

Casus Angst in de palliatieve fase

Docenteninstructie met antwoordenblad

Introductie

In deze casus wordt een patiënt, de heer Van Dijk, besproken die vanwege zijn ongeneeslijke ziekte bloedde uit zijn mond en om deze reden met spoed werd opgenomen in het ziekenhuis. Hij was bang om dood te bloeden. De verschillende stappen van inventarisatie, bejegening en behandeling worden in deze casus beschreven. Per onderdeel zijn er enkele vragen voor de zorgverlener om te beantwoorden, gericht op het herkennen en de aanpak van angst in de palliatieve fase.

In de casus staat de richtlijn [Angst in de palliatieve fase](#) (Pallialine, 2022) centraal. Het raadplegen van de richtlijn kan tijdens het beantwoorden van de casus maar ook naderhand.

Doelgroep

De casus Angst in de palliatieve fase is geschikt voor alle professionals die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten met angst in de palliatieve fase.

Leerdoelen

Na de casuïstiekbepreking kan de deelnemer:

- angst in palliatieve fase herkennen en aangeven waar opgelet moet worden
- screeningsmethoden benoemen en vertellen hoe en wanneer deze in te zetten
- de verschillende onderliggende oorzaken van angst benoemen
- psychosociale en eventuele medicamenteuze behandeling voorstellen.

Werkvorm

- De casus kan individueel als opdracht worden gegeven om de vragen te beantwoorden. Daarna bespreking van de antwoorden in groepsverband conform het antwoordenblad.
 - In subgroepen van circa vier personen de vragen bespreken, antwoorden noteren en plenair de antwoorden conform antwoordenblad bespreken.
 - Plenair de casus per vraag bespreken en het antwoord bespreken conform het antwoordenblad.
- Reflectie op de antwoorden vanuit persoonlijke ervaringen kunnen tijdens de bespreking aan de orde komen. Ook kan de docent/begeleider hier bewust naar vragen. Ruimte en aandacht voor reflectie bevordert het leereffect; het maakt bewust waarom je wat doet.

Antwoordenblad bij de vragen

Het antwoordenblad is bedoeld voor het bespreken van de casus. De casus met de vragen is opgenomen in een apart document. Hieronder staan alleen de vragen met daarbij de antwoorden om te bespreken in de groep.

Bron: Vos, T., & Zweers, D. (2023) Angst. In: S.M. de Hosson, M.J.E. Ausems, A. de Graeff, D.J.A. Janssen & F.J.S. Netters (red.). Probleemgeoriënteerd denken in de palliatieve zorg. Tweede druk. Utrecht: Boom Medisch.

Vraag 1. Is angst in de palliatieve fase normaal of een stoornis?

Antwoord 1.

Angst in de palliatieve fase kan een normale of begrijpelijke reactie zijn op ingrijpende veranderingen als gevolg van de ongeneeslijke ziekte en is zelden een angststoornis. De valkuil is dat gedacht kan worden dat deze angst normaal is en geen aandacht behoeft. Wanneer angst bij het moeten leven met een ongeneeslijke ziekte gezien wordt als een symptoom dat de kwaliteit van leven aantast, vloeit daaruit voort dat zorgverleners er wel specifieke aandacht voor moeten hebben. Deze angst als symptoom is vaak verweven met kortademigheid, slaapstoornissen, depressieve klachten, agitatie en pijn.

Vraag 2. Hoe kan angst in de palliatieve fase zich uiten?

Antwoord 2.

Angst in de laatste levensfase kan verschillende dimensies hebben. Patiënten geven vaak niet uit zichzelf aan dat zij angst ervaren, maar gebruiken termen als: “bezorgd”, “gespannen”, “bang”, “zenuwachtig”, “eng”. Angst gaat vaak gepaard met lichamelijke verschijnselen als een verhoogde

hartslag en bloeddruk, hartkloppingen, duizeligheid, droge mond, pijn in de borst, misselijkheid, kortademigheid en hoofdpijn. Echter, deze verschijnselen kunnen ook passen bij somatische aandoeningen of bijwerkingen zijn van medicatie. Ook kan angst samengaan met sombere gevoelens en veranderingen in gedrag als agitatie en boosheid en vooral gedurende de avond en de nacht toenemen. Dit maakt angst in de palliatieve fase vaak lastig te herkennen.

