

Herziene richtlijnen voor angst en depressie

In dit artikel wijst de auteur op de plaats van de geestelijk verzorger in de richtlijnen en roept hen op hier gebruik van te maken. In het bijzonder vestigt zij de aandacht op de rol die de geestelijk verzorger toebedeeld wordt in preventie, interventie en communicatie. De auteur nam deel aan de werkgroepen die de richtlijnen schreven. De richtlijnen zijn mede door de VGVZ geautoriseerd.

Anja Visser

GELIJKTIJDIG MET DE HERZIENING van de *Richtlijn rouw in de palliatieve fase* (Muthert & Olsman, 2022) heeft het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) ook de *Richtlijn angst in de palliatieve fase* en de *Richtlijn depressie in de palliatieve fase* herzien. Namens de VGVZ heb ik deelgenomen aan de richtlijnwerkgroepen die deze richtlijnen hebben geschreven. Hoewel er in beide richtlijnen geen speciale aandacht wordt besteed aan de geestelijk verzorger, behoort de geestelijk verzorger tot de doelgroep van de richtlijnen als zijnde een van de zorgverleners voor patiënten in de palliatieve fase. De geestelijk verzorger wordt dan ook meerdere keren genoemd als onderdeel van het multidisciplinaire zorgteam

in de palliatieve zorg. Ook is er veel aandacht voor de existentiële dimensie van angst en depressie in deze ziektefase. Daarom is het belangrijk dat geestelijk verzorgers op de hoogte zijn van deze richtlijnen en de aanbevelingen die hierin staan.

In dit artikel sta ik eerst stil bij het proces van totstandkoming van de richtlijnen. Meer informatie hierover is te vinden in Muthert en Olsman (2022); alle richtlijnen komen namelijk via eenzelfde proces tot stand. Daarna ga ik dieper in op de inhoud en de plaats van geestelijke verzorging in de richtlijnen.

Totstandkoming van de richtlijnen

Richtlijnen palliatieve zorg worden onder leiding van het IKNL ontwikkeld in multidisciplinaire werkgroepen. Deze werkgroepen bestaan uit mensen die namens een beroepsvereniging of andere vertegenwoordigende organisatie worden afgevaardigd, waardoor de richtlijn door een zo breed mogelijke groep professionals kan worden gebruikt. In de werkgroepen Angst en Depressie waren bijvoorbeeld verpleegkundigen, specialisten ouderengeneeskunde, psychologen, psychiaters, huisartsen, arts-specialisten, geestelijk verzorgers (VGVZ) en patiënten (Patiëntenfederatie Nederland) vertegenwoordigd.¹

Voordat een werkgroep aan de slag gaat, houdt het IKNL onder patiënten en professionals een knelpunteninventarisatie. Deze inventarisatie beïnvloedt de keuze van onderwerpen die

in het bijzonder aandacht krijgen in de (herziene) richtlijnen. Voor de angst- en depressierichtlijnen bleek bijvoorbeeld dat interculturele communicatie als een knelpunt werd ervaren. Daarom is in beide richtlijnen een module Communicatie opgenomen. Nadat de werkgroep heeft besloten welke onderwerpen (of modules) er in de richtlijn aan bod moeten komen, gaat ze in subgroepjes aan de slag. Elk subgroepje bestaat uit twee of drie werkgroepleden en is verantwoordelijk voor één of twee modules. Ik nam deel aan de modules Communicatie en Psychosociale interventies van beide richtlijnen.

Een subgroepje bepaalt eerst de 'uitgangsvraag': de onderzoeksvraag die in de module beantwoord moet worden. In de module Communicatie was dit bijvoorbeeld: *Wat zijn voorwaarden voor goede communicatie met patiënten met depressie of angst in de palliatieve fase en met hun naasten en/of mantelzorgers?* Hier zijn depressie en angst samen genomen, omdat de aanbevelingen voor beide situaties vrijwel hetzelfde zijn, maar in de meeste modules gaat het ofwel om depressie ofwel om angst.

