompas spreekt bij de behandeling van depressie bij patiënten > 65 jaar een voorkeur uit voor citalopram (en sertraline) boven escitalopram.

Bij depressie gekenmerkt door vermoeidheid en lusteloosheid is bupropion het middel van keuze. Bij contra-indicaties voor bupropion (bijv. condities die predisponeren tot verlaagde convulsiedrempel) kan gekozen worden voor een combinatie van een SSRI en methylfenidaat.

Alternatieven voor een SSRI zijn:

- venlafaxine (bij eerder goed effect van venlafaxine of bij eerder slecht verdragen van SSRI's);
- duloxetine (bij een combinatie van depressie en chemotherapie-geïnduceerde neuropathie) [Loprinzi 2020];
- een TCA, met name nortriptyline (bij eerder goed effect van een TCA of bij een combinatie van depressie en neuropathische pijn).

Bij onvoldoende reactie of onacceptabele bijwerkingen van een SSRI kan geswitched worden naar:

- 1) een ander SSRI, venlafaxine of mirtazapine/bupropion op indicatie;
- 2) een TCA, bij voorkeur nortriptyline.

Bij een korte levensverwachting (< 3 maanden) wordt gekozen voor methylfenidaat.

De voorschrijver is verantwoordelijk voor het evalueren van het effect van bovengenoemde middelen. Zo nodig wordt verwezen naar psychiater, internist ouderengeneeskunde of klinisch geriater voor (verdere) medicamenteuze behandeling.

Doseringen [Fairman 2021, Expertisecentrum pharmacotherapie bij ouderen 2021]:

- escitalopram:
 - startdosering 1dd 5-10 mg p.o., afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1-2 weken in stappen van 5-10 mg op te hogen tot maximaal 1dd 20 mg;
 - niet bij patiënten > 70 jaar;
 - kan ook in druppelvorm; vanwege hogere biologische beschikbaarheid doseringen met 20% verlagen.
- citalopram:
 - startdosering 1dd 10-20 mg p.o., afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1-2 weken in stappen van 10-20 mg op te hogen tot maximaal 1dd 40 mg;
 - > 70 jaar: 1dd 10 mg p.o., bij onvoldoende effect na 1-2 weken ophogen naar 1dd 20 mg p.o.
 - kan ook in druppelvorm; vanwege hogere biologische beschikbaarheid doseringen met 20% verlagen.
- sertraline (tablet of druppelvormstof):
 - startdosering 1dd 25-50 mg p.o., afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1-2 weken in stappen van 50 mg op te hogen tot maximaal 1dd 200 mg;
 - geen dosisaanpassing > 70 jaar.
- mirtazapine:
 - startdosering 1dd 7,5-15 mg p.o., afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1-2 weken in stappen van 15 mg/dag op te hogen tot maximaal 1dd 45 mg;
 - NB sederend effect neemt af bij doseringen > 30 mg/dag;
 - geen dosisaanpassing > 70 jaar.
- venlafaxine:
 - startdosering 1dd 37,5 XR -75 mg XR p.o., afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1-2 weken ophogen met 75 mg/dag tot maximaal 225 mg XR;
 - > 70 jaar: startdosering 1dd 37,5 mg XR, afhankelijk van bijwerkingen en effect na 2 weken ophogen tot maximaal 225 mg XR.
- duloxetine:
 - startdosering 1dd 30 mg, afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1-2 weken ophogen met 30 mg tot maximaal 1dd 90 mg;
 - geen dosisaanpassing > 70 jaar.
- bupropion:
 - startdosering 1dd 150 mg (slow release tablet) in de ochtend, afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1 week op te hogen tot maximaal 450 mg.
- TCA, bij voorkeur nortriptyline:
 - startdosering 2-3dd 25 mg p.o. of 1dd 50 mg a.n., zo nodig met 25 mg om de dag ophogen tot maximaal 2-3dd 50 mg of 150 mg a.n.;
 - > 60 jaar: 10 mg 2-3dd, p.o. zo nodig om de andere dag geleidelijk verhogen met 10-20 mg tot maximaal 150 mg/dag;
 - > 80 jaar en ernstige somatische co morbiditeit en dementie: 1dd 10 mg p.o. en daarna elke 3-4 dagen verhogen met 25 mg/dag, bij 75 mg/dag een plasma concentratie bepalen.
- methylfenidaat:
 - startdosering 2dd 5 mg om 8 en 14 uur; ophogen met 5 mg per dosis tot maximaal 2dd 15 mg.
 - Beoordeel het effect van iedere dosis binnen enkele dagen.
 - Wees voorzichtig bij pre-existente angstsymptomen.

Organisatie van zorg

Vastgesteld: 22-11-2022 Regiehouder: NVvP

Aanbevelingen

Uitgangsvraag

Hoe dienen de coördinatie en continuïteit van zorg bij patiënten in de palliatieve fase met depressie te worden vormgegeven?

Methode: consensus-based

Aanbevelingen

Bij patiënten met depressie in de palliatieve fase:

- Gebruik, indien mogelijk, een individueel zorgplan dat voor iedereen toegankelijk en inzichtelijk is, bij voorkeur digitaal.
 - Leg afspraken over beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorgverleners voor patiënt en naasten vast in het individuele zorgplan.