Vraag 3. Welke onderliggende oorzaken van angst kunnen globaal worden onderscheiden?

Antwoord 3.

Globaal kan angst onderscheiden worden in:

- a. Situationele angst en existentiële angst: angst in reactie op dreigend onheil of gevaar, zoals bijvoorbeeld angst voor pijn of voor de uitslag van onderzoek. In reactie op de naderende dood kunnen patiënten bedreigingen ervaren die te maken hebben met existentiële aspecten van het menselijk bestaan fundamentele eenzaamheid en/of de grip kwijtraken op 'wie je bent'.
- b. Angst door somatische klachten of aandoeningen en/of een middel of medicatie (zie paragraaf lichamelijk onderzoek).
- c. Angststoornissen: volgens de DSM-5 hebben angststoornissen met elkaar gemeen dat er sprake is van buitenproportionele angst in verhouding tot de ontwikkelingsfase. Voorbeelden van angststoornissen zijn: separatie-angststoornis, selectief mutisme, specifieke fobie, sociale angststoornis, paniekstoornis, agorafobie en de gegeneraliseerde angststoornis. In dit hoofdstuk worden de angststoornissen niet besproken. Hiervoor wordt verwezen naar Psychiatrische handboeken en de richtlijn Angststoornissen.

Vraag 4. Welke anamnestiche gegevens zijn nodig en welke aanvullende informatie is van belang?

Antwoord 4.

Angst en de mogelijke oorzaken ervan worden uitgevraagd tijdens de anamnese. Het is van groot belang dat dit gesprek gevoerd wordt in een rustige omgeving zonder tijdsdruk, waarbij de patiënt gestimuleerd wordt te vertellen over de actuele situatie en de beleving hiervan. Vragen die gesteld kunnen worden zijn:

- Is de angst concreet, bijvoorbeeld om te lijden of angst om naasten te belasten of is de angst meer diffuus?
- Wat is de lijdensdruk en de invloed van de angst op het dagelijks functioneren?
- Ligt de patiënt 's nachts wakker, piekert hij, zo ja, waarover?
- Wat zijn uitlokkende factoren?
- Is er naast de angst ook sprake van andere psychische klachten, met name somberheid?
- Hoe reageert de omgeving?
- Wat heeft de patiënt tot nu toe zelf gedaan om de angst te verminderen, wat hielp en wat niet?
- Heeft de patiënt eerder in zijn leven angstklachten ervaren? Zo ja, wat hielp toen?

Een hetero-anamnese biedt aanvullende informatie. U vraagt, met toestemming van de patiënt, aan naasten hoe zij de patiënt kennen, hoe zij de actuele situatie zien en hoe ze zelf reageren. Ook informatie van de huisarts en het behandelteam over de manier waarop de patiënt met zijn ziekte omgaat is waardevolle informatie.

Vraag 5. Welke somatische factoren kunnen angst in de palliatieve fase veroorzaken of onderhouden?

Antwoord 5.

De volgende somatische factoren kunnen angst veroorzaken of onderhouden:

- klachten zoals pijn, dyspneu, vermoeidheid, misselijkheid, hartkloppingen, pijn op de borst, koorts
- electrolytstoornissen met name hypercalciëmie en hyponatriëmie
- endocriene stoornissen, met name hyperthyreoïdie en hypercortisolisme
- hersentumoren of hersenmetastasen
- delier
- onttrekkingsverschijnselen (nicotine, alcohol, drugs)
- afbouwen, staken of aanpassen van de dosering van medicatie die van invloed kan zijn op de angst:

- corticosteroïden
- opioïden
- bronchodilatoren
- stimulantia/antidepressiva (methylenfenidaat, MAO-remmers, SSRI's)
- benzodiazepinen (paradoxe reactie)
- bètablokkers
- androgenen
- anti-Parkinsonmiddelen: methyldopa, levodopa en dopamineantagonisten: angst als gevolg van hallucinaties en/of akathisie (= bewegingsonrust)
- middelen met extrapiramidale bijwerkingen: metoclopramide, alizapride, haloperidol, prochlorperazine en levomepromazine.