Om de uitgangsvraag te beantwoorden, zijn er twee strategieën mogelijk: 'consensus-based' en 'evidence-based'. *Consensus-based* betekent dat de werkgroep vooral op basis van praktijkervaring en kennis van andere experts aanbevelingen doet voor de zorg. Meestal wordt hiervoor gekozen als er geen of weinig wetenschappelijk onderzoek beschikbaar is over het onderwerp. *Evidence-based* betekent dat de aanbevelingen van de werkgroep gebaseerd zijn op wetenschappelijk onderzoek, in het bijzonder klinische trials (RCTs), aangevuld met praktijkervaring.

De aanbevelingen vormen het belangrijkste deel van de richtlijn. Dit zijn namelijk de antwoorden op de uitgangsvraag die professionals in de palliatieve zorg helpen om hun zorg vorm te geven. Elke module begint dan ook met de uitgangsvraag, de methode (consensus- of evidence-based) en de aanbevelingen. Daarna wordt pas meer verteld over wat er in de literatuur gevonden is en hoe de werkgroep



deze informatie heeft gewogen om tot de aanbevelingen te komen. Aanbevelingen kunnen sterk of zwak zijn: sterke aanbevelingen zijn in meer dwingende vorm geformuleerd, terwijl zwakke aanbevelingen meestal het woord 'overweeg' bevatten. In het kader staan de aanbevelingen waarin geestelijk verzorgers specifiek worden benoemd.

Angst en depressie worden in de richtlijnen in relatie gebracht met zingeving en existentiële vragen

Als de werkgroep vindt dat de modules klaar zijn, worden ze voor commentaar naar representanten van organisaties in de palliatieve zorg gestuurd. Dit zorgt vaak voor verhelderingen en aanvullingen in de modules. Als dat gedaan is, worden de richtlijnen opnieuw naar de organisaties gestuurd voor goedkeuring of wel 'autorisatie'. Ook de VGVZ heeft de *Richtlijn angst in de palliatieve fase* en de *Richtlijn depressie in de palliatieve fase* becommentarieerd en geautoriseerd.

Na autorisatie worden de richtlijnen gepubliceerd op Palliaweb.² Samenvattingen worden gepubliceerd in de app PalliArts, de IKNL webshop en Overpalliatievezorg.nl (voor patiënten en naasten). Een beslisboom verschijnt op Palliaweb en aanbevelingen voor verder onderzoek worden doorgegeven aan de Stichting Onderzoek Palliatieve Zorg Nederland (PALZON). De richtlijnen Angst in de palliatieve fase en Depressie in de palliatieve fase zijn gepubliceerd op 23 november 2022.⁴

Inhoud van de richtlijnen

De *Richtlijn angst in de palliatieve fase* en de *Richtlijn depressie in de palliatieve fase* bestaan elk uit acht modules: Inleiding, Communicatie, Preventie, Signalering en diagnostiek, Behandeling van oorzakelijke en beïnvloedende somatische factoren, Psychosociale interven-

ties, Medicamenteuze behandeling, en Organisatie van zorg. Ik bespreek de voor geestelijk verzorgers belangrijkste bevindingen in deze modules.

De inleiding bakent vooral af: waar gaat deze richtlijn over, voor wie is die bedoeld en hoe vaak komt het probleem voor? Een belangrijk onderdeel hiervan is de definitie van angst en depressie. Angst wordt in de betreffende richtlijn gedefinieerd als 'een beklemmende, onaangename emotionele toestand die wordt opgeroepen als zich een verandering voordoet in het leven die als ontregelend, onbekend of bedreigend voor het eigen welbevinden of het leven wordt ervaren. Wanneer duidelijk is geworden dat genezing niet meer mogelijk is en de dood in zicht komt, gaan de ingrijpende veranderingen, onzekerheden en existentiële vragen vaak gepaard met zorgen en gevoelens van spanning, die zich zowel fysiek als emotioneel kunnen uiten' (IKNL, 2022a). Depressie wordt gedefinieerd als 'het spectrum van emotionele ontregeling, waarbij gevoelens van somberheid, neerslachtigheid, verlies van interesse of plezier (anhedonie) en verdriet op de voorgrond staan' (IKNL, 2022b).

