

Richtlijn Depressie in de palliatieve fase

Herziene richtlijn

COLOFON

RICHTLIJN ANGST IN DE PALLIATIEVE FASE

HERZIENE RICHTLIJN 2022

Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL)

Postbus 19079, 3501 DB Utrecht

088 234 60 00

E-mail: richtlijnen@iknl.nl

Alle rechten voorbehouden.

De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven.

48 INHOUDSOPGAVE

49	Inleiding	3
50	Achtergrond	3
51	Werkwijze	4
52	Begripsbepaling	6
53	Prevalentie	9
54	Oorzakelijke en beïnvloedende factoren	9
55	1. Communicatie	14
56	2. Preventie	20
57	3. Signalering en diagnostiek	27
58	3.1 Screening en signalering	29
59	3.2 Diagnostiek	32
60	3.2.1 Anamnese en psychiatrisch onderzoek	32
61	3.2.2 Meetinstrumenten voor verdieping, diagnostisering en monitoring	34
62	3.2.3 Lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek	36
63	3.2.4 Differentiaaldiagnose	36
64	3.2.5 Terugkoppeling diagnostiek	37
65	3.3 Monitoring	37
66	4. Behandeling van oorzakelijke en beïnvloedende somatische factoren	41
67	5. Psychosociale interventies voor patiënten met depressie in de palliatieve fase	43
68	6. Medicamenteuze behandeling van patiënten met depressie in de palliatieve fase	59
69	7. Organisatie van zorg	76
70	BIJLAGEN	81
71	Bijlage 1 Geldigheid	82
72	Bijlage 2 Algemene gegevens	83
73	Bijlage 3 Samenstelling werkgroep	84
74	Bijlage 4 Belangenverklaringen	85
75	Bijlage 5 Inbreng patiëntperspectief	86
76	Bijlage 6 Knelpunteninventarisatie	87
77	Bijlage 7 Methode	88
78	Bijlage 8 Zoekverantwoording	93
79	8 - 2.1 Zoekstrategie	93
80	8 - 2.2 Reviewprotocol	95
81	8 - 2.3 Risk of Bias beoordeling	96
82	8 - 2.4 Lijst met exclusieredenen	96
83	8 - 3.1 Zoekstrategie	105
84	8 - 3.2 Reviewprotocol	107
85	8 - 5.1 Zoekstrategie	108
86	8 - 6.1 Zoekstrategie	115
87	8 - 6.2 Reviewprotocol	118
88	8 - 6.3 Lijst met exclusieredenen	119
89	Bijlage 9 Kennislacunes	121
90	Bijlage 10 Communicatie- en implementatieplan	122
91	Bijlage 11 Afkortingen en begrippen	123
92		

93 Inleiding

94 Achtergrond

95

96 Aanleiding

97 KNMG en IKNL werken nauw samen om het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland te
98 implementeren. Het meerjarenplan richtlijnen palliatieve zorg is hier onderdeel van. In het kader van
99 dit meerjarenplan is de agendacommissie richtlijnen palliatieve zorg aangesteld voor het prioriteren
100 van te reviseren richtlijnen. In de agendacommissie Richtlijnen palliatieve zorg is op 4 februari 2020
101 besloten dat de herziening van de richtlijn 'Depressie in de palliatieve fase' in de tweede helft van
102 2020 zou starten.

103

104 Redenen voor noodzaak van revisie van de richtlijn:

- 105 1. Hoge prevalentie van depressie;
- 106 2. Impact voor de patiënt (Kwaliteit van leven / ziektelast);
- 107 3. Nieuwe evidentie.

108 De huidige richtlijn dateert uit 2008. Inmiddels is er nieuwe evidentie verschenen. Tevens wordt
109 met de herziening ervoor gezorgd dat de richtlijn volgens de laatste kwaliteitseisen voor
110 richtlijnen worden ontwikkeld (zie ook [Werkwijze](#));

- 111 4. Aansluiting op herzieningen van andere kwaliteitstandaarden, zoals de zorgstandaard
112 Depressieve stoornissen en de NHG standaard Depressie.

113

114 Daarnaast is ervoor gekozen om de richtlijnen angst in de palliatieve fase en rouw gelijktijdig te
115 herzien voor optimale afstemming.

116

117 Doel

118 Een richtlijn bevat aanbevelingen ter ondersteuning van de belangrijkste knelpunten uit de dagelijkse
119 praktijk. Deze richtlijn is zoveel mogelijk gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek (er is op dit gebied
120 niet veel Nederlands onderzoek) en op consensus. De richtlijn Depressie in de palliatieve fase geeft
121 aanbevelingen over begeleiding en behandeling van patiënten met depressie tijdens de palliatieve
122 fase en beoogt hiermee de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren.

123

124 Doelpopulatie

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

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

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

137

138 Doelgroep

139 Deze richtlijn is bedoeld voor alle professionals die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten met
140 depressie in de palliatieve fase zoals huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, klinisch geriaters,
141 psychiaters, artsen voor verstandelijk gehandicapten, overige medisch specialisten (o.a. cardiologen,
142 internist-oncologen, longartsen, radiotherapeuten, pijnspecialisten, revalidatieartsen), verzorgenden,
143 verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, physician assistants, (huisarts)praktijkondersteuners
144 GGZ en somatiek, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, psychologen, maatschappelijk werkers,
145 geestelijk verzorgers, vaktherapeuten en IKNL-consulenten. c Indien in de richtlijn wordt gesproken
146 over zorgverleners rondom mensen met depressie, kunnen afhankelijk van de specifieke situatie van

147 de patiënt alle bovengenoemde zorgverleners bedoeld worden.
148

149 **Werkwijze**

150 De huidige methodiek van richtlijnontwikkeling van de richtlijnen voor de palliatieve zorg sluit aan bij
151 de 'Leidraad voor kwaliteitsstandaarden' (voorheen de 'Richtlijn voor richtlijnen') en 'Medisch
152 specialisten 2.0'. In deze korte animatie wordt uitgelegd volgens welke stappen de herziening van
153 een palliatieve zorg richtlijn verloopt.

154 De werkgroep is op 26 november 2020 voor de eerste keer bijeengekomen. Op basis van een door
155 de werkgroepleden opgestelde enquête heeft een knelpuntenanalyse plaatsgevonden onder
156 zorgverleners. Daarnaast heeft de Patiëntenfederatie diepte-interviews gehouden bij 5 patiënten en
157 naasten. Na het versturen van de enquête hebben 210 zorgverleners de enquête volledig ingevuld
158 (zie bijlage 6). Naar aanleiding van de knelpunteninventarisatie is door de werkgroep de keuze
159 gemaakt voor de volgende onderwerpen (modules):
160

- 161 • Preventie (inclusief inzetten vroege palliatieve zorg)
 - 162 • Communicatie
 - 163 • Diagnostiek
 - 164 ○ Signalering
 - 165 ○ Nut screening
 - 166 ○ Diagnostiek
 - 167 ○ Differentiaaldiagnose
 - 168 • Behandeling
 - 169 ○ Behandeling van oorzaken
 - 170 ○ Psychosociale interventies
 - 171 ○ Medicamenteus
 - 172 • Organisatie van zorg
 - 173 ○ Matched care / collaborative care
 - 174 ○ Integratie met palliatieve zorg
 - 175 ○ Verwijzen
- 176

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

182 P = Patiënt(en)

183 I = Interventie

184 C = Comparison

185 O = Outcome

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

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

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

200 Na het verwerken van deze commentaren is de conceptrichtlijn op 4 april 2022 ter
201 becommentariëring aangeboden aan alle voor de knelpuntenanalyse benaderde wetenschappelijke,

202 beroeps- en patiëntenverenigingen en landelijke en regionale werkgroepen en koepelorganisaties.
 203 Het commentaar geeft input vanuit het veld om de kwaliteit en de toepasbaarheid van de richtlijn te
 204 optimaliseren en landelijk draagvlak voor de richtlijn te genereren. Alle commentaren werden
 205 vervolgens beoordeeld en verwerkt door de richtlijnwerkgroep. Aan de commentatoren is
 206 teruggekoppeld wat met de reacties is gedaan.
 207 De richtlijn is inhoudelijk vastgesteld op [datum goedkeuring]. Tenslotte is de richtlijn ter
 208 autorisatie/accordering gestuurd naar de betrokken verenigingen/instanties.

209

210 **Samenstelling van de werkgroep**

211 Alle werkgroep- en klankbordleden zijn afgevaardigd namens wetenschappelijke, beroeps- en
 212 patiëntenverenigingen en hebben daarmee het mandaat voor hun inbreng. Bij de samenstelling van
 213 de werkgroep (zie [bijlage 3](#)) is geprobeerd rekening te houden met landelijke spreiding en
 214 vertegenwoordiging van de verschillende verenigingen/disciplines. Het patiëntperspectief is
 215 vertegenwoordigd door de Patiëntenfederatie Nederland in de werkgroep en afvaardiging van de
 216 Parkinson Vereniging, MS Vereniging en het Longfonds als klankbordleden.

217

218 **Leeswijzer**

219 Iedere module of paragraaf start met de uitgangsvraag en de bijbehorende aanbevelingen.
 220 In de tabel hieronder is weergegeven wat een sterke en een zwakke aanbeveling inhoudt.

221

222

Tabel 1.1 Sterkte van de aanbeveling

Gradering aanbeveling	Betekenis	Voorkeursformulering
STERK 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 ...)
ZWAK 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
ZWAK 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.
STERK 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)

223

224 Een uitgebreide uitleg van de graderingen vindt u in [bijlage 7](#) Methode ontwikkeling.

225

- 226 • Bij de modules waar op systematische wijze naar literatuur is gezocht volgt de
 227 literatuurbespreking. Hierin worden de methode van het literatuuronderzoek, de resultaten, de
 kwaliteit van het bewijs en de conclusies weergegeven.

- 228 • Elke module eindigt met de overwegingen.
229

230 **Bijlagen**

- 231 Geldigheid (zie [bijlage 1](#))
232 Algemene gegevens (zie [bijlage 2](#))
233 Samenstelling werkgroep (zie [bijlage 3](#))
234 Belangenverklaringen (zie [bijlage 4](#))
235 Inbreng patiëntperspectief (zie [bijlage 5](#))
236 Knelpunteninventarisatie (zie [bijlage 6](#))
237 Methode (zie [bijlage 7](#))
238 Zoekverantwoording (zie [bijlage 8](#))
239 Kennislacunes (zie [bijlage 9](#))
240 Communicatie- en implementatieplan (zie [bijlage 10](#))
241 Afkortingen en begrippen (zie [bijlage 11](#))
242

243 **Begripsbepaling**

244 **Inleiding**

246 De werkgroep van deze richtlijn hanteert voor depressie in de palliatieve fase de volgende definitie:
247 “Depressie omvat het spectrum van emotionele ontregeling, waarbij gevoelens van somberheid,
248 neerslachtigheid, verlies van interesse of plezier (anhedonie) en verdriet op de voorgrond staan”.

249
250 Depressieve klachten komen vaak voor bij patiënten in de palliatieve fase. Het kan een normale
251 reactie zijn op de onzekerheden en de ingrijpende veranderingen als de patiënt in een fase van de
252 ziekte is gekomen waarin er geen hoop meer is op genezing en het overlijden op korte (<3mnd),
253 middellange (<1 jaar) of langere termijn onvermijdelijk is. De patiënt zal zich aan een leven met een
254 levensbedreigende ziekte moeten aanpassen. Deze aanpassing (verlieservaring) gaat gepaard met
255 gevoelens van verdriet, angst en/of somberheid, die begrijpelijk, invoelbaar en passend zijn bij de
256 situatie. Verdriet over het moeten loslaten van de plaats in de samenleving, de naasten en het leven
257 zelf. Daarbij somberheid over verlies van autonomie en waardigheid en somberheid vanuit
258 onzekerheid over het ziektebeloop (pijn en lijden). Deze gevoelens kunnen gezien worden als
259 onderdeel van het proces dat de patiënt doormaakt [Fujisawa 2018, Rosenblat 2020].
260

261 Gevoelens van somberheid kunnen ook gaan overheersen en uiteindelijk leiden tot een
262 aanpassingsstoornis met een depressieve stemming of een depressieve stoornis. Dit gaat gepaard
263 met grote lijdensdruk en kan de therapietrouw en het functioneren ernstig belemmeren. Bovendien
264 heeft het een negatieve impact op de beleving van de somatische symptomen (met name
265 pijnklachten) en op de door de patiënt ervaren kwaliteit van leven [Barber 2016, Mausbach 2017,
266 Rosenblat 2020]. Ook kunnen depressieve symptomen bijdragen aan de wens om het leven te
267 bespoedigen [Breitbart 2000]. Vroegtijdige herkenning en behandeling zijn essentieel om te zorgen
268 voor de maximale kwaliteit van leven. De aandacht dient zich te richten op zowel de patiënt als op de
269 naasten.
270

271 In deze richtlijn wordt onderscheid gemaakt tussen depressieve symptomen, een aanpassingsstoornis
272 met depressieve stemming en een depressieve stoornis. Een aanpassingsstoornis met depressieve
273 stemming en een depressieve stoornis zijn (afzonderlijke) psychiatrische diagnoses, waarvoor de
274 criteria zijn vastgelegd in de DSM-5 [Multidisciplinaire Richtlijn Depressie NVvP 2013, APA 2014].
275

276 **Fase van (tijdelijke) depressieve symptomen:** de voortschrijdende ziekte leidt tot een
277 opeenstapeling van verliezen (zoals verlies van gezondheid, rolverlies en eventueel relaties).
278 Gevoelens van somberheid, verdriet of leegte kunnen optreden als een invoelbare en passende
279 reactie op deze verlieservaringen en op de confrontatie met (progressie van) de ziekte die niet meer te
280 genezen is. Een dergelijk beeld beperkt zich tot enkele depressieve symptomen die het leven en het
281 functioneren van de patiënt niet in belangrijke mate belemmeren en slechts tijdelijk (enkele weken) in
282 wisselende mate aanwezig zijn, totdat er een nieuw evenwicht bereikt is (zie richtlijn rouw). Opvallend
283 is dat het merendeel van de patiënten, ondanks het veranderende perspectief, een nieuwe balans

284 vindt.

285

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

- 289 • Het betreft emotionele en gedragssymptomen als reactie op (een) herkenbare stress
290 veroorzakende factor(en), die zich binnen drie maanden na het begin de daarvan voordoen.
- 291 • Deze symptomen of gedragingen zijn erger dan normaal, zoals blijkt uit een duidelijk lijden dat
292 ernstiger is dan wat verwacht mag worden en/of significante beperkingen in sociaal of
293 beroepsmatig functioneren.
- 294 • De stressgebonden stoornis voldoet niet aan de criteria voor een andere klinische stoornis
295 (waaronder depressieve stoornis) en is geen verergering van een bestaande klinische of
296 persoonlijkheidsstoornis.
- 297 • De symptomen zijn geen uiting van een rouwreactie.
- 298 • Zodra de stress veroorzakende factor (of de gevolgen ervan) is weggevallen, blijven de
299 symptomen niet langer dan zes maanden aanwezig.

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

- 302 • een aanpassingsstoornis met depressieve stemming (indien depressieve stemming,
303 huilerigheid of gevoelens van hopeloosheid de belangrijkste uitingen zijn);
- 304 • een aanpassingsstoornis met gemengd angstige en depressieve stemming.

305

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

310 Het feit dat de mate van emotionele ontregeling in de context van de palliatieve fase lastig te
311 definiëren is, roept vragen op over de diagnostische validiteit [Fujisawa 2018]. Hoewel de
312 aanpassingsstoornis veel voorkomt en een 'brede' diagnose is, waarbinnen een diversiteit aan
313 symptomen kan voorkomen, worden de exacte classificatie voor wetenschappelijk onderzoek en het
314 stellen van de diagnose in de dagelijkse praktijk bemoeilijkt, zowel door subjectieve criteria als door
315 overlap met andere diagnostische categorieën [Richtlijn Aanpassingsstoornis bij patiënten met kanker
316 2016].

317

318 **Depressieve stoornis:** een syndroom dat emotionele, cognitieve, gedragsmatige en somatische
319 aspecten omvat, dat varieert in intensiteit van mild tot matig en ernstig en gepaard gaat met
320 significante beperkingen in psychosociaal functioneren.

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

323 De DSM-5 heeft de volgende negen criteria voor een depressieve stoornis, waarvan ten minste vijf
324 van de onderstaande symptomen gedurende dezelfde periode van minstens twee aaneengesloten
325 weken aanwezig zijn en wijzen op een verandering ten opzichte van het eerdere functioneren.

326 Tenminste één van de twee kernsymptomen is (1) depressieve stemming, of (2) verlies van interesse
327 of plezier.

- 328 1. depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag, zoals blijkt uit
329 ofwel subjectieve mededelingen van de patiënt zelf ofwel observatie door anderen;
- 330 2. duidelijke vermindering van interesse of plezier (anhedonie) in alle of bijna alle activiteiten
331 gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag, zoals blijkt uit subjectieve mededelingen
332 van de patiënt of uit observatie door anderen;
- 333 3. duidelijke gewichtsvermindering zonder vasten/dieet of gewichtstoename (bijv. meer dan 5% van
334 het lichaamsgewicht in 1 maand), dan wel bijna elke dag afgenomen of toegenomen eetlust;
- 335 4. slapeloosheid of overmatige slaperigheid, bijna elke dag;
- 336 5. psychomotorische agitatie of remming (waarneembaar door anderen, en niet alleen maar een
337 subjectief gevoel van rusteloosheid of vertraagdheid), bijna elke dag;
- 338 6. moeheid of verlies van energie, bijna elke dag;

- 339 7. gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens (die waanachtig
340 kunnen zijn), bijna elke dag, en niet alleen maar zelfverwijten of schuldgevoel over het ziek zijn;
341 8. verminderd vermogen tot nadenken, concentratie of besluiteloosheid (subjectief vermeld ofwel
342 geobserveerd door anderen), bijna elke dag;
343 9. terugkerende gedachten aan de dood (niet alleen de vrees om dood te gaan), terugkerende
344 suïcidedgedachten zonder dat er specifieke plannen gemaakt zijn, een suïcidepoging of een
345 specifiek plan om suïcide te plegen.
346

347 **Afbakening**

348 Zoals bij de begripsbepaling beschreven, is depressie in de palliatieve fase een breed begrip met
349 uiteenlopende uitingsvormen en dimensies. Depressie gedefinieerd als een depressieve stoornis komt
350 in de palliatieve fase veel minder vaak voor dan depressieve symptomen. In deze richtlijn ligt het
351 accent op depressieve symptomen bij patiënten met een ongeneeslijke ziekte, naast de
352 **aanpassingsstoornis met depressieve stemming** en de depressieve stoornis.
353

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

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

363 Aanwezigheid van symptomen binnen het emotionele en cognitieve domein, zoals depressieve
364 stemming, gevoelens van waardeloosheid en schuld, hopeloosheid en suïcidale gedachten, zullen
365 sterker wijzen op de aanwezigheid van een depressieve stoornis [Rosenblat 2020]. Met name het
366 kernsymptoom anhedonie is indicatief voor een depressieve stoornis; zelfs als patiënten fysiek niet
367 meer in staat zijn om eerdere plezierige activiteiten uit te voeren, zullen ze plezier ervaren en kunnen
368 beleven aan het gezelschap van hun familie en dierbaren, tenzij er sprake is van een depressieve
369 stoornis [Block 2001].
370

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

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

385 In de palliatieve fase kunnen patiënten gevoelens van somberheid ervaren die te maken hebben met
386 zingevingsvragen en existentiële aspecten van het menselijk bestaan, zoals de naderende dood,
387 schuld en spijt, fundamentele eenzaamheid en de grip kwijtraken op 'wie je bent' [van Bruggen 2017].
388 Deze somberheid is verweven met andere thema's in de palliatieve fase, zoals terugtrekken uit sociale
389 contacten, verlies van identiteit door verlies van een sociale rol (als ouder /partner), toenemende
390 afhankelijkheid van partner en kinderen, en fundamentele eenzaamheid bij het realiseren van de
391 patiënt die zal overlijden, terwijl alle dierbaren door zullen leven (zie [richtlijn Spirituele Zorg](#)).

392 In het vervolg van deze richtlijn gebruiken we het begrip depressie in de palliatieve fase zoals
393 gedefinieerd volgens de werkgroep bij [Begripsbepaling](#).
394

395 **Prevalentie**

396

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

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

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

409

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

418

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

427 Diverse studies laten zien dat de prevalentie van depressie bij patiënten met kanker in de palliatieve
428 fase varieert van 14.9% voor een depressieve stoornis tot 58% uitgaande van het gehele
429 depressiespectrum [Massie 2004, Wasteson 2009]. In een systematische review naar symptoom
430 prevalentie bij ongeneeslijke kanker [Teunissen 2007] wordt voor depressieve symptomen een
431 prevalentie genoemd van 39% (95%BI 33-45).

432 Onder patiënten met een ongeneeslijke maligniteit werd d.m.v. de Hospital Anxiety and Depression
433 Scale (HADS) een prevalentie van 24,4% (C.I. 17,6–32,7%) gevonden voor depressieve klachten
434 [Antunes 2020].

435 Een vergelijkbaar patroon wordt gezien bij patiënten met eindstadium hartfalen [Gibbs 2002] en
436 nierfalen [Cohen 2002]; in een systematische review naar symptoomlast bij eindstadium orgaanfalen
437 is de prevalentie van depressieve klachten 23% bij patiënten met hartfalen, 59% bij COPD en 26% bij
438 nierfalen [Janssen 2008].

439

440 **Oorzakelijke en beïnvloedende factoren**

441

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

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

448

449 Predisponerende factoren die een rol spelen bij depressieve symptomen / depressieve stoornis zijn:

450

- Jongere leeftijd met ziekte in vergevorderd stadium;

- 451 • Belaste psychiatrische voorgeschiedenis, eerdere depressieve stoornis;
452 • Hechttingsproblematiek en eerdere traumatische life events of stressvolle gebeurtenis (stressor);
453 • Familiaire belasting;
454 • Verslavingsproblematiek zoals afhankelijkheid van alcohol of andere middelen;
455 • Persoonlijkheidskenmerken (neuroticisme en laag zelfbeeld);
456 • Eenzaamheid en gebrek sociaal netwerk en sociale steun.

457

458 Risicofactoren samenhangend met de onderliggende somatische aandoening zijn:

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

472

473 Risicofactoren samenhangend met de behandeling:

- 474 • Radiotherapie m.n. totale schedelbestraling;
475 • Systemische therapie. Depressie is met name beschreven als bijwerking van antihormonale therapie (tamoxifen, aromatase-remmers, 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.
476 • Mutilerende ingrepen.

477

478 Risicofactoren samenhangend met medicatie:

- 479 • Corticosteroïden, anabole steroïden;
480 • Antihypertensiva, m.n. lipofiele beta blokkers (propranolol) [Verbeek 2010]
481 • Cholesterol verlagende medicatie (colestyramine, pravastatine);
482 • Antibiotica (amfotericine, ethionamide);
483 • Opiïden;
484 • (Onttrekking van) alcohol, nicotine, drugs, opioïden, corticosteroïden.

485

486 Risicofactoren samenhangend met psychosociale factoren:

- 487 • Inadequate en beperkte coping;
488 • Verandering in uiterlijk;
489 • Rolverlies;
490 • Controleverlies en onzekerheid over toekomst;
491 • Verlies van onafhankelijkheid /autonomie;
492 • Verlies van waardigheid;
493 • Sociale isolatie.

494

495 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].

496 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

506 is er sprake van een wederzijdse beïnvloeding, bijv. tussen pijn en depressie en tussen vermoeidheid
507 en depressie [Salvo 2012, Rhondali 2012, Panagioti 2014, Mercadante 2017, Rowbottom 2017].
508 Er is een toegenomen evidentie voor biologische ziekte-specifieke factoren waarbij immuunactivatie
509 en (neuro)inflammatie een belangrijke rol spelen [Leonard 2018, Rosenblat 2014, Rosenblat 2020].
510 Depressie geassocieerd met somatische aandoeningen waarbij ontstekingsreacties optreden (pro-
511 inflammatoire cytokinen) kan optreden als onderdeel van een symptomencomplex dat ook wel
512 'Sickness behavior' genoemd wordt [D'Mello 2017]. Dit wordt gekenmerkt door anorexie,
513 gewichtsverlies, lethargie, malaise, lusteloosheid, interesse- en initiatiefverlies, depressie, angst,
514 cognitieve dysfunctie en sociale isolatie. Er is een grote overlap tussen 'sickness behavior' in de
515 palliatieve fase en het anorexie-cachexiesyndroom (zie richtlijn [Anorexie en gewichtsverlies](#)).

516
517 In de DSM-5 classificatie wordt binnen de depressieve stoornis onderscheid gemaakt tussen (causale)
518 verbanden met somatische aandoeningen en/of (genees)middelen. Zo wordt gesproken van een
519 stemmingsstoornis door een somatische aandoening en/of een stemmingsstoornis door
520 (genees)middelengebruik.

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

524 Wanneer de conclusie is dat de aanpassingsstoornis met depressieve stemming dan wel de
525 depressieve stoornis het gevolg lijkt van genoemde aandoeningen of medicatie, moet worden
526 beoordeeld of het effect van de behandeling van de aandoening (indien mogelijk) afgewacht kan
527 worden of dat de indicatie voor het voorgeschreven medicament kritisch moet worden heroverwogen
528 om te bezien of dit alsnog gestaakt kan worden (medicatiebeoordeling eventueel met apotheker) (zie 4.
529 [Behandeling van oorzakelijke en beïnvloedende somatische factoren](#)).

530

531 Referenties

- 532 1. American Psychiatric Association. 2014. Handboek voor de classificatie van psychische
533 stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental
534 Disorders. Fifth Edition. Amsterdam: Boom
- 535 2. Antunes B, Rodrigues PP, Higginson IJ, Ferreira PL. Determining the prevalence of palliative
536 needs and exploring screening accuracy of depression and anxiety items of the integrated
537 palliative care outcome scale - a multi-centre study. BMC Palliat Care. 2020 May 14;19(1):69. doi:
538 10.1186/s12904-020-00571-8. PMID: 32410607; PMCID: PMC7226940.
- 539 3. Barber B, Dergousoff J, Slater L, et al. (2016) Depression and survival in patients with head and
540 neck cancer: A systematic review. JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery 142: 284–288.
- 541 4. Block SD. Perspectives on care at the close of life: Psychological considerations, growth, and
542 transcendence at the end of life: the art of the possible. JAMA 2001;285(22):2898-905. PMID
543 11401612.
- 544 5. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Kaim M, Funesti-Esch J, Galiotta M, Nelson CJ, Brescia R:
545 Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer.
546 JAMA 2000;284: 2907–2911. PMID:11147988, DOI:10.1001/ jama.284.22.2907
- 547 6. Brenne E, Loge JH, Kaasa S, Heitzer E, Knudsen AK, Wasteson E; European Palliative Care
548 Research Collaborative (EPCRC). Depressed patients with incurable cancer: which depressive
549 symptoms do they experience? Palliat Support Care. 2013 Dec;11(6):491-501. doi:
550 10.1017/S1478951512000909. Epub 2013 Feb 7. Erratum in: Palliat Support Care. 2013
551 Dec;11(6):535. PMID: 23388067.
- 552 7. van Bruggen V, Ten Klooster P, Westerhof G, Vos J, de Kleine E, Bohlmeijer E, Glas G. The
553 Existential Concerns Questionnaire (ECQ)-Development and Initial Validation of a New Existential
554 Anxiety Scale in a Nonclinical and Clinical Sample. J Clin Psychol. 2017 Dec;73(12):1692-
555 1703. doi:10.1002/jclp.22474.
- 556 8. Cohen LM, et al. Depression and suicidal ideation in patients who discontinue the life-support
557 treatment of dialysis. Psychosom Med 2002;64(6): 889-96. PMID 12461194.
- 558 9. D'Mello C, Swain MG. Immune-to-Brain Communication Pathways in Inflammation-Associated
559 Sickness and Depression. Curr Top Behav Neuroscience 2017;31:73-94. doi:
560 10.1007/7854_2016_37.

- 561 10. Fairman N, Irwin SA. Diagnosis and Management of Depression in Palliative Care In: In:
562 Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine: Psychosocial Care of the Terminally Ill. *Onder*
563 *embargo*
- 564 11. Fujisawa D. Depression in Cancer Care. *Keio J Med*. 2018 Sep 25;67(3):37-44.doi:
565 10.2302/kjm.2017-0010-IR. Epub 2017 Oct 14. PMID: 29033396.
- 566 12. Gibbs JS, et al. Living with and dying from heart failure: the role of palliative care. *Heart* 2002;88
567 Suppl 2:ii36-9. PMID 12213799.
- 568 13. Janssen DJA, Spruit MA, Wouters EFM, Schols JMGA, Daily symptom burden in end-stage
569 chronic organ failure: a systematic review. *Palliat Med* 2008; 22: 938-948.
- 570 14. Leonard BE Inflammation and depression: a causal or coincidental link to the pathophysiology?
571 *Acta Neuropsychiatr* 2018 Feb;30(1):1-16. doi: 10.1017/neu.2016.69.
- 572 15. Levis B, Benedetti A, Levis AW, et al. (2017) Selective cutoff report- ing in studies of diagnostic
573 test accuracy: A comparison of conven- tional and individual-patient-data meta-analyses of the
574 Patient Health Questionnaire-9 depression screening tool. *The American Journal of Epidemiology*
575 185: 954–964.
- 576 16. Li M, Rosenblat J and Rodin G (2019) Chapter 7: Depression. In: Levenson JL (ed.) *The American*
577 *Psychiatric Association publish- ing textbook of psychosomatic medicine and consultation-liaison*
578 *psychiatry*, 3rd Edition. pp. 245–260. Philadelphia, PA: American Psychiatric Association.
- 579 17. Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004;
580 (32):57-71. PMID 15263042.
- 581 18. Mausbach BT and Irwin SA (2017) Depression and healthcare service utilization in patients with
582 cancer. *Psycho-Oncology* 26: 1133– 1139.
- 583 19. Mercadante S, Adile C, Ferrera P, et al. Sleep disturbances in advanced cancer patients admitted
584 to a supportive/palliative care unit. *Support Care Cancer*, 25 (2017), pp. 1301-1306.
- 585 20. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al. (2011) Prevalence of depression, anxiety, and adjustment
586 disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: A meta-analysis of 94
587 interview-based studies. *The Lancet Oncology* 12: 160–174.
- 588 21. Multidisciplinaire Richtlijn Depressie NVvP - Trimbos 2013.
- 589 22. Nederlandse Vereniging voor Psychosociale Oncologie. 2016. Richtlijn Aanpassingsstoornis bij
590 patiënten met kanker. www.Trimbos.nl.
- 591 23. Panagioti M, Scott C, Blakemore A, Coventry PA. Overview of the prevalence, impact, and
592 management of depression and anxiety in chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron*
593 *Obstruct Pulmon Dis*. 2014 Nov 13;9:1289-306. doi: 10.2147/COPD.S72073. PMID: 25419126;
594 PMCID: PMC4235478
- 595 24. Read JR, Sharpe L, Modini M, et al. (2017) Multimorbidity and depres- sion: A systematic review
596 and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 221: 36–46.
- 597 25. Rhondali W, Perceau E, Berthiller J, et al. Frequency of depression among oncology outpatients
598 and association with other symptoms *Support Care Cancer*, 20 (2012), pp. 2795-2802
- 599 26. Rosenblat JD, Cha DS, Mansur RB, et al. (2014) Inflamed moods: A review of the interactions
600 between inflammation and mood disorders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological*
601 *Psychiatry* 53: 23–34.
- 602 27. Rosenblat JD, Kurdyak P, Cosci F, Berk M, Maes M, Brunoni AR, Li M, Rodin G, McIntyre RS,
603 Carvalho AF. Depression in the medically ill. *Australian & New Zealand journal of psychiatry* 2020
604 vol 54 (4) 346-366. DOI 10.1177/0004867419888576.
- 605 28. Rowbottom L, Chan S, Zhang L, et al. Impact of dyspnea on advanced cancer patients referred to
606 a palliative radiotherapy clinic. *Support Care Cancer*, 25 (2017), pp. 2691-2696.
- 607 29. Salvo N, Zeng L, Zhang L, Leung M, Khan L, Presutti R, Nguyen J, Holden L, Culleton S, Chow E.
608 Frequency of reporting and predictive factors for anxiety and depression in patients with advanced
609 cancer. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2012 Mar;24(2):139-48. doi:10.1016/j.clon.2011.05.003. Epub
610 2011 Jun 8. PMID: 21652191.
- 611 30. Teunissen SC, Wesker W, Kruitwagen C, de Haes HC, Voest EE, de Graeff A. Symptom
612 prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2007
613 Jul;34(1):94-104.
- 614 31. Thombs BD, Kwakkenbos L, Levis AW, et al. (2018) Addressing overestimation of the prevalence
615 of depression based on self-report screening questionnaires. *CMAJ* 190: E44–E49.

- 616 32. Verbeek DE, van Riezen J, de Boer RA, van Melle JP, de Jonge P. Verbeek DE, et al. A review on
617 the putative association between beta-blockers and depression. Heart Fail Clin. 2011 Jan;7(1):89-
618 99. doi: 10.1016/j.hfc.2010.08.006. PMID: 21109212.
- 619 33. Wasteson E, Brenne E, Higginson IJ, et al. (2009) Depression assessment and classification in
620 palliative cancer patients: A systematic literature review. Palliative Medicine 23: 739–753.
- 621 34. Zorgstandaard Depressieve stoornissen 2017.
622 <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/depressieve-stoornissen/introductie>.

CONCEPT

623 1. Communicatie

624

625 Uitgangsvraag

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

628

629 NB Dit is een gecombineerde uitgangsvraag van zowel de richtlijn depressie als de richtlijn angst.

630 Daarom wordt gerapporteerd over zowel depressie als angst.

631

632 Methode: consensus-based

633

634 Aanbevelingen

- 635 • Gebruik patiëntgerichte communicatie ter preventie en/of vermindering van angst en depressie,
636 door aandacht te besteden aan wie de patiënt is en wat deze ervaart op het gebied van
637 lichamelijke klachten, gevoelens, emoties, normen en verwachtingen, zorgen en behoeften.
- 638 • Pas de communicatiestijl aan de patiënt aan en maak daarbij zoveel mogelijk gebruik van een
639 empathische, exploratieve communicatiestijl, met erkennende en steunende bewoordingen,
640 waarbij interesse getoond wordt, vragen worden gesteld, geluisterd wordt naar wat de patiënt op
641 dat moment wil vertellen en stukjes hiervan worden herhaald.
- 642 • Overweeg een directief-empathische stijl waarin meer structuur en advies wordt gegeven, als de
643 patiënt erg angstig, depressief of wanhopig is en als er behandelkeuzen gemaakt moeten worden.
- 644 • Let op de non-verbale signalen van de patiënt en de naasten en/of mantelzorgers en op de eigen
645 non-verbale communicatie. Laat regelmatig stiltes vallen in een gesprek, bijvoorbeeld bij het
646 bespreken van emotionele onderwerpen.
- 647 • Geef eerlijke informatie over het ziektebeeld, waarbij de informatie is afgestemd op wat de patiënt
648 op dat moment wil en kan horen en waarbij ruimte geboden wordt voor vragen over het
649 toekomstperspectief, maar gerespecteerd wordt als deze niet gesteld worden.
- 650 • Overweeg het gebruik van een gespreksmodel zoals de AAA-checklist of het BELIEF model als
651 handvat voor patiëntgerichte communicatie. Raadpleeg ook [https://carend.nl/artikel/de-noodzaak-
652 van-goede-communicatie-de-palliatieve-fase](https://carend.nl/artikel/de-noodzaak-van-goede-communicatie-de-palliatieve-fase).
- 653 • Betrek de naasten en/of mantelzorgers bij zorgplanning en uitvoering van de zorg. Zorg er daarbij
654 voor dat ze ondersteund worden in hun lichamelijke, emotionele en informatiebehoeften. Voor
655 handvatten kijk op [Mantelzorgondersteuning in de palliatieve fase \(palliaweb.nl\)](#)
- 656 • Gebruik begrijpelijke taal en maak waar mogelijk gebruik van interculturele consulenten, geestelijk
657 verzorgers en professionele tolken, om te ondersteunen bij gesprekken waarbij een verschil in
658 taal, cultuur en bijbehorende normen en verwachtingen wordt ervaren.

659

660 Inleiding

661 Communicatie met patiënten in de palliatieve fase is een relationeel proces in twee richtingen, dat

662 beïnvloed wordt door de context, cultuur, woorden en gebaren. Het is één van de belangrijkste

663 manieren waarop zorgverleners de kwaliteit van de zorg beïnvloeden die patiënten en hun families

664 ontvangen [Ragan 2015, Kirk 2015, Dean 2015]. Goede communicatie is een onmisbaar onderdeel

665 van de palliatieve zorg. Hoewel er vrijwel geen onderzoek beschikbaar is over de invloed van

666 communicatie op depressie en angst, is het aannemelijk dat goede communicatie de kwaliteit van

667 leven van de patiënt met angst en/of depressie en hun naasten in deze fase verbetert [Dean 2015].

668 De palliatieve fase kenmerkt zich door het samengaan van lichamelijke klachten, gevoelens, emoties,

669 verwachtingen, zorgen en behoeften. Als zorgverlener is het belangrijk hier in de communicatie met

670 de patiënt aandacht voor te hebben, zodat alle aspecten aan bod komen.

671

672 De naasten van de patiënt spelen een belangrijke rol in de palliatieve fase. Ze worden vaak betrokken

673 als informele zorgverlener en kunnen een belangrijke bron van informatie zijn over de toestand van de

674 patiënt, in het bijzonder om te bepalen of er sprake is van angst of depressie bij de patiënt. De zorg

675 voor een patiënt in de palliatieve fase kan belastend zijn zeker als er ook sprake is van psychische

676 klachten. Naasten hebben zelf ook een verhoogd risico op het ontwikkelen van klachten van angst en

677 depressie. Aandacht voor de naasten en hen op een goede manier betrekken in de communicatie is

678 dus zeker in de palliatieve fase essentieel.

679 In de wetenschappelijke literatuur wordt vaak de term 'informal caregiver', oftewel mantelzorger
680 gebruikt voor naasten. Dit kunnen partners, kinderen, andere familieleden, buren en/of vrienden zijn.
681

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

697 **Literatuurbespreking**

698 Voor deze uitgangsvraag is geen systematisch literatuuronderzoek verricht.
699

700 **Overwegingen**

701 *Patiëntgerichte communicatie in de palliatieve zorg*

702
703 Uit de literatuur over communicatie in de palliatieve zorg wordt duidelijk dat communicatie niet alleen
704 een manier is om informatie over te brengen. Goede communicatie zorgt ervoor dat een patiënt zich
705 gezien en gehoord voelt. Deze manier van communiceren wordt patiëntgerichte communicatie
706 genoemd, omdat de patiënt centraal staat. Door in hun communicatie te laten zien dat zij aandacht
707 hebben voor wie de patiënt is – wat diens unieke gevoelens, zorgen en verwachtingen zijn en wat
708 diens psychosociale context is – kunnen zorgverleners eraan bijdragen dat de patiënt meer vrijheid
709 voelt om gevoelens en klachten te delen [Kirk 2015]. De werkgroep acht het aannemelijk dat dit een
710 preventieve werking kan hebben op angst en depressieve klachten, omdat emoties en onzekerheden
711 zo eerder geadresseerd kunnen worden. Patiënt en zorgverlener kunnen tot een gezamenlijk begrip
712 van problemen en de behandeling ervan komen. Patiënten kunnen dan meer betrokken worden bij de
713 keuzes die te maken hebben met hun gezondheid en dit draagt bij aan kwaliteit van leven in de
714 palliatieve fase [Dean 2015].

715
716 Uit een studie onder 215 patiënten met een depressieve stoornis van 18 huisartsen bleek dat een
717 accurate huisartsdiagnose en adequate behandeling met een antidepressivum waren geassocieerd
718 met betere patiëntuitkomsten, echter alleen wanneer deze behandeling werd gegeven door een
719 communicatief vaardige huisarts [Ormel 2005, Van Os 2005].
720

721 Patiëntgerichte communicatie krijgt vorm door interesse te tonen, vragen te stellen en te luisteren naar
722 wat de patiënt op dat moment wil vertellen. Dit geeft de zorgverlener inzicht in verschillende aspecten
723 van het leven die voor deze persoon belangrijk zijn en wie ze zijn als persoon. Door iemands doelen
724 en dromen in kaart te brengen, is het voor de zorgverlener ook makkelijker om aan te sluiten bij wat
725 de patiënt nodig heeft [Kirk 2007, Omilion-Hodges 2016, Visser 2018].
726

727 Patiëntgericht communiceren is exploratief en empathisch. Mede afhankelijk van de aard van de
728 problematiek, zijn patiënten in gesprek met de zorgverlener over de opties en gezichtspunten vaak
729 zelf in staat om oplossingen te vinden die goed bij hen passen [Kirk 2015, Omilion-Hodges 2016].
730 Daarbij wordt de autonomie van de patiënt gerespecteerd en gestimuleerd [Dahlin 2013]. Indien het
731 passend is om adviezen te geven, kan dit in dezelfde empathische explorerende communicatiestijl,
732 waarbij de zorgverlener zonder oordeel ruimte laat aan de patiënt om de adviezen al dan niet op te
733 volgen. Als dat beter aansluit bij de behoeften van de patiënt, kan een meer directieve stijl
734 gehanteerd worden, waarin meer structuur en advies worden gegeven. Een empathische

735 grondhouding in combinatie met een directieve stijl kan een gevoel van veiligheid bieden en het
736 vertrouwen in de zorgverlener versterken, vooral wanneer de patiënt erg angstig, depressief of
737 wanhopig is.

738
739 Kenmerken van patiëntgerichte communicatie zijn erkenning, het gebruik van gevoelsreflecties, het
740 laten vallen van stiltes en aandacht voor non-verbale communicatie [Visser 2018]. In een
741 interviewstudie onder 16 kankerpatiënten en 13 oncologen naar voorkeuren voor verschillende
742 (gefilmde) communicatiestijlen in reactie op emoties gaven de meeste respondenten de voorkeur aan
743 emotie-georiënteerde reacties, zowel verbaal als non-verbaal en door stilte. Deze manier van
744 communiceren werd ervaren als empathisch en steunend [Visser 2018].

745
746 Non-verbale communicatie kan bepalender zijn voor wat iemand meeneemt uit een gesprek dan de
747 inhoud van de communicatie [Ragan 2015, Kirk 2015]. Dat lijkt zelfs nog belangrijker te zijn bij cultuur-
748 sensitieve communicatie, wanneer mensen de taal niet (helemaal) machtig zijn [Cain 2018, GGZ
749 standaarden 2020]. Bij non-verbale communicatie kan gedacht worden aan zitten in plaats van staan,
750 gezichtsuitdrukking, oogcontact, de toon van de stem, fysieke nabijheid, gebaren en aanraking [Ragan
751 2015]. Een voorbeeld van non-verbale communicatie door zorgverleners die van belang blijkt, is het
752 uitstralen van betrokkenheid en expertise, en het nemen van verantwoordelijkheid [Engel 2021].
753 Stiltes geven de ruimte om de boodschap te verwerken en kunnen op zichzelf een teken van
754 empathie, medeleven en respect vormen.

755
756 De meeste patiënten stellen prijs op eerlijke informatie over hun ziektebeeld. Dit draagt bij aan hun
757 vertrouwen in de zorgverlener en gevoel van regie, maar kan soms ook angst, depressie en
758 existentiële vragen oproepen.

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

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

767 768 *Gespreksmodellen*

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

777
778 Er zijn weinig gespreksmodellen voor communicatie in de palliatieve zorg ontwikkeld in het Nederlands
779 of naar het Nederlands vertaald. We lichten twee Nederlandstalige modellen uit, die volgens de
780 werkgroep behulpzaam kunnen zijn: De AAA-checklist en het BELIEF model. Westendorp et al. [2022]
781 geven ook diverse voorbeelden van niet-behulpzame en behulpzame reacties volgens
782 kankerpatiënten (n = 74) en experts, die in lijn zijn met de adviezen in deze richtlijn. Voor adviezen
783 over communicatie in de palliatieve fase wordt ook verwezen naar [https://carend.nl/artikel/de-
784 noodzaak-van-goede-communicatie-de-palliatieve-fase](https://carend.nl/artikel/de-noodzaak-van-goede-communicatie-de-palliatieve-fase).

785
786 De AAA-checklist is ontwikkeld in de huisartsensetting. AAA staat voor Aanwezig zijn in het gesprek
787 met een patiënt in de palliatieve fase, proactief Actuele onderwerpen aan de orde kunnen stellen, en
788 Anticiperen op diverse scenario's [Slort 2011, Slort 2019]. Een uitgebreide toelichting op het model en
789 de checklist zijn te vinden op [PaTz.nu](https://www.patzen.nl).

790

791 Een ander gespreksmodel voor patiëntgerichte communicatie in de palliatieve zorg, is het BELIEF
792 model [Dobbie 2003]. Dit model helpt om het patiëntperspectief te bevragen, door te vragen naar:
793 • overtuigingen over gezondheid (Beliefs; Wat is de oorzaak van uw ziekte/probleem?);
794 • verklaringen (Explanation: Waarom gebeurde dit op dit moment?);
795 • leren (Learn: Help me om uw overtuiging/mening te begrijpen);
796 • invloed (Impact: Welke invloed heeft de ziekte/het probleem op uw leven?);
797 • empathie (Empathy: Dit is vast heel moeilijk voor u);
798 • gevoelens (Feelings: Hoe voelt u zich hierbij?).
799

800 *Naasten en mantelzorgers*

801 Het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland [IKNL/Palliactief 2020] geeft aan dat palliatieve zorg
802 zich ook uitstrekt tot de naasten en/of mantelzorgers. Een actieve rol van naasten en mantelzorgers in
803 het ziekteproces van de patiënt leidt tot betere klinische uitkomsten bij patiënt en naasten [Wieczorek
804 2018].

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

- 806 • het navragen van hun situatie;
- 807 • het geven van aandacht en erkenning voor de belasting;
- 808 • het meenemen van hun visie en behoeften in het zorgplan;
- 809 • het verwijzen voor passende zorg en begeleiding;
- 810 • het geven van advies over de praktische aspecten van mantelzorg;
- 811 • het geven van eerlijke informatie over het ziekteverloop van de patiënt en de 'uitdagingen' die dit
812 met zich mee zal brengen.

813 Om mantelzorgers goed te kunnen betrekken bij de zorg hebben ze ook ondersteuning nodig bij de
814 communicatie met artsen en verpleegkundigen [Alam 2020]. Mantelzorgers moeten hun vragen
815 mogen stellen en advies krijgen over wat goede vragen zijn om te stellen. Ze moeten ook wegwijs
816 gemaakt worden in de verschillende aspecten van de gezondheidszorg (health literacy). Daarbij wordt
817 duidelijke, eenvoudige taal gebruikt. Het actief betrekken van mantelzorgers bij de communicatie over
818 de zorg leidt vermoedelijk tot verbeterde kwaliteit van leven en minder angst bij de mantelzorgers. Op
819 Mantelzorgondersteuning in de palliatieve fase (palliaweb.nl) zijn hiervoor diverse handvatten te
820 vinden.
821

822 Niet alleen de patiënt, maar ook diens naaste ervaart vaker angst en depressie dan mensen die niet
823 geconfronteerd worden met een ziekte in de palliatieve fase. Affectieve klachten bij de patiënt vormen
824 een extra belasting voor de naasten en affectieve klachten bij de naasten verminderen hun veerkracht
825 om mantelzorg te geven. Het herkennen, valideren en zo nodig behandelen van klachten van angst en
826 depressie bij naasten zijn dus van belang zowel voor het welzijn van de naasten als voor de patiënt
827 [Jacobs 2017].
828

829 Hierin is ook de communicatie tussen partners van belang. In een review van 28 studies naar de
830 coping van stellen die te maken hadden met kanker, vonden Chen et al. [2021] dat patiënten meer
831 onthullen dan partners over hoe ze de situatie ervaren. De geïncludeerde studies leken erop te wijzen
832 dat het voor succesvolle coping belangrijk is hoe er op dergelijke zelfonthulling gereageerd wordt. Als
833 één van de partners of beiden zich terugtrekken, kan dit de distress van beiden vergroten. Met name
834 negatieve coping bij stellen was geassocieerd met minder tevredenheid met de relatie en een
835 toename in depressieve symptomen bij beide partners. Bij negatieve coping is er ambivalente steun,
836 de ervaring van een gebrek aan betrokkenheid, vijandige communicatie en het verbergen van zorgen,
837 ontmoedigende informatie en overgave aan de ander. Gezamenlijke constructieve communicatie,
838 waarin er uitgewisseld wordt over emoties, beide partners tastbare steun bieden en ze positiviteit en
839 hoop aan elkaar overbrengen, kan zowel volgens beschrijvende studies als interventiestudies in de
840 review helpen om de relatie te versterken en de kwaliteit van leven van beiden te vergroten [Chen
841 2021]. Het is dus niet zonder meer aan te raden om stellen aan te moedigen hun emoties ongefilterd
842 naar elkaar te uiten. De ander moet in staat zijn om hier op een constructieve manier op te reageren.
843

844 *Cultuursensitieve communicatie*

845 Patiëntgerichte communicatie is een goede manier om cultuursensitief te communiceren [Suurmond
846 2021]. Door in de communicatie nieuwsgierig te zijn naar de beleving van en aan te sluiten bij de

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

863
864 In communicatie over zorg is het in het bijzonder van belang om de culturele normen hieromtrent te
865 verkennen. Zowel binnen als tussen culturen kunnen er bijvoorbeeld veel verschillen zijn in wie als
866 mantelzorger optreedt (enkel de partner of kinderen, vooral familieleden of ook burens en vrienden).
867 Het is daarom belangrijk om bij de patiënt en andere betrokkenen te vragen wie op welke manier bij
868 de zorg betrokken moet en kan worden. Als het gebruikelijk is binnen een cultuur dat de familie een
869 centrale rol speelt in de zorg, kan een stap naar professionele thuiszorg of verhuizing naar een
870 verpleeg- of verzorgingshuis een gevoel van falen oproepen en gepaard gaan met schaamte bij de
871 patiënt en/of naasten. Het is daarom belangrijk om bij de patiënt en naasten te verkennen wat de
872 normen rondom zorg zijn. Dit omvat ook normen en gebruiken rondom communicatie, eten,
873 persoonlijke hygiëne en rituelen, en de betrokkenheid van naasten. Bijvoorbeeld, in sommige culturen
874 is het gebruikelijk dat slecht nieuws niet direct aan de patiënt gecommuniceerd wordt. Naasten willen
875 deze boodschap dan overbrengen op een manier die passend is bij de cultuur. In de praktijk blijkt dit
876 soms een bron van conflict te zijn tussen naasten en zorgverleners. Zorgverleners kunnen dan door
877 sensitieve vragen te stellen over wederzijdse verwachtingen over communicatie bespreken wat er
878 mogelijk is binnen de geldende regels en richtlijnen. Terughoudend is geboden in het gebruiken van
879 naasten als (gebaren)tolk. Deze rol kan belastend zijn voor hen, met name voor kinderen, en de
880 vertaling die informele (gebaren)tolken bieden is niet altijd adequaat door het missen van nuances in
881 taal of de wil om de patiënt te beschermen. In plaats daarvan kan een professionele (gebaren)tolk
882 ingeschakeld worden [GGZ standaarden 2020, IKNL/Palliatief 2020, Mistiaen 2011, Palos 2015].

