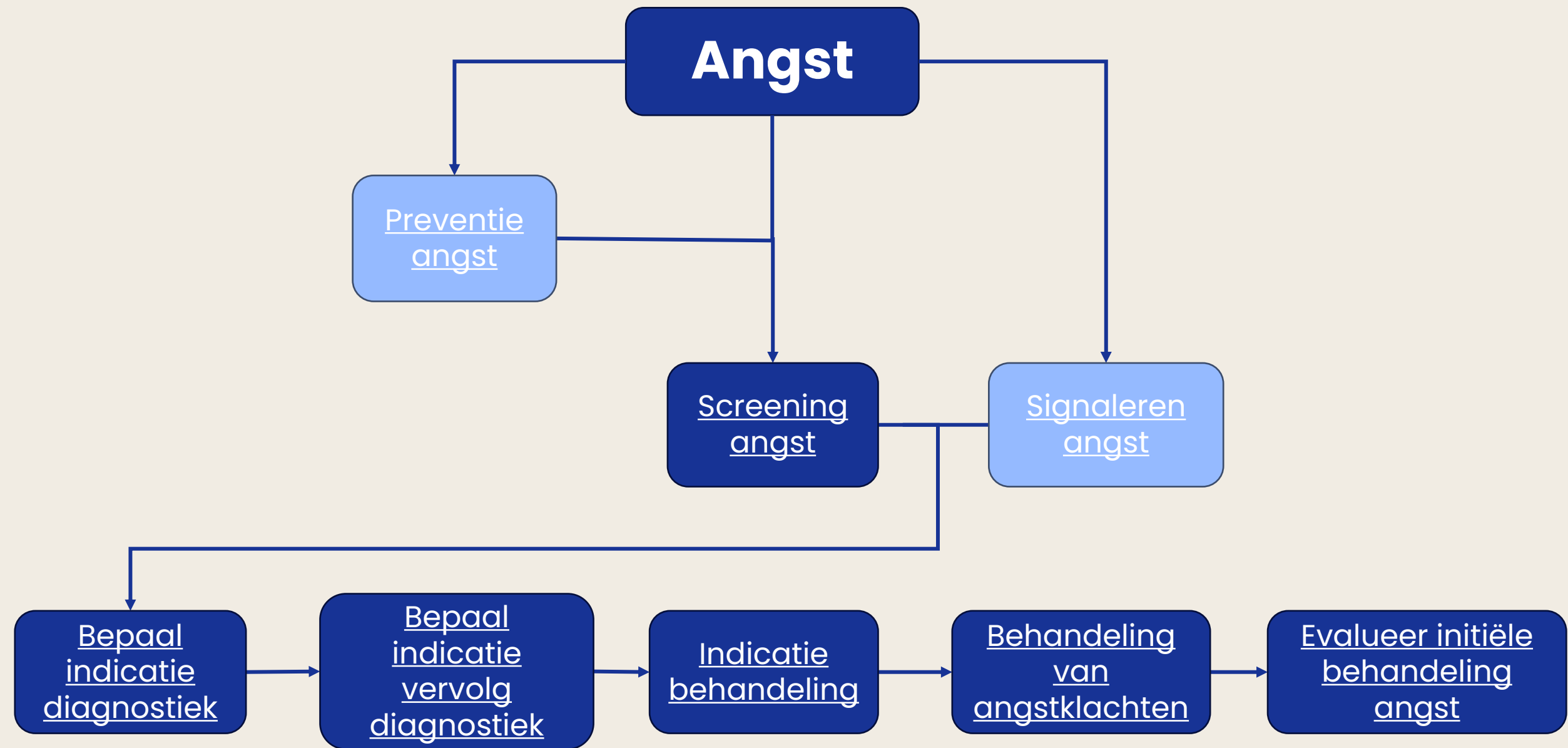




Preventie angst

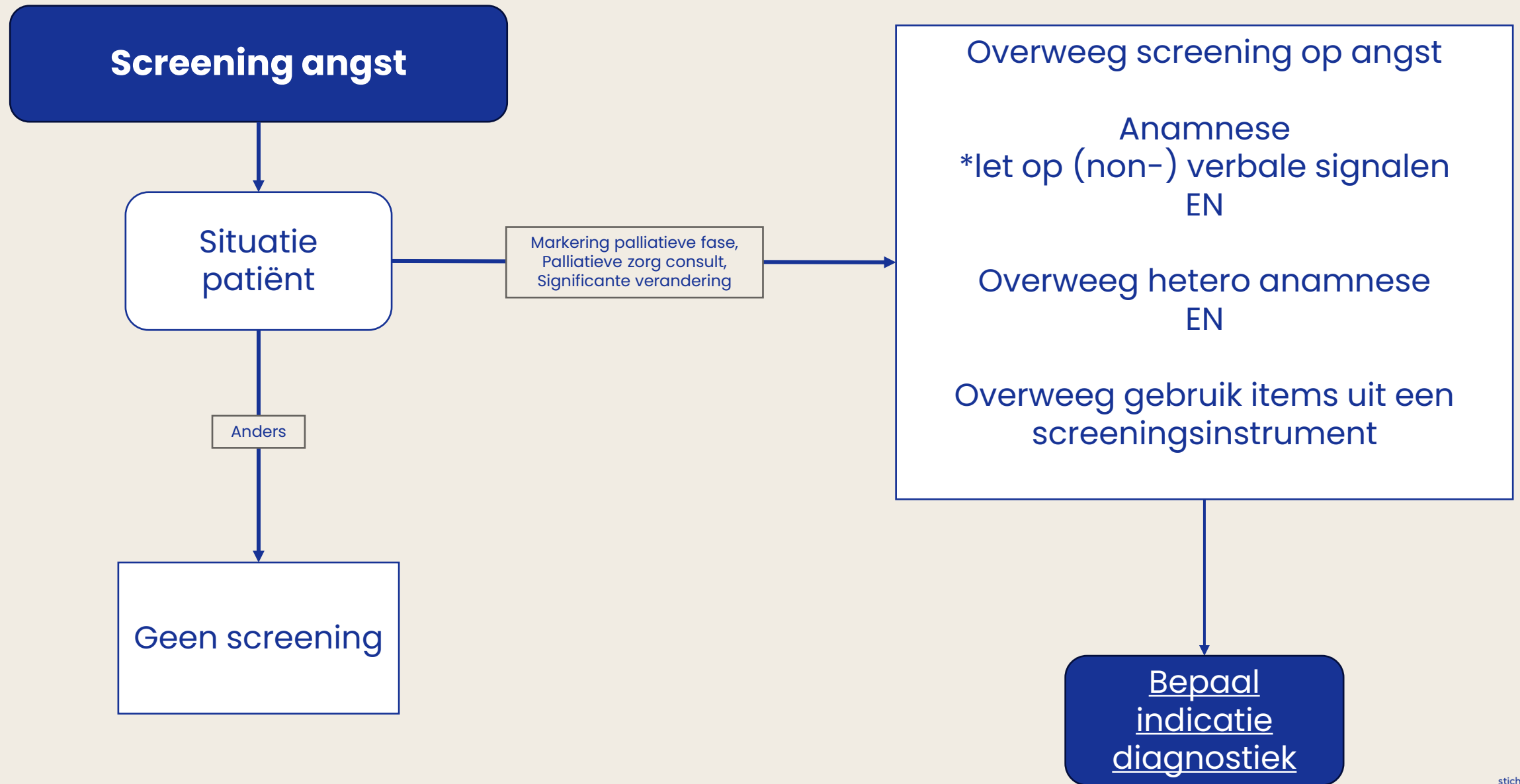
Voorlichten (lichamelijke ziekte, de behandeling en de prognose)

