**Antwoorden ZSO vermoeidheid:**

1. Vermoeidheid kan unimodaal gemeten worden met een VAS of NRS. Multimodaal wordt het gemeten met bijvoorbeeld de Fact-vermoeidheid en CIS (Checklist Individual Strength**)**
2. Precipiterende factoren:
   1. Gemetastaseerd prostaat carcinoom
   2. Chemocastratie
   3. Bestraling
   4. Chemotherapie
   5. Abiraterone + prednison

Onderhoudende, persisterende factoren

1. Gemetastaseerd prostaat carcinoom
2. Chemocastratie
3. Abiraterone + prednison
4. Komt niet meer buiten
5. Gaat s’ middags liggen
6. Matig slapen
7. Past niet meer op de kinderen
8. Ervaart geen steun van de kinderen
9. anemie bij invasie van beenmerg bij botmetastasen of bij chronische ziekte

electrolytstoornissen (oa hypercalciemie bij bot metastasen)

cachexie (hoe is zijn voedingstoestand/spiermassa)

is hij bekend met cardiovasculaire of pulmonale aandoeningen (hypoxie?)

overige medicatie zoals opioiden, bètablokkers, antidepressiva

hypothyreoidie

Depressie

1. Interventies
   1. Algemeen: normaliseren door middel van uitleg over vermoeidheid in de palliatieve fase van kanker en dat dit veelvuldig voorkomt.
   2. Het komt er over het algemeen op neer dat voor de patiënten met een langere prognose er met name niet-medicamanteuze behandeling is en aanpakken van oorzakelijke factoren en voor patiënten met een korte prognose met name medicamenteuze interventies ingezet kunnen worden.
      1. Langere prognose:
         1. Uitleg: dit komt gedeeltelijk door de ziekte, gedeeltelijk door de behandelingen, maar ook door de manier waarop wij ons beschermen tegen uitputting. In de acute fase van een ziekteproces (nu dus kanker) en vlak na een behandeling zijn is deze bescherming zinvol. Als het echter een chronische ziekte betreft en of een chronische behandeling, dan keren de bescherming methode zich deels tegen de patiënt. Er ontstaat conditie verlies die weer meer vermoeidheid veroorzaakt, die weer meer rust vraagt enzovoorts. Zo ontstaat een spiraal met als uitkomst een groeiend conditieverlies en steeds meer ervaren vermoeidheid. Eenzelfde mechanisme speelt bij het 's middags gaan rusten. Ook al hielp dit in de acute fase, in de chronische fase geeft dit aanleiding tot een slechte nachtrust en verandering van het waak-slaapritme met vermoeidheid als uitkomst. Ook een beperkt ervaren steun blijkt samen te hangen met factoren die verbetering van vermoeidheid tegen gaat, evenals het verlies van sociale bezigheden zoals het passen op de kinderen en het naar buiten gaan. Mogelijk speelt de angst dat de ziekte weer reactiveert nog een rol en de angst dat bezigheden weer pijn of fractuur kan veroorzaken of uitputting de weerstand ondermijnt en de ziekte kan reactiveren.
         2. Behandeling van depressie indien aanwezig
         3. Als iemand ondanks zijn ziekte de conditie wil verbeteren zal hij tegen de vermoeidheid in moeten gaan en bewust de extra vermoeidheid na inspanning op de koop moeten nemen. Dit geldt ook voor het weer terugbrengen van een normaal slaap-waakritme en de verzekering dat hij daarmee geen kwaad doet aan het oncologisch proces.
         4. De patiënt kan proberen om na uitleg de fysieke conditie te verbeteren al dan niet onder begeleiding van de fysiotherapeut. Mocht dit onvoldoende succes hebben dan kan een verwijzing naar een psycholoog die ervaring heeft met cognitieve gedragstherapie bij vermoeidheid en kanker aangewezen zijn.
         5. Tenslotte zal de behandelaar natuurlijk moeten nagaan of er geen behandelbare oorzaken zijn (bijvoorbeeld anemie, verlaagde schildklier functie na bv bestraling op de hals, hypercalciemie) en of de huidige therapie gewijzigd kan worden in een minder vermoeiend makende behandeling.
         6. Cognitieve gedragstherapie
      2. Kortere prognose: steroïden (dexamethason) en methylfenidaat zijn symptomatische behandelopties van vermoeidheid in de late palliatieve fase. Schrijf geen psychostimulantia voor ter vermindering van vermoeidheid bij patiënten zonder bijkomende depressieve klachten. De keuze voor dexamethason of methylfenidaat worden besproken met de patiënt nadat je zelf de keuze hebt bepaald voor medicamenteuze behandeling. Houdt bij de keuze van het medicament rekening met comorbiditeit; methylfenidaat kan cardiale problemen veroorzaken zoals ritmestoornissen en eventuele ongewenste psychische neven effecten; dexametason kan (hinderlijke) hyperglycemieën geven.
2. Ja, dat kan indien aan alle voorwaarden is voldaan (oa refractair symptoom, levensverwachting korter dan 14 dagen) maar is voor veel artsen een lastig symptoom. Meestal is er een opeenstapeling van problemen voordat tot sedatie wordt overgegaan. In die fase waarbij meerder andere klachten tegelijk spelen is uitputting een belangrijke factor om palliatieve sedatie te overwegen.