

Richtlijn Angst in de palliatieve fase

Herziene richtlijn

COLOFON

RICHTLIJN ANGST IN DE PALLIATIEVE FASE

HERZIENE RICHTLIJN 2022

Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL)

Postbus 19079, 3501 DB Utrecht

088 234 60 00

e-mail: richtlijnen@iknl.nl

Alle rechten voorbehouden.

De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven.

48 INHOUDSOPGAVE

49	Inleiding	3
50	Achtergrond	3
51	Begripsbepaling	6
52	Afbakening	6
53	Prevalentie	9
54	Oorzakelijke en beïnvloedende factoren	9
55	1. Communicatie	13
56	2. Preventie	19
57	3. Signalering en diagnostiek	24
58	3.1 Het gebruik van meetinstrumenten	28
59	3.2 Lichamelijk, psychiatrisch en aanvullend onderzoek	29
60	4. Behandeling van oorzaken en beïnvloedende somatische factoren	32
61	5. Psychosociale interventies voor patiënten met angst in de palliatieve fase	34
62	6. Medicamenteuze behandeling van patiënten met angst in de palliatieve fase	49
63	7. Organisatie van zorg	54
64	BIJLAGEN	58
65	Bijlage 1 Geldigheid	59
66	Bijlage 2 Algemene gegevens	60
67	Bijlage 3 Samenstelling werkgroep	61
68	Bijlage 4 Belangenverklaringen	62
69	Bijlage 5 Inbreng patiëntperspectief	63
70	Bijlage 6 Knelpunteninventarisatie	64
71	Bijlage 7 Methode	65
72	Bijlage 8 Zoekverantwoording	70
73	8 - 2.1 Zoekstrategie	71
74	8 - 2.2 Reviewprotocol	74
75	8 - 2.3 Risk of Bias beoordeling	75
76	8 - 2.4 Lijst met exclusieredenen	76
77	8 - 3.1 Zoekstrategie	84
78	8 - 3.2 Reviewprotocol	89
79	8 - 5.1 Zoekstrategie	90
80	8 - 5.2 Reviewprotocol	94
81	8 - 5.3 Risk of Bias beoordelingen	95
82	8 - 5.4 Summary of finding	97
83	8 - 6.1 Zoekstrategie	98
84	8 - 6.2 Reviewprotocol	102
85	Bijlage 9 Kennislacunes	103
86	Bijlage 10 Communicatie- en implementatieplan	104
87	Bijlage 11 Afkortingen en begrippen	105
88		

89 Inleiding

90 Achtergrond

91

92 Aanleiding

93 KNMG en IKNL werken nauw samen om het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland
94 [IKNL/Palliactief 2017] te implementeren. Het meerjarenplan richtlijnen palliatieve zorg is hier
95 onderdeel van. In het kader van dit meerjarenplan is de agendacommissie richtlijnen palliatieve zorg
96 aangesteld voor het prioriteren van te reviseren richtlijnen. In de agendacommissie Richtlijnen
97 palliatieve zorg is op 4 februari 2020 besloten dat de herziening van de richtlijn 'Angst in de
98 palliatieve fase' in de tweede helft van 2020 zou starten.

99

100 Redenen voor noodzaak van revisie van de richtlijn:

- 101 1. Hoge prevalentie van angst;
- 102 2. Impact voor de patiënt (Kwaliteit van leven / ziektelast);
- 103 3. Nieuwe evidentie.

104 De huidige richtlijn dateert uit 2008. Inmiddels is er nieuwe evidentie verschenen. Tevens wordt
105 met de herziening ervoor gezorgd dat de richtlijn volgens de laatste kwaliteitseisen voor
106 richtlijnen worden ontwikkeld (zie ook [Werkwijze](#));

- 107 4. Aansluiting op herzieningen van andere kwaliteitstandaarden, zoals de multidisciplinaire richtlijn
108 Angstklachten en Angststoornissen van de NVvP, de NHG standaard Angst, en de NJi
109 (Nederlands Jeugdinstituut) richtlijn Angst.

110

111 Daarnaast is ervoor gekozen om de richtlijnen depressie in de palliatieve fase en rouw gelijktijdig te
112 herzien voor optimale afstemming.

113

114 Doel

115 Een richtlijn is een aanbeveling ter ondersteuning van de belangrijkste knelpunten uit de dagelijkse
116 praktijk. Deze richtlijn is zoveel mogelijk gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en consensus.
117 De richtlijn Angst in de palliatieve fase geeft aanbevelingen over begeleiding en behandeling van
118 patiënten met angst in de palliatieve fase en beoogt hiermee de kwaliteit van de zorgverlening te
119 verbeteren.