Maak zorgen en angsten vroegtijdig bespreekbaar

Overweeg lotgenoten contact

Vroegtijdige behandeling van mogelijke oorzaken en beïnvloedende factoren

Screening
angst

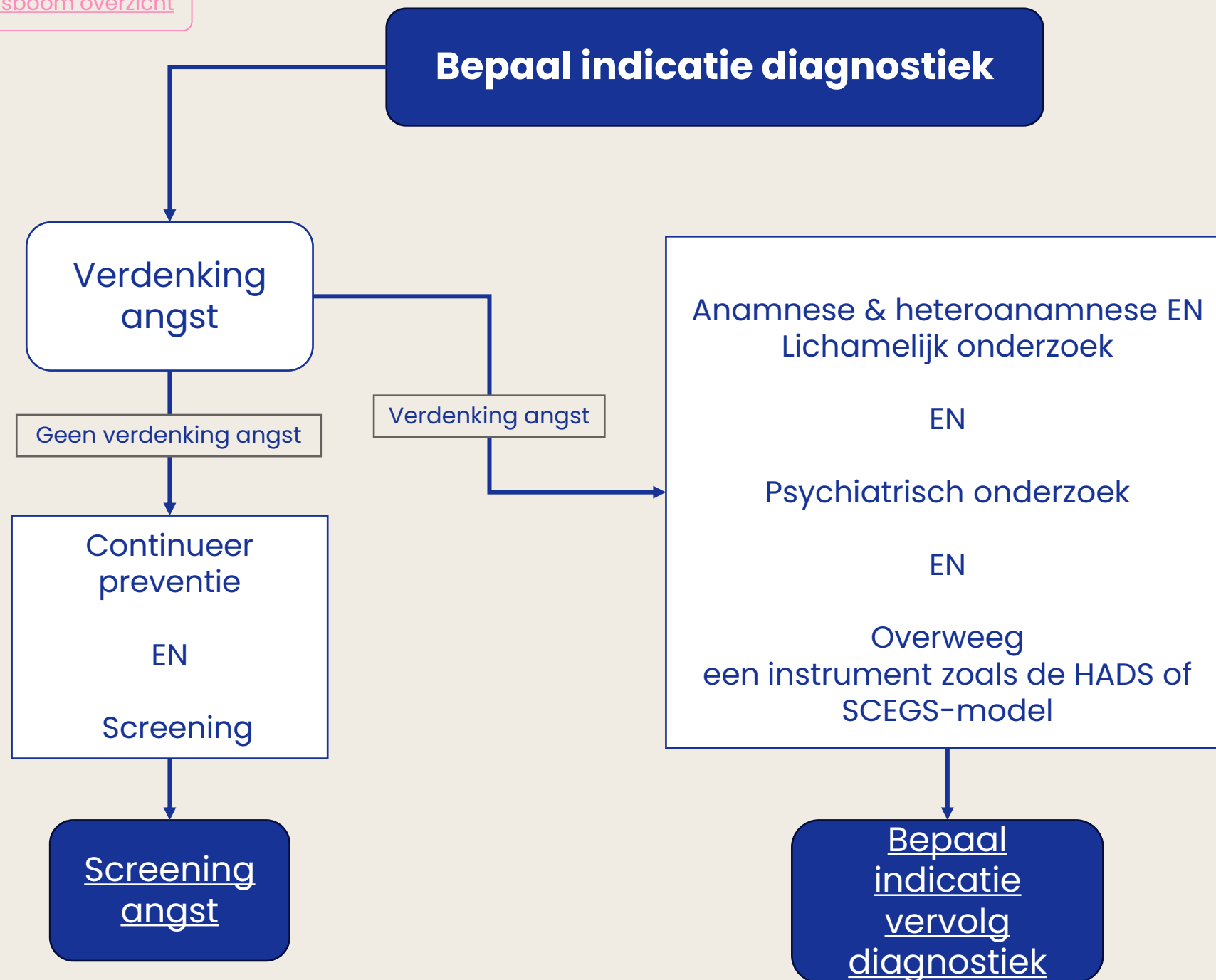


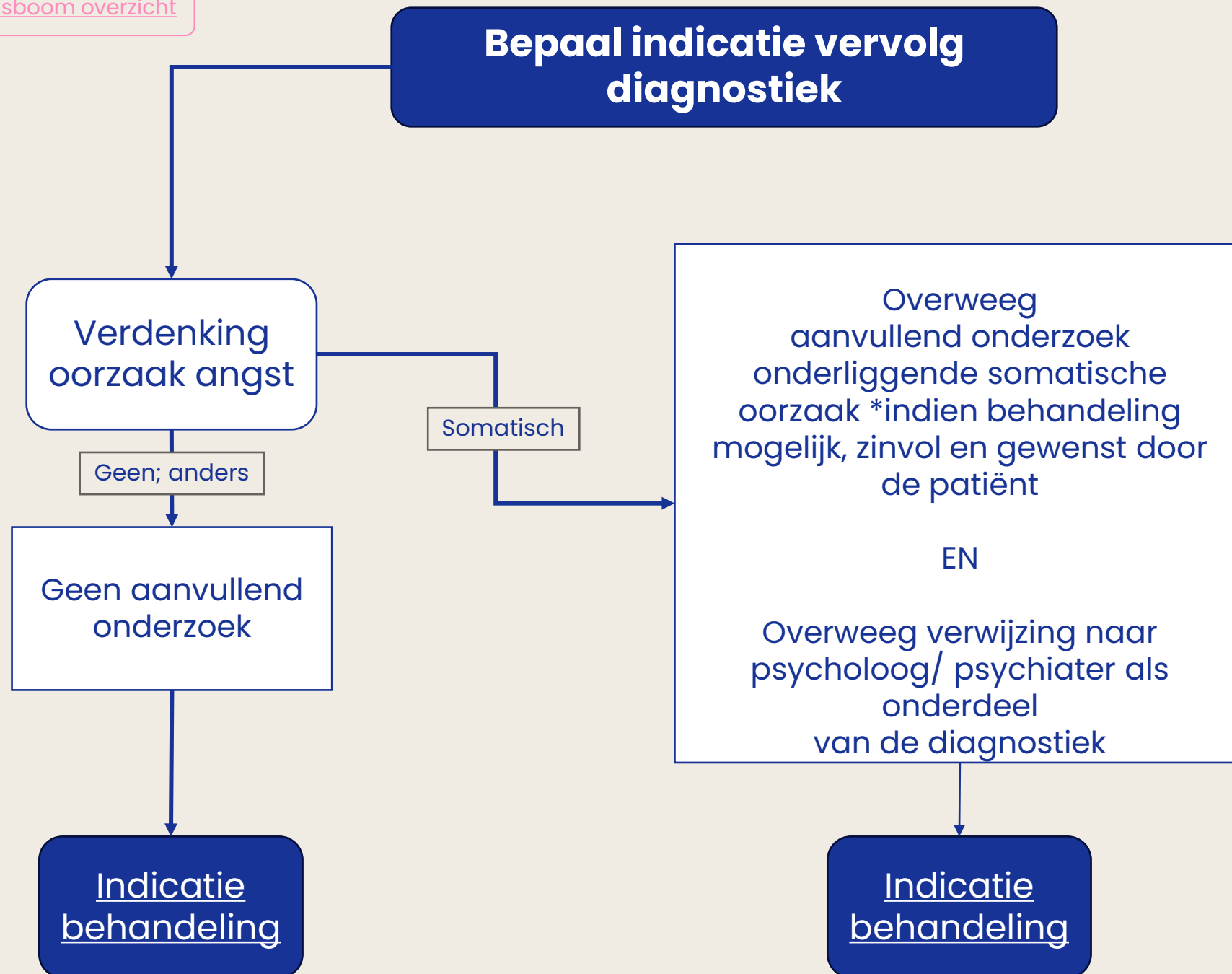
Signaleren angst

