

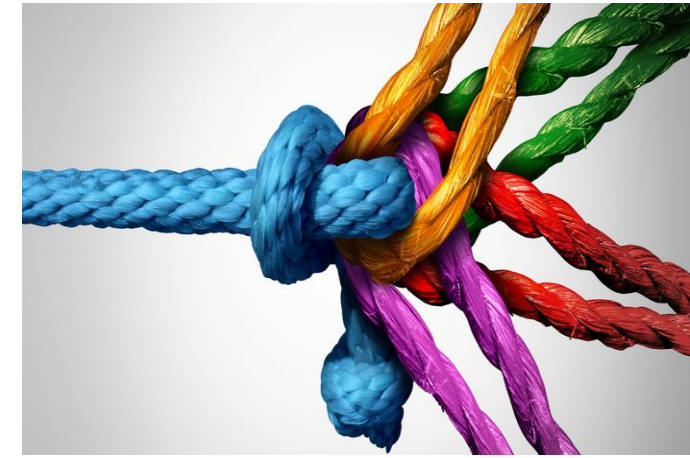
Palliatieve zorg en psychiatrie



Jacqueline Hovens psychiater / kaderarts PZ

NPZR&o - 16 oktober 2025

Disclosure



Potentiële belangenverstrengeling:	Geen
Mogelijk relevante relaties met bedrijven:	LUMC
• Sponsoring of onderzoeksgeld • Honorarium of andere (financiële) vergoeding • Aandeelhouder • Andere relatie, namelijk ...	SCEN arts PsyPal+

PSY PAL+

NETWERK PALLIATIEVE ZORG,
PSYCHIATRIE, VERSLAVINGSZORG



PsyPal+

Openbare groep

Verdien een badge voor een actieve groep



176 leden waaronder Christiaan Rhod...

Uitnodigen

Delen



PsyPal+

Om de verbinding tussen de sectoren GGZ/psychiatrie en verslavingszorg enerzijds en de palliatieve zorg anderzijds te bevorderen, is in 2023 PsyPal+ opgericht, een Netwerk Palliatieve zorg, Psychiatrie en Verslavingszorg. PsyPal+ richt zich op:

- Generalistische zorgverleners die te maken krijgen met mensen met EPA/verslavingsproblematiek die tevens ongeneeslijk (somaatish) ziek zijn
- In palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners die te maken krijgen met mensen met EPA/verslavingszorgproblematiek
- In psychiatrie gespecialiseerde zorgprofessionals die te maken krijgen met patiënten van wie de ziekte zich in de palliatieve fase bevindt

PsyPal+ beschikt over een LinkedIn-pagina en een online omgeving. Binnen die omgeving is er ruimte voor onderling contact tussen zorgprofessionals en het delen van informatie (nieuws, onderzoeksresultaten, tools e.d.).



Vraag:

Denk eens aan een van je patienten met psychiatrische problematiek die jullie in je werk als palliatieve zorgprofessional tegenkomen ?



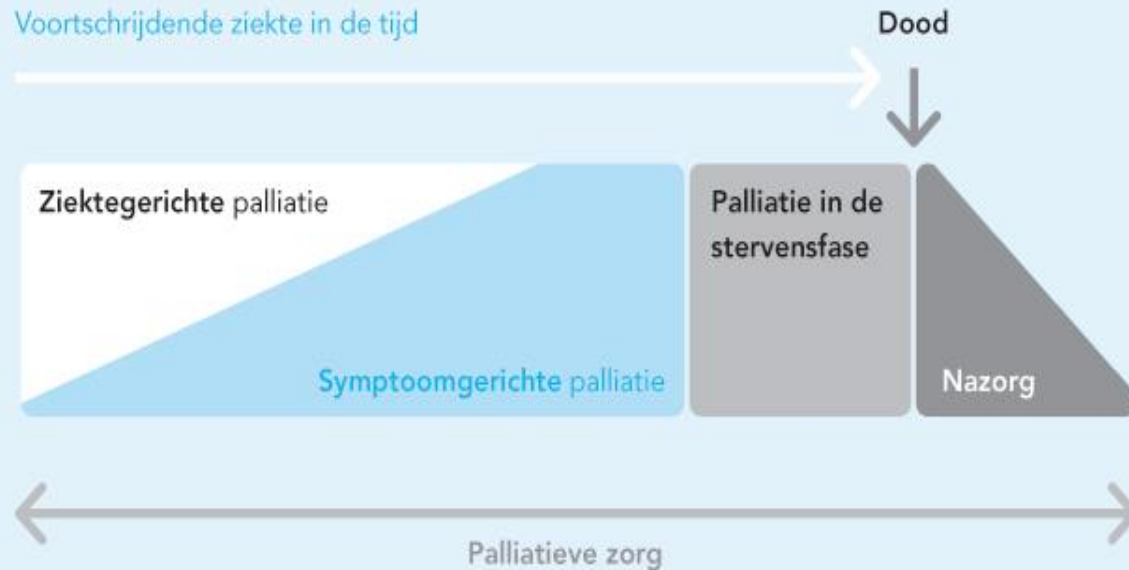
Uitdaging....