120

121 Doelpopulatie

122 Deze richtlijn is gericht op volwassenen (18 jaar en ouder) in de palliatieve fase met angst. Wanneer
123 de palliatieve fase start, is afhankelijk van de onderliggende ziekte. Bij patiënten met kanker start de
124 palliatieve fase als de kanker ongeneeslijk is (geworden). Bij ongeneeslijke ziektes die altijd leiden
125 tot de dood (zoals ALS) start de palliatieve fase bij de diagnose. Bij kwetsbaarheid en bij chronische
126 ziektes zoals COPD en hartfalen is de afloop minder zeker. Daarbij is de 'surprise question' als
127 markering behulpzaam: 'zou u verbaasd zijn als uw patiënt binnen een jaar is overleden?' Bij een
128 antwoord 'nee' wordt de palliatieve fase gemarkeerd.

129 De palliatieve fase kan qua duur variëren van dagen tot jaren, mede afhankelijk van de
130 onderliggende aandoening. De geschatte levensverwachting bepaalt in hoge mate de keuzes bij
131 diagnostiek en behandeling. Het is aan de behandelend arts om in samenspraak met de patiënt om
132 deze keuzes te maken.

133 In deze richtlijn wordt niet uitvoerig ingegaan op angst bij patiënten met dementie. Hiervoor wordt
134 verwezen naar de richtlijn probleemgedrag bij mensen met dementie, module Behandeling van
135 angstig gedrag bij mensen met dementie ([module Behandeling van angstig gedrag bij mensen met
136 dementie](#)).

137

138 Doelgroep

139 Deze richtlijn is bestemd voor alle professionals die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten met
140 angst in de palliatieve fase zoals huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, klinisch gerieters,
141 artsen voor verstandelijk gehandicapten, psychiaters, overige medisch specialisten (o.a. cardiologen,
142 internist-oncologen, longartsen, radiotherapeuten, revalidatieartsen, pijnspecialisten), verzorgenden,
143 verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, physician assistants, praktijkondersteuners huisarts,

144 ergotherapeuten, fysiotherapeuten, psychologen, maatschappelijk werkers, geestelijk verzorgers,
145 vaktherapeuten en IKNL-consulenten. De inhoud van de richtlijn is ook relevant voor zorgverleners in
146 het maatschappelijke en sociale domein en vrijwilligers en hun coördinatoren die werkzaam zijn in de
147 palliatieve fase. Indien in de richtlijn wordt gesproken over zorgverleners rondom mensen met angst,
148 kunnen afhankelijk van de specifieke situatie van de patiënt alle bovengenoemde zorgverleners
149 bedoeld worden.

150

151 **Werkwijze**

152 De huidige methodiek van richtlijnontwikkeling van de richtlijnen voor de palliatieve zorg sluit aan bij
153 de 'Leidraad voor kwaliteitsstandaarden' (voorheen de 'Richtlijn voor richtlijnen') en 'Medisch
154 specialisten 2.0'. In deze korte [animatie](#) wordt uitgelegd volgens welke stappen de herziening van
155 een palliatieve zorg richtlijn verloopt.

156 De werkgroep is op 10 november 2020 voor de eerste keer bijeengekomen. Op basis van een door
157 de werkgroepleden opgestelde enquête heeft een knelpuntenanalyse plaatsgevonden onder
158 zorgverleners. Daarnaast heeft de Patiëntenfederatie diepte-interviews gehouden bij vijf patiënten en
159 naasten. Na het versturen van de enquête hebben 210 zorgverleners de enquête volledig ingevuld
160 (zie bijlage). Naar aanleiding van de knelpunteninventarisatie is door de werkgroep de keuze
161 gemaakt voor de volgende onderwerpen (modules):

162

- 163 • Communicatie
- 164 • Preventie
- 165 • Signalering en diagnostiek
 - 166 ○ Screening
 - 167 ○ Overige diagnostiek
- 168 • Behandeling
 - 169 ○ Behandeling van oorzaken
 - 170 ○ Psychosociale interventies
 - 171 ○ Medicamenteus
- 172 • Organisatie van zorg

173

174 Voor iedere module werd uit de richtlijnwerkgroep een subgroep geformeerd. De modules over
175 preventie, screening, psychosociale interventies en medicamenteuze behandeling zijn uitgewerkt
176 volgens de evidence based methodiek GRADE. Hierbij werden onderzoeksvragen opgesteld, die
177 omgezet zijn in een PICO. PICO is een methodiek om de kernelementen uit de onderzoeksvraag te
178 halen; deze vormen de basis voor de zoektermen en dus de literatuursearch.

