

Psychosociale aspecten bij longkankerpatiënten

Christine De Coninck
Palliatief Support Team
UZ Gent
1 december 2007



Overzicht

- Inleiding
- Prevalentie psychosociale problemen
- Specifieke aspecten bij longkanker
- Weg doorheen het ziekteproces bij longkankerpatiënten
 - A. Diagnosefase
 - B. Behandelingsfase
 - C. Remissie / genezing
 - D. Progressie / hervat
 - E. Levens einde
- Aangeboden zorg en organisatie

Inleiding

- Diagnose van kanker: verandert toekomstperspectief
 - Medische onderzoeken, behandelingen
 - Onzekerheid prognose en verloop
 - Gevolgen van de ziekte

⇒ Invloed op lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren
- Belangrijke rol voor verpleegkundige is hier weggelegd !

Prevalentie van psychosociale problemen

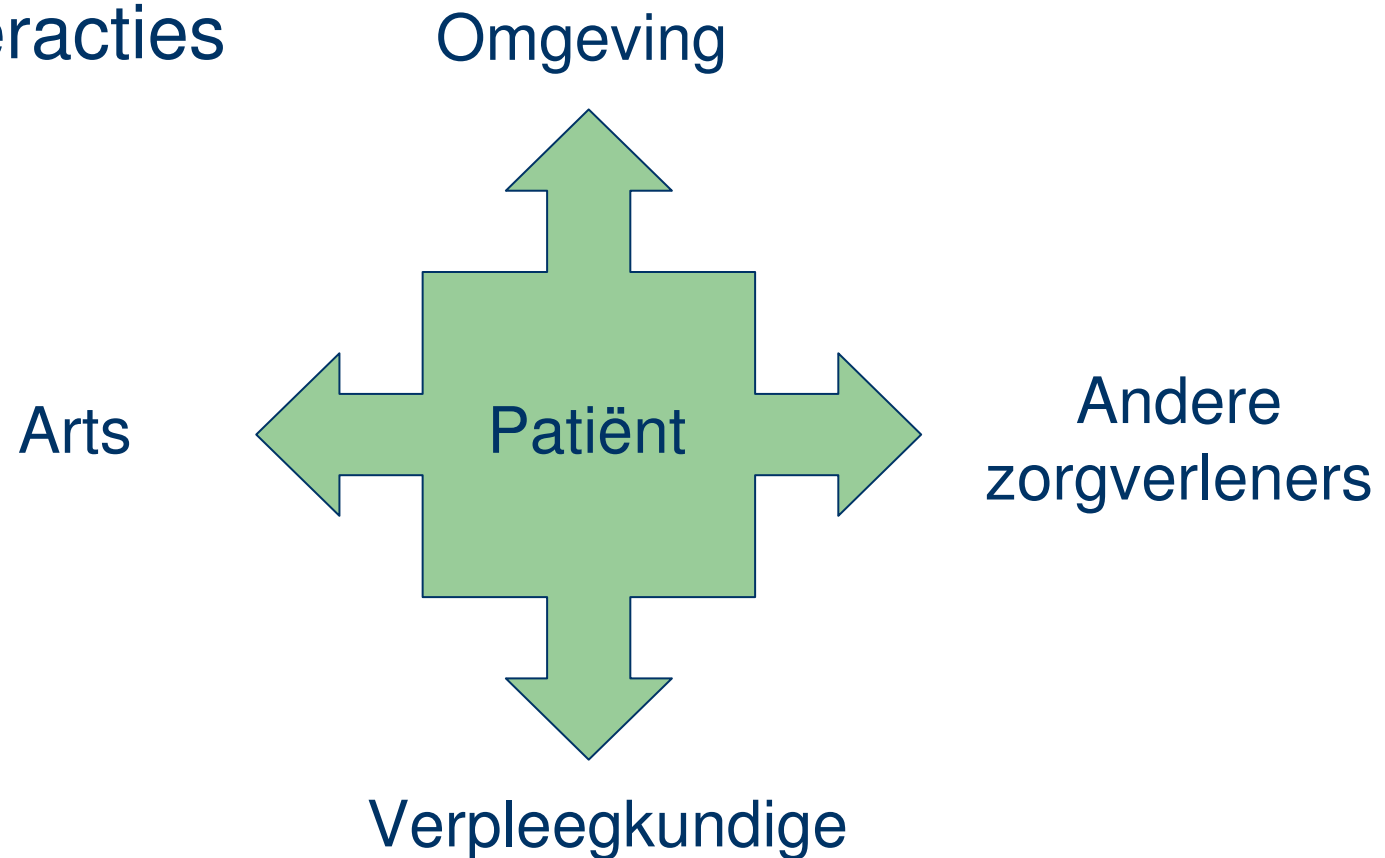
- 1 op 3 longkankerpatiënten heeft psychosociale problemen (Hopwood 2000):
 - Angst bij NSCLC (21%)
 - Depressie bij NSCLC (25%)
- Psychosociale morbiditeit gaat vaak samen met fysieke symptomen: hoesten, kortademigheid, pijn, vermoeidheid, anorexie,... (C. Sarna 1998)