Wees alert op verbale en
(non-) verbale signalen

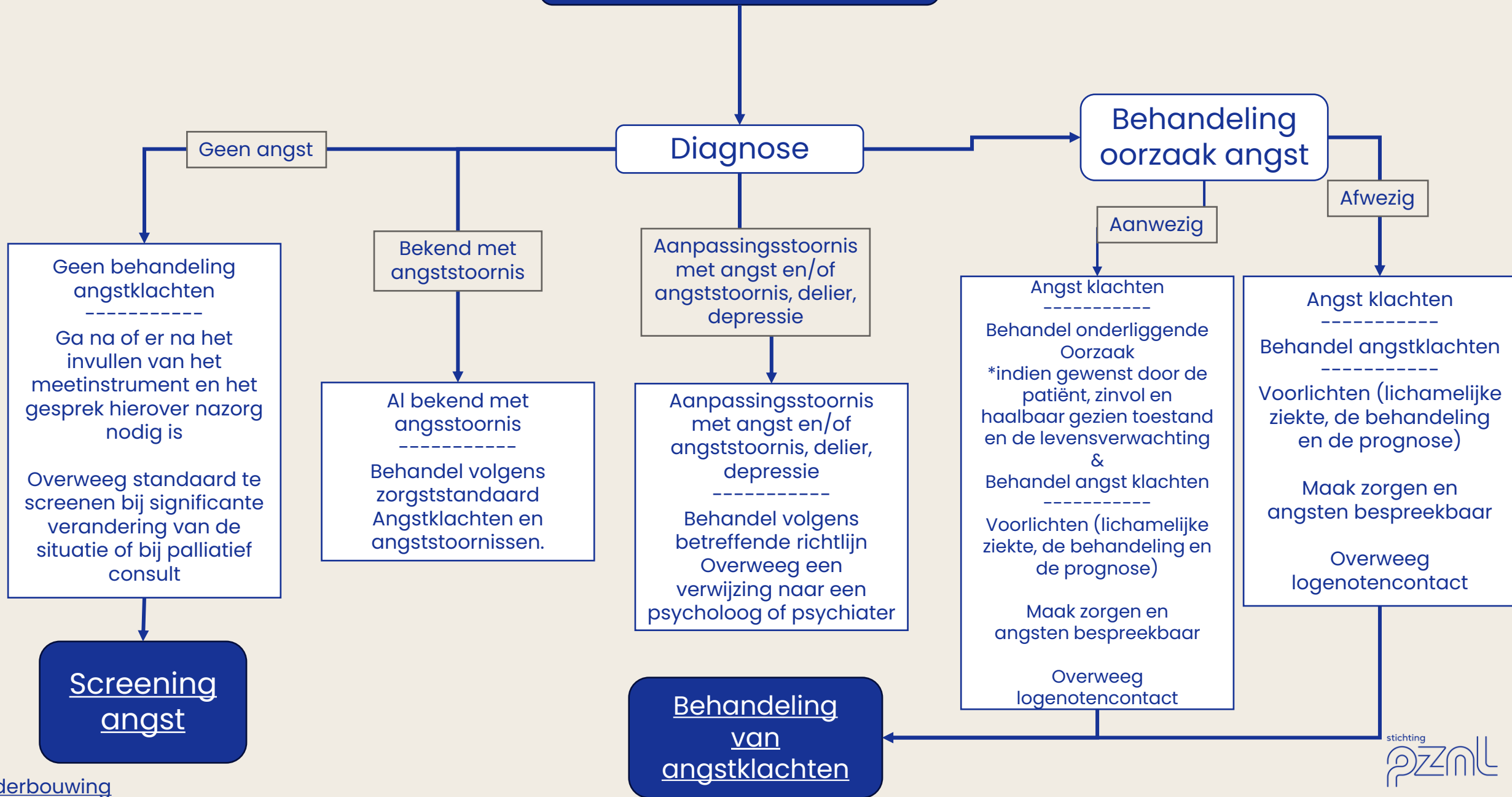
(o.a. bang, eng, gespannen,
zenuwachtig, gejaagd. Grote
pupillen,
bleekheid, opgetrokken
wenkbrauwen, trillen,
transpireren, snelle
ademhaling,
rusteloosheid en
gejaagdheid.)