883

884 Referenties

- 885 1. Alam S, Hannon B, Zimmermann C. Palliative Care for Family Caregivers. *J Clin Oncol*. 2020 Mar
886 20,38(9):926-936. doi: 10.1200/JCO.19.00018. Epub 2020 Feb 5. PMID: 32023152.
- 887 2. Cain CL, Surbone A, Elk R, Kagawa-Singer M. Culture and Palliative Care: Preferences,
888 Communication, Meaning, and Mutual Decision Making. *J Pain Symptom Manage*. 2018
889 May,55(5):1408-1419. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.01.007. Epub 2018 Jan 31. PMID:
890 29366913.
- 891 3. Chen M, Gong J, Cao Q, Luo X, Li J, Li Q. A literature review of the relationship between dyadic
892 coping and dyadic outcomes in cancer couples. *Eur J Oncol Nurs*. 2021 Oct;54:102035. doi:
893 10.1016/j.ejon.2021.102035. Epub 2021 Sep 11. PMID: 34520996.
- 894 4. Dahlin C, ed. *The Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*. 3rd ed. Pittsburgh, PA:
895 National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2013.
- 896 5. Dean M, Street Jr RL. *Textbook of Palliative Care Communication*. New York: Oxford University
897 Press, Incorporated, 2015. Chapter 29, Patient-Centred Communication, p. 238-45.
- 898 6. Dobbie AE, Medrano M, Tysinger J, Olney C. The BELIEF Instrument: a preclinical teaching tool
899 to elicit patients' health beliefs. *Fam Med*. 2003 May;35(5):316-9. PMID: 12772930.
- 900 7. Els, Harry van, Knipscheer, Jeroen. Cognitieve gedragstherapie bij allochtonen: een
901 cultuursensitieve benadering. *Tijdschrift voor Gedragstherapie*, 2015 Mar, 48(1):2-29.

- 902 8. Engel, Marijanne, Kars, Marijke. Kennissynthese Palliatieve Zorg 'Effectieve communicatie tussen
903 zorgverleners, patiënten en hun naasten' Eindverslag. 2021.
904 [https://publicaties.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Thema_Palliatieve_Zorg/Kennissynthe](https://publicaties.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Thema_Palliatieve_Zorg/Kennissynthese_Effectieve_communicatie_tussen_zorgverleners_patiënten_en_hun_naasten_2021.pdf)
905 [se_Effectieve_communicatie_tussen_zorgverleners_patiënten_en_hun_naasten_2021.pdf](https://publicaties.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Thema_Palliatieve_Zorg/Kennissynthese_Effectieve_communicatie_tussen_zorgverleners_patiënten_en_hun_naasten_2021.pdf)
906 9. GGZ standaarden. Generieke module Diversiteit. 2020. [https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-](https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/diversiteit)
907 [modules/diversiteit](https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/diversiteit).
908 10. IKNL/Palliactief. Kwaliteitskader Palliatieve Zorg NL. 2020.
909 <https://palliaweb.nl/zorgpraktijk/kwaliteitskader-palliatieve-zorg-nederland>
910 11. Jacobs JM, Shaffer KM, Nipp RD, Fishbein JN, MacDonald J, El-Jawahri A, Pirl WF, Jackson VA,
911 Park ER, Temel JS, Greer JA. Distress is Interdependent in Patients and Caregivers with Newly
912 Diagnosed Incurable Cancers. *Ann Behav Med*. 2017 Aug;51(4):519-531. doi: 10.1007/s12160-
913 017-9875-3. PMID: 28097515, PMCID: PMC5513787.
914 12. Kirk TW, Coyle N, Doolittle M. Textbook of Palliative Care Communication. New York: Oxford
915 University Press, Incorporated, 2015. Chapter 5, Communication Ethics, p. 27-34.
916 13. Mistiaen P, Francke AL, Graaff FM de, Muijsenbergh METC van de. Handreiking Palliatieve zorg
917 aan mensen met een niet-westerse achtergrond. Utrecht: NIVEL, 2011.
918 [https://www.pharos.nl/kennisbank/palliatieve-zorg-aan-mensen-met-een-niet-westerse-](https://www.pharos.nl/kennisbank/palliatieve-zorg-aan-mensen-met-een-niet-westerse-achtergrond/)
919 [achtergrond/](https://www.pharos.nl/kennisbank/palliatieve-zorg-aan-mensen-met-een-niet-westerse-achtergrond/)
920 14. Omilion-Hodges LM, Swords NM. Communication that heals: mindful communication practices
921 from palliative care leaders. *Health Commun*. 2016;31(3):328-35. doi:
922 10.1080/10410236.2014.953739. Epub 2015 Sep 11. PMID: 26360619.
923 15. Ormel J, Os TWP van, Brink HRS van den, Meer K van der. Behandeling van depressie in de
924 huisartsenpraktijk. *Huisarts en Wetenschap*, 2005, 48(3): 833-840. DOI 10.1007/BF0308449213
925 16. Van Os, van den Brink HRS, Ormel J. Behandeling van depressie in de huisartsenpraktijk. De
926 dokter als medicijn. *Huisarts en Wetenschap*, 2005, 48(3): 95-101.
927 17. Palos GR. Cultural Considerations in Palliative Care and Serious Illness. In: Textbook of Palliative
928 Care Communication. New York: Oxford University Press, Incorporated, 2015. Chapter 19, , p.
929 153-60.
930 18. Ragan SL. Overview of Communication. In: Textbook of Palliative Care Communication. New
931 York: Oxford University Press, Incorporated, 2015, Chapter 1, , p. 1-9.
932 19. Slort, W., Pype, P., Deveugele, M. Communiceren met palliatieve patiënten. *Huisarts &*
933 *wetenschap* 2011, 54:614–617. Doi: 10.1007/s12445-011-0297-3
934 20. Slort Willemjan, Wapenaar Jeroen. Met het einde in zicht- Communiceren in de palliatieve zorg.
935 Amsterdam: LannooCampus, 2019.
936 21. Suurmond Jeanine, Lanting Katja, Voogd Xanthe de, Oueslati Roukayya, Boland Gudule,
937 Muijsenbergh Maria van den. Twelve tips to teach culturally sensitive palliative care, *Medical*
938 *Teacher*, 2021, 43(7):845-850. DOI: 10.1080/0142159X.2020.1832650
939 22. Velden NCA van der, Meijers MC, Han PKJ, van Laarhoven HWM, Smets EMA, Henselmans I.
940 The Effect of Prognostic Communication on Patient Outcomes in Palliative Cancer Care: a
941 Systematic Review. *Curr Treat Options Oncol*. 2020 Apr 23;21(5):40. doi: 10.1007/s11864-020-
942 00742-y. PMID: 32328821, PMCID: PMC7181418.
943 23. Visser LNC, Schepers S, Tollenaar MS, de Haes HCJM, Smets EMA. Patients' and oncologists'
944 views on how oncologists may best address patients' emotions during consultations: An interview
945 study. *Patient Educ Couns*. 2018 Jul;101(7):1223-1231. doi: 10.1016/j.pec.2018.02.012. Epub
946 2018 Feb 21. PMID: 29534845.
947 24. Westendorp J, Evers AWM, Stouthard JML, Budding J, van der Wall E, Plum NMF, Velting M,
948 Francke AL, van Dulmen S, Olde Hartman TC, Van Vliet LM. Mind your words: Oncologists'
949 communication that potentially harms patients with advanced cancer: A survey on patient
950 perspectives. *Cancer*. 2022 Mar 1;128(5):1133-1140. doi: 10.1002/cncr.34018. Epub 2021 Nov
951 11. PMID: 34762305.
952 25. Wiczorek SM. Now and at the Hour of Death. *J Patient Exp*. 2018 Mar;5(1):4-5. doi:
953 10.1177/2374373517719757. Epub 2017 Jul 17. PMID: 29582004, PMCID: PMC5862377.
954

955 **2. Preventie**

956

957 **Uitgangsvraag**

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

959

960 Methode: evidence-based

961

962 **Aanbevelingen**

- 963 • Zet palliatieve zorg in vanaf de markering van de palliatieve fase, onder meer om depressieve
964 symptomen te voorkomen of te verminderen en om de kwaliteit van leven te verbeteren van
965 patiënten in de palliatieve fase. Overweeg, afhankelijk van de expertise van het behandelend
966 team en de aard van de problematiek, om hierbij een palliatief team te consulteren of te
967 participeren in een PaTz-groep.
- 968 • Zie voor aanbevelingen m.b.t. het verminderen of voorkomen van depressie door goede
969 communicatie en vroegtijdige behandeling van factoren die kunnen leiden tot een depressie resp.
970 [1. Communicatie](#) en [4. Behandeling van oorzakelijke en beïnvloedende somatische factoren](#).

971

972 **Literatuurbespreking**

973

974 Inleiding

975 Het [Kwaliteitskader palliatieve zorg](#) [Boddaert 2017] en diverse richtlijnen ([algemene principes van](#)
976 [palliatieve zorg](#), [palliatieve zorg bij gevorderde stadia van hartfalen](#), [COPD](#) en [nierfalen](#),
977 [hersenenmetastasen](#)) pleiten ervoor om palliatieve zorg vroeg in te zetten. Gerandomiseerd onderzoek
978 laat zien dat dit leidt tot betere symptoomcontrole, verbetering van kwaliteit van leven van patiënten en
979 naasten, minder en kortere ziekenhuisopnames, minder agressieve zorg bij het einde van het leven,
980 betere proactieve zorgplanning, minder belasting van de naasten, grotere tevredenheid met de zorg
981 en een grotere kans om te overlijden op de plaats van voorkeur [Davis 2015, Haun 2017].

982 Bij de huidige onderzoeksvraag wordt onderzocht in hoeverre het vroeg consulteren van een palliatief
983 team leidt tot minder depressie bij patiënten in de palliatieve fase.

984 Ter preventie van depressie bij patiënten in de palliatieve fase zijn verder van belang:

- 985 1. goede voorlichting;
986 2. goede communicatie en begeleiding;
987 3. vroegtijdige behandeling van factoren die kunnen leiden tot een depressie.

988 Bij gebrek aan gerandomiseerd onderzoek m.b.t. deze punten is het literatuuronderzoek beperkt tot
989 het effect van het vroeg consulteren van een palliatief team.

990 Het preventieve effect van goede communicatie en vroegtijdige behandeling van oorzakelijke en
991 beïnvloedende factoren wordt besproken in resp. module [1. Communicatie](#) en [4. Behandeling van](#)
992 [oorzakelijke en beïnvloedende somatische factoren](#).

993

994 Literatuuronderzoek

995 Onderzoeksvraag: Wat is het effect van het vroeg consulteren van een palliatief team op depressie in
996 de palliatieve fase?

997

998

PICO

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

999

1000 Zoekstrategie en selectie van studies

1001

1002 Selectie van studies

1003 Op 7 juni 2021 is er een search gedaan in Pubmed, Embase, Cinahl, PsycInfo en de Cochrane
 1004 database voor systematische reviews [Grossman 2018]. In [bijlage 8 - 2.1](#) zijn de search strings
 1005 opgenomen. De search leverde na ontdebellen 216 systematische reviews op. Na de eerste selectie
 1006 bleven er 123 full tekst systematische reviews over. Na het beoordelen van de full teksten bleven er
 1007 twaalf reviews over. Vijf hiervan bleken niet in te gaan op vroege palliatieve zorg als interventie
 1008 [Albrecht 2012; Depalma 2006; Grossman 2018; Hui 2016; Tang 2015]. Eén review bleek geen
 1009 systematische review te zijn [Salins 2016], één review includeerde geen RCTs [Freedman 2009]. De
 1010 review van Gaertner vergeleek vroege inzet van palliatieve zorg niet met standaard zorg/gebruikelijke
 1011 begeleiding [Gaertner 2017] en in de review van Davis werden resultaten enkel narratief weergegeven
 1012 [Davis 2015]. In de Cochrane review van Bajwah [2020], die in de zoekresultaten voor module 5
 1013 [Psychosociale interventies](#) verscheen, werden daarnaast nog enkele andere RCTs uitgelicht die
 1014 vroege palliatieve zorg vergeleken met standaardzorg. Na evaluatie van de Cochrane reviews van
 1015 Haun [Haun 2017] en Bajwah [Bajwah 2020] bleken twee reviews niet meer bij te dragen in de vorm
 1016 van nieuwe RCTs [Ambroggi 2018; Dy 2012]. Uiteindelijk werden de reviews van (Bajwah [2020] en
 1017 Haun [2017] gebruikt voor de selectie van RCT's.
 1018 In [bijlage 8 - 2.4](#) is een lijst met exclusieredenen voor deze module bijgevoegd.

1019
 1020 *Bajwah 2020*

1021 In totaal werden er 19 RCTs geïncludeerd door Bajwah 2020 die het effect van vroege palliatieve zorg
 1022 evalueerden. Van deze 19 RCTs werden er vier al eerder beschreven door Haun 2017 [Bakitas 2015;
 1023 Bakitas 2009; McCorkle 2015; Temel 2010]. De RCT van Maltoni [Maltoni 2016] is in de review van
 1024 Bajwah [2020] niet meegenomen omdat de interventie in deze studie niet werd toegepast door een
 1025 multidisciplinair team. In Haun [2017] werd dit niet gezien als beperking. Daarom is besloten deze
 1026 RCTs toch mee te nemen. Twee andere studies die om deze reden niet zijn meegenomen in de
 1027 review van Bajwah [2020], maar die wel uitkomsten voor angst en depressie rapporteerden, zijn in
 1028 deze onderbouwing opgenomen [Schenker 2018; Yang 2018]. Ten slotte is besloten om alleen studies
 1029 mee te nemen die een uitkomst voor depressie en/of distress rapporteerden.

1030
 1031 In totaal rapporteerden 13 studies data die bruikbaar was voor deze onderzoeksvraag, waarvan 11
 1032 studies depressie maten en 13 studies kwaliteit van leven rapporteerden. Tabel 1 geeft de kenmerken
 1033 van de geïncludeerde studies weer. Voor elke uitkomst is een tweetal meta-analyses uitgevoerd; één
 1034 voor de gecorrigeerde gemiddelden, één voor de ongecorrigeerde gemiddelden. Wanneer deze
 1035 verschilden, is besloten de conclusies te baseren op de uitkomsten voor de gecorrigeerde
 1036 gemiddelden, omdat deze doorgaans een preciezere inschatting van het werkelijke effect weergeven
 1037 [Deeks 2021].

1038 De resultaten voor de studie van Woo [2019] zijn een inschatting op basis van afbeeldingen, die uit de
 1039 review van Bajwah [2020] zijn overgenomen in de huidige analyses. De resultaten voor depressie en
 1040 kwaliteit van leven in de studie van Maltoni [2016] zijn opgevraagd door de auteurs van Haun [2017]
 1041 en als zodanig opgenomen in deze meta-analyse. Daarnaast zijn de resultaten voor depressie uit de
 1042 studie van Temel [2010] overgenomen uit de analyses van Haun [2017]. Data uit de studie van
 1043 Schenker [2018] zijn door de reviewer van de huidige richtlijn geëxtraheerd en toegevoegd aan de
 1044 meta-analyses.

1045 Er zijn geen studies gevonden met distress als uitkomstmaat.

1046
 1047 Tabel 1: Studiekekenmerken

Studie	Populatie (diagnose)	Land	Depressie	QoL	Aantal patiënten (vroege palliatieve zorg)
Bakitas 2009	Gevorderde kanker	VS	CES-D	FACIT-Pal	279 (145)
Bakitas 2015	Gevorderde kanker	VS	CES-D	FACIT-Pal	207 (104)
El-Jawahri 2016	Gevorderde kanker	VS	PHQ-9	FACT-BMT	160 (81)
Higginson 2014	Gemengde populatie	VK	HADS-D	EQ-5D	52 (26)

Maltoni 2016	Gevorderde of uitgezaaide alvleesklierkanker	Italië	HADS-D	FACT-Hep [TOI score]	186 (89)
McCorkle 2015	Gevorderde kanker	VS	PHQ-9	FACT-G	146 (66)
Rodin 2019	Gevorderde kanker	Canada	BDI-II	FACIT-Sp	44 (22)
Schenker 2018	Gevorderde alvleesklierkanker	VS	PHQ-9	FACT-hep	30 (20)
Temel 2010	Gevorderde kanker	VS	HADS of PHQ-9	FACT-L	151 (77)
Temel 2017	Gevorderde kanker	VS	PHQ-9	FACT-G	350 (175)
Vanbutsele 2018	Gevorderde kanker	België	-	EORTC QLQ-C30	186 (92)
Woo 2019	Gevorderde kanker	Zuid-Korea	CES-D	EORTC QLQ-C30	288 (144)
Yang 2018	Stadium III/IV longkanker	Singapore	-	FACT-G [TOI]	69 (35)

1048
1049
1050
1051
1052
1053
1054
1055
1056
1057
1058
1059
1060
1061
1062
1063
1064
1065
1066

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.

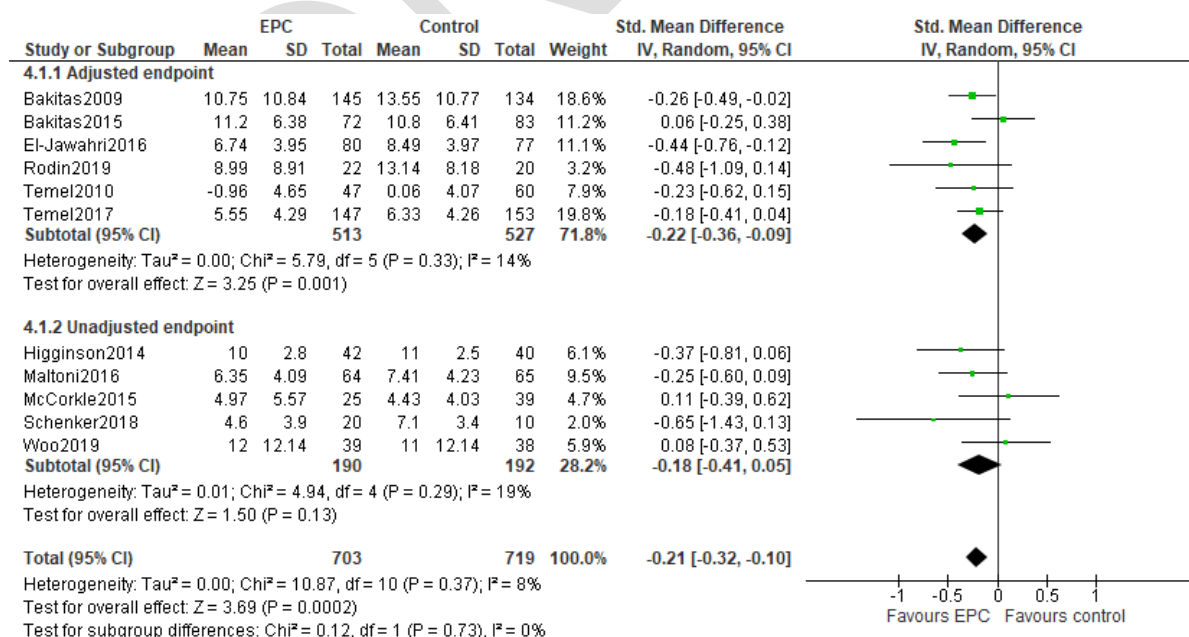
Een meta-analyse op dit gecorrigeerde verschil resulteerde in een SMD van -0,22 (n=1040, 95%BI= -0,36; -0,09). Studies die een SMD gebaseerd op ongecorrigeerde gemiddelden presenteerden, lieten een SMD van -0,18 (n=382, 95%BI=-0,41; 0,05) zien.

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.

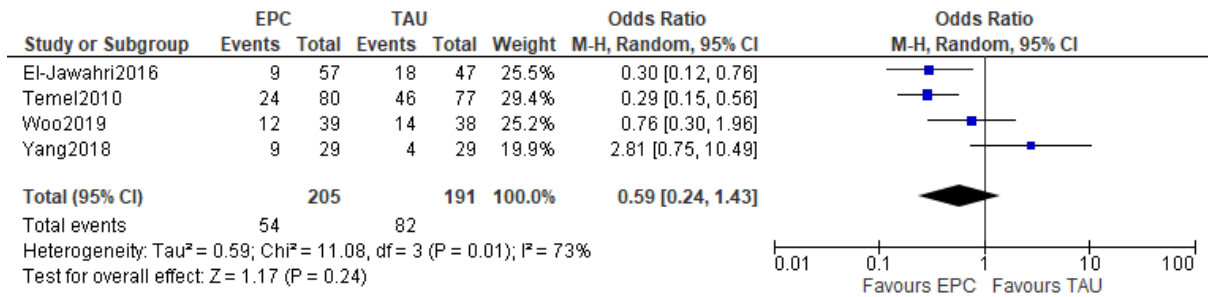
Vier studies [El-Jahwari 2016, Temel 2010, Woo 2019 en Yang 2018] rapporteerden depressie als binaire uitkomstmaat (aanwezig/afwezig). In de studie van Yang 2018 werd het aantal patiënten per score-categorie weergegeven. Hierbij is als afkappunt voor depressie besloten om een score van 8 aan te houden. Een meta-analyse van deze studies liet een odds ratio zien van 0,59 (95%BI 0.24-1,43).

Effect van vroege palliatieve zorg op depressie: depressie als continue uitkomstmaat



1067

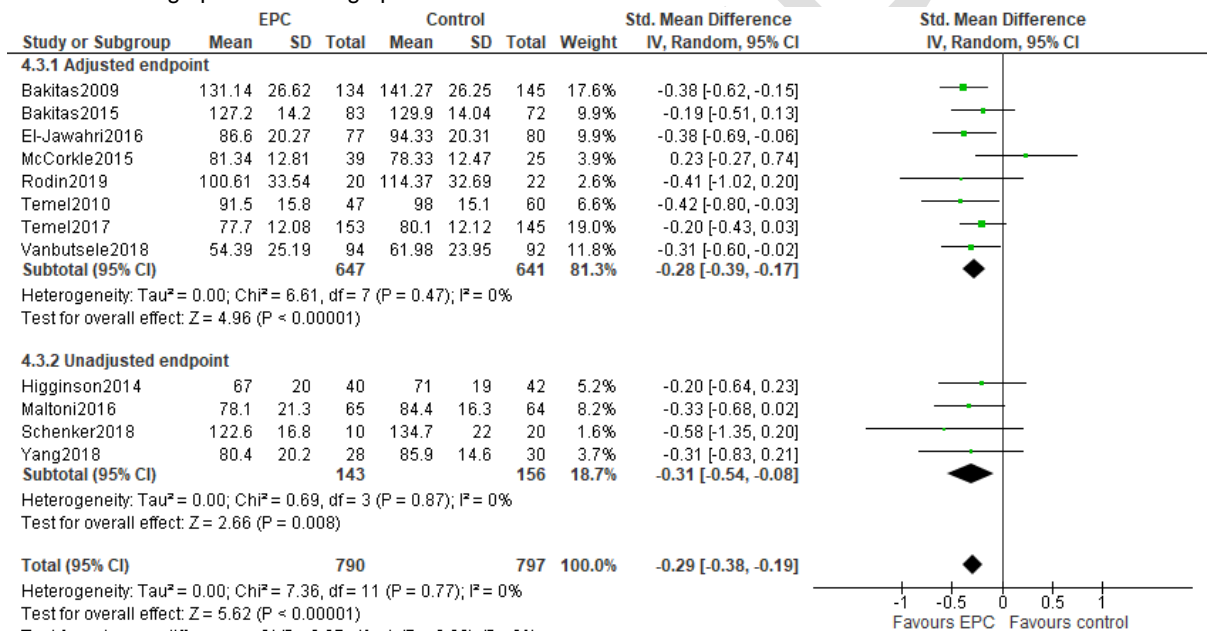
1068 Effect van vroege palliatieve zorg op depressie: depressie als binaire uitkomstmaat:



1069
1070
1071
1072
1073
1074
1075
1076
1077
1078

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 vroege palliatieve zorg. 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.

Effect van vroege palliatieve zorg op kwaliteit van leven



1079
1080
1081
1082
1083
1084
1085
1086
1087
1088
1089

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 8 - 2.3](#)). 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 het risico op reporting bias en detection bias draagt 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

⊕⊕OO LAAG	Het vroeg inzetten van palliatieve zorg zou een klein positief effect kunnen hebben op depressieve symptomen bij patiënten in de palliatieve fase. ##~
--------------	--

##Downgraded voor risico op vertekening [2x], ~downgraded voor onnauwkeurigheid

⊕OOO ZEER LAAG	Het wetenschappelijk bewijs is zeer onzeker over de kans op een depressie na het vroeg inzetten van palliatieve zorg bij patiënten in de palliatieve fase. ##~
----------------------	--

1090
1091

1092 ##Downgraded voor risico op vertekening[2x], ~downgraded voor onnauwkeurigheid
1093

Geen evidentie	Over het effect van het vroeg inzetten van palliatieve zorg op distress bij patiënten in de palliatieve fase kan geen uitspraak worden gedaan op basis van gerandomiseerde studies.
-------------------	---

1094

⊕⊕OO LAAG	Het vroeg inzetten van palliatieve zorg zou een klein positief effect kunnen hebben op de kwaliteit van leven bij patiënten in de palliatieve fase. ##
--------------	--

1095 ##Downgraded voor risico op vertekening [2x]

1096

1097 Overwegingen

1098 Het literatuuronderzoek laat zien dat vroegtijdig consulteren van een palliatief team leidt tot minder
1099 depressieve symptomen bij patiënten in de palliatieve fase. De SMD is -0,21, wijzend op een klein
1100 effect. Vroegtijdig consulteren van een palliatief team leidt ook tot verbetering van kwaliteit van leven.
1101 De SMD is -0,29, wijzend op een klein tot matig effect. Er is geen statistisch significant effect van
1102 vroegtijdig consulteren van een palliatief team op depressieve stoornissen (odds ratio 0,59, 95% BI
1103 0,24-1,43).

1104 Drie gerandomiseerde studies konden niet gebruikt worden voor de bij het literatuuronderzoek
1105 verrichte meta-analyse (Vanbutsele 2018, Grudzen 2016, Yang 2018).

1106 Vanbutsele verrichte een gerandomiseerd onderzoek bij 186 patiënten met een vergevorderd stadium
1107 van kanker, waarbij werd gerandomiseerd tussen een consultatie van een palliatief team en
1108 standaardzorg [Vanbutsele 2018]. De odds ratios voor depressieve symptomen, gemeten met de
1109 HADS bedroegen (met 8 als afkappunt) na 12, 18 en 24 weken resp. 0,59 (95%BI 0,27-1,29, p=0,18),
1110 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
1111 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-
1112 3,04, p=0,81) en 0,63 (0,18-2,16, p=0,46).

1113 Grudzen verricht een gerandomiseerd onderzoek bij 136 patiënten met een vergevorderd stadium van
1114 kanker, die werden gezien op de spoedeisende hulp, waarbij werd gerandomiseerd tussen een
1115 consultatie van een palliatief team en standaardzorg [Grudzen 2016]. Er werd geen verschil gevonden
1116 tussen beide groepen op de uitkomstmaat 'major depressive disorder' gemeten met de Patient Health
1117 Questionnaire-9.

1118 Yang verrichte een gerandomiseerde fase 2 studie bij 69 patiënten met een vergevorderd stadium van
1119 longkanker, waarbij het effect werd onderzocht van vier sessies van de zgn. EQUIP (Enhancing
1120 Quality of Life in Patients)-interventie, uitgevoerd door verpleegkundigen, en vergeleken met
1121 standaardzorg [Yang 2018]. Depressie werd gemeten met de HADS en kwaliteit van leven met de
1122 FACT-L. Er werden geen verschillen tussen beide groepen gevonden op de uitkomstmaten depressie
1123 en kwaliteit van leven. De patiëntenpopulatie betrof een groep met op baseline weinig symptomen en
1124 een relatief goede kwaliteit van leven. De power van de studie was bovendien laag.

1125 Bovengenoemde studies bevestigen dus niet de bevindingen van de meta-analyses van het
1126 literatuuronderzoek. De studie van Vanbutsele liet echter wel een trend zien voor een effect van het
1127 vroeg inzetten van palliatieve zorg op depressieve symptomen, de studie van Grudzen keek alleen
1128 naar 'major depressive disorder' en bij de studie van Yang zijn enkele kanttekeningen te plaatsen,
1129 zoals een lage power.

1130 Het is aannemelijk dat het effect van vroege consultatie op depressieve symptomen en kwaliteit van
1131 leven te maken heeft met preventie van depressieve symptomen door betere palliatieve zorg (bijv.
1132 door betere pijnbestrijding of door betere begeleiding) en met vroegtijdige onderkenning en
1133 behandeling van depressieve symptomen.

1134 De werkgroep acht het aannemelijk dat in een aantal gevallen volstaan kan worden met het vroeg
1135 inzetten van palliatieve zorg door het behandelend team en dat consultatie van een palliatief team niet
1136 altijd noodzakelijk is. Daarbij zijn van belang:

- 1137 • Onderkenning en behandeling van factoren die aanleiding kunnen geven tot depressieve
1138 symptomen (zie [Oorzakelijke en beïnvloedende factoren](#));
- 1139 • Aandacht voor depressieve symptomen;
- 1140 • Eventueel het gebruik van een generiek screeningsinstrument (bijv. het Utrecht Symptoom
1141 Dagboek, de Lastmeter of de 4DKL), waarbij ook gevraagd wordt naar depressieve symptomen
1142 (zie [Signalering en diagnostiek](#)).

1143 Palliatieve zorg wordt ingezet als de palliatieve fase wordt gemarkeerd (zie [Begripsbepaling](#)).

1144 De werkgroep beveelt derhalve aan om vroegtijdig (bij het markeren van de palliatieve fase) palliatieve
1145 zorg in te zetten, onder meer om depressieve symptomen te voorkomen of te verminderen en om te
1146 zorgen voor optimale kwaliteit van leven. Daarbij kan, afhankelijk van de expertise van het
1147 behandelend team en de aard van de problematiek, overwogen worden om een palliatief team te
1148 consulteren. Het kan daarbij gaan om een telefonisch advies aan de behandelaar of een bedside
1149 consult van de patiënt. Er zijn geen gegevens over het effect van deelname aan PaTz (Palliatieve zorg
1150 thuis)-groepen op preventie of vermindering van depressieve symptomen. De werkgroep acht het
1151 aannemelijk dat deelname aan een PaTz-groep ook effect zou kunnen hebben op depressieve
1152 symptomen.
1153 Voor overwegingen m.b.t. preventie van depressie door goede communicatie en vroegtijdige
1154 behandeling van factoren die kunnen leiden tot een depressie: zie resp. module [1. Communicatie](#) en
1155 [4. Behandeling van oorzakelijke en beïnvloedende somatische factoren](#).
1156

1157 Referenties

- 1158 1. Albrecht, T. A., & Taylor, A. G. [2012]. Physical Activity in Patients With Advanced-Stage Cancer:
1159 A Systematic Review of the Literature. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16[3], 293–300.
1160 <https://doi.org/10.1097/anc.0b013e31821bd92d>
- 1161 2. Ambroggi, M., Biasini, C., Toscani, I., Orlandi, E., Berte, R., Mazzari, M., & Cavanna, L. [2018].
1162 Correction to: Can early palliative care with anticancer treatment improve overall survival and
1163 patient-related outcomes in advanced lung cancer patients? A review of the literature [*Supportive*
1164 *Care in Cancer*, [2018], 26, 9, [2945-2953], 10.1007/s00520-01. *Supportive Care in Cancer*, 26[9],
1165 2955. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4303-1>
- 1166 3. Bajwah, S., Oluase, A. O., Yi, D., Gao, W., Evans, C. J., Grande, G., Higginson, I. J. [2020]. The
1167 effectiveness and cost-effectiveness of hospital-based specialist palliative care for adults with
1168 advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020[9].
1169 <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012780.pub2>
- 1170 4. Bakitas, M. A., Tosteson, T. D., Li, Z., Lyons, K. D., Hull, J. G., Li, Z., Ahles, T. A. [2015]. Early
1171 versus delayed initiation of concurrent palliative oncology care: Patient outcomes in the ENABLE
1172 III randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 33[13], 1438–1445.
1173 <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.58.6362>
- 1174 5. Bakitas, M., doyle lyons, K., Hegel, M. T., Balan, S., Brokaw, F., Seville, J Stinchcombe, T. E.
1175 [2009]. Palliative Care for Patients with Advanced Cancer. *Netter's Internal Medicine*, 302[7], 630–
1176 633. <https://doi.org/10.1016/b978-1-4160-4417-8.50095-4>
- 1177 6. Boddaert M, Douma J, Dijkhoorn F, Bijkerk M. Kwaliteitskader Palliatieve Zorg. IKNL/Palliactief,
1178 2017.
- 1179 7. Davis, M. P., Temel, J. S., Balboni, T., & Glare, P. [2015]. A review of the trials which examine
1180 early integration of outpatient and home palliative care for patients with serious illnesses. *Annals*
1181 *of Palliative Medicine*, 4[3], 99–121. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2224-5820.2015.04.04>
- 1182 8. Deeks JJ, Higgins JPT, Altman DG [editors]. Chapter 10: Analysing data and undertaking meta-
1183 analyses. In: Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA
1184 [editors]. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 6.2 [updated
1185 February 2021]. Cochrane, 2021. Available from www.training.cochrane.org/handbook.
- 1186 9. Depalma, J. A. [2006]. Palliative Care Published Research Reviews, 2000 to 2005. *Home Health*
1187 *Care Management & Practice*, 18[6], 482–485. <https://doi.org/10.1177/1084822306290376>.
- 1188 10. Dy, S. M., Aslakson, R., Wilson, R. F., Oluwakemi Fawole, M. A., Brandyn Lau, Mbc. D., Kathryn
1189 Martinez, S. A., Eric Bass, R. B. [2012]. Evidence Report/Technology Assessment 8. Improving
1190 Health Care and Palliative Care for Advanced and Serious Illness. [208].
- 1191 11. Freedman, O. C., & Zimmermann, C. [2009]. The role of palliative care in the lung cancer patient:
1192 Can we improve quality while limiting futile care? *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 15[4],
1193 321–326. <https://doi.org/10.1097/MCP.0b013e32832b8a5d>.
- 1194 12. Gaertner, J., Siemens, W., Meerpohl, J. J., Antes, G., Meffert, C., Xander, C., Becker, G. [2017].
1195 Effect of specialist palliative care services on quality of life in adults with advanced incurable
1196 illness in hospital, hospice, or community settings: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*
1197 [Online], 357. <https://doi.org/10.1136/bmj.j2925>.

- 1198 13. Grossman, C. H., Brooker, J., Michael, N., & Kissane, D. [2018]. Death anxiety interventions in
1199 patients with advanced cancer: A systematic review. *Palliative Medicine*, 32[1], 172–184.
1200 <https://doi.org/10.1177/0269216317722123>.
- 1201 14. Grudzen CR, Richardson LD, Johnson PN, Hu M, Wang B, Ortiz JM, Kistler EA, Chen A, Morrison
1202 RS. Emergency Department-Initiated Palliative Care in Advanced Cancer: A Randomized Clinical
1203 Trial. *JAMA Oncol*. 2016 May 1;2(5):591-598.
- 1204 15. Haun, M. W., Estel, S., Rücker, G., Friederich, H. C., Villalobos, M., Thomas, M., & Hartmann, M.
1205 [2017]. Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database of Systematic*
1206 *Reviews*, 2017[6]. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011129.pub2>.
- 1207 16. Higginson IJ, Bausewein C, Reilly CC, Gao W, Gysels M, Dzingina M, McCrone P, Booth S, Jolley
1208 CJ, Moxham J. An integrated palliative and respiratory care service for patients with advanced
1209 disease and refractory breathlessness: a randomised controlled trial. *Lancet Respir Med*. 2014
1210 Dec;2(12):979-87.
- 1211 17. Hui, D., Meng, Y., Bruera, S., Geng, Y., Hutchins, R., Mori, M., Bruera, E. [2016]. Referral Criteria
1212 for Outpatient Palliative Cancer Care: A Systematic Review. *The Oncologist*, 21[7], 895–901.
1213 <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2016-0006>
- 1214 18. Maltoni, M., Scarpì, E., Dall'Agata, M., Zagonel, V., Bertè, R., Ferrari, D., Montanari, L. [2016].
1215 Systematic versus on-demand early palliative care: results from a multicentre, randomised clinical
1216 trial. *European Journal of Cancer*, 65, 61–68. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2016.06.007>.
- 1217 19. McCorkle, R., Jeon, S., Ercolano, E., Lazenby, M., Reid, A., Davies, M., Gettinger, S. [2015]. An
1218 advanced practice nurse coordinated multidisciplinary intervention for patients with late-stage
1219 cancer: A cluster randomized trial. *Journal of Palliative Medicine*, 18[11], 962–969.
1220 <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0113>.
- 1221 20. Rodin G, Malfitano C, Rydall A, Schimmer A, Marmar CM, Mah K, Lo C, Nissim R, Zimmermann
1222 C. Emotion And Symptom-focused Engagement (EASE): a randomized phase II trial of an
1223 integrated psychological and palliative care intervention for patients with acute leukemia. *Support*
1224 *Care Cancer*. 2020 Jan;28(1):163-176. doi: 10.1007/s00520-019-04723-2. Epub 2019 Apr 17.
- 1225 21. Salins, N. S., Ramanjulu, R., Patra, L., Deodhar, J., & Muckaden, M. A. [2016]. Integration of Early
1226 Specialist Palliative Care in Cancer Care and Patient Related Outcomes: A Critical Review of
1227 Evidence. *Indian J Palliat Care*, 22[3], 252–257.
- 1228 22. Schenker, Y., Bahary, N., Claxton, R., Childers, J., Chu, E., Kavalieratos, D., Arnold, R. M. [2018].
1229 A Pilot Trial of Early Specialty Palliative Care for Patients with Advanced Pancreatic Cancer:
1230 Challenges Encountered and Lessons Learned. *Journal of Palliative Medicine*, 21[1], 28–36.
1231 <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0113>.
- 1232 23. Tang, P. L., Wang, H. H., & Chou, F. H. [2015]. A Systematic Review and Meta-Analysis of
1233 Demoralization and Depression in Patients With Cancer. *Psychosomatics*, 56[6], 634–643.
1234 <https://doi.org/10.1016/j.psych.2015.06.005>.
- 1235 24. Temel, J. S., Greer, J. A., Muzikansky, A., Gallagher, E. R., Admane, S., Jackson, V. A., ... Lynch,
1236 T. J. [2010]. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J*
1237 *Med*. 2010 Aug 19;363(8):733-42. doi: 10.1056/NEJMoa1000678. PMID: 20818875
- 1238 25. Temel JS, Greer JA, El-Jawahri A, Pirl WF, Park ER, Jackson VA, Back AL, Kamdar M, Jacobsen
1239 J, Chittenden EH, Rinaldi SP, Gallagher ER, Eusebio JR, Li Z, Muzikansky A, Ryan DP. Effects of
1240 Early Integrated Palliative Care in Patients With Lung and GI Cancer: A Randomized Clinical Trial.
1241 *J Clin Oncol*. 2017 Mar 10;35(8):834-841.
- 1242 26. Vanbutsele G, Pardon K, Van Belle S, Surmont V, De Laat M, Colman R, Eecloo K, Cocquyt V,
1243 Geboes K, Deliens L. Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with
1244 advanced cancer: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol*. 2018 Mar;19(3):394-404.
- 1245 27. Woo SM, Song MK, Lee M, Joo J, Kim DH, Kim JH, Han SS, Park SJ, Kim TH, Lee WJ. Effect of
1246 Early Management on Pain and Depression in Patients with Pancreatobiliary Cancer: A
1247 Randomized Clinical Trial. *Cancers (Basel)*. 2019 Jan 11;11(1):79.
- 1248 28. Yang, G. M., Teo, I., Neo, S. H. S., Tan, D., & Cheung, Y. B. [2018]. Pilot Randomized Phase II
1249 Trial of the Enhancing Quality of Life in Patients [EQUIP] Intervention for Patients With Advanced
1250 Lung Cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 35[8], 1050–1056.
1251 <https://doi.org/10.1177/1049909118756095>.

1252 **3. Signalering en diagnostiek**

1253

1254 **Uitgangsvragen**

- 1255 • Wat is het effect van screening op depressie bij patiënten in de palliatieve fase?
- 1256 • Hoe kan depressie tijdig worden gesignaleerd bij patiënten in de palliatieve fase?
- 1257 • Welke diagnostiek is zinvol om te verrichten bij patiënten met depressie in de palliatieve fase en hoe moet die worden uitgevoerd?
- 1258
- 1259

1260 Methode:

- 1261 • evidence-based (screening)
- 1262 • consensus-based (overige onderwerpen)
- 1263

1264 **Aanbevelingen**

- 1265 • 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:
- 1266
- 1267 1. “bent u somber gedurende het grootste deel van de dag” en
- 1268 2. “is er sprake van verlies van interesse en plezier in (vrijwel alle activiteiten)?”
- 1269 Indien het antwoord op één of beide vragen 'ja' is, exploreer dan de klachten verder door middel van een anamnese.
- 1270
- 1271
- 1272 • Overweeg om bij gebruik (om andere redenen) van een generiek signaleringsinstrument of een ziektespecifieke kwaliteit van levenlijst de uitkomst voor depressie te gebruiken als basis voor verdere exploratie door middel van een anamnese, bijv.:
- 1273
- 1274
- 1275 ○ bij het Utrecht symptoom dagboek: bij een score van het depressie-item ≥ 4 ;
- 1276 ○ bij de Lastmeter: bij een distress-score ≥ 4 of 5;
- 1277 ○ bij de 4DKL: bij een score voor depressie > 2 ;
- 1278 ○ 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;
- 1279 ○ bij de CaReQoL (hartfalen): bij het antwoord ‘vaak’ of ‘altijd’ op de vraag over somberheid.
- 1280
- 1281
- 1282 • 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.
- 1283
- 1284 • 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.
- 1285 Exploreer tijdens de anamnese de volgende punten:
- 1286
- 1287 ○ somberheid en/of anhedonie: beloop, intensiteit, impact op het dagelijks functioneren;
- 1288 ○ andere psychische klachten (met name angst);
- 1289 ○ slaapproblemen;
- 1290 ○ gevoelens van waardeloosheid en/of schuld;
- 1291 ○ gedachten over de dood en suïcidaliteit;
- 1292 ○ omgaan met de ziekte en wensen en verwachtingen over het levenseinde;
- 1293 ○ de onderliggende somatische aandoening en de somatische klachten;
- 1294 ○ depressie als gevolg van (verandering of staken van) medicatie, alcohol, roken en drugs;
- 1295 ○ aanwezigheid van stressvolle gebeurtenissen ('triggers') en instandhoudende factoren
- 1296 ○ medische (inclusief psychiatrische) voorgeschiedenis;
- 1297 ○ psychiatrische aandoeningen in de familie;
- 1298 ○ sociale interacties met naasten en ervaren sociale steun.
- 1299
- 1300 • 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.
- 1301
- 1302
- 1303 • Overweeg om op indicatie meetinstrumenten te gebruiken, zoals:
- 1304 - Ter verdieping:
- 1305 ○ Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); gebruik daarbij een cutoff score voor de depressie subschaal ≥ 7 ;
- 1306 ○ Beck Depression Inventory (BDI); gebruik een cutoff van 10-14;
- 1307

- 1308 ○ Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9); gebruik daarbij een cutoff van 8;
- 1309 ○ bij geriatrische patiënten: de korte versie van de Geriatric Depression Scale (GDS-15);
- 1310 gebruik een cutoff van 5;
- 1311 ○ bij dementie: Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD); gebruik een cutoff van 8.
- 1312 Gebruik de gegevens van deze meetinstrumenten om een beeld te krijgen over de ernst van
- 1313 de klachten en als aanvulling op de diagnostiek, maar niet om de diagnose
- 1314 aanpassingsstoornis met depressieve kenmerken of depressieve stoornis te stellen.
- 1315 - Voor monitoring:
- 1316 ○ USD;
- 1317 ○ bovengenoemde verdiepinginstrumenten.
- 1318 • Verricht zo nodig een psychiatrisch onderzoek of verwijst naar psycholoog of psychiater voor
- 1319 verdere diagnostiek.
- 1320 • Doe een lichamelijk onderzoek en/of screenend bloedonderzoek bij verdenking op een
- 1321 onderliggende somatische oorzaak als behandeling hiervan mogelijk, zinvol en door de patiënt
- 1322 gewenst is. Bij het bloedonderzoek kan bepaald worden: Hb, Ht en celindices (MVC, MCH,
- 1323 MCHC), TSH, glucose, natrium, calcium, magnesium, cortisol, vitamine B1, B6 en B12, en
- 1324 foliumzuur.
- 1325 • Stel de diagnose aanpassingsstoornis met depressieve kenmerken of depressieve stoornis op
- 1326 basis van DSM-5 criteria met behulp van een anamnese en psychiatrisch onderzoek. Wees
- 1327 terughoudend met psychiatrische diagnoses bij ernstige fysieke klachten. Behandel daarbij eerst
- 1328 de fysieke klachten en herbeoordeel daarna de psychische klachten.
- 1329 • Beoordeel of er sprake is van andere psychische aandoeningen, vooral aanpassingsstoornissen
- 1330 met angstige kenmerken, angststoornissen, (stil) delier, dementie, bipolaire stoornis en rouw.
- 1331 • Koppel de diagnostische bevindingen in begrijpelijke taal terug aan patiënt en naasten. Besluit
- 1332 samen met de patiënt en naasten over eventuele op te starten interventies voor depressie.

1333 Inleiding

1334 Goede behandeling van depressie bij patiënten in de palliatieve fase begint met tijdige signalering en

1335 adequate diagnostiek.

1336 Depressieve klachten kunnen worden gesignaleerd op basis van:

- 1337 • Klachten van de patiënt;
- 1338 • Observaties van de naasten;
- 1339 • Observaties van de zorgverlener;
- 1340 • Uitkomsten van een signalerings- c.q. screeningsinstrument.

1341 Wanneer depressieve klachten worden gesignaleerd, vindt verdere exploratie primair plaats door

1342 middel van een anamnese en evt. een psychiatrisch onderzoek. Daarbij kunnen verdieping- en

1343 diagnostische meetinstrumenten behulpzaam zijn [IKNL 2018].

1344 Lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek kunnen worden verricht om een behandelbare

1345 somatische oorzaak vast te stellen.

1346 Literatuurbespreking

1347 Onderzoeksvraag

1348 Wat is het effect van screening op depressie bij patiënten in de palliatieve fase?

1349 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

1355

1356 Zoekstrategie en selectie van studies

1357

1358 Selectie van studies

1359 Voor deze module is een eerste search uitgezet op 16 april 2021, welke na ontubbeling 33 resultaten
1360 opleverde. De search betreft systematische reviews in Pubmed, Embase, Cinahl, PsycInfo en de
1361 Cochrane database voor. In [bijlage 8 - 3.1](#) zijn de search strings opgenomen. Na de eerste selectie
1362 bleven er 2 full tekst systematische reviews over.