Specifieke aspecten bij longkanker

- Slechte prognose
 - Kortademigheid, angst om te stikken
 - Roken (>85% oorzaak van longkanker; FOD 2007) als eigen aandeel in het krijgen van longkanker
- ⇒ In vergelijking met andere types van kanker verhogen deze drie aspecten bij longkanker de kwetsbaarheid voor psychische klachten

Ziekteproces bij longkankerpatiënten

- Interacties



Ziekteproces bij longkankerpatiënten

A. Diagnosefase

- Geen symptomen:
 - ⇒ **Diagnose** is toevallige ontdekking
- Wel symptomen
 - ⇒ **Diagnose** is bevestiging van ontstane angst

A. *Diagnosefase*

1. De patiënt

- Overmand door “kanker”, problematische van eigen overleving
- Verwerken van ingewikkelde medische informatie, lastige onderzoeken, het wachten...
- Noodzaak om snel therapeutische beslissingen te nemen
- Onmogelijkheid om sociale rollen te blijven vervullen
- Verstoring communicatie, bemoeilijken besluitvorming

A. Diagnosefase

1. De patiënt

- Geen controle over ziekte
- Paniek, opstandigheid, losbarsten van hevige emoties
- Wegzinken in gevoel van diepe eenzaamheid
- Relationele spanningen

A. Diagnosefase

2. De omgeving

- Angst, verdriet, opstandigheid en onzekerheid
- Hoop en wanhoop
- Emotionele spanning: open versus ontwijkende communicatie
- Overbescherming t.o.v. patiënt
- Vluchtend gedrag

A. Diagnosefase

3. De verpleegkundige

- Aanvoelen van signalen van emotionele ontredde-ning, belangrijk om reacties van patiënt te herkennen en moed hebben om hierover te spreken
 - Angst: komt voor als somatische klacht o.v.v. verstrooidheid, rusteloosheid, hartkloppingen, zweten
 - Agressie: verpleegkundigen verliezen soms zelfbeheersing als patiënt agressief reageert
- Wachttijden tussen diagnose en behandeling proberen te beperken

A. Diagnosefase

3. De verpleegkundige

- Vertrouwensrelatie om veiligheid te bieden
- Communicatie:
 - Informeren, adviseren van patiënt en familie (A-handeling!)
 - Omgaan met emoties en begeleiden
 - Helpen bij het maken van keuzes
 - Non-verbale communicatie is ook belangrijk!
- Aanvangspunt om multidisciplinair ook de psychosociale problematiek te benaderen

B. Behandelingsfase

1. De patiënt

- Chirurgie, chemotherapie, radiotherapie
 - ⇒ Verminking, vermoeidheid, misselijkheid, braken veroorzaken angst en onvermogen om dagdagelijkse taken uit te voeren

Aandacht voor depressie in voorgeschiedenis !

B. Behandelingsfase

2. De omgeving

- Ingrijpende wijziging qua rolverdeling dagdagelijkse taken
- Wisselende gevoelens van angst, verdriet en wanhoop
- Toxische neveneffecten worden ook door naasten moeilijk aanvaard

B. Behandelingsfase

3. De verpleegkundige

- Vragen naar, erkennen van fysieke factoren zoals moeheid, kortademigheid, verminderde eetlust,...
- Vragen naar stressfactoren, psychische klachten
- Belang van goede observatie en rapportering
- Signaleren van aanwezige of potentiële sociale problemen
- Interdisciplinair overleg rond haalbaarheid van de behandeling, verwachtingen van patiënt en arts

C. Remissie/genezing

1. De patiënt

- Periode van adempauze, wachten, onzekerheid
- Angst voor herval
- Lichte pijn, verkoudheid kan tot paniek leiden
- Blijvende angst voor controleonderzoeken

C. Remissie/genezing

1. De patiënt

- Herwinnen van zelfstandigheid
- Confrontatie met verlies in alle domeinen
- Confrontatie met jezelf als gekwetst, vermoeid en getekend lichaam
- Confrontatie met blikken van anderen, nood aan zelfrespect
- Existentiële problemen
- Gevoelens van ondankbaarheid en eenzaamheid