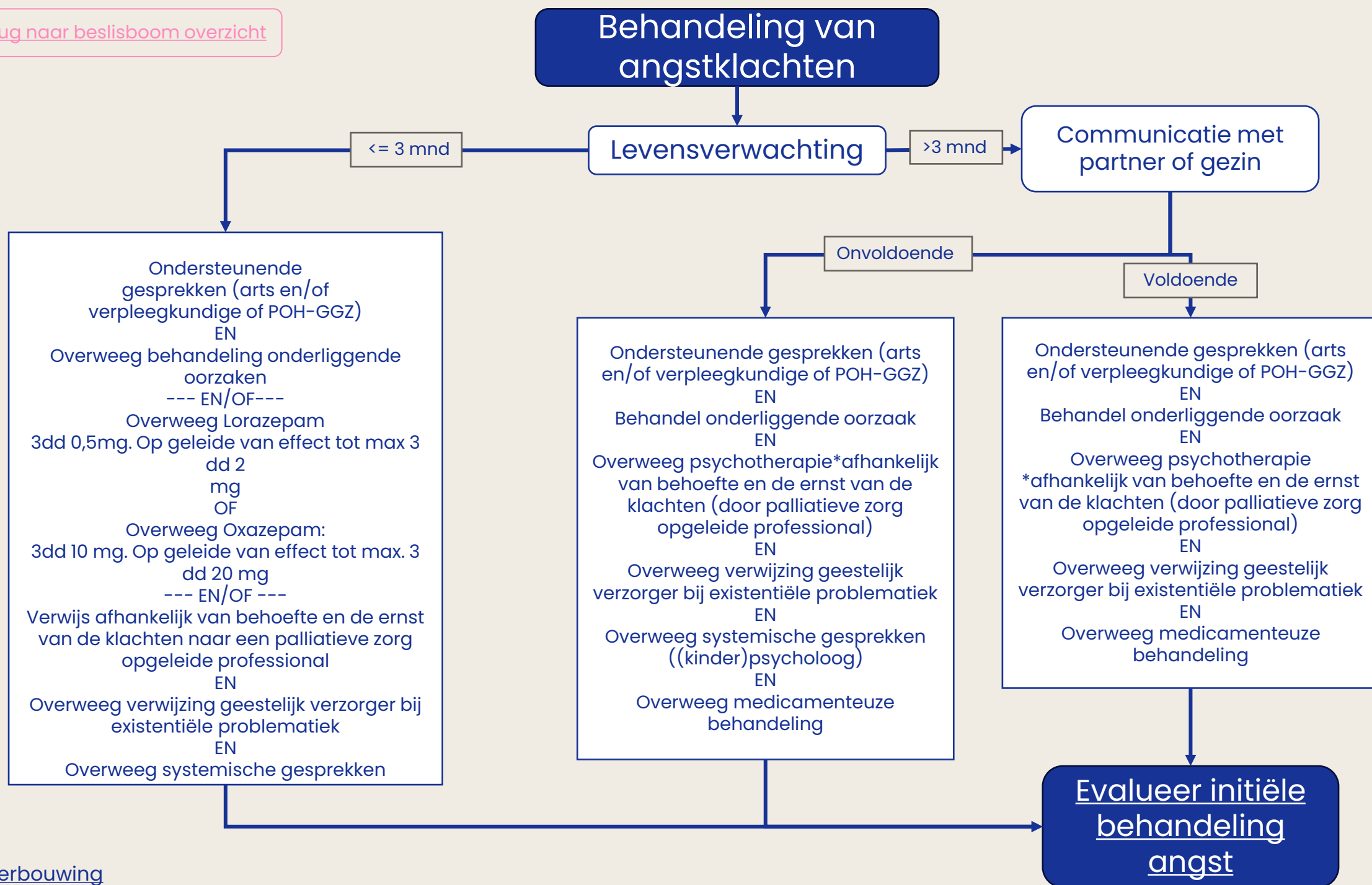
Bepaal
indicatie
diagnostiek

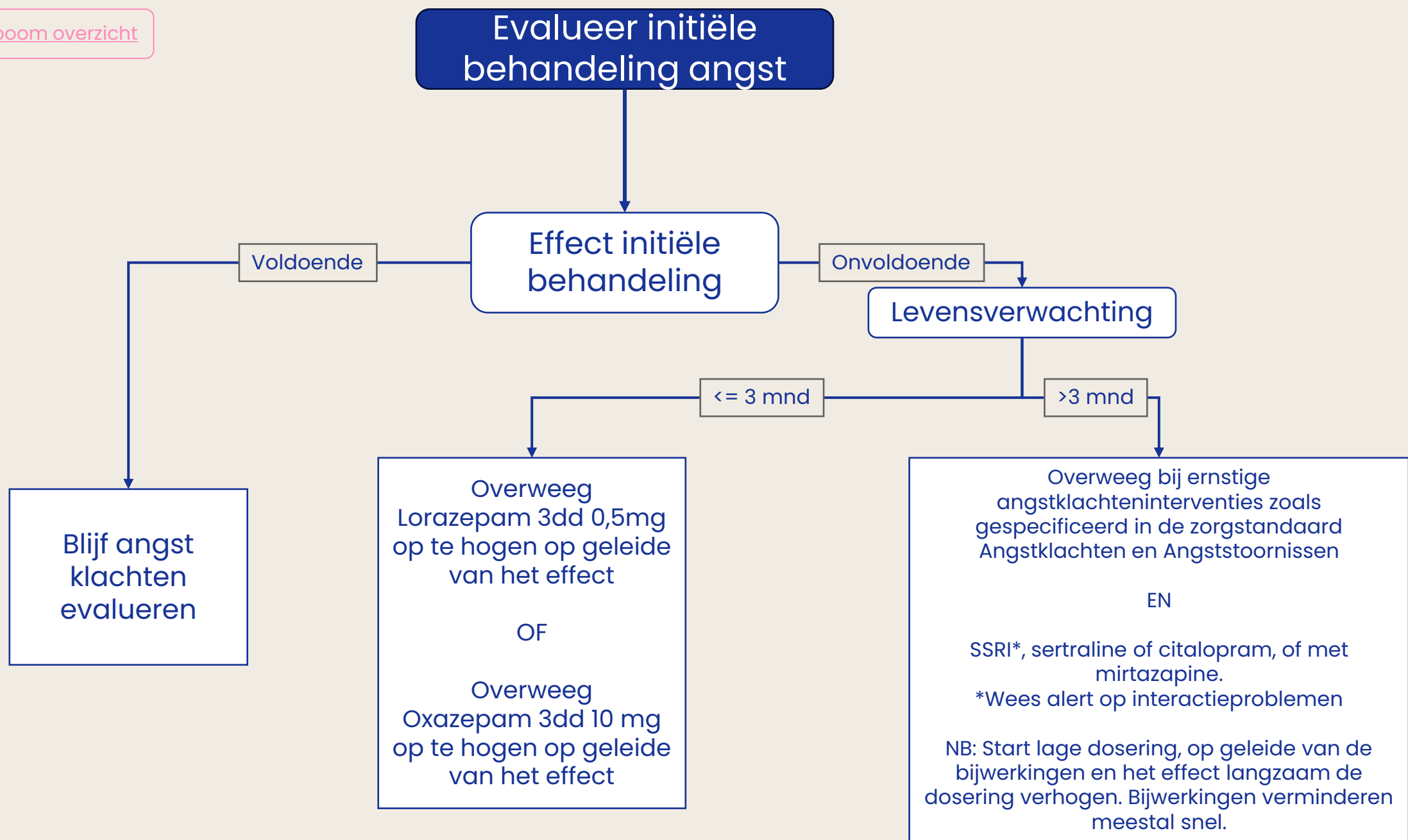




Indicatie behandeling







Onderbouwing: Preventie van angst

- Draag zorg voor heldere voorlichting over de lichamelijke ziekte, de behandeling en de prognose. Stem deze informatievoorziening af op de wensen en de vragen van de patiënt.
- Draag zorg voor goede communicatie, waarbij op empathische wijze zorgen en angsten vroegtijdig bespreekbaar gemaakt worden (zie module 1 van de richtlijn: Communicatie).
- Overweeg, als de patiënt daar open voor staat, de mogelijkheid van lotgenotencontact.
- Draag zorg voor vroegtijdige behandeling van oorzakelijke en beïnvloedende factoren die kunnen leiden tot angst (zie module 4 van de richtlijn: Behandeling van oorzaken en beïnvloedende somatische factoren).

Onderliggende oorzaken van angst kunnen globaal in drie types worden onderverdeeld:

- Situationele angst, inclusief existentiële angst;
- Angst door somatische klachten of aandoeningen en/of een middel of medicatie;
- Angststoornissen.

Verschillende somatische factoren kunnen angst veroorzaken [Traeger 2012, Roth 2007] en of onderhouden:

- symptomen (m.n. pijn, dyspneu, vermoeidheid, slaapstoornissen, misselijkheid, hartkloppingen, pijn op de borst, koorts), die niet onder controle zijn;
- electrolytstoornissen m.n. hypercalciemie en hyponatriemie;
- endocriene stoornissen, m.n. hyperthyreoïdie en hypercortisolisme;
- hersentumoren of hersenmetastasen;
- delier,
- onttrekkingsverschijnselen (nicotine, alcohol, drugs);
- afbouwen, staken of aanpassen van medicatie:
 - corticosteroiden;
 - opioïden;
 - bronchodilatoren (theofylline, bèta-adrenerge agonisten (fenoterol, salbutamol, terbutaline));

- stimulantia/antidepressiva (methyلفenidaat, MAO-remmers, SSRI's);
- benzodiazepinen (paradoxe reactie);
- bètablokkers;
- androgenen;
- anti-Parkinsonmiddelen: methyl dopa, levodopa en dopamineantagonisten: angst als gevolg van hallucinaties en/of akathisie (= bewegingsonrust). Ook de wearing-off (voelen dat de verbeteringen niet blijven aanhouden totdat de volgende dosis medicatie begint te werken) kan leiden tot angst.
- middelen met extrapiramidale bijwerkingen (rigiditeit en/of akathisie): metoclopramide, alizapride, haloperidol, prochlorperazine en levomepromazine.

Disclaimer:

De beslisboom is gebaseerd op de richtlijn Angst in de palliatieve fase.

De richtlijn is te vinden op palliaweb.nl

Onderbouwing: Screening van angst

Signalering en screening

- Overweeg om standaard te screenen op angstklachten bij de markering van de palliatieve fase, een significante verandering van de situatie van de patiënt en/of bij een palliatief consult.