- Palliatieve zorg: weinig kennis van psychiatrie
- Psychiatrie: weinig kennis palliatieve zorg



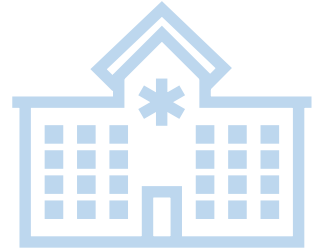
Waar gaat het over?

Spectrum van de palliatieve zorg



Figuur 1 Het spectrum van de palliatieve zorg

GGZ instellingen



verpleeghuis

ambulante thuis

ziekenhuis

hospice

Doelgroep:

- Psychiatrische problematiek bij somatisch zieke patiënten in palliatieve fase
- Palliatieve zorg bij psychiatrische patiënten (EPA) met somatische aandoening

Definitie Palliatieve Zorg (kwaliteitskader 2017)

- Zorg die de **kwaliteit van het leven** verbetert van **patiënten en hun naasten** die te maken hebben met een **levensbedreigende aandoening** of **kwetsbaarheid**, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van **vroegtijdige signalering** en zorgvuldige beoordeling en behandeling van problemen van **fysieke, psychische, sociale en spirituele aard**. Gedurende het beloop van de ziekte of kwetsbaarheid heeft palliatieve zorg oog voor **het behoud van autonomie, toegang tot informatie en keuzemogelijkheden**.

Kwaliteit van sterven



Als ik doodga
Hoop ik dat je erbij bent
Dat ik je aankijk
Dat je mij aankijkt
Dat ik je hand nog voelen kan
Dan zal ik rustig dood gaan
Dan hoeft niemand verdrietig te zijn
Dan ben ik gelukkig

-Remco Campert

Psychiatrische problematiek bij patiënten in palliatieve fase



	Kanker <jaar <1-2 wk	Hartfalen <jaar <1-2 wk	COPD <jaar <1-2 wk	Nierfalen <jaar <1-2 wk
Depressieve klachten	39% - 19%	23%	59% - 55%	26% - 25%
Slaapproblemen	36%	45%	65% - 51%	47%
Angst	30% - 30%	30%	53%	27% - 25%
Verwardheid	16% -24%	29% - 17%	23% - 22%	26%
de Graeff e.a. Pallialine 2017				

Normaal of pathologisch

Normale reactie op moment dat de patiënt in een fase van de ziekte is gekomen er geen hoop meer is op genezing



- Verdriet / somberheid over het moeten loslaten van gezondheid, naasten en het leven
- Angst over onzekerheid rondom ziektebeloop (pijn, lijden etc)

Begrijpelijk

Invoelbaar

Passend bij de situatie / proces

CAVE: Spanningsveld: medicalisering vs onderdiagnostiek



samenvatting richtlijn Depressie in de palliatieve fase

Richtlijn ligt accent op
depressieve klachten !

Datum goedkeuring richtlijn:
november 2022 | versie 3.0
Verantwoording: Richtlijnwerkgroep
Depressie in de palliatieve fase.
Het is gewenst dat u als zorgverlener
deze richtlijn kent. Raadpleeg de meest

samenvatting richtlijn Angst in de palliatieve fase

Datum goedkeuring richtlijn:
november 2022 | versie 3.0
Verantwoording: Richtlijnwerkgroep
Angst in de palliatieve fase.
Het is gewenst dat u als zorgverlener

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

NASCHOLING



Medicamenteuze behandeling bij depressie in de palliatieve fase



Jacqueline Hovens
Dr. J.G.F.M. Hovens, psychiater,
Leids Universitair Medisch
Centrum, Leiden



Alexander de Graeff
Dr. A. de Graeff, internist-
oncoloog en hospice-arts,
Academisch Hospice Demeter,
De Bilt



Corinne Stoop
Dr. C.H. Stoop, adviseur
palliatieve zorg, Integraal
Kankercentrum Nederland
(ikNL), Utrecht

Samenvatting

De KNMG en het Integraal Kankercentrum Nederland (ikNL) werken nauw samen om het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland te implementeren. De hoge prevalentie van depressieve klachten in de palliatieve fase, de grote impact van depressie op de kwaliteit van leven en ziekte-last voor patiënten, het beschikbaar komen van nieuwe onderzoeksdata en de noodzaak om aan te sluiten bij andere kwaliteitsstandaarden, zoals de zorgstandaard *Depressieve stoornissen*¹ en de NHG-Standaard *Depressie*,² maakten een revisie van de richtlijn *Depressie in de palliatieve fase* uit 2010 noodzakelijk. De herziene richtlijn is evidence-based en uitgewerkt volgens de GRADE-methodiek.³ Hij omvat de modules communicatie, preventie, diagnostiek, behandeling en organisatie van zorg die zijn uitgewerkt volgens de Grade-methodiek gekenmerkt door een evidence-based benadering. Deze review focust op het concept depressie in de palliatieve fase, de diagnostische overwegingen en de up-to-date aanbevelingen ten aanzien van de medicamenteuze behandeling.