Beide emotionele toestanden komen veel voor in de palliatieve fase: een angststoornis volgens de DSM-criteria komt voor bij 10 procent van de patiënten in de palliatieve fase, terwijl angstsymptomen voorkomen bij 24 tot wel 90 procent van de patiënten (IKNL, 2022a). Een depressieve stoornis volgens de DSM-criteria komt bij 14 tot 15 procent van de patiënten in de palliatieve fase voor, terwijl depressieve symptomen voorkomen bij 24 tot 39 procent van de patiënten (IKNL, 2022b).

Belangrijk om op te merken is dat zowel gevoelens van angst als van depressie worden beschouwd als normale reactie op een levensbedreigende ziekte en/of op het nieuws dat behandeling niet meer mogelijk is. Deze gevoelens raken aan het proces van rouw dat kan optreden en aan de onzekerheid van deze ziektefase. Zowel angst als depressie worden in de richtlijnen dan ook in relatie gebracht met zingeving en existentiële vragen. Het is

Aanbevelingen met expliciete verwijzing naar geestelijke verzorging

In drie modules (communicatie, psychosociale interventies en organisatie van zorg) zijn aanbevelingen opgenomen die expliciet naar geestelijke verzorging verwijzen. Deze zijn hieronder te lezen.

Communicatie

Angst. Maak waar mogelijk gebruik van onder anderen interculturele consulenten, geestelijk verzorgers en professionele (gebaren)tolken.

Depressie. Maak waar mogelijk gebruik van onder anderen interculturele consulenten, geestelijk verzorgers en professionele (gebaren)tolken, om te ondersteunen bij gesprekken waarbij een verschil in taal, cultuur, levensbeschouwing en bijbehorende normen en verwachtingen wordt ervaren.

Psychosociale interventies

Verwijs naar een geestelijk verzorger indien existentiële problematiek op de voorgrond staat.

Organisatie van zorg

Overweeg laagdrempelige verwijzing naar professionals die ervaring hebben met palliatieve zorg en behandeling van angst: verpleegkundig specialist of *physician assistant* (bijvoorbeeld palliatieve zorg, oncologie, neurologie), palliatieve (thuis)zorg, praktijkondersteuner huisarts, psycholoog, psychiater, psychiatrisch verpleegkundige/ spv'er, geestelijk verzorger, maatschappelijk werker, kaderarts palliatieve zorg, specialist ouderengeneeskunde (in eerste lijn of intramuraal) of klinisch geriatr/ internist ouderengeneeskunde (intramuraal), vaktherapeuten en paramedici (zoals creatief therapeut of muziektherapeut, fysiotherapeut, ergotherapeut).

Angst. Maak desgewenst gebruik van de *Palliatieve zorgzoeker* voor het vinden van professionals werkzaam in de palliatieve zorg (zoals geestelijk verzorgers, mantelzorgondersteuning en psychologen) of van de online *Verwijsgids kanker*. Hierbij wordt geadviseerd de zoekterm 'depressie' te gebruiken.

Depressie. Maak desgewenst gebruik van de *Palliatieve zorgzoeker* voor het vinden van professionals werkzaam in de palliatieve zorg (zoals geestelijk verzorgers, mantelzorgondersteuning en psychologen) of van de online *Verwijsgids kanker*. Hierbij wordt geadviseerd de zoekterm 'depressie' te gebruiken.

voor zorgverleners belangrijk om het verloop van klachten in de gaten te houden, zodat er ingegrepen kan worden wanneer deze de kwaliteit van leven van de patiënt en/of de naasten aantasten. Hier heeft ook de geestelijk verzorger een verantwoordelijkheid in, zoals in latere modules wordt toegelicht.