Vraag 6. Waar let u vooral op bij oriënterend psychiatrisch onderzoek bij patiënten in de palliatieve fase met angstklachten?

Antwoord 6.

Bij oriënterend psychiatrisch onderzoek schenkt u aandacht aan:

- de termen waarmee de patiënt zelf zijn gevoel verwoordt: 'bang' 'eng' 'gespannen' 'zenuwachtig' 'gejaagd'
- de motoriek: is deze rustig of onrustig?
- de aandacht: is deze te trekken en te houden of is de patiënt verhoogd afleidbaar?
- het denken: coherent of verward?
- de stemming: angstig, depressief of neutraal?

Vraag 7. Welk aanvullend onderzoek naar onderliggende somatische factoren bij angst in de palliatieve fase kan geïndiceerd zijn?

Antwoord 7.

Aanvullend onderzoek naar de somatische onderliggende factoren volgt logischerwijze uit de bevindingen bij anamnese en lichamelijk onderzoek en de boven beschreven somatische factoren die angst kunnen veroorzaken of onderhouden. Aanvullend onderzoek wordt alleen verricht als dit gewenst is door de patiënt en de behandeling zinvol en haalbaar wordt geacht in het licht van de algemene toestand en de levensverwachting van de patiënt.

Vraag 8. Welke vragenlijsten kunt u gebruiken voor signalering, screening en diagnostiek van angst in de palliatieve fase?

Antwoord 8.

Voor het signaleren en screenen van angst kunnen de items uit de generieke instrumenten (ziektespecifiek / kwaliteit van leven) gebruikt worden als basis voor verdere exploratie door middel van een anamnese, bijvoorbeeld:

- Lastmeter: bij een distress-score ≥ 5
- Utrecht Symptoom Dagboek (USD): bij een score van het angst-item >4 (eveneens voor monitoring te gebruiken)

Voor het monitoren van angst kan het USD gebruikt worden om de intensiteit van angst over een langere periode te meten.

De Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) kan gebruikt worden voor verdieping. Hanteer daarbij een afkappunt voor de subschaal angst > 7 .

Vraag 9. Aan welke differentiaaldiagnostiek moet u denken bij een patiënt met angst in de palliatieve fase?

Antwoord 9.

Angst in de palliatieve fase kan wijzen op:

- Somatisch onderliggend lijden en/of bijwerkingen van medicatie (zie antwoord 5)
 - Een angststoornis
- Een angststoornis in de palliatieve fase is meestal een reeds bestaande angststoornis of een recidief. Bij verdenking is uitvragen van de voorgeschiedenis en inschakeling van een psycholoog of een psychiater geïndiceerd.



- Een aanpassingsstoornis
Wanneer de veerkracht te zeer is aangetast, de angstklachten persisteren of verhevigen en het dagelijks functioneren van de patiënt belemmerd wordt, kan het zijn dat de patiënt een aanpassingsstoornis ontwikkeld heeft. Er is zeker overlap tussen angst in de palliatieve fase en een aanpassingsstoornis, het verschil zit voornamelijk in de ernst van de lijdensdruk en de significante beperkingen in het dagelijks leven. Dit laatste kan ook het gevolg zijn van de ziekte en/of de behandeling en is dan geen symptoom van een aanpassingsstoornis.
- Een depressieve stoornis
Angst en depressie in de palliatieve fase hebben veel overlap in symptomen en komen regelmatig in combinatie met elkaar voor. Angstklachten kunnen optreden in het kader van een depressieve stoornis. Angst en depressie kunnen elkaar veroorzaken en versterken. Bij de diagnostiek naar angst in de palliatieve fase is aandacht voor depressie klachten dan ook belangrijk.
- Een delier
Een delier is een in korte tijd optredende verandering van bewustzijn, aandacht, cognitie en waarneming, fluctuerend in de tijd. De oorzaak is altijd een lichamelijke ziekte, medicatie, druggebruik of alcoholonttrekking. De symptomen van een delier kunnen zeer beangstigend zijn. Omdat de behandeling van het delier wezenlijk verschilt van de behandeling van angst is het van groot belang om het onderscheid te maken.