- Realiseer, wanneer er meerdere zorgverleners betrokken zijn, dat er één regiebehandelaar wordt aangewezen.

De regiebehandelaar of centrale zorgverlener is niet noodzakelijkerwijs een arts, al zal dat vaak wel het geval zijn. Afhankelijk van de omstandigheden en de zorgsector kan ook een zorgverlener van een andere beroepsgroep, bijvoorbeeld een physician-assistant, een verpleegkundig specialist, een verpleegkundige of een andere zorgverlener de rol vervullen.

De regiebehandelaar ziet erop toe dat:

- de continuïteit en de samenhang van de zorgverlening aan de patiënt wordt bewaakt en dat waar nodig een aanpassing van de gezamenlijke behandeling in gang wordt gezet;
 - er een adequate informatie-uitwisseling en voldoende overleg is tussen de bij de behandeling van de patiënt betrokken zorgverleners;
 - er één aanspreekpunt (centrale zorgverlener) voor de patiënt en diens naaste betrekking(en) is voor het tijdig beantwoorden van vragen over de behandeling.
- Zorg ervoor dat op ieder moment in het ziekte-traject duidelijk is wie het eerste aanspreekpunt (centrale zorgverlener) voor de patiënt en diens naaste is, zowel voor het betreffende ziekte-traject als voor de dagelijkse algemene zorg.
 - Bespreek met de patiënt/naasten bij welke problemen welke zorgverlener geraadpleegd kan worden.
 - Richt de zorg in conform de principes van modellen zoals matched care of collaborative care.
 - Zorg als betrokken hulpverleners onderling voor een goede afstemming en overdracht, vooral tussen ziekenhuis, verpleeghuis, hospice, thuiszorg en huisarts.
 - Overweeg deelname aan een multidisciplinaire bespreking, zoals:
 - in de eerste lijn een PaTz-bespreking;
 - in de intramurale setting een multidisciplinair overleg (ziekenhuis, verpleeghuis of elders);
 - in de regio in een regionaal oncologienetwerk.
 - Overweeg bij moeilijk behandelbare depressie consultatie van een multidisciplinair consultatieteam palliatieve zorg in. In de eerste en tweede lijn een multidisciplinair consultatieteam palliatieve zorg via stichting PZNL en in een instelling een multidisciplinair team palliatieve zorg (<https://palliaweb.nl/zorgpraktijk/consultatie>).
 - Overweeg laagdrempelig verwijzing naar professionals die ervaring hebben met palliatieve zorg en behandeling van depressie:
 - Verpleegkundig specialist (bijv. palliatieve zorg/oncologie/neurologie) of physician assistant;
 - Palliatieve (thuis)zorg;
 - Praktijkondersteuner huisarts;
 - Psycholoog;

- Psychiater;
 - Psychiatrisch verpleegkundige/SPVer;
 - Geestelijk verzorger (<https://geestelijkeverzorging.nl>);
 - Maatschappelijk werker;
 - Kaderarts palliatieve zorg;
 - Specialist ouderengeneeskunde (in eerste lijn of intramuraal) of klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde (intramuraal);
 - Vaktherapeuten en paramedici (bijv. creatief therapeut of muziektherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut).
- Verwijs bij het vermoeden van een depressie in engere zin of suïcidaliteit naar een psychiater.
 - Maak desgewenst gebruik van de [Palliatieve Zorgzoeker](#) voor het vinden van professionals werkzaam in de palliatieve zorg, zoals bijvoorbeeld geestelijk verzorgers, mantelzorg ondersteuning, psychologen etc. of van de digitale [verwijsgids kanker](#). Hierbij wordt geadviseerd de zoekterm 'depressie' te gebruiken.



Referenties



Andersen BL, DeRubeis RJ, Berman BS, Gruman J, Champion VL, Massie MJ, Holland JC, Partridge AH, Bak K, Somerfield MR, Rowland JH; American Society of Clinical Oncology. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *J Clin Oncol.* 2014 May 20;32(15):1605-19.

Huffman JC, Adams CN, Celano CM. Collaborative Care and Related Interventions in Patients With Heart Disease: An Update and New Directions. *Psychosomatics.* 2018 Jan-Feb;59(1):1-18. doi: 10.1016/j.psych.2017.09.003. Epub 2017 Sep 18.

Eizenga WH, De Bont M, Vriezen JA, Jobse AP, Kruyt JE, Lampe IH, et al. Landelijke eerstelijns samenwerkingsafspraken palliatieve zorg. *Huisarts en Wetenschap* 2006;49:308-312.

FMS 2019 Kwaliteitsstandaard Psychosociale zorg bij somatische aandoeningen.

IKNL/Palliactief. Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland. 2017;1-70.