1363

1364 Na het beoordelen van de volledige teksten bleek één review niet systematisch, en de ander
1365 beoordeelde de prognostische waarde van depressie voor andere uitkomsten. In [bijlage 8 - 3.4](#) is een
1366 lijst met exclusieredenen voor deze module bijgevoegd.

1367

1368 Raadplegen van de experts in de werkgroep leidde tot de Cochrane review door Schouten [2019].
1369 Deze review werd niet gevonden met de hierboven beschreven zoekstrategie, aangezien het geen
1370 populatie in de palliatieve fase betreft. In de meta-analyse die door deze auteurs is uitgevoerd, zit
1371 geen RCT die depressie rapporteerde.

1372

1373 **Conclusie**

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
-------------------	--

1374

1375 **Overwegingen**

1376

1377 **3.1 Screening en signalering**

1378

1379 Het is de vraag in hoeverre screenen op depressie effectief en haalbaar is bij patiënten in de
1380 palliatieve fase als er geen signalen zijn waargenomen die wijzen op depressie. Het
1381 literatuuronderzoek heeft geen gerandomiseerd onderzoek gevonden naar het effect van een
1382 dergelijke benadering.

1383 Ondanks de afwezigheid van wetenschappelijke studies naar het effect van screening op depressie bij
1384 patiënten in de palliatieve fase, is de werkgroep van mening dat het belangrijk is om depressie bij
1385 patiënten in het palliatieve fase tijdig op te sporen. Depressie heeft grote impact op kwaliteit van leven,
1386 en is geassocieerd met slechte zelfzorg, verminderde medicatietrouw en verminderde activiteit
1387 hetgeen negatieve gevolgen heeft voor de lichamelijke conditie en de kwaliteit van leven [Sobanski
1388 2020]. Het is zeer aannemelijk dat vroegtijdige onderkenning en behandeling van depressie sterk zal
1389 bijdragen aan de kwaliteit van leven [Rayner 2009; Mitchell 2011].

1390

1391 Dit impliceert dat zorgverleners betrokken bij patiënten in de palliatieve fase alert moeten zijn op
1392 verbale en non-verbale signalen die kunnen wijzen op depressie.

1393 In het onderzoek van Vogt [2021] gaven patiënten bij de start van de palliatieve fase een hoge mate
1394 van distress aan; depressieve en angstklachten kwamen voor bij 31% van de patiënten. In de loop
1395 van de tijd namen de klachten af, maar meer dan de helft van de patiënten bleef aangeven dat ze
1396 behoefte hadden aan ondersteuning bij hun klachten. Ook andere onderzoekers vinden soortgelijke
1397 prevalentiecijfers van depressie in de palliatieve fase [o.a. Mitchell 2011]. Onderzoek bij patiënten in
1398 de palliatieve fase laat zien dat het systematisch nagaan (aan de hand van een vragenlijst) van het
1399 scala aan klachten in de palliatieve fase soms wel het tienvoudige aan symptomen oplevert in
1400 vergelijking met alleen het antwoord op de vragen 'Hoe voelt u zich?' en 'Welke klachten heeft u?'
1401 [Homsij 2006].

1402

1403 Om depressie te signaleren kan er gekozen worden tot het inzetten van screening. Depressie kan
1404 worden opgespoord met diverse screeningsmethoden. Hierbij moet een afweging worden gemaakt
1405 tussen de betrouwbaarheid, haalbaarheid, doelmatigheid en acceptatie door de patiënt van de
1406 screening. Vanuit de wetenschappelijke literatuur wordt aangeraden om te signaleren met korte, niet
1407 te veel belastende vragen of vragenlijsten en vervolgens bij positieve antwoorden uitgebreidere
1408 diagnostiek te doen [Mitchell 2012; Andersen 2014; Rosenblat 2020]. Het kan nuttig zijn screening op
1409 depressie gedurende het palliatieve traject regelmatig te herhalen: patiënten kunnen wisselen in mate

1410 van depressieve symptomen en de behoefte aan ondersteuning bij depressie al naar gelang de fase
1411 waarin ze zich bevinden [Rayner 2010]. Op basis van de huidige wetenschappelijke literatuur is er
1412 geen consensus over welke screeningsmethoden de voorkeur hebben.
1413 De screening kan worden uitgevoerd door allerlei disciplines: huisarts, praktijkondersteuner, specialist
1414 ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundige of verpleegkundig specialist.

1415
1416 Vroegtijdige signalering van depressie bij patiënten in afwezigheid van verbale en/of non-verbale
1417 signalen die wijzen op depressie, kan op twee manieren plaatsvinden:
1418 1. het gebruik van generieke signaleringsinstrumenten of kwaliteit van levenlijsten, die om andere
1419 redenen worden ingezet en waarbij ook depressie wordt gemeten; dit wordt ook aangeraden in de
1420 Europese richtlijn 'The management of depression in palliative care' [Rayner 2011-2] en de
1421 Australische richtlijn 'Angst en depressie bij volwassen patiënten met kanker' [Butow 2015],
1422 waarbij met name de ESAS en de Lastmeter (zie verder) worden genoemd;
1423 2. het gericht screenen op depressie.

1424
1425 In deze module wordt de indeling van de handreiking meetinstrumenten in de palliatieve zorg van
1426 IKNL [2018] gebruikt, waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen meetinstrumenten voor:

- 1427 • signalering of screening;
- 1428 • verdieping;
- 1429 • diagnostisering; en
- 1430 • monitoring.

1431 Dit komt niet geheel overeen met het spraakgebruik in de internationale literatuur. De
1432 verdiepingsinstrumenten die worden besproken in [3.2.2](#) worden ook vaak screeningsinstrumenten
1433 genoemd. Deze zijn echter niet geschikt voor screening in afwezigheid van signalen van depressie,
1434 omdat ze te lang zijn en daardoor in de praktijk voor dit doel niet bruikbaar. Ze hebben echter wel een
1435 plaats als aanvulling op de anamnese op het moment dat depressie gesignaleerd is.

1436
1437 Gebruik van generieke signaleringsinstrumenten of kwaliteit van levenlijsten

1438 In de klinische praktijk worden soms generieke (d.w.z. niet specifiek gericht op depressie) of kwaliteit
1439 van levenlijsten gebruikt, waarbij ook wordt gevraagd naar depressie. Het primaire doel van deze
1440 instrumenten is niet om te screenen op depressie, maar ze kunnen wel voor dit doel gebruikt worden.

1441 Hoewel de psychometrische eigenschappen van het item of de schaal voor depressie van deze
1442 meetinstrumenten in de palliatieve fase niet onderzocht zijn, is de werkgroep van mening dat de
1443 uitkomsten ervan gebruikt kunnen worden voor exploratie van depressieve klachten.

1444 In het onderstaande worden een aantal van deze instrumenten besproken. De lijst is niet uitputtend en
1445 andere, niet genoemde instrumenten, waarbij gevraagd wordt naar depressie, kunnen ook voor dit
1446 doel gebruikt worden.

1447
1448 *Het Utrecht Symptoom Dagboek (USD)*

1449 Het USD is een afgeleid instrument van de Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). De
1450 ESAS is ontwikkeld is om tweemaal daags in te vullen in een klinische palliatieve setting [Bruera 1991]
1451 en bestaat uit 8 visueel analoge schalen waarop pijn, activiteit, misselijkheid, depressie, angst,
1452 sufheid, eetlust en gevoel van welbevinden worden gescoord. Het USD bevat 12 items (NRS 0-10)
1453 waarbij ook gevraagd wordt naar somberheid [Van der Baan 2020, IKNL 2018]. Een symptoomscore
1454 ≥ 4 wordt beschouwd als klinisch relevant. Er zijn geen data over sensitiviteit, specificiteit en
1455 voorspellende waarde van het item over depressie.

1456
1457 *De Lastmeter (Distress thermometer)*

1458 De Lastmeter wordt gebruikt voor het signaleren van ervaren ziektelast op fysiek, psychisch, sociaal
1459 en spiritueel gebied, zowel in de curatieve als palliatieve setting [Bauwens 2009, Donovan 2014, IKNL
1460 2018]. Het gebruik van de Lastmeter voor het screenen en signaleren van distress wordt aanbevolen
1461 in de richtlijn '[Detecteren behoefte palliatieve zorg](#)'. Een meta-analyse laat zien dat een cutoff van 4
1462 beste balans oplevert tussen sensitiviteit en specificiteit: resp. 77% en 75% bij vergelijking met de
1463 depressiescore van de HADS en resp. 82% en 73% bij vergelijking met de totaalscore van de
1464 HADS)[Ma 2014]. Recent onderzoek bij patiënten met kanker in de palliatieve fase laat zien dat een

1465 distress-score ≥ 5 kan wijzen op depressie [Graham-Wisener 2021]. Een cutoff van 4-5 lijkt dus
1466 optimaal.

1467

1468 *Vier Dimensionale Klachten Lijst (4DKL)*

1469 In de huisartsenpraktijk kan gescreend worden op psychische klachten (distress, depressie, angst en
1470 somatisatie) middels de Vier Dimensionele Klachten Lijst (4DKL). De 50 vragen zijn gevalideerd in de
1471 eerstelijnssetting [Terluin 2006]. Een score voor depressie >2 wordt als afkappunt gebruikt en kan
1472 aanleiding zijn voor verdere exploratie van depressie. Er zijn geen gegevens beschikbaar over de
1473 psychometrische eigenschappen van de lijst voor het opsporen van depressie in de palliatieve fase.

1474

1475 *Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)*

1476 De CRQ is een kwaliteit van leveninstrument voor patiënten met een chronische longziekte [Guyatt
1477 1987, IKNL 2018, Weldam 2013]. De antwoorden 'altijd', 'bijna altijd' of 'nogal vaak' op de vraag of
1478 iemand zich down of ontmoedigd heeft gevoeld in de afgelopen twee weken kunnen aanleiding zijn
1479 voor verdere exploratie van depressie. Er zijn geen data over de psychometrische eigenschappen van
1480 dit item.

1481

1482 *Care Related Quality of Life for Chronic Heart Failure (CaReQoL CHF)*

1483 De CaReQoL CHF is een kwaliteit van leveninstrument voor patiënten met chronisch hartfalen [Van
1484 Kessel 2017, IKNL 2018]. Het antwoord 'vaak' of 'altijd' op de vraag over somberheid kan aanleiding
1485 zijn voor verdere exploratie van depressie. Er zijn geen data over de psychometrische eigenschappen
1486 van dit item.

1487

1488 Specifieke screening voor depressie

1489 Er is een meta-analyse verricht van 17 studies (waarvan 13 bij patiënten in de palliatieve fase) naar de
1490 toepassing van een of twee korte vragen die verwijzen naar de kernsymptomen van een depressieve
1491 stoornis [Mitchell 2008]:

1492

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)?

1495

1496 Als gouden standaard werd meestal een diagnostisch interview en soms een verdiepingsinstrument
1497 gebruikt. De psychometrische eigenschappen van beide vragen afzonderlijk en van de combinatie
1498 staan vermeld in Tabel 1.

1499

1500 Tabel 1. 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%

1501

1502 Concluderend: twee korte vragen zijn betrouwbaar in het excluseren van depressie, maar weinig
1503 betrouwbaar in het vaststellen van een depressieve stoornis. Bij een antwoord 'ja' op een van beide of
1504 beide vragen volgt verdere exploratie. Het antwoord 'nee' sluit een depressie met een hoge mate van

1505 waarschijnlijkheid uit. Het is van belang te vragen of patiënten verder onderzoek of patiënten
1506 behandeling willen. Een deel van de patiënten wil dit beslist niet.
1507 De werkgroep is van mening dat het stellen van deze twee vragen de beste methode is om te
1508 screenen op depressie. Aanleidingen daarvoor kunnen zijn:
1509 • het starten van een palliatief traject;
1510 • een significante verandering van de situatie van de patiënt;
1511 • bij een palliatief consult.

1512 1513 **3.2 Diagnostiek**

1514
1515 Diagnostiek van depressieve symptomatologie en/of depressie kan op verschillende niveaus worden
1516 ingestoken: beschrijvend, classificierend, indicierend en evaluerend [Spijker 2013].
1517 Het vaststellen van (voorbijgaande) depressieve symptomen, een aanpassingsstoornis met
1518 depressieve stemming of een depressieve stoornis vereist een zorgvuldige klinische beoordeling. Het
1519 stellen van een diagnose vindt plaats op basis van een anamnese (inclusief heteroanamnese),
1520 psychiatrisch onderzoek, de psychiatrische voorgeschiedenis en evt. verdiepiings- of diagnostische
1521 meetinstrumenten.
1522 De klinische beoordeling ligt primair bij de verantwoordelijke regiebehandelaar zoals huisarts,
1523 specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist of verpleegkundig specialist palliatieve zorg.
1524 Hierbij kan laagdrempelig naar een psycholoog of psychiater verwezen worden voor nadere
1525 diagnostiek, met name bij het vermoeden van een depressieve stoornis. Bij twijfel kan ook consultatie
1526 of advies worden ingeroepen van een collega of expert of kan een second opinion overwogen worden.
1527 De informatie uit de anamnese, psychiatrisch onderzoek en evt. meetinstrumenten wordt gebruikt om
1528 naast een beschrijvende diagnose (etiologie, predisponerende, luxerende en instandhoudende
1529 factoren) te komen tot een classificatie (volgens de DSM-5) en een behandelplan.
1530 De beschrijvende diagnose is van belang om zicht te krijgen op de betekenis en de context van de
1531 depressieve klachten. Hierdoor zal vervolgens in belangrijke mate de keuze van de verschillende
1532 behandelstrategieën worden bepaald.

1533 1534 **3.2.1 Anamnese en psychiatrisch onderzoek**

1535
1536 Op het moment dat er depressieve klachten worden geuit en/of bij screening en/of bij observatie van
1537 de patiënt aanwijzingen zijn voor het bestaan van depressie, is het noodzakelijk om de klachten
1538 uitgebreider in kaart brengen door middel van een anamnese en eventueel een psychiatrisch
1539 onderzoek.
1540 Een anamnese is de beste manier om de ernst en de impact van de klachten in kaart te brengen en
1541 tot een mogelijke diagnose (aanpassingsstoornis met depressieve kenmerken, depressieve stoornis of
1542 een andere psychiatrische diagnose) te komen. In een gesprek wordt informatie over de aard, de
1543 ernst en het beloop van de klachten verzameld. De criteria van de DSM-5 (depressieve stemming,
1544 verlies van plezier / interesse, concentratieklachten, slaapproblemen, verandering van eetlust,
1545 vermoeidheid, gevoelens van waardeloosheid en schuld, psychomotorische remming of agitatie) worden
1546 in kaart gebracht. Het is van belang om ook andere psychische klachten uit te vragen die kunnen
1547 lijken op depressie, zoals rouw, angst, spanning, cognitieve klachten en veranderingen in denken en
1548 gedrag. Bij diagnostiek voor depressie moet suïcidaliteit altijd zorgvuldig worden uitgevraagd. Een
1549 doodswens van de patiënt kan ook worden vertaald in een euthanasieverzoek. Van belang hierbij is
1550 om deze doodswens nader te onderzoeken en een onderliggende depressieve stoornis uit te sluiten
1551 [EuthanasieCode 2018]. Depressieve klachten zijn vaak aanwezig bij te zien ouderen, die niet ernstig
1552 ziek zijn, in de palliatieve fase van hun leven [Wijngaarden 2020]. Ook de manier waarop een patiënt
1553 omgaat met de lichamelijke ziekte en de beperkte levensverwachting in de palliatieve fase komt aan
1554 bod in de anamnese.
1555 Het is van belang de patiënt als individu te benaderen in de eigen context. Om meer zicht te krijgen op
1556 de betekenis en de context van de depressieve klachten is, naast het uitvragen op symptoomniveau,
1557 ook van belang om uitgebreid stil te staan bij de volgende aspecten:
1558 • In welke mate wordt het functioneren van de patiënt negatief beïnvloed en hoe groot is de
1559 lijdensdruk?

- 1560 • Hoe zijn de klachten ontstaan (stressvolle omstandigheden, 'life-events?'), wat maakt dat de
 1561 klachten aanhouden of verergeren en wat zijn mogelijke aangrijpingspunten voor verbetering?
- 1562 • Heeft de patiënt eerder in het leven depressieve perioden doorgemaakt? Hoe was het beloop en
 1563 effect van behandelingen?
- 1564 • De wijze waarop een patiënt omgaat met de lichamelijke ziekte, aanwezigheid van steunsysteem
 1565 en de beperkte levensverwachting komen ook aan bod ('coping').
- 1566 • Wat zijn de kwetsbare kanten en sterke kanten van patiënt en het steunsysteem?
- 1567 • Hoe omschrijft de patiënt zijn of haar persoonlijkheid of karakter?
- 1568 In het gesprek met patiënt en eventueel de naasten kunnen deze zaken op een rij worden gezet,
 1569 zodat er een beeld naar voren komt waarin de patiënt zichzelf herkent. Tijdens de anamnese wordt
 1570 gebruik gemaakt van synonieme begrippen, zoals sombere stemming, depressief, gedeprimeerd,
 1571 down en geen plezier ervaren. Bij depressie in de palliatieve fase is het van belang ook altijd de
 1572 somatische dimensie mee te nemen.
- 1573 Belangrijke naasten kunnen een waardevolle bron zijn van informatie. Indien de patiënt daar
 1574 toestemming voor geeft, is een heteroanamnese waardevol.
- 1575
- 1576 Depressie in de palliatieve fase gaat vaak samen met vragen en gedachten rondom verwachtingen
 1577 van het levenseinde, zingeving, afscheid nemen, terugblikken op het leven. Ook de levensloop met
 1578 voor de patiënt belangrijke waarden, ingrijpende gebeurtenissen en de band met belangrijke anderen
 1579 wordt overdacht. Het is goed om bij deze onderwerpen stil te staan en uit te zoeken of er een
 1580 samenhang is met depressie. Er kunnen aangrijpingspunten voor behandeling uit naar voren komen.
- 1581
- 1582 Vragen die tijdens de speciële anamnese gesteld kunnen worden zijn:
- 1583 • Terugkijkend op de afgelopen twee weken, hoeveel tijd (dagdelen, percentage van de tijd) voelde
 1584 u zich somber?
- 1585 • Kunt u nog genieten van dingen waar U gewoonlijk van kon genieten (familiebezoek, radio/TV,
 1586 lezen etc.)? Kijkt U met plezier uit naar de dingen? Kunt U lachen en de dingen van de vrolijke
 1587 kant zien?
- 1588 • Heeft u nog interesse in uw uiterlijk (persoonlijke verzorging, kleding)?
- 1589 • Heeft u het gevoel dat bij U alles moeizamer gaat?
- 1590 • Heeft u schuldgevoelens en/of suïcidale gedachten?
- 1591 • Heeft u andere psychische klachten, bijv. prikkelbaarheid, rouw, angst of boosheid?
- 1592 • Hoe is het slaappatroon?
- 1593 • Heeft u lichamelijke klachten (bijv. pijn, kortademigheid, vermoeidheid)?
- 1594 • Kunt u mogelijke oorzaken aanwijzen van depressie (lichamelijk, psychisch, sociaal en/of
 1595 existentieel)?
- 1596 • Welke medicatie gebruikt u? Is recent uw medicatie veranderd?
- 1597 • Bent u recent gestopt met medicatie, drugs, alcohol of roken?
- 1598 • Hoe gaat u met tegenslagen en/of met somberheid om?
- 1599 • Hoe wilt u benaderd worden door zorgverleners?
- 1600 • Wordt u momenteel of werd u in het verleden behandeld voor een angststoornis of depressie?
 1601 Welke behandelingen hebt u gehad (zowel wat betreft medicatie als therapie)?
- 1602 • Heeft u andere psychiatrische stoornissen in het verleden gehad?
- 1603 • Komen er psychiatrische stoornissen in de familie voor?
- 1604 Naast inhoudelijke informatie uit het gesprek, bieden observaties tijdens het gesprek of indien van
 1605 toepassing psychiatrisch onderzoek vaak extra informatie over de aanwezigheid van depressie.
- 1606
- 1607 Afhankelijk van de klachten kan een psychiatrisch onderzoek worden verricht. Bij het psychiatrisch
 1608 onderzoek worden non-verbale uitingen en lichamelijke signalen geobserveerd die gerelateerd aan de
 1609 depressie kunnen zijn [van Krugten 2017]:
- 1610 • Denken /spraak: monotoon, traag, geprikkeld en vijandig reageren;
- 1611 • Concentratie, aandacht bij het gesprek;
- 1612 • Stemming: somber, gedeprimeerd, geen perspectief zien en hopeloosheid, vlak affect (oftewel
 1613 geen modulatie van affect zoals gewoonlijk in gesprek);
- 1614 • Psychomotoriek/ mimiek: afwezig, vlak, traag, geremd, bewegingsonrust /friemelen;
- 1615 • Gedrag: terugtrekken, isoleren, geagiteerd reageren.

1616 Zo nodig kan voor verdere diagnostiek verwezen worden naar psycholoog of psychiater.

1617

1618 **3.2.2 Meetinstrumenten voor verdieping, diagnostisering en monitoring**

1619

1620 Als aanvulling op anamnese en psychiatrisch onderzoek kunnen meetinstrumenten gebruikt worden.
1621 Het doel hiervan kan zijn om de depressie beter in kaart te brengen (verdieping), om te helpen bij een
1622 diagnose (diagnostisch) of om het verloop en het effect van behandeling te monitoren (monitoring).

1623 Diverse meetinstrumenten kunnen voor deze doelen worden gebruikt bij depressie bij een
1624 onderliggende somatische aandoening [Andersen 2014, Gonzalez-Roz 2019, Thombs 2008,
1625 Wakefield 2015, Wasteson 2008]. In het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland (IKNL/Palliactief
1626 2017) worden de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), de Geriatric Depression Scale
1627 (GDS) en de Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) genoemd. In de literatuur worden ook
1628 de Beck Depression Inventory (BDI) en de Patient Health Questionnaire Questionnaire (PHQ)
1629 genoemd als meetinstrumenten voor depressie bij een onderliggende somatische ziekte [Andersen
1630 2014, Gonzalez-Roz 2019, Thombs 2008, Wakefield 2015]. Bijna alle genoemde meetinstrumenten
1631 maken gebruik van zelfrapportage door de patiënt. Alleen de CSDD wordt door de zorgverlener
1632 ingevuld.

1633 De diagnose depressieve stoornis kan met geen van deze instrumenten worden gesteld. Daarvoor is
1634 een anamnese en een psychiatrisch onderzoek noodzakelijk.

1635 Het meeste onderzoek bij patiënten in de palliatieve fase is gedaan met de Hospital Anxiety and
1636 Depression Scale (HADS)[Wasteson 2009].

1637

1638 *Verdiepingsinstrumenten*

1639 Er is een aantal meetinstrumenten dat gebruikt kan worden als verdiepingsinstrument. Hieronder
1640 worden de instrumenten besproken die het meest gebruikt worden bij depressieve patiënten bij een
1641 onderliggende somatische ziekte c.q. in de palliatieve fase. Er kan geen voorkeur worden
1642 uitgesproken tussen de HADS, de BDI of de PHQ. De GDS wordt gebruikt bij geriatrische patiënten en
1643 de CSDD bij patiënten met dementie.

1644

1645 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

1646 De meest gebruikte vragenlijst voor het screenen van depressie en angst in een ziekenhuissetting is
1647 de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), bestaande uit 14 items [Bjelland 2002,
1648 IKNL/Palliactief 20127, Spinhoven 1997, IKNL 2018, Zigmond 1983]. Een recente meta-analyse [Wu
1649 2021] concludeerde dat de beste cutoff voor het screenen op depressie een score van 7 of hoger op
1650 de depressie subschaal is. De sensitiviteit is dan 82% en de specificiteit 78% ten opzichte van de
1651 gekozen gouden standaard van classificatie met semi-gestructureerd interview (MINI). Een
1652 bijgevoegde tool kan berekenen wat dat betekent voor de voorspellende waarde binnen de populatie
1653 waarin de clinicus de schaal wil inzetten (<http://depressionsscreening100.com/hads-d/>).

1654

1655 Een meta-review (meta-analyse van 19 systematische reviews van in totaal 372 studies) van de
1656 HADS bij patiënten met kanker liet, afhankelijk van de gebruikte (sub)schaal (subschaal depressie,
1657 subschaal angst of totaalscore) en het afkappunt een mediane sensitiviteit van de HADS zien van
1658 0,62-0,88 en een mediane specificiteit van 0,65-0,95 [Wakefield 2015]. Verschillende reviews achtten
1659 de HADS minder geschikt voor patiënten met kanker in de palliatieve fase. De HADS wordt veel vaker
1660 gebruikt in Europa dan in de Verenigde Staten en Canada.

1661

1662 Een andere meta-analyse vergeleek de scores op de HADS met de SCID (Structured Clinical
1663 Interview for DSM-5 disorders) als gouden standaard [Brehaut 2020]. Op basis van een score van 8 of
1664 meer op de depressieschaal van de HADS kwam de prevalentie van depressie uit op 24% terwijl de
1665 prevalentie van een depressie middels de SCID in dezelfde onderzoeksgroep uitkwam op 12%. Een
1666 cutoff van 11 of hoger op de depressieschaal van de HADS kwam beter in de buurt van de resultaten
1667 met de SCID, maar er was veel heterogeniteit tussen de onderzochte individuen. De auteurs dringen
1668 erop aan de HADS enkel te gebruiken als screener en niet als een vervanging voor een diagnostisch
1669 interview.

1670

1671 Bij patiënten met een myocardinfarct of ischemische hartziekten werd bij een cutoff van ≥ 7 een
1672 sensitiviteit gevonden van 81% en een specificiteit van 54% [Gonzalez-Roz 2018].
1673

1674 Beck Depression Inventory BDI

1675 Een meta-review (meta-analyse van 19 systematische reviews van in totaal 372 studies) van de BDI
1676 bij patiënten met kanker liet, afhankelijk van het gebruikte type BDI, een mediane sensitiviteit van de
1677 HADS zien van 0,72-0,89 en een mediane specificiteit van 0,71-0,89 [Wakelielid 2015]. Verschillende
1678 reviews achtten de BDI geschikter voor patiënten met kanker in de palliatieve fase dan de HADS.

1679 Een systematische review van de BDI bij patiënten bij cardiovasculaire aandoeningen liet, afhankelijk
1680 van het gebruikte type BDI en de cutoff een mediane sensitiviteit zien van 82-91%, een mediane
1681 specificiteit van 79-94%, een mediane positief voorspellende waarde van 24-40% en een mediane
1682 negatief voorspellende waarde van 95-99% [Thombs 2008].

1683 Gonzalez-Roz [2019] bekeek de bruikbaarheid van de BDI-II voor het screenen en monitoren van
1684 depressie bij patiënten met cardiovasculaire aandoeningen. Bij een cutoff van 10-14 werd bij
1685 patiënten met coronairaandoeningen een sensitiviteit gevonden van de BDI-II van 83-100% en een
1686 negatief voorspellende waarde van 99-100%. Bij een cutoff van ≥ 16 werd bij patiënten met een
1687 myocardinfarct een specificiteit van 92% gevonden en een positief voorspellende waarde van 62,5%.
1688 De onderzoeker adviseert het gebruik van de BDI-II bij patiënten met cardiovasculaire aandoeningen.
1689

1690 Patiënt Health Questionnaire PHQ

1691 Een andere veelgebruikt verdiepingsinstrument is de Patiënt Health Questionnaire. Deze vragenlijst is
1692 er in diverse varianten, bijvoorbeeld PHQ-2, PHQ-8, PHQ-9, waarbij het nummer staat voor het aantal
1693 vragen. Bij de PHQ-2 worden vragen gesteld over depressie en anhedonie, zoals besproken bij
1694 signalering.

1695 De richtlijn van de ASCO adviseert het gebruik van de PHQ-9 [Andersen 2014]. Bij een score van 8 of
1696 hoger is verdere exploratie aangewezen.

1697 Valideringsonderzoek van Thombs [2008] in cardiovasculaire setting leverde geen verschil op tussen
1698 de psychometrische eigenschappen van de PHQ-2 (score ≥ 2) en PHQ-9 (score ≥ 6). Ze hadden
1699 respectievelijk een sensitiviteit van 82% en 83% en een specificiteit van 79% en 76%. Een tweetraps
1700 methode van eerst PHQ-2 en daarna op indicatie verder met de PHQ-9 leverde geen extra
1701 diagnostische waarde op ten opzichte van een op zichzelf staande PHQ-2 of PHQ-9.

1702 In een setting met diabetes type 2 patiënten en/ of hartpatiënten werd een optimale cutoff voor de
1703 PHQ-9 gevonden van 10 om een depressieve stoornis op te sporen met een sensitiviteit van 84% en
1704 een specificiteit van 82%. Bij deze cutoff was de positief voorspellende waarde voor de diagnose
1705 depressieve stoornis 17% en de negatief voorspellende waarde 99% (van der Zwaan 2016).
1706

1707 Geriatric Depression Scale GDS

1708 In de ouderenzorg is de geriatrische depressie schaal een veel ingezet instrument bij het vermoeden
1709 op depressie [Dennis 2012, IKNL/Palliactief 2017, IKNL 2018, Wancata 2006]. De GDS heeft
1710 verschillende varianten, waarbij het aantal vragen van elkaar verschilt. Voor verdieping kan de
1711 verkorte versie (GDS-15) ingezet worden, voor uitgebreidere diagnostiek de GDS-30.

1712 De GDS heeft een sensitiviteit van 85% en een specificiteit van 79% [Krishnamoorthy 2020].

1713 De GDS is niet specifiek onderzocht in de palliatieve setting. Bij de GDS-15 wordt een cut-off van 5
1714 geadviseerd [Dennis 2012].
1715

1716 Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)

1717 De CSDD wordt gebruikt bij de diagnostiek van depressie bij patiënten met dementie [Goodarzi 2017,
1718 IKNL/Palliactief 2017, Leontjevas 2012, IKNL 2018]. De CSDD heeft bij een cutoff van 8 een
1719 sensitiviteit van 78% en een specificiteit van 84% [Goodarzi 2017].
1720

1721 *Diagnostische instrumenten*

1722 De Structured Clinical Interview for DSM-5 disorders (SCID) en de Mini International Neuropsychiatric
1723 Interview (MINI) zijn semigestructureerde interviews die gebruikt kunnen als hulpmiddel bij de
1724 diagnostiek van een aanpassingsstoornis met depressieve kenmerken of een depressieve stoornis
1725 [First 2018, Petterson 2015].
1726

1727 **3.2.3 Lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek**

1728

1729 Lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek worden vooral verricht om een mogelijke oorzaak van
1730 de depressie vast te stellen. Daarbij kan vooral gedacht worden aan anemie, elektrolytstoornissen,
1731 endocriene aandoeningen en vitaminedeficiënties (zie [Oorzaken](#)). Vanzelfsprekend moet dit alleen
1732 gebeuren als de behandeling hiervan mogelijk, zinvol (mede in het licht van de levensverwachting) en
1733 door de patiënt gewenst is.

1734 Bij een screenend bloedonderzoek worden op indicatie bepaald:

- 1735 • Hb, ht, celindices (MCV, MCH, MCHC);
- 1736 • Elektrolyten (calcium, magnesium, natrium);
- 1737 • Glucose;
- 1738 • Schildklierfunctie (TSH);
- 1739 • Cortisol;
- 1740 • Vitamine B1, B6 en B12, foliumzuur.

1741

1742 **3.2.4 Differentiaaldiagnose**

1743

1744 De diagnose aanpassingsstoornis met depressieve kenmerken of depressieve stoornis wordt gesteld
1745 op basis van DSM-5 criteria met behulp van anamnese en psychiatrisch onderzoek, evt. aangevuld
1746 met een diagnostisch meetinstrument.

1747 Symptomen als vermindering van eetlust, gewichtsverlies, slaapstoornissen en vermoeidheid komen
1748 vaak voor bij somatische aandoeningen en zijn daardoor in de palliatieve fase minder onderscheidend
1749 voor een depressieve stoornis of aanpassingsstoornis met depressieve stemming. Hierdoor kan het
1750 risico bestaan dat depressie wordt overgediagnosticeerd. Anderzijds bestaat ook het risico op
1751 onderdiagnostiek doordat de somatische symptomen uitsluitend toegeschreven worden aan de
1752 somatische ziekte [Rosenblat 2020]. Uit wetenschappelijk onderzoek blijken vragenlijsten echter
1753 behoorlijk bestand tegen deze overlap, zoals bijvoorbeeld onderzocht is voor de PHQ-9 [Katzan 2021]
1754 en de HADS [Wu 2021]. Om onder- en over diagnostiek tegen te gaan, wordt aangeraden om eerst te
1755 screenen en bij signalerende antwoorden op een screening uitgebreidere diagnostiek naar depressie
1756 uit te voeren [Andersen 2014, Mitchell 2012, Rayner 2011, Rosenblat 2021].

1757 Terughoudendheid is geboden met het stellen van psychiatrische diagnoses bij ernstige fysieke
1758 klachten zoals pijn of kortademigheid. In dergelijke gevallen is het belangrijk om de patiënt te
1759 herbeoordelen na behandeling van de fysieke klachten.

1760 Bij een depressie moet altijd bekeken worden of de depressieve stemming misschien het direct
1761 fysiologisch effect is van een bijkomende medische aandoening dan wel van voorgeschreven
1762 medicamenten.

1763 Angst en depressie in de palliatieve fase hebben veel overlap; deze symptomen komen vaak in
1764 combinatie met elkaar voor [Teunissen 2007]. Angstklachten kunnen optreden in het kader van een
1765 depressieve stoornis. Angst en depressie kunnen elkaar veroorzaken en versterken. Bij de
1766 diagnostiek naar depressie in de palliatieve fase horen gevoelens van angst aan de orde te komen
1767 (zie [richtlijn Angst](#)).

1768 Een psychotische depressie is een ernstige depressieve stoornis, waarbij er tevens psychotische
1769 symptomen aanwezig zijn (met name stemmingscongruente wanen zoals schuldwaan, zondewaan,
1770 armoedewaan en hypochondrische waan).

1771 De meest voorkomende andere psychische differentiële diagnoses zijn: (stil) delier, dementie,
1772 bipolaire stoornis en rouw.

1773 Bij een delier is altijd sprake van een aandachtstoornis naast cognitieve problemen en (vaak) ook een
1774 daling van het bewustzijn. Tevens is fluctuatie van de symptomen in de tijd (die met name 's nachts
1775 optreden) kenmerkend voor een delier. Het onderscheid tussen depressie en delier is van belang,
1776 omdat de behandeling verschilt en enkele antidepressiva een bestaand delier juist kunnen versterken.
1777 De kans dat een delier wordt verward met een depressie is groter als het om een zogenoemd stil
1778 delier (apathisch delier) gaat. Zie voor meer informatie de [richtlijn Delier](#).

1779 Bij een dementie staat de blijvende stoornis van het cognitieve functioneren op de voorgrond. Een
1780 overeenkomst met depressie kan verlies van initiatief of apathie zijn. Een depressie ontstaat in een
1781 korter tijdsbestek dan een dementie. Tevens kan een depressie een prodroom zijn van
1782 neurocognitieve degeneratie [[Richtlijn Dementie](#) Verenso].

1783 Bij een bipolaire stoornis zijn er naast de depressieve episodes ook periodes met (hypo)manie
1784 (verhoogde of dysfore stemming).
1785 Bij rouw verwijst de stemming naar een fundamenteel gevoel van leegte, verlies en verlangen, welke
1786 fluctueert over de dag en reactief is op plezierige momenten (zie [richtlijn Rouw](#)).
1787

1788 3.2.5 Terugkoppeling diagnostiek

1789

1790 Een belangrijk onderdeel van de diagnostische fase is de terugkoppeling van de bevindingen en
1791 conclusies aan de patiënt. Het is belangrijk om zorgvuldig en volledig te zijn en zoveel mogelijk aan te
1792 sluiten bij de patiënt m.b.t. taalgebruik, niveau en culturele context (zie module 1. [Communicatie](#)). De
1793 meeste patiënten waarderen gedeelde besluitvorming na diagnostiek, maar hierin zijn persoonlijke
1794 verschillen. De keuze om niet te behandelen of waakzaam af te wachten wordt hierbij ook onder de
1795 behandelopties geschaard.
1796

1797 3.3 Monitoring

1798

1799 Waar het bij screening van depressie van belang is in zo kort mogelijke tijd en met minimale belasting
1800 zo sensitief mogelijk aanwijzingen te vinden voor het bestaan van een depressie, is het doel van
1801 monitoren anders: namelijk het volgen in de tijd van de depressie, het aan het licht brengen van
1802 fluctuaties in de aard en ernst van de depressie en het beoordelen van het effect van interventies. De
1803 wijze van monitoring en de intensiteit waarmee dit gebeurt is afhankelijk van de setting en ernst, dit
1804 wordt bepaald door de behandelaar. Het USD en de eerdergenoemde verdiepingsinstrumenten
1805 kunnen voor dit doel gebruikt worden.
1806

1807 Referenties

- 1808 1. Andersen BL, DeRubeis RJ, Berman BS, Gruman J, Champion VL, Massie MJ, Holland JC,
1809 Partridge AH, Bak K, Somerfield MR, Rowland JH; American Society of Clinical Oncology.
1810 Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an
1811 American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *J Clin Oncol*. 2014 May
1812 20;32(15):1605-19. doi: 10.1200/JCO.2013.52.4611.
- 1813 2. van der Baan FH, Koldenhof JJ, de Nijs EJ, Echteid MA, Zweers D, Hesselmann GM, Vervoort
1814 SC, Vos JB, de Graaf E, Witteveen PO, Suijkerbuijk KP, de Graeff A, Teunissen SC. Validation of
1815 the Dutch version of the Edmonton Symptom Assessment System. *Cancer Med*. 2020
1816 Sep;9(17):6111-6121.
- 1817 3. Bauwens S, Baillon C, Distelmans W, Theuns P. The 'Distress Barometer': validation of method of
1818 combining the Distress Thermometer with a rated complaint scale. *Psychooncology*. 2009
1819 May;18(5):534-42.
- 1820 4. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression
1821 Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res*. 2002 Feb;52(2):69-77.
- 1822 5. Brehaut E, Neupane D, Levis B, Wu Y, Sun Y, Krishnan A, He C, Bhandari PM, Negeri Z, Riehm
1823 KE, Rice DB, Azar M, Yan XW, Imran M, Chiovitti MJ, Saadat N, Cuijpers P, Ioannidis JPA,
1824 Markham S, Patten SB, Ziegelstein RC, Henry M, Ismail Z, Loiselle CG, Mitchell ND, Tonelli M,
1825 Boruff JT, Kloda LA, Beraldi A, Braeken APBM, Carter G, Clover K, Conroy RM, Cukor D, da
1826 Rocha E Silva CE, De Souza J, Downing MG, Feinstein A, Ferentinos PP, Fischer FH, Flint AJ,
1827 Fujimori M, Gallagher P, Goebel S, Jetté N, Julião M, Keller M, Kjærgaard M, Love AW, Löwe B,
1828 Martin-Santos R, Michopoulos I, Navines R, O'Rourke SJ, Öztürk A, Pintor L, Ponsford JL,
1829 Rooney AG, Sánchez-González R, Schwarzbald ML, Sharpe M, Simard S, Singer S, Stone J,
1830 Tung KY, Turner A, Walker J, Walterfang M, White J, Benedetti A, Thombs BD. Depression
1831 prevalence using the HADS-D compared to SCID major depression classification: An individual
1832 participant data meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2020 Dec;139:110256. doi:
1833 10.1016/j.jpsychores.2020.110256. Epub 2020 Sep 23. PMID: 33069051.
- 1834 6. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmser P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment
1835 System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care*.
1836 1991 Summer;7(2):6-9. PMID: 1714502.

- 1837 7. Butow P, Price MA, Shaw JM, Turner J, Clayton JM, Grimison P, Rankin N, Kirsten L. Clinical
1838 pathway for the screening, assessment and management of anxiety and depression in adult
1839 cancer patients: Australian guidelines. *Psychooncology*. 2015 Sep;24(9):987-1001.
- 1840 8. Dennis M, Kadri A, Coffey J. Depression in older people in the general hospital: a systematic
1841 review of screening instruments. *Age Ageing*. 2012 Mar;41(2):148-54.
- 1842 9. Donovan KA, Grassi L, McGinty HL, Jacobsen PB. Validation of the distress thermometer
1843 worldwide: state of the science. *Psychooncology*. 2014 Mar;23(3):241-50.
- 1844 10. EuthanasieCode 2018 website van de RTE
- 1845 11. First MB, Williams JBW, Karg RS, Spitzer RL. Gestructureerd klinisch interview voor de DSM-5
1846 Syndroomstoornissen. Boom Uitgevers, Amsterdam, 2018.
- 1847 12. González-Roz A, Gaalema DE, Pericot-Valverde I, Elliott RJ, Ades PA. A Systematic Review of
1848 the Diagnostic Accuracy of Depression Questionnaires for Cardiac Populations: implications for
1849 cardiac rehabilitation. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2019 Nov;39(6):354-364.
- 1850 13. Goodarzi ZS, Mele BS, Roberts DJ, Holroyd-Leduc J. Depression Case Finding in Individuals with
1851 Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Geriatr Soc*. 2017 May;65(5):937-948.
- 1852 14. Graham-Wisener L, Dempster M, Sadler A, McCann L, McCorry NK. Validation of the Distress
1853 Thermometer in patients with advanced cancer receiving specialist palliative care in a hospice
1854 setting. *Palliat Med*. 2021 Jan;35(1):120-129.
- 1855 15. Guyatt GH, Berman LB, Townsend M, Pugsley SO, Chambers LW. A measure of quality of life for
1856 clinical trials in chronic lung disease. *Thorax*. 1987 Oct;42(10):773-8.
- 1857 16. Homsí J, Walsh D, Rivera N, Rybicki LA, Nelson KA, Legrand SB, Davis M, Naughton M,
1858 Gvozđjan D, Pham H. Symptom evaluation in palliative medicine: patient report vs systematic
1859 assessment. *Support Care Cancer*. 2006 May;14(5):444-53. doi: 10.1007/s00520-005-0009-2.
1860 Epub 2006 Jan 10. PMID: 16402231.
- 1861 17. IKNL. Handreiking Meetinstrumenten in de palliatieve zorg. 2018.
- 1862 18. IKNL/Palliactief. Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, 2017.
- 1863 19. Katzan IL, Lapin B, Griffith S, Jehi L, Fernandez H, Pioro E, Tepper S, Crane PK. Somatic
1864 symptoms have negligible impact on Patient Health Questionnaire-9 depression scale scores in
1865 neurological patients. *Eur J Neurol*. 2021 Jun;28(6):1812-1819.
- 1866 20. Van Kessel P, de Boer D, Hendriks M, Plass AM. Measuring patient outcomes in chronic heart
1867 failure: psychometric properties of the Care-Related Quality of Life survey for Chronic Heart
1868 Failure (CaReQoL CHF). *BMC Health Serv Res*. 2017 Aug 7;17(1):536.
- 1869 21. Krishnamoorthy Y, Rajaa S, Rehman T. Diagnostic accuracy of various forms of geriatric
1870 depression scale for screening of depression among older adults: Systematic review and meta-
1871 analysis. *Arch Gerontol Geriatr*. 2020 Mar-Apr;87:104002.
- 1872 22. Van Krugten FC, Kaddouri M, Goorden M, van Balkom AJ, Bockting CL, Peeters FP, Hakkaart-
1873 van Roijen L; Decision Tool Unipolar Depression (DTUD) Consortium. Indicators of patients with
1874 major depressive disorder in need of highly specialized care: A systematic review. *PLoS One*.
1875 2017 Feb 8;12(2):e0171659. doi: 10.1371/journal.pone.0171659. PMID: 28178306; PMCID:
1876 PMC5298252.
- 1877 23. Leontjevas R, Gerritsen DL, Vernooij-Dassen MJ, Smalbrugge M, Koopmans RT. Comparative
1878 validation of proxy-based Montgomery-Åsberg depression rating scale and cornell scale for
1879 depression in dementia in nursing home residents with dementia. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012
1880 Nov;20(11):985-93.
- 1881 24. Ma X, Zhang J, Zhong W, Shu C, Wang F, Wen J, Zhou M, Sang Y, Jiang Y, Liu L. The diagnostic
1882 role of a short screening tool--the distress thermometer: a meta-analysis. *Support Care Cancer*.
1883 2014 Jul;22(7):1741-55.
- 1884 25. Mitchell AJ. Are two simple questions sufficient to detect depression in cancer in palliative care? A
1885 Bayesian meta-analyse. *British Journal of Cancer* 2008; 98: 1934-194
- 1886 26. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, Meader N. Prevalence of
1887 depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care
1888 settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol*. 2011 Feb;12(2):160-74.
1889 doi: 10.1016/S1470-2045(11)70002-X. Epub 2011 Jan 19. PMID: 21251875.
- 1890 27. Pettersson A, Boström KB, Gustavsson P, Ekselius L. Which instruments to support diagnosis of
1891 depression have sufficient accuracy? A systematic review. *Nord J Psychiatry*. 2015;69(7):497-
1892 508.

- 1893 28. Rayner L, Lee W, Price A, Monroe B, Sykes N, Hansford P, Higginson IJ, Hotopf M. The clinical
1894 epidemiology of depression in palliative care and the predictive value of somatic symptoms: cross
1895 sectional survey with four-week follow-up. *Palliative Medicine* 2010; 25(3): 229-241.
1896 29. Rayner L, Price A, Hotopf M, Higginson IJ, The development of evidence-based European
1897 guidelines on the management of depression in palliative cancer care. *European Journal of*
1898 *Cancer* 2011; 47: 702-712.
1899 30. Rayner L, Higginson IJ, Price A, Hotopf M. The Management of Depression in Palliative Care:
1900 European Clinical Guidelines. London: Department of Palliative Care, Policy & Rehabilitation
1901 (www.kcl.ac.uk/schools/medicine/depts/palliative/) European Palliative Care Research
1902 Collaborative (www.epcrc.org/); 2010.
1903 31. Rosenblat JD, Kurdyak P, Cosci F, Berk M, Maes M, Brunoni AR, Li M, Rodin G, McIntyre RS,
1904 Carvalho AF. Depression in the medically ill. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 202;
1905 54(4): 346-366. DOI 10.1177/0004867419888576
1906 32. Schouten B, Avau B, Bekkering GTE, Vankrunkelsven P, Mebis J, Hellings J, Van Hecke A.
1907 Systematic screening and assessment of psychosocial well-being and care needs of people with
1908 cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 Mar 26;3(3):CD012387
1909 33. Sobanski PZ, Alt-Epping B, Currow DC, Goodlin SJ, Grodzicki T, Hogg K, Janssen DJA, Johnson
1910 MJ, Krajnik M, Leget C, Martínez-Sellés M, Moroni M, Mueller PS, Ryder M, Simon ST, Stowe E,
1911 Larkin PJ. Palliative care for people living with heart failure: European Association for Palliative
1912 Care Task Force expert position statement. *Cardiovasc Res.* 2020;116(1):12-27. doi:
1913 10.1093/cvr/cvz200.PMID: 31386104
1914 34. Spijker J, Bockting CLH, Meeuwissen JAC, Vliet IM van, Emmelkamp PMG, Hermens MLM,
1915 Balkom ALJM. Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek,
1916 behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis. Utrecht:
1917 Trimbos-instituut.
1918 35. Spinhoven P, Ormel J, Sloekers PP, Kempen GI, Speckens AE, Van Hemert AM. A validation
1919 study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects.
1920 *Psychol Med.* 1997 Mar;27(2):363-70.
1921 36. Terluin B, van Marwijk HW, Adèr HJ, de Vet HC, Penninx BW, Hermens ML, van Boeijen CA, van
1922 Balkom AJ, van der Klink JJ, Stalman WA. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire
1923 (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress,
1924 depression, anxiety and somatization. *BMC Psychiatry.* 2006 Aug 22;6:34.
1925 37. Teunissen SC, de Graeff A, Voest EE, de Haes JC. Are anxiety and depressed mood related to
1926 physical symptom burden? A study in hospitalized advanced cancer patients. *Palliat Med.* 2007
1927 Jun;21(4):341-6.
1928 38. Thombs BD, de Jonge P, Coyne JC, Whooley MA, Frasure-Smith N, Mitchell AJ, Zuidersma M,
1929 Eze-Nliam C, Lima BB, Smith CG, Soderlund K, Ziegelstein RC. Depression screening and patient
1930 outcomes in cardiovascular care: a systematic review. *JAMA.* 2008 Nov 12;300(18):2161-71.
1931 39. Vogt J, Beyer F, Sidermans J, Kuon J, Kahl C, Alt-Epping B, Stevens S, Ahlborn M, Geoge C,
1932 Heider A, Tienken M, Loquai C, Stahlhut K, Ruellan A, Kubin T, Dietz A, Oechsle K, Mehnert-
1933 Theuerkauf A, van Oorschot B, Thomas M, Ortmann O, Engel C, Lordick F. Symptom burden and
1934 palliative care needs of patients with incurable cancer at diagnosis and during the disease course.
1935 *The Oncologist* 2021; 26 1058-1065.
1936 40. Wakefield CE, Butow PN, Aaronson NA, Hack TF, Hulbert-Williams NJ, Jacobsen PB;
1937 International Psycho-Oncology Society Research Committee. Patient-reported depression
1938 measures in cancer: a meta-review. *Lancet Psychiatry.* 2015 Jul;2(7):635-47.
1939 41. Wancata J, Alexandrowicz R, Marquart B, Weiss M, Friedrich F. The criterion validity of the
1940 Geriatric Depression Scale: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand.* 2006 Dec;114(6):398-410
1941 42. Wasteson E, Brenne E, Higginson IJ, Hotopf M, Lloyd-Williams M, Kaasa S, Loge JH; European
1942 Palliative Care Research Collaborative (EPCRC). Depression assessment and classification in
1943 palliative cancer patients: a systematic literature review. *Palliat Med.* 2009 Dec;23(8):739-53
1944 43. Weldam SW, Schuurmans MJ, Liu R, Lammers JW. Evaluation of Quality of Life instruments for
1945 use in COPD care and research: a systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2013 May;50(5):688-707.
1946 44. Wu Y, Levis B, Sun Y, He C, Krishnan A, Neupane D, Bhandari PM, Negeri Z, Benedetti A,
1947 Thombs BD; DEPRESSION Screening Data (DEPRESSD) HADS Group. Accuracy of the Hospital
1948 Anxiety and Depression Scale Depression subscale (HADS-D) to screen for major depression:

1949 systematic review and individual participant data meta-analysis. BMJ. 2021 May 10;373:n972. doi:
1950 10.1136/bmj.n972. Erratum in: BMJ. 2021 May 19;373:n1231. PMID: 33972268; PMCID:
1951 PMC8107836.