Vraag 10. Wat is de psychosociale behandeling van angst in de palliatieve fase?

Antwoord 10.

Bij angst in de palliatieve fase zijn psychosociale interventies altijd geïndiceerd. Dit kunnen ondersteunende gesprekken, zingevingsgesprekken, een vorm van psychotherapie of een andere vorm van therapie (bijv. muziektherapie) zijn.

Arts en/of verpleegkundige of een POH-GGZ beginnen met ondersteunende gesprekken met extra aandacht voor de volgende aspecten:

- Het geven van informatie over de ziekte en behandeling en mogelijke klachten die kunnen ontstaan als gevolg van de ziekte en behandeling, passend bij het moment en de fase van de ziekte en bij de wensen en behoeften van patiënt. Wees daarbij alert dat er eenduidige informatie wordt verstrekt.
- Emotionele ondersteuning: empathisch luisteren, ruimte maken en verhelderen van emoties en zorgen, normaliseren, indien passend geruststellen. Door continuïteit te bieden kan ook veiligheid gecreëerd worden.
- Counselen en ondersteunen bij het nemen van beslissingen.
- Ontspanningsoefeningen.
- Informeren over methodes voor zelfmanagement, laagdrempelig lotgenotencontact en professionele psychosociale zorg.
- Positieve afleiding zoeken als het bij de patiënt past om ook even niet over de ziekte te denken of te praten.

Wanneer meer specialistische behandeling geïndiceerd en door de patiënt gewenst is kan in overleg verwezen worden naar een maatschappelijk werker, geestelijk verzorger, vaktherapeut, psycholoog of psychiater (zie richtlijn [Angst in de palliatieve fase](#), Psychosociale interventies, IKNL 2022).

Vraag 11. Welke medicamenteuze behandelmogelijkheden zijn er voor angst in de palliatieve fase?

Antwoord 11.

Hoewel er geen evidentie is voor medicamenteuze behandeling van angst in de palliatieve fase worden op basis van de praktijkervaringen vaak benzodiazepine-agonisten ('benzodiazepines') voorgeschreven. Deze hebben zowel een anxiolytisch als slaapinducerend effect. Aangezien pijn, kortademigheid en misselijkheid versterkt kunnen worden door angst en uitputting, wordt algemeen aangenomen dat benzodiazepinen ook een gunstig effect hebben op de beleving van andere symptomen in de palliatieve fase wanneer deze gepaard gaan met angst.

Benzodiazepines verschillen in snelheid van inwerkingtreding, werkingsduur, actieve metabolieten en toedieningsvorm. De keuze wordt vooral bepaald op grond van de werkingsduur. Wanneer de patiënt vooral 's nachts angstig is en overdag graag helder wil zijn, verdient oxazepam gezien de

korte halfwaardetijd de voorkeur (zie ook tabel 1). Bij continue angst zijn middelen met een langere werkingsduur, zoals alprazolam, diazepam of lorazepam ook geschikt.