In de module Communicatie in beide richtlijnen worden aanbevelingen gedaan voor goede, cultuursensitieve communicatie met zowel patiënten als naasten. Daarbij heeft de werkgroep ervoor gekozen om geen aanbevelingen voor specifieke culturele groepen te doen, omdat dit het risico van stereotypering vergroot en vaak geen recht doet aan de communicatiewensen van individuen. Daarentegen beveelt de richtlijn vooral aan om patiëntge-

richte communicatie toe te passen met (waar mogelijk en gewenst) een empathische, exploratieve communicatiestijl, zodat patiënten en naasten ruimte hebben om hun ervaringen, gevoelens en wensen uit te drukken (IKNL, 2022a, 2022b). Dit is een vorm van communicatie waar geestelijk verzorgers bij uitstek in getraind zijn en waar zij andere zorgverleners bij kunnen ondersteunen.

De module Preventie in beide richtlijnen handelt over het voorkómen van angst of depressie in de palliatieve fase. Heldere voorlichting, vroegtijdige inzet van palliatieve zorg, goede communicatie, lotgenotencontact (mogelijk gefaciliteerd door geestelijk verzorgers) en vroegtijdige behandeling van oorzakelijke en beïnvloedende factoren worden aanbevolen.

Dit laatste punt wordt in beide richtlijnen besproken in de module Behandeling van oorzakelijke en beïnvloedende somatische factoren. Daarin staan vooral aanbevelingen voor het behandelen van somatische factoren die bijdragen aan angst en/of depressie (IKNL, 2022a, 2022b).

Er is veel ruimte voor de geestelijk verzorger om een rol te pakken in de palliatieve zorg

Om te weten of iemand last heeft van angst of depressie, zijn signalering en diagnostiek van belang. In de modules Signalering en diagnostiek wordt hier dan ook aandacht aan besteed. Aanbevolen wordt om te overwegen al te beginnen met screening bij de markering van de palliatieve fase. Screening kan plaatsvinden met behulp van mondelinge vragen, op basis van verbale en non-verbale signalen, en met korte vragenlijsten. De richtlijnen geven advies over de beste vragen, de belangrijkste signalen en de beste vragenlijsten. Daarnaast geven ze aanbevelingen voor verdere diagnostiek (IKNL, 2022a, 2022b). Het is goed om hiervan op de hoogte te zijn, omdat de geestelijk verzorger door het contact met patiënten en naasten ook een rol heeft in screening en signalering.

Als is vastgesteld dat er sprake lijkt te zijn van angst en/of depressie, wordt het van belang hierop in te grijpen om de kwaliteit van leven van patiënten en naasten te verbeteren of in stand te houden. De modules Psychosociale interventies en Medicamenteuze behandeling geven hiervoor aanbevelingen. Vooral de module Psychosociale interventies in beide richtlijnen is van belang voor geestelijk verzorgers. In deze modules wordt het 'matched care'-principe aanbevolen. Dit houdt in dat de vorm en intensiteit van psychosociale hulp niet alleen bepaald wordt op basis van de ernst van de klachten en de levensduur van de patiënt (of naaste), maar vooral op basis van de wen-

sen van de patiënt (of naaste). Daarbij wordt in de richtlijnen onderscheid gemaakt tussen 'ondersteuning' en 'therapie'. Ondersteuning bestaat bijvoorbeeld uit gesprekken met de verpleegkundige of arts, of met de geestelijk verzorger (als existentiële problematiek voorop staat). Therapie bestaat uit verschillende vormen van langduriger, gestandaardiseerde zorg door een gespecialiseerde zorgverlener, zoals psychologen, psychiaters, maatschappelijk werkers, verpleegkundig specialisten of vaktherapeuten.

Uit het literatuuronderzoek dat voor de modules Psychosociale interventies is gedaan, bleek dat zingevinggerichte interventies in de palliatieve fase effectief waren voor de behandeling van angst en/of depressie, zowel voor patiënten als voor naasten. Denk hierbij aan 'dignity therapy' en 'life review therapy' bij depressie, 'meaning-centred psychotherapy' bij angst, 'managing cancer and living meaningfully' (CALM), 'acceptance and commitment therapy' (ACT) en op mindfulness gebaseerde therapieën. Ook muziektherapie bleek effectief (IKNL, 2022a, 2022b). Hoewel deze therapieën meestal door psychologen en vaktherapeuten worden aangeboden, kan de geestelijk verzorger hierin ook een rol spelen.