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel:

- bent u bekend met het concept depressie in de palliatieve fase en de differentieel-diagnostische overwegingen van depressieve symptomen, aanpassingsstoornis met depressieve stemming en depressieve stoornis;
- bent u op de hoogte van de recente literatuur over de medicamenteuze behandeling van depressie in de palliatieve fase met antidepressiva en psychostimulantia;
- kunt u de opgedane kennis en het flowschema en doseringsoverzicht implementeren bij de behandeling van depressie in de palliatieve zorg.

Inleiding

Het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland⁴ heeft als doel de kwaliteit van palliatieve zorg te optimaliseren en nieuw beleid op dit gebied te ontwikkelen. Vanwege de hoge prevalentie van depressie in de palliatieve fase, de grote impact van depressie op de kwaliteit van leven en ziekte-last voor patiënten, het beschikbaar komen van nieuwe onderzoeksdata en de noodzaak om aan te sluiten bij andere kwaliteitsstandaarden, zoals de zorgstandaard *Depressieve stoornissen*¹ en de NHG-Standaard *Depressie*,² werd recentelijk de richtlijn *Depressie in de palliatieve fase* uit 2010

gereviseerd. Deze gereviseerde richtlijn, gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en op consensus, is bedoeld voor alle professionals die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten met depressie in de palliatieve fase en geeft aanbevelingen over begeleiding en behandeling van patiënten (18 jaar en ouder) met depressie in de palliatieve fase.

De duur van de palliatieve fase kan variëren van dagen tot jaren en is sterk afhankelijk van de onderliggende aandoening. Bij patiënten met kanker begint de palliatieve fase als ze ongeneeslijk zijn verklaard, bij patiënten met een

Palliatieve zorg in psychiatrie

Uitdagingen op alle domeinen.....!!

Dilemma's

Wilsbekwaamheid ?

Welke setting (somatische zorg - GGZ)

Gespecialiseerde hospices ?

Problematiek op vele levensgebieden

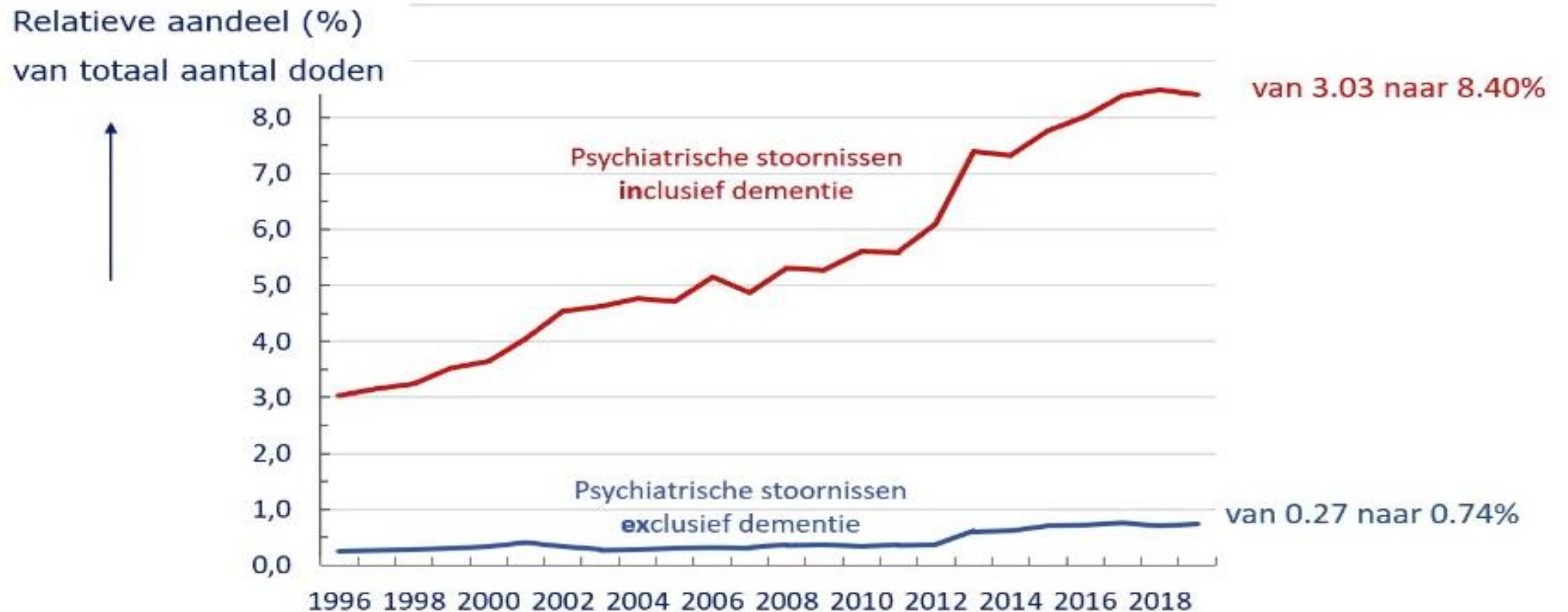
Langdurig ongezonde leefstijl, roken / verslaving
slechte zelfzorg, psychofarmaca gebruik