179

180 P = Patiënt(en)
181 I = Interventie
182 C = Comparison
183 O = Outcome

184

185 Bij de beantwoording van deze onderzoeksvragen verzorgde een (externe) methodoloog het
186 literatuuronderzoek. Dit betrof het systematisch zoeken naar literatuur, het kritisch beoordelen van
187 de literatuur en het verwerken van de literatuur in evidence tabellen. Daarnaast werd door de
188 methodoloog een concept literatuurbespreking met bijbehorende conclusies aangeleverd voor deze
189 onderzoeksvragen. Vervolgens stelden de subgroepleden overwegingen en aanbevelingen op.
190 De consensus-based modules over communicatie, overige diagnostiek, behandeling van de
191 oorzaken en organisatie van zorg werden ook onderbouwd met evidence. Deze is echter niet
192 systematisch gezocht en/of beoordeeld, maar gebaseerd op literatuuronderzoek door de werkgroep.
193 De werkgroep heeft gedurende circa 17 maanden gewerkt aan de tekst van de conceptringlijn. Alle
194 teksten zijn schriftelijk of tijdens plenaire of digitale bijeenkomsten besproken en na verwerking van
195 de commentaren door de werkgroep geaccordeerd. Vervolgens is de conceptringlijn voorgelegd aan
196 de klankbordgroep.

197 Na het verwerken van deze commentaren is de conceptringlijn op 4 april 2022 ter
198 becommentariëring aangeboden aan alle voor de knelpuntenanalyse benaderde wetenschappelijke,
199 beroeps- en patiëntenverenigingen en landelijke en regionale werkgroepen en koepelorganisaties.

200 Het commentaar geeft input vanuit het veld om de kwaliteit en de toepasbaarheid van de richtlijn te
 201 optimaliseren en landelijk draagvlak voor de richtlijn te genereren. Alle commentaren werden
 202 vervolgens beoordeeld en verwerkt door de richtlijnwerkgroep. Aan de commentatoren is
 203 teruggekoppeld wat met de reacties is gedaan.

204 De richtlijn is inhoudelijk vastgesteld op [datum goedkeuring]. Tenslotte is de richtlijn ter
 205 autorisatie/accordering gestuurd naar de betrokken verenigingen/instanties.
 206

207 **Samenstelling van de werkgroep**

208 Alle werkgroep- en klankbordleden zijn afgevaardigd namens wetenschappelijke, beroeps- en
 209 patiëntenverenigingen en hebben daarmee het mandaat voor hun inbreng. Bij de samenstelling van
 210 de werkgroep (zie [bijlage 3](#)) is geprobeerd rekening te houden met landelijke spreiding en
 211 vertegenwoordiging van de verschillende verenigingen/disciplines. Het patiëntperspectief is
 212 vertegenwoordigd door de Patiëntenfederatie Nederland in de werkgroep en afvaardiging van de
 213 Parkinson Vereniging, MS Vereniging en het Longfonds als klankbordleden.
 214

215 **Leeswijzer**

216 Iedere module of paragraaf start met de uitgangsvraag en de bijbehorende aanbevelingen.
 217 In de tabel hieronder is weergegeven wat een sterke en een zwakke aanbeveling inhoudt.
 218

219 Tabel 1 Sterkte van de aanbeveling

Gradering aanbeveling	Betekenis	Voorkeursformulering
STERK VOOR	De voordelen zijn groter dan de nadelen voor bijna alle patiënten. Alle of nagenoeg alle geïnformeerde patiënten zullen waarschijnlijk deze optie kiezen.	Gebiedende wijs (Geef de patiënt ..., Adviseer ...)
ZWAK VOOR	De voordelen zijn groter dan de nadelen voor een meerderheid van de patiënten, maar niet voor iedereen. De meerderheid van geïnformeerde patiënten zal waarschijnlijk deze optie kiezen.	Overweeg [interventie], bespreek de voor- en nadelen.
NEUTRAAL
ZWAK TEGEN	De nadelen zijn groter dan de voordelen voor een meerderheid van de patiënten, maar niet voor iedereen. De meerderheid van geïnformeerde patiënten zal waarschijnlijk deze optie niet kiezen.	Wees terughoudend met [interventie], bespreek de voor- en nadelen.
STERK TEGEN	De nadelen zijn groter dan de voordelen voor bijna alle patiënten. Alle of nagenoeg alle geïnformeerde patiënten zullen waarschijnlijk deze optie niet kiezen.	Gebiedende wijs (Geef niet ..., ontraden)

220

221 Een uitgebreide uitleg van de graderingen vindt u in [bijlage 7](#) Methode ontwikkeling.

- 222 • Bij de modules waar op systematische wijze naar literatuur is gezocht volgt de
- 223 literatuurbespreking. Hierin worden de methode van het literatuuronderzoek, de resultaten, de
- 224 kwaliteit van het bewijs en de conclusies weergegeven.
- 225 • Elke module eindigt met de overwegingen.

