

I PROBLEEM

Depressie en angst komen regelmatig voor bij personen in een hospice of een palliatieve zorgsetting. Ongeveer een derde van de personen in palliatieve settings vertonen depressieve symptomen. Angst komt nog vaker voor en kan de tolerantie voor pijn of andere onaangename symptomen verminderen. Als de persoon aan het einde van zijn/haar leven staat kunnen onopgeloste aspecten uit het verleden kunnen naar boven komen. Het is dus belangrijk om personen met angst en depressie in de mate van het mogelijke te laten behandelen door het klinisch zorgteam.

In palliatieve zorgsettings komen depressieve symptomen vaak voor in de context van de fysieke aandoening. Depressie en angst kunnen dan beschouwd worden als een normale reactie op de terminale aandoening. Het is belangrijk dat de persoon en de familie weten dat gevoelens van droefheid, verlies en rouw verminderd kunnen worden door behandeling. Als men de stemmingsstoornissen niet ontdekt en behandelt, kan dit leiden tot een verminderde levenskwaliteit van de persoon en zijn/haar familie en naaste vrienden.

Personen die depressief zijn, kunnen fysieke symptomen hebben die moeilijk te bestrijden zijn. Bijvoorbeeld, depressie en angst komen vaak voor bij personen die pijn hebben, kortademig zijn en gastro-intestinale symptomen hebben (overgeven, misselijkheid, enz.). Depressie is een belangrijke risicofactor voor zelfverminking en suïcide. Ook bij personen in de terminale fase hangt onbehandelde depressie samen met een verminderde wil om te overleven en een slechte levenskwaliteit. Deze stemmingssymptomen kunnen voorkomen dat alle zorgopties besproken worden en dat voorbereidingen voor het levenseinde of gesprekken over behandelvoorkeuren vermeden worden.

ALGEMENE ZORGDOELEN

- Identificeer en behandel elke onmiddellijke bedreiging die de gemoedstoestand van de cliënt voor zichzelf en voor anderen vormt
- Identificeer en behandel alle onderliggende aandoeningen die eventueel die tot de gemoedstoestand geleid of bijgedragen hebben
- Verbeter het psychologisch welzijn van de persoon om hem/haar te betrekken in beslissingen omtrent het levenseinde

II CAP-ACTIVERING

GEACTIVEERD: MEERDERE SYMPTOMEN AANWEZIG

Deze groep omvat personen die twee of meer van de volgende symptomen ervaren:

- Weinig plezier op een of meerdere dagen
- Angstig op een of meerdere dagen
- Droevig op een of meerdere dagen
- Geeft aan dat hij/zij graag nu wil sterven

□ **GEACTIVEERD: SLECHTS 1 SYMPTOOM AANWEZIG**

Deze groep omvat personen die slechts één van bovenstaande symptomen ervaren.

□ **NIET GEACTIVEERD**

Deze groep omvat personen die geen van bovenstaande symptomen ervaren.

III RICHTLIJNEN

Overzicht van de benadering van een persoon met een stemmingsstoornis

- **Initiële beoordeling en stabilisatie:** er zijn verschillende gradaties van stemmingsstoornissen, gaande van onschuldig tot levensbedreigend (suïcidaal). Eén van de belangrijkste doelstellingen van de initiële beoordeling is om te bepalen of de cliënt symptomen vertoont van een ernstige stemmingsstoornis die hem/haar en anderen schade zouden kunnen berokkenen. Het is noodzakelijk dat symptomen van depressie en angst vastgesteld worden tijdens de initiële beoordeling en dat men aandacht besteed aan deze symptomen.
- **De aard van de stemmingsstoornis bepalen:** er zijn veel factoren die de ontwikkeling van symptomen van een stemmingsstoornis in de hand kunnen werken bij personen die palliatieve zorg krijgen: onophoudelijke pijn, kortademigheid, besef van de ernst van de medische toestand, angst om in de steek gelaten te worden of een last te zijn voor anderen. Soms kunnen deze symptomen ook een neveneffect zijn van medicatie. Het kiezen van een geschikte behandeling steunt vooral op de beoordeling van factoren die tot de stemmingsstoornis bijdragen.
- **Behandeling en controle:** vaak bestaat de behandeling van een stemmingsstoornis uit de effectieve aanpak van een ander symptoom, zoals pijn of kortademigheid. Het is noodzakelijk om te bepalen of de andere behandelingen die de persoon krijgt belastend zijn. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als men lang onderweg is naar het behandelcentrum. Zulke vereisten kunnen leiden tot een depressie.