Huisvestingsproblemen, werkloosheid, financiële problemen

Problemen met familie, sociaal isolement



Sterfte tgv psychiatrische aandoeningen



Ernstige Psychiatrische Aandoening (EPA)

Schizofrenie

Chronische depressie

Autisme spectrum

Verslavingsproblematiek

Persoonlijkheidsstoornis



- Langdurig, tenminste enkele jaren
- Ernstige beperkingen in sociaal en maatschappelijk functioneren
- Problemen op meerdere levensgebieden
- Intensieve begeleiding of zorg nodig

Ernstige Psychiatrische Aandoening (EPA)

- 41% stoornis in gebruik van middel
- Specifieke kwetsbaarheden en complexe zorgbehoeften
- Vaak suboptimale palliatieve zorg: onder of overbehandeling
- Kortere levensverwachting tgv leefstijl, roken/drugs, psychofarmaca, genetische kwetsbaarheid en zorgmijding

EPA 1.7% van de algemene populatie

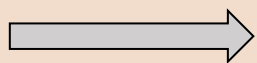
75% in zorg

Jaarlijks overlijden in instelling 400 – 450



Welke somatische aandoeningen?

Risico op overlijden 2-3 x groter dan algemene populatie



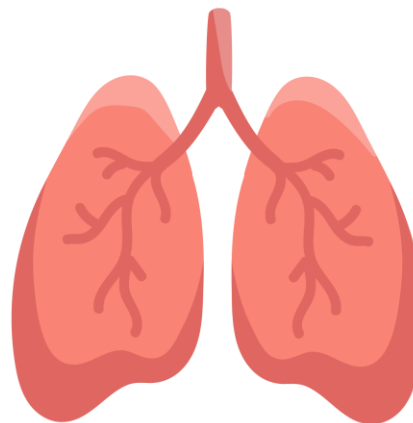
Levensverwachting 10 tot 25 jaar korter



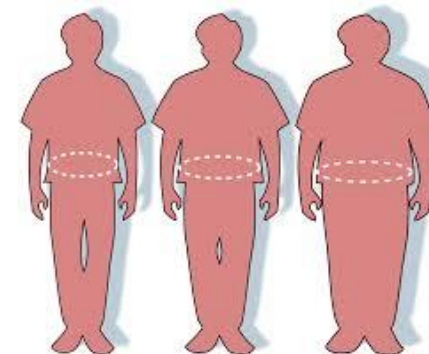
Kanker



Hart en vaatziekten



Longziekten



Diabetes / obesitas



S P

Uitdagingen !

S E



Casus Henk



- Een 58 jarige man met schizofrenie en middelenafhankelijkheid somatisch bekend met prostaatcarcinoom. De laatste tijd is hij toenemend psychotisch en trekt hij zich sociaal terug.
- Tijdens een bezoek in ziekenhuis wordt op beeldvorming uitgebreide metastasering in zijn botten gezien. Bestraling is nog mogelijk, maar dit wil hij niet.
- Zijn psychose reageert nauwelijks op verhoging van de antipsychotica. Uiteindelijk zijn er hoge doseringen opiaten nodig om hem comfortabel te krijgen.

Uitdaging somatisch domein zorg

Verstoorde pijnbeleving



- Minder pijn ervaren of minder sterk uiten
- Minder aandacht voor oorzaak van pijn door zorgprofessionals
- Veranderd gedrag zoals zich terugtrekken, afwerend, boosheid, angst
- Toename van slapeloosheid of psychose bv hallucinaties of wanen
- Geen optimale pijnbestrijding
- Gewenning ivm premorbide middelenafhankelijkheid (opiaten, benzodiazepinen)

Casus Leo



- 69 jarige man bekend met M. Korsakov bij alcohol afhankelijkheid (deels onder controle) na overlijden van zijn vrouw
- Recent gediagnosticeerd met ongeneeslijke keelkanker, weigert bezoek aan artsen en behandeling
- Opname in GGZ met ZM ivm zelfverwaarlozing, brandgevaar en verwardheid.
- Gesprek over levenseinde niet mogelijk: “hoopt nog zo’n 10 jaar te leven”
- Accepteert zorg maar mondjesmaat, persisteert in zijn wens om vriendin te ontmoeten met wie hij is ‘getrouwd’
- Dochter is mentor