- Wees alert op verbale en non-verbale signalen die kunnen wijzen op angst bij patiënten in de palliatieve fase. Let bij verbale signalen op termen die de patiënt zelf gebruikt, zoals bang, eng, gespannen, zenuwachtig, gejaagd. Non-verbale signalen zijn o.a. grote pupillen, opgetrokken wenkbrauwen, bleekheid, transpireren, trillen, snelle ademhaling, rusteloosheid en gejaagdheid.
- Exploreer deze signalen door middel van een anamnese, bij voorkeur aangevuld met een heteroanamnese.
- Overweeg voor het screenen van angst de items uit de generieke instrumenten te gebruiken (ziekte specifiek/ kwaliteit van leven) als basis voor verdere exploratie door middel van een anamnese, bijv.:
 - bij de Lastmeter: bij een distress-score ≥ 5 ;
 - bij het Utrecht Symptoom Dagboek: bij een score voor angst >4 (eveneens voor monitoring te gebruiken);
 - bij de 4DKL: bij een score voor angst >4 ; (eveneens voor monitoring te gebruiken);
 - bij de Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ, bij chronische longziektes, bijv. COPD): bij een antwoord 'altijd', 'bijna altijd' of 'nogal vaak' op de vraag of iemand een gevoel van angst of paniek heeft gehad in de afgelopen twee weken;
 - bij de CaReQoL (hartfalen): bij het antwoord 'vaak' of 'altijd' op de vragen 4 en 17 over angst en het antwoord 'nooit', 'zelden' of 'soms' op vraag 6 'voelde ik mij veilig door de zorg van het ziekenhuis'.

Onderliggende oorzaken van angst kunnen globaal in drie types worden onderverdeeld:

- Situationele angst, inclusief existentiële angst;
- Angst door somatische klachten of aandoeningen en/of een middel of medicatie;
- Angststoornissen.

Verschillende somatische factoren kunnen angst veroorzaken [Traeger 2012, Roth 2007] en of onderhouden:

- symptomen (m.n. pijn, dyspneu, vermoeidheid, slaapstoornissen, misselijkheid, hartkloppingen, pijn op de borst, koorts), die niet onder controle zijn;
- electrolytstoornissen m.n. hypercalciëmie en hyponatriëmie;
- endocriene stoornissen, m.n. hyperthyreoïdie en hypercortisolisme;
- hersentumoren of hersenmetastasen;
- delier,
- onttrekkingsverschijnselen (nicotine, alcohol, drugs);
- afbouwen, staken of aanpassen van medicatie:
 - corticosteroïden;
 - opioïden;
 - bronchodilatoren (theofylline, bèta-adrenerge agonisten (fenoterol, salbutamol, terbutaline));
 - 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). Ook de wearing-off (voelen dat de verbeteringen niet blijven aanhouden totdat de volgende dosis medicatie begint te werken) kan leiden tot angst.
- middelen met extrapiramidale bijwerkingen (regiditeit en/of akathisie): metoclopramide, alizapride, haloperidol, prochlorperazine en levomepromazine.