226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281

Bijlagen

- Geldigheid (zie [bijlage 1](#))
- Algemene gegevens (zie [bijlage 2](#))
- Samenstelling werkgroep (zie [bijlage 3](#))
- Belangenverklaringen (zie [bijlage 4](#))
- Inbreng patiëntenperspectief (zie [bijlage 5](#))
- Knelpunteninventarisatie (zie [bijlage 6](#))
- Methode (zie [bijlage 7](#))
- Zoekverantwoording (zie [bijlage 8](#))
- Kennislacunes (zie [bijlage 9](#))
- Communicatie- en implementatieplan (zie [bijlage 10](#))
- Afkortingen en begrippen (zie [bijlage 11](#))

Begripsbepaling

Angst komt veel voor bij patiënten in de palliatieve fase. Het kan een normale reactie zijn op de onzekerheden en ingrijpende veranderingen die het gevolg zijn van een ziekte die niet meer kan genezen. Angst kan een prikkel zijn tot adequaat handelen in bedreigende situaties om de veiligheid te herstellen. Maar angst bij het moeten leven met een ongeneeslijke ziekte kan ook een symptoom zijn dat de kwaliteit van leven aantast en waar behandelaars specifieke aandacht voor moeten hebben [Brown 2010, Bužgová 2015]. Deze aandacht richt zich op zowel de patiënt als op de naasten.

Angst in de laatste levensfase kan verschillende dimensies hebben. Patiënten zelf gebruiken niet zo vaak de term angst, maar noemen termen als: “bezorgd”, “gespannen”, “bang”, “zenuwachtig”, “eng”. Angst gaat vaak gepaard met lichamelijke verschijnselen zoals 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. Dit maakt angst in de palliatieve fase soms lastig te herkennen. Angst kan ook samengaan met sombere gevoelens, waardoor het onderscheid met depressieve klachten niet altijd goed te maken is.

Angst kan gericht zijn op lijden zoals pijn en benauwdheid, maar ook op verlies van autonomie of waardigheid. Vaak veroorzaakt onzekerheid voor het onbekende gevoelens van angst. Angst kan ook tot uitdrukking komen in belangrijke sociale relaties: zorgen over de nabestaanden, angst om dierbaren financieel niet goed achter te laten, angst om te stinken uit (oncologische) wonden, angst om te kort te schieten in de sociale rol als (seksuele) partner, vader of moeder. Ook kan angst ontstaan vanuit existentiële vragen. Existentiële angst ontstaat meestal in perioden van grote verandering, bijvoorbeeld bij het aanbreken van een nieuwe levensfase. Wanneer een patiënt zich gaat realiseren dat hij/zij niet meer zal genezen en de laatste fase van het leven is begonnen kan dit leiden tot existentiële angst. Hierbij kan een diep gevoel van twijfel ontstaan over de zin van het leven en preoccupatie met al het onbekende wat te wachten staat. Existentiële angst is een uiting van ultieme zorgen over de dood, zinloosheid van het leven en fundamentele eenzaamheid.

De werkgroep van deze richtlijn heeft voor angst in de palliatieve fase gekozen voor de volgende definitie:

“Angst is een beklemmende, onaangename emotionele toestand die wordt opgeroepen als zich een verandering voordoet in het leven die als onregelend, 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.”

Afbakening

282 Zoals bij de begripsbepaling beschreven is, is angst in de palliatieve fase een breed begrip met
283 uiteenlopende uitingsvormen en dimensies, verweven en overlappend met andere symptomen die het
284 gevolg zijn van de somatische aandoening.

285
286 In deze richtlijn ligt het zwaartepunt op angst als symptoom bij een ongeneeslijke ziekte en niet op
287 angststoornissen. Angst als symptoom kan samengaan en/of overlappen met bijvoorbeeld
288 kortademigheid, slaapstoornissen, depressieve klachten, agitatie, pijn en lichamelijke equivalenten
289 zoals trillen, zweten, hartkloppingen.