Uitdagingen psychisch domein

- Cognitieve beperkingen en concentratiestoornissen
- Verminderd ziekte inzicht en begrip tav huidig ziekteverloop en beloop opname
- Wantrouwen in behandelteam, afwerend en zorgmijdend
- Moeite met toelaten palliatieve zorg

- Opbouwen vertrouwensrelatie cruciaal
- Voorzichtig, meebewegen, ontkenning accepteren
- Zoek waar je patiënt tegemoet kan komen
- VERMIJD discussie en confrontatie !!



Casus Anke



- In consult bij een 35 jarige vrouw
- Opname ivm ovariumcarcinoom stadium IIIA; voorstel palliatieve chemoradiatie en sondevoeding ivm verzwakking
- Patiënte wil beslist geen sondevoeding, eet veganistisch
- Behandelend team heeft moeite keuze van patiënte te aanvaarden
- Conclusie psychiater: vermoeden ASS, niet depressief /psychotisch
- Patiënte begrijpt informatie, kan situatie goed op waarde schatten, kan logisch redeneren en keuze's maken

Uitdagingen psychisch domein



- Patiënte is wilsbekwaam tav weigering van sondevoeding
- Zelfbeschikking betekent kunnen instemmen maar ook kunnen weigeren (niet eens zijn met beleid)
- Behandelend team ervaart veel onmacht en gevoelens van onbegrip
- Moreel beraad: impasse doorbreken door belangen van patiënte en 'belangen' van behandelteam af te wegen
- Besluitvorming tav voor en nadelen behandeling etc
- Uiteindelijke doel: ruimte creëren voor overwegingen van patiënte

Casus Gerdien



- Een 63-jarige vrouw met schizotypische persoonlijkheidsstoornis, hoarding en zorgmijder
- Gerdien is alleenstaand; heeft langlopend conflict met familie
- Geen betrokken netwerk
- Thuis blijkt dat verwarming, elektra en water afgesloten zijn
- Ze wordt door de burens verward en onderkoeld aangetroffen. In ziekenhuis is er naast rhabdomyolyse een sterke verdenking op een GI maligniteit
- Haar situatie verslechterd
- Behandeld ikv WGBO; discussie over wel of niet naar IC
- Uiteindelijk overlijdt ze 'alleen' in het ziekenhuis

Uitdagingen sociaal domein

- Beperkt, getroubleerd of geen netwerk
- Geen wettelijke vertegenwoordiger tav beslissingen
- Ontbreken van steun van familie of vervreemding
- Netwerk = leefmilieu in de groep / groepsgenoten en personeel
- Vaak veel financiële, praktische zaken
- Onderzoeken waar relaties hersteld kunnen worden



Casus Daan



- 50 jarige man bekend glijoom waarvoor opname in hospice
- Neurologische uitvalsverschijnselen (been en arm) en verplaatst zich in rolstoel
- Vanwege chronische depressies met suicidaliteit vaak opgenomen geweest in verleden
- Moeite gehad met het onderhouden van relaties en werk
- “Ik ben wel beetje klaar met alle ellende”
- Gedomoraliseerd

Uitdagingen existentieel domein

- Meer dan gemiddeld verlieservaringen
- Langdurig lijden aan het bestaan
- Schaamte, schuld, moeite met verantwoordelijkheid
- Ontbreken behoefte balans op te maken & terugkijken
- Alledaagse zingeving en gewoonten continueren
- De dood als een bevrijding

