

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

1. Wat is de prevalentie van angst en depressie in de palliatieve fase?
  1. Voor angst: tussen 13 en 79 % van de patiënten bij vergevorderde ziekte
  2. Voor depressie: tussen 10 en 15 % van de patiënten
2. Hoe verklaart je de variatie in de opgegeven cijfers?
  1. Verschillende patiënten groepen met verschillende soorten aandoeningen
  2. Verschillende ziekte stadia
  3. Verschillende meetmethoden en meetinstrumenten
3. Hoe kan men deze twee diagnoses in de palliatieve fase stellen, wat zijn de sterke en zwakke kanten van de methode(s) die u gevonden heeft?
  1. HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) screeningsvragenlijst:
    1. Sterk: zeer sensitief (weinig depressies zullen gemist worden), verschaft snel informatie over gemoedstoestand van patiënt en eventueel zijn naasten
    2. Zwak: weinig specifiek, geeft veel vals positieve resultaten
  2. In de huisartsenpraktijk: 4DKL, vier dimensionele klachtenlijst
    1. Sterk: digitaal beschikbaar via een website en meet vier dimensies van psychopathologie: distress, depressie, angst en somatisatie
    2. Zwak: voornamelijk voor de huisartsenpraktijk, en je moet over een computer beschikken als patiënt
4. Filosoof Rene Gudé vertelt dat er 3 grote emoties zijn; angst, woede en verdriet. Benoem in elke dimensie van palliatieve zorg een aantal punten die verdriet veroorzaken volgens de geïnterviewden. En hoort volgens u verdriet thuis bij angst of depressie?

Antwoord: Fysiek: dingen niet meer kunnen (knoop dichtmaken), lichaam takelt af. Psychisch: over naar tragiek, verdriet is proportioneel, niet meer bij je geliefden zijn. Sociaal: er niet meer bij te zijn, niet meer meedoen, ontroering, niet meer bij life events van geliefden zijn. Existentieel: zonde dat het leven weggaat, leven is heel leuk.
5. Probeert u zich in te leven in een patiënt die weet een dodelijke ziekte te hebben, wat zou jou dan angstig of neerslachtig maken? Benoem minimaal 5 aspecten.
  1. Het moeten loslaten van wat bekend is.
  2. Schrik voor het onbekende – het lijden.
  3. Bezorgdheid om de omgeving en familie: wat gaat er met hen verder gebeuren.
  4. Angst voor de aftakeling: pijn en lastige symptomen.
  5. Uitzichtloosheid en eventueel ondraaglijkheid van de situatie.
6. Welke oorzaken en risicofactoren voor depressie in de palliatieve fase worden in de richtlijn genoemd. In welke globale categorieën kunt u deze indelen?
  1. Predisponerende factoren:
    1. Leeftijd
    2. Geslacht
    3. Middelen misbruik
    4. Persoonlijkheidskenmerken
    5. Eenzaamheid en gebrek aan steun
    6. Eerdere major life events
    7. Eerdere depressie doorgemaakt
    8. Familiaire belasting
  2. Risicofactoren:
    1. Pijn die onvoldoende onder controle is

2. Fysieke beperkingen
  3. Neurologische aandoeningen
  4. Endocrinologische aandoeningen
  5. Hart- en vaatziekten
  6. Nierziekten
  7. Auto-immuunziekten
  8. Infectieziekten
  9. Bij kanker: hersenmetastasen, soort kanker, hypercalciëmie, oncologische ulcera, mutilerende ingrepen, radiotherapie, hormonale therapie, chemotherapie, immunotherapie
  10. Medicatie: antihypertensiva, antiarrhythmica, anticholesterolmiddelen, hormonen, antibiotica, H2-receptor antagonisten, anti-epileptica, psychofarmaca
7. Wat zou jij als professional kunnen doen aan de reacties die je bij vraag 4 benoemd hebt?
1. Regelmatig screenen
  2. Multidimensionele diagnostiek
  3. Regelmatig gesprek en evaluatie, liefst ten huize van patiënt zodat ook de naasten betrokken kunnen worden
  4. Hulp inroepen van deskundige collega's zodra je problemen detecteert in een van de vier dimensies: somatisch, psychosociaal of spirituele problemen
  5. Ondersteuning en bereikbaarheid bieden
  6. Een advance care plan opstellen samen met patiënt en naasten
8. Welke niet-medicamenteuze interventies zijn benoemd op "pallialine"? Zie je deze terug in jouw antwoorden?
1. Emotionele interventies o.a. met aandacht voor zingeving
  2. Gedragmatige en cognitieve interventies:
    1. Activeren en stimuleren
    2. Achterhalen welke gedachten spelen
    3. Informeren
    4. Problem solving treatment
    5. Mee bewegen met de patiënt en hulp bieden
  3. Sociale interventies
    1. Gezamenlijke activiteiten
    2. Betrokkenheid bieden van zorgverleners
    3. Inzetten van informele zorg door middel van vrijwilligers
    4. Regelmatig contact en huisbezoek
9. In welke gevallen zijn medicamenteuze interventies voor angst en depressie geïndiceerd?
1. Bij een depressie die niet reageert op de niet-medicamenteuze ondersteuning
  2. In functie van mogelijke bijwerkingen en interacties met andere noodzakelijke medicamenten
  3. bij suïcidaliteit en psychotische depressies (ook psychiater inroepen)
  4. bij aanpassing stoornissen met depressieve stemming niet reagerend op niet-medicamenteuze ondersteuning
10. Bestudeer de verschillende antidepressiva genoemd in de richtlijn.
1. Op basis waarvan zou je een keuze maken voor een bepaald middel?
    1. Tricyclische antidepressiva:

1. Hebben vaak zeer gewenste neveneffecten (slaap bevordering) en pijnverlichting
  2. Veroorzaken wel droge mond, obstipatie, urineretentie en wazig zien, soms orthostatische hypotensie, delier
  3. Gecontra-indiceerd bij recent hart infarct (geleidingsblok!) en soms bij hoofd-halstumoren waarbij extreme droge mond niet verdragen wordt
2. Moderne antidepressiva: selectieve serotonine heropnameremmers
    1. Gelijke werkzaamheid als TCA
    2. Let op: interacties met andere medicatie (cytochroom P-450)
    3. Vooral: citalopram, escitalopram en sertraline zijn geschikt
    4. Mirtazapine heeft sederende en eetlust bevorderende bijwerkingen wat in de oncologie vaak een voordeel is.
  3. Wekamine zoals methylfenidaat:
    1. Werken zeer snel en geven daardoor duidelijkheid in diagnose
    2. Gunstig bij sufheid en concentratieproblemen door bv opioïden
    3. Werken opwekkend
    4. Cave verslaving dus niet langdurig voorschrijven
2. Bedenk per categorie antidepressiva bij welke patiënt deze middelen het meest geschikt zouden zijn.
    1. TCA: patiënt met hevige neuropathische pijn door plexus invasie en ernstige depressie tekens
    2. Moderne antidepressiva: zo TCA tegenaangewezen of niet werken, bv bij een Palliatieve patiënt met een recent hart infarct
    3. Methylfenidaat: extreem vermoeide, moedeloze patiënt die nog maar kort te leven heeft, maar nog veel wil regelen