Initiële beoordeling

- **Typeer alle symptomen van de stemmingsstoornis:** de initiële interRAI PC beoordeling onderzoekt elke aanwijzing van een stemmingsstoornis. Geeft de persoon aan dat hij/zij zich droevig voelt? Is de persoon al of niet in staat om plezierige momenten te beleven in zijn/haar leven? Heeft de persoon interesse in de gebruikelijke activiteiten? Voelt de persoon zich te moe om deel te nemen aan activiteiten? Heeft de persoon moeite om zich te concentreren? De persoon kan ook uiten dat hij /zij zich waardeloos of schuldig voelt of dat hij/zij het gevoel heeft een last te zijn voor de familie. Soms vraagt de persoon aan iemand uit het zorgteam, aan een vriend of aan familie om hem te helpen om zelfmoord te plegen.

Ook objectieve tekenen van een stemmingsprobleem kunnen aanwezig zijn. Het kan bijvoorbeeld dat de persoon altijd huilt of droevig lijkt. Een familielid of zorgverlener kan deze stemmingsverandering opgemerkt hebben. Voor personen met cognitieverlies kan een meer gedetailleerde beoordeling nodig zijn.

Men dient ook aandacht te hebben voor niet-fysieke symptomen, zoals eenzaamheid.

De aard van de stemmingsstoornis bepalen

- **Bekijk de medicatiefiche van de cliënt om geneesmiddelen die met stemmingswisselingen in verband kunnen staan op te sporen.**
 - Veel geneesmiddelen, al dan niet op voorschrift, kunnen stemmingsstoornissen veroorzaken. Zorg ervoor dat de medicatie van de cliënt door een apotheker of arts gecontroleerd wordt. Bij die beoordeling moet vooral op de volgende zaken gelet worden: 1) neemt de cliënt een geneesmiddel dat de stemmingsstoornis veroorzaakt of verergerd kan hebben en 2) is de aanbevolen dosis van het voorgeschreven antidepressivum een therapeutische dosis?
 - Neemt de cliënt nieuwe geneesmiddelen of werd de dosis van een bepaald geneesmiddel gewijzigd? Ga na hoeveel tijd er verlopen is tussen de wijziging in medicatie en het optreden van symptomen.
 - Neemt de cliënt geneesmiddelen die stemmingsstoornissen kunnen veroorzaken? Veel geneesmiddelen zijn gerelateerd aan stemmingsstoornissen. Als er sprake is van stemmingsstoornissen, raadpleeg dan de arts om de medicatie of de dosering te veranderen.
 - De beëindiging van elk specifiek geneesmiddel zou met een stemmingsstoornis in verband kunnen staan.
 - Ook bepaalde natuurlijke remedies kunnen een positieve of negatieve impact hebben op de emoties en de stemming.
- **Bestaat er een verband tussen de ontwikkeling van een stemmingsstoornis en een verandering in de medische toestand van de cliënt? Controleer op de aanwezigheid van:**
 - Delirium: een delirium kan lijken op depressie maar kan onderscheiden worden door de aanwezigheid van een schommelend bewustzijnsniveau en een recente of verergerde cognitieve achteruitgang.
 - Infectie: onderzoek de cliënt op symptomen van een infectie zoals koorts, stinkende geur, troebele urine of kortademigheid.
 - Pijn: ook milde vormen van pijn kunnen als ze continu aanwezig zijn depressie veroorzaken.
 - Veranderingen in functionele toestand: personen ervaren vaak een significant verlies van fysieke functionering tijdens de weken voorafgaand aan het overlijden, wat ook kan samenhangen met depressie en angst. Soms kunnen slikproblemen en de angst om stikken tot bezorgdheid leiden.
- **Bestaat er een verband tussen de ontwikkeling van een stemmingsstoornis en psychosociale veranderingen**
 - Is er sprake van een recente omgevingsgerelateerde verandering (bv. verhuis van thuis naar een andere setting)?
 - Is er sprake van een recente relationele verandering (bv. ziekte of sterfte van een familielid of een vriend of familielid die ver weg gaat wonen)?
 - Werde de persoon recent geïnformeerd over zijn/haar ziekte of prognose?