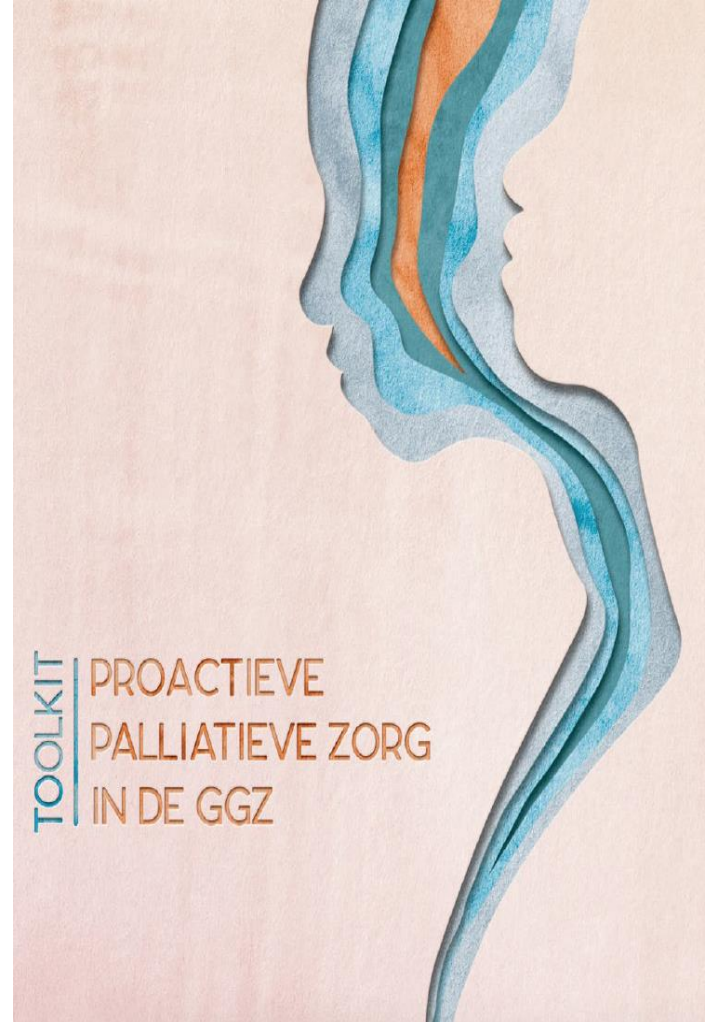


☹

IK HEB
EEN HEEL
ZWAAR
LEVEN!

Uitdaging zorginzet

- Stigma: vaak gebrek aan betrokkenheid bij somatici
- Woonsituatie soms problematisch, slechte hygiëne
- ACP wordt nog weinig toegepast
- Geen goede toegang tot reguliere palliatieve zorg / hospice
- Palliatieve zorgprofessionals weinig ervaring / kennis met psychiatrie
- GGZ instelling en verslavingszorg niet ingericht op palliatieve zorg



En....wie heeft de regie?

- Huisarts?
- Verslavingsarts?
- Psychiater?
- Palliatief verpleegkundig specialist?
- GGZ hulpverlener (case managers)?
- Behandelend specialist ziekenhuis?



Aanbevelingen tav communicatie



- Betrekken van personen die patient kent
- Dubbele afspraak inplannen bij medisch specialist
- Meer tijd nodig om zorgvraag en zorgbehoefte te achterhalen
- Opbouwen vertrouwensrelatie cruciaal
- Communicatie die aansluit bij patient
- Gevoelsreflectie kan angst doen toenemen
- Waar maakt de patient zich echt zorgen om?





Medicamenteus beleid

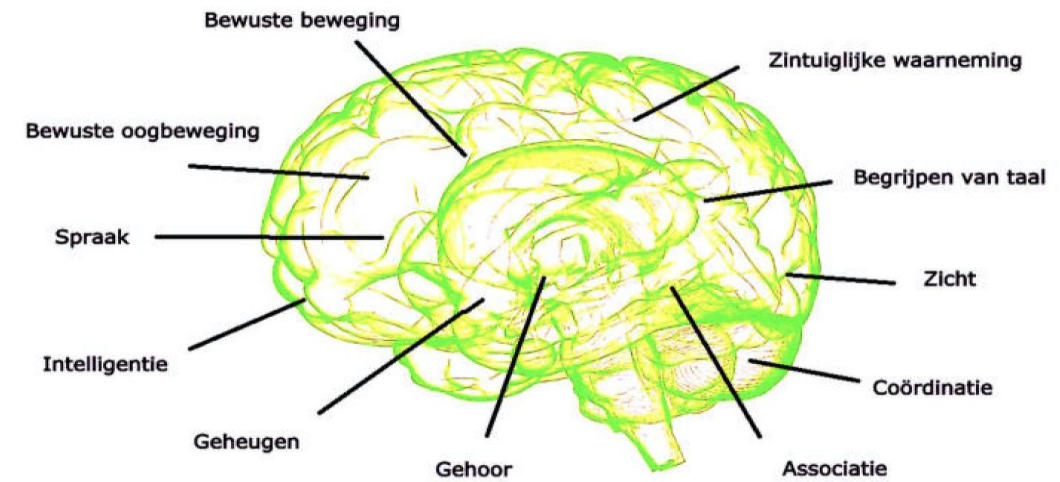
- Toename van mensen die middelenafhankelijk zijn, dus ook in palliatieve fase
- Is het nodig in deze fase te stoppen met roken, alcohol / drugs ?
- Onderschat effecten/gevaren van stoppen alcohol, nicotine en middelen niet in de palliatieve fase. Substitutie nicotinepleister / benzodiazepinen
- Sanering psychofarmaca ? Afwegen voor- (minder afvlakking, ruimte voor gesprek) en nadelen (exacerbatie psychose). CAVE: Als slikken niet meer kan...