Disclaimer:

De beslissboom is gebaseerd op de richtlijn Angst in de palliatieve fase.

De richtlijn is te vinden op palliaweb.nl

Onderbouwing: Signaleren van angst

- Wees alert op verbale en non-verbale signalen die kunnen wijzen op angst bij patiënten in de palliatieve fase. Let bij verbale signalen op termen die de patiënt zelf gebruikt, zoals bang, eng, gespannen, zenuwachtig, gejaagd. Non-verbale signalen zijn o.a. grote pupillen, opgetrokken wenkbrauwen, bleekheid, transpireren, trillen, snelle ademhaling, rusteloosheid en gejaagdheid. Exploreer deze signalen door middel van een anamnese, bij voorkeur aangevuld met een heteroanamnese.
- Overweeg voor het screenen van angst de items uit de generieke instrumenten te gebruiken (ziekte specifiek/ kwaliteit van leven) als basis voor verdere exploratie door middel van een anamnese, bijv.:
 - bij de Lastmeter: bij een distress-score ≥ 5 ;
 - bij het Utrecht Symptoom Dagboek: bij een score voor angst >4 (eveneens voor monitoring te gebruiken);
 - bij de 4DKL: bij een score voor angst >4 ; (eveneens voor monitoring te gebruiken);
 - 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 een gevoel van angst of paniek heeft gehad in de afgelopen twee weken;
 - bij de CaReQoL (hartfalen): bij het antwoord 'vaak' of 'altijd' op de vragen 4 en 17 over angst en het antwoord 'nooit', 'zelden' of 'soms' op vraag 6 'voelde ik mij veilig door de zorg van het ziekenhuis'.

Disclaimer

De beslisboom is gebaseerd op de richtlijn Angst in de palliatieve fase.

De richtlijn is te vinden op palliaweb.nl

1/1 Onderbouwing: Bepaal indicatie diagnostiek

Signalering en screening

- Overweeg om standaard te screenen op angstklachten bij de markering van de palliatieve fase, een significante verandering van de situatie van de patiënt en/of bij een palliatief consult.
- Wees alert op verbale en non-verbale signalen die kunnen wijzen op angst bij patiënten in de palliatieve fase. Let bij verbale signalen op termen die de patiënt zelf gebruikt, zoals bang, eng, gespannen, zenuwachtig, gejaagd. Non-verbale signalen zijn o.a. grote pupillen, opgetrokken wenkbrauwen, bleekheid, transpireren, trillen, snelle ademhaling, rusteloosheid en gejaagdheid. Exploreer deze signalen door middel van een anamnese, bij voorkeur aangevuld met een heteroanamnese.
- Overweeg voor het screenen van angst de items uit de generieke instrumenten te gebruiken (ziekte specifiek/ kwaliteit van leven) als basis voor verdere exploratie door middel van een anamnese, bijv.:
 - bij de Lastmeter: bij een distress-score ≥ 5 ;
 - bij het Utrecht Symptoom Dagboek: bij een score voor angst >4 (eveneens voor monitoring te gebruiken);
 - bij de 4DKL: bij een score voor angst >4 ; (eveneens voor monitoring te gebruiken);
 - 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 een gevoel van angst of paniek heeft gehad in de afgelopen twee weken;
 - bij de CaReQoL (hartfalen): bij het antwoord 'vaak' of 'altijd' op de vragen 4 en 17 over angst en het antwoord 'nooit', 'zelden' of 'soms' op vraag 6 'voelde ik mij veilig door de zorg van het ziekenhuis'.

Anamnese, lichamelijk en psychiatrisch onderzoek en aanvullend onderzoek

- Verricht bij verdenking op angst een anamnese, inclusief heteroanamnese, gericht op emotionele klachten (vooral angst en somberheid), cognitieve en somatische symptomen, gedragsverandering en existentiële problematiek. Alle dimensies van de angstklachten (somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale dimensie) kunnen bijvoorbeeld aan de hand van het SCEGS-model worden geëxploreerd [Brede klachtexploratie met SCEGS – Wiki HOVUmc].
- Exploreer tijdens de anamnese de volgende punten:
 - angstklachten: beloop, intensiteit, impact op het dagelijks functioneren;
 - andere psychische symptomen (met name somberheid);
 - slaapproblemen;

- wensen en verwachtingen over het levenseinde, mede in het kader van het levensverhaal;
- de onderliggende somatische aandoening en de somatische klachten;
- (verandering of staken van) medicatie, alcohol, roken en drugs;
- medische (inclusief psychiatrische) voorgeschiedenis;
- psychiatrische aandoeningen in de familie;
- sociale interacties met naasten en ervaren sociale steun.
- Heb expliciet aandacht voor de fase van de patiënt binnen het palliatieve traject en de levensverwachting. Ga na of de patiënt de angst kan hanteren als passend bij de ziekte en het naderende levenseinde of dat die behoefte heeft aan behandeling en/of ondersteuning. De levensverwachting is ook bepalend voor welke diagnostiek en behandeling ingezet wordt.
- Verricht een lichamelijk en psychiatrisch onderzoek. Let daarbij zowel op somatische equivalenten van angst, welke deels overlappend in presentatie zijn (bijvoorbeeld trillen, transpireren, hyperventilatie, rusteloosheid) als op oorzakelijke factoren. Het psychiatrisch onderzoek richt zich ook op het diagnosticeren of uitsluiten van een aanpassingsstoornis met angst en/of een angststoomis, een delier of een depressie.
- Overweeg aanvullend onderzoek bij verdenking op een onderliggende somatische oorzaak waarvan de behandeling mogelijk is, zinvol is en gewenst door de patiënt (zie oorzakelijke en beïnvloedende factoren). Overweeg daarbij bloedonderzoek (albumine, natrium, calcium, TSH), en/of ECG.
- Overweeg een verwijzing naar een psycholoog of psychiater als onderdeel van de diagnostiek.

Gebruik van meetinstrumenten voor monitoring en verdieping

- Gebruik voor het monitoren van angst een meetinstrument dat inzicht geeft in de intensiteit van angst over een langere periode zoals het Utrecht Symptoom Dagboek.
- Overweeg om op indicatie ter verdieping de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) te gebruiken; hanteer daarbij een afkappunt voor de subschaal angst > 7 . Gebruik de gegevens van deze meetinstrumenten om een beeld te krijgen over de ernst van de klachten en als basis voor verdere diagnostiek, maar niet om de diagnose angststoornis te stellen.
- Overweeg het gebruik van meetinstrumenten ook ter voorbereiding op een gesprek (face-to-face, zorg op afstand).
- Ga na of er na het invullen van het meetinstrument en het gesprek hierover nazorg nodig is.
- Gebruik geen meetinstrumenten als een op zichzelf staand doel. Bespreek te allen tijde de uitkomsten met de patiënt.