- **Beschrijf het verloop van de stemmingsstoornis**
 - Verliep de verandering in de gemoedstoestand bruusk of geleidelijk? Merk op: stemmingsstoornissen ontwikkelen zich zelden van de ene op de andere dag waardoor plotse symptomen kunnen wijzen op een acute medische aandoening of een delirium.
 - Is de stemmingsstoornis constant of schommelt de gemoedstoestand eerder tussen extremen?

- **Heeft de cliënt een voorgeschiedenis van een bepaalde stemmingsstoornis?**
 - Bestaat er een verslag van een eerder gediagnosticeerde stemmingsstoornis of behandeling? En indien ja, welke behandelingen werden geboden en waren succesvol in het verleden?
 - Werd de behandeling van een stemmingsstoornis recent gewijzigd of beëindigd?
 - Veranderingen in de gemoedstoestanden moeten steeds gerapporteerd worden aan de verantwoordelijke arts.

- **In welke mate heeft de stemmingsstoornis een impact op de familie?**
 - Zijn familieleden in staat om om te gaan met de stemmingsstoornissen of tonen ze tekenen van stress?
 - Hebben familieleden het gevoel dat zij de nodige steun bieden om om te gaan met de huidige situatie?
 - Zijn familieleden bezorgd over toekomstige veranderingen die zullen plaatsvinden?
 - Overweeg therapie of andere psychosociale interventies om de oorzaken en gevolgen van stress in de familie aan te pakken.
 - Ga na welke ondersteuning geboden wordt aan de persoon en versterk deze ondersteuning indien nodig.
 - Overweeg educatieve interventies om de familie aan te leren hoe om te gaan met de symptomen van angst en depressie. Bepaalde discussiepunten:
 - Hoewel rouw een natuurlijk onderdeel is van het stervensproces, kan klinische depressie met de gepaste interventie aangepakt worden. Stervensbegeleiding kan zowel voor de persoon als voor de familie nuttig zijn.
 - Vaak gaan familieleden steun zoeken om om te kunnen gaan met hun emotionele ervaringen.
 - Moedig familieleden aan om positieve herinneringen boven te halen tijdens hun bezoek aan de persoon.
 - Geneesmiddelen kunnen voordelen hebben maar kunnen ook een nadelige impact hebben op de levenskwaliteit of levensverwachting van de persoon.

Behandeling en controle

- **De persoon geeft aan dat hij/zij onmiddellijk wil sterven:** indien dit het geval is, dient er een onmiddellijke medische consultatie plaats te vinden. Het is belangrijk om zowel met de persoon als met de informele zorgverleners te overleggen. Vaak wordt het verlangen om te sterven veroorzaakt door oncontroleerbare symptomen zoals pijn, kortademigheid en het gevoel dat men een last is voor anderen.

- **Niet-medicamenteuze interventies:** overweeg niet-medicamenteuze interventies naast het gebruik van antidepressiva en anti-angstmedicatie:
 - Individuele interactie- en steungroepen, waaronder maatschappelijk werkers en pastorale bezoeken, kunnen depressie reduceren bij stervenden door te praten over thema's zoals van het leven genieten terwijl men ziek is, omgaan met gevoelens en zorgen over de familie.
 - Voor personen die niet zullen sterven in de nabije toekomst kan rehabilitatie helpen om functionele capaciteiten te verhogen (bv. mobiele hulpmiddelen, energiebewarende strategieën, fysiotherapie).
 - Relaxatietechnieken kunnen helpen om om te gaan met depressieve symptomen en angst.