1952 45. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand. 1983
1953 Jun;67(6):361-70.

1954 46. van der Zwaan GL, van Dijk SEM, Adriaanse MC, van Marwijk HWJ, van Tulder MW, Pols AD,
1955 Bosmans JE. Diagnostic accuracy of the Patient Health Questionnaire-9 for assessment of
1956 depression in type II diabetes mellitus and/or coronary heart disease in primary care. J Affect
1957 Disord. 2016 Jan 15;190:68-74

1958 47. Van Wijngaarden EJ, van Thiel G, Hartog I, et al. [Perspectieven op de doodswens van ouderen](#)
1959 [die niet ernstig ziek zijn: de mensen en de cijfers](#). ZonMw, januari 2020.

CONCEPT

1960 **4. Behandeling van oorzakelijke en beïnvloedende somatische factoren**

1961

1962 **Uitgangsvraag**

1963 Wat is de voorgestelde benadering ten aanzien van de behandeling van oorzakelijke en
1964 beïnvloedende somatische factoren van depressie bij patiënten in de palliatieve fase?

1965

1966 Methode: consensus-based

1967

1968 **Aanbevelingen**

1969 Behandel, indien mogelijk, de oorzakelijke en beïnvloedende somatische factoren van depressie bij
1970 patiënten in de palliatieve fase, mits dit gewenst is door de patiënt en de behandeling zinvol en

1971 haalbaar wordt geacht in het licht van de algemene toestand en de levensverwachting van de patiënt.

1972 Daarmee kan mogelijk depressie behandeld of voorkomen worden.

1973 Daarbij kan gedacht worden aan:

- 1974 • behandeling van symptomen (m.n. pijn, dyspneu, vermoeidheid en slaapstoornissen), die niet
1975 onder controle zijn en van invloed zijn op de stemming;
- 1976 • regelmatige medicatiebeoordeling en zo mogelijk staken van medicatie (bijv. corticosteroïden,
1977 opioïden) en/of ziektegerichte behandeling (bijv. antihormonale therapie) die van invloed zijn op
1978 de stemming;
- 1979 • behandeling van onttrekkingsverschijnselen (nicotine, alcohol, drugs);
- 1980 • behandeling van onderliggende endocriene stoornissen, m.n. hyper-/hypothyreoïdie en hyper-/
1981 hypocortisolisme;
- 1982 • correctie van elektrolytstoornissen, m.n. hypercalciëmie en hyponatriemie;
- 1983 • correctie van vitaminedeficiënties (bijv. vitamine B12, B1 en B6);
- 1984 • behandeling van anemie.

1985

1986 **Literatuurbespreking**

1987 Voor deze uitgangsvraag is geen systematisch literatuuronderzoek verricht.

1988

1989 **Conclusies**

1990 --

1991

1992 **Overwegingen**

1993 In reviews en richtlijnen wordt weinig of geen aandacht besteed aan behandeling van oorzakelijke en

1994 beïnvloedende somatische factoren bij patiënten met depressie en een onderliggende lichamelijke

1995 ziekte [Andersen 2014, Block 2000, Breitbart 2020, Butow 2015, Li 2016, NICE 2020, Pitman 2018,

1996 Rayner 2011, Rosenblat 2020, Stiefel 2001]. Rosenblat [2020] benoemt een aantal precipiterende

1997 factoren, maar zegt niets over de behandeling ervan. Door sommige auteurs [Block 2000, Breitbart

1998 2020, Pitman 2018] wordt het belang van goede symptoomcontrole (met name van pijn) benadrukt.

1999 Breitbart [2020] en Pitman [2018] geven aan dat onderliggende oorzaken zo mogelijk behandeld

2000 moeten worden.

2001 Het effect van deze benadering is nooit systematisch onderzocht.

2002 De werkgroep is van mening dat, waar mogelijk, oorzakelijke en beïnvloedende somatische factoren

2003 bij patiënten met depressie in de palliatieve fase behandeld moeten worden, voordat de depressie zelf

2004 behandeld wordt. Vanzelfsprekend moet er sprake zijn van een behandelbare oorzaak. De

2005 behandeling moet gewenst zijn door de patiënt en zinvol geacht worden in het licht van de algehele

2006 toestand en levensverwachting van de patiënt.

2007 Daarbij kan gedacht worden aan:

- 2008 • behandeling van symptomen (m.n. pijn, dyspneu, vermoeidheid en slaapstoornissen), die niet
2009 onder controle zijn en van invloed zijn op de stemming;
- 2010 • regelmatige medicatiebeoordeling en zo mogelijk staken van medicatie (bijv. corticosteroïden,
2011 opioïden) en/of ziektegerichte behandeling (bijv. antihormonale therapie) die van invloed zijn op
2012 de stemming;
- 2013 • behandeling van onttrekkingsverschijnselen (nicotine, alcohol, drugs);
- 2014 • behandeling van onderliggende endocriene stoornissen, m.n. hyper-/hypothyreoïdie en hyper-/
2015 hypocortisolisme;

- 2016 • correctie van elektrolytstoornissen, m.n. hypercalciëmie en hyponatriëmie;
2017 • correctie van vitaminedeficiënties (bijv. vitamine B12, B1 en B6);
2018 • behandeling van anemie.
2019 Met deze behandelingen kan (met uitzondering van het staken van medicatie) depressie mogelijk ook
2020 voorkomen worden.
2021

2022 Referenties

- 2023 1. Andersen BL, DeRubeis RJ, Berman BS, Gruman J, Champion VL, Massie MJ, Holland JC,
2024 Partridge AH, Bak K, Somerfield MR, Rowland JH; American Society of Clinical Oncology.
2025 Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an
2026 American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *J Clin Oncol*. 2014 May
2027 20;32(15):1605-19.
2028 2. Block SD. Assessing and managing depression in the terminally ill patient. ACP-ASIM End-of-Life
2029 Care Consensus Panel. *American College of Physicians - American Society of Internal Medicine*.
2030 *Ann Intern Med*. 2000 Feb 1;132(3):209-18.
2031 3. Breitbart W, Dickerman AL. Assessment and management of depression in palliative care.
2032 UpToDate, 2020.
2033 4. Butow P, Price MA, Shaw JM, Turner J, Clayton JM, Grimison P, Rankin N, Kirsten L. Clinical
2034 pathway for the screening, assessment and management of anxiety and depression in adult
2035 cancer patients: Australian guidelines. *Psychooncology*. 2015 Sep;24(9):987-1001.
2036 5. Li M, Kennedy EB, Byrne N, Gérin-Lajoie C, Katz MR, Keshavarz H, Sellick S, Green E.
2037 Management of Depression in Patients With Cancer: A Clinical Practice Guideline. *J Oncol Pract*.
2038 2016 Aug;12(8):747-56.
2039 6. NICE. Nice guideline. Depression in adults with a chronic physical health problem, 2020.
2040 7. Pitman A, Suleman S, Hyde N, Hodgkiss A. Depression and anxiety in patients with cancer. *BMJ*.
2041 2018 Apr 25;361:k1415.
2042 8. Rayner L, Price A, Hotopf M, Higginson IJ. The development of evidence-based European
2043 guidelines on the management of depression in palliative cancer care. *Eur J Cancer*. 2011
2044 Mar;47(5):702-12.
2045 9. Rosenblat JD, Kurdyak P, Cosci F, Berk M, Maes M, Brunoni AR, Li M, Rodin G, McIntyre RS,
2046 Carvalho AF. Depression in the medically ill. *Aust N Z J Psychiatry*. 2020 Apr;54(4):346-366.
2047 10. Stiefel F, Die Trill M, Berney A, Olarte JM, Razavi A. Depression in palliative care: a pragmatic
2048 report from the Expert Working Group of the European Association for Palliative Care. *Support*
2049 *Care Cancer*. 2001 Oct;9(7):477-88.

2050 **5. Psychosociale interventies voor patiënten met depressie in de palliatieve**
2051 **fase**

2052
2053 **Uitgangsvraag**

2054 Welke psychosociale interventies kunnen worden ingezet bij depressie bij patiënten in de palliatieve
2055 fase?

2056
2057 Methode: evidence-based

2058
2059 **Aanbevelingen**

- 2060 • Kies bij depressie altijd voor een psychosociale interventie. Dit kan zijn ondersteunende
2061 gesprekken, zingevingsgesprekken, een vorm van psychotherapie of een andere vorm van
2062 therapie (bijv. muziektherapie).
2063 • Overweeg een combinatie van een psychosociale interventie met medicamenteuze behandeling
2064 bij een depressieve stoornis of bij matige tot ernstige depressieve klachten, zeker indien er een
2065 levensverwachting <3 maanden is.
2066 • Gebruik het matched-care principe, waarbij de behoefte van de patiënt leidend is voor de keuze
2067 van de psychosociale interventie.
2068 • Begin bij depressieve klachten met ondersteunende gesprekken door arts en/of verpleegkundige,
2069 of eventueel een POH-GGZ.
2070 • Verwijs naar een geestelijk verzorger indien existentiële problematiek op de voorgrond staat.
2071 • Overweeg verwijzing voor psychotherapie en/of muziektherapie:
2072 ○ Als de patiënt daar behoefte aan heeft;
2073 ○ Bij een aanpassingsstoornis met depressieve stemming of een depressieve stoornis;
2074 ○ Als ondersteunende gesprekken onvoldoende effect hebben.
2075 Er kan gekozen worden voor psychotherapie (cognitieve (gedrags)therapie, dignity therapy, life
2076 review therapie, CALM, ACT, mindfulness) of muziektherapie. Er is geen verschil in effect
2077 aangetoond tussen de verschillende interventies.
2078 Bepaal de therapiekeuze op basis van de persoonlijke voorkeur van de patiënt, aard van de
2079 problematiek, beschikbaarheid van de therapie en verwachte levensduur.
2080 • Verwijs voor de genoemde therapieën naar een geregistreerde zorgprofessional met specifieke
2081 training in de betreffende therapie. Denk hierbij aan psychologen, psychiaters, maatschappelijk
2082 werkenden en verpleegkundig specialisten of (voor muziektherapie) een vaktherapeut.
2083 • Raadpleeg voor een verwijzing de [verwijsgids kanker](#), het [NVPO-deskundigenbestand](#) of de
2084 [Palliatieve Zorgzoeker](#).

2085
2086 **Inleiding**

2087 In deze module wordt de evidentie beschreven voor het breed palet van psychosociale interventies,
2088 die ingezet kunnen worden voor de behandeling van depressie bij patiënten in de palliatieve fase. We
2089 maken hierbij onderscheid tussen ondersteunende gesprekken en intensievere behandeling/
2090 psychotherapie. Ondersteunende gesprekken zijn vooral gericht op emotionele en praktische
2091 begeleiding bij depressieve klachten. Psychotherapie is vooral gericht op behandeling van ernstige
2092 depressieve klachten en depressieve stoornissen (Kwaliteitsstandaard psychosociale zorg bij
2093 somatische aandoeningen).

2094
2095 **Literatuurbespreking**

2096
2097 **Onderzoeksvraag**

2098 Om de uitgangsvraag van deze module te kunnen beantwoorden, is een systematisch
2099 literatuuronderzoek uitgevoerd. De onderzoeksvraag die hiervoor is opgesteld is PICO-gestructureerd
2100 en luidt:

2101
2102 Wat is het effect van niet-medicamenteuze behandeling op depressie bij patiënten in de palliatieve
2103 fase?

2104

2105

PICO

P	Patiënten met depressie in de palliatieve fase
I	Niet-medicamenteuze behandeling
C	Gebruikelijke begeleiding / standaard zorg / andere niet-medicamenteuze of medicamenteuze interventies
O	Depressieve symptomen Depressie Kwaliteit van leven
S	Hospice / End of life care / thuis/ ziekenhuis

2106

2107

Selectie van studies

2108

2109

2110

2111

2112

2113

2114

Op 11 maart 2021 is er gezocht in Pubmed, Embase, Cinahl, PsycInfo en de Cochrane database voor systematische reviews. In [bijlage 8 - 5.1](#) zijn de search strings opgenomen. De search leverde na ontdebelen 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 8-5.4](#) is een lijst met exclusieredenen bijgevoegd.

2115

2116

2117

2118

2119

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.

2120

2121

2122

2123

2124

2125

2126

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.

2127

2128

2129

2130

2131

2132

2133

2134

2135

2136

2137

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.

2138

2139

2140

2141

2142

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.

2143

Resultaten

2144

Cognitieve gedragstherapie

2145

2146

2147

2148

2149

2150

2151

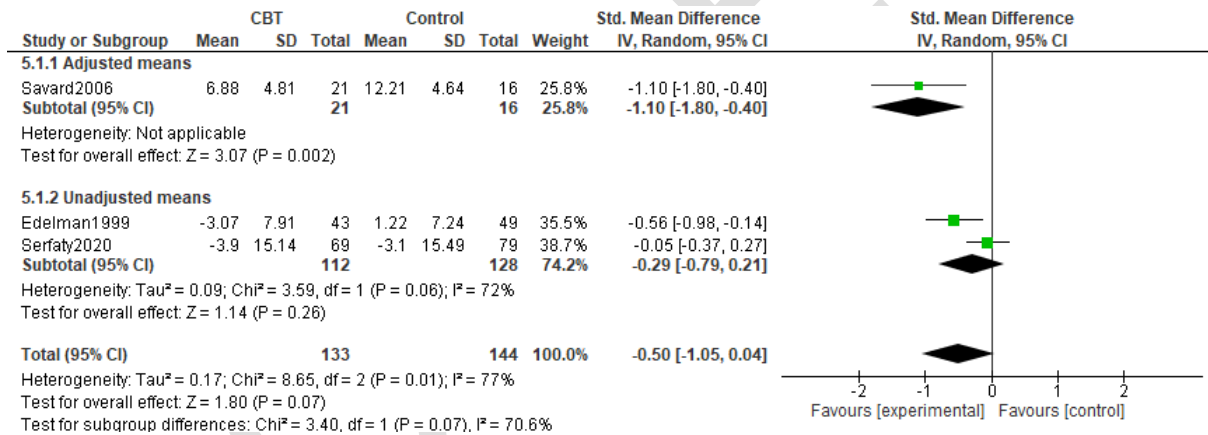
In de review van Okuyama [2017] werden onder andere de trials van Savard [2006] en Edelman [2000] opgenomen. Deze trials beoordeelden het effect van cognitieve gedragstherapie op depressieve klachten bij patiënten met vergevorderde kanker. In de aanvullende search werden daarnaast de trial Serfaty [2020] 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 RCT's op dezelfde wijze geëxtraheerd.

	Populatie	Behandeling	Controle	Meetinstrument	Tijd na baseline
Savard 2006	Uitgebreide kanker en score >7 op HADS-D	CGT	Wachlijst-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

2152
2153
2154
2155
2156
2157
2158
2159
2160
2161
2162

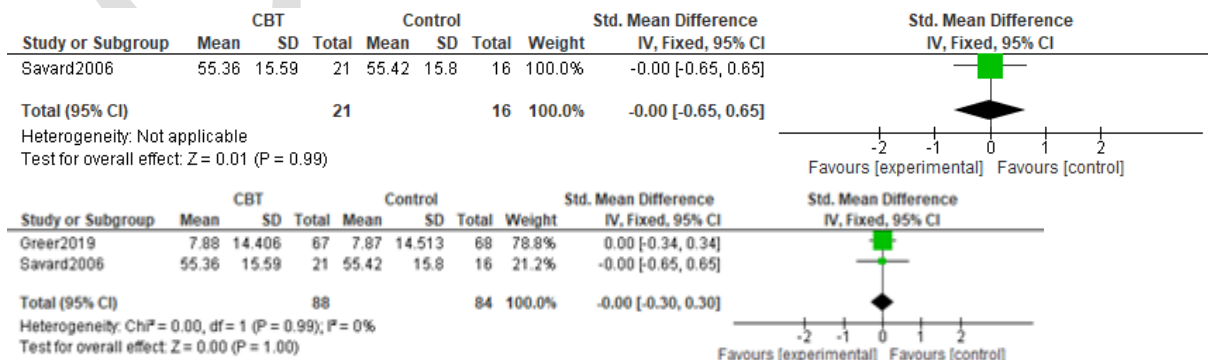
Voor zowel depressie als voor kwaliteit van leven weerspiegelt een negatieve SMD een vooruitgang voor de groep die de interventie kreeg. De analyse van het effect van cognitieve gedragstherapie op depressie resulteerde in een SMD van -1,10 (95%BI: -1,80; 0,40) voor de analyse op de adjusted means. Analyse 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. Uit deze meta-analyse kwam een SMD van 0,00 (95%BI: -0,65; 0,65).

Effect van cognitieve gedragstherapie op depressie



2163
2164
2165
2166
2167
2168

Effect van cognitieve gedragstherapie op kwaliteit van leven



2169

2170
2171

Tabel 1. Meta-analyse en GRADE cognitieve gedragstherapie versus controlegroepen

Uitkomsten	Absolute effecten* (95% CI)		Relatief effect (95% CI)	Aantal deelnemers (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)	Opmerkingen
	Risico met controle	Risico met CGT				
Depressie score	-	SMD 1,10 lager (1,80 lager tot 0,40 - lager)	-	37 (1)	LAAG ^a	Cognitieve gedragstherapie lijkt te resulteren in een grote vermindering van depressie bij patiënten in de palliatieve fase.
Kwaliteit van leven	-	SMD 0,00 (0,65 lager tot 0,65 hoger)	-	37 (1)	LAAG ^a	Cognitieve gedragstherapie lijkt niet te resulteren in een verschil in kwaliteit van leven bij patiënten in de palliatieve fase

a. onnauwkeurigheid (2x)

CI: confidence interval

Risico met controle: Aantal controlepatiënten met een event, als deel van het totaal aantal patiënten.

Weergegeven per 1.000.

SMD: standardized mean difference

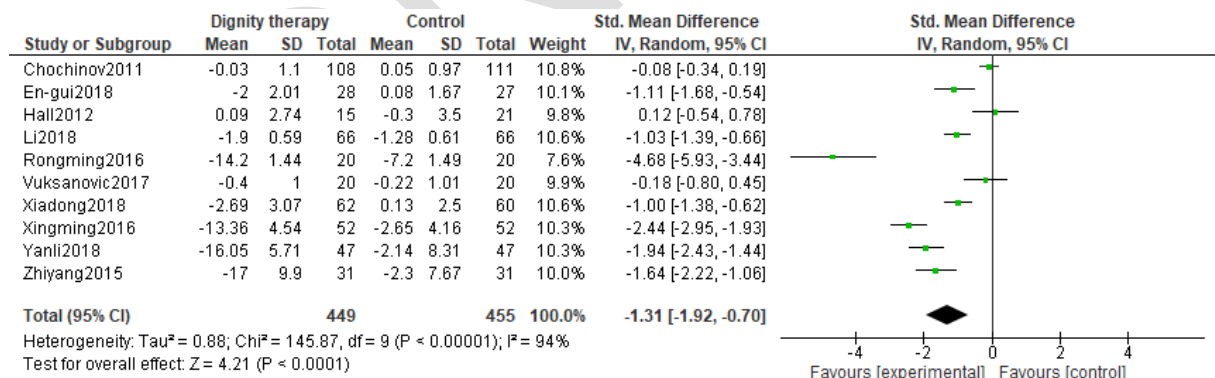
Risico met controle: achtergrondrisico (Kans (of risico) op de bestudeerde uitkomst in de referentiegroep)

2172
2173
2174
2175
2176
2177
2178
2179
2180
2181
2182
2183

Dignity therapy

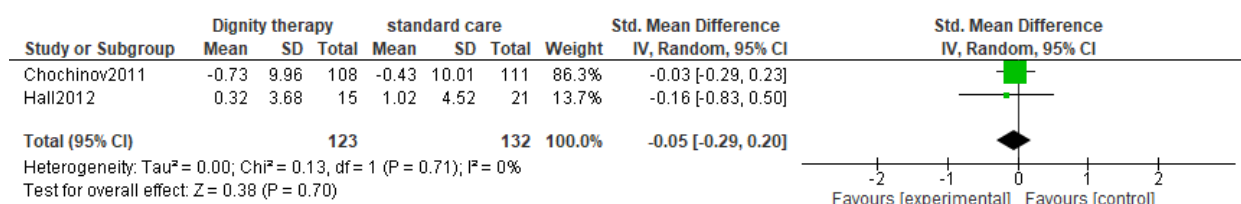
Li [2020] includeerde in de kwantitatieve analyse van depressie 10 RCTs met in totaal 904 deelnemers met een gevorderde vorm van kanker. Alle studies vergeleken dignity therapy met een vorm van standaardzorg. Voor zowel depressie als voor kwaliteit van leven weerspiegelt een negatieve SMD een vooruitgang 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).

Effect van dignity therapy op depressie



2184
2185
2186
2187

Effect van dignity therapy op kwaliteit van leven



2188
2189

Tabel 2. meta-analyse en GRADE dignity therapy versus controlegroepen

Uitkomsten	Absolute effecten* (95% CI)		Relatief effect (95% CI)	Aantal deelnemers (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)	Opmerkingen
	Risico met controle	Risico met Dignity therapy				
Depressie score	-	SMD 1.31 lager (1.92 lager tot 0.70 lager)	-	904 (10 studies)	⊕⊕OO LAAG a,b	Dignity therapy lijkt depressie bij patiënten in de palliatieve fase te verminderen.
Kwaliteit van leven	-	SMD 0.05 lager (0.29 lager tot 0.20 hoger)	-	255 (2)	⊕⊕⊕O REDELIJK a	Dignity therapy resulteert waarschijnlijk niet of nauwelijks in een verbetering van kwaliteit van leven bij patiënten in de palliatieve fase.

GRADE (door Li2020)

a. Risico op vertekening

b. heterogeniteit

CI: confidence interval

Risico met controle: Aantal controlepatiënten met een event, als deel van het totaal aantal patiënten.

Weergegeven per 1.000.

SMD: standardized mean difference

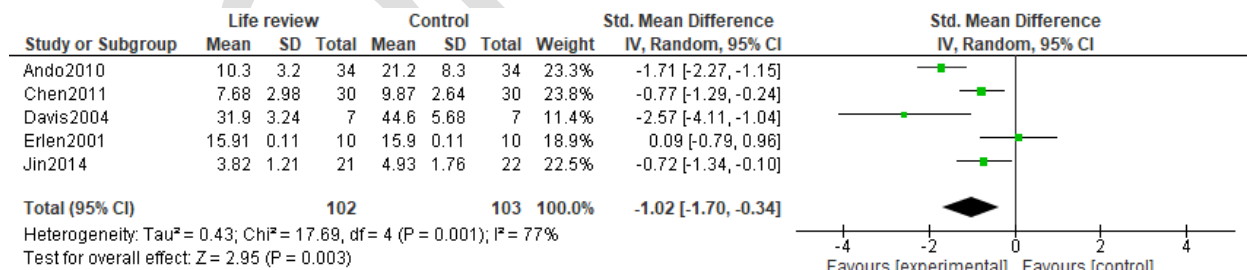
Risico met controle: achtergrondrisico (Kans (of risico) op de bestudeerde uitkomst in de referentiegroep)

2190
2191
2192
2193
2194
2195
2196
2197
2198
2199

Life review

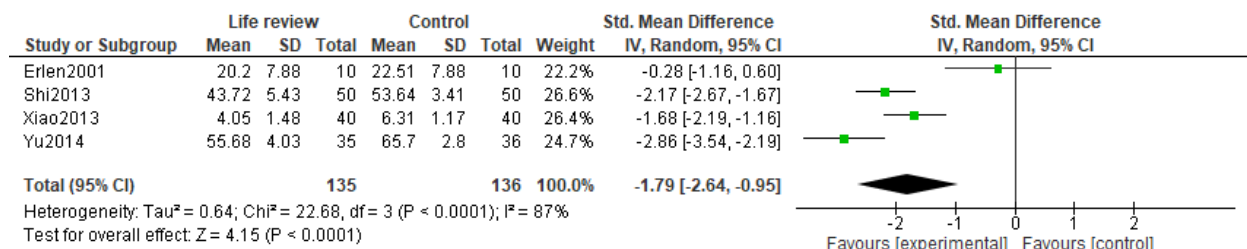
In de review van Chen [2017] werden vijf verschillende RCTs (205 deelnemers) gevonden die de effecten van Life review op depressie weergaven. Voor zowel depressie als voor kwaliteit van leven weerspiegelt een negatieve SMD een vooruitgang voor de groep die de interventie kreeg. De SMD voor depressie 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).

Effect van life review op depressie



2200
2201
2202
2203

Effect van life review op kwaliteit van leven



2204

Tabel 3. Meta-analyse en GRADE life review versus controlegroepen

Uitkomsten	Absolute effecten* (95% CI)		Relatief effect (95% CI)	Aantal deelnemers (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)	Opmerkingen
	Risico met controle	Risico met Life review				
Depressie score	-	SMD 1,02 lager (1,70 lager tot 0,34 lager)	-	205 (5)	⊕000 ZEER LAAG a,b,c	Life review lijkt depressie bij patiënten in de palliatieve fase te verminderen, maar de evidence is zeer onzeker
Kwaliteit van leven	-	SMD 1,79 lager (2,64 lager tot 0,95 - lager)	-	271 (4)	⊕000 ZEER LAAG a,b,c	Life review lijkt kwaliteit van leven bij patiënten in de palliatieve fase te verbeteren, maar de evidence is zeer onzeker

a. Risico op vertekening

b. Onnauwkeurigheid

c. heterogeniteit

CI: confidence interval

Risico met controle: Aantal controlepatiënten met een event, als deel van het totaal aantal patiënten.

Weergegeven per 1.000.

SMD: standardized mean difference

Risico met controle: achtergrondrisico (Kans (of risico) op de bestudeerde uitkomst in de referentiegroep)

2206

2207

Meaning centered therapie

2208

In totaal konden zes trials bijdragen aan een meta-analyse voor het effect

2209

van meaning centered therapie op depressie bij patiënten in de palliatieve fase. De trial van Henry

2210

[2010] bevat patiënten met gevorderde eierstokkanker. De trials van Fraguell-Hernando [2020] en

2211

van Breitbart [2010, 2012, 2015, 2018] includeerden patiënten met een gevorderde vorm van kanker.

2212

De waarden die gemeten zijn na afloop van de behandeling voor zowel de interventie- als de

2213

controlegroep zijn samengevoegd in een meta-analyse. In sommige vragenlijsten staat een hogere

2214

score voor een betere uitkomst. Bij scorelijsten voor kwaliteit van leven is dit vaak het geval. In de

2215

meta-analyse zijn deze scores vermenigvuldigd met -1 om ervoor te zorgen dat de effectgrootte aan

2216

de juiste kant van de 0-lijn staat.

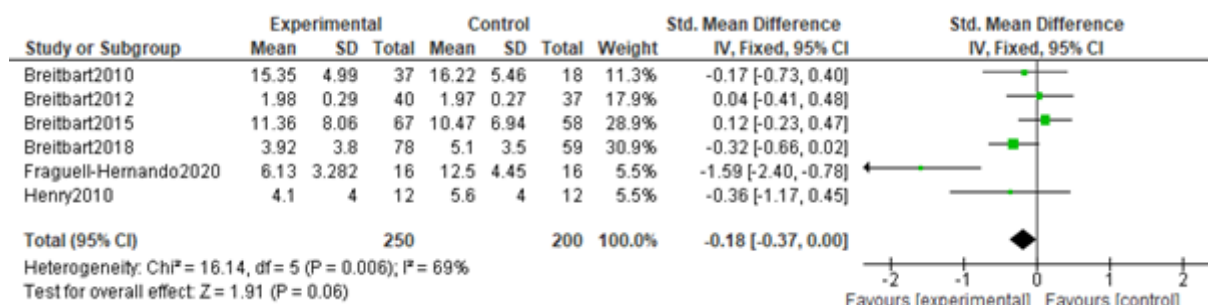
2217

	Populatie	Behandeling	Controle	Meetinstrument depressie	Meetinstrument QoL	Tijd na baseline
Breitbart 2010	Patiënten met stadia 3-4 kanker	Meaning Centered group psychotherapy	Supportive group psychotherapy	HADS-D	-	8 weken
Breitbart 2012	Patiënten met stadia 3-4 kanker	Individual Meaning Centered Psychotherapy	Therapeutic massage	HADS-D	MQOL	7 weken
Breitbart 2015	Patiënten met gevorderde kanker	Meaning Centered group psychotherapy	Supportive group psychotherapy	BDI	MQOL	8 weken
Breitbart 2018	Patiënten met gevorderde kanker	Individual Meaning Centered Psychotherapy	Enhanced usual care	HADS-D	MQOL	Tot 14 weken
Fraguell-Hernando 2020	Patiënten met gevorderde kanker	Individual Meaning-Centered Psychotherapy	counselling-based psychotherapy	HADS-D	-	4 weken
Henry 2010	Eierstokkanker stadia 3-4	Meaning making intervention	Standaardzorg (wachtlíjst)	HADS-D	MQOL	1 maand

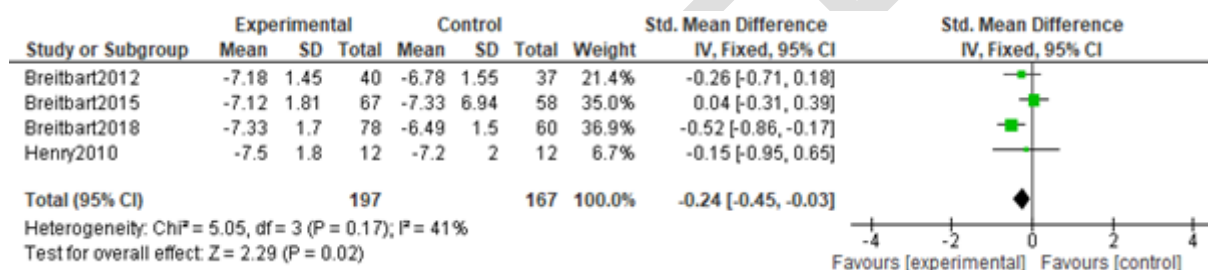
2218

2219 Voor zowel depressie als voor kwaliteit van leven weerspiegelt een negatieve SMD een vooruitgang
 2220 voor de groep die de interventie kreeg. De analyse van het effect van meaning centered therapie op
 2221 depressie resulteerde in een SMD van -0,18 (95% BI= -0,37; 0). Vier RCTs onderzochten het effect
 2222 van Meaning-centered psychotherapie op kwaliteit van leven.
 2223 Uit deze meta-analyse kwam een SMD van -0,24 (95% BI= -0,45; -0,03).

2224
 2225 Effect van meaning centered therapie op depressie
 2226



2227
 2228 Effect van meaning centered therapie op kwaliteit van leven
 2229
 2230



2231
 2232

Tabel 4. Meta-analyse en GRADE Meaning centered therapie versus controlegroepen

Uitkomsten	Absolute effecten* (95% CI)		Relatief effect (95% CI)	Aantal deelnemers (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)	Opmerkingen
	Risico met controle	Risico met Meaning-centered				
Depressie score		SMD 0,18 lager (0,37 lager tot 0,00 lager)		450 (6 studies)	ZEER LAAG a,b,c	Meaning centered therapie lijkt niet of nauwelijks te resulteren in een vermindering van depressie bij patiënten in de palliatieve fase, maar de evidence is zeer onzeker
Kwaliteit van leven		SMD 0,24 lager (0,45 lager tot 0,03 lager)		364 (4 studies)	LAAG a,c	Meaning centered therapie lijkt te resulteren in een kleine verbetering van kwaliteit van leven bij patiënten in de palliatieve fase

- a. Risico op vertekening
- b. heterogeniteit
- c. Onnauwkeurigheid

CI: confidence interval

Risico met controle: Aantal controlepatiënten met een event, als deel van het totaal aantal patiënten.

Weergegeven per 1.000.

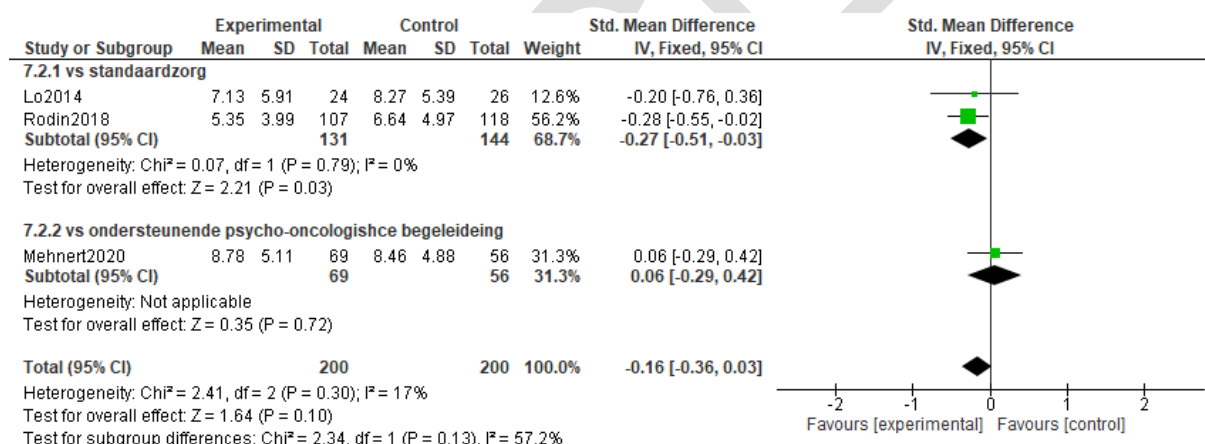
SMD: standardized mean difference

Risico met controle: achtergrondrisico (Kans (of risico) op de bestudeerde uitkomst in de referentiegroep)

2233 CALM
 2234 In drie trials werd het effect van Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM)
 2235 geanalyseerd. Mehnert [2020], Rodin [2017] en Lo [2014] onderzochten dit bij patiënten met
 2236 gevorderde kanker. Lo [2014] en Rodin [2018] vergeleken CALM met standaardzorg, Mehnert [2020]
 2237 met supportieve psycho-oncological counseling. De uitkomsten voor depressie van deelnemers in
 2238 beide armen aan het eind van de interventie zijn in een meta-analyse samengevoegd. Dit resulteerde
 2239 voor de drie studies samen in een SMD van -0,16 (95%BI: -0,36; 0,03). Wanneer alleen de studies
 2240 van Lo en Rodin werden gecombineerd, werd een SMD van -0,27 (95%BI -0,51; -0,03 gevonden. De
 2241 uitkomsten voor totale kwaliteit van leven werden enkel in de paper van Mehnert getoond. Hieruit
 2242 kwam een SMD van -0,34 (95%BI: -0,70; 0,02).
 2243

	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

2244
 2245 Effect van CALM op depressie
 2246 Vc
 2247



2248
 2249
 2250

Tabel 5. Meta-analyse en GRADE CALM versus controlegroepen

Uitkomsten	Absolute effecten* (95% CI)		Relatief effect (95% CI)	Aantal deelnemers (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)	Opmerkingen
	Risico met controle	Risico met CALM				
Depressie score	-	SMD 0,27 lager (0,51 lager tot 0,03 lager)	-	275 (2)	LAAGa,b	CALM lijkt te resulteren in een kleine vermindering van depressie bij patiënten in de palliatieve fase.
Depressie score	-	SMD 0,06 hoger (0,29 lager tot 0,42 hoger)	-	125 (1)	LAAGc	CALM lijkt in vergelijking met ondersteunende psycho-oncologische begeleiding (bestaande zorg) niet of nauwelijks te resulteren in een vermindering van

					depressie bij patiënten in de palliatieve fase
Kwaliteit van leven	SMD 0,34 lager (0,70 lager tot 0,02 hoger)	125 (1)	LAAGc		CALM lijkt in vergelijking met ondersteunende psychologischse begeleiding (bestaande zorg) te resulteren in een kleine verbetering van kwaliteit van leven bij patiënten in de palliatieve fase.

- a. Risico op vertekening
- b. Onnauwkeurigheid
- c. Onnauwkeurigheid (2)

CI: confidence interval

Risico met controle: Aantal controlepatiënten met een event, als deel van het totaal aantal patiënten.

Weergegeven per 1.000.

SMD: standardized mean difference

Risico met controle: achtergrondrisico (Kans (of risico) op de bestudeerde uitkomst in de referentiegroep)

2251

2252

Muziektherapie

2253

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: -0,41; -0,82). Voor beide uitkomsten gold dat muziektherapie beter presteerde dan standaard palliatieve zorg.

2254

2255

2256

2257

2258

2259

2260

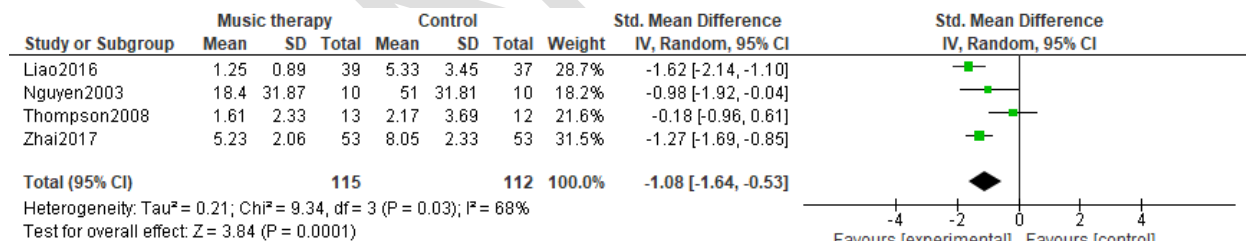
2261

2262

2263

Effect van muziektherapie op depressie

2264



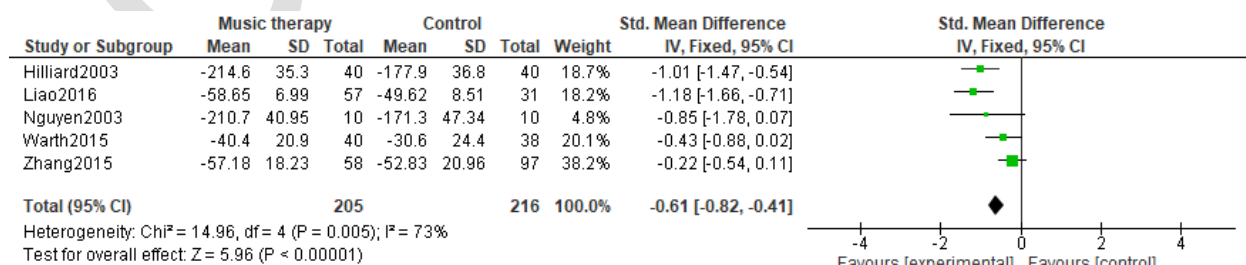
2265

2266

2267

Effect van muziektherapie op kwaliteit van leven

2268



2269

2270

Tabel 6. Meta-analyse en GRADE muziektherapie versus controlegroepen

Uitkomsten	Absolute effecten* (95% CI)		Relatief effect (95% CI)	Aantal deelnemers (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)	Opmerkingen
	Risico met controle	Risico met muziektherapie				
Depressie score	-	SMD 1,08 lager (1,64 lager tot 0,53 lager)	-	227 (4)	⊕000 ZEER LAAG a,b	Muziektherapie lijkt depressie te verminderen bij patiënten in de palliatieve fase, maar de evidence is zeer onzeker
Kwaliteit van leven	-	SMD 0,61 lager (0,82 lager tot 0,41 lager)	-	421 (5)	⊕⊕00 LAAG a,c	Muziektherapie lijkt kwaliteit van leven bij patiënten in de palliatieve fase te verbeteren

a. Risico op vertekening (2x)

b. Onnauwkeurigheid

c. Risico op vertekening

CI: confidence interval

Risico met controle: Aantal controlepatiënten met een event, als deel van het totaal aantal patiënten.

Weergegeven per 1.000.

SMD: standardized mean difference

Risico met controle: achtergrondrisico (Kans (of risico) op de bestudeerde uitkomst in de referentiegroep)

2271
2272
2273
2274
2275
2276
2277
2278
2279
2280
2281
2282
2283
2284

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

⊕⊕00 LAAG	Cognitieve gedragstherapie lijkt te resulteren in een grote vermindering van depressie bij patiënten in de palliatieve fase. <i>Savard 2006</i>
--------------	--

2285

⊕⊕00 LAAG	Cognitieve gedragstherapie lijkt niet te resulteren in een verschil in kwaliteit van leven bij patiënten in de palliatieve fase. <i>Savard 2006</i>
--------------	--

2286

⊕⊕00 LAAG	Dignity therapy lijkt depressie bij patiënten in de palliatieve fase te verminderen. <i>Li 2020</i>
--------------	--

2287

⊕⊕⊕0 REDELIJK	Dignity therapy resulteert waarschijnlijk niet of nauwelijks in een verbetering van kwaliteit van leven bij patiënten in de palliatieve fase. <i>Li 2020</i>
------------------	---

2288

⊕000	Life review lijkt depressie bij patiënten in de palliatieve fase te verminderen, maar de evidence is zeer onzeker.
------	--

2289	ZEER LAAG	<i>Chen 2016</i>
	⊕000 ZEER LAAG	Life review lijkt kwaliteit van leven bij patiënten in de palliatieve fase te verbeteren, maar de evidence is zeer onzeker. <i>Chen 2016</i>
2290	⊕000 ZEER LAAG	Meaning centered therapie lijkt niet of nauwelijks te resulteren in een vermindering van depressie bij patiënten in de palliatieve fase, maar de evidence is zeer onzeker. <i>Breitbart 2010, 2012, 2015 en 2018, Fraguell-Hernando 2020, Henry 2010</i>
2291	⊕⊕00 LAAG	Meaning centered therapie lijkt te resulteren in een kleine verbetering van kwaliteit van leven bij patiënten in de palliatieve fase. <i>Breitbart 2012, 2015 en 2018, Henry 2010</i>
2292	⊕⊕00 LAAG	CALM lijkt bij vergelijking met standaardzorg te resulteren in een kleine vermindering van depressie bij patiënten in de palliatieve fase. <i>Lo 2014, Rodin2018</i>
2293	⊕⊕00 LAAG	CALM lijkt in vergelijking met ondersteunende psycho-oncologische begeleiding (bestaande zorg) niet of nauwelijks te resulteren in een vermindering van depressie bij patiënten in de palliatieve fase <i>Mehnert 2020</i>
2294	⊕⊕00 LAAG	CALM lijkt in vergelijking met ondersteunende psycho-oncologische begeleiding (bestaande zorg) te resulteren in een kleine verbetering van kwaliteit van leven bij patiënten in de palliatieve fase <i>Mehnert 2020</i>
2295	⊕000 ZEER LAAG	Muziektherapie lijkt depressie te verminderen bij patiënten in de palliatieve fase, maar de evidence is zeer onzeker. <i>Gao 2019</i>
2296	⊕⊕00 LAAG	Muziektherapie lijkt kwaliteit van leven bij patiënten in de palliatieve fase te verbeteren <i>Gao 2019</i>

2297

2298 **Overwegingen**

2299 De werkgroep is van mening dat bij depressie in de palliatieve fase altijd gekozen moet worden voor
2300 een psychosociale interventie. Deze kan bestaan uit ondersteunende gesprekken,

2301 zingevingsgesprekken, psychotherapie of andere vormen van therapie, zoals bijv. muziektherapie.

2302 Bij depressieve klachten bestaat de psychosociale begeleiding primair uit ondersteunende
2303 gesprekken.

2304 Indien existentiële problematiek op de voorgrond staat, kan verwezen worden naar een geestelijk
2305 verzorger.

2306 Bij een depressieve stoornis of bij matige/ernstige depressieve symptomen, zeker indien de

2307 levensverwachting minder dan 3 maanden is, heeft een combinatie van een psychosociale interventie

2308 met medicamenteuze behandeling de voorkeur.

2309 De voorkeur van de patiënt weegt ook mee in het kiezen tussen ondersteunende gesprekken of
2310 psychotherapie. Indien gewenst en geïndiceerd is psychotherapie ook een optie bij depressieve
2311 klachten.

2312 Hieronder volgen handvatten voor de keuze van de psychosociale interventies.

2313

2314 De werkgroep adviseert het principe van matched care voor psychosociale zorg bij depressie in de
2315 palliatieve fase. In de palliatieve fase is er sprake van beperkte tijd en energie, waardoor de voorkeur
2316 ligt bij het meteen op het juiste niveau de zorg insteken. Idealiter wordt een passende behandeling
2317 gezocht op basis van klinische karakteristieken, maar hiervoor ontbreekt de wetenschappelijke
2318 evidentie tot nu toe op dit gebied.

2319 Voor de huidige toepassing van matched care wordt ingeschat waar de patiënt behoefte aan heeft
2320 door regelmatig na te gaan hoe het met de patiënt en familie gaat en aan welke vorm van
2321 ondersteuning of behandeling zij behoefte hebben. De behoefte aan ondersteuning en behandeling is
2322 persoonlijk en niet direct afhankelijk van de ernst van de klachten, waardoor aanbod op maat
2323 noodzakelijk is. Multidisciplinaire overleg is een belangrijk hulpmiddel hierbij.

2324

2325 *Ondersteunende gesprekken*

2326 De basis van de behandeling van depressie in de palliatieve fase zijn - zeker als er sprake is van
2327 depressieve klachten zonder aanpassingsstoornis of depressieve stoornis - ondersteunende
2328 gesprekken. Deze worden meestal gevoerd door een arts en/of verpleegkundig, afhankelijk van de
2329 setting waar de patiënt verblijft (thuis, ziekenhuis, verpleeghuis, hospice). Eventueel kan de POH
2330 GGZ, betrokken worden voor ondersteunende gesprekken.

2331

2332 De behoefte van de patiënt en de aard en ernst van de klachten zijn doorslaggevend om te bepalen
2333 voor welke psychosociale interventie gekozen wordt. De effectiviteit van de behandeling of
2334 begeleiding hangt mogelijk ook samen met de voorkeur van de patiënt. Reacties op verlies van
2335 gezondheid, verlies van de sociale positie en het naderende levenseinde zijn persoonlijk en
2336 cultuurgebonden. Dit speelt ook een rol bij de wijze waarop depressie zich bij een patiënt ontwikkelt
2337 en tot uiting komt. Daarom raadt de werkgroep – in overeenstemming met het matched-care principe
2338 – aan om de keuze voor het type ondersteuning af te stemmen op de persoonlijke voorkeur van de
2339 patiënt.

2340

2341 *Intensievere behandeling/psychotherapie*

2342 De patiënt kan verwezen worden voor verschillende vormen van psychotherapie indien:

- 2343 • de patiënt een voorkeur heeft voor intensievere behandeling;
- 2344 • ingeschat wordt dat ondersteunende gesprekken niet afdoende zullen zijn, bijvoorbeeld doordat er
2345 een depressieve stoornis of een aanpassingsstoornis met depressieve stemming speelt; of
- 2346 • ondersteunende gesprekken onvoldoende effect hebben op de klachten.

2347

2348 Verschillende vormen van psychotherapie voor een depressieve stoornis bij somatische comorbiditeit
2349 zijn effectief, waarbij er nog geen indicatoren op individueel niveau kunnen worden gegeven m.b.t.
2350 welke therapie voor wie het beste werkt [Miguel 2021]. Dit geldt ook voor de meer specifieke
2351 behandelingen voor depressie in de palliatieve fase van een somatische ziekte. Het
2352 literatuuronderzoek in deze richtlijn wijst er in het algemeen op dat cognitieve gedragstherapie (CGT),
2353 dignity therapy, life review therapie, managing cancer living meaningfully (CALM) en muziektherapie
2354 enig effect hebben op depressie in de palliatieve fase. Deze effecten variëren van klein tot groot, maar
2355 het bewijs is (zeer) onzeker. Voor het verbeteren van kwaliteit van leven lijken life review, meaning
2356 centered psychotherapie (MCP), CALM en muziektherapie enig effect te hebben. Deze effecten
2357 variëren ook van klein tot groot en het bewijs is onzeker.