290
291 Ten opzichte van de angststoornissen zijn er zowel overeenkomsten als verschillen met het
292 symptoom angst in de palliatieve fase. Volgens de DSM-5 hebben angststoornissen met elkaar
293 gemeen dat er sprake is van overmatige angst en vrees en bijbehorende gedragsstoornissen
294 [American Psychiatric Association 2014]. Vrees is de emotionele respons op een werkelijke of
295 waargenomen naderende dreiging. Angst is anticiperen op een dreiging in de toekomst. Kenmerk van
296 een angststoornis is dat deze buitenproportioneel is in verhouding tot de ontwikkelingsfase en daar zit
297 precies het verschil met angst bij patiënten in de palliatieve fase. Het symptoom angst is meestal niet
298 buitenproportioneel maar passend bij de onzekerheid, de ziekte en het perspectief van de dood, zoals
299 pijn in de palliatieve fase een symptoom kan zijn waar behandeling voor nodig is. Er is een duidelijke
300 stressor voor angst in de palliatieve fase en daarmee ligt deze dichtbij of overlapt deze met de DSM-5-
301 diagnose aanpassingsstoornis met angst, omdat deze in de categorie trauma- en stressorgerelateerde
302 stoornissen valt. Dit in tegenstelling tot de andere diagnostische categorieën, waar geen etiologische
303 factoren zijn benoemd. Echter, de toepassing van de DSM-5 criteria van de aanpassingsstoornis met
304 angst stuit bij patiënten met een lichamelijke ziekte zowel in de praktijk als voor wetenschappelijk
305 onderzoek op bezwaren en beperkingen. Eén van de criteria is een “duidelijke lijdensdruk die niet in
306 verhouding staat met de ernst of de intensiteit van de stressor”. Omdat er geen objectieve maat is
307 voor lijdensdruk, is dit criterium per definitie subjectief. Ook het criterium significante beperkingen in
308 het sociale of beroepsmatige functioneren is niet bruikbaar, omdat deze beperkingen meestal
309 veroorzaakt worden door de lichamelijke ziekte en/of de behandeling [Trimbos 2016]. Daarom is het
310 model met het trias “Stressor – Verminderde Veerkracht – Symptomen” ontwikkeld (tabel 2). Het
311 intakegesprek wordt gevoerd aan de hand van dit schema. De diagnose aanpassingsstoornis wordt
312 gesteld wanneer er sprake is van klachten en symptomen die het gevolg blijken te zijn van
313 verminderde veerkracht ten gevolge van de stressoren. Het behandelplan wordt samen met de patiënt
314 opgesteld op basis van de uitkomsten van dit gesprek. De toepassing van dit model is onderzocht in
315 een pilot (<https://iknl.nl/kanker-en-leven/zorgaanbod/pilot-aanpassingsstoornis>) en blijkt in de praktijk
316 zeer bruikbaar.

317
318 Tabel 2 Pijlers van de aanpassingsstoornis

Ziektefasen	Stressoren	Veerkracht	Symptomen
Acuut, chronisch of palliatief	a. somatisch b. psychisch en spiritueel c. sociaal	a. lichamenlijk b. autonomie c. sociale steun d. zingeving	Klachten en symptomen

319
320 Hoewel angst in de palliatieve fase zelden een angststoornis is, kunnen er wel symptomen voorkomen
321 zoals die bij de angststoornissen zijn beschreven. De in de DSM-5 beschreven angststoornissen zijn:
322 separatie-angststoornis, selectief mutisme, specifieke fobie, sociale angststoornis, paniekstoornis,
323 agorafobie, gegeneraliseerde angststoornis, angststoornis door een middel/medicatie, angststoornis
324 door een somatische aandoening, andere gespecificeerde angststoornis en ongespecificeerde
325 angststoornis. In de volgende alinea's worden de criteria van een aantal DSM-5 diagnoses besproken
326 vanuit het gezichtspunt van angst in de palliatieve fase.

327
328 De separatie-angststoornis kenmerkt zich door een excessieve angst of vrees om gescheiden te
329 worden van diegenen aan wie de betrokkene gehecht is. De overeenkomst met patiënten in de
330 palliatieve fase is dat deze het vaak erg moeilijk hebben met het komende afscheid van hun dierbaren
331 en daar bang voor zijn. Het verschil is de proportionaliteit en het persisterend aanwezig zijn van de

332 excessieve angst voor scheiding bij de separatie-angststoornis, zich bijvoorbeeld uitend in niet alleen
333 willen zijn of niet naar buiten te willen. Deze angst is niet a priori gerelateerd aan een in de realiteit te
334 verwachten scheiding, in tegenstelling tot de angst van de patiënten in de palliatieve fase die
335 daadwerkelijk afscheid moeten nemen.