Casus



- Man, 67 jaar, bekend met autisme spectrum stoornis en stadium IV longcarcinoom (geen hersenmetastasen bekend)
- Ligt al 2 maanden in hospice i.v.m. verslechterende lichamelijke toestand
- Toenemend achterdochtig en wantrouwend
- Gisteren escalatie met verbaal en fysiek agressief gedrag

Casus



- Werkhypothese: agressief gedrag bij kwetsbaar brein en vermoedelijk hersenmetastasen frontaal
- Advies:
 - Symptoom management met medicatie

Haloperidol 2dd 2,5 mg p.o., evt. s.c. (halve dosering)

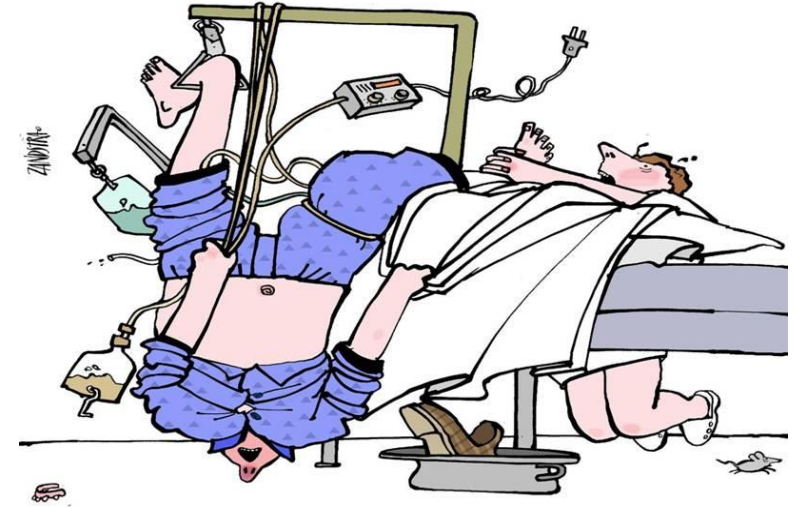
Overweeg daarnaast quetiapine 25 mg a.n.

Bij agitatie en/of angst: oxazepam of lorazepam

Casus

Ontremd gedrag

- Zorg voor rustige, prikkelarme omgeving
- Betrek naasten, 1 op 1 begeleiding
- Ga geen discussie aan, maar herhaal afspraken
- Probeer patient niet te dwingen, maar probeer later nog eens
- Blijf rustig en vriendelijk
- Probeer patient af te leiden
- Vermijd uitlokkende factoren



[illegible]

- PSY
PAL+**
- NETWERK PALLIATIEF ZORG,
PSYCHIATRIE, VERSLAVINGSZORG

<https://palliaweb.nl/publicaties/palliatieve-zorg-voor-mensen-die-een-psychiatrisch>

Palliatieve zorg voor mensen die een psychiatrische stoornis hebben en/of verslaafd zijn

Laatst geactualiseerd: 9 september 2024

Datum publicatie 10 september 2024
Auteur Rob Bruntink
Versie september 2024

Bij een klein deel van de totale bevolking (2 procent) is sprake van een ernstige psychiatrische aandoening (EPA). Hieronder vallen allerlei stoornissen met een chronisch en therapieresistent beloop, zoals bijvoorbeeld schizofrenie, bipolaire stoornissen, depressieve stoornissen, eetstoornissen en alcoholafhankelijkheid. In Nederland zijn ongeveer 215.000 mensen met EPA in zorg (ambulant en klinisch) bij de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg.

Het organiseren van palliatieve zorg voor mensen die een psychiatrische stoornis hebben en/of verslaafd zijn vraagt om extra kennis. Op deze pagina vinden zorgverleners informatie, hulpmiddelen en onderwijs(materialen) over palliatieve zorg voor deze doelgroep.

Deel [Twitter](#) [LinkedIn](#) [WhatsApp](#) [Email](#)