C. Remissie/genezing

2. De omgeving

- Vrees om te hervallen wordt gedeeld
- Verbergen van emoties voor elkaar
- Vermijden om over ziekte te praten
- Beschermend gedrag in het nemen van moeilijke familiale of professionele beslissingen
- Juiste afstand leren nemen
- Geen muren opbouwen
- Eigen noden terug herkennen

C. Remissie/genezing

3. De verpleegkundige

- Luisteren, helpen om nieuw lichaam te aanvaarden
- Rouw toelaten om ondergane verlies
- Blijvende ondersteuning van psycholoog en sociaal verpleegkundige voorzien

D. Progressie/Herval

1. De patiënt

- Psychologische schok, machteloosheid staat centraal
- Gevoel van falen, vertrouwen in medisch team is weg
- Angst voor de dood is groter dan bij de diagnose
- Als afweermechanisme vaak ontkenning
- Deze fase biedt ook gelegenheid om te bepalen wat belangrijk is (orde op zaken stellen)
- Afname van hoop op genezing maakt plaats voor aanvaarding

D. Progressie/Herval

2. De omgeving

- Controleverlies, geen verweer, opstandigheid
- Reacties met goed bedoelde boodschappen geven vaak tegenovergestelde resultaat
- Begin van rouwen
- Evolutie naar zekere sereniteit

D. Progressie/Herval

3. De verpleegkundige

- Veel aandacht schenken aan informeren van patiënt en naasten om aanpassing te vergemakkelijken
- Informatieverstrekking is moeilijk te scheiden van emotionele begeleiding. Openstaan voor verdriet zonder dat snel dicht te praten met goede moed
Niet meegaan in de ontkenning, onze angst heeft dikwijls te maken met wat we zelf moeilijk vinden !
- Rekening houden en begrip opbrengen voor de psychologische afweermechanismen van de patiënt

E. Levens einde

1. De patiënt

- In essentie gaat het over een steeds voortschrijdend verlies, in deze fase is de dood zeer nabij
- Patiënt voelt zelf wel wat er aan de hand is, wil ook een gevoel van controle bekomen
- Omgaan in waarheid is belangrijk!
- Zingevingsvragen
- Pijn, verwardheid, angst om te stikken is reëler
- Levenskwaliteit is persoonlijk, heeft voor elke patiënt een andere betekenis
- Versterken van banden met geliefden
- Verminderen van last voor naasten

E. Levens einde

2. De omgeving

- Besef dat de tijd samen beperkt is, angst, onrust
- Soms wil men niets laten merken aan de zieke
- Veranderd gedrag: grotere bezorgdheid, men komt meer op bezoek, hoop tot op het einde, ontkenning
- Belangrijk om zaken te benoemen, de dood moet een plaats kunnen krijgen
- Noodzaak om liefde te kunnen geven of te ontvangen, verhalen kunnen vertellen

E. Levensende

3. De verpleegkundige

- Bezorgdheid voor de gehele mens, ook psychische, sociale en spirituele noden kunnen herkennen
- Adequate symptoomcontrole nastreven, overleg tijdig met arts!
- Tijdig de vraag durven stellen of situatie voor patiënt/familie nog menswaardig is? Vragen omtrent levensende bespreekbaar stellen
- Realiseren dat sterven iets anders is dan ziekte
- Helpen om patiënt en familie zo intens mogelijk te laten leven tot het einde
- Communicatie blijft primordiaal, ook familie de kans geven om verdriet te uiten

Aangeboden zorg en organisatie

- Behandelend arts en verpleegkundigen vervullen een belangrijke rol bij de psychosociale zorg in de mate dat zij ook hebben leren omgaan met eigen verlieservaringen
- De longarts, huisarts, verpleegkundige dienen zich ervan bewust te zijn dat psychosociale zorg al vanaf de diagnosefase tot het moment van overlijden moet worden aangeboden door:
 - goede voorlichting
 - gepaste begeleiding
 - doorverwijzing naar gespecialiseerde zorgverleners, nl. psycholoog, sociaal verpleegkundige en geestelijk verzorger

Aangeboden zorg en organisatie

- Voor psychosociale begeleiding kan het zorgprogramma voor oncologie in het ziekenhuis een beroep doen op een psychosociaal supportteam en een palliatief supportteam. Zij moeten de patiënt gedurende de ganse behandeling kunnen volgen
- De meerwaarde van gespecialiseerde psychosociale zorgverleners (psycholoog, sociaal verpleegkundige) is aangetoond
- De continuïteit van de zorg moet ook buiten het ziekenhuis voorzien worden



Dank u voor uw aandacht !