336
337 Een paniekaanval is een plotselinge golf van intense angst of intens onbehagen die binnen enkele
338 minuten een piek bereikt, en die gepaard gaat met symptomen als hartkloppingen, transpireren, trillen,
339 ademnood, pijn, misselijkheid, duizeligheid, paresthesieën, derealisatie en/of de vrees om
340 zelfbeheersing te verliezen of dood te gaan. Een paniekstoornis is de combinatie van recidiverende
341 paniekaanvallen en minstens een maand preoccupatie met de paniekaanval en/of significante
342 maladaptieve gedragsverandering, samenhangend met de aanvallen. Patiënten in de palliatieve fase
343 kunnen in paniek raken en lijden aan bovengenoemde symptomen zonder dat er voldaan wordt aan
344 alle criteria van de paniekstoornis.

345
346 De gegeneraliseerde angststoornis wordt in de DSM-5 omschreven als excessieve angst en
347 bezorgdheid die gedurende minstens zes maanden vaker wel dan niet aanwezig zijn en betrekking
348 hebben op gebeurtenissen of activiteiten. Deze angst en bezorgdheid gaan gepaard met
349 rusteloosheid, vermoeidheid, concentratiestoornis, prikkelbaarheid, spierspanning en/of slaapstoornis.
350 Ook hier zijn weer overeenkomsten en verschillen met angst in de palliatieve fase: de genoemde
351 symptomen kunnen zeker voorkomen bij patiënten in de palliatieve fase, maar aan de criteria van
352 frequentie en duur voor een gegeneraliseerd angststoornis wordt veelal niet voldaan.

353
354 Bij patiënten met angst in de palliatieve fase moet altijd onderzocht worden of deze angst veroorzaakt
355 wordt door een middel of medicatie, zoals opioïden, corticosteroïden, bronchodilaterende medicatie
356 en/of alcohol, door onttrekking van (genees)middelen (bijv. opioïden, corticosteroïden of alcohol) of
357 door somatische factoren zoals dyspnoe, pijn, endocriene stoornissen en/of metabole ontregeling (zie
358 [Oorzakelijke en beïnvloedende factoren](#)). De DSM-5 diagnose angststoornis door een
359 middel/medicatie, of angststoornis door een somatische aandoening kan dan deels of geheel van
360 toepassing zijn.

361 De gespecificeerde en de ongespecificeerde angststoornissen zijn restcategorieën waarbij
362 symptomen die kenmerkend zijn voor een angststoornis klinisch significante lijdensdruk of
363 beperkingen veroorzaken in het sociale of beroepsmatige functioneren of het functioneren op andere
364 belangrijke terreinen, maar niet volledig voldoen aan de criteria voor een van de stoornissen in de
365 categorie angststoornissen. Angst in de palliatieve fase kan binnen deze twee categorieën vallen. Het
366 verschil tussen de gespecificeerde en de ongespecificeerde angststoornissen met een
367 aanpassingsstoornis met angst is niet goed te maken, maar gezien de evidente relatie met een
368 stressor en de bestaande richtlijn voor behandeling verdienen de diagnoses aanpassingsstoornis of
369 andere gespecificeerde of ongespecificeerde trauma-of stressorgerelateerde stoornis de voorkeur
370 wanneer er redenen zijn om angst bij een patiënt in de palliatieve fase in een DSM-5 categorie onder
371 te brengen.

372
373 In de literatuur wordt het onderscheid tussen angst in de palliatieve fase en angststoornissen meestal
374 niet gemaakt. De bij deze doelgroep gebruikte instrumenten zoals de Hospital Anxiety and Depression
375 Scale (HADS), het Utrecht Symptoom Dagboek (USD) en de Rotterdam Symptom Checklist meten de
376 mate van angst, maar niet de specifieke angststoornissen.

377
378 In de praktijk zal de ernst, het waarneembaar zijn van buitenproportionele angst, de 'rode vlag' zijn
379 voor behandelaren om aan een angststoornis te denken en nadere diagnostiek te verrichten.

380
381 Een specifieke groep patiënten wordt gevormd door patiënten die al voor de ziekte leden aan een
382 angststoornis. Bij deze patiënten was eerder in hun leven al sprake van angst die voldeed aan de
383 criteria van een angststoornis, waarvoor zij mogelijk ook al eerder behandeld zijn. Er is weinig bekend
384 over het beloop en/of ontstaan van een angststoornis bij patiënten in de palliatieve fase. Het lijkt erop
385 dat er veelal sprake is van reactivering van een bestaande stoornis [Kangas 2015]. Van belang is dat
386 een bestaande behandeling gecontinueerd wordt en/of geïntegreerd in het totale behandelplan in de
387 palliatieve fase. Voor deze groep verwijzen we naar de [zorgstandaard Angstklachten en](#)

388 [angststoornissen](#).