2358

2359 Acceptance and commitment therapie (ACT) en Mindfulness based cognitive therapie (MBCT) of
2360 Mindfulness based stress reduction (MBSR) zijn niet in eerdergenoemde literatuurbespreking
2361 opgenomen omdat er nog geen meta-analyses beschikbaar zijn van deze psychotherapieën bij
2362 depressie in de palliatieve fase. Echter, in de Nederlandse klinische praktijk worden deze twee
2363 psychotherapievarianten veel gebruikt. Enkele systematische reviews wijzen op mogelijke effectiviteit
2364 van deze behandelingen voor depressie in de palliatieve fase [Li 2021, Matis 2020].

2365
2366
2367
2368
2369
2370
2371
2372
2373
2374
2375
2376
2377
2378
2379
2380
2381
2382
2383
2384
2385
2386
2387
2388
2389
2390
2391
2392
2393
2394
2395
2396
2397
2398
2399
2400
2401
2402
2403
2404
2405
2406
2407
2408
2409
2410
2411
2412
2413
2414
2415

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 werkenden en verpleegkundig specialisten of een vaktherapeut voor muziektherapie.

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 1^e 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. Dignity therapy volgens het onderzochte protocol [Chochinov 2011] wordt in het [Ingeborg Douwes Centrum](#) in Amsterdam aangeboden.

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, 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 geeft een korte verduidelijking van de eerder besproken vormen van behandeling.

Psychotherapie	Doel	Duur
Cognitieve gedragstherapie	Het verminderen of veranderen van overmatig negatieve interpretaties van situaties, ideeën en ervaringen door het	Persoonsafhankelijk, vaak kortdurende vorm van therapie

	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	
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. <i>* Nog onvoldoende beschikbaar in Nederland</i>
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
Managing cancer and living meaningfully (CALM)	Het verbeteren van de omgang met klachten, relaties, zingeving en zorgen.	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
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

2416
2417
2418
2419
2420

Referenties

1. Akechi, T., Okuyama, T., Onishi, J., Morita, T., & Furukawa, T. A. (2018). Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(11).

- 2421 2. Bajwah, S., Oluyase, A. O., Yi, D., Gao, W., Evans, C. J., Grande, G., Todd, C., et al. (2020). The
2422 effectiveness and cost-effectiveness of hospital-based specialist palliative care for adults with
2423 advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(9).
2424 3. Breitbart, W, Pessin, H., Rosenfeld, B., Applebaum, A. J., Lichtenthal, W. G., Li, Y., Saracino, R.
2425 M., et al. (2018). Individual meaning-centered psychotherapy for the treatment of psychological
2426 and existential distress: A randomized controlled trial in patients with advanced cancer. *Cancer*,
2427 124(15), 3231–3239. Retrieved from <http://1.198.16.19>
2428 4. Breitbart, W, Poppito, S., Rosenfeld, B., Vickers, A. J., Li, Y., Abbey, J., Olden, M., et al. (2012).
2429 Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with
2430 advanced cancer. *J Clin Oncol*, 30(12), 1304–1309. Retrieved from <http://1.85.88.26>
2431 5. Breitbart, William, Rosenfeld, B., Gibson, C., Pessin, H., Poppito, S., Nelson, C., Tomarken, A., et
2432 al. (2010). Advanced Cancer: a Pilot Randomized Controlled Trial. *Psycho-Oncology*, 19(1), 21–
2433 28.
2434 6. Breitbart, William, Rosenfeld, B., Pessin, H., Applebaum, A., Kulikowski, J., & Lichtenthal, W. G.
2435 (2015). Meaning-centered group psychotherapy: An effective intervention for improving
2436 psychological well-being in patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 33(7),
2437 749–754.
2438 7. Chen Y, Xiao H, Yang Y, Lan X. The effects of life review on psycho-spiritual well-being among
2439 patients with life-threatening illness: a systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs*. 2017
2440 Jul;73(7):1539-1554. doi: 10.1111/jan.13208. Epub 2016 Dec 14. PMID: 27864991.
2441 8. Chochinov HM, Kristjanson LJ, Breitbart W, McClement S, Hack TF, Hassard T, Harlos M. Effect
2442 of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised
2443 controlled trial. *Lancet Oncol*. 2011 Aug;12(8):753-62. doi: 10.1016/S1470-2045(11)70153-X.
2444 Epub 2011 Jul 6. PMID: 21741309; PMCID: PMC3185066.
2445 9. Edelman, S., & Kidman, A. D. (2000). Application of cognitive behaviour therapy to patients who
2446 have advanced cancer. *Behaviour Change*, 17(2), 103-110 Retrieved from
2447 <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L32041029&from=export>
2448 <http://dx.doi.org/10.1375/bech.17.2.103.110>.
2449 10. Fraguell-Hernando C, Limonero JT, Gil F. Psychological intervention in patients with advanced
2450 cancer at home through Individual Meaning-Centered Psychotherapy-Palliative Care: a pilot study.
2451 *Support Care Cancer*. 2020 Oct;28(10):4803-4811. doi: 10.1007/s00520-020-05322-2. Epub 2020
2452 Jan 23. PMID: 31974770.
2453 11. Fulton, J. J., Newins, A. R., Porter, L. S., & Ramos, K. (2018). Psychotherapy targeting depression
2454 and anxiety for use in palliative care: A meta-analysis. *Journal of Palliative Medicine*, 21(7), 1024–
2455 1037.
2456 12. Gaertner, J., Siemens, W., Meerpohl, J. J., Antes, G., Meffert, C., Xander, C., Stock, S., et al.
2457 (2017). Effect of specialist palliative care services on quality of life in adults with advanced
2458 incurable illness in hospital, hospice, or community settings: Systematic review and meta-analysis.
2459 *BMJ (Online)*, 357.
2460 13. Gao Y, Wei Y, Yang W, Jiang L, Li X, Ding J, Ding G. The Effectiveness of Music Therapy for
2461 Terminally Ill Patients: A Meta-Analysis and Systematic Review. *J Pain Symptom Manage*. 2019
2462 Feb;57(2):319-329. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.10.504. Epub 2018 Oct 30. PMID:
2463 30389608.
2464 14. Henry, M., Cohen, S. R., Lee, V., Sauthier, P., Provencher, D., Drouin, P., Gauthier, P., et al.
2465 (2010). The Meaning-Making intervention (MMi) appears to increase meaning in life in advanced
2466 ovarian cancer: a randomized controlled pilot study. *Psychooncology*, 19(12), 1340–1347.
2467 Retrieved from <http://1.62.150.9>
2468 15. Li Y, Li X, Hou L, Cao L, Liu G, Yang K. Effectiveness of dignity therapy for patients with advanced
2469 cancer: A systematic review and meta-analysis of 10 randomized controlled trials. *Depress*
2470 *Anxiety*. 2020 Mar;37(3):234-246. doi: 10.1002/da.22980. Epub 2019 Dec 6. PMID: 31808977.
2471 16. Li H, Wong CL, Jin X, Chen J, Chong YY, Bai Y. Effects of Acceptance and Commitment Therapy
2472 on health-related outcomes for patients with advanced cancer: A systematic review. *Int J Nurs*
2473 *Stud*. 2021 Mar;115:103876. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2021.103876. Epub 2021 Jan 12. PMID:
2474 33517079.

- 2475 17. Lo, C., Hales, S., Nissim, R., & Rodin, G. (2014). Preliminary evidence of the effectiveness of calm
2476 to alleviate distress in advanced cancer. *Psycho-oncology*, 23, 26. Retrieved from
2477 <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-01023351/full>
2478 18. Matis J, Svetlak M, Slezackova A, Svoboda M, Šumec R. Mindfulness-Based Programs for
2479 Patients With Cancer via eHealth and Mobile Health: Systematic Review and Synthesis of
2480 Quantitative Research. *J Med Internet Res*. 2020 Nov 16;22(11):e20709. doi: 10.2196/20709.
2481 PMID: 33196452; PMCID: PMC7704284.
- 2482 19. Mehnert, A., Koranyi, S., Philipp, R., Scheffold, K., Kriston, L., Lehmann-Laue, A., Engelmann, D.,
2483 et al. (2020). Efficacy of the Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM) individual
2484 psychotherapy for patients with advanced cancer: A single-blind randomized controlled trial.
2485 *Psychooncology*, 29(11), 1895–1904. Retrieved from <http://1.244.139.231>
2486 20. Miguel C, Karyotaki E, Ciharova M, Cristea IA, Penninx BWJH, Cuijpers P. Psychotherapy for
2487 comorbid depression and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychol*
2488 *Med*. 2021 Nov 18:1-11. doi: 10.1017/S0033291721004414. Epub ahead of print. PMID:
2489 34792017.
- 2490 21. Okuyama T, Akechi T, Mackenzie L, Furukawa TA. Psychotherapy for depression among
2491 advanced, incurable cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Treat Rev*.
2492 2017 May;56:16-27
- 2493 22. Rodin G, Lo C, Rydall A, Shnall J, Malfitano C, Chiu A, Panday T, Watt S, An E, Nissim R, Li M,
2494 Zimmermann C, Hales S. Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM): A Randomized
2495 Controlled Trial of a Psychological Intervention for Patients With Advanced Cancer. *J Clin Oncol*.
2496 2018 Aug 10;36(23):2422-2432. doi: 10.1200/JCO.2017.77.1097. Epub 2018 Jun 29. PMID:
2497 29958037; PMCID: PMC6085180.
- 2498 23. Rodin, G., Lo, C., Li, M., Rydall, A., Nissim, R., Malfitano, C., Shnall, J., et al. (2017). Managing
2499 Cancer and Living Meaningfully (CALM): effectiveness of a psychological intervention for patients
2500 with advanced cancer. *Psycho-oncology*, 26, 63-64. Retrieved from
2501 <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-01784485/full>
- 2502 24. Savard, J., Simard, S., Giguère, I., Ivers, H., Morin, C. M., Maunsell, E., Gagnon, P., et al. (2006).
2503 Randomized clinical trial on cognitive therapy for depression in women with metastatic breast
2504 cancer: psychological and immunological effects. *Palliat Support Care*, 4(3), 219–237. Retrieved
2505 from <http://1.4.107.212>
- 2506 25. Serfaty, M., King, M., Nazareth, I., Moorey, S., Aspden, T., Mannix, K., Davis, S., et al. (2020).
2507 Effectiveness of cognitive-behavioural therapy for depression in advanced cancer: Can Talk
2508 randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 216(4), 213–221.
- 2509 26. Xiao, J., Chow, K. M., Liu, Y., & Chan, C. W. H. (2019). Effects of dignity therapy on dignity,
2510 psychological well-being, and quality of life among palliative care cancer patients: A systematic
2511 review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 28(9), 1791–1802.

2512 **6. Medicamenteuze behandeling van patiënten met depressie in de palliatieve**
2513 **fase**

2514
2515 **Uitgangsvraag**

2516 Hoe moet medicamenteuze behandeling worden ingezet ter behandeling van depressie in de
2517 palliatieve fase?

2518
2519 Methode: evidence-based

2520
2521 **Aanbevelingen**

- 2522 • Overweeg bij depressie bij patiënten in de palliatieve fase medicamenteuze behandeling met een
2523 antidepressivum of een psychostimulans in de volgende situaties:
- 2524 ○ bij een depressieve stoornis: in combinatie met psychosociale interventies;
 - 2525 ○ bij een aanpassingsstoornis met depressieve stemming: wanneer psychosociale interventies
2526 onvoldoende effect hebben;
 - 2527 ○ bij matige tot ernstige depressieve symptomen en een levensverwachting <3 maanden.
- 2528 • Schrijf bij een levensverwachting ≥ 3 maanden als eerste keuze een SSRI voor, zoals:
- 2529 ○ escitalopram:
 - 2530 ▪ startdosering 1dd 5-10 mg p.o., afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1-2 weken in
 - 2531 stappen van 5-10 mg op te hogen tot maximaal 1dd 20 mg;
 - 2532 ▪ wordt niet aangeraden bij patiënten >70 jaar;
 - 2533 ▪ kan ook in druppelvorm; vanwege hogere biologische beschikbaarheid doseringen met
 - 2534 25% verlagen.
 - 2535 ○ citalopram:
 - 2536 ▪ startdosering 1dd 10-20 mg p.o., afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1-2 weken in
 - 2537 stappen van 10-20 mg op te hogen tot maximaal 1dd 40 mg;
 - 2538 ▪ >70 jaar: 1dd 10 mg p.o., afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1-2 weken ophogen
 - 2539 naar 1dd 20 mg p.o.;
 - 2540 ▪ kan ook in druppelvorm; vanwege hogere biologische beschikbaarheid doseringen met
 - 2541 25% verlagen;
 - 2542 ▪ overweeg bij gelijktijdig gebruik van een diureticum of intercurrente aandoeningen met
 - 2543 kans op elektrolytstoornissen (bijv. braken of diarree) 5-9 dagen na start eenmalig controle
 - 2544 serumnatrium i.v.m. SIADH als mogelijke bijwerking.
 - 2545 ○ sertraline (tablet of drank):
 - 2546 ▪ startdosering 1dd 25-50 mg p.o., afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1-2 weken in
 - 2547 stappen van 50 mg op te hogen tot maximaal 1dd 200 mg;
 - 2548 ▪ geen dosisaanpassing >70 jaar.
 - 2549 ○ mirtazapine (bij depressie met op de voorgrond staande symptomen zoals slapeloosheid en
2550 anorexie):
 - 2551 ▪ startdosering 1dd 7,5-15 mg p.o., afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1-2 weken in
 - 2552 stappen van 15 mg/dag op te hogen tot maximaal 1dd 45 mg;
 - 2553 NB sederend effect neemt af bij doseringen >15 mg/dag;
 - 2554 ▪ geen dosisaanpassing >70 jaar.
 - 2555 • Zet zo nodig andere middelen in:
 - 2556 ○ bupropion (bij depressie gekenmerkt door vermoeidheid en lusteloosheid):
 - 2557 ▪ startdosering 1dd 150 mg = slow release tablet = XR) in de ochtend, afhankelijk van
 - 2558 bijwerkingen en effect na 1 week op te hogen tot maximaal 1dd 450 mg.
 - 2559 ▪ bij depressie gekenmerkt door vermoeidheid en lusteloosheid en contra-indicaties voor
 - 2560 bupropion (bijvoorbeeld condities die predisponeren tot verlaagde convulsiedrempel)
 - 2561 wordt gekozen voor een combinatie van een SSRI (zie eerder) en methylfenidaat:
 - 2562 startdosering 2dd 5mg om 8 en 14 uur; ophogen met 5mg per dosis tot maximaal 2dd 15
 - 2563 mg.
 - 2564 ○ venlafaxine met gereguleerde afgifte = XR (bij eerder goed effect van venlafaxine of bij eerder
2565 slecht verdragen van SSRI's):

- 2566 ▪ startdosering 1dd 37,5-75 mg p.o., afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1-2 weken
- 2567 oophogen met 75 mg/dag tot maximaal 1dd 225 mg;
- 2568 ▪ >70 jaar: startdosering 1dd 37,5 mg, afhankelijk van bijwerkingen en effect na 2 weken
- 2569 oophogen tot maximaal 1dd 225 mg.
- 2570 ○ TCA, met name nortriptyline (bij eerder goed effect van een TCA of bij een combinatie van
- 2571 depressie en neuropathische pijn):
- 2572 ▪ zie voor doseringen volgende dichte bullit.
- 2573 ▪ duloxetine (bij een combinatie van depressie en chemotherapie-geïnduceerde
- 2574 neuropathie:
- 2575 ▪ startdosering 1dd 30 mg, afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1-2 weken ophogen
- 2576 met 30 mg tot maximaal 1dd 90 mg;
- 2577 ▪ geen dosisaanpassing >70 jaar.
- 2578 • Beoordeel het definitieve effect van een therapeutische dosis van bovengenoemde na 6-8 weken
- 2579 en overweeg bij onvoldoende effect of onacceptabele bijwerkingen van bovengenoemde middelen
- 2580 een switch naar:
- 2581 1) ander SSRI, venlafaxine of mirtazapine/bupropion op indicatie;
- 2582 2) een TCA, bij voorkeur nortriptyline (niet bij hartfalen):
- 2583 ○ startdosis 2-3dd 25 mg p.o. of 1dd 50 mg a.n., zo nodig met 25 mg om de dag ophogen
- 2584 tot maximaal 2-3dd 50 mg of 150 mg a.n.;
- 2585 ○ >60 jaar: 10 mg 2-3 dd, p.o. zo nodig om de andere dag geleidelijk verhogen met 10-20
- 2586 mg tot maximaal 150 mg/dag;
- 2587 ○ >80 jaar en ernstige somatische comorbiditeit en dementie: 1dd 10 mg p.o. en daarna
- 2588 elke 3-4 dagen verhogen met 25 mg/dag, bij 75 mg/dag een plasmaconcentratie bepalen.
- 2589 • Schrijf bij een levensverwachting <3 maanden methylfenidaat voor: startdosering 2dd 5 mg om 8
- 2590 en 14 uur; ophogen met 5 mg per dosis tot maximaal 2dd 15 mg. Beoordeel het effect van iedere
- 2591 dosis binnen enkele dagen. Wees voorzichtig bij pre-existente angstsymptomen.
- 2592 • Beoordeel regelmatig het effect van bovengenoemde middelen en verwijs zo nodig naar
- 2593 psychiater, internist ouderengeneeskunde of klinisch geriater voor (verdere) medicamenteuze
- 2594 behandeling.

Literatuurbespreking

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

PICO

P	Patiënten in de palliatieve fase
I	Medicamenteuze behandeling
C	Gebruikelijke begeleiding /standaardzorg/andere interventies (medicamenteus of niet-medicamenteus)
O	Depressieve symptomen Depressie Kwaliteit van leven
S	Hospice / end of life care / thuis

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, in [bijlage 8 - 6.1](#) zijn de search strings opgenomen, [bijlage 8 - 6.2](#) bevat het reviewprotocol. 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 8 - 6.3](#) van deze module is een lijst met exclusieredenen bijgevoegd.

2613 De review van Palmer bevatte voor slechts 2 RCTs de uitkomst depressie-score, voor patiënten met
 2614 nierfalen die behandeld worden met dialyse [Palmer 2017]. De review van Pollok [Pollok 2018]
 2615 includeerde enkel patiënten met COPD, waarbij geen eisen werden gesteld aan de ernst van de
 2616 aandoening. Rayner [2011-1] bleek de meest complete systematische review met meta-analyse over
 2617 de medicamenteuze behandeling voor depressie in de palliatieve zorg. Als aanvulling hierop is
 2618 besloten de RCTs uit de review van Perusinghe [Perusinghe 2021] te bespreken.

2620 Resultaten

2621 *Rayner 2010*

2622 De auteurs includeerden 25 studies in de kwalitatieve synthese, waarvan 21 konden worden
 2623 meegenomen in de kwantitatieve synthese. De eigenschappen van deze 25 studies staan beschreven
 2624 in tabel 1.

2625 Tabel 1. 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
Wermuth1998	Parkinson	Citalopram 10-20 mg/dag	37 (18 citalopram, 19 placebo)	52
Zisook1998	HIV	Fluoxetine 20-60 mg/dag	47 (25 fluoxetine, 22 placebo)	7

2628
2629
2630
2631
2632
2633
2634
2635
2636
2637
2638
2639
2640
2641
2642
2643

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 2):

- 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 2. Antidepressiva versus placebo voor depressie in de palliatieve fase (respons)

Uitkomsten	Absolute effecten* (95% CI)		Relatief effect (95% CI)	Aantal deelnemers (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)
	Respons met placebo	Respons met medicamenteuze behandeling			
Depressie (Respons 4-5 weken)	292 per 1.000	Niet vermeld	OR 1.93 (1.15 tot 3.42)	292 (5 RCTs)	⊕○○○ ZEER LAAG ^{a,b,c}
Depressie (Respons 6-8 weken)	276 per 1.000	462 per 1.000 (345 tot 583)	OR 2.25 (1.38 tot 3.67)	685 (12 RCTs)	⊕○○○ ZEER LAAG ^{a,b,c}
Depressie (Respons 9-18 weken)	284 per 1.000	Niet vermeld	OR 2,71 (1.50 tot 4.91)	231 (7 RCTs)	⊕○○○ ZEER LAAG ^{a,b,c}

2644
2645
2646
2647

- a. Risico op vertekening bij individuele studies onbekend, over het algemeen is de kwaliteit laag
b. De funnelplot in de paper van Rayner liet een asymmetrische verdeling zien voor werkzaamheid, met relatief weinig studies links onderin, duidend op publicatiebias
c. De populatie in de RCTs weerspiegelt onvoldoende de palliatieve populatie waarvoor de richtlijn bedoeld is.

2648
2649
2650
2651
2652
2653
2654
2655

Wanneer deze uitkomsten werden uitgesplitst voor TCA en SSRI werden de volgende OR's voor response gevonden (Tabel 3 en 4):

- 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).

2656 Tabel 3. TCA versus placebo voor depressie in de palliatieve fase (respons)

Uitkomsten	Absolute effecten* (95% CI)		Relatief effect (95% CI)	Aantal deelnemers (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)
	Respons met placebo	Respons met medicamenteuze behandeling			
Depressie (Respons 4-5 weken)	191 per 1.000	Niet vermeld	OR 4,79 (1,86 tot 12,37)	95 (3 RCTs)	⊕○○○ ZEER LAAG ^{a,b,c}
Depressie (Respons 6-8 weken)	237 per 1.000	Niet vermeld	OR 3,48 (1,32 tot 9,18)	191 (4 RCTs)	⊕○○○ ZEER LAAG ^{a,b,c}
Depressie (Respons 9-18 weken)	175 per 1.000	Niet vermeld	OR 6,00 (1,25 tot 28,84)	74 (2 RCTs)	⊕○○○ ZEER LAAG ^{a,b,c}

- 2657 a. Risico op vertekening bij individuele studies onbekend, over het algemeen is de kwaliteit laag
 2658 b. De funnelplot in de paper van Rayner liet een asymmetrische verdeling zien, met relatief weinig studies links onderin,
 2659 duidend op publicatiebias
 2660 c. De populatie in de RCTs weerspiegelt onvoldoende de palliatieve populatie waarvoor de richtlijn bedoeld is.

2661 Tabel 4. SSRI versus placebo voor depressie in de palliatieve fase (respons)

Uitkomsten	Absolute effecten* (95% CI)		Relatief effect (95% CI)	Aantal deelnemers (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)
	Respons met placebo	Respons met medicamenteuze behandeling			
Depressie (Respons 4-5 weken)	253 per 1.000	Niet vermeld	OR 1,62 (0,59 tot 4,47)	175 (3 RCTs)	⊕○○○ ZEER LAAG ^{a,b,c}
Depressie (Respons 6-8 weken)	318 per 1.000	Niet vermeld	OR 1,61 (0,84 tot 3,09)	414 (8 RCTs)	⊕○○○ ZEER LAAG ^{a,b,c}
Depressie (Respons 9-18 weken)	296 per 1.000	Niet vermeld	OR 2,33 (1,20 tot 4,52)	179 (6 RCTs)	⊕○○○ ZEER LAAG ^{a,b,c}

- 2662 a. Risico op vertekening bij individuele studies onbekend, over het algemeen is de kwaliteit laag
 2663 b. De funnelplot in de paper van Rayner liet een asymmetrische verdeling zien, met relatief weinig studies links onderin,
 2664 duidend op publicatiebias
 2665 c. De populatie in de RCTs weerspiegelt onvoldoende de palliatieve populatie waarvoor de richtlijn bedoeld is.

2667 Voor de aanvaardbaarheid van medicatie om depressie te verminderen bij patiënten in de palliatieve
 2668 fase, is de OR op uitval uit de studie in kaart gebracht. Onderstaande resultaten werden gevonden
 2669 voor het totaal, en voor de verschillende subgroepen over de drie tijdsvakken (Tabel 5-7):

- 2670 • 4-5 weken antidepressiva: 1,00 (95%BI: 0,25; 4,07);
 2671 • 6-8 weken antidepressiva: 1,08 (95%BI: 0,65; 1,81);
 2672 • 9-18 weken antidepressiva: 2,09 (95%BI: 1,02; 4,31);

- 2673 • 4-5 weken TCA: n/a;
- 2674 • 6-8 weken TCA: 1,30 (95%BI: 0,52; 3,24);
- 2675 • 9-18 weken TCA: 2,28 (95%BI:0,70; 7,39);
- 2676 • 4-5 weken SSRI: 2,33 (95%BI: 0,93; 5,80);
- 2677 • 6-8 weken SSRI: 1,33 (95%BI: 0,81; 2,16);
- 2678 • 9-18 weken SSRI: 1,28 (95%BI: 0,55; 2,95).

2679 Voor de details van deze uitkomsten (aantal patiënten, risico in de controlegroep, beoordeling van
 2680 kwaliteit) wordt verwezen naar de GRADE evidence-tabellen.

2681

2682

Tabel 5. Antidepressiva versus placebo voor depressie in de palliatieve fase (uitval)

Uitkomsten	Relatief effect (95% CI)	Aantal deelnemers (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)
Uitval (4-5 weken)	OR 1,00 (0,25 tot 4,07)	212 (3 RCTs)	⊕○○○ ZEER LAAG ^{a,b,c}
Uitval (6-8 weken)	OR 1,08 (0,65 tot 1,81)	597 (10 RCTs)	⊕○○○ ZEER LAAG ^{a,b,c}
Uitval (9-18 weken)	OR 2,28 (0,70 tot 7,39)	228 (6 RCTs)	⊕○○○ ZEER LAAG ^{a,b,c}

2683 a. Risico op vertekening bij individuele studies onbekend, over het algemeen is de kwaliteit laag

2684 b. De populatie in de RCTs weerspiegelt onvoldoende de palliatieve populatie waarvoor de richtlijn bedoeld is.

2685 c. De OR toont geen significant verschil aan tussen antidepressiva of placebo

2686

2687

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

Uitkomsten	Relatief effect (95% CI)	Aantal deelnemers (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)
Uitval (4-5 weken)	n/a	-	GEEN EVIDENTIE
Uitval (6-8 weken)	OR 1,30 (0,52 tot 3,24)	153 (3 RCTs)	⊕○○○ ZEER LAAG ^{a,b,c}
Uitval (9-18 weken)	OR 2,28 (0,70 tot 7,39)	86 (2 RCTs)	⊕○○○ ZEER LAAG ^{a,b,c}

2688 a. Risico op vertekening bij individuele studies onbekend, over het algemeen is de kwaliteit laag

2689 b. De populatie in de RCTs weerspiegelt onvoldoende de palliatieve populatie waarvoor de richtlijn bedoeld is.

2690 c. De OR toont geen significant verschil aan tussen antidepressiva of placebo

2691

2692 Tabel 7. SSRI versus placebo voor depressie in de palliatieve fase (uitval)

Uitkomsten	Relatief effect (95% CI)	Aantal deelnemers (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)
Uitval (4-5 weken)	OR 2,33 (0,93 tot 5,80)	122 (2 RCTs)	⊕○○○ ZEER LAAG ^{a,b,c}
Uitval (6-8 weken)	OR 1,33 (0,81 tot 2,16)	362 (7 RCTs)	⊕○○○ ZEER LAAG ^{a,b,c}
Uitval (9-18 weken)	OR 1,28 (0,55 tot 2,95)	167 (5 RCTs)	⊕○○○ ZEER LAAG ^{a,b,c}

- 2693 a. Risico op vertekening bij individuele studies onbekend, over het algemeen is de kwaliteit laag
 2694 b. De populatie in de RCTs weerspiegelt onvoldoende de palliatieve populatie waarvoor de richtlijn bedoeld is.
 2695 c. De OR toont geen significant verschil aan tussen antidepressiva of placebo

2696
 2697 In Tabel 8 wordt de kans op bijwerkingen weergegeven bij gebruik van resp. antidepressiva, TCA's en
 2698 SSRI's. Droge mond is de enige bijwerking die significant vaker voorkomt dan bij placebo.
 2699

2700 Tabel 8. Gepoolde bijwerkingen van antidepressiva, TCA's en SSRI's

Bijwerking	Antidepressiva		TCA's		SSRI's	
	OR (95%BI)	Aantal deelnemers (studies)	OR (95%BI)	Aantal deelnemers (studies)	OR (95%BI)	Aantal deelnemers (studies)
Droge mond	2,05 (1,29; 3,26)	546 (12)	5,33 (2,23; 12,73)	203 (7)	2,08 (1,15; 3,58)	317 (8)
Verstopping	1,30 (0,49; 3,46)	337 (7)	0,89 (0,12; 6,87)	115 (4)	0,40 (0,10; 1,66)	119 (4)
Misselijkheid	1,51 (0,63; 3,63)	504 (11)	1,23 (0,45; 3,35)	83 (3)	2,61 (1,00; 6,87)	312 (8)
Duizeligheid	1,23 (0,62; 2,44)	595 (9)	2,41 (0,66; 8,81)	271 (4)	1,01 (0,35; 2,93)	232 (6)
Hoofdpijn	1,50 (0,58; 3,86)	447 (10)	1,07 (0,42; 2,75)	105 (4)	1,41 (0,36; 5,58)	288 (7)
Slaapproblemen	0,58 (0,10; 3,29)	240 (5)	n/a	n/a	0,29 (0,03; 3,36)	95 (3)
Seksueel disfunctioneren	1,92 (0,80; 4,65)	242 (5)	2,70 (0,74; 9,80)	71 (2)	2,22 (0,80; 6,19)	159 (4)
Lage bloeddruk	2,37 (0,67; 8,35)	174 (4)	1,40 (0,24; 8,11)	83 (3)	2,87 (0,24; 34,40)	48 (2)
Verdoving	1,18 (0,39; 3,50)	166 (3)	1,77 (0,50; 6,33)	74 (2)	n/a	n/a
Verandering van eetlust	0,84 (0,30; 2,40)	132 (2)	n/a	n/a	0,84 (0,30; 2,40)	132 (2)

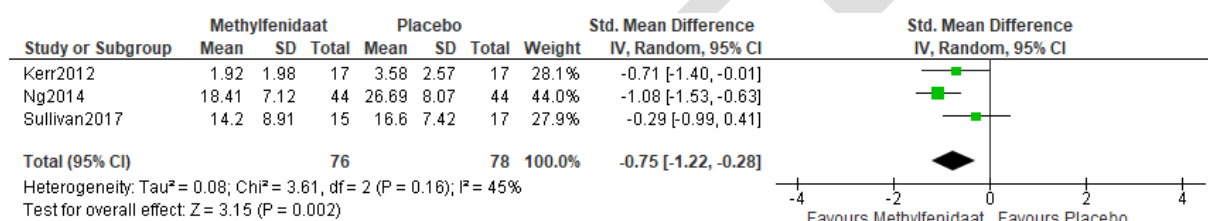
- 2701 *Perusinghe 2021*
 2702 *Kerr 2012, Ng 2014 en Sullivan 2017*
 2703 In de review van Perusinghe [2021] werden in totaal zeven RCTs opgenomen die de effectiviteit van
 2704 medicamenteuze behandeling op depressie bij patiënten in de palliatieve fase evalueerden [Bruera
 2705 1986, Fisch 2003, Holland 1998, Kerr 2012, Ng 2014 Sullivan 2017, Theobald 2002]. Drie RCTs [Kerr
 2706

2707 2012, Ng 2014, Sullivan 2017] konden worden samengevoegd om het effect van methylfenidaat op
 2708 depressie vergeleken met het effect van een placebo-behandeling te evalueren.
 2709

	Populatie	Behandeling	Controle	Meetinstrument	Aantal dagen na baseline
Kerr 2012	Hospice patiënten	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	Hospice-patiënten met depressie	Methylfenidaat en SSRI	Placebo en SSRI	MADRS	18

2710 Er is gekozen om bij de studie van Sullivan [2017] uit te gaan van de waarden gemeten na 14 dagen,
 2711 om de resultaten vergelijkbaar te maken met de studies van Kerr [2012] en Ng [2014]. Met in totaal
 2712 154 deelnemers kwam het totaal uit op een gestandaardiseerd gemiddeld verschil tussen eindscores
 2713 van de twee groepen van -0,75 (95% BI: -1,22; -0,28), in het voordeel van de behandeling met
 2714 methylfenidaat (tabel 9).
 2715
 2716

2717 Tabel 9. Methylfenidaat versus placebo voor depressie in de palliatieve fase
 2718



2719 Naast deze drie RCTs onderzochten vier RCTs de effecten van andere vormen van medicatie op
 2720 depressie.
 2721
 2722 *Bruera 1986*
 2723 Bruera [1986] onderzocht het effect van mazindol op depressie, vergeleken met placebo bij 30
 2724 kankerpatiënten in de terminale fase. Depressie werd na de behandeling gemeten met de Hamilton
 2725 Depression Rating Scale (HDRS). Hieruit bleek geen significant verschil tussen behandeling met
 2726 mazindol en placebo (Tabel 10). Kwaliteit van leven was geen uitkomstmaat in deze studie.
 2727
 2728

2729 Tabel 10. Mazindol versus placebo voor depressie bij patiënten in de palliatieve fase [Bruera 1986]

Uitkomsten	Absolute effect (95% CI)	Relatief effect (95% CI)	Aantal deelnemers (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)
Depressie	Mean difference 2 lager bij mazindol (7.66 lager tot 3.66 hoger)	-	55 (1 studie)	⊕○○○ ZEER LAAG a,b

2730 *Theobald 2002*
 2731 Theobald [2002] onderzocht in een open-label crossover trial het effect van mirtazapine op depressie,
 2732 waarin één groep een dosis van 15 mg en de andere groep een dosis van 30 mg kreeg. Depressie
 2733 werd gemeten met de Zung Self-Rating Depression Scale (ZSDS) en kwaliteit van leven met de
 2734 Functional Assessment of Cancer Therapy- General (FACT-G). De gemiddelde totaalscores werden
 2735 niet gepresenteerd. De auteurs schrijven echter dat er in beide groepen significante verbetering van
 2736

2737 de depressie optrad (totale vooruitgang depressie $F= 8,5$; $p<0,05$; totale vooruitgang kwaliteit van
 2738 leven $F=5,7$; $p<0,05$) zonder verschillen tussen de doseringen.

2739
 2740 *Fisch 2003*

2741 In de studie van Fisch [2003] werd bij 163 patiënten met gevorderde tumoren en een
 2742 levensverwachting van 3 tot 24 maanden de effectiviteit van fluoxetine in vergelijking met placebo
 2743 onderzocht. Patiënten werden 12 weken gevolgd. De depressieve symptomen, verbeterden significant
 2744 in beide groepen, maar er was geen significant verschil tussen beide groepen. Het gemiddelde
 2745 verschil in eindscore voor depressie tussen beide groepen was $-1,40$ (95%BI= $-4,00$; $1,20$). Dit vertaalt
 2746 zich in een SMD van $-0,23$ ($-0,66$; $0,21$). Voor kwaliteit van leven was het verschil $1,92$ (95%BI= $-9,92$;
 2747 $6,08$). Dit stond gelijk aan een SMD van $-0,10$ (95%BI= $-0,53$; $0,33$).

2748
 2749 Tabel 11. Fluoxetine versus placebo voor depressie bij patiënten in de palliatieve fase [Fisch 2003]

Uitkomsten	Absolute effecten* (95% CI)	Relatief effect (95% CI)	Aantal deelnemers (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)
Depression	Mean difference 1.40 lager met fluoxetine (4.00 lager tot 1.20 hoger)	-	83 (1 RCT)	⊕○○○ ZEER LAAG ^{a,b}
QoL	Mean difference 1,92 lager met fluoxetine (9,92 lager tot 6,08 hoger)	-	83 (1 RCT)	⊕○○○ ZEER LAAG ^{a,b}

2750 a. Risico op vertekening door hoge hoeveelheid uitval om deels onbekende redenen, en een imputatie met de beste uitkomsten.
 2751 b. Zeer kleine steekproef, resultaat niet significant

2752
 2753 *Holland 1998*

2754 Ten slotte werd in de trial van Holland [1998] het effect van fluoxetine vergeleken met desipramine. De
 2755 populatie bestond uit veertig vrouwen met een gevorderde vorm van kanker en depressieve
 2756 symptomen. Depressieve symptomen werden gemeten met de HDRS, kwaliteit van leven met de
 2757 Functional Living Index for Cancer (FLIC). Zowel de groep die met fluoxetine behandeld werd, als de
 2758 groep met desipramine, ervaarden een significante vooruitgang in kwaliteit van leven en depressieve
 2759 symptomen. ANOVA liet geen significant verschil in vermindering van depressieve symptomen zien
 2760 tussen beide behandelingen. Ook voor deze trial werden gemiddelde eindscores niet gepresenteerd in
 2761 de publicatie.

2762
 2763 Kwaliteit van het bewijs

2764 De kwaliteitsbeoordeling van de individuele trials die bij hebben gedragen aan de meta-analyses is
 2765 overgenomen uit de review van Rayner. Voor de uitkomst respons maakten de auteurs van Rayner
 2766 een funnelplot. Deze liet een asymmetrische verdeling zien, met relatief weinig studies links onderin,
 2767 duidend op publicatiebias.
 2768 In minder dan een kwart van de studies (24%) werd voldoende informatie verschaft om er vanuit te
 2769 kunnen gaan dat toewijzing van groep geheim bleef. In slechts 20% van de studies werd voldoende
 2770 informatie verschaft om er vanuit te kunnen gaan dat toewijzing van de groep methodologisch correct
 2771 was uitgevoerd. Daarnaast was adequate blinding van participanten en studiepersoneel in 32% van
 2772 de studies vast te stellen. Ook werd in ongeveer de helft van de trials (52%) correct omgegaan met
 2773 incomplete data. Ten slotte waren er slechts weinig studieprotocollen beschikbaar, waardoor selectief
 2774 rapporteren van uitkomsten niet vast te stellen was.
 2775 De populatie bestond voor een groot deel niet uit patiënten die nadrukkelijk palliatieve zorg ontvingen,
 2776 of patiënten die in de terminale of vergevorderde fase van een somatische aandoening zaten. Omdat
 2777 dit betekent dat de populatie in veel van deze RCTs mogelijk minder representatief is voor de

2778 populatie waarvoor deze richtlijn wordt geschreven, zijn de conclusies uit de studie van Rayner
2779 gedowngraded voor indirectheid.

2780
2781 Voor de analyses voor 4-5 weken, 9-18 weken, en voor overige subgroep-analyses was het
2782 onduidelijk welke trials en hoeveel events bij hebben gedragen aan de verschillende effectgroottes.
2783 Om deze reden is bij de beoordeling van heterogeniteit uitgegaan van de I², niet aangevuld door
2784 visuele beoordeling. Bovendien is bij de beoordeling van nauwkeurigheid uitgegaan van de breedte
2785 van het betrouwbaarheidsinterval en de hoeveelheid patiënten. Het aantal events was voor deze
2786 waarden niet in te schatten.

2787
2788 **Conclusies**

Effect van antidepressiva op respons	
⊕○○○ ZEER LAAG	Antidepressiva lijken de kans op respons na 4-18 weken bij patiënten met depressie in de palliatieve fase te vergroten, maar de evidence is zeer onzeker. #~^ <i>Rayner 2011-1</i>

2789 #Downgraded voor risico op vertekening, ~downgraded voor publicatiebias, ^downgraded voor indirectheid
2790

Effect van tricyclische antidepressiva (TCA's) op respons	
⊕○○○ ZEER LAAG	TCA's lijken de kans op respons na 4-18 weken bij patiënten met depressie in de palliatieve fase te vergroten, maar de evidence is zeer onzeker. #~^ <i>Rayner 2011-1</i>

2791 #Downgraded voor risico op vertekening, ~downgraded voor publicatiebias, ^downgraded voor indirectheid
2792

Effect van selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) op respons	
⊕○○○ ZEER LAAG	De evidence 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. <i>Rayner 2011-1</i>

2793 #Downgraded voor risico op vertekening, ~downgraded voor publicatiebias, ^downgraded voor indirectheid
2794

Effect van selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) op respons	
⊕○○○ ZEER LAAG	SSRI's lijken de kans op respons na 9-18 weken bij patiënten met depressie in de palliatieve fase te vergroten, maar de evidence is zeer onzeker. #~^ <i>Rayner 2011-1</i>

2795 #Downgraded voor risico op vertekening, ~downgraded voor publicatiebias, ^downgraded voor indirectheid
2796

Effect van antidepressiva op uitval	
⊕○○○ ZEER LAAG	De evidence 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. #^* <i>Rayner 2011-1</i>

2797 #Downgraded voor risico op vertekening, ^downgraded voor indirectheid, *downgraded voor onnauwkeurigheid
2798

Effect van TCA's op uitval	
⊕○○○ ZEER LAAG	De evidence 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. #^* <i>Rayner 2011-1</i>

2799 #Downgraded voor risico op vertekening, ^downgraded voor indirectheid, *downgraded voor onnauwkeurigheid

Effect van SSRI's op uitval	
⊕○○ ZEER LAAG	De evidence 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. #^* <i>Rayner 2011-1</i>

2800 #Downgraded voor risico op vertekening, ^downgraded voor indirectheid, *downgraded voor onnauwkeurigheid
2801

Effect van antidepressiva op bijwerkingen	
⊕⊕○○ LAAG	Antidepressiva lijken de kans op een droge mond als bijwerking bij patiënten met depressie in de palliatieve fase te vergroten. #^ <i>Rayner 2011-1</i>

2802 #Downgraded voor risico op vertekening, ^downgraded voor indirectheid
2803

Effect van antidepressiva op bijwerkingen	
⊕○○○ ZEER LAAG	De evidence is zeer onzeker over de kans op andere bijwerkingen van antidepressiva dan een droge mond bij patiënten met depressie in de palliatieve fase. #^* <i>Rayner 2011-1</i>

2804 #Downgraded voor risico op vertekening, ^downgraded voor indirectheid, *downgraded voor onnauwkeurigheid
2805

Risico op bijwerkingen bij TCA's	
⊕○○○ ZEER LAAG	TCA's lijken de kans op een droge mond bij patiënten met depressie in de palliatieve fase te vergroten, maar de evidence is zeer onzeker. De evidence is zeer onzeker over de kans op andere bijwerkingen van TCA's dan een droge mond bij patiënten met depressie in de palliatieve fase. #^* <i>Rayner 2011-1</i>

2806 #Downgraded voor risico op vertekening, ^downgraded voor indirectheid, *downgraded voor onnauwkeurigheid
2807

Risico op bijwerkingen bij SSRI's	
⊕○○○ ZEER LAAG	SSRI's lijken de kans op een droge mond bij patiënten met depressie in de palliatieve fase te vergroten, maar de evidence is zeer onzeker. De evidence is zeer onzeker over de kans op andere bijwerkingen van SSRI's dan een droge mond bij patiënten met depressie in de palliatieve fase. #^* <i>Rayner 2011-1</i>

2808 #Downgraded voor risico op vertekening, ^downgraded voor indirectheid, *downgraded voor onnauwkeurigheid
2809

Effect van methylfenidaat	
⊕⊕○○ LAAG	Methylfenidaat zou depressie bij patiënten in de palliatieve fase kunnen verminderen. #* <i>Kerr 2012, Ng 2014 en Sullivan 2017</i>

2810 #Downgraded voor risico op vertekening, *downgraded voor onnauwkeurigheid
2811

Effect van fluoxetine en desipramine	
⊕○○○ ZEER LAAG	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. #** <i>Holland 1998</i>

2812 #Downgraded voor risico op vertekening, *downgraded voor onnauwkeurigheid (2x)
2813

Effect van fluoxetine	
⊕○○○	De evidence is zeer onzeker over het effect van fluoxetine op depressie en kwaliteit van leven bij patiënten met depressie in de palliatieve fase. #**

ZEER LAAG	<i>Fisch 2003</i>
--------------	-------------------

2814 #Downgraded voor risico op vertekening, *downgraded voor onnauwkeurigheid (2x)
2815

Effect van 15 of 30 mg mirtazapine	
⊕OOO ZEER LAAG	Zowel 15 mg als 30 mg mirtazapine lijken depressie te verminderen en kwaliteit van leven te verbeteren bij patiënten in de palliatieve fase, maar de evidence is zeer onzeker.. #**
	<i>Theobald 2002</i>

2816 #Downgraded voor risico op vertekening, *downgraded voor onnauwkeurigheid (2x)
2817

Effect van mazindol	
⊕OOO ZEER LAAG	De evidence is zeer onzeker over het effect van mazindol op depressie bij patiënten in de palliatieve fase. #**
	<i>Bruera 1986</i>

2818 #Downgraded voor risico op vertekening, *downgraded voor onnauwkeurigheid (2x)
2819

Overwegingen

2820 Antidepressiva kunnen worden onderverdeeld in:

- 2821 • Tricyclische antidepressiva (TCA's): amitriptyline, nortriptyline en imipramine.
- 2822 Er is een voorkeur voor nortriptyline (zeker bij ouderen) boven amitriptyline vanwege het
- 2823 bijwerkingenprofiel, met name de lagere kans op sedatie en anticholinerge bijwerkingen. In de
- 2824 palliatieve zorg worden de TCA's zelden gebruikt vanwege de anticholinerge bijwerkingen,
- 2825 inclusief het risico op delier. Uitzonderingen hierbij zijn een voorgeschiedenis met een positief
- 2826 effect van een TCA of een situatie waarbij er sprake is van een combinatie van een depressie en
- 2827 neuropathische pijn.
- 2828 Hartfalen is een contra-indicatie voor TCA's vanwege het risico op hypotensie, verslechtering van
- 2829 het hartfalen en aritmieën [McDonagh 2021].
- 2830 • SSRI's (selectieve serotonineheropnameremmers), zoals paroxetine, fluoxetine, fluvoxamine,
- 2831 citalopram, escitalopram en sertraline.
- 2832 In de praktijk is er vaak een voorkeur voor SSRI's boven TCA's vanwege het mildere
- 2833 bijwerkingenprofiel. De meest voorkomende bijwerkingen zijn tijdelijke gastro-intestinale klachten,
- 2834 hoofdpijn, droge mond, vallen (bij ouderen) en vaak seksuele bijwerkingen. De combinatie van
- 2835 een SSRI en een opioïd kan leiden tot het serotoninesyndroom, een potentieel letaal verlopende
- 2836 aandoening met psychische, autonome en neuromusculaire symptomen, zoals rusteloosheid,
- 2837 verlaagd bewustzijn, tremor, beven, myoclonieën, verwijde pupillen, koorts, tachycardie en hyper-
- 2838 of hypotensie. Het serotoninesyndroom als gevolg van de combinatie van SSRI's en opioïden is
- 2839 het meest beschreven bij tramadol, maar er zijn ook meldingen van het serotoninesyndroom bij
- 2840 pethidine, fentanyl, methadon, dextromethorfan en oxycodon [Baldo 2020].
- 2841 SSRI's kunnen leiden tot een verlenging van het QT-interval. In de palliatieve fase is dit zelden
- 2842 een probleem, behalve bij cardiovasculaire (co)morbiditeit, elektrolytstoornissen met een
- 2843 verhoogde kans op hartritme stoornissen (hypokaliëmie of hypercalciëmie) of comedatie met
- 2844 andere QT-interval verlengende medicatie. In dergelijk gevallen kan het maken van een ECG
- 2845 worden overwogen.
- 2846 Wanneer er sprake is van een voorgeschiedenis met een ulcus of gastritis of comedatie met een
- 2847 NSAID, acetylsalicylzuur, corticosteroïden of antistolling wordt het voorschrijven van een
- 2848 protonpompremmer (omeprazol of pantoprazol) aanbevolen.
- 2849 Landelijke GGZ-richtlijnen spreken vanwege het bijwerkingenprofiel een lichte voorkeur uit voor
- 2850 een SSRI boven een TCA [Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ
- 2851 2008 en 2013, Nederlands Huisartsen Genootschap 2019]. Citalopram, escitalopram en sertaline
- 2852 worden het meest voorgeschreven vanwege de lagere kans op bijwerkingen en interacties,
- 2853 vergeleken met andere SSRI's zoals paroxetine of fluoxetine.
- 2854 Het Farmacotherapeutisch Kompas adviseert om bij gelijktijdig gebruik van een diureticum of
- 2855 intercurrente aandoeningen met kans op elektrolytstoornissen (bijv. braken of diarree) 5-9 dagen
- 2856

2857 na start van citalopram een serumnatrium te controleren vanwege de kans op een hyponatriemie
2858 door een SIADH;

- 2859 • SNRI's (selectieve noradrenaline heropnameremmers, in het Farmacotherapeutisch Kompas ook
2860 niet-selectieve serotonineheropnameremmers genoemd), zoals venlafaxine en duloxetine;
- 2861 • Andere antidepressiva, zoals bupropion (zwakke noradrenaline en dopamine reuptake inhibitor)
2862 en mirtazapine (noradrenerg en specifiek serotonerg antidepressivum);
- 2863 • MAO-A-remmers (zeer beperkt indicatiegebied; worden in de palliatieve zorg niet toegepast).
- 2864 • Psychostimulantia (zoals methylfenidaat).

