

samenvatting richtlijn

# Depressie in de palliatieve fase

Het is gewenst dat u als zorgverlener deze richtlijn kent.  
Raadpleeg de meest recente versie van de richtlijn op  
[www.pallialine.nl](http://www.pallialine.nl) of bekijk de samenvatting in de app PalliArts.

# Depressie in de palliatieve fase

## Communicatie

- Gebruik patiëntgerichte communicatie ter preventie en/of vermindering van angst en depressie, 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.
- 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 worden herhaald.
  - Overweeg een directief-empathische stijl waarin meer structuur en advies wordt gegeven, als de patiënt erg angstig, depressief of wanhopig is en als er behandelkeuzen gemaakt moeten worden.
- 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.
- 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](http://palliaweb.nl)).
- Maak waar mogelijk gebruik van o.a. interculturele consulenten, geestelijk verzorgers en professionele (gebaren)tolken.

## 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.
- Overweeg, als de patiënt daar open voor staat, de mogelijkheid van lotgenotencontact.

## Signalering en diagnostiek

- Overweeg om standaard te screenen op depressieve symptomen bij het starten van een palliatief traject, een significante verandering van de situatie van de patiënt 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.
- 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: bij een score van het depressie-item  $\geq 4$ ;
  - bij de Lastmeter: bij een distress-score 4 of 5 of hoger;
  - bij de 4DKL: bij een score voor depressie  $> 2$ ;
  - bij de Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ, bij chronische longziekten, 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 depressie diagnostiek en behandeling.

- Overweeg om op indicatie meetinstrumenten te gebruiken, zoals:
  - Ter verdieping: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, cutoff score voor de depressie subschaal  $\geq 7$ ), Beck Depression Inventory (BDI, cutoff 10-14), Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9, cutoff 8), de korte versie van de Geriatric Depression Scale (GDS-15, cutoff van 5), of de Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD, cutoff van 8). 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 screenendbloedonderzoek 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.

## 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, 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 andere oorzaken: onttrekkingsverschijnselen (nicotine, alcohol, drugs), endocriene stoornissen, elektrolytstoornissen, vitaminedeficiënties en anemie.

## Psychosociale interventies

- Kies bij depressie voor een psychosociale interventie. Dit kan zijn ondersteunende gesprekken, zingevingsgesprekken, een vorm van psychotherapie of een andere vorm van therapie (bijv. muziektherapie).
  - Begin bij depressieve klachten met ondersteunende gesprekken door een arts en/of verpleegkundige, of eventueel een POH-GGZ.
  - Verwijs naar een geestelijk verzorger indien existentiële problematiek op de voorgrond staat.
- 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.
- 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.
- Er kan 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**.

## 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 1 dd 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 1 dd 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 1 dd 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 1 dd 40 mg;
    - ◇ > 70 jaar: 1 dd 10 mg p.o., afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1-2 weken ophogen naar 1 dd 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 1 dd 25-50 mg p.o., afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1-2 weken in stappen van 50 mg op te hogen tot maximaal 1 dd 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 1 dd 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 1 dd 45 mg; NB sederend effect neemt af bij doseringen > 30 mg/dag;
    - ◇ Geen dosisaanpassing > 70 jaar;
- Zet zo nodig andere middelen in (zie richtlijn).
- Beoordeel regelmatig het effect van bovengenoemde middelen en verwijs zo nodig naar een psychiater, internist ouderengeneeskunde of klinisch geriater voor (verdere) medicamenteuze behandeling.

## Organisatie van zorg

- 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. Dit hoeft geen arts te zijn, maar kan bijvoorbeeld ook een verpleegkundige zijn.
- Bespreek met de patiënt/naasten bij welke problemen welke zorgverlener geraadpleegd kan worden.
- 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:
  - een PaTz-bespreking in de eerste lijn;
  - een multidisciplinair overleg in de intramurale setting (ziekenhuis, verpleeghuis of elders);
  - in de regio in een oncologienetwerk (medisch technisch en/of voor zorg voor gevolgen van kanker).
- Consulteer bij moeilijk behandelbare depressie een multidisciplinair consultatieteam palliatieve zorg: in de eerste en tweede lijn een multidisciplinair consultatieteam palliatieve zorg ([palliaweb.nl](https://palliaweb.nl)) en in een instelling een multidisciplinair team palliatieve zorg.
- Overweeg laagdrempelig verwijzing naar professionals die ervaring hebben met palliatieve zorg en behandeling van depressie: verpleegkundig specialist of physician assistent (bijv. palliatieve zorg / oncologie / neurologie), palliatieve (thuis) zorg, praktijkondersteuner huisarts; psycholoog, psychiater, psychiatrisch verpleegkundige / SPV'er, geestelijk verzorger ([geestelijkeverzorging.nl](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 en/of psychosomatisch fysiotherapeut).
- Maak desgewenst gebruik van de [Palliatieve zorgzoeker](#) van de [digitale verwijsgids kanker](#).
- Verwijs bij het vermoeden van een depressie in engere zin of suïcidaliteit naar een psychiater.