389

390 In het vervolg van deze richtlijn gebruiken we het begrip angst in de palliatieve fase zoals gedefinieerd
391 volgens de werkgroep. Angststoornissen komen in de richtlijn verder niet aan bod.

392

393 **Prevalentie**

394

395 De prevalentiecijfers voor angst in de palliatieve fase lopen zeer uiteen. De verklaring hiervoor is o.a.
396 dat angst wordt gemeten met verschillende meetinstrumenten en afkapwaarden en het al dan niet
397 includeren van angststoornissen. Daarnaast worden er verschillende concepten van angst gemeten
398 waardoor een precieze prevalentie niet valt te geven. Daarbij komt dat in de DSM-5 angststoornissen
399 op een andere manier zijn gedefinieerd dan in de DSM IV [American Psychiatric Association 2014 en
400 1994].

401

402 In een studie naar angst bij patiënten met een ongeneeslijke ziekte werd een prevalentie van 24%
403 gevonden [Antunes 2020]. Angst werd gevonden bij 22-65% van de patiënten met kanker in de
404 palliatieve fase [Delgado-Guay 2009, Salvo 2012, Kolva 2011]. In een systematische review naar
405 symptoomprevalentie bij patiënten met kanker in de palliatieve fase werd een percentage van 30%
406 gevonden [Teunissen 2007].

407

408 Angst bij patiënten met COPD werd vastgesteld bij 40-90% [Panagioti 2017, Hardin 2008], bij
409 patiënten met ALS bij 68% [Chen 2015] en bij patiënten met hartfalen bij 25% [Cully 2009].

410

411 In een meta-analyse van zes studies werd geen verschil gevonden tussen de prevalentie van
412 angststoornissen bij patiënten in de palliatieve fase (9,6%) ten opzichte van de prevalentie bij
413 oncologische patiënten in de niet-palliatieve setting (10,3%) [Mitchell 2011]. De prevalentie van
414 angststoornissen in de algemene bevolking bij volwassenen boven de 18 jaar in Nederland wordt
415 geschat op 10% [Zorgstandaard Angstklachten en angststoornissen 2017]. Dit lijkt erop te wijzen dat
416 angststoornissen in de palliatieve fase niet vaker voorkomen dan bij oncologische patiënten in de
417 niet-palliatieve setting en bij lichamelijk gezonde volwassenen.

418

419 Bij patiënten met dementie komt angst vaak voor. De literatuur beschrijft een prevalentie van 8% tot
420 71% van de populatie [Kwak 2017]. Het grote verschil in deze percentages hangt samen met de
421 verschillende vormen van dementie. Angst komt significant vaker voor bij patiënten met vasculaire
422 dementie en frontotemporale dementie dan bij patiënten met de ziekte van Alzheimer.

423

424 **Oorzakelijke en beïnvloedende factoren**

425

426 Inzicht in de onderliggende oorzaken en beïnvloedende factoren is essentieel om gerichte interventies
427 in te kunnen zetten om angst te verminderen.

428

429 **Oorzaken**

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

431

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

434

435 *Situationele angst*

436

437 Dit betreft angst veroorzaakt door situaties zoals een ongeneeslijke ziekte. Situationele angst is vaak
438 invoelbaar en begrijpelijk en wordt vaak als "normale angst" bestempeld. Ondanks dat deze angst
439 normaal en invoelbaar kan zijn, dient dit de zorgverlener er niet van te weerhouden hier aandacht aan
440 te besteden. Ook langdurige "normale angst" kan de kwaliteit van leven en sterven ernstig verstoren.
441 Situationele angst wordt vaak versterkt door onrealistische gedachten over de ziekte, behandeling en
442 wat er komen gaat. Denk bijvoorbeeld aan angst om te stikken wat maar zelden voorkomt, maar het
443 gevoel of de gedachte dat dat zou kunnen is zeer beangstigend. Het is goed om te realiseren dat de
naderende dood niet de meest frequente bron van angst betreft maar dat zorgen over komend lijden,

444 zoals pijn, benauwdheid, misselijkheid en zorgen over afhankelijkheid en verlies van waardigheid vaak
445 de onderliggende oorzaken van angst in de palliatieve fase zijn.