2865 Deze middelen zijn strikt genomen geen antidepressiva, maar worden in de palliatieve zorg wel
2866 als zodanig gebruikt vanwege het potentieel snelle effect op de depressieve symptomen. Angst,
2867 rusteloosheid en insomnia zijn de meest voorkomende dosisgerelateerde bijwerkingen.
2868 Psychostimulantia kunnen in de behandeling van depressie bij patiënten met reeds pre-existente
2869 angstsymptomen (die geen onderdeel zijn van de huidige depressie) een negatief effect op angst
2870 hebben; dit geldt niet als de angst een symptoom is van de depressie [Fairman 2021].
2871

2872 Ondanks de beperkte evidentie voor het effect van antidepressiva en psychostimulantia bij patiënten
2873 in de palliatieve fase is de werkgroep van mening dat deze middelen bij deze patiëntengroep
2874 laagdrempelig ingezet kunnen worden, aangezien deze over het algemeen goed verdragen worden,
2875 een mild bijwerkingenprofiel hebben en de meeste antidepressiva weinig interacties geven met andere
2876 medicatie.
2877

2878 De werkgroep is van mening dat bij patiënten in de palliatieve fase behandeling met antidepressiva
2879 kan worden overwogen bij een depressieve stoornis (in combinatie met psychosociale interventies) en
2880 bij aanpassingsstoornissen met depressieve stemming, wanneer psychosociale interventies
2881 onvoldoende effect hebben. Bij depressieve symptomen waarbij niet voldaan wordt aan de criteria
2882 voor een aanpassingsstoornis of depressieve stoornis is er in principe geen plaats voor
2883 medicamenteuze behandeling. Een uitzondering op bovenstaande overwegingen is de situatie waarin
2884 er sprake is van matige tot ernstige depressieve symptomen en een levensverwachting <3 maanden.
2885 In dat geval kan vanwege het snelle effect behandeling met methylfenidaat (zonder psychotherapie)
2886 worden overwogen (zie verder), omdat er dan relatief weinig tijd is voor het effect van psychosociale
2887 interventies.
2888

2889 De keuze van antidepressiva of psychostimulantia wordt niet gebaseerd op effectiviteit bij patiënten in
2890 de palliatieve fase, aangezien er geen evidente verschillen zijn in respons of snelheid van effect. De
2891 volgende factoren spelen wel een belangrijke rol bij de keuze: de levensverwachting van de patiënt,
2892 het specifieke bijwerkingenprofiel, een (familiaire) voorgeschiedenis met een specifiek middel en
2893 interacties met andere medicatie [Fairman 2021].
2894

2895 In een recente meta-analyse van 522 gerandomiseerde studies bij in totaal 116477 patiënten met een
2896 depressieve stoornis (zonder lichamelijke ziekte) werden 21 antidepressiva vergeleken met placebo of
2897 een ander antidepressivum [Cipriani 2018]. Alle antidepressiva waren effectiever dan placebo met
2898 odds ratios variërend van 1,37-2,13. Bij vergelijkende studies waren agomelatine, amitriptyline,
2899 escitalopram, mirtazapine, paroxetine, venlafaxine, and vortioxetine effectiever dan andere
2900 antidepressiva (odds ratios 1,19-1,96), terwijl fluoxetine, fluvoxamine, reboxetine, and trazodone de
2901 minst effectieve antidepressiva waren (odds ratios 0,51–0,84). Qua bijwerkingen waren agomelatine,
2902 citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, and vortioxetine acceptabeler dan andere
2903 antidepressiva (odds ratios 0,43–0,77), terwijl amitriptyline, clomipramine, duloxetine, fluvoxamine,
2904 reboxetine, trazodone, and venlafaxine de hoogste kans op uitval hadden (odds ratios 1,30–2,32).
2905 Gelet op deze bevindingen bij patiënten met depressie zonder lichamelijke ziekte lijken escitalopram,
2906 citalopram, sertraline en mirtazapine de middelen van voorkeur m.b.t. effectiviteit, bijwerkingen, uitval
2907 en beschikbaarheid in Nederland.
2908

2909 Bij het literatuuronderzoek werden twee meta-analyses besproken [Rayner 2011-1, Perusinghe 2020]
2910 over de behandeling van depressie bij patiënten in de palliatieve fase waarin in totaal 28 studies
2911 waren opgenomen waarbij een antidepressivum werd vergeleken met placebo. Alle onderzochte
2912 TCA's en SSRI's waren effectiever dan placebo met odds ratios op respons variërend van (afhankelijk

2913 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
 2914 verwachting in waren er geen evidente verschillen tussen TCA's en SSRI's m.b.t. bijwerkingen of
 2915 uitval. In deze twee reviews waren geen studies waarbij TCA's direct zijn vergeleken met SSRI's bij
 2916 patiënten met depressie in de palliatieve fase.

2917 Op basis van een beperkt aantal studies lijken mirtazapine en methylfenidaat significant effectiever
 2918 dan placebo.

2919

2920 In een systematische review werden 10 studies besproken bij in totaal 855 patiënten met kanker
 2921 (zowel in de curatieve als in de palliatieve fase) [Ostuzzi 2018]. Zeven studies werden gebruikt voor
 2922 een meta-analyse, waarbij vijf studies een of twee antidepressiva vergeleken met placebo en twee
 2923 studies twee antidepressiva met elkaar. Er werden geen significante verschillen gevonden in respons
 2924 na 6-12 weken tussen antidepressiva en placebo, gemeten als:

2925 • continue uitkomstmaat: standardized mean difference (SMD) -0,45 (95%BI -1,01-0,11);
 2926 • percentage patiënten met depressie aan het einde van de studie: relative risk 0,82, 95%BI 0,62-
 2927 1,08) en tussen TCA's en SSRI's (SMD -0,08, 95%BI -0,34-0,18).

2928 De studies waren van lage kwaliteit.

2929

2930 Meerdere studies (waaronder een RCT) laten een zeer snel stemmingsverbeterend effect zien van
 2931 ketamine (in eerste instantie i.v. toegediend, daarna switch naar intranasaal en oraal) op depressie bij
 2932 patiënten in de palliatieve fase [Goldman 2019]. Enkele pilot studies in de hospicesetting waarbij een
 2933 dagelijkse dosering orale ketamine wordt gegeven voor de behandeling van depressie geven
 2934 hoopvolle resultaten [Iglewicz 2015, Irwin 2013]. Grotere multicenter RCT's zijn noodzakelijk, voordat
 2935 ketamine kan worden aanbevolen voor depressie in de palliatieve zorg. Bovendien wordt orale
 2936 toediening van ketamine vooralsnog niet vergoed.

2937

2938 De richtlijnen van de American College of Physicians (evidence-based) en van de EAPC (consensus-
 2939 based) spreken geen duidelijke voorkeur uit voor een antidepressivum [Qaseem 2008, Stiefel 2001].
 2940 Een evidence-based Europese richtlijn over depressie in de palliatieve fase noemt met name
 2941 mirtazapine, citalopram en sertraline [Rayner 2011-2]. De richtlijn palliatieve zorg van de S3-Leitlinie
 2942 [2015] noemt amitriptyline, citalopram, mirtazapine, sertraline en venlafaxine, maar spreekt geen
 2943 voorkeur uit. Het gebruik van methylfenidaat wordt afgeraden.

2944 De richtlijn [Palliatieve zorg bij COPD](#) spreekt geen voorkeur uit voor een TCA of een SSRI. De richtlijn
 2945 [Palliatieve zorg bij nierfalen](#) spreekt een voorkeur uit voor citalopram en sertraline, met mirtazapine als
 2946 alternatief. De richtlijn [Ziekte van Parkinson](#) spreekt geen voorkeur uit voor een TCA of een SSRI.
 2947 Het Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine noemt escitalopram, sertraline, venlafaxine,
 2948 duloxetine, bupropion en mirtazapine als middelen van keuze [Fairman 2021].

2949

2950 Een harde keuze is op basis van bovengenoemde data niet te maken. De werkgroep is op grond van
 2951 onderzoek, richtlijnen, bijwerkingsprofiel, interacties en dagelijkse praktijk van mening dat
 2952 escitalopram, citalopram, sertraline (allen SSRI's) en mirtazapine de middelen van eerste keuze zijn.
 2953 Citalopram en escitalopram zijn ook beschikbaar als druppelvloeistof, wat soms een voordeel kan zijn.
 2954 De biologische beschikbaarheid is 25% hoger, waardoor deze lager gedoseerd moeten worden. Geen
 2955 van de middelen is beschikbaar voor parenterale toediening.

2956 Bij depressie gekenmerkt door vermoeidheid en lusteloosheid is bupropion het middel van keuze. Bij
 2957 contra-indicaties voor bupropion (bijv. condities die predisponeren tot verlaagde convulsiedrempel)
 2958 kan gekozen worden voor een combinatie van een SSRI en methylfenidaat.

2959 Alternatieven voor een SSRI zijn:

2960 • venlafaxine (bij eerder goed effect van venlafaxine of bij eerder slecht verdragen van SSRI's);
 2961 • duloxetine (bij een combinatie van depressie en chemotherapie-geïnduceerde neuropathie)
 2962 [Loprinzi 2020];
 2963 • een TCA, met name nortriptyline (bij eerder goed effect van een TCA of bij een combinatie van
 2964 depressie en neuropathische pijn).

2965 Bij onvoldoende reactie of onacceptabele bijwerkingen van een SSRI kan gewisseld worden naar:

2966 1) een ander SSRI, venlafaxine of mirtazapine/bupropion op indicatie
 2967 2) een TCA, bij voorkeur nortriptyline.

2968 Bij een korte levensverwachting (<3 maanden) wordt gekozen voor methylfenidaat.

2969
2970 De voorschrijver is verantwoordelijk voor het evalueren van het effect van bovengenoemde middelen.
2971 Zo nodig wordt verwezen naar psychiater, internist ouderengeneeskunde of klinisch geriater voor
2972 (verdere) medicamenteuze behandeling.
2973

2974 Doseringen [Fairman 2021, Expertisecentrum pharmacotherapie bij ouderen]:

- 2975 • escitalopram:
 - 2976 - startdosering 1dd 5-10 mg p.o., afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1-2 weken in
 - 2977 stappen van 5-10 mg op te hogen tot maximaal 1dd 20 mg;
 - 2978 - niet bij patiënten >70 jaar;
 - 2979 - kan ook in druppelvorm; vanwege hogere biologische beschikbaarheid doseringen met 25%
 - 2980 verlagen.
- 2981 • citalopram:
 - 2982 - startdosering 1dd 10-20 mg p.o., afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1-2 weken in
 - 2983 stappen van 10-20 mg op te hogen tot maximaal 1dd 40 mg;
 - 2984 - >70 jaar: 1dd 10 mg p.o., bij onvoldoende effect na 1-2 weken ophogen naar 1dd 20 mg p.o.
 - 2985 - kan ook in druppelvorm; vanwege hogere biologische beschikbaarheid doseringen met 25%
 - 2986 verlagen.
- 2987 • sertraline (tablet of druppelvloeistof):
 - 2988 - startdosering 1dd 25-50 mg p.o., afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1-2 weken in
 - 2989 stappen van 50 mg op te hogen tot maximaal 1dd 200 mg;
 - 2990 - geen dosisaanpassing >70 jaar.
- 2991 • mirtazapine:
 - 2992 - startdosering 1dd 7,5-15 mg p.o., afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1-2 weken in
 - 2993 stappen van 15 mg/dag op te hogen tot maximaal 1dd 45 mg;
 - 2994 NB sederend effect neemt af bij doseringen >15 mg/dag;
 - 2995 - geen dosisaanpassing >70 jaar.
- 2996 • venlafaxine:
 - 2997 - startdosering 1dd 37,5 XR -75 mg XR p.o., afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1-2
 - 2998 weken ophogen met 75 mg/dag tot maximaal 225 mg XR;
 - 2999 - >70 jaar: startdosering 1dd 37,5 mg XR, afhankelijk van bijwerkingen en effect na 2 weken
 - 3000 ophogen tot maximaal 225 mg XR.
- 3001 • duloxetine
 - 3002 - startdosering 1dd 30 mg, afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1-2 weken ophogen met 30
 - 3003 mg tot maximaal 1dd 90 mg.
 - 3004 - geen dosisaanpassing >70 jaar
- 3005 • bupropion:
 - 3006 - startdosering 1dd 150 mg (slow release tablet) in de ochtend, afhankelijk van bijwerkingen en
 - 3007 effect na 1 week op te hogen tot maximaal 450 mg.
- 3008 • TCA, bij voorkeur nortriptyline:
 - 3009 - startdosering 2-3dd 25 mg p.o. of 1dd 50 mg a.n., zo nodig met 25 mg om de dag ophogen tot
 - 3010 maximaal 2-3dd 50 mg of 150 mg a.n.;
 - 3011 - >60 jaar: 10 mg 2-3 dd, p.o. zo nodig om de andere dag geleidelijk verhogen met 10-20 mg tot
 - 3012 maximaal 150 mg/dag;
 - 3013 - >80 jaar en ernstige somatische co morbiditeit en dementie: 1dd 10 mg p.o. en daarna elke 3-
 - 3014 4 dagen verhogen met 25 mg/dag, bij 75 mg/dag een plasma concentratie bepalen.
- 3015 • methylfenidaat:
 - 3016 - startdosering 2dd 5 mg om 8 en 14 uur; ophogen met 5 mg per dosis tot maximaal 2dd 15 mg.
 - 3017 - Beoordeel het effect van iedere dosis binnen enkele dagen.
 - 3018 - Wees voorzichtig bij pre-existente angstsymptomen.
 - 3019

3020 Referenties

- 3021 1. Baldo BA, Rose MA. The anaesthetist, opioid analgesic drugs, and serotonin toxicity: a
3022 mechanistic and clinical review. Br J Anaesth. 2020 Jan;124(1):44-62.
- 3023 2. Bruera, E., Carraro, S., Roca, E., Barugel, M., & Chacon, R. (1986). Double-blind evaluation of the
3024 effects of mazindol on pain, depression, anxiety, appetite, and activity in terminal cancer patients.

- 3025 Cancer treatment reports, 70(2), 295–298.
- 3026 3. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Chaimani A, Atkinson LZ, Ogawa Y, Leucht S, Ruhe HG,
- 3027 Turner EH, Higgins JPT, Egger M, Takeshima N, Hayasaka Y, Imai H, Shinohara K, Tajika A,
- 3028 Ioannidis JPA, Geddes JR. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for
- 3029 the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network
- 3030 meta-analysis. *Lancet*. 2018 Apr 7;391(10128):1357-1366.
- 3031 4. Expertisecentrum farmacotherapie bij ouderen. www.ephor.nl, 2021.
- 3032 5. Fairman N, Irwin SA. Diagnosis and Management of Depression in Palliative Care In: In:
- 3033 Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine: Psychosocial Care of the Terminally Ill.pp..., 2021
- 3034 6. Fisch, M. J., Loehrer, P. J., Kristeller, J., Passik, S., Jung, S. H., Shen, J., Arquette, M. A., et al.
- 3035 (2003). Fluoxetine versus placebo in advanced cancer outpatients: A double-blinded trial of the
- 3036 Hoosier Oncology Group. *Journal of Clinical Oncology*, 21(10), 1937–1943.
- 3037 7. Goldman N, Frankenthaler M, Klepacz L. The Efficacy of Ketamine in the Palliative Care Setting:
- 3038 A Comprehensive Review of the Literature. *J Palliat Med*. 2019 Sep;22(9):1154-1161. doi:
- 3039 10.1089/jpm.2018.0627. Epub 2019 May 15. PMID: 31090477.
- 3040 8. Holland, J. C., Romance, S. J., Heiligenstein, J. H., Terner, R. G., & Wilson, M. G. (1998). A
- 3041 controlled trial of fluoxetine and desipramine in depressed women with advanced cancer. *Psycho-*
- 3042 *Oncology*, 7(4), 291–300.
- 3043 9. Iglewicz A, et al. Ketamine for the treatment of depression in patients receiving hospice care: a
- 3044 retrospective medical record review of thirty-one cases. *Psychosomatics* 2015;56(4):329-37. PMID
- 3045 25616995.
- 3046 10. Irwin SA, et al. Daily oral ketamine for the treatment of depression and anxiety in patients
- 3047 receiving hospice care: a 28-day open-label proof-of-concept trial. *J Palliat Med* 2013;16(8):958-
- 3048 65. PMID 23805864.
- 3049 11. Kerr, C. W., Drake, J., Milch, R. A., Brazeau, D. A., Skretny, J. A., Brazeau, G. A., & Donnelly, J.
- 3050 P. (2012). Effects of methylphenidate on fatigue and depression: A randomized, double-blind,
- 3051 placebo-controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 43(1), 68–77. Elsevier Inc.
- 3052 Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.03.026>.
- 3053 12. Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn
- 3054 Depressie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2013.
- 3055 13. Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. ADDENDUM Ouderen bij
- 3056 de multidisciplinaire Richtlijn Depressie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2008.
- 3057 14. Loprinzi CL, Lacchetti C, Bleeker J, Cavaletti G, Chauhan C, Hertz DL, Kelley MR, Lavino A,
- 3058 Lustberg MB, Paice JA, Schneider BP, Lavoie Smith EM, Smith ML, Smith TJ, Wagner-Johnston
- 3059 N, Hershman DL. Prevention and Management of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy
- 3060 in Survivors of Adult Cancers: ASCO Guideline Update. *J Clin Oncol*. 2020 Oct 1;38(28):3325-
- 3061 3348.
- 3062 15. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, Burri H, Butler J,
- 3063 Čelutkienė J, Chioncel O, Cleland JGF, Coats AJS, Crespo-Leiro MG, Farmakis D, Gilard M,
- 3064 Heymans S, Hoes AW, Jaarsma T, Jankowska EA, Lainscak M, Lam CSP, Lyon AR, McMurray
- 3065 JJV, Mebazaa A, Mindham R, Muneretto C, Francesco Piepoli M, Price S, Rosano GMC,
- 3066 Ruschitzka F, Kathrine Skibellund A; ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines for
- 3067 the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2021 Sep
- 3068 21;42(36):3599-3726.
- 3069 16. Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-standaard Depressie, 2019.
- 3070 17. Ng, C. G., Boks, M. P., Roes, K. C., Zainal, N. Z., Sulaiman, A. H., Tan, S. B., & de Wit, N. J.
- 3071 (2014). Rapid response to methylphenidate as an add-on therapy to mirtazapine in the treatment
- 3072 of major depressive disorder in terminally ill cancer patients: a four-week, randomized, double-
- 3073 blinded, placebo-controlled study. *Eur Neuropsychopharmacol*, 24(4), 491–498. Retrieved from
- 3074 <http://1.117.227.239>.
- 3075 18. Ostuzzi G, Matcham F, Dauchy S, Barbui C, Hotopf M. Antidepressants for the treatment of
- 3076 depression in people with cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Apr 23;4(4):CD011006.
- 3077 19. Palmer SC, Natale P, Ruospo M, Saglimbene VM, Rabindranath KS, Craig JC, S. G. (2017).
- 3078 Antidepressants for Treating Depression in Adults with End-stage Kidney Disease with Dialysis.
- 3079 *Issues in Mental Health Nursing*, 38(10), 881–882.
- 3080 20. Perusinghe, M., Chen, K. Y., & Mcdermott, B. (2021). Evidence-Based Management of

- 3081 Depression in Palliative Care: A Systematic Review. *Journal of Palliative Medicine*, 24(5), 767–
3082 781.
- 3083 21. Pollok, J., Van Agteren, J. E. M., & Carson-Chahhoud, K. V. (2018). Pharmacological
3084 interventions for the treatment of depression in chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane*
3085 *Database of Systematic Reviews*, 2018(12).
- 3086 22. Qaseem A, Snow V, Shekelle P, Casey DE Jr, Cross JT Jr, Owens DK; Clinical Efficacy
3087 Assessment Subcommittee of the American College of Physicians, Dallas P, Dolan NC, Forciea
3088 MA, Halasyamani L, Hopkins RH Jr, Shekelle P. Evidence-based interventions to improve the
3089 palliative care of pain, dyspnea, and depression at the end of life: a clinical practice guideline from
3090 the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2008 Jan 15;148(2):141-6.
- 3091 23. Rayner, L., Price, A., Evans, A., Valsraj, K., Hotopf, M., & Higginson, I. J. (2011-1).
3092 Antidepressants for the treatment of depression in palliative care: Systematic review and meta-
3093 analysis. *Palliative Medicine*, 25(1), 36–51.
- 3094 24. Rayner L, Price A, Hotopf M, Higginson IJ. The development of evidence-based European
3095 guidelines on the management of depression in palliative cancer care. *Eur J Cancer*. 2011-2
3096 Mar;47(5):702-12.
- 3097 25. S3-Leitlinie. Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Kurzversion
3098 1.1, 2015.
- 3099 26. Stiefel F, Die Trill M, Berney A, Olarte JM, Razavi A. Depression in palliative care: a pragmatic
3100 report from the Expert Working Group of the European Association for Palliative Care. *Support*
3101 *Care Cancer*. 2001 Oct;9(7):477-88.
- 3102 27. Sullivan, D. R., Mongoue-Tchokote, S., Mori, M., Goy, E., & Ganzini, L. (2017). Randomized,
3103 double-blind, placebo-controlled study of methylphenidate for the treatment of depression in SSRI-
3104 treated cancer patients receiving palliative care. *Psycho-Oncology*, 26(11), 1763–1769.
- 3105 28. Theobald, D. E., Kirsh, K. L., Holtsclaw, E., Donaghy, K., & Passik, S. D. (2002). An open-label,
3106 crossover trial of mirtazapine (15 and 30 mg) in cancer patients with pain and other distressing
3107 symptoms. *Journal of Pain and Symptom Management*, 23(5), 442–447.

3108 7. Organisatie van zorg

3109

3110 Uitgangsvraag

3111 Op welke wijze dient vormgegeven te worden aan organisatie van zorg bij patiënten met depressie in
3112 de palliatieve fase?

3113

3114 Methode: consensus-based

3115

3116 Aanbevelingen

3117 Bij patiënten met depressie in de palliatieve fase:

3118 • Gebruik een individueel zorgplan dat voor iedereen toegankelijk en inzichtelijk is, bij voorkeur
3119 digitaal.

3120 • Realiseer dat er één regiebehandelaar is die erop toeziet dat:

- 3121 ○ de continuïteit en de samenhang van de zorgverlening aan de patiënt wordt bewaakt en dat
- 3122 waar nodig een aanpassing van de gezamenlijke behandeling in gang wordt gezet;
- 3123 ○ er een adequate informatie-uitwisseling en voldoende overleg is tussen de bij de behandeling
- 3124 van de patiënt betrokken zorgverleners;
- 3125 ○ er één aanspreekpunt (centrale zorgverlener) voor de patiënt en diens naaste betrekking(en)
- 3126 is voor het tijdig beantwoorden van vragen over de behandeling.

3127 De regiebehandelaar of centrale zorgverlener hoeft geen arts te zijn, maar kan bijvoorbeeld ook
3128 een verpleegkundige zijn.

3129 • Zorg ervoor dat op ieder moment in het ziekteverloop duidelijk is wie het eerste aanspreekpunt
3130 (centrale zorgverlener) voor de patiënt en diens naaste is, zowel voor het betreffende ziekteverloop
3131 als voor de dagelijkse algemene zorg. Dit hoeft geen arts te zijn, maar kan bijvoorbeeld ook een
3132 verpleegkundige zijn.

3133 • Bespreek met de patiënt/naasten bij welke problemen welke zorgverlener geraadpleegd kan
3134 worden.

3135 • Leg afspraken vast over beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorgverleners voor patiënt en
3136 naaste vast in het individuele zorgplan.

3137 • Richt de zorg in conform de principes van modellen zoals matched care of collaborative care.

3138 • Draag altijd zorg voor een goede afstemming en overdracht tussen de verschillende
3139 zorgverleners, vooral tussen ziekenhuis, verpleeghuis, hospice, thuiszorg en huisarts.

3140 • Zorg ervoor dat naasten van de patiënt weten hoe ze de zorgverleners kunnen bereiken als de
3141 angst niet onder controle te krijgen is.

3142 • Overweeg deelname aan een multidisciplinaire bespreking, zoals

- 3143 ○ een PaTz bespreking in de eerste lijn;
- 3144 ○ een multidisciplinair overleg in de intramurale setting (ziekenhuis, verpleeghuis of elders);
- 3145 ○ in de regio in een oncologienetwerk (medisch technisch en/of voor zorg voor gevolgen van
- 3146 kanker).

3147 • Schakel bij moeilijk behandelbare depressie consultatie van een multidisciplinair consultatieteam
3148 palliatieve zorg in. In de eerste en tweede lijn een multidisciplinair consultatieteam palliatieve zorg
3149 via stichting PZNL en in een instelling een multidisciplinair team palliatieve zorg

3150 (<https://palliaweb.nl/zorgpraktijk/consultatie>).

3151 • Overweeg laagdrempelig verwijzing naar professionals die ervaring hebben met palliatieve zorg
3152 en behandeling van depressie:

- 3153 ○ Verpleegkundig specialist (bijv. palliatieve zorg/ oncologie/ neurologie);
- 3154 ○ Palliatieve (thuis)zorg;
- 3155 ○ Praktijkondersteuner huisarts;
- 3156 ○ Vrijwilligers palliatieve zorg;
- 3157 ○ Psycholoog;
- 3158 ○ Psychiater;
- 3159 ○ Psychiatrisch verpleegkundige/ SPV'er;
- 3160 ○ Geestelijk verzorger (<https://geestelijkeverzorging.nl>);
- 3161 ○ Maatschappelijk werker;
- 3162 ○ Kaderarts palliatieve zorg;

- 3163 ○ Specialist ouderengeneeskunde (in eerste lijn of intramuraal) of klinisch geriater/internist
3164 ouderengeneeskunde (intramuraal);
3165 ○ Vaktherapeut (bijv. creatief therapeut of muziektherapeut).
3166 • Verwijs bij het vermoeden van een depressie in engere zin of suïcidaliteit naar een psychiater.
3167 • Maak desgewenst gebruik van de [Palliatieve zorgzoeker](#) voor het vinden van professionals
3168 werkzaam in de palliatieve zorg, zoals bijvoorbeeld geestelijk verzorgers, mantelzorg
3169 ondersteuning, psychologen etc. of van de [digitale verwijsgids kanker](#). Hierbij wordt geadviseerd
3170 de zoekterm 'depressie' te gebruiken.

3171

3172 Literatuurbespreking

3173 Voor deze uitgangsvraag is geen systematisch literatuuronderzoek verricht.

3174

3175 Conclusies

3176 --

3177

3178 Overwegingen

3179 In het palliatieve zorgtraject zijn vaak meerdere zorgverleners bij een patiënt betrokken en vindt de
3180 zorg in verschillende settings plaats. Dit vraagt om goede coördinatie van de zorg, goede overdracht,
3181 documentatie en afspraken over beschikbaarheid en bereikbaarheid [IKNL/Palliactief 2017, Eizenga
3182 2006]. Ook in de kwaliteitsstandaard Psychosociale Zorg bij somatische ziektes wordt beschreven wat
3183 goede psychosociale zorg is en op welke wijze die geleverd moet worden [FMS 2019].

3184 Het Kwaliteitskader Palliatieve zorg Nederland [IKNL/Palliactief 2017] geeft ten aanzien van
3185 coördinatie en continuïteit de volgende standaarden aan:

- 3186 • Er wordt gebruik gemaakt van een **individueel zorgplan**, bij voorkeur digitaal, dat voor zowel de
3187 hulpverleners als de patiënt toegankelijk en inzichtelijk is. In het individueel zorgplan worden de
3188 waarden en de wensen van de patiënt beschreven en beslissingen over in te zetten
3189 behandelingen of wijzigingen in de zorg vastgelegd. Hierin kunnen ook afspraken worden
3190 vastgelegd over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorgverleners voor patiënt en
3191 mantelzorger.
- 3192 • Rondom de patiënt en diens naasten wordt een **persoonlijk en dynamisch team van**
3193 **zorgverleners** gevormd waarbij afspraken worden gemaakt over bereikbaarheid. Beschikbare
3194 voorzieningen en expertise worden daadwerkelijk benut en ingeschakeld. Noodzakelijke transfers
3195 dienen naadloos te verlopen. Dit team werkt op basis van het individuele zorgplan.

3196

3197 De aard en de complexiteit van palliatieve zorg maakt dat er binnen het multidisciplinaire team één
3198 zorgverlener aangewezen dient te worden die de regie voert. Dit is de **regiebehandelaar** [Centraal
3199 Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 2021].

3200 De zorgverlener die de regie voert ziet er in ieder geval op toe, dat:

- 3201 • de continuïteit en de samenhang van de zorgverlening aan de patiënt wordt bewaakt en dat waar
3202 nodig een aanpassing van de behandeling in gang wordt gezet;
- 3203 • er een adequate informatie-uitwisseling en voldoende overleg is tussen de bij de behandeling van
3204 de patiënt betrokken zorgverleners;
- 3205 • er een **centrale zorgverlener** wordt aangewezen die fungeert als vast aanspreekpunt voor de
3206 patiënt of diens vertegenwoordiger en/of naasten is voor het tijdig beantwoorden van vragen over
3207 de behandeling. De zorgverlener die de regie voert, hoeft niet zelf het vaste aanspreekpunt te zijn
3208 en alle vragen te kunnen beantwoorden, maar moet wel de weg naar de antwoorden weten te
3209 vinden. Wie de centrale zorgverlener is kan wisselen in verschillende fases van het ziekteproces.

3210

3211 Uitgangspunt is dat elke zorgverlener die bij de behandeling is betrokken een eigen professionele
3212 verantwoordelijkheid heeft en houdt jegens die patiënt. De regiebehandelaar of de centrale
3213 zorgverlener hoeft geen arts te zijn. Wel dient deze een BIG-registratie hebben. Dit kan bijvoorbeeld
3214 ook een verpleegkundige zijn. Voor de mogelijkheden in behandeling en ondersteuning is de
3215 regiebehandelaar veelal afhankelijk van de beschikbaarheid van ondersteunende diensten binnen
3216 zijn/haar netwerk.

3217

3218 Het is altijd belangrijk om te zorgen voor een goede afstemming en overdracht tussen de
3219 verschillende zorgverleners, vooral tussen ziekenhuis, verpleeghuis, hospice, thuiszorg en huisarts.

3220 Zorg ervoor dat op ieder moment in het ziekteverloop duidelijk is wie het eerste aanspreekpunt
3221 (centrale zorgverlener) voor de patiënt en diens naaste is, zowel voor het betreffende ziekteverloop als
3222 voor de dagelijkse algemene zorg. Zorg ervoor dat naasten van de patiënt weten hoe ze de
3223 zorgverleners kunnen bereiken als de angst niet onder controle te krijgen is. Leg afspraken vast over
3224 beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorgverleners voor patiënt en naaste vast in het individueel
3225 zorgplan.

3226 Bij ernstige depressieve klachten, jonge leeftijd, een eerdere slechte respons op behandeling,
3227 psychiatrische co-morbiditeit, somatische co-morbiditeit, jeugdtrauma, verminderd psychosociaal
3228 functioneren, oude leeftijd en lage sociaaleconomische status is vaker verwijzing naar
3229 gespecialiseerde zorg noodzakelijk [Van Krugten 2017].
3230 De werkgroep is van mening dat bij patiënten met depressie in een palliatief zorgtraject laagdrempelig
3231 verwijzing naar specialistische zorg gewenst is. De ASCO-richtlijn [Andersen 2014] adviseert om
3232 patiënten voor psychosociale interventies te verwijzen naar getrainde professionals, met ervaring in de
3233 oncologische setting die bewezen effectieve behandelingen aanbieden. Hiervoor kan verwezen
3234 worden naar de volgende zorgverleners:

- 3235 • Verpleegkundig specialist (bijv. palliatieve zorg/ oncologie/ neurologie): voor intensievere
3236 begeleiding/contact vanuit het betreffende vakgebied;
- 3237 • Palliatieve (thuis)zorg: voor ondersteuning bij o.a. ADL zorg en medicatie inname, maar ook voor
3238 medisch technische handelingen in de 1ste lijn;
- 3239 • Praktijkondersteuner huisarts: voor laagdrempelig contact in de 1ste lijn;
- 3240 • Vrijwilligers palliatieve zorg: voor steun en praktische ondersteuning bij de zorg;
- 3241 • Psycholoog: voor diagnostiek en behandeling, zowel intramuraal (in ziekenhuis/ zorgcentrum) als
3242 in de eerste lijn.
- 3243 • Psychiater: bij depressie in engere zin en/of suïcidaliteit;
- 3244 • Psychiatrisch verpleegkundige/SPV'er: voor ambulante begeleiding.
- 3245 • Bij kwetsbare ouderen en/of neurocognitieve problematiek: specialist ouderengeneeskunde (in
3246 eerste lijn of intramuraal) of klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde (intramuraal);
- 3247 • Geestelijk verzorger: bij zingeving en levensvragen. In de eerste lijn kan gebruikgemaakt worden
3248 van de site <https://geestelijkeverzorging.nl/> voor een professional in de buurt;
- 3249 • Maatschappelijk werker: voor steun, rouwverwerking en allerlei praktische zaken (bijv.
3250 juridisch/financieel);
- 3251 • Vaktherapeut (bijv. creatief therapeut of muziektherapeut): om patiënten te helpen met het uiten
3252 van emoties en het verwerken van traumatische of ingrijpende ervaringen. Vaktherapeuten
3253 worden met name intramuraal ingezet.
- 3254 • Maak desgewenst gebruik van de [Palliatieve Zorgzoeker](#) voor het vinden van professionals
3255 werkzaam in de palliatieve zorg zoals bijvoorbeeld: geestelijk verzorgers, mantelzorg
3256 ondersteuning, psychologen etc. of van de [digitale verwijsgids kanker](#). Hierbij wordt geadviseerd
3257 de zoekterm 'depressie' te gebruiken.

3258
3259 De mogelijkheden van behandeling/ondersteuning kunnen verschillen tussen de eerstelijns/
3260 tweedelijns/ derdelijns en intramurale zorg. Schakel bij moeilijk behandelbare depressie consultatie
3261 van een multidisciplinair consultatieteam palliatieve zorg in. In de eerste lijn zijn zogenaamde PaTz-
3262 groepen (palliatief thuiszorgoverleg) actief. In de eerste en tweede lijn is er de mogelijkheid tot
3263 telefonische consultatie van een multidisciplinair consultatieteam palliatieve zorg via Stichting PZNL
3264 (<https://palliaweb.nl/zorgpraktijk/consultatie>). In de tweede en derde lijn zijn vaak intramurale
3265 consultatieteams palliatieve zorg beschikbaar

3266
3267 Het Kwaliteitskader Palliatieve zorg Nederland [IKNL/Palliactief 2017] benadrukt verder het belang
3268 van:

- 3269 • goede en continue bereikbaarheid van zorgverleners;
- 3270 • multidisciplinair overleg en (lijnloze) samenwerking;
- 3271 • het werken met protocollen, richtlijnen en zorgpaden.

3272 Naar de mening van de werkgroep lijkt het geen twijfel dat de bovengenoemde standaarden en
3273 criteria ook gelden voor patiënten in de palliatieve fase met depressie.

3274
3275 Coördinatie van zorg kan onder andere vorm krijgen door laagdrempelig multidisciplinair of
3276 transmuraal overleg, bijvoorbeeld door deelname aan een zogenaamde PaTz-groep, waarin
3277 huisartsen en wijkverpleegkundigen op gestructureerde wijze bespreken hoe de zorg aan patiënten in
3278 de palliatieve fase vormgegeven kan worden (<https://www.patz.nu/>) of aan een regionaal
3279 oncologienetwerk. In intramurale instellingen kan deelgenomen worden aan een bespreking van het
3280 multidisciplinaire consultatieteam palliatieve zorg.

3281 **Zorgverlening conform matched care en collaborative care**

3282
3283 Definities:
3284 Matched Care is het afstemmen van de behandeling op kenmerken van de patiënt, zoals de aard en
3285 ernst van de problematiek, cognitieve en sociale vaardigheden, omgevingsfactoren en wensen en
3286 behoeften van de patiënt. Belangrijk is dat de patiënt zo snel mogelijk bij de juiste hulpverlener komt
3287 en de juiste behandeling krijgt, ter voorkoming van onder- of overbehandeling.
3288 Collaborative care is een behandelmodel waarin hulpverleners uit verschillende disciplines (lijnloos)
3289 samenwerken om tijdige en passende zorg aan de patiënt te bieden en daarmee de zorg voor de
3290 patiënt zo goed mogelijk uit te voeren. Dit model is effectiever dan reguliere zorg bij mensen met
3291 depressie en kanker [Li, 2017]. De casemanager coördineert de behandeling in samenwerking en
3292 afstemming met andere betrokken disciplines, zoals bijvoorbeeld de medisch specialist, huisarts en
3293 psycholoog [Munting 2016].

3294 Voor het inzetten van passende zorg is het belangrijk dat zorgverleners en patiënten bekend zijn met
3295 het lokale zorgaanbod ten behoeve van depressie in de palliatieve fase, zowel in hun eigen netwerk,
3296 de eigen zorginstelling als in de regio. Met andere woorden: wat wordt waar en door wie geboden met
3297 welke specifieke deskundigheid. Dit zorgt ervoor dat – samen met de patiënt – gekozen kan worden
3298 voor zorg en ondersteuning passend bij de vraag van de patiënt; conform de principes van
3299 collaborative en matched care [Keitner 2006; Huffman-2018].
3300

3301 Bij modellen voor collaborative care wordt uitgegaan van langere periodes van ziekte waarin
3302 behandeling en ondersteuning noodzakelijk zijn en (lijnloze) samenwerking tussen zorgverleners - uit
3303 verschillende disciplines - in het aanbieden van deze zorg benodigd is om de zorg voor de patiënt zo
3304 goed mogelijk uit te voeren. Deze zorg wordt in een vroeg stadium proactief geboden bij voorkeur
3305 dichtbij de patiënt. De centrale zorgverlener, bijvoorbeeld een verpleegkundige of verpleegkundig
3306 specialist, coördineert de zorg. Hierbij worden veelal principes van matched care toegepast, waarbij
3307 het monitoren van klachten en zorgbehoefte centraal staat, evenals doorverwijzen naar passende
3308 zorg of ondersteuning waar nodig [LOPPSOZ visiedocument 2015].
3309

3310 **Referenties**

- 3311 1. Andersen BL, DeRubeis RJ, Berman BS, Gruman J, Champion VL, Massie MJ, Holland JC,
3312 Partridge AH, Bak K, Somerfield MR, Rowland JH; American Society of Clinical Oncology.
3313 Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an
3314 American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. J Clin Oncol. 2014 May
3315 20;32(15):1605-19.
- 3316 2. Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 29 januari 2021, ECLI:NL:TGZCTG:2021:36.
- 3317 3. Huffman JC, Adams CN, Celano CM. Collaborative Care and Related Interventions in Patients
3318 With Heart Disease: An Update and New Directions. Psychosomatics. 2018 Jan-Feb;59(1):1-18.
3319 doi: 10.1016/j.psym.2017.09.003. Epub 2017 Sep 18.
- 3320 4. Eizenga WH, De Bont M, Vriezen JA, Jobse AP, Kruyt JE, Lampe IH, et al. Landelijke eerstelijns
3321 samenwerkingsafpraak palliatieve zorg. Huisarts en Wetenschap 2006;49:308-312.
- 3322 5. FMS 2019 Kwaliteitsstandaard Psychosociale zorg bij somatische aandoeningen
- 3323 6. Huffman JC, Adams CN, Celano CM. Collaborative Care and Related Interventions in Patients
3324 With Heart Disease: An Update and New Directions. Psychosomatics. 2018 Jan-Feb;59(1):1-18.
3325 doi: 10.1016/j.psym.2017.09.003. Epub 2017 Sep 18.
- 3326 7. IKNL/Palliatief. Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland. 2017;1-70.

- 3327 8. Keitner et al., 2006 Keitner GI, Ryan CE, Solomon DA. Realistic expectations and a disease
3328 management model for depressed patients with persistent symptoms. J Clin Psychiatry.
3329 2006;67(9):1412-21. PubMed PMID: 17017828
3330 9. Li M, Kennedy EB, Byrne N, Gerin-Lajoie C, Katz MR, Keshevarz H, Sellick S, Green E.
3331 Systematic review and meta-analysis of collaborative care intervention for depression in patients
3332 with cancer. Psychooncology. 2017 May;26(5):573-587
3333 10. Muntingh AD, van der Feltz-Cornelis CM, van Marwijk HW, Spinhoven P, van Balkom AJ.
3334 Collaborative care for anxiety disorders in primary care: a systematic review and meta-analysis.
3335 BMC Fam Pract. 2016 Jun 2;17:62. doi: 10.1186/s12875-016-0466-3. PMID: 27250527; PMCID:
3336 PMC4890271.
3337 11. Psychosociale oncologische zorg, Landelijk Overleg Paramedische en Psychosociale
3338 Oncologische Zorg (LOPPSOZ), visiedocument 2015.

CONCEPT

CONCEPT

3340 **Bijlage 1 Geldigheid**

3341
3342 Deze richtlijn is goedgekeurd op [datum goedkeuring]. De eigenaars van de richtlijn moeten kunnen
3343 aantonen dat de richtlijn zorgvuldig en met de vereiste deskundigheid tot stand is gekomen.
3344 Het eigenaarschap van deze richtlijn ligt bij de beroeps- en wetenschappelijke verenigingen die de
3345 herziening hebben uitgevoerd en de richtlijn hebben geautoriseerd. Bij voorkeur beoordelen zij jaarlijks
3346 of de (modules van de) richtlijn nog actueel zijn.
3347 De regiehoudende vereniging is de eerstverantwoordelijke om bij te houden of een richtlijn geüpdatet
3348 moet worden. Zo nodig wordt de richtlijn tussentijds op onderdelen bijgesteld. De geldigheidstermijn
3349 van de richtlijn is maximaal 5 jaar na vaststelling. Indien de richtlijn dan nog actueel wordt bevonden,
3350 wordt de geldigheidsduur van de richtlijn verlengd. IKNL draagt zorg voor het beheer en de ontsluiting
3351 van de richtlijn.

3352
3353 **Juridische betekenis van richtlijnen/richtlijnmodules**

3354 De richtlijn bevat aanbevelingen van algemene aard. Het is mogelijk dat deze aanbevelingen in een
3355 individueel geval niet van toepassing zijn. Er kunnen zich feiten of omstandigheden voordoen
3356 waardoor het wenselijk is dat in het belang van de patiënt van de richtlijn wordt afgeweken. Wanneer
3357 van de richtlijn wordt afgeweken, dient dit beargumenteerd gedocumenteerd te worden. De toepassing
3358 van de richtlijnen in de praktijk is de verantwoordelijkheid van elke zorgverlener, zowel BIG-
3359 geregistreerd als niet BIG-geregistreerd.

Bijlage 2 Algemene gegevens

Initiatief

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

Regiehoudende vereniging

- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)

Autoriserende/instemmende en/of bij de richtlijnwerkgroep betrokken verenigingen

- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC)
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)
- Patiëntenfederatie Nederland
- Vereniging van Geestelijk VerZorgers (VGVZ)
- Verenso, vereniging van specialisten ouderengeneeskunde
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

Financiering

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 (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de cliënt/patiënt). Opname van een kwaliteitsstandaard in het Register betekent dus niet noodzakelijkerwijs dat de in de kwaliteitsstandaard beschreven zorg verzekerde zorg is.

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 rekt 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.

Bijlage 3 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 5](#)) is vertegenwoordigd door de Patiëntenfederatie Nederland in de richtlijnwerkgroep en afvaardiging van de Parkinson Vereniging, MS Vereniging en het Longfonds als klankbordleden.

Bij de uitvoer van het literatuuronderzoek is literatuuronderzoeker betrokken.

Werkgroepleden

- Dhr. dr. A. de Graeff, vicevoorzitter, internist-oncoloog, NIV
- Mevr.dr. F.B. van Heest, huisarts, NHG (vanaf mei 2021)
- Mevr. dr. M. van den Heuvel, cardioloog, NVVC
- Mevr. dr J.G.F.M. Hovens, voorzitter, psychiater, NVvP
- 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
- Mevr. dr. E. van Valen, GZ-psycholoog, NIP
- Mevr. P. Vlasman, 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, NVvP (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. M.A.P. Poulissen-Erinkveld, projectleider Zorg, Longfonds
- 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, NVvP
- Mevr. D. van Wijngaarden, verpleegkundig specialist, V&VN

Ondersteuning

- Mevr. B. Vogelaar, literatuuronderzoeker, Trimbos Instituut
- Mevr. dr. C.H. Stoop, procesbegeleider, adviseur palliatieve zorg, IKNL
- Mevr. F.M. Godrie, procesbegeleider, adviseur palliatieve zorg, IKNL
- Mevr. L.K. Liu, secretaresse, IKNL

Bijlage 4 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 belangenverstremgeling' 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.

CONCEPT

Bijlage 5 Inbreng patiëntperspectief

Het patiëntperspectief is vertegenwoordigd door de Patiëntenfederatie Nederland in de richtlijnwerkgroep en afvaardiging van de Parkinson Vereniging, MS Vereniging en het Longfonds 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 commentaarronde.
- 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.

Bijlage 6 Knelpunteninventarisatie

[Factsheet knelpuntenenquête Angst en Depressie in de palliatieve fase \(maart 2021\)](#)

CONCEPT

Bijlage 7 Methode

Elke module is opgebouwd volgens een vast stramien: uitgangsvraag, aanbevelingen, onderbouwing, conclusies, overwegingen en referenties. De antwoorden op de uitgangsvragen (dat zijn de aanbevelingen in deze richtlijn) zijn voor zover mogelijk gebaseerd op gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek. Enkele uitgangsvragen zijn zonder systematisch literatuuronderzoek uitgewerkt.

Knelpuntenanalyse

In de voorbereidende fase van de richtlijn is door de werkgroep een overzicht met knelpunten opgesteld. Deze knelpunten zijn middels een enquête voorgelegd aan zorgprofessionals via relevante beroeps- en wetenschappelijke verenigingen. Hierbij werd de respondenten gevraagd de knelpunten de prioriteren. Tevens was er de mogelijkheid om andere knelpunten aan te dragen.

De uitkomsten van de knelpunteninventarisatie ziet u via onderstaande hyperlink:

[Factsheet knelpuntenenquête Angst en Depressie in de palliatieve fase \(maart 2021\)](#). Deze resultaten zijn door de werkgroep besproken en omgezet in uitgangsvragen.

Ontwikkeling module(s)

Uitgangsvragen zonder systematisch literatuuronderzoek

Bij vier modules is geen systematisch literatuuronderzoek verricht. De teksten en aanbevelingen zijn uitsluitend gebaseerd op overwegingen die zijn opgesteld door de werkgroepleden op basis van kennis en ervaringen uit de praktijk en waar mogelijk onderbouwd door (niet systematisch) literatuuronderzoek. Deze artikelen zijn niet methodologisch beoordeeld.

De GRADE-methodiek

Uitgangsvragen *preventie, screening, psychosociale behandeling en medicamenteuze behandeling* zijn via de evidence-based GRADE-methodiek uitgewerkt.

Zoeken en selecteren

Bij deze modules is de uitgangsvraag omgezet naar één of meerdere onderzoeksvragen op basis van specifieke zoektermen. Daarnaast zijn door de werkgroep uitkomstmaten aangegeven die voor de patiënt belangrijk zijn. Deze uitkomstmaten zijn gewaardeerd op basis van belang bij de besluitvorming en hierdoor onderverdeeld in cruciale, belangrijke en niet-belangrijke uitkomstmaten.

Aan de hand van deze zoektermen is gezocht in diverse elektronische databases naar wetenschappelijke literatuur. De zoekstrategieën per onderzoeksvraag vindt u in [bijlage 8](#).

Op basis van vooraf opgestelde in- en exclusiecriteria werd de gevonden literatuur geselecteerd, eerst op basis van de titel en samenvatting en vervolgens op basis van het gehele artikel. Per module zijn de aantallen gevonden artikelen en de aantallen geëxcludeerde studies te vinden in [bijlage 8](#).

Redenen voor exclusie zijn opgenomen in de exclusietabellen in [bijlage 8](#).

Naast de selectie op relevantie werd tevens geselecteerd op bewijskracht. Hiervoor werd gebruik gemaakt van de volgende hiërarchische indeling van studiedesigns gebaseerd op bewijskracht:

1. systematische reviews
2. gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's)
3. niet gerandomiseerde gecontroleerde studies (CCT's)

Kwaliteit van individuele studies

Individuele studies werden beoordeeld door middel van de Cochrane Risk of Bias tool (gerandomiseerde studies) en de AMSTAR Risk of Bias tool (systematische reviews).

Kwaliteit van het bewijs

Vervolgens werd de kwaliteit van het bewijs beoordeeld volgens de GRADE-methodiek. De kwaliteit van bewijs wordt weergegeven in vier categorieën: hoog, matig, laag en zeer laag. Zoals te zien is in tabel 1, starten RCT's hoog en observationele studies laag. Vijf factoren verlagen de kwaliteit van de bewijskracht en drie factoren kunnen de kwaliteit van de evidentie verhogen (zie tabel 1). Op deze manier werd de bewijskracht per uitkomstmaat gegradeerd.