Keitner et al., 2006 Keitner GI, Ryan CE, Solomon DA. Realistic expectations and a disease management model for depressed patients with persistent symptoms. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(9):1412-21. PubMed PMID: 17017828.

van Krugten FC, Kaddouri M, Goorden M, van Balkom AJ, Bockting CL, Peeters FP, Hakkaart-van Roijen L; Decision Tool Unipolar Depression (DTUD) Consortium. Indicators of patients with major depressive disorder in need of highly specialized care: A systematic review. *PLoS One.* 2017 Feb 8;12(2):e0171659.

KNMG. Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. 2022. Beschikbaar op <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/verantwoordelijkheidsverdeling.htm> [bezoekt op 3 augustus 2022].

Landelijk Overleg PSOZ. Visie psychosociale oncologische zorg op maat: kansen en knelpunten. Versie 2.0. 2015. Beschikbaar op [Visie psychosociale oncologische zorg op maat \(nvpo.nl\)](#) [bezoekt op 3 augustus 2022].

Li M, Kennedy EB, Byrne N, Gerin-Lajoie C, Katz MR, Keshevarz H, Sellick S, Green E. Systematic review and meta-analysis of collaborative care intervention for depression in patients with cancer. *Psychooncology.* 2017 May;26(5):573-587.

Muntingh AD, van der Feltz-Cornelis CM, van Marwijk HW, Spinhoven P, van Balkom AJ. Collaborative care for anxiety disorders in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Fam Pract.* 2016 Jun 2;17:62. doi: 10.1186/s12875-016-0466-3. PMID: 27250527; PMCID: PMC4890271.

Psychosociale oncologische zorg, Landelijk Overleg Paramedische en Psychosociale Oncologische Zorg (LOPPSOZ), visiedocument 2015.

Literatuurbespreking

Voor deze uitgangsvraag is geen systematisch literatuuronderzoek verricht.

Overwegingen

In het palliatieve zorgtraject zijn vaak meerdere zorgverleners bij een patiënt betrokken en vindt de zorg in verschillende settings plaats. Dit vraagt om goede coördinatie van de zorg, goede overdracht, documentatie en afspraken over beschikbaarheid en bereikbaarheid [Eizenga 2017, IKNL/Palliactief 2017]. Palliatieve zorg omvat altijd meerdere domeinen. Hoe meer vragen/problemen zich op meer dan één van de domeinen voordoen, des te meer is er noodzaak van samenwerking met en/of verwijzing naar andere hulpverleners/disciplines.

De mogelijkheden (en haalbaarheden) in organisatie van zorg zijn afhankelijk van de setting (eerste -of tweedelijns). Waar een tweedelijns organisatie beschikt over een team van deskundigen op diverse gebieden onder hetzelfde dak (verpleegkundig specialist, diverse medisch specialisten, psychologen, maatschappelijke hulpverleners, geestelijke verzorgers, fysiotherapeuten, ergotherapeuten), beschikt een eerstelijns hulpverlener over een andere inzet van hulpverleners binnen de regio (huisarts, thuiszorg, verpleegkundig specialist, fysiotherapeut aan huis, mantelzorgers, maatschappelijk werk, POH GGZ, geestelijk verzorgers), waarin ook beschikbaarheid en variabiliteit per regio een rol spelen. Dit maakt dat er soms een verschil is in de haalbaarheid van de organisatie van zorg. In elke regio is het anders. Wij adviseren om onze aanbevelingen na te streven afhankelijk van de mogelijkheden binnen de setting.

Ook in de kwaliteitsstandaard Psychosociale Zorg bij somatische ziektes wordt beschreven wat goede psychosociale zorg is en op welke wijze die geleverd moet worden [FMS 2019].

Het Kwaliteitskader Palliatieve zorg Nederland [IKNL/Palliactief 2017] geeft ten aanzien van coördinatie en continuïteit de volgende standaarden aan:

- Er wordt indien mogelijk gebruik gemaakt van een **individueel zorgplan**, bij voorkeur digitaal, dat voor zowel de zorgverleners als de patiënt toegankelijk en inzichtelijk is. In het individueel zorgplan worden de waarden en de wensen van de patiënt beschreven en beslissingen over in te zetten behandelingen of wijzigingen in de zorg vastgelegd. Hierin kunnen ook afspraken worden vastgelegd over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorgverleners voor patiënt en mantelzorger. Hiervoor kan indien gewenst gebruik worden gemaakt van het zorgplanningsformulier van Palliaweb (<https://palliaweb.nl/overzichtspagina-hulpmiddelen/uniform-vastleggen-proactieve-zorgplanning>).
- Rondom de patiënt en diens naasten wordt een **persoonlijk en dynamisch team van zorgverleners** gevormd waarbij afspraken worden gemaakt over bereikbaarheid. Beschikbare voorzieningen en expertise worden daadwerkelijk benut en ingeschakeld. Noodzakelijke transfers dienen naadloos te verlopen. Dit team werkt op basis van het individuele zorgplan.

De aard en de complexiteit van palliatieve zorg maakt dat er binnen het multidisciplinaire team één zorgverlener aangewezen dient te worden die de regio voert. Dit is de **regiebehandelaar** [KNMG 2022]. Zodra er meer dan één zorgverlener is betrokken, bespreek dan met elkaar wie de regiebehandelaar wordt. Voor de mogelijkheden in behandeling en ondersteuning is de regiebehandelaar veelal afhankelijk van de beschikbaarheid van ondersteunende diensten binnen zijn/haar netwerk.