2/2 Onderbouwing: Bepaal indicatie diagnostiek

Onderliggende oorzaken van angst kunnen globaal in drie types worden onderverdeeld:

- Situationele angst, inclusief existentiële angst;
- Angst door somatische klachten of aandoeningen en/of een middel of medicatie;
- Angststoornissen.

Verskillende somatische factoren kunnen angst veroorzaken [Traeger 2012, Roth 2007] en of onderhouden:

- symptomen (m.n. pijn, dyspneu, vermoeidheid, slaapstoornissen, misselijkheid, hartkloppingen, pijn op de borst, koorts), die niet onder controle zijn;
- electrolytstoornissen m.n. hypercalciëmie en hyponatriëmie;
- endocriene stoornissen, m.n. hyperthyreoïdie en hypercortisolisme;
- hersentumoren of hersenmetastasen;
- delier,
- onttrekkingsverschijnselen (nicotine, alcohol, drugs);
- afbouwen, staken of aanpassen van medicatie:
 - corticosteroïden;
 - opioïden;
 - bronchodilatoren (theofylline, bèta-adrenerge agonisten (fenoterol, salbutamol, terbutaline));
 - 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). Ook de wearing-off (voelen dat de verbeteringen niet blijven aanhouden totdat de volgende dosis medicatie begint te werken) kan leiden tot angst.
- middelen met extrapiramidale bijwerkingen (rigiditeit en/of akathisie): metoclopramide, alizapride, haloperidol, prochlorperazine en levomepromazine.

Disclaimer:

De beslisboom is gebaseerd op de richtlijn Angst in de palliatieve fase.

De richtlijn is te vinden op palliaweb.nl

Onderbouwing: Bepaal indicatie vervolg diagnostiek

- Heb expliciet aandacht voor de fase van de patiënt binnen het palliatieve traject en de levensverwachting. Ga na of de patiënt de angst kan hanteren als passend bij de ziekte en het naderende levenseinde of dat die behoefte heeft aan behandeling en/of ondersteuning. De levensverwachting is ook bepalend voor welke diagnostiek en behandeling ingezet wordt.
- Verricht een lichamelijk en psychiatrisch onderzoek. Let daarbij zowel op somatische equivalenten van angst, welke deels overlappend in presentatie zijn (bijvoorbeeld trillen, transpireren, hyperventilatie, rusteloosheid) als op oorzakelijke factoren. Het psychiatrisch onderzoek richt zich ook op het diagnosticeren of uitsluiten van een aanpassingsstoornis met angst en/of een angststoornis, een delier of een depressie.
- Overweeg aanvullend onderzoek bij verdenking op een onderliggende somatische oorzaak waarvan de behandeling mogelijk is, zinvol is en gewenst door de patiënt (zie oorzakelijke en beïnvloedende factoren). Overweeg daarbij bloedonderzoek (albumine, natrium, calcium, TSH), en/of ECG.
- Overweeg een verwijzing naar een psycholoog of psychiater als onderdeel van de diagnostiek.

Angst door somatische klachten of aandoeningen en/of een middel of medicatie

Verschillende somatische factoren kunnen angst veroorzaken [Traeger 2012, Roth 2007] en of onderhouden:

- symptomen (m.n. pijn, dyspneu, vermoeidheid, slaapstoornissen, misselijkheid, hartkloppingen, pijn op de borst, koorts), die niet onder controle zijn;
- electrolytstoornissen m.n. hypercalciëmie en hyponatriëmie;
- endocriene stoornissen, m.n. hyperthyreoïdie en hypercortisolisme;
- hersentumoren of hersenmetastasen;
- delier;
- onttrekkingsverschijnselen (nicotine, alcohol, drugs);
- afbouwen, staken of aanpassen van medicatie:
 - corticosteroïden;
 - opioïden;
 - bronchodilatoren (theofylline, bèta-adrenerge agonisten (fenoterol, salbutamol, terbutaline));
 - 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). Ook de wearing-off (voelen dat de verbeteringen niet blijven aanhouden totdat de volgende dosis medicatie begint te werken) kan leiden tot angst.
- middelen met extrapiramidale bijwerkingen (regiditeit en/of akathisie): metoclopramide, alizapride, haloperidol, prochlorperazine en levomepromazine.

Disclaimer:

De beslisboom is gebaseerd op de richtlijn Angst in de palliatieve fase.

De richtlijn is te vinden op palliaweb.nl

Onderbouwing: Indicatie behandeling

Behandeling van oorzaken en beïnvloedende somatische factoren

- Behandel, indien mogelijk, de somatische oorzaak van angst bij patiënten in de palliatieve fase, mits 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.
- Daarbij kan gedacht worden aan:
 - behandeling van:
 - symptomen (m.n. pijn (zie richtlijn Pijn bij gevorderde stadia van COPD of hartfalen en richtlijn Pijn bij patiënten met kanker), dyspneu, vermoeidheid, slaapproblemen, misselijkheid, hartkloppingen, pijn op de borst, koorts, obstipatie, mictiestoornissen en mobiliteitsstoornissen), die niet onder controle zijn en die van invloed (kunnen) zijn op de angst;
 - electrolytstoornissen m.n. hypercalciëmie en hyponatriëmie;
 - endocriene stoornissen, m.n. 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.

Behandeling angst

- Kies bij angst voor een psychosociale interventie. Dit kan zijn ondersteunende (groeps)gesprekken, zingevingsgesprekken, een vorm van psychotherapie of een andere vorm van therapie (bijv. muziektherapie).
- Begin bij angstklachten met ondersteunende gesprekken door arts en/of verpleegkundige of eventueel een POH-GGZ. Overweeg verwijzing voor psychotherapie (cognitieve (gedrags)therapie, meaning-centered psychotherapie, acceptance and commitment therapy (ACT), Managing Cancer Living Meaningfully (CALM) therapie, dignity therapy, mindfulness (MBCT of MBSR)) en/of muziektherapie:

- Als de patiënt daar behoefte aan heeft;
- Bij een aanpassingsstoornis met angst of een angststoornis;
- Als ondersteunende gesprekken onvoldoende effect hebben.
- Verwijs naar een geestelijk verzorger indien existentiële problematiek op de voorgrond staat.
- Overweeg bij ernstige angstklachten het gebruik van interventies zoals gespecificeerd in de zorgstandaard Angstklachten en Angststoornissen en bied, indien daar indicatie voor is, medicatie aan (zie ook de module 6. Medicamenteuze behandeling).
- Gebruik het matched-care principe: Bepaal de therapiekeuze op basis van de persoonlijke voorkeur van de patiënt, aard en ernst van de problematiek, beschikbaarheid van de therapie en verwachte levensduur.
- Verwijs voor de genoemde therapieën naar een geregistreerde zorgprofessional met specifieke training in de betreffende therapie. Denk hierbij aan psychologen, psychiaters, maatschappelijk werkenden en verpleegkundig specialisten of (voor muziektherapie) een vaktherapeut.
- Overweeg verwijzing naar een (kinder)psycholoog met expertise op het gebied van palliatieve zorg voor systemische gesprekken bij stokkende communicatie tussen partners of gezinsleden, of als er sprake is van verwijdering tussen partners of gezinsleden. Overweeg dit vooral ook als er jonge kinderen in het gezin zijn.
- Raadpleeg voor een verwijzing de verwijsgids kanker, het NVPO-deskundigenbestand of de Palliatieve Zorgzoeker.