Tabel 1. GRADE-methodiek voor het graderen van bewijs

Kwaliteit van bewijs	Onderzoeksoepzet	Verlagen als	Verhogen als
Hoog	Gerandomiseerde studie	<u>Beperkingen in de onderzoeksoepzet</u> -1 ernstig -2 zeer ernstig	<u>Sterke associatie</u> + 1 sterk + 2 zeer sterk
Matig	Observationele studie	<u>Inconsistenties</u> -1 ernstig -2 zeer ernstig	<u>Dosis-respons relatie</u> + 1 bewijs voor deze relatie
Laag		<u>Indirectheid</u> -1 ernstig -2 zeer ernstig	<u>Aanwezigheid van plausibele residuele confounding</u> + 1 zou een aangetoond effect verminderen, of
Zeer laag		<u>Imprecisie</u> -1 ernstig -2 zeer ernstig	+ 1 zou een onterecht effect suggereren als de resultaten geen effect laten zien
		<u>Publicatiebias</u> -1 waarschijnlijk -2 zeer waarschijnlijk	

Algehele kwaliteit van bewijs

Omdat het beoordelen van de kwaliteit van bewijs in de GRADE-methodiek per uitkomstmaat geschiedt, is er behoefte aan het bepalen van de algehele kwaliteit van bewijs. Voor het literatuuronderzoek werd door de richtlijnwerkgroep bepaald welke uitkomstmaten cruciaal, belangrijk en niet belangrijk zijn. Het niveau van de algehele kwaliteit van bewijs wordt in principe bepaald door de cruciale uitkomstmaat met de laagste kwaliteit van bewijs.

Als echter de kwaliteit van het bewijs verschilt tussen de verschillende cruciale uitkomstmaten zijn er twee opties:

- De uitkomstmaten wijzen in verschillende richtingen (zowel gewenst als ongewenste effecten) of de balans tussen gewenste en ongewenste effecten is onduidelijk, dan bepaalt de laagste kwaliteit van bewijs van de cruciale uitkomstmaten de algehele kwaliteit van bewijs;
- De uitkomstmaten wijzen in dezelfde richting (richting gewenst of richting ongewenst effecten), dan bepaalt de hoogste kwaliteit van bewijs van de cruciale uitkomstmaat dat op zichzelf voldoende is om de interventie aan te bevelen van de algehele kwaliteit van bewijs.

Op basis hiervan werden de conclusies geformuleerd (zie tabel 2).

Tabel 2. Formulering conclusies op basis van kwaliteit van bewijs per uitkomstmaat

Kwaliteit van bewijs	Interpretatie	Formulering conclusie
Hoog	Er is <u>veel vertrouwen</u> dat het werkelijk effect dicht in de buurt ligt van de schatting van het effect.	Zie tabel 3
Matig	Er is <u>matig vertrouwen</u> in de schatting van het effect: het werkelijk effect ligt waarschijnlijk dicht bij de schatting van het effect, maar er is een mogelijkheid dat het hier substantieel van afwijkt.	Zie tabel 3
Laag	Er is <u>beperkt vertrouwen</u> in de schatting van het effect: het werkelijke effect kan substantieel verschillend zijn van de schatting van het effect.	Zie tabel 3
Zeer laag	Er is <u>weinig vertrouwen</u> in de schatting van het effect: het werkelijke effect wijkt waarschijnlijk substantieel af van de schatting van het effect.	Zie tabel 3

Formulering algehele kwaliteit van bewijs: hoog/matig/laag/zeer laag.

Tabel 3. Standaard GRADE conclusies

Grootte van het effect*	Suggesties voor het verwoorden van een conclusie (per uitkomstmaat)
Certainty of evidence: hoog (mogelijke werkwoorden: geeft, heeft (een effect) resulteert in, zal, [Eng: does])	
Groot effect	X geeft een grote vermindering van [sterfte] X resulteert in een grote vermindering van [sterfte]
Matig effect	X vermindert [sterfte] X resulteert in een vermindering van [sterfte]
Klein effect (belangrijk)	X vermindert de sterfte enigszins
Klein effect (geen belangrijk)	X heeft een klein effect, dat wellicht geen belangrijke vermindering van [sterfte] is X resulteert in een klein effect, dat wellicht geen belangrijke vermindering van [sterfte] is X resulteert in een klein, mogelijk onbelangrijk effect op [sterfte] X resulteert niet in een belangrijke vermindering van [sterfte]
Geen effect	X vermindert [sterfte] niet X heeft niet of nauwelijks effect op [sterfte]
Certainty of evidence: redelijk (waarschijnlijk, of resulteert waarschijnlijk in ([Eng: does]))	
Groot effect	X resulteert waarschijnlijk in een grote vermindering van [sterfte]
Matig effect	X vermindert waarschijnlijk [sterfte]
Klein effect (belangrijk)	X vermindert [sterfte] waarschijnlijk enigszins
Klein effect (niet belangrijk)	X heeft waarschijnlijk een klein, maar mogelijk onbelangrijk effect op [sterfte] X resulteert waarschijnlijk in een klein effect dat wellicht geen belangrijke vermindering van [sterfte] betreft X resulteert waarschijnlijk in een klein, mogelijk onbelangrijk effect op [sterfte]
Geen effect	X vermindert [sterfte] waarschijnlijk niet X heeft waarschijnlijk niet of nauwelijks effect op [sterfte]
Certainty of evidence: laag (werkwoorden: zou kunnen, lijkt, suggereert)	
Groot effect	X zou kunnen resulteren in een grote vermindering van [sterfte] X lijkt te kunnen resulteren in een grote vermindering van [sterfte]
Matig effect	X zou [sterfte] kunnen verminderen X lijkt [sterfte] te kunnen verminderen
Klein effect (belangrijk)	X zou [sterfte] enigszins kunnen verminderen X lijkt [sterfte] enigszins te verminderen
Klein effect (niet belangrijk)	X zou een klein mogelijk, maar onbelangrijk effect op [sterfte] kunnen hebben. X zou kunnen resulteren in een klein effect dat wellicht geen belangrijke (of onbelangrijke) vermindering van [sterfte] betreft X lijkt te resulteren in een klein effect dat wellicht geen belangrijke (of onbelangrijke) vermindering van [sterfte] betreft X zou kunnen resulteren in een klein mogelijk onbelangrijk effect op [sterfte] X zou kunnen resulteren in een klein effect dat wellicht geen belangrijke vermindering van [sterfte] betreft X zou kunnen resulteren in een klein mogelijk onbelangrijk effect op [sterfte]
Geen effect	X vermindert [sterfte] wellicht niet X zou [sterfte] niet of nauwelijks verminderen X lijkt [sterfte] niet te verminderen
Certainty of evidence: zeer laag (werkwoorden: zou kunnen, lijkt, suggereert)	
Effect	We zijn onzeker over het effect van X op de sterfte

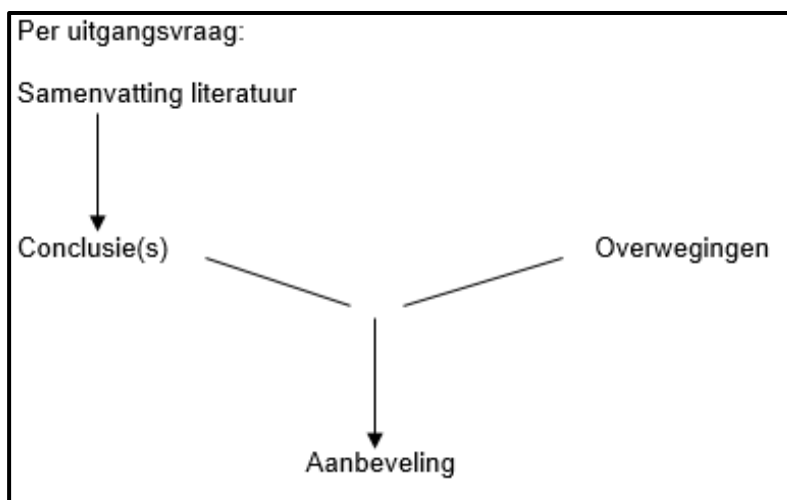
*Noten:

- Grote en redelijke effecten zijn sowieso belangrijk! Kleine effecten kunnen belangrijk of onbelangrijk zijn.
- Bij het beslissen over de vraag of het een belangrijk of onbelangrijk effect betreft is een leidraad wat de drempelwaarde is waarboven of waarbeneden de beslissing (aanbeveling) zou veranderen.
- Als de richtlijn geen drempelwaarde kan bepalen:
 - Continue uitkomstmaten op dezelfde schaal gemeten: in relatie tot MID effectgrootte beoordelen. *[For some outcomes, research has already determined that there is a specific level at which the effect is important to patients (e.g. research shows that 4 points on the Health Related Quality of Life scale is important to patients). In other cases, review authors can use a cut-off point (GRADE recommends $RR < 0.80$ or > 1.25), or can use their own judgment.]*
klein (0.2 0.5 MID), matig (0.5 1.5 MID) en groot > 1.5 MID. Geen effect: 0 tot 0,2 MID. Indien MID onbekend, omrekenen naar SMD.

- Continue uitkomstmaten op verschillende schalen gemeten: SMD=0,2 (klein); SMD=0,5 (redelijk); SMD=0,8 groot.
- Dichotome uitkomstmaten (absolute effect: $NNT = RRR * \text{baseline risico}$): context gebonden (odds ratio's converteren naar RR!).

Formuleren van overwegingen

Naast het bewijs uit de literatuur (conclusies) zijn er andere overwegingen die meespelen bij het formuleren van de aanbeveling. Deze aspecten worden besproken onder het kopje 'Overwegingen' in de module. Hierin worden de conclusies (op basis van de literatuur) geplaatst in de context van de dagelijkse praktijk en vindt een afweging plaats van de voor- en nadelen van de verschillende beleidsopties. De uiteindelijk geformuleerde aanbeveling is het resultaat van de conclusie(s) in combinatie met deze overwegingen (Figuur 1).



Figuur 1. Van bewijs naar aanbeveling

Bij het schrijven van de overwegingen zijn onderstaande zaken in acht genomen:

Kwaliteit van het bewijs

Hoe hoger de algehele kwaliteit van het bewijs, des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een sterke (positieve of negatieve) aanbeveling.

Patiëntenperspectief

Beschreven wordt in hoeverre het bewijs aansluit bij de waarde en behoefte van de patiënt. Wat vindt de patiënt het belangrijkste? Of waar loopt de patiënt tegenaan? Is er voldoende bewijskracht voor de voor patiënten relevante uitkomsten? Wat zijn de consequenties voor patiënten (bijv. opnameduur, kosten die zij zelf maken).

Professioneel perspectief

Beschreven wordt in hoeverre het bewijs aansluit bij de inzichten van de professional. Bijvoorbeeld als het gaat om de kennis en ervaring met de interventie, de te verwachten risico's die de professional loopt en de te verwachten tijdsbesparing/tijdsinvestering.

Aanvaardbaarheid en haalbaarheid

Beschreven wordt in hoeverre de interventie aanvaardbaar is. Dank hierbij aan ethische en juridische overwegingen, maar ook in hoeverre het haalbaar is. Denk daarbij aan voldoende tijd, kennis en mankracht, impact op de organisatie van zorg of bijvoorbeeld beschikbaarheid van medicatie en kosten.

Balans van gewenste en ongewenste effecten

Beschreven wordt in hoeverre de voordelen opwegen tegen de nadelen. Ook de perspectieven van de patiënt en de professional worden belicht, als die verschillend zijn.

Rationale voor de aanbeveling

Optioneel eindigt de overweging met een heel korte samenvatting waarom de aanbeveling voor of tegen de interventie adviseert.

Formuleren van aanbevelingen

Aanbevelingen in richtlijnen geven een antwoord op de uitgangsvraag. De GRADE-methodiek kent twee soorten aanbevelingen: sterke aanbevelingen of conditionele (zwakke) aanbevelingen. De sterkte van de aanbevelingen reflecteert de mate van vertrouwen waarin - voor de groep patiënten waarvoor de aanbevelingen zijn bedoeld - de gewenste effecten opwegen tegen de ongewenste effecten. Zie voor de formulering van sterke en zwakke aanbevelingen tabel 4.

Tabel 4. Formulering van aanbevelingen

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)

Bijlage 8 Zoekverantwoording

8 - 2.1 Zoekstrategie

Vraag: Leidt het vroeg inzetten van palliatieve zorg tot minder angst en depressieve klachten bij patiënten in de palliatieve fase?

Patiënten >18 in de palliatieve fase van een lichamelijke ziekte [patiënten met levensverwachting van 1 à 2 jaar of progressieve somatische aandoeningen]

Suggesties voor trefwoorden: palliative, incurable, end of life en advanced.

Exclusie: Patiënten met dementie, Patiënten met angststoornis

I: Vroeg inzetten van palliatieve zorg

O: Angst [gemeten met een gevalideerde vragenlijst], Depressie [gemeten met een gevalideerde vragenlijst], in 2^e instantie Kwaliteit van leven [gemeten met een gevalideerde vragenlijst]

Systematic Reviews [vanaf 2001, zoekdatum 05032021]

PubMed

["Terminally Ill"[Mh] OR "Terminal Care"[Mh] OR "Palliative Care"[Mh] OR "Palliative Medicine"[Mh] OR "Hospice and Palliative Care Nursing"[Mh] OR "Advance Care Planning"[Mh] OR palliative[tiab] OR terminal-ill*[tiab] OR terminally[tiab] OR terminal-care[tiab] OR terminal-stage[tiab] OR terminal*[ti] OR end-of-life[tiab] OR incurable[tiab] OR advanced-illness*[tiab] OR advanced-disease*[tiab] OR advanced-cancer[tiab] OR advanced-care[tiab] OR advanced[ti] OR progressive[ti] OR hospice*[tiab]]

AND

["Anxiety"[Mh] OR "Depression"[Mh] OR "Quality of Life"[Mj] OR anxiet*[tiab] OR anxious*[tiab] OR depress*[tiab] OR quality-of-life[ti] OR QOL[ti] OR HRQOL[ti]]

AND

["prevention and control"[Subheading] OR "Preventive Health Services"[Mh] OR prevent*[tiab] OR early-intervent*[tiab] OR early-palliative[tiab] OR EPC[tiab] OR early-phase*[tiab] OR early-stage[tiab] OR early[ti]]

AND ["2001/01/01"[PDat] : "3000/12/31"[PDat]]

AND [systematic review[pt] OR meta-analysis[pt] OR meta-anal*[tiab] OR metaanal*[tiab] OR quantitative review[tiab] OR systematic review[tiab] OR methodologic review[tiab] OR systematic[sb] OR "The Cochrane database of systematic reviews"[Jour] NOT [letter[pt] OR comment[pt] OR editorial[pt]]]

67 resultaten

Embase

['terminally ill patient'/exp OR 'terminal care'/exp OR 'palliative therapy'/exp OR 'palliative nursing'/exp OR palliative:ab,ti,kw OR terminal-ill*:ab,ti,kw OR terminally:ab,ti,kw OR terminal-care:ab,ti,kw OR terminal-stage:ab,ti,kw OR terminal*:ti,kw OR end-of-life:ab,ti,kw OR incurable:ab,ti,kw OR advanced-illness*:ab,ti,kw OR advanced-disease*:ab,ti,kw OR advanced-cancer:ab,ti,kw OR advanced-care:ab,ti,kw OR advanced:ti,kw OR progressive:ti,kw OR hospice*:ab,ti,kw]

AND ['anxiety'/exp OR 'depression'/exp OR 'quality of life'/exp/mj OR anxiet*:ab,ti,kw OR anxious*:ab,ti,kw OR depress*:ab,ti,kw OR quality-of-life:ti,kw OR QOL:ti,kw OR HRQOL:ti,kw]

AND ['prevention'/exp OR 'preventive health service'/exp OR 'early intervention'/exp OR prevent*:ab,ti,kw OR early-intervent*:ab,ti,kw OR early-palliative:ab,ti,kw OR EPC:ab,ti,kw OR early-phase*:ab,ti,kw OR early-stage:ab,ti,kw OR early:ti,kw]

AND [1-1-2001]/sd

AND ['systematic review'/exp or 'meta analysis'/exp OR systematic-review:ab,ti OR meta-anal*:ab,ti OR metaanal*:ab,ti OR quantitative-review:ab,ti OR methodologic-review:ab,ti] NOT ['conference abstract'/it OR 'editorial'/it OR 'letter'/it OR 'note'/it]
99 resultaten

PsycInfo [ebSCO]

[DE "Terminally Ill Patients" OR DE "Palliative Care" OR DE "Hospice" OR DE "Advance Directives"

OR TI [palliative OR terminal* OR "end of life" OR incurable OR advanced OR progressive OR hospice*] OR AB [palliative OR [terminal* n2 [ill* OR care OR stage]] OR "end of life" OR incurable OR [advanced n2 [illness* OR disease* OR cancer OR care]] OR hospice*]]

AND [[DE "Anxiety" OR DE "Anxiety Sensitivity" OR DE "Death Anxiety" OR DE "Health Anxiety" OR DE "Performance Anxiety" OR DE "Social Anxiety" OR DE "Speech Anxiety" OR DE "Test Anxiety" OR DE "Depression [Emotion]" OR DE "Sadness" OR DE "Late Life Depression" OR DE "Reactive Depression" OR MM "Quality of Life" OR MM "Health Related Quality of Life" OR MM "Quality of Work Life"] OR TI [anxi* OR anxious* OR depress* OR "quality of life" OR QOL OR HRQOL] OR AB [anxi* OR anxious* OR depress*]]

AND [[DE "Prevention" OR DE "Preventive Health Behavior" OR DE "Preventive Health Services" OR DE "Substance Use Prevention" OR DE "Suicide Prevention" OR DE "Violence Prevention"] OR TI [prevent* OR EPC OR early] OR AB [prevent* OR EPC OR [early n3 [intervent* OR palliative OR phase* OR stage*]]]]

AND PY 2001-2020

AND [[TI [systematic* n3 review*] or [AB [systematic* n3 review*] or [TI [systematic* n3 bibliographic*] or [AB [systematic* n3 bibliographic*] or [TI [systematic* n3 literature] or [AB [systematic* n3 literature] or [TI [comprehensive* n3 literature] or [AB [comprehensive* n3 literature] or [TI [comprehensive* n3 bibliographic*] or [AB [comprehensive* n3 bibliographic*] or [TI [integrative n3 review] or [AB [integrative n3 review] or [JN "Cochrane Database of Systematic Reviews"] or [TI [information n2 synthesis] or [TI [data n2 synthesis] or [AB [information n2 synthesis] or [AB [data n2 synthesis] or [TI [data n2 extract*] or [AB [data n2 extract*] or [TI [medline or pubmed or psyclit or cinahl or [psycinfo not "psycinfo database"] or "web of science" or scopus or embase]] or [AB [medline or pubmed or psyclit or cinahl or [psycinfo not "psycinfo database"] or "web of science" or scopus or embase]] or [MH "Systematic Review"] or [MH "Meta Analysis"] or [TI [meta-analy* or metaanaly*] or [AB [meta-analy* or metaanaly*]]]]

27 resultaten

Cinahl [ebSCO]

[[MH "Terminal Care+" OR MH "Terminally Ill Patients+" OR MH "Hospice and Palliative Nursing" OR MH "Palliative Care" OR MH "Advance Directives+"] OR TI [palliative OR terminal* OR "end of life" OR incurable OR advanced OR progressive OR hospice*] OR AB [palliative OR [terminal* n2 [ill* OR care OR stage]] OR "end of life" OR incurable OR [advanced n2 [illness* OR disease* OR cancer OR care]] OR hospice*]]

AND [[MH "Anxiety+" OR MH "Depression+" OR MM "Quality of Life+"] OR OR TI [anxi* OR anxious* OR depress* OR "quality of life" OR QOL OR HRQOL] OR AB [anxi* OR anxious* OR depress*]]

AND [MH "Preventive Health Care+" OR TI [prevent* OR EPC OR early] OR AB [prevent* OR EPC OR [early n3 [intervent* OR palliative OR phase* OR stage*]]]]

AND PY 2001-2020

AND [[TI [systematic* n3 review*] or [AB [systematic* n3 review*] or [TI [systematic* n3 bibliographic*] or [AB [systematic* n3 bibliographic*] or [TI [systematic* n3 literature] or [AB [systematic* n3 literature] or [TI [comprehensive* n3 literature] or [AB [comprehensive* n3 literature] or [TI [comprehensive* n3 bibliographic*] or [AB [comprehensive* n3 bibliographic*] or [TI [integrative n3 review] or [AB [integrative n3 review] or [JN "Cochrane Database of Systematic Reviews"] or [TI [information n2 synthesis] or [TI [data n2 synthesis] or [AB [information n2 synthesis] or [AB [data n2 synthesis] or [TI [data n2 extract*] or [AB [data n2 extract*] or [TI [medline or pubmed or psyclit or cinahl or [psycinfo not "psycinfo database"] or "web of science" or scopus or embase]] or [AB [medline or pubmed or psyclit or cinahl or [psycinfo not "psycinfo database"] or "web of science" or scopus or embase]] or [MH "Systematic Review"] or [MH "Meta Analysis"] or [TI [meta-analy* or metaanaly*] or [AB [meta-analy* or metaanaly*]]]]

bibliographic*]] or [TI [integrative n3 review]] or [AB [integrative n3 review]] or [JN "Cochrane Database of Systematic Reviews"] or [TI [information n2 synthesis]] or [TI [data n2 synthesis]] or [AB [information n2 synthesis]] or [AB [data n2 synthesis]] or [TI [data n2 extract*]] or [AB [data n2 extract*]] or [TI [medline or pubmed or psyclit or cinahl or [psycinfo not "psycinfo database"] or "web of science" or scopus or embase]] or [AB [medline or pubmed or psyclit or cinahl or [psycinfo not "psycinfo database"] or "web of science" or scopus or embase]] or [MH "Systematic Review"] or [MH "Meta Analysis"] or [MH "Meta Synthesis"] or [TI [meta-analy* or metaanaly*]] or [AB [meta-analy* or metaanaly*]]]

41 resultaten

Cochrane database of systematic reviews

[palliative:ab,ti OR terminal-ill*:ab,ti OR terminally:ab,ti OR terminal-care:ab,ti OR terminal-stage:ab,ti OR terminal*:ti OR end-of-life:ab,ti OR incurable:ab,ti OR advanced-illness*:ab,ti OR advanced-disease*:ab,ti OR advanced-cancer:ab,ti OR advanced-care:ab,ti OR advanced:ti OR progressive:ti OR hospice*:ab,ti]

AND [anxiet*:ab,ti OR anxious*:ab,ti OR depress*:ab,ti OR quality-of-life:ti OR QOL:ti OR HRQOL:ti]

AND [prevent*:ab,ti OR early-intervent*:ab,ti OR early-palliative:ab,ti OR EPC:ab,ti OR early-phase*:ab,ti OR early-stage:ab,ti OR early:ti]

9 Cochrane reviews

Ontdubbeling

67+99+27+41+9=243 referenties geïmporteerd in Endnote, 62 dubbelen verwijderd

--> **181 resultaten**

8 - 2.2 Reviewprotocol

Onderwerp	Preventie van angst en depressieve klachten in de palliatieve fase
Uitgangsvragen	<input type="checkbox"/> Leidt het vroeg inzetten van palliatieve zorg tot minder angst en depressieve klachten bij patiënten in de palliatieve fase?
Criteria voor inclusie van studies in review	
<input type="checkbox"/> Populatie	Patiënten >18 in de palliatieve fase van een lichamelijke ziekte Inclusie: - Studies met patiënten met levensverwachting van 1 à 2 jaar of - Studies die patiënten includeren met progressieve somatische aandoeningen Suggesties voor trefwoorden: palliative, incurable, end of life en advanced. Exclusie: - Patiënten met dementie - Patiënten met angststoornis
<input type="checkbox"/> Interventie	<input type="checkbox"/> Vroeg inzetten van palliatieve zorg
<input type="checkbox"/> Vergelijking	<input type="checkbox"/> Geen palliatieve zorg, 'care as usual', andere zorginterventie
<input type="checkbox"/> Kritische uitkomstmaten	Angst [gemeten met een gevalideerde vragenlijst] Depressie [gemeten met een gevalideerde vragenlijst]
· Belangrijke uitkomstmaten	Kwaliteit van leven [gemeten met een gevalideerde vragenlijst]
· Setting	· Alle settings

·Studie design	Systematic reviews, meta-analyses [RCT's]
·Minimum steekproef omvang	·RCT >10 per arm ·Exclusie van studies met >50% attrition uit één arm van de trial [tenzij adequate statistiek is toegepast om te corrigeren voor missende data]
Search strategie	[termen populatie criteria] AND [RCT, systematic review]
Databases searched	·CINAHL, PsycINFO, Embase, Medline, Cochrane Database of Systematic reviews
Data searched	Reviews vanaf 2001. Voor de RCT's vanaf inception.
De review strategie	Eerst een search naar SRs. RCTs uit de geselecteerde SR worden meegenomen wanneer ze passen bij de uitgangsvraag en de PICO. Mochten er teveel artikelen zijn dan wordt geprioriteerd welke mee te nemen.

8 - 2.3 Risk of Bias beoordeling



8 - 2.4 Lijst met exclusieredenen

Studie-ID	Actie	Reden
Portilla-Tamarit2021	Excluded	wrong outcome

Milton2021	Excluded	Wrong intervention
Harmer2021	Excluded	wrong population
DelemereJan	Excluded	wrong intervention
Andersen2021	Excluded	wrong intervention
Aftab2021	Excluded	wrong study design
von Trott2020	Excluded	wrong intervention
Simon2020	Excluded	wrong intervention
Rohwer2020	Excluded	wrong population
ReamJun	Excluded	wrong intervention
Rajnovceanu2020	Excluded	Geen RCTs
Ponzano2020	Excluded	wrong population
Md Zemberi2020	Excluded	wrong population
MasonApr	Excluded	wrong population
Li2020	Excluded	wrong outcome
LiOct	Excluded	wrong intervention
Karibayeva2020	Excluded	wrong outcome
HuangApr	Excluded	wrong intervention
HopfAug	Excluded	wrong outcome
Eseadi2020	Excluded	wrong outcome
Chen2020	Excluded	wrong intervention
Chan2020	Excluded	wrong intervention
Chakraborty2020	Excluded	wrong intervention
C and yFeb	Excluded	wrong intervention
AhnAug	Excluded	wrong intervention
Zaporowska-StachowiakJun	Excluded	wrong intervention
XiaoSep	Excluded	wrong intervention
VÃ©dieMar	Excluded	wrong intervention
TobberupJul	Excluded	wrong intervention
TeoJul	Excluded	Wrong intervention
Sotoudeh2019	Excluded	wrong intervention
MarmorDec	Excluded	wrong intervention
Kasthurirathne2019	Excluded	wrong population

KasparianDec	Excluded	wrong population
Iwata2019	Excluded	wrong intervention
Faury2019	Excluded	wrong population
Evans2019	Excluded	wrong intervention
DavisDec	Excluded	wrong population
Br and t2019	Excluded	wrong study design
BouleucSep	Excluded	foreign language
BoeleJul	Excluded	wrong intervention
Sommaruga2018	Excluded	wrong intervention
Pollok2018	Excluded	wrong intervention
Ozcan Cetin2018	Excluded	wrong intervention
Nathoo2018	Excluded	wrong intervention
MitchellDec	Excluded	wrong intervention
Mercadante2018	Excluded	wrong intervention
McClell and 2018	Excluded	wrong intervention
Kelly2018	Excluded	wrong study design
Kauw2018	Excluded	wrong intervention
Hollowood2018	Excluded	wrong intervention
Hechtner2018	Excluded	wrong intervention
Grossman2017	Excluded	Gaat niet in op vroege palliatieve zorg
Fuke2018	Excluded	wrong intervention
Fridriksdottir2018	Excluded	wrong intervention
Ambroggi2018	Excluded	Geen aanvulling op Haun en Bajwah
Yonemoto2017	Excluded	wrong population
Walsh2017	Excluded	wrong intervention
SullivanSpring2017	Excluded	wrong intervention
Segev2017	Excluded	wrong study design
RingerOct	Excluded	wrong intervention
Pinedo Velázquez2017	Excluded	wrong intervention
Muliira2017	Excluded	wrong intervention
Haun2017	Included	
Härtel-Petri2017	Excluded	wrong intervention

Gaertner2017	Excluded	sensitiviteitsanalyse voor vroeg/niet vroeg maar geen verdere interventie/controle hiervoor
Echave2017	Excluded	wrong intervention
Coelho2017	Excluded	wrong intervention
Zweers2016	Excluded	wrong intervention
Wosinski2016	Excluded	wrong intervention
Weingartner2016	Excluded	wrong intervention
TomijnsJul	Excluded	wrong study design
Skorkowska-Telichowska2016	Excluded	wrong intervention
Simon2016	Excluded	wrong intervention
Salins2016	Excluded	Geen SR
Perry2016	Excluded	wrong intervention
Ooi2016	Excluded	wrong intervention
Olano • Lizarraga2016	Excluded	wrong intervention
Noome2016	Excluded	wrong intervention
Martin2016	Excluded	wrong population
LoweMar	Excluded	wrong study design
KristensenMar	Excluded	wrong intervention
JaffrayFeb	Excluded	wrong intervention
HillOct	Excluded	wrong population
HendriksFeb	Excluded	wrong intervention
GrabenbauerMar	Excluded	wrong study design
DharmawardeneJun	Excluded	wrong population
Chan2016	Excluded	wrong intervention
Bayliss2016	Excluded	wrong outcome
BatemanApr	Excluded	wrong study design
Tang2015	Excluded	Gaat niet in op vroege palliatieve zorg
Rittenmeyer2015	Excluded	wrong study design
GaertnerSep	Excluded	wrong intervention
Dutta2015	Excluded	wrong population
Davis2015	Excluded	Geen meta-analyse
Coelho2015	Excluded	wrong outcome

Cheung2015	Excluded	wrong population
BusoloJan	Excluded	Wrong intervention
Bryant-Lukosius2015	Excluded	wrong outcome
BestOct	Excluded	Wrong intervention
Bausewein2015	Excluded	wrong intervention
Melo-Dias2014	Excluded	wrong intervention
Lowther2014	Excluded	wrong intervention
Costain2014	Excluded	wrong population
Cho2014	Excluded	wrong population
ZennerMar	Excluded	wrong intervention
VermaeteAug	Excluded	wrong intervention
VancampfortApr	Excluded	wrong intervention
SimonDec	Excluded	wrong intervention
Parker Oliver2013	Excluded	wrong population
Lowe2013	Excluded	wrong intervention
Krikorian2013	Excluded	wrong intervention
Illic2013	Excluded	wrong intervention
Hodge2013	Excluded	wrong intervention
Guimaraes Marcelino2013	Excluded	wrong intervention
GÄ_tzsche2013	Excluded	wrong intervention
Godfrey2013	Excluded	wrong intervention
Gentry2013	Excluded	wrong intervention
ChauNov	Excluded	wrong intervention
Carr2013	Excluded	wrong study design
Bork2013	Excluded	wrong intervention
Alasker2013	Excluded	wrong intervention
Mar	Excluded	wrong intervention
Traeger2012	Excluded	wrong intervention
MitchellOct	Excluded	Wrong intervention
Kirkpatrick2012	Excluded	wrong intervention
Gamper2012	Excluded	wrong intervention
Dy2012	Excluded	Geen toevoeging op Haun2017

Creutzfeldt2012	Excluded	wrong intervention
Costa Souto Duarte2012	Excluded	wrong intervention
Albrecht2012	Excluded	Gaat niet in op vroege palliatieve zorg
Ryan2011	Excluded	wrong intervention
Kisely2011	Excluded	wrong intervention
Joly2011	Excluded	wrong intervention
De Sa2011	Excluded	wrong intervention
ViganoJul	Excluded	wrong intervention
Rosenzweig2010	Excluded	wrong intervention
MitchellNov	Excluded	wrong intervention
HillierJan	Excluded	wrong intervention
Colloca2010	Excluded	wrong intervention
Antonini2010	Excluded	wrong study design
VodermaierNov	Excluded	Wrong intervention
Pollard2009	Excluded	wrong intervention
Jassem2009	Excluded	wrong intervention
ErnstApr	Excluded	wrong intervention
CornishAug	Excluded	wrong intervention
Calles2009	Excluded	wrong intervention
Ambrosino2009	Excluded	wrong study design
ThekkumpurathNov	Excluded	Wrong intervention
SchofieldJan	Excluded	wrong intervention
HarrisSep	Excluded	wrong intervention
Cucal ³ n2008	Excluded	wrong population
CashinMar	Excluded	wrong intervention
Booth2008	Excluded	wrong intervention
Arden-Close2008	Excluded	wrong intervention
Yuan2007	Excluded	wrong intervention
Shepherd2007	Excluded	wrong intervention
Seamark2007	Excluded	wrong intervention
Saarto2007	Excluded	wrong outcome
Major2007	Excluded	wrong intervention

Kinnane2007	Excluded	wrong intervention
Decruze2007	Excluded	wrong intervention
McDonald2006	Excluded	wrong intervention
LaffertyJun	Excluded	wrong intervention
Kademani2006	Excluded	wrong intervention
DePalma2006	Excluded	Gaat niet in op vroege palliatieve zorg
Debruyne2006	Excluded	wrong intervention
Uchitomi2005	Excluded	wrong intervention
NetzJun	Excluded	wrong intervention
LlewellynMay	Excluded	wrong intervention
Pearson2004	Excluded	wrong intervention
Moul2004	Excluded	wrong intervention
Lobstein2004	Excluded	wrong population
Elderkin-Thompson2004	Excluded	wrong intervention
Akechi2004	Excluded	wrong study design
ThomÁ©Nov	Excluded	wrong intervention
LinOct	Excluded	wrong intervention
GuzmÁ;n2003	Excluded	wrong intervention
Adolfsson2003	Excluded	wrong study design
Stoddard2001	Excluded	wrong intervention
O'Brien-Pallas2001	Excluded	wrong intervention
Chorattas2020	Excluded	wrong intervention
Eckert2018	Excluded	wrong intervention
Freedman2009	Excluded	Geen RCT
GonzÁ;lez2018	Excluded	wrong intervention
Imazio2008	Excluded	wrong intervention
Johnston2009	Excluded	wrong intervention
Jordan2020	Excluded	Geen RCT
Pensuk2013	Excluded	wrong study design
Petersen2018	Excluded	wrong intervention
Smith2015	Excluded	wrong intervention
Sremanakova2018	Excluded	wrong intervention

Thompson2019	Excluded	wrong study design
Torvinen2016	Excluded	wrong intervention
Zanghelini2018 [snowball]	Excluded	Geen aanvulling op Haun2017
Wittenberg2021	Excluded	wrong outcome
Von Visger2021	Excluded	wrong study design
Portilla-Tamarit2021	Excluded	wrong intervention
Ponzano2021	Excluded	wrong population
Mathews2021	Excluded	wrong study design
Shields2020	Excluded	wrong outcome
Scheydt2020	Excluded	wrong intervention
Lee2020	Excluded	wrong outcome
Gutiérrez-Sánchez2020	Excluded	wrong intervention
Watt2019	Excluded	wrong outcome
Kim2019	Excluded	wrong intervention
Gutiérrez-Sánchez2019	Excluded	wrong study design
Kaidar-Person2017	Excluded	wrong population
Noome2016	Excluded	wrong study design
Hui2016	Maybe	Gaat niet in op vroege palliatieve zorg
Fraguas2016	Excluded	wrong population
O'Halloran2015	Excluded	wrong intervention
Crozier2015	Excluded	wrong intervention
Crozier2015	Excluded	wrong intervention
Nicaise2013	Excluded	wrong intervention
Mathre2013	Excluded	wrong study design
Schildmann2011	Excluded	wrong population
McAndrew2011	Excluded	wrong outcome
Chambers2011	Excluded	wrong intervention
Goedendorp2009	Excluded	wrong intervention
Mugavin2005	Excluded	wrong outcome
Lee2020	Excluded	wrong outcome
Gutiérrez-Sánchez2020	Excluded	wrong outcome

Watt2019	Excluded	wrong outcome
----------	----------	---------------

CONCEPT

8 - 3.1 Zoekstrategie

Vraag: Screening van depressie in de palliatieve fase

Zoekdatum 16-04-2021

NB screening als interventie, geen diagnostische vraag

Systematic Reviews

PubMed

("Terminally Ill"[Mh] OR "Terminal Care"[Mh] OR "Palliative Care"[Mh] OR "Palliative Medicine"[Mh] OR "Hospice and Palliative Care Nursing"[Mh] OR "Advance Care Planning"[Mh] OR palliative[tiab] OR terminal-ill*[tiab] OR terminally[tiab] OR terminal-care[tiab] OR terminal-stage[tiab] OR terminal*[ti] OR end-of-life[tiab] OR incurabl*[tiab] OR advanced-illness*[tiab] OR advanced-disease*[tiab] OR advanced-cancer[tiab] OR advanced-care[tiab] OR advanced[ti] OR progressive[ti] OR hospice*[tiab])

AND ("Depression"[Mh] OR depress*[tiab])

AND ("Diagnostic Screening Programs"[Mh] OR "Mass Screening"[Mh] OR "Early Diagnosis"[Mh] OR screening[tiab] OR screen*[ti] OR monitor*[ti] OR assess*[ti])

AND ("2001/01/01"[PDat] : "3000/12/31"[PDat])

AND (systematic review[pt] OR meta-analysis[pt] OR meta-anal*[tiab] OR metaanal*[tiab] OR quantitative review[tiab] OR systematic review[tiab] OR methodologic review[tiab] OR systematic[sb] OR "The Cochrane database of systematic reviews"[Jour] NOT (letter[pt] OR comment[pt] OR editorial[pt]))

19 resultaten

Embase

('terminally ill patient'/exp/mj OR 'terminal care'/exp/mj OR 'palliative therapy'/exp/mj OR 'palliative nursing'/exp/mj OR palliative:ab,ti,kw OR terminal-ill*:ab,ti,kw OR terminally:ab,ti,kw OR terminal-care:ab,ti,kw OR terminal-stage:ab,ti,kw OR terminal*:ti,kw OR end-of-life:ab,ti,kw OR incurabl*:ab,ti,kw OR advanced-illness*:ab,ti,kw OR advanced-disease*:ab,ti,kw OR advanced-cancer:ab,ti,kw OR advanced-care:ab,ti,kw OR advanced:ti,kw OR progressive:ti,kw OR hospice*:ab,ti,kw)

AND ('depression'/exp/mj OR depress*:ab,ti,kw)

AND ('screening'/exp OR screening:ab,ti,kw OR screen*:ti OR monitor*:ti OR assess*:ti)

AND [1-1-2001]/sd

AND ('systematic review'/exp OR 'meta analysis'/exp OR systematic-review:ab,ti OR meta-anal*:ab,ti OR metaanal*:ab,ti OR quantitative-review:ab,ti OR methodologic-review:ab,ti) NOT ('conference abstract'/it OR 'editorial'/it OR 'letter'/it OR 'note'/it)

18 resultaten

PsycInfo (ebSCO)

(DE "Terminally Ill Patients" OR DE "Palliative Care" OR DE "Hospice" OR DE "Advance Directives"

OR TI (palliative OR terminal* OR "end of life" OR incurabl* OR advanced OR progressive OR hospice*) OR AB (palliative OR (terminal* n2 (ill* OR care OR stage)) OR "end of life" OR incurabl* OR (advanced n2 (illness* OR disease* OR cancer OR care)) OR hospice*))

AND ((DE "Depression (Emotion)" OR DE "Sadness" OR DE "Late Life Depression" OR DE "Reactive Depression") OR TI (depress*) OR AB (depress*))

AND (DE "Screening" OR DE "Screening Tests" OR DE "Psychological Screening Inventory" OR TI (screen* OR monitor* OR assess*) OR AB (screening))

AND PY 2001-2020

AND ((TI (systematic* n3 review*)) OR (AB (systematic* n3 review*)) OR (TI (systematic* n3 bibliographic*)) OR (AB (systematic* n3 bibliographic*)) OR (TI (systematic* n3 literature*)) OR (AB (systematic* n3 literature*)) OR (TI (comprehensive* n3 literature*)) OR (AB (comprehensive* n3

literature)) or (TI (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (AB (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (TI (integrative n3 review)) or (AB (integrative n3 review)) or (JN "Cochrane Database of Systematic Reviews") or (TI (information n2 synthesis)) or (TI (data n2 synthesis)) or (AB (information n2 synthesis)) or (AB (data n2 synthesis)) or (TI (data n2 extract*)) or (AB (data n2 extract*)) or (TI (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo database") or "web of science" or scopus or embase)) or (AB (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo database") or "web of science" or scopus or embase)) or (MH "Systematic Review") or (MH "Meta Analysis") or (TI (meta-analy* or metaanaly*)) or (AB (meta-analy* or metaanaly*))

11 resultaten

Cinahl (ebSCO)

((MH "Terminal Care+" OR MH "Terminally Ill Patients+" OR MH "Hospice and Palliative Nursing" OR MH "Palliative Care" OR MH "Advance Directives+") OR TI (palliative OR terminal* OR "end of life" OR incurabl* OR advanced OR progressive OR hospice*) OR AB (palliative OR (terminal* n2 (ill* OR care OR stage)) OR "end of life" OR incurabl* OR (advanced n2 (illness* OR disease* OR cancer OR care)) OR hospice*))

AND ((MH "Depression+") OR TI (depress*) OR AB (depress*))

AND ((MH "Health Screening+") OR TI (screen* OR monitor* OR assess*) OR AB (screening))

AND PY 2001-2020

AND ((TI (systematic* n3 review*)) or (AB (systematic* n3 review*)) or (TI (systematic* n3 bibliographic*)) or (AB (systematic* n3 bibliographic*)) or (TI (systematic* n3 literature)) or (AB (systematic* n3 literature)) or (TI (comprehensive* n3 literature)) or (AB (comprehensive* n3 literature)) or (TI (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (AB (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (TI (integrative n3 review)) or (AB (integrative n3 review)) or (JN "Cochrane Database of Systematic Reviews") or (TI (information n2 synthesis)) or (TI (data n2 synthesis)) or (AB (information n2 synthesis)) or (AB (data n2 synthesis)) or (TI (data n2 extract*)) or (AB (data n2 extract*)) or (TI (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo database") or "web of science" or scopus or embase)) or (AB (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo database") or "web of science" or scopus or embase)) or (MH "Systematic Review") or (MH "Meta Analysis") or (MH "Meta Synthesis") or (TI (meta-analy* or metaanaly*)) or (AB (meta-analy* or metaanaly*))

18 resultaten

Cochrane database of systematic reviews

(palliative:ti OR terminal*:ti OR end-of-life:ti OR incurabl*:ti OR advanced-illness*:ti OR advanced-disease*:ti OR advanced-cancer:ti OR advanced-care:ti OR progressive:ti OR hospice*:ti)

AND (depress*:ab,ti)

AND (screening:ab,ti,kw OR screen*:ti OR monitor*:ti OR assess*:ti)

0 Cochrane reviews

Ontdubbeling

19+18+11+18+0=66 referenties geïmporteerd in Endnote, 33 dubbelen verwijderd

--> **33 resultaten**

8 - 3.2 Reviewprotocol

Onderwerp	Diagnostiek: Screening van depressieve klachten in de palliatieve fase (versie 04032021)
Uitgangsvragen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Leidt screening op depressie tot vermindering van depressie bij patiënten in de palliatieve fase?
Criteria voor inclusie van studies in review	
<input type="checkbox"/> Populatie	Patiënten >18 in de palliatieve fase van een lichamelijke ziekte Inclusie: <ul style="list-style-type: none"> - Studies met patiënten met levensverwachting van 1 à 2 jaar of - Studies die patiënten includeren met progressieve somatische aandoeningen Suggesties voor trefwoorden: palliative, incurable, end of life en advanced. Exclusie: Patiënten met dementie
<input type="checkbox"/> Interventie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Screenen op depressie
<input type="checkbox"/> Vergelijking	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Care as usual, geen screening
<input type="checkbox"/> Kritische uitkomstmaten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ernst van de depressieve klachten (gemeten met een gevalideerde vragenlijst)
<input type="checkbox"/> Belangrijke uitkomstmaten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kwaliteit van leven <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Remissie van depressieve stoornis (ja/nee)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Setting	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alle settings
<input type="checkbox"/> Studie design	Systematic reviews, meta-analyses (RCT's)
<input type="checkbox"/> Minimum omvang steekproef	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> RCT >10 per arm <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Exclusie van studies met >50% attrition uit één arm van de trial (tenzij adequate statistiek is toegepast om te corrigeren voor missende data)
Search strategie	[termen populatie criteria] AND [RCT, systematic review]
Databases searched	<input type="checkbox"/> CINAHL, PsycINFO, Embase, Medline, Cochrane Database of Systematic reviews
Data searched	Reviews vanaf 2001. Voor de RCT's vanaf inception.
De review strategie	Eerst een search naar SRs. RCTs uit de geselecteerde SR worden meegenomen wanneer ze passen bij de uitgangsvraag en de PICO. Mochten er teveel artikelen zijn dan wordt geprioriteerd welke mee nemen.

8 - 5.1 Zoekstrategie

Searches Trimbos/IKNL angst en depressie in palliatieve fase
Werkdocument maart 2021, Carla Sloof i.o.m. Beatrix Vogelaar

Vraag: Niet-medicamenteuze behandeling van depressieve klachten of depressie in de palliatieve fase

ZOEKDATUM 11-03-2021

Alle niet farmacotherapeutische interventies vallend onder de clusters: psychologische behandeling (gedefinieerd/geprotocolleerd/manualised), counseling, creatieve behandeling, lichaamsgerichte behandeling, existentieel/spiritueel

Sleutelpublicaties: 26559246 30648926 29676960

NB 1 sleutelartikel noemt alleen kanker, geen palliatieve fase, 1 sleutelartikel noemt geen depressie, alleen kwaliteit van leven. i.o.m. Beatrix besloten deze voorlopig buiten beschouwing te laten en te focussen op uitgangsvraag (verbreding evt later indien nodig).