De regiebehandelaar kan een arts zijn, maar ook een physician assistant, een verpleegkundig specialist, een verpleegkundige of een andere zorgverlener [KNMG 2022]. De regiebehandelaar is vaak ook degene die het zorgplan maakt.

In de eerste lijn en in de verpleeghuissetting wordt het individuele zorgplan vaak opgesteld door een

verpleegkundige/thuiszorg. De zorgverlener die de regie voert ziet er in ieder geval op toe, dat:

- De continuïteit en de samenhang van de zorgverlening aan de patiënt wordt bewaakt en dat waar nodig een aanpassing van de behandeling in gang wordt gezet;
- Er een adequate informatie-uitwisseling en voldoende overleg is tussen de bij de behandeling van de patiënt betrokken zorgverleners;
- Er een **centrale zorgverlener** wordt aangewezen die fungeert als vast aanspreekpunt voor de patiënt of diens vertegenwoordiger en/of naasten voor het tijdig beantwoorden van vragen over de behandeling. De regiebehandelaar, hoeft niet zelf het vaste aanspreekpunt te zijn en alle vragen te kunnen beantwoorden, maar moet wel de weg naar de antwoorden weten te vinden. Wie de centrale zorgverlener is kan wisselen in verschillende fases van het ziekteproces.

Uitgangspunt is dat elke zorgverlener die bij de behandeling is betrokken een eigen professionele verantwoordelijkheid heeft en houdt jegens die patiënt.

Zorg ervoor dat op ieder moment in het ziekte-traject duidelijk is wie het eerste aanspreekpunt (centrale zorgverlener) voor de patiënt en diens naaste is, zowel voor het betreffende ziekte-traject als voor de dagelijkse algemene zorg. Leg afspraken vast over beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorgverleners voor patiënt en naaste vast in het individueel zorgplan.

Bij ernstige depressieve klachten, jonge leeftijd, een eerdere slechte respons op behandeling, psychiatrische co-morbiditeit, somatische co-morbiditeit, jeugdtrauma, verminderd psychosociaal functioneren, oude leeftijd en lage sociaaleconomische status is vaker verwijzing naar gespecialiseerde zorg noodzakelijk [Van Krugten 2017]. De werkgroep is van mening dat bij patiënten met depressie in een palliatief zorgtraject laagdrempelig verwijzing naar specialistische zorg gewenst is. De ASCO-richtlijn [Andersen 2014] adviseert om patiënten voor psychosociale interventies te verwijzen naar getrainde professionals, met ervaring in de oncologische setting die bewezen effectieve behandelingen aanbieden. Hiervoor kan verwezen worden naar de volgende zorgverleners:

- Verpleegkundig specialist of physician assistent (bijv. palliatieve zorg/oncologie/neurologie): voor intensievere begeleiding/contact vanuit het betreffende vakgebied;
- Palliatieve (thuis)zorg: voor ondersteuning bij o.a. ADL zorg en medicatie inname, maar ook voor medisch technische handelingen in de 1ste lijn;
- Praktijkondersteuner huisarts: voor laagdrempelig contact in de 1ste lijn;
- Psycholoog: voor diagnostiek en behandeling, zowel intramuraal (in ziekenhuis/zorgcentrum) als in de eerste lijn;
- Psychiater: bij depressie in engere zin en/of suicidaliteit;
- Psychiatrisch verpleegkundige/SPVer: voor ambulante begeleiding;
- Bij kwetsbare ouderen en/of neurocognitieve problematiek: specialist ouderengeneeskunde (in eerste lijn of intramuraal) of klinisch geriatr/internist ouderengeneeskunde (intramuraal);
- Geestelijk verzorger: bij zingeving en levensvragen. In de eerste lijn kan gebruikgemaakt worden van de site <https://geestelijkeverzorging.nl/> voor een professional in de buurt;
- Maatschappelijk werker: voor steun, rouwverwerking en allerlei praktische zaken (bijv. juridisch/financieel);
- Vaktherapeut (bijv. creatief therapeut of muziektherapeut): om patiënten te helpen met het uiten van emoties en het verwerken van traumatische of ingrijpende ervaringen. Vaktherapeuten worden met name intramuraal ingezet;
- Paramedici (bijv. psychosomatisch fysiotherapeut).

Maak desgewenst gebruik van de [Palliatieve Zorgzoeker](#) voor het vinden van professionals werkzaam in de palliatieve zorg zoals bijvoorbeeld: geestelijk verzorgers, mantelzorg ondersteuning, psychologen etc. of van de digitale [verwijsgids kanker](#). Hierbij wordt geadviseerd de zoekterm 'depressie' te gebruiken.