- **Controle:** neveneffecten (zoals slaapstoornissen, delirium, ernstige constipatie, urinebehoud) van farmaceutische en andere behandelingen moeten gecontroleerd worden. Rapporteer indien nodig deze observaties aan de arts en andere medici.

Andere overwegingen

- Sommige personen die depressief zijn en palliatieve zorg krijgen kunnen baat hebben bij een psychiatrische beoordeling van een expert. Wel kunnen vele personen beoordeeld worden door een clinicus die palliatieve zorg verleent. Omgaan met depressie of angst is een onderdeel van de verwachte standaard voor goede palliatieve zorg. Open communicatie tussen het zorgteam, de informele zorgverleners en de persoon zelf is essentieel.

- Somatische symptomen van een stemmingsstoornis (bv. verlies van hongergevoel) komen regelmatig voor bij personen met een terminale ziekte en bij personen die invasieve behandelingen krijgen zoals chemotherapie. Deze symptomen kunnen aangepakt worden met behandelingen die elders beschreven staan (zie vermoeidheid, slaapstoornissen, ondervoeding CAP's).

- Bepaalde niet-medicamenteuze interventies kunnen heel nuttig zijn. Het kan aan het einde van het leven heel belangrijk zijn dat men de persoon kan helpen om zijn waardigheidsgevoel te behouden. Hoewel waardigheid in alle levensfasen belangrijk is, kunnen personen die het levenseinde naderen zeer kwetsbaar zijn wanneer ze hun waardigheidsgevoel verliezen. De doelstelling bestaat erin dat men de persoon de kans kan geven om een betekenis en doel in het leven te hebben.

AANVULLENDE BRONNEN

Chochinov HM, Tataryn D, Clinch JJ, Dudgeon D. 2009. Will to live in the terminally ill. *Lancet* 354: 816-819.

Irwin SA, Sanjai R, Bower K, Palica J, Sanjay R, Maglione JE, Soskins M, Betterton AE, Ferris FD. 2008. Psychiatric Issues in Palliative Care: Recognition of Depression in Patients Enrolled in Hospice Care. *Journal Palliative Medicine* 11(2): 158-163.

Lloyd-Williams M. 2001. Screening for Depression in Palliative Care Patients: a review. *European Journal of Cancer Care* 10(1): 31-35.

Lyne KJ, Moxon S, Sinclair I, Young P, Kirk C, Ellison S. 2006. Analysis of a Care Planning Intervention for Reducing Depression on Older People in Residential Care. *Journal of Aging and Mental Health* 10(4): 394-403.

Morita TM, Yukihiro S, Kei H, Satoru T, Yasuo S. 2004. Desire for death and requests to hasten death of Japanese terminally ill cancer patients receiving specialized inpatient. *Journal of Pain and Symptom Management* 27: 44-52.

Mystakidou K, Rosenfeld B, Parpa E, Katsouda E, Tsilika E, Galanos A, Vlahos L. 2005. Desire for death near the end of life: the role of depression, anxiety and pain. *General Hospital Psychiatry* 274: 258-262.

Smith EM, Gomm SA, Dickens CM. 2003. Assessing the independent contribution to quality of life from anxiety and depression in patients with advanced cancer. *Palliative Medicine* 17(6):509-513.

Wilson KG, Chochinov HM, Skirko MG, Allard P, Chary S, Gagnon PR, Macmillan K, De Luca M, O'Shea F, Kuhl D, Fainsinger RL, Clinch JJ. 2007. Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *Journal of pain and symptom management* 33:118-129.

Auteurs

Trevor F. Smith, PhD

Terry Rabinowitz, MD

John P. Hirdes, PhD

John N. Morris, MSW, PhD

Shannon Stewart, PhD

Cortney Constantino, BA

Knight Steel, MD