Ten slotte wordt in de richtlijnen besproken hoe het zorgtraject idealiter wordt ingericht, in de module Organisatie van zorg. Deze beveelt vooral aan om (waar mogelijk) een individueel zorgplan op te stellen met de patiënt en naasten en om verantwoordelijkheden helder te hebben. Een regiebehandelaar en een centrale zorgverlener zorgen ervoor dat er overzicht blijft in het zorgtraject van de patiënt en dat zowel patiënten en naasten als zorgverleners een aanspreekpunt hebben. Samenwerking is een kernwoord in de organisatie van zorg in de palliatieve fase volgens de richtlijnen, in de vorm van 'matched care' en 'collaborative care' (IKNL, 2022a, 2022b).

Rol geestelijk verzorger

Passende zorg is een leidend principe in de organisatie van zorg volgens de *Richtlijn angst in de palliatieve fase* en de *Richtlijn depressie in*

de *palliatieve fase*. Geestelijk verzorgers maken hier volgens de richtlijnen inherent onderdeel van uit, zowel intramuraal als extramuraal. De richtlijnen benoemen de geestelijk verzorger en existentiële vragen herhaaldelijk. Er is dus veel ruimte voor de geestelijk verzorger om een rol te pakken in de palliatieve zorg. Zingeving en existentiële vragen worden gezien als onderliggend aan angst en depressie, waarmee de geestelijk verzorger zowel een rol kan spelen in preventie, als in psychosociale interventie(s).

Geestelijk verzorgers hebben volgens de richtlijnen ook een rol in het ondersteunen van zorgverleners in de communicatie met patiënten en naasten, doordat zij getraind zijn in de empathische, exploratieve en cultuursensitieve communicatiestijl die aanbevolen wordt. Door hun contact met patiënten en naasten kunnen geestelijk verzorgers ook een belangrijke schakel zijn in signalering van symptomen van angst en depressie.

Tot besluit

Het viel mij in de werkgroepbijeenkomsten op dat ik nauwelijks aandacht hoefde te vragen voor de existentiële dimensie van angst en depressie in de palliatieve fase en dat ook de geestelijk verzorger spontaan genoemd werd door de deelnemers. Nu kan het natuurlijk zijn dat mijn aanwezigheid namens de VGVZ dit uitgelokt heeft, maar een optimistischer (en ik denk ook: realistischer) interpretatie is dat er onder de werkgroepleden een diep besef is van het belang van deze dimensie en het belang van deze discipline in de zorg voor patiënten in de palliatieve zorg en hun naasten.

Door de richtlijnen – en het *Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland* (IKNL, 2017) waar ze uit voortkomen en waar de VGVZ ook een rol in heeft gespeeld – kan dit besef verder groeien. Hieraan kunnen geestelijk verzorgers dagelijks bijdragen.

Dr. A. Visser is universitair docent geestelijke verzorging aan de Rijksuniversiteit Groningen.
E-mail: avisser-nieraeth@rug.nl.

Noten

1. Voor de precieze samenstelling van de werkgroepen zie <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/angst/bijlagen> en <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/depressie/bijlagen>.
2. Zie <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/>.
3. Zie <https://geestelijkeverzorging.nl>.
4. Voor meer informatie zie de themapagina's op Palliaweb: <https://palliaweb.nl/zorgpraktijk/angst-in-de-palliatieve-fase> en <https://palliaweb.nl/zorgpraktijk/depressie-in-de-palliatieve-fase>.

Literatuur

- Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) (2022a). *Richtlijn angst in de palliatieve fase*. Website: <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/angst> (22 januari 2023).
- Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) (2022b). *Richtlijn depressie in de palliatieve fase*. Website: <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/depressie> (22 januari 2023).
- Muthert, H. & Olsman, E. (2022). De herziene Richtlijn rouw in de palliatieve fase: een leeswijzer voor geestelijk verzorgers. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 25(108), 42-47.