De mogelijkheden van behandeling/ondersteuning kunnen verschillen tussen de eerste-, tweede- en derde-lijns zorg. Overweeg bij moeilijk behandelbare depressie consultatie van een multidisciplinair consultatieteam palliatieve zorg. In de eerste lijn zijn zogenaamde PaTz-groepen (palliatief thuiszorgoverleg) actief. In de eerste en tweede lijn is er de mogelijkheid tot telefonische consultatie van een multidisciplinair consultatieteam palliatieve zorg via Stichting PZNL (<https://palliaweb.nl/zorgpraktijk/consultatie>). In de tweede en derde lijn zijn vaak

intramurale consultatieteams palliatieve zorg beschikbaar.

Het [Kwaliteitskader Palliatieve zorg Nederland](#) [IKNL/Palliactief 2017] benadrukt verder het belang van:

- Goede en continue bereikbaarheid van zorgverleners;
- Multidisciplinair overleg en (lijnloze) samenwerking;
- Het werken met protocollen, richtlijnen en zorgpaden.

Naar de mening van de werkgroep lijkt het geen twijfel dat de bovengenoemde standaarden en criteria ook gelden voor patiënten in de palliatieve fase met depressie.

Coördinatie van zorg kan onder andere vorm krijgen door laagdrempelig multidisciplinair of transmuraal overleg, bijvoorbeeld door deelname aan een zogenaamde PaTz-groep, waarin huisartsen en wijkverpleegkundigen op gestructureerde wijze bespreken hoe de zorg aan patiënten in de palliatieve fase vormgegeven kan worden (<https://www.patz.nu/>) of aan een regionaal oncologienetwerk. In intramurale instellingen kan deelgenomen worden aan een bespreking van het multidisciplinaire consultatieteam palliatieve zorg, medisch specialisten kunnen advies vragen in een MDO.

Zorgverlening conform matched care en collaborative care

Definities

Matched care is het afstemmen van de behandeling op kenmerken van de patiënt, zoals de aard en ernst van de problematiek, cognitieve en sociale vaardigheden, omgevingsfactoren en wensen en behoeften van de patiënt. Belangrijk is dat de patiënt zo snel mogelijk bij de juiste hulpverlener komt en de juiste behandeling krijgt, ter voorkoming van onder- of overbehandeling.

Collaborative care is een behandelmodel waarin hulpverleners uit verschillende disciplines (lijnloos) samenwerken om tijdige en passende zorg aan de patiënt te bieden en daarmee de zorg voor de patiënt zo goed mogelijk uit te voeren. Dit model is effectiever dan reguliere zorg bij mensen met depressie en kanker [Li 2017]. De casemanager coördineert de behandeling in samenwerking en afstemming met andere betrokken disciplines, zoals bijvoorbeeld de medisch specialist, huisarts en psycholoog [Muntingh 2016].

Voor het inzetten van passende zorg is het belangrijk dat zorgverleners en patiënten bekend zijn met het lokale zorgaanbod ten behoeve van depressie in de palliatieve fase, zowel in hun eigen netwerk, de eigen zorginstelling als in de regio. Met andere woorden: wat wordt waar en door wie geboden met welke specifieke deskundigheid. Dit zorgt ervoor dat – samen met de patiënt – gekozen kan worden voor zorg en ondersteuning passend bij de vraag van de patiënt; conform de principes van collaborative en matched care [Huffman 2018 Keitner 2006].

Bij modellen voor collaborative care wordt uitgegaan van langere periodes van ziekte waarin behandeling en ondersteuning noodzakelijk zijn en (lijnloze) samenwerking tussen zorgverleners - uit verschillende disciplines - in het aanbieden van deze zorg benodigd is om de zorg voor de patiënt zo goed mogelijk uit te voeren. Deze zorg wordt in een vroeg stadium proactief geboden bij voorkeur dichtbij de patiënt. De centrale zorgverlener, bijvoorbeeld een verpleegkundige of verpleegkundig specialist, coördineert de zorg. Hierbij worden veelal principes van matched care toegepast, waarbij het monitoren van klachten en zorgbehoefte centraal staat, evenals doorverwijzen naar passende zorg of ondersteuning waar nodig [[Landelijk overleg PSOZ 2015](#)].

Bijlagen

Vastgesteld: 22-11-2022 Regiehouder: NVvP



Verantwoording



Autorisatiedatum en geldigheid

Deze richtlijn is goedgekeurd op 22 november 2022. De eigenaars van de richtlijn moeten kunnen aantonen dat de richtlijn zorgvuldig en met de vereiste deskundigheid tot stand is gekomen.

Bij voorkeur beoordelen de eigenaars jaarlijks de (modules van de) richtlijn op actualiteit. Zo nodig wordt de richtlijn tussentijds op onderdelen bijgesteld. De geldigheidstermijn van de richtlijn is maximaal 5 jaar na vaststelling. Indien de inhoud dan nog actueel wordt bevonden, wordt de geldigheidsduur verlengd. De geldigheid van de (modules van de) richtlijn komt eerder te vervallen, indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn tot (modulaire) herziening. IKNL draagt gedurende de hele geldigheidsduur zorg voor het beheer en de ontsluiting van deze richtlijn.