Systematic Reviews

PubMed

("Terminally Ill"[Mh] OR "Terminal Care"[Mh] OR "Palliative Care"[Mh] OR "Palliative Medicine"[Mh] OR "Hospice and Palliative Care Nursing"[Mh] OR "Advance Care Planning"[Mh] OR palliative[tiab] OR terminal-ill*[tiab] OR terminally[tiab] OR terminal-care[tiab] OR terminal-stage[tiab] OR terminal*[ti] OR end-of-life[tiab] OR incurabl*[tiab] OR advanced-illness*[tiab] OR advanced-disease*[tiab] OR advanced-cancer[tiab] OR advanced-care[tiab] OR advanced[ti] OR progressive[ti] OR hospice*[tiab])

AND ("Depression"[Mh] OR depress*[tiab])

AND ("Psychotherapy"[Mh] OR "Spiritual Therapies"[Mh] OR "Mind-Body Therapies"[Mh] OR "Religion and Psychology"[Mh] OR "Social Support"[Mh] OR "Counseling"[Mh] OR spiritual*[tiab] OR mind-body[tiab] OR religion[tiab] OR religious[tiab] OR pastoral*[tiab] OR psychologic*[ti] OR psychological-support[tiab] OR psychological-care[tiab] OR psychological-intervention*[tiab] OR psychosocial-intervent*[tiab] OR psychosocial-support*[tiab] OR psychosocial-care[tiab] OR counsel*[tiab] OR mindfulness[tiab] OR meaning-therap*[tiab] OR Acceptance-Commitment-Therap*[tiab] OR cognitive-behavior-therap*[tiab] OR cognitive-behaviour-therap*[tiab] OR CBT[tiab] OR relaxation-therap*[tiab] OR breathing-exercis*[tiab] OR progressive-relax*[tiab] OR self-hypno*[tiab] OR hypnosis[tiab] OR massag*[tiab] OR touch*[ti] OR skin-contact*[tiab] OR skin-to-skin[tiab] OR family-intervention*[tiab] OR peer-support*[tiab] OR support-intervention*[tiab] OR support-program*[tiab] OR mindfulness[tiab] OR existential-therap*[tiab] OR creative-therap*[tiab] OR music-therap*[tiab] OR intervention*[ti] OR therap*[ti] OR support*[ti] OR nonpharmacologic*[ti] OR non-pharmacologic*[ti])

AND ("2001/01/01"[PDat] : "3000/12/31"[PDat])

AND (systematic review[pt] OR meta-analysis[pt] OR meta-anal*[tiab] OR metaanal*[tiab] OR quantitative review[tiab] OR systematic review[tiab] OR methodologic review[tiab] OR systematic[sb] OR "The Cochrane database of systematic reviews"[Jour] NOT (letter[pt] OR comment[pt] OR editorial[pt]))

107 resultaten

Embase

('terminally ill patient'/exp OR 'terminal care'/exp OR 'palliative therapy'/exp OR 'palliative nursing'/exp OR palliative:ab,ti,kw OR terminal-ill*:ab,ti,kw OR terminally:ab,ti,kw OR terminal-care:ab,ti,kw OR terminal-stage:ab,ti,kw OR terminal*:ti,kw OR end-of-life:ab,ti,kw OR incurabl*:ab,ti,kw OR advanced-illness*:ab,ti,kw OR advanced-disease*:ab,ti,kw OR

advanced-cancer:ab,ti,kw OR advanced-care:ab,ti,kw OR advanced:ti,kw OR
progressive:ti,kw OR hospice*:ab,ti,kw)
AND ('depression'/exp OR depress*:ab,ti,kw)
AND ('psychotherapy'/exp OR 'social care'/exp OR 'religion'/exp OR 'counseling'/exp OR
spiritual*:ab,ti,kw OR mind-body:ab,ti,kw OR religion:ab,ti,kw OR religious:ab,ti,kw OR
pastoral*:ab,ti,kw OR psychologic*:ti,kw OR psychological-support:ab,ti,kw OR
psychological-care:ab,ti,kw OR psychological-intervention*:ab,ti,kw OR psychosocial-
intervent*:ab,ti,kw OR psychosocial-support*:ab,ti,kw OR psychosocial-care:ab,ti,kw OR
counsel*:ab,ti,kw OR mindfulness:ab,ti,kw OR meaning-therap*:ab,ti,kw OR Acceptance-
Commitment-Therap*:ab,ti,kw OR cognitive-behavior-therap*:ab,ti,kw OR cognitive-
behaviour-therap*:ab,ti,kw OR CBT:ab,ti,kw OR relaxation-therap*:ab,ti,kw OR breathing-
exercis*:ab,ti,kw OR progressive-relax*:ab,ti,kw OR self-hypno*:ab,ti,kw OR
hypnosis:ab,ti,kw OR massag*:ab,ti,kw OR touch*:ti,kw OR skin-contact*:ab,ti,kw OR skin-to-
skin:ab,ti,kw OR family-intervention*:ab,ti,kw OR peer-support*:ab,ti,kw OR support-
intervention*:ab,ti,kw OR support-program*:ab,ti,kw OR mindfulness:ab,ti,kw OR existential-
therap*:ab,ti,kw OR creative-therap*:ab,ti,kw OR music-therap*:ab,ti,kw OR
intervention*:ti,kw OR therap*:ti,kw OR support*:ti,kw OR nonpharmacologic*:ti,kw OR non-
pharmacologic*:ti,kw)
AND [1-1-2001]/sd
AND ('systematic review'/exp or 'meta analysis'/exp OR systematic-review:ab,ti OR meta-
anal*:ab,ti OR metaanal*:ab,ti OR quantitative-review:ab,ti OR methodologic-review:ab,ti)
NOT ('conference abstract'/it OR 'editorial'/it OR 'letter'/it OR 'note'/it)
216 resultaten

PsycInfo (ebSCO)

(DE "Terminally Ill Patients" OR DE "Palliative Care" OR DE "Hospice" OR DE "Advance Directives"
OR TI (palliative OR terminal* OR "end of life" OR incurabl* OR advanced OR progressive OR hospice*) OR AB (palliative OR (terminal* n2 (ill* OR care OR stage)) OR "end of life" OR incurabl* OR (advanced n2 (illness* OR disease* OR cancer OR care)) OR hospice*))
AND ((DE "Depression (Emotion)" OR DE "Sadness" OR DE "Late Life Depression" OR DE "Reactive Depression") OR TI (depress*) OR AB (depress*))
AND ((DE "Psychotherapy" OR DE "Adlerian Psychotherapy" OR DE "Adolescent Psychotherapy" OR DE "Affirmative Therapy" OR DE "Analytical Psychotherapy" OR DE "Autogenic Training" OR DE "Brief Psychotherapy" OR DE "Brief Relational Therapy" OR DE "Client Centered Therapy" OR DE "Conversion Therapy" OR DE "Couples Therapy" OR DE "Eclectic Psychotherapy" OR DE "Emotion Focused Therapy" OR DE "Existential Therapy" OR DE "Experiential Psychotherapy" OR DE "Expressive Psychotherapy" OR DE "Eye Movement Desensitization Therapy" OR DE "Feminist Therapy" OR DE "Geriatric Psychotherapy" OR DE "Gestalt Therapy" OR DE "Group Psychotherapy" OR DE "Guided Imagery" OR DE "Humanistic Psychotherapy" OR DE "Hypnotherapy" OR DE "Individual Psychotherapy" OR DE "Insight Therapy" OR DE "Integrative Psychotherapy" OR DE "Interpersonal Psychotherapy" OR DE "Logotherapy" OR DE "Narrative Therapy" OR DE "Network Therapy" OR DE "Persuasion Therapy" OR DE "Primal Therapy" OR DE "Psychoanalysis" OR DE "Psychodrama" OR DE "Psychodynamic Psychotherapy" OR DE "Psychotherapeutic Counseling" OR DE "Psychotherapeutic Techniques" OR DE "Rational Emotive Behavior Therapy" OR DE "Reality Therapy" OR DE "Relationship Therapy" OR DE "Solution Focused Therapy" OR DE "Strategic Therapy" OR DE "Supportive Psychotherapy" OR DE "Transactional Analysis" OR DE "Cognitive Therapy" OR DE "Pastoral Counseling" OR DE "Social Support" OR DE "Support Groups" OR DE "Counseling" OR DE "Cross Cultural Counseling" OR DE "Educational Counseling" OR DE "Genetic Counseling" OR DE "Gerontological Counseling" OR DE "Grief Counseling" OR DE "Group Counseling" OR DE "Microcounseling" OR DE "Multicultural Counseling" OR DE "Occupational Guidance" OR

DE "Pastoral Counseling" OR DE "Peer Counseling" OR DE "Psychotherapeutic Counseling"
OR DE "Creative Arts Therapy" OR DE "Art Therapy" OR DE "Dance Therapy" OR DE
"Music Therapy" OR DE "Poetry Therapy" OR DE "Recreation Therapy" OR DE "Mind Body
Therapy" OR DE "Spiritual Care" OR

TI (spiritual* OR "mind-body" OR religion OR religious OR pastoral* OR psychologic* OR
psychosocial* OR counsel* OR mindfulness OR CBT OR "relaxation therap*" OR "breathing
exercis*" OR "progressive relax*" OR "self hypno*" OR hypnosis OR massag* OR touch* OR
"skin contact*" OR "skin to skin" OR mindfulness OR intervention* OR therap* OR support*
OR nonpharmacologic* OR non-pharmacologic*) OR

AB (spiritual* OR "mind body" OR religion OR religious OR pastoral* OR "psychological
support" OR "psychological care" OR "psychological intervention*" OR "psychosocial
intervent*" OR "psychosocial support*" OR "psychosocial care" OR counsel* OR mindfulness
OR "meaning therap*" OR "Acceptance Commitment Therap*" OR "cognitive behavior
therap*" OR "cognitive behaviour therap*" OR CBT OR "relaxation therap*" OR "breathing
exercis*" OR "progressive relax*" OR "self hypno*" OR hypnosis OR massag* OR "skin
contact*" OR "skin-to-skin" OR "family intervention*" OR "peer support*" OR "support
intervention*" OR "support program*" OR mindfulness OR "existential therap*" OR "creative
therap*" OR "music therap*"))

AND PY 2001-2020

AND ((TI (systematic* n3 review*) or (AB (systematic* n3 review*)) or (TI (systematic* n3
bibliographic*)) or (AB (systematic* n3 bibliographic*)) or (TI (systematic* n3 literature)) or
(AB (systematic* n3 literature)) or (TI (comprehensive* n3 literature)) or (AB (comprehensive*
n3 literature)) or (TI (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (AB (comprehensive* n3
bibliographic*)) or (TI (integrative n3 review)) or (AB (integrative n3 review)) or (JN
"Cochrane Database of Systematic Reviews") or (TI (information n2 synthesis)) or (TI (data
n2 synthesis)) or (AB (information n2 synthesis)) or (AB (data n2 synthesis)) or (TI (data n2
extract*)) or (AB (data n2 extract*)) or (TI (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo
not "psycinfo database") or "web of science" or scopus or embase)) or (AB (medline or
pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo database") or "web of science" or
scopus or embase)) or (MH "Systematic Review") or (MH "Meta Analysis") or (TI (meta-
analy* or metaanaly*)) or (AB (meta-analy* or metaanaly*)))

44 resultaten

Cinahl (ebSCO)

((MH "Terminal Care+" OR MH "Terminally Ill Patients+" OR MH "Hospice and Palliative
Nursing" OR MH "Palliative Care" OR MH "Advance Directives+") OR TI (palliative OR
terminal* OR "end of life" OR incurabl* OR advanced OR progressive OR hospice*) OR AB
(palliative OR (terminal* n2 (ill* OR care OR stage)) OR "end of life" OR incurabl* OR
(advanced n2 (illness* OR disease* OR cancer OR care)) OR hospice*))

AND ((MH "Depression+") OR OR TI (depress*) OR AB (depress*))

AND ((MH "Psychotherapy+" OR MH "Social Work+" OR MH "Mind Body Techniques+" OR
MH "Spiritual Care" OR MH "Counseling+") OR

TI (spiritual* OR "mind-body" OR religion OR religious OR pastoral* OR psychologic* OR
psychosocial* OR counsel* OR mindfulness OR CBT OR "relaxation therap*" OR "breathing
exercis*" OR "progressive relax*" OR "self hypno*" OR hypnosis OR massag* OR touch* OR
"skin contact*" OR "skin to skin" OR mindfulness OR intervention* OR therap* OR support*
OR nonpharmacologic* OR non-pharmacologic*) OR

AB (spiritual* OR "mind body" OR religion OR religious OR pastoral* OR "psychological
support" OR "psychological care" OR "psychological intervention*" OR "psychosocial
intervent*" OR "psychosocial support*" OR "psychosocial care" OR counsel* OR mindfulness
OR "meaning therap*" OR "Acceptance Commitment Therap*" OR "cognitive behavior
therap*" OR "cognitive behaviour therap*" OR CBT OR "relaxation therap*" OR "breathing

*exercis** OR *“progressive relax**” OR *“self hypno**” OR *hypnosis* OR *massag** OR *“skin contact**” OR *“skin-to-skin”* OR *“family intervention**” OR *“peer support**” OR *“support intervention**” OR *“support program**” OR *mindfulness* OR *“existential therap**” OR *“creative therap**” OR *“music therap**”))

AND PY 2001-2020

AND ((TI (systematic* n3 review*)) or (AB (systematic* n3 review*)) or (TI (systematic* n3 bibliographic*)) or (AB (systematic* n3 bibliographic*)) or (TI (systematic* n3 literature)) or (AB (systematic* n3 literature)) or (TI (comprehensive* n3 literature)) or (AB (comprehensive* n3 literature)) or (TI (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (AB (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (TI (integrative n3 review)) or (AB (integrative n3 review)) or (JN “Cochrane Database of Systematic Reviews”) or (TI (information n2 synthesis)) or (TI (data n2 synthesis)) or (AB (information n2 synthesis)) or (AB (data n2 synthesis)) or (TI (data n2 extract*)) or (AB (data n2 extract*)) or (TI (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not “psycinfo database”) or “web of science” or scopus or embase)) or (AB (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not “psycinfo database”) or “web of science” or scopus or embase)) or (MH “Systematic Review”) or (MH “Meta Analysis”) or (MH “Meta Synthesis”) or (TI (meta-analy* or metaanaly*)) or (AB (meta-analy* or metaanaly*)))

91 resultaten

Cochrane database of systematic reviews

(palliative:ab,ti OR terminal-ill*:ab,ti OR terminally:ab,ti OR terminal-care:ab,ti OR terminal-stage:ab,ti OR terminal*:ti OR end-of-life:ab,ti OR incurabl*:ab,ti OR advanced-illness*:ab,ti OR advanced-disease*:ab,ti OR advanced-cancer:ab,ti OR advanced-care:ab,ti OR advanced:ti OR progressive:ti OR hospice*:ab,ti)

AND (depress*:ab,ti)

AND (*spiritual*:ab,ti* OR *mind-body:ab,ti* OR *religion:ab,ti* OR *religious:ab,ti* OR *pastoral*:ab,ti* OR *psychologic*:ti* OR *psychological-support:ab,ti* OR *psychological-care:ab,ti* OR *psychological-intervention*:ab,ti* OR *psychosocial-intervent*:ab,ti* OR *psychosocial-support*:ab,ti* OR *psychosocial-care:ab,ti* OR *counsel*:ab,ti* OR *mindfulness:ab,ti* OR *meaning-therap*:ab,ti* OR *Acceptance-Commitment-Therap*:ab,ti* OR *cognitive-behavior-therap*:ab,ti* OR *cognitive-behaviour-therap*:ab,ti* OR *CBT:ab,ti* OR *relaxation-therap*:ab,ti* OR *breathing-exercis*:ab,ti* OR *progressive-relax*:ab,ti* OR *self-hypno*:ab,ti* OR *hypnosis:ab,ti* OR *massag*:ab,ti* OR *touch*:ti* OR *skin-contact*:ab,ti* OR *skin-to-skin:ab,ti* OR *family-intervention*:ab,ti* OR *peer-support*:ab,ti* OR *support-intervention*:ab,ti* OR *support-program*:ab,ti* OR *mindfulness:ab,ti* OR *existential-therap*:ab,ti* OR *creative-therap*:ab,ti* OR *music-therap*:ab,ti* OR *intervention*:ti* OR *therap*:ti* OR *support*:ti* OR *nonpharmacologic*:ti* OR *non-pharmacologic*:ti*)

17 Cochrane reviews

Ontdubbeling

107+216+44+91+17=475 referenties geïmporteerd in Endnote, 185 dubbelen verwijderd

--> **290 resultaten**

RCTs (geen datumbeperving, zoekdatum 11032021)

PubMed

("Terminally Ill"[Mh] OR "Terminal Care"[Mh] OR "Palliative Care"[Mh] OR "Palliative Medicine"[Mh] OR "Hospice and Palliative Care Nursing"[Mh] OR "Advance Care Planning"[Mh] OR palliative[tiab] OR terminal-ill*[tiab] OR terminally[tiab] OR terminal-care[tiab] OR terminal-stage[tiab] OR terminal*[ti] OR end-of-life[tiab] OR incurabl*[tiab] OR advanced-illness*[tiab] OR advanced-disease*[tiab] OR advanced-cancer[tiab] OR advanced-care[tiab] OR advanced[ti] OR progressive[ti] OR hospice*[tiab])

AND ("Depression"[Mh] OR depress*[tiab])
 AND ("Psychotherapy"[Mh] OR "Spiritual Therapies"[Mh] OR "Mind-Body Therapies"[Mh] OR "Religion and Psychology"[Mh] OR "Social Support"[Mh] OR "Counseling"[Mh] OR spiritual*[tiab] OR mind-body[tiab] OR religion[tiab] OR religious[tiab] OR pastoral*[tiab] OR psychologic*[ti] OR psychological-support[tiab] OR psychological-care[tiab] OR psychological-intervention*[tiab] OR psychosocial-intervent*[tiab] OR psychosocial-support*[tiab] OR psychosocial-care[tiab] OR counsel*[tiab] OR mindfulness[tiab] OR meaning-therap*[tiab] OR Acceptance-Commitment-Therap*[tiab] OR cognitive-behavior-therap*[tiab] OR cognitive-behaviour-therap*[tiab] OR CBT[tiab] OR relaxation-therap*[tiab] OR breathing-exercis*[tiab] OR progressive-relax*[tiab] OR self-hypno*[tiab] OR hypnosis[tiab] OR massag*[tiab] OR touch*[ti] OR skin-contact*[tiab] OR skin-to-skin[tiab] OR family-intervention*[tiab] OR peer-support*[tiab] OR support-intervention*[tiab] OR support-program*[tiab] OR mindfulness[tiab] OR existential-therap*[tiab] OR creative-therap*[tiab] OR music-therap*[tiab] OR intervention*[ti] OR therap*[ti] OR support*[ti] OR nonpharmacologic*[ti] OR non-pharmacologic*[ti])
 AND (("Randomized Controlled Trial"[pt] OR ((random*[tiab] AND (controlled[tiab] OR control[tiab] OR placebo[tiab] OR versus[tiab] OR vs[tiab] OR group[tiab] OR groups[tiab] OR comparison[tiab] OR compared[tiab] OR arm[tiab] OR arms[tiab] OR crossover[tiab] OR cross-over[tiab]) AND (trial[tiab] OR study[tiab]))) OR ((single[tiab] OR double[tiab] OR triple[tiab]) AND (masked[tiab] OR blind*[tiab]))) NOT (systematic review[pt] OR meta-analysis[pt] OR meta-anal*[tiab] OR metaanal*[tiab] OR quantitative review[tiab] OR systematic review[tiab] OR methodologic review[tiab] OR systematic[sb] OR "The Cochrane database of systematic reviews"[Jour] NOT (letter[pt] OR comment[pt] OR editorial[pt])))

298 resultaten

Embase

('terminally ill patient'/exp OR 'terminal care'/exp OR 'palliative therapy'/exp OR 'palliative nursing'/exp OR palliative:ab,ti,kw OR terminal-ill*:ab,ti,kw OR terminally:ab,ti,kw OR terminal-care:ab,ti,kw OR terminal-stage:ab,ti,kw OR terminal*:ti,kw OR end-of-life:ab,ti,kw OR incurabl*:ab,ti,kw OR advanced-illness*:ab,ti,kw OR advanced-disease*:ab,ti,kw OR advanced-cancer:ab,ti,kw OR advanced-care:ab,ti,kw OR advanced:ti,kw OR progressive:ti,kw OR hospice*:ab,ti,kw)
 AND ('depression'/exp OR depress*:ab,ti,kw)
 AND ('psychotherapy'/exp OR 'social care'/exp OR 'religion'/exp OR 'counseling'/exp OR spiritual*:ab,ti,kw OR mind-body:ab,ti,kw OR religion:ab,ti,kw OR religious:ab,ti,kw OR pastoral*:ab,ti,kw OR psychologic*:ti,kw OR psychological-support:ab,ti,kw OR psychological-care:ab,ti,kw OR psychological-intervention*:ab,ti,kw OR psychosocial-intervent*:ab,ti,kw OR psychosocial-support*:ab,ti,kw OR psychosocial-care:ab,ti,kw OR counsel*:ab,ti,kw OR mindfulness:ab,ti,kw OR meaning-therap*:ab,ti,kw OR Acceptance-Commitment-Therap*:ab,ti,kw OR cognitive-behavior-therap*:ab,ti,kw OR cognitive-behaviour-therap*:ab,ti,kw OR CBT:ab,ti,kw OR relaxation-therap*:ab,ti,kw OR breathing-exercis*:ab,ti,kw OR progressive-relax*:ab,ti,kw OR self-hypno*:ab,ti,kw OR hypnosis:ab,ti,kw OR massag*:ab,ti,kw OR touch*:ti,kw OR skin-contact*:ab,ti,kw OR skin-to-skin:ab,ti,kw OR family-intervention*:ab,ti,kw OR peer-support*:ab,ti,kw OR support-intervention*:ab,ti,kw OR support-program*:ab,ti,kw OR mindfulness:ab,ti,kw OR existential-therap*:ab,ti,kw OR creative-therap*:ab,ti,kw OR music-therap*:ab,ti,kw OR intervention*:ti,kw OR therap*:ti,kw OR support*:ti,kw OR nonpharmacologic*:ti,kw OR non-pharmacologic*:ti,kw)
 AND ('clinical trial'/exp OR 'randomization'/exp OR 'single blind procedure'/exp OR 'double blind procedure'/exp OR 'crossover procedure'/exp OR 'placebo'/exp OR 'prospective study'/exp OR rct:ab,ti OR random*:ab,ti OR 'single blind':ab,ti OR 'double blind':ab,ti OR

'randomised controlled trial':ab,ti OR 'randomized controlled trial'/exp OR placebo*:ab,ti
NOT ('conference abstract'/it OR 'editorial'/it OR 'letter'/it OR 'note'/it)

1103, excl SRs: 887

PsycInfo

(DE "Terminally Ill Patients" OR DE "Palliative Care" OR DE "Hospice" OR DE "Advance Directives"

OR TI (palliative OR terminal* OR "end of life" OR incurabl* OR advanced OR progressive OR hospice*) OR AB (palliative OR (terminal* n2 (ill* OR care OR stage)) OR "end of life" OR incurabl* OR (advanced n2 (illness* OR disease* OR cancer OR care)) OR hospice*))
AND ((DE "Depression (Emotion)" OR DE "Sadness" OR DE "Late Life Depression" OR DE "Reactive Depression") OR TI (depress*) OR AB (depress*))

AND ((DE "Psychotherapy" OR DE "Adlerian Psychotherapy" OR DE "Adolescent Psychotherapy" OR DE "Affirmative Therapy" OR DE "Analytical Psychotherapy" OR DE "Autogenic Training" OR DE "Brief Psychotherapy" OR DE "Brief Relational Therapy" OR DE "Client Centered Therapy" OR DE "Conversion Therapy" OR DE "Couples Therapy" OR DE "Eclectic Psychotherapy" OR DE "Emotion Focused Therapy" OR DE "Existential Therapy" OR DE "Experiential Psychotherapy" OR DE "Expressive Psychotherapy" OR DE "Eye Movement Desensitization Therapy" OR DE "Feminist Therapy" OR DE "Geriatric Psychotherapy" OR DE "Gestalt Therapy" OR DE "Group Psychotherapy" OR DE "Guided Imagery" OR DE "Humanistic Psychotherapy" OR DE "Hypnotherapy" OR DE "Individual Psychotherapy" OR DE "Insight Therapy" OR DE "Integrative Psychotherapy" OR DE "Interpersonal Psychotherapy" OR DE "Logotherapy" OR DE "Narrative Therapy" OR DE "Network Therapy" OR DE "Persuasion Therapy" OR DE "Primal Therapy" OR DE "Psychoanalysis" OR DE "Psychodrama" OR DE "Psychodynamic Psychotherapy" OR DE "Psychotherapeutic Counseling" OR DE "Psychotherapeutic Techniques" OR DE "Rational Emotive Behavior Therapy" OR DE "Reality Therapy" OR DE "Relationship Therapy" OR DE "Solution Focused Therapy" OR DE "Strategic Therapy" OR DE "Supportive Psychotherapy" OR DE "Transactional Analysis" OR DE "Cognitive Therapy" OR DE "Pastoral Counseling" OR DE "Social Support" OR DE "Support Groups" OR DE "Counseling" OR DE "Cross Cultural Counseling" OR DE "Educational Counseling" OR DE "Genetic Counseling" OR DE "Gerontological Counseling" OR DE "Grief Counseling" OR DE "Group Counseling" OR DE "Microcounseling" OR DE "Multicultural Counseling" OR DE "Occupational Guidance" OR DE "Pastoral Counseling" OR DE "Peer Counseling" OR DE "Psychotherapeutic Counseling" OR DE "Creative Arts Therapy" OR DE "Art Therapy" OR DE "Dance Therapy" OR DE "Music Therapy" OR DE "Poetry Therapy" OR DE "Recreation Therapy" OR DE "Mind Body Therapy" OR DE "Spiritual Care" OR

TI (spiritual* OR "mind-body" OR religion OR religious OR pastoral* OR psychologic* OR psychosocial* OR counsel* OR mindfulness OR CBT OR "relaxation therap*" OR "breathing exercis*" OR "progressive relax*" OR "self hypno*" OR hypnosis OR massag* OR touch* OR "skin contact*" OR "skin to skin" OR mindfulness OR intervention* OR therap* OR support* OR nonpharmacologic* OR non-pharmacologic*) OR

AB (spiritual* OR "mind body" OR religion OR religious OR pastoral* OR "psychological support" OR "psychological care" OR "psychological intervention*" OR "psychosocial intervent*" OR "psychosocial support*" OR "psychosocial care" OR counsel* OR mindfulness OR "meaning therap*" OR "Acceptance Commitment Therap*" OR "cognitive behavior therap*" OR "cognitive behaviour therap*" OR CBT OR "relaxation therap*" OR "breathing exercis*" OR "progressive relax*" OR "self hypno*" OR hypnosis OR massag* OR "skin contact*" OR "skin-to-skin" OR "family intervention*" OR "peer support*" OR "support intervention*" OR "support program*" OR mindfulness OR "existential therap*" OR "creative therap*" OR "music therap*"))

AND (random* OR trial* OR masked OR blind* OR RCT OR (control* n3 group*))

206 resultaten, excl SRs: 187

Cinahl (ebSCO)

((MH "Terminal Care+" OR MH "Terminally Ill Patients+" OR MH "Hospice and Palliative Nursing" OR MH "Palliative Care" OR MH "Advance Directives+") OR TI (palliative OR terminal* OR "end of life" OR incurabl* OR advanced OR progressive OR hospice*) OR AB (palliative OR (terminal* n2 (ill* OR care OR stage)) OR "end of life" OR incurabl* OR (advanced n2 (illness* OR disease* OR cancer OR care)) OR hospice*))
AND ((MH "Depression+" OR OR TI (depress*) OR AB (depress*))
AND ((MH "Psychotherapy+" OR MH "Social Work+" OR MH "Mind Body Techniques+" OR MH "Spiritual Care" OR MH "Counseling+") OR
TI (spiritual* OR "mind-body" OR religion OR religious OR pastoral* OR psychologic* OR psychosocial* OR counsel* OR mindfulness OR CBT OR "relaxation therap*" OR "breathing exercis*" OR "progressive relax*" OR "self hypno*" OR hypnosis OR massag* OR touch* OR "skin contact*" OR "skin to skin" OR mindfulness OR intervention* OR therap* OR support* OR nonpharmacologic* OR non-pharmacologic*) OR
AB (spiritual* OR "mind body" OR religion OR religious OR pastoral* OR "psychological support" OR "psychological care" OR "psychological intervention*" OR "psychosocial intervent*" OR "psychosocial support*" OR "psychosocial care" OR counsel* OR mindfulness OR "meaning therap*" OR "Acceptance Commitment Therap*" OR "cognitive behavior therap*" OR "cognitive behaviour therap*" OR CBT OR "relaxation therap*" OR "breathing exercis*" OR "progressive relax*" OR "self hypno*" OR hypnosis OR massag* OR "skin contact*" OR "skin-to-skin" OR "family intervention*" OR "peer support*" OR "support intervention*" OR "support program*" OR mindfulness OR "existential therap*" OR "creative therap*" OR "music therap*"))
AND (random* OR trial* OR masked OR blind* OR RCT OR (control* n3 group*))

349 resultaten, excl SRs: 302

CENTRAL (via cochrane library)

(palliative:ab,ti OR terminal-ill*:ab,ti OR terminally:ab,ti OR terminal-care:ab,ti OR terminal-stage:ab,ti OR terminal*:ti OR end-of-life:ab,ti OR incurabl*:ab,ti OR advanced-illness*:ab,ti OR advanced-disease*:ab,ti OR advanced-cancer:ab,ti OR advanced-care:ab,ti OR advanced:ti OR progressive:ti OR hospice*:ab,ti)
AND (depress*:ab,ti)
AND (spiritual*:ab,ti OR mind-body:ab,ti OR religion:ab,ti OR religious:ab,ti OR pastoral*:ab,ti OR psychologic*:ti OR psychological-support:ab,ti OR psychological-care:ab,ti OR psychological-intervention*:ab,ti OR psychosocial-intervent*:ab,ti OR psychosocial-support*:ab,ti OR psychosocial-care:ab,ti OR counsel*:ab,ti OR mindfulness:ab,ti OR meaning-therap*:ab,ti OR Acceptance-Commitment-Therap*:ab,ti OR cognitive-behavior-therap*:ab,ti OR cognitive-behaviour-therap*:ab,ti OR CBT:ab,ti OR relaxation-therap*:ab,ti OR breathing-exercis*:ab,ti OR progressive-relax*:ab,ti OR self-hypno*:ab,ti OR hypnosis:ab,ti OR massag*:ab,ti OR touch*:ti OR skin-contact*:ab,ti OR skin-to-skin:ab,ti OR family-intervention*:ab,ti OR peer-support*:ab,ti OR support-intervention*:ab,ti OR support-program*:ab,ti OR mindfulness:ab,ti OR existential-therap*:ab,ti OR creative-therap*:ab,ti OR music-therap*:ab,ti OR intervention*:ti OR therap*:ti OR support*:ti OR nonpharmacologic*:ti OR non-pharmacologic*:ti)

583 trials

Ontdubbeling

298+887+187+302+583=2257 referenties geïmporteerd in Endnote, 870 dubbelen verwijderd
--> **1387 resultaten**

8 - 6.1 Zoekstrategie

Vraag: Medicamenteuze behandeling van depressie in de palliatieve fase

Zoekdatum 16-04-2021

Interventie: Tricyclisch antidepressivum, SSRI, SNRI, andere antidepressiva, methylfenidaat, mirtazapine, bupropion, ketamine, psilocybine

Systematic Reviews

PubMed

("Terminally Ill"[Mh] OR "Terminal Care"[Mh] OR "Palliative Care"[Mh] OR "Palliative Medicine"[Mh] OR "Hospice and Palliative Care Nursing"[Mh] OR "Advance Care Planning"[Mh] OR palliative[tiab] OR terminal-ill*[tiab] OR terminally[tiab] OR terminal-care[tiab] OR terminal-stage[tiab] OR terminal*[ti] OR end-of-life[tiab] OR incurabl*[tiab] OR advanced-illness*[tiab] OR advanced-disease*[tiab] OR advanced-cancer[tiab] OR advanced-care[tiab] OR advanced[ti] OR progressive[ti] OR hospice*[tiab]) AND ("Depression"[Mh] OR depress*[tiab])

AND ("Depression/drug therapy"[mh] OR "Psychotropic Drugs"[Mj] OR "Antidepressive Agents"[Mh] OR "Serotonin Uptake Inhibitors"[Mh] OR "Serotonin and Noradrenaline Reuptake Inhibitors"[Mh] OR "Methylphenidate"[Mh] OR "Ketamine"[Mh] OR "Psilocybin"[Mh] OR "Antidepressive Agents" [Pharmacological Action] OR "Antidepressive Agents, Tricyclic" [Pharmacological Action] OR "Antidepressive Agents, Second-Generation" [Pharmacological Action] OR "Serotonin Uptake Inhibitors" [Pharmacological Action] OR antidepress*[tiab] OR anti-depress*[tiab] OR serotonin-uptake-inhibit*[tiab] OR serotonin-reuptake-inhibit*[tiab] OR SSRI*[tiab] OR noradrenaline-reuptake-inhibit*[tiab] OR norepinephrine-reuptake-inhibit*[tiab] OR noradrenaline-uptake-inhibit*[tiab] OR norepinephrine-uptake-inhibit*[tiab] OR SNRI*[tiab] OR methylphenidat*[tiab] OR mirtazapin*[tiab] OR bupropion[tiab] OR amfebutamon*[tiab] OR ketamin*[tiab] OR psilocybin*[tiab] OR psilocibin*[tiab] OR psychotropic*[ti] OR psycho-activ*[ti] OR psychoactiv*[ti] OR psychopharm*[ti] OR psycho-pharm*[ti] OR drug*[ti] OR (pharmac*[ti] NOT non-pharmac*[ti]))

AND ("2001/01/01"[PDat] : "3000/12/31"[PDat])

AND (systematic review[pt] OR meta-analysis[pt] OR meta-anal*[tiab] OR metaanal*[tiab] OR quantitative review[tiab] OR systematic review[tiab] OR methodologic review[tiab] OR systematic[sb] OR "The Cochrane database of systematic reviews"[Jour] NOT (letter[pt] OR comment[pt] OR editorial[pt]))

17 resultaten

Embase

('terminally ill patient'/exp OR 'terminal care'/exp OR 'palliative therapy'/exp OR 'palliative nursing'/exp OR palliative:ab,ti,kw OR terminal-ill*:ab,ti,kw OR terminally:ab,ti,kw OR terminal-care:ab,ti,kw OR terminal-stage:ab,ti,kw OR terminal*:ti,kw OR end-of-life:ab,ti,kw OR incurabl*:ab,ti,kw OR advanced-illness*:ab,ti,kw OR advanced-disease*:ab,ti,kw OR advanced-cancer:ab,ti,kw OR advanced-care:ab,ti,kw OR advanced:ti,kw OR progressive:ti,kw OR hospice*:ab,ti,kw)

AND ('depression'/exp/mj OR depress*:ti,kw)

AND ('drug therapy'/de/mj OR 'psychotropic agent'/exp/mj OR 'antidepressant agent'/exp OR 'ketamine'/exp OR 'psilocybine'/exp OR antidepress*:ab,ti,kw OR anti-depress*:ab,ti,kw OR tricyclic:ab,ti,kw OR serotonin-uptake-inhibit*:ab,ti,kw OR serotonin-reuptake-inhibit*:ab,ti,kw OR SSRI*:ab,ti,kw OR noradrenaline-reuptake-inhibit*:ab,ti,kw OR norepinephrine-reuptake-inhibit*:ab,ti,kw OR noradrenaline-uptake-inhibit*:ab,ti,kw OR norepinephrine-uptake-inhibit*:ab,ti,kw OR SNRI*:ab,ti,kw OR methylphenidat*:ab,ti,kw OR mirtazapin*:ab,ti,kw OR bupropion:ab,ti,kw OR amfebutamon*:ab,ti,kw OR ketamin*:ab,ti,kw OR psilocybin*:ab,ti,kw OR psychotropic*:ti OR psycho-activ*:ti OR psychoactiv*:ti OR psychopharm*:ti OR psycho-pharm*:ti OR drug*:ti OR (pharmac*:ti NOT non-pharmac*:ti))

AND [1-1-2001]/sd

AND ('systematic review'/exp OR 'meta analysis'/exp OR systematic-review:ab,ti OR meta-anal*:ab,ti OR metaanal*:ab,ti OR quantitative-review:ab,ti OR methodologic-review:ab,ti) NOT ('conference abstract'/it OR 'editorial'/it OR 'letter'/it OR 'note'/it)

21 resultaten

PsycInfo (ebSCO)

(DE "Terminally Ill Patients" OR DE "Palliative Care" OR DE "Hospice" OR DE "Advance Directives" OR TI (palliative OR terminal* OR "end of life" OR incurabl* OR advanced OR progressive OR hospice*) OR AB (palliative OR (terminal* n2 (ill* OR care OR stage)) OR "end of life" OR incurabl* OR (advanced n2 (illness* OR disease* OR cancer OR care)) OR hospice*)) AND ((DE "Depression (Emotion)" OR DE "Sadness" OR DE "Late Life Depression" OR DE "Reactive Depression") OR TI (depress*) OR AB (depress*)) AND (DE "Drug Therapy" OR DE "Antidepressant Drugs" OR DE "Bupropion" OR DE "Citalopram" OR DE "Fluoxetine" OR DE "Fluvoxamine" OR DE "Iproniazid" OR DE "Isocarboxazid" OR DE "Lithium Carbonate" OR DE "Methylphenidate" OR DE "Mianserin" OR DE "Moclobemide" OR DE "Molindone" OR DE "Nefazodone" OR DE "Nialamide" OR DE "Nomifensine" OR DE "Paroxetine" OR DE "Phenelzine" OR DE "Pheniprazine" OR DE "Pipradrol" OR DE "Sertraline" OR DE "Sulpiride" OR DE "Tranlycypromine" OR DE "Trazodone" OR DE "Zimeldine" DE "Serotonin Reuptake Inhibitors" OR DE "Chlorimipramine" OR DE "Paroxetine" OR DE "Zimeldine" OR DE "Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitors" OR DE "Venlafaxine" OR DE "Tricyclic Antidepressant Drugs" OR DE "Amitriptyline" OR DE "Chlorimipramine" OR DE "Desipramine" OR DE "Doxepin" OR DE "Imipramine" OR DE "Maprotiline" OR DE "Nortriptyline" OR DE "Ketamine" OR TI (psychotropic* OR psychoactive OR "psycho-active" OR psychopharm* OR "psycho-pharm*" OR "serotonin uptake inhibit*" OR "serotonin reuptake inhibit*" OR SSRI* OR "noradrenaline reuptake inhibit*" OR "norepinephrine reuptake inhibit*" OR "noradrenaline uptake inhibit*" OR "norepinephrine uptake inhibit*" OR SNRI* OR mirtazapin* OR bupropion OR methylphenidat* OR ketamin* OR psilocybin* OR antidepress* OR anti-depress* OR drug* OR pharmac*) OR AB ("serotonin uptake inhibit*" OR "serotonin reuptake inhibit*" OR SSRI* OR "noradrenaline reuptake inhibit*" OR "norepinephrine reuptake inhibit*" OR "noradrenaline uptake inhibit*" OR "norepinephrine uptake inhibit*" OR SNRI* OR mirtazapin* OR bupropion OR methylphenidat* OR ketamin* OR psilocybin* OR antidepress* OR anti-depress*)) AND PY 2001-2020

AND ((TI (systematic* n3 review*) or (AB (systematic* n3 review*)) or (TI (systematic* n3 bibliographic*)) or (AB (systematic* n3 bibliographic*)) or (TI (systematic* n3 literature)) or (AB (systematic* n3 literature)) or (TI (comprehensive* n3 literature)) or (AB (comprehensive* n3 literature)) or (TI (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (AB (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (TI (integrative n3 review)) or (AB (integrative n3 review)) or (JN "Cochrane Database of Systematic Reviews") or (TI (information n2 synthesis)) or (TI (data n2 synthesis)) or (AB (information n2 synthesis)) or (AB (data n2 synthesis)) or (TI (data n2 extract*)) or (AB (data n2 extract*)) or (TI (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo database") or "web of science" or scopus or embase)) or (AB (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo database") or "web of science" or scopus or embase)) or (MH "Systematic Review") or (MH "Meta Analysis") or (TI (meta-analy* or metaanaly*)) or (AB (meta-analy* or metaanaly*)))

17 resultaten

Cinahl (ebSCO)

((MH "Terminal Care+" OR MH "Terminally Ill Patients+" OR MH "Hospice and Palliative Nursing" OR MH "Palliative Care" OR MH "Advance Directives+") OR TI (palliative OR terminal* OR "end of life" OR incurabl* OR advanced OR progressive OR hospice*) OR AB (palliative OR (terminal* n2 (ill* OR care OR stage)) OR "end of life" OR incurabl* OR (advanced n2 (illness* OR disease* OR cancer OR care)) OR hospice*)) AND ((MH "Depression+") OR TI (depress*) OR AB (depress*)) AND ((MH "Drug Therapy" OR MH "Psychotropic Drugs+" OR MH "Serotonin Uptake Inhibitors+" OR MH "Methylphenidate" OR MH "Ketamine" OR MH "Bupropion") OR TI (psychotropic* OR psychoactive OR psycho-active OR psychopharm* OR psycho-pharm* OR antidepress* OR anti-depress* OR "serotonin uptake inhibit*" OR "serotonin reuptake inhibit*" OR SSRI* OR "noradrenaline reuptake inhibit*" OR "norepinephrine reuptake inhibit*" OR "noradrenaline uptake inhibit*" OR

"norepinephrine uptake inhibit" OR SNRI* OR tricyclic* OR mirtazapin* OR bupropion OR methylphenidat* OR ketamin* OR psilocybin* OR drug* OR pharmac*) OR AB (antidepress* OR anti-depress* OR "serotonin uptake inhibit*" OR "serotonin reuptake inhibit*" OR SSRI* OR "noradrenaline reuptake inhibit*" OR "norepinephrine reuptake inhibit*" OR "noradrenaline uptake inhibit*" OR "norepinephrine uptake inhibit*" OR SNRI* OR tricyclic* OR mirtazapin* OR bupropion OR methylphenidat* OR ketamin* OR psilocybin*))*

AND PY 2001-2020

AND ((TI (systematic* n3 review*)) or (AB (systematic* n3 review*)) or (TI (systematic* n3 bibliographic*)) or (AB (systematic* n3 bibliographic*)) or (TI (systematic* n3 literature)) or (AB (systematic* n3 literature)) or (TI (comprehensive* n3 literature)) or (AB (comprehensive* n3 literature)) or (TI (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (AB (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (TI (integrative n3 review)) or (AB (integrative n3 review)) or (JN "Cochrane Database of Systematic Reviews") or (TI (information n2 synthesis)) or (TI (data n2 synthesis)) or (AB (information n2 synthesis)) or (AB (data n2 synthesis)) or (TI (data n2 extract*)) or (AB (data n2 extract*)) or (TI (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo database") or "web of science" or scopus or embase)) or (AB (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo database") or "web of science" or scopus or embase)) or (MH "Systematic Review") or (MH "Meta Analysis") or (MH "Meta Synthesis") or (TI (meta-analy* or metaanaly*)) or (AB (meta-analy* or metaanaly*)))

30 resultaten

Cochrane database of systematic reviews

(palliative:ab,ti OR terminal-ill*:ab,ti OR terminally:ab,ti OR terminal-care:ab,ti OR terminal-stage:ab,ti OR terminal*:ti OR end-of-life:ab,ti OR incurabl*:ab,ti OR advanced-illness*:ab,ti OR advanced-disease*:ab,ti OR advanced-cancer:ab,ti OR advanced-care:ab,ti OR advanced:ti OR progressive:ti OR hospice*:ab,ti)

AND (depress*:ab,ti)

AND (antidepress*:ab,ti,kw OR anti-depress*:ab,ti,kw OR tricyclic:ab,ti,kw OR serotonin-uptake-inhibit*:ab,ti,kw OR serotonin-reuptake-inhibit*:ab,ti,kw OR SSRI*:ab,ti,kw OR noradrenaline-reuptake-inhibit*:ab,ti,kw OR norepinephrine-reuptake-inhibit*:ab,ti,kw OR noradrenaline-uptake-inhibit*:ab,ti,kw OR norepinephrine-uptake-inhibit*:ab,ti,kw OR SNRI*:ab,ti,kw OR methylphenidat*:ab,ti,kw OR mirtazapin*:ab,ti,kw OR bupropion:ab,ti,kw OR amfebutamon*:ab,ti,kw OR ketamin*:ab,ti,kw OR psilocybin*:ab,ti,kw OR psychotropic*:ti OR psycho-activ*:ti OR psychoactiv*:ti OR psychopharm*:ti OR psycho-pharm*:ti OR drug*:ti OR pharmac*:ti)

3 Cochrane reviews

Ontdubbeling

17+21+17+30+3=88 referenties geïmporteerd in Endnote, 29 dubbelen verwijderd --> **59 resultaten**

8 - 6.2 Reviewprotocol

Onderwerp	6. Medicamenteuze behandeling van depressieve klachten of depressie in de palliatieve fase (versie 04032021)
Uitgangsvragen	<input type="checkbox"/> Wat is het effect van medicamenteuze behandeling op depressie bij patiënten in de palliatieve fase?
Criteria voor inclusie van studies in review	
<input type="checkbox"/> Populatie	<p>Populatie: Patiënten >18 jaar in de palliatieve fase van een lichamelijke ziekte met depressieve klachten, gemeten met een gevalideerde vragenlijst, of een depressieve stoornis</p> <p>Inclusie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Studies met patiënten met levensverwachting van 1 à 2 jaar of - Studies die patiënten includeren met progressieve somatische aandoeningen <p>Suggesties voor trefwoorden: palliative, incurable, end of life en advanced.</p> <p>Exclusie: Patiënten met dementie</p>
<input type="checkbox"/> Interventie	<input type="checkbox"/> Tricyclisch antidepressivum, SSRI, SNRI, andere antidepressiva, methylfenidaat, mirtazapine, bupropion, ketamine, psilocybine
<input type="checkbox"/> Vergelijking	<input type="checkbox"/> Wachtlijst (geen antidepressivum) <input type="checkbox"/> Actieve controle (ander antidepressivum/niet medicamenteuze behandeling) <input type="checkbox"/> Placebo
<input type="checkbox"/> Kritische uitkomstmaten	<input type="checkbox"/> Ernst van de depressieve klachten (gemeten met een gevalideerde vragenlijst) <input type="checkbox"/> Remissie van depressieve stoornis
<input type="checkbox"/> Belangrijke uitkomstmaten	<input type="checkbox"/> Kwaliteit van leven
<input type="checkbox"/> Setting	<input type="checkbox"/> Alle settings
<input type="checkbox"/> Studie design	Systematic reviews, meta-analyses (RCT's)
<input type="checkbox"/> Minimum omvang steekproef	<input type="checkbox"/> RCT >10 per arm <input type="checkbox"/> Exclusie van studies met >50% attrition uit één arm van de trial (tenzij adequate statistiek is toegepast om te corrigeren voor missende data)
Search strategie	[termen populatie criteria] AND [RCT, systematic review]
Databases searched	<input type="checkbox"/> CINAHL, PsycINFO, Embase, Medline, Cochrane Database of Systematic reviews
Data searched	Reviews vanaf 2001. Voor de RCT's vanaf inception.
De review strategie	Eerst een search naar SRs. RCTs uit de geselecteerde SR worden meegenomen wanneer ze passen bij de uitgangsvraag en de PICO. Mochten er teveel artikelen zijn dan wordt geprioriteerd welke mee te nemen.

8 - 6.3 Lijst met exclusieredenen

Study ID	decision 1e selectie	reden
Aftab2021	Excluded	wrong study design
Vega2020	Excluded	wrong population
Uphoff2020	Excluded	brede groep RAYYAN-EXCLUSION-REASONS
Mihailescu-Marin2020	Excluded	wrong study design
Md Zemberi2020	Excluded	wrong population
Maund2019	Excluded	wrong population
Maund2019	Excluded	wrong population
Berardelli2019	Excluded	wrong population
HÅrteel-Petri2017	Excluded	wrong population
Coelho2017	Excluded	wrong intervention
Bateman2016	Excluded	wrong study design
Ostuzzi2015	Excluded	brede groep RAYYAN-EXCLUSION-REASONS
McCormick2015	Excluded	wrong population
Janberidze2014	Excluded	wrong outcome
Tibaldi2011	Excluded	wrong outcome
Joly2011	Excluded	wrong intervention
Alviar2011	Excluded	wrong population
Elie2010	Excluded	wrong population
Teixeira2009	Excluded	wrong study design
Pergolizzi2009	Excluded	wrong intervention
Diederich2008	Excluded	wrong outcome
Haaga2006	Excluded	wrong population
Hern and ez2021	Excluded	Geen relevante RCTs
Reiff2020	Excluded	Geen SR
Economos2020	Excluded	Geen relevante RCTs
Chapman2020	Excluded	Geen relevante RCTs
Assenza2020	Excluded	Geen pharma
Goldman2019	Excluded	Geen relevante RCTs

Davis2019	Excluded	Geen relevante RCTs
Whelan2018	Excluded	Geen SR
Barbetta2017	Excluded	Geen depressie gemeten
Walker2013	Excluded	Geen relevante RCTs
Li2012	Excluded	Geen SR
Irving2010	Excluded	Geen SR
Hardy2009	Excluded	Geen SR
Lorenz2008	Excluded	Geen relevante RCTs
Harris2008	Excluded	Geen SR
Bekelman2008	Excluded	Geen SR
Seamark2007	Excluded	Geen SR
Saarto2007	Excluded	Verkeerde doel van de therapie
Akechi2004	Excluded	verkeerde taal (japans)
Rozans2002	Excluded	Geen SR
Piotrowski2002	Excluded	geen uitkomsten voor depressie
2002	Excluded	Geen full tekst
Wheeler2020	Excluded	geen meta-analyse
Schimmel2020	Excluded	geen meta-analyse
Kotlinska-Lemieszek2019	Excluded	geen meta-analyse
Reiche2018	Excluded	geen meta-analyse
Pollok2018	Excluded	Alleen voor COPD
Palmer2016	Excluded	2 RCT's met depressie-uitkomst
Feinstein2015	Excluded	geen meta-analyse
Bausewein2015	Excluded	geen meta-analyse
Grassi2014	Excluded	geen meta-analyse
Ujeyl2012	Excluded	geen meta-analyse
Naqvi2009	Excluded	Geen full tekst
Lee2009	Excluded	Geen full tekst
Ly2002	Excluded	geen meta-analyse

Bijlage 9 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]:

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

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'.

- 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.
- De wetenschappelijke evidentie voor het niet-medicamenteus behandelen van 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.

Bijlage 10 Communicatie- en implementatieplan

Het communicatie- en implementatieplan bij deze richtlijn is een belangrijk hulpmiddel om effectief de aanbevelingen uit deze richtlijn te implementeren voor de verschillende disciplines.

Bevorderen van het toepassen van de richtlijn in de praktijk begint met communicatie: een brede bekendmaking en verspreiding van de richtlijn. Bij verdere implementatie gaat het om gerichte interventies per beroepsgroep. Dit om te bevorderen dat zorgverleners de nieuwe kennis en kunde opnemen in hun routines van de palliatieve zorgpraktijk, inclusief borging daarvan. Als onderdeel van elke richtlijn stelt IKNL samen met de richtlijnwerkgroep een implementatieplan op. Activiteiten en interventies voor verspreiding en implementatie vinden zowel op landelijk als regionaal niveau plaats. Deze kunnen eventueel ook op maat gemaakt worden per instelling of specialisme. Informatie hierover is te vinden op www.palliaweb.nl/onderwijs-en-opleiden-palliatieve-zorg. IKNL werkt als lidorganisatie van PZNL (de coöperatie Palliatieve Zorg Nederland) samen met andere partijen om opleidingen en trainingsmaterialen te ontwikkelen die aansluiten bij en toepasbaar zijn in de praktijk.

Status

Dit communicatie- en implementatieplan is bijgewerkt tot [datum]. Dit communicatie- en implementatieplan zal tot de publicatie en daarna nog worden aangevuld en kunnen wijzigen.

Bijlage 11 Afkortingen en begrippen

Afkortingen

Volgt nog.

CONCEPT