Tabel 1 Eigenschappen van benzodiazepine-agonisten

middel	Angst reductie	Slaap middel	Toedieningsvorm (en)	T $\frac{1}{2}$ ¹ uur	T max uur	Conversie Factor oraal / oromucosaal /nasaal/ s.c / i.m. / i.v.	Actieve metaboliet	Dosis equivalent t.o.v. 10 mg diazepam	Stapeling bij chronisch gebruik
alprazolam	+ ²	+ ³	oraal	12-15	1-2 retard 5-11		ja	1	nee
clonazepam	- ⁴	-	oraal (tabletten en druppelvorm) oromucosaal s.c. im iv	30-40	1-4 0.5-1 0-5 min 0-5 min	1 1 1 0.9	niet klinisch relevant	0.5	J
diazepam	+	+	oraal rectaal iv ⁵	20-48	0,5-1,5 1.5 0.15-0.5	1 1 1	ja ⁶	10	ja
lorazepam	+	+	oraal oromucosaal sc, im, iv	12-16	1-6 1 3.6 1-1.5 0-5 min	1 1 1 1	nee	2	nee
midazolam	- ⁷	+	oraal (tablet en drank) oromucosaal neusspray rectaal s.c i.m. i.v.	1.5-2.5	0.5-.1.5 0.5 0.5 0.5 0.33 2.5 min	1 0.4-0.8 0.3-0.7 0.6-1.5 0.3-0.7 0.3-0.7 0.3-0.7	ja	7.5	nee
oxazepam	+	+	oraal	4-15	2-3		nee	± 30	nee

+ = geschikt - = ongeschikt

sc = subcutaan im = intramusculair iv = intraveneus

¹ T $\frac{1}{2}$ is voor alle toedieningsvormen gelijk

² Tabletten met en zonder gereguleerde afgifte

³ Alprazolam zonder gereguleerde afgifte

⁴ Wel benzodiazepine-agonist, niet geregistreerd voor angst, alleen voor epilepsie, op basis van het farmacologisch profiel waarschijnlijk wel effectief

⁵ Intraveneuze toediening dient langzaam plaats te vinden met een infusiesnelheid van max. 5 mg per minuut; volwassenen max. 100 mg per 24 uur

⁶ T $\frac{1}{2}$ desmethyldiazepam 42–100 uur

⁷ Niet geregistreerd voor deze indicatie, off-label wordt het wel gegeven in acute situaties



Tot slot om mee te geven

Kernpunten:

1. Angst in de palliatieve fase is zelden een stoornis, maar wel een regelmatig voorkomend symptoom, meestal verweven met pijn, kortademigheid, slaapstoornissen en depressieve klachten. Angst kan gepaard gaan met lichamelijke verschijnselen die ook kunnen passen bij somatische aandoeningen of bijwerkingen van medicatie, waardoor angst in de palliatieve fase soms lastig te herkennen is.
2. Somatische factoren (inclusief medicatie) kunnen angst veroorzaken of onderhouden. Het is van belang deze op te sporen en indien mogelijk en door de patiënt gewenst te behandelen.
3. Bij angst in de palliatieve fase zijn psychosociale interventies door alle zorgverleners die betrokken zijn bij de patiënt en diens naasten altijd geïndiceerd. Arts en/of verpleegkundige en/of POH-GGZ beginnen met ondersteunende gesprekken waarin aandacht besteed wordt aan het geven van eenduidige informatie en ondersteuning bij het nemen van beslissingen, emotionele ondersteuning (empathisch luisteren, ruimte maken en verhelderen van emoties en zorgen, normaliseren, indien passend geruststellen en continuïteit bieden) en het aanreiken van methodes voor zelfmanagement, laagdrempelig lotgenotencontact en, indien gewenst en geïndiceerd, professionele psychosociale zorg.
4. Indien geïndiceerd en door de patiënt gewenst kunnen psychosociale interventies aangevuld worden met medicamenteuze behandeling met benzodiazepines.
5. Wanneer ondanks deze ondersteunende gesprekken de angst niet afneemt en/of bij verdenking op een angststoornis bij een patiënt in de palliatieve fase is het van belang tijdig te verwijzen naar een psycholoog of een psychiater.

Literatuur

IKNL. Richtlijn Angst in de palliatieve fase. 2022 Pallialine

Traeger L, Greer JA, Fernandez-Robles C, Temel JS, Pirl WF. Evidence-based treatment of anxiety in patients with cancer. J Clin Oncol. 2012 Apr 10;30(11):1197-205

Zweers, D., Graeff, A. de, Duijn, J., Graaf, E. de, Witteveen, P.O., & Teunissen, S.C.C.M. (2019). Patients' needs regarding anxiety management in palliative cancer care: a qualitative study in a hospice setting. American Journal of Hospice & Palliative Care, 36(11), 947-954