Initiatief en betrokken verenigingen

Initiatief

Agendacommissie richtlijnen palliatieve zorg (KNMG/IKNL)
IKNL (Integraal Kankercentrum Nederland)

Regiehouder

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVP) is als regiehouder van deze richtlijn de eerstverantwoordelijke voor de actualiteit van (de modules van) deze richtlijn en daarmee de eerstverantwoordelijke om bij te houden of de richtlijn geüpdatet moet worden.

Eigenaarschap

Het eigenaarschap van deze richtlijn ligt bij de beroeps- en wetenschappelijke verenigingen die de herziening hebben uitgevoerd en de richtlijn hebben geautoriseerd.

Autoriserende/instemmende en/of bij de richtlijnwerkgroep betrokken verenigingen

Beroepsvereniging voor Professionals in Sociaal Werk (BPSW)
Longfonds
MS Vereniging
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)
Nederlandse Vereniging Psychosociale Oncologie (NVPO)
Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)
Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NWC)
Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVP) - regiehouder
Parkinson Vereniging
Patiëntenfederatie Nederland
Taskforce Cancer Survivorship Care
Vereniging van Geestelijk VerZorgers (VGVZ)

Verenso, vereniging van specialisten ouderengeneeskunde
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

Procesbegeleiding en verantwoording

IKNL (Integraal Kankercentrum Nederland) is het kennis- en kwaliteitsinstituut voor professionals en bestuurders in de oncologische en palliatieve zorg dat zich richt op het continu verbeteren van de oncologische en palliatieve zorg.

IKNL benadert preventie, diagnose, behandeling, nazorg en palliatieve zorg als een keten waarin de patiënt centraal staat. Om kwalitatief goede zorg te waarborgen ontwikkelt IKNL producten en diensten ter verbetering van de oncologische zorg, de nazorg en de palliatieve zorg, zowel voor de inhoud als de organisatie van de zorg binnen en tussen instellingen.

Daarnaast draagt IKNL nationaal en internationaal bij aan de beleidsvorming op het gebied van oncologische en palliatieve zorg.

IKNL rekent het (begeleiden van) ontwikkelen, implementeren en evalueren van multidisciplinaire, evidence based richtlijnen voor de palliatieve zorg tot een van haar primaire taken. IKNL werkt hierbij conform de daarvoor geldende (inter)nationale kwaliteitscriteria. Bij ontwikkeling gaat het in toenemende mate om onderhoud (modulaire revisies) van reeds bestaande richtlijnen.

Financiering en juridische betekenis

Deze richtlijn(module) is gefinancierd door ZonMW. De inhoud van de richtlijn(module) is niet beïnvloed door de financierende instantie.

Een richtlijn is een kwaliteitsstandaard. Een kwaliteitsstandaard beschrijft wat goede zorg is, ongeacht de financieringsbron (Zorgverzekeringswet (Zw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de cliënt/patiënt). Opname van een kwaliteitsstandaard in het Register van Zorginstituut Nederland betekent dus niet noodzakelijkerwijs dat de in de kwaliteitsstandaard beschreven zorg verzekerde zorg is.

De richtlijn bevat aanbevelingen van algemene aard. Het is mogelijk dat deze aanbevelingen in een individueel geval niet van toepassing zijn. Er kunnen zich feiten of omstandigheden voordoen waardoor het wenselijk is dat in het belang van de patiënt van de richtlijn wordt afgeweken. Wanneer wordt afgeweken, dient dit beargumenteerd gedocumenteerd te worden in het dossier van de patiënt. De toepassing van de richtlijnen in de praktijk is de verantwoordelijkheid van elke zorgverlener, zowel BIG-geregistreerd als niet BIG-geregistreerd.



Samenstelling werkgroep



Alle werkgroepleden zijn afgevaardigd namens wetenschappelijke en beroepsverenigingen en hebben daarmee het mandaat voor hun inbreng. Bij de samenstelling van de werkgroep is geprobeerd rekening te houden met landelijke spreiding, inbreng van betrokkenen uit zowel academische als algemene ziekenhuizen/instellingen en vertegenwoordiging van de verschillende verenigingen/disciplines. Het patiëntenperspectief (zie ook Bijlage 4 Inbreng patiëntenperspectief) is vertegenwoordigd door de Patiëntenfederatie Nederland in de richtlijnwerkgroep en afvaardiging van de Parkinson Vereniging, en MS Vereniging als klankbordleden.

Bij de uitvoer van het literatuuronderzoek is literatuuronderzoeker betrokken.