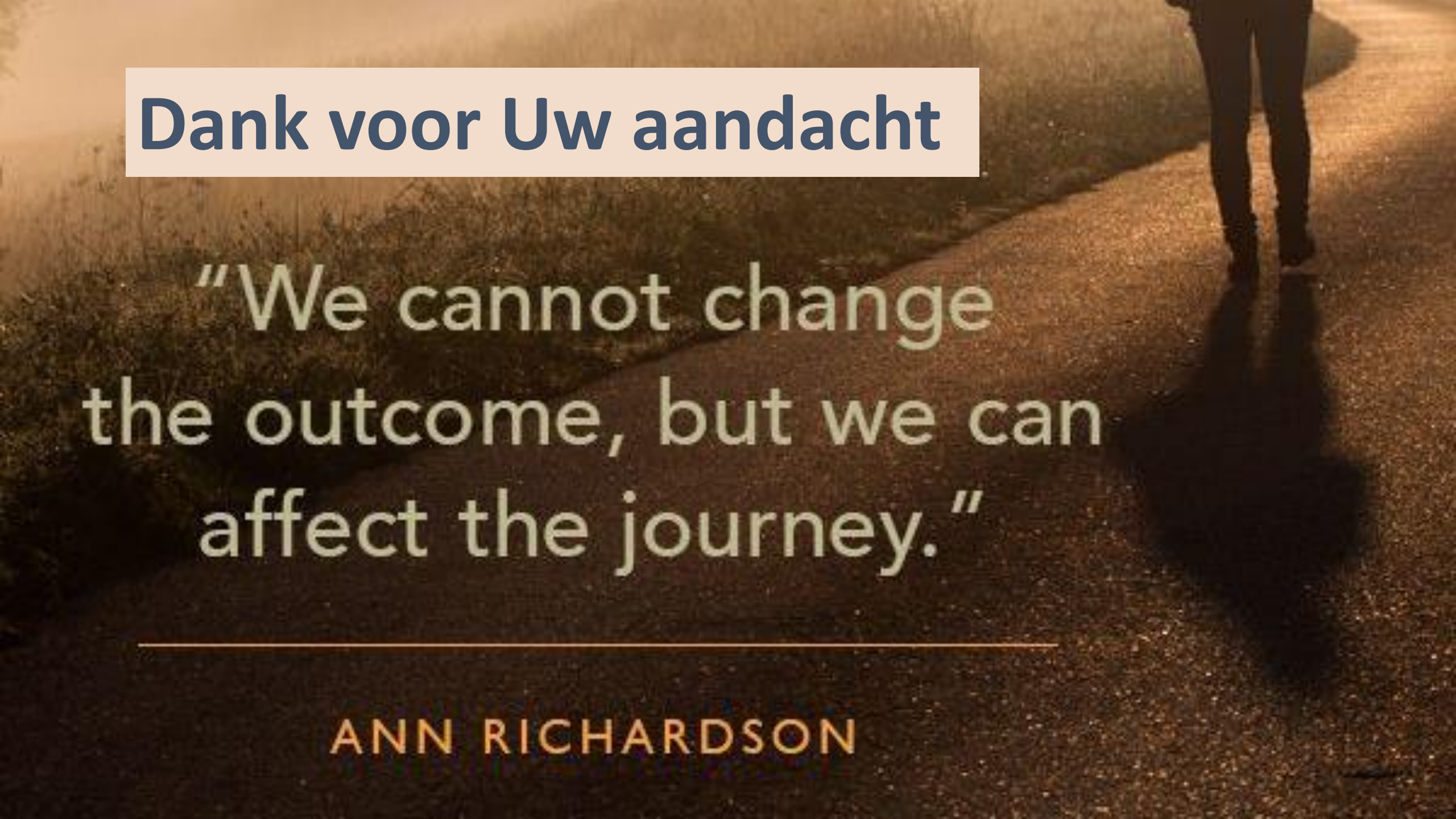
Comorbiditeit

Het begin van de EPA valt vaak vroeg in het leven, waardoor de latere levensfasen van de patiënt getekend worden. Een ernstige psychiatrische aandoening kent een chronisch beloop. De patiënten ervaren problemen op meerdere levensgebieden en hebben hiervoor (intensieve) begeleiding nodig. De zorgvraag ligt dan ook vaak op meerdere domeinen waarbij een gecoördineerde netwerkzorg nodig is.

Een (ernstige) psychiatrische aandoening en/of verslaving heeft zowel invloed op het ontstaan als op het beloop van lichamelijke ziekten. Patiënten hebben een verhoogd risico op het krijgen van lichamelijke aandoeningen zoals obesitas, diabetes, cardiovasculair lijden en kanker.

De aanwezigheid van deze lichamelijke comorbiditeit, vooral cardiovasculaire ziekten en kanker, verklaart voor het grootste gedeelte waarom mensen met EPA een twee tot drie keer groter risico op overlijden hebben, vergeleken met mensen die géén ernstige psychiatrische aandoening hebben. Dit vertaalt zich naar een aanzienlijk kortere levensverwachting (15 tot 20 jaar). Onderliggend aan deze lichamelijke comorbiditeit spelen genetische factoren, leefstijl (roken, inactiviteit, ongezonde voeding), psychofarmaca, zorgmijding, het onvoldoende herkennen van symptomen en beperkingen in de communicatieve vaardigheden een belangrijke rol.

Het hebben van een (ernstige) psychiatrische aandoening en/of verslaving heeft gedurende de levensloop vaak gevolgen op lichamelijk, psychisch, sociaal en existentieel gebied waardoor de kwaliteit van leven negatief beïnvloed wordt. Deze patiënten hebben daardoor specifieke



Dank voor Uw aandacht

"We cannot change
the outcome, but we can
affect the journey."

ANN RICHARDSON