Disclaimer:

De beslisboom is gebaseerd op de richtlijn Angst in de palliatieve fase.

De richtlijn is te vinden op palliaweb.nl

Onderbouwing: Behandeling van angstklachten

Behandeling angst klachten

- Kies bij angst voor een psychosociale interventie. Dit kan zijn ondersteunende (groeps)gesprekken, zingevingsgesprekken, een vorm van psychotherapie of een andere vorm van therapie (bijv. muziektherapie).
- Begin bij angstklachten met ondersteunende gesprekken door arts en/of verpleegkundige of eventueel een POH-GGZ.
- Overweeg verwijzing voor psychotherapie (cognitieve (gedrags)therapie, meaning-centered psychotherapie, acceptance and commitment therapy (ACT), Managing Cancer Living Meaningfully (CALM) therapie, dignity therapy, mindfulness (MBCT of MBSR)) en/of muziektherapie:
 - Als de patiënt daar behoefte aan heeft;
 - Bij een aanpassingsstoornis met angst of een angststoornis;
 - Als ondersteunende gesprekken onvoldoende effect hebben.
- Verwijs naar een geestelijk verzorger indien existentiële problematiek op de voorgrond staat.
- Overweeg bij ernstige angstklachten het gebruik van interventies zoals gespecificeerd in de zorgstandaard Angstklachten en Angststoornissen en bied, indien daar indicatie voor is, medicatie aan (zie ook de module 6. Medicamenteuze behandeling).
- Gebruik het matched-care principe: Bepaal de therapiekeuze op basis van de persoonlijke voorkeur van de patiënt, aard en ernst van de problematiek, beschikbaarheid van de therapie en verwachte levensduur.
- Verwijs voor de genoemde therapieën naar een geregistreerde zorgprofessional met specifieke training in de betreffende therapie. Denk hierbij aan psychologen, psychiaters, maatschappelijk werkenden en verpleegkundig specialisten of (voor muziektherapie) een vaktherapeut.
- Overweeg verwijzing naar een (kinder)psycholoog met expertise op het gebied van palliatieve zorg voor systemische gesprekken bij stokkende communicatie tussen partners of gezinsleden, of als er sprake is van verwijdering tussen partners of gezinsleden.
- Overweeg dit vooral ook als er jonge kinderen in het gezin zijn.
- Raadpleeg voor een verwijzing de verwijsgids kanker, het NVPO-deskundigenbestand of de Palliatieve Zorgzoeker.

Disclaimer:

De beslisboom is gebaseerd op de richtlijn Angst in de palliatieve fase.

De richtlijn is te vinden op palliaweb.nl

Onderbouwing: Evalueer initiële behandeling angst

- Overweeg bij angst in de palliatieve fase medicatie voor te schrijven als blijkt dat psychosociale interventies niet of niet snel genoeg voldoende effect blijken te hebben en/of wanneer de angst zo hevig is dat het geïndiceerd is om tegelijkertijd te starten met psychosociale interventies en medicatie.
- Overweeg bij angst bij patiënten in de palliatieve fase met een korte levensverwachting (< 3 maanden) medicamenteuze behandeling met een benzodiazepine. In de keuze kunnen de werkingsduur, toedieningsweg en mogelijke bijwerkingen worden meegewogen.
 - Lorazepam:
 - startdosering 3dd 0,5mg, op te hogen op geleide van het effect.
 - Oxazepam:
 - startdosering 3dd 10 mg, op te hogen op geleide van het effect.
 - Een ander middel in equivalente dosering (zie tabel 2).
- Overweeg medicamenteuze behandeling met een SSRI (sertraline of (es)citalopram) of met mirtazapine bij angst in de palliatieve fase bij een levensverwachting langer dan 3 maanden en waarbij de psychosociale behandeling (zie module 5) niet voldoende effect heeft. Om de last van de bijwerkingen te verminderen verdient het aanbeveling met een lage dosering te beginnen en op geleide van de bijwerkingen en het effect langzaam de dosering te verhogen. De bijwerkingen verminderen meestal snel.
 - Citalopram:
 - startdosering 1 dd 10–20 mg, afhankelijk van bijwerkingen en effect eventueel ophogen tot maximaal 40 mg
 - 70 jaar maximaal 20 mg/dag
 - Kan ook in druppelvorm gegeven worden: 40 mg/ml of 2 mg per druppel. Vanwege hogere biologische beschikbaarheid de dosering met 25% verlagen.
 - Escitalopram:
 - startdosering 1dd 5–10 mg, afhankelijk van bijwerkingen en effect eventueel ophogen tot maximaal 20 mg/dag.
 - Overweeg niet te geven >70 jaar.
 - Kan ook in druppelvorm gegeven worden. Vanwege hogere biologische beschikbaarheid de dosering met 25% verlagen.
 - Sertraline (tablet of drank):
 - startdosering 1dd 25–50 mg p.o., afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1–2 weken in stappen van 50 mg op te hogen tot maximaal 1dd 200 mg;
 - Mirtazapine:
 - startdosering 1dd 7,5–15 mg p.o., afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1–2 weken in stappen van 7,5 mg/dag op te hogen tot maximaal 1dd 45 mg.
 - NB Bij lagere doseringen overheerst het sederende effect van mirtazapine, bij hogere doseringen (>30 mg per dag) neemt de sederende werking af doordat de activerende werking van noradrenaline de sederende antihistaminerge werking gaat overheersen.
- Wees alert op interactieproblemen met andere medicatie. Een aantal van de SSRI's kunnen interactieproblemen geven in combinatie met andere gebruikte medicijnen op grond van beïnvloeding van het cytochroom P450-enzymstelsel in de lever.

Disclaimer:

De beslisboom is gebaseerd op de richtlijn Angst in de palliatieve fase.

De richtlijn is te vinden op palliaweb.nl