Werkgroepleden

- Dhr. dr. A. de Graeff, vicevoorzitter richtlijnwerkgroep, internist-oncoloog en hospice-arts, NIV
- Mevr.dr. F.B. van Heest, huisarts, NHG (vanaf mei 2021)
- Mevr. dr. M. van den Heuvel, cardioloog, NWC
- Mevr. dr J.G.F.M. Hovens, voorzitter richtlijnwerkgroep, psychiater, NWP

- Mevr. H.H. van der Kroon, klinisch geriater, NVKG
- Mevr. drs. H.A.M. van Maanen, huisarts, NHG (werkgroeplid tot juni 2021)
- Mevr. A.M. Marsman, wijkverpleegkundige, V&VN (werkgroeplid tot jan. 2021)
- Mevr. drs. E.C. van der Meer, specialist ouderengeneeskunde, Verenso
- Mevr. A. Mooij, adviseur Patiëntbelang, Patiëntenfederatie Nederland (werkgroeplid tot jan. 2022)
- Mevr. dr. E. van Valen, GZ-psycholoog, NIP
- Mevr. P. Masman, adviseur Patiëntenbelang, Patiëntenfederatie Nederland (werkgroeplid tot feb. 2021)
- Mevr. dr. A. Visser, universitair docent Geestelijke Verzorging, VGVZ
- Mevr. dr. F.E. de Vries, voorzitter, psychiater en onderzoeker, NWP (voorzitter tot feb. 2021)
- Mevr. D. van Wijngaarden, verpleegkundig specialist, V&VN (werkgroeplid van feb. 2021 tot juli 2021)

Klankbordleden

- Mevr. N. Claassen, huisarts en wetenschappelijk medewerker, NHG
- Mevr. K.M. Efthymiou, anesthesioloog-pijnarts, NVA
- Mevr. L. Emmaneel, gedifferentieerd verpleegkundige palliatieve zorg, V&VN
- Mevr. drs. M.M. van het Hoofd, beleidsmedewerker, Parkinson Vereniging
- Mevr. C. ter Huurne, verpleegkundig specialist, V&VN
- Mevr. dr. C.R.M. Lammens, secretaris, Taskforce Cancer Survivorship Care
- Mevr. J.L. van Nus-Stad, maatschappelijk werker, BPSW
- Mevr. drs. P.E.J. van Pol, cardioloog, NWC
- Mevr. A. Rothengatter-Ophof, anesthesioloog-pijnarts, NVA
- Dhr. C. Schouten, ervaringsdeskundige, MS Vereniging
- Mevr. dr. C.R. Tulner, klinische geriater, NVKG
- Mevr. drs. J. van der Velden, huisarts n.p., Pharos
- Mevr. dr. F.E. de Vries, psychiater en onderzoeker, NWP
- Mevr. D. van Wijngaarden, verpleegkundig specialist, V&VN

Ondersteuning

- Mevr. F.M. Godrie, procesbegeleider, adviseur palliatieve zorg, IKNL (tot mei 2022)
- Mevr. L.K. Liu, secretaresse, IKNL
- Mevr. dr. C.H. Stoop, procesbegeleider, adviseur palliatieve zorg, IKNL
- Mevr. B. Vogelaar, literatuuronderzoeker, Trimbos Instituut
- Mevr. drs. S. Wieggersma, adviseur palliatieve zorg, IKNL (vanaf mei 2022)



Belangenverklaringen



Om de beïnvloeding van de richtlijnontwikkeling of formulering van de aanbevelingen door conflicterende belangen te minimaliseren zijn de leden van de werkgroep gemandateerd door de wetenschappelijke en beroepsverenigingen. Alle leden van de richtlijnwerkgroep en klankbordgroep hebben verklaard onafhankelijk gehandeld te hebben bij het opstellen van de richtlijn. Een onafhankelijkheidsverklaring 'Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling' zoals vastgesteld door onder meer de KNAW, KNMG, Gezondheidsraad, CBO, NHG en Orde van Medisch Specialisten is door de werkgroepleden bij aanvang en bij afronding van het traject ingevuld. De bevindingen zijn schriftelijk vastgelegd in de belangenverklaring en opvraagbaar via richtlijnen@iknl.nl.



Inbreng patiëntperspectief



Het patiëntperspectief is vertegenwoordigd door de Patiëntenfederatie Nederland in de richtlijnwerkgroep en afvaardiging van de Parkinson Vereniging en MS Vereniging als klankbordleden. De input van patiëntvertegenwoordigers is nodig voor de ontwikkeling van kwalitatief goede richtlijnen. Goede zorg voldoet immers aan de wensen en eisen van zowel zorgverlener als patiënt.

Door middel van onderstaande werkwijze is informatie verkregen en zijn de belangen van de patiënt meegenomen:

- Bij aanvang van het richtlijntraject hebben de patiëntvertegenwoordigers knelpunten aangeleverd.
- De Patiëntenfederatie heeft diepte-interviews gehouden bij patiënten en naasten.
- De patiëntvertegenwoordigers hebben de conceptteksten beoordeeld om het patiëntenperspectief in de formulering van de definitieve tekst te optimaliseren.
- Patiëntenfederatie Nederland, Parkinson Vereniging, Longfonds en MS Vereniging zijn geconsulteerd in de externe commentaarroude.
- Patiëntenfederatie Nederland, Parkinson Vereniging, Longfonds en MS Vereniging hebben ingestemd met de inhoud van de richtlijn.
- Patiënteninformatie/een patiëntensamenvatting wordt opgesteld en gepubliceerd op de daarvoor relevante sites.



Methode



Zie [bijlage Methode \(PDF\)](#).



Zoekverantwoording en beoordeling



Zie [bijlage Zoekverantwoording en beoordeling \(PDF\)](#).



Kennislacunes



Van een kennislacune wordt gesproken als na kennissynthese geconstateerd wordt dat een gebrek aan kennis het maken van de afweging van gewenste en ongewenste effecten belemmert. De volgende vormen van kennislacunes kunnen worden onderscheiden [IQ healthcare 2013]:

- Er is geen gepubliceerd onderzoek gevonden dat aansluit op de geformuleerde uitgangsvraag (mits er optimaal gezocht is);
- Het gevonden onderzoek (één of meerdere studies) was van onvoldoende kwaliteit, vanwege
 - Lage bewijskracht van het gebruikte onderzoekdesign (bijvoorbeeld observationeel of niet-vergelijkend onderzoek bij therapeutische interventies);
 - De schatting van de effectmaat of -maten is niet precies (breed betrouwbaarheidsinterval), bijvoorbeeld doordat het onderzoek te klein in omvang was;
 - De onderzoeksresultaten zijn inconsistent, waardoor geen goede conclusie kan worden getrokken over het effect en de effectgrootte;
 - Het bewijs is indirect, door het gebruik van een andere patiëntenpopulatie dan waar de richtlijn op

- van toepassing is, andere uitkomst of andere determinanten of door uitsluitend indirecte vergelijkingen;
- o Er is een grote kans op rapportage- of publicatiebias (bijvoorbeeld door een sterke mate van belangenverstremming).

De geformuleerde kennislacunes zullen door stichting PALZON worden beoordeeld op basis van onder andere:

- al lopend onderzoek op het gebied;
- hoe goed de lacune te onderzoeken is.

Deze informatie is op te vragen bij IKNL (richtlijnen@iknl.nl).

Kennislacunes in de richtlijn 'Depressie in de palliatieve fase'

De richtlijnwerkgroep heeft tijdens het proces van richtlijnontwikkeling kennislacunes verzameld voor de richtlijn 'Depressie in de palliatieve fase'.

Communicatie

Overgenomen uit Engel [2021]: Deze kennissynthese laat ook duidelijk een aantal lacunes in kennis over effectieve communicatie vanuit het perspectief van patiënten en naasten zien. Zo richtten de meeste aangetroffen studies zich op communicatie met artsen in een ziekenhuissetting en vonden we weinig studies over andere settings en andere disciplines. Voorts ging het meestal over geplande communicatie en is er weinig onderzoek gedaan naar ongeplande communicatie, of naar communicatie met verpleegkundigen en verzorgenden. Onduidelijk is ook of er verschil is in de kwaliteit van de communicatie tussen specialistische en generalistische zorgverleners. Ook troffen we weinig studies aan over patiënten met andere aandoeningen dan kanker of over kwetsbare ouderen. Diversiteit van patiënten en naasten komt maar zelden tot uitdrukking. Naast drie artikelen over patiënten of naasten uit een niet-westerse cultuur troffen we geen artikelen aan waarin aandacht was voor diversiteit, bijvoorbeeld in religie, sociaaleconomische achtergrond, seksuele geaardheid of gezondheidsvaardigheden.

Tot slot vonden we maar enkele interventiestudies waarin ervaringen en perspectieven van patiënten en naasten met betrekking (elementen uit) specifieke communicatie-methodieken zijn onderzocht.

Vroege inzet palliatieve zorg

Een vroege interventie door een palliatief team of expert zou een klein positief effect kunnen hebben op depressieve symptomen bij patiënten in de palliatieve fase. Geen van de studies is echter in Nederland verricht. Daarom is het onzeker of de resultaten van de studies ook toepasbaar zijn in Nederland.

Screening

Er zijn geen gerandomiseerde studies gevonden die het effect van screening op depressie bij patiënten met depressie in de palliatieve fase hebben onderzocht.

Psychosociale interventies

De wetenschappelijke evidentie voor de inzet van psychosociale interventies bij depressie bij patiënten in de palliatieve fase van een somatische ziekte is nog in ontwikkeling. Het meeste wetenschappelijke onderzoek is gedaan in patiëntenpopulatie met kanker en in veel mindere mate bij andere patiëntenpopulaties. Er zijn weinig trials van goede kwaliteit waarbij patiënten gerandomiseerd worden toegewezen aan een conditie. Om verschillende behandelingen met elkaar te kunnen vergelijken zijn RCT's nodig met meerdere armen, deze informatie is tot nu toe afwezig.

Eveneens is het van belang om ook de combinatie met medicamenteuze interventies te onderzoeken. Daarnaast zou het wenselijk zijn om te weten of de ernst van depressie een factor voor indicatiestelling is, mogelijk in combinatie met de verwachte levensduur.

Medicamenteuze behandeling

Er is beperkte evidentie voor het effect van antidepressiva en psychostimulantia bij patiënten in de palliatieve fase. Het kwaliteit van bewijs van de gevonden studies is zeer laag, met uitzondering van methyphenidaat waar het kwaliteit van bewijs laag was.



Communicatie- en implementatieplan



Zie [bijlage Communicatie- en implementatieplan \(PDF\)](#).



Afkortingen en begrippen



Zie [bijlage Afkortingen en begrippen \(PDF\)](#).