446 In de palliatieve fase kunnen patiënten bedreigingen ervaren die te maken hebben met existentiële
447 aspecten van het menselijk bestaan, zoals twijfels over de zin van het leven, schuld en spijt,
448 fundamentele eenzaamheid en het kwijtraken van de grip op 'wie je bent' [van Bruggen 2017]. Deze
449 bedreigingen kunnen gevoelens van (existentiële) angst veroorzaken. Deze angst is verweven met de
450 andere dimensies in de palliatieve fase, zoals terugtrekken uit sociale contacten. De reden hiertoe kan
451 zijn de schaamte voor lichamelijke achteruitgang, bijvoorbeeld bij riekende oncologische wonden of
452 ernstige vermagering bij het anorexie/cachexiesyndroom. Dit kan leiden tot het gevoel van verlies van
453 identiteit, bijvoorbeeld in de rol van partner, vader of moeder, omdat het niet meer lukt die rol zoals
454 voorheen te vervullen door vermoeidheid, benauwdheid of pijn en toenemende afhankelijkheid. Het
455 besef van de onvermijdelijkheid van de naderende dood terwijl alle dierbaren door zullen leven kan
456 leiden tot gevoelens van fundamentele eenzaamheid gepaard met angst.

457

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

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

- 461 • symptomen (m.n. pijn, dyspneu, vermoeidheid, slaapstoornissen, misselijkheid, hartkloppingen,
462 pijn op de borst, koorts), die niet onder controle zijn en die van invloed zijn op de angst;
- 463 • elektrolytstoornissen m.n. hypercalciëmie en hyponatriëmie;
- 464 • endocriene stoornissen, m.n. hyperthyreoïdie en hypercortisolisme;
- 465 • hersentumoren of hersenmetastasen;
- 466 • delier;
- 467 • onttrekkingsverschijnselen (nicotine, alcohol, drugs);
- 468 • afbouwen, staken of aanpassen van medicatie:
 - 469 ○ corticosteroiden;
 - 470 ○ opioïden;
 - 471 ○ bronchodilatoren (theofylline, bèta-adrenerge agonisten (fenoterol, salbutamol, terbutaline));
 - 472 ○ stimulantia/antidepressiva (methylfenidaat, MAO-remmers, SSRI's);
 - 473 ○ benzodiazepinen (paradoxe reactie);
 - 474 ○ bètablokkers;
 - 475 ○ androgenen;
 - 476 ○ anti-Parkinsonmiddelen: methyldopa, levodopa en dopamineantagonisten: angst als gevolg
477 van hallucinaties en/of akathisie (= bewegingsonrust). Ook de wearing-off (voelen dat de
478 verbeteringen niet blijven aanhouden totdat de volgende dosis medicatie begint te werken)
479 kan leiden tot angst.
 - 480 ○ middelen met extrapiramidale bijwerkingen (akathisie): metoclopramide, alizapride,
481 haloperidol, prochlorperazine en levomepromazine.

482

483 *Angststoornissen*

484 Angststoornissen komen in de palliatieve fase veel minder voor dan angst als symptoom. Er bevindt
485 zich echter een grijs gebied tussen angst en een angststoornis volgens de DSM-5 criteria (zie
486 [Prevalentie](#)). Angststoornissen zijn veelal ontstaan voordat de diagnose van een ongeneeslijke ziekte
487 is gesteld [Stiefel 1994]. Deze kunnen wel gereactiveerd worden door die ongeneeslijke ziekte, de
488 behandeling en door aspecten van medische zorg zoals prikken en kleine ruimtes [Kangas 2005].

489

490 **Beïnvloedende factoren**

491 De volgende factoren kunnen angst in de palliatieve fase beïnvloeden:

- 492 • Posttraumatische stressstoornis in de voorgeschiedenis, vermijdende coping strategie, sociale
493 isolatie en dissociatieve symptomen kunnen angst versterken.
- 494 • De literatuur is niet eenduidig over leeftijd, geslacht en sociale steun als risicofactoren voor het
495 optreden van angst. Toch lijkt het merendeel van de studies te ondersteunen dat vrouwen vaker
496 angstig zijn dan mannen en jongere patiënten vaker angstig zijn dan ouderen [Salvo 2012;
497 Hoffman 2017; Kim 2017; Mistakidou 2005]. Patiënten met gebrekkige sociale steun en patiënten
498 met kinderen die van hen afhankelijk zijn lijken vaker angstig te zijn [Kolva 2011].
- 499 • Symptoomlast is eveneens een belangrijke bijdragende factor voor het ervaren van angst.

500 Ondanks dat de verschillende studies niet allemaal tot dezelfde conclusie komen, is er enig bewijs
501 dat pijn, somberheid, vermoeidheid, benauwdheid, misselijkheid, sufheid en slaapproblemen het
502 risico op angst significant vergroten [Brekel 2020, Salvo 2012, Kolva 2011, Kim 2017; Hofman
503 2017; Teunissen 2007; Mercadante 2017; Delgado Guay 2011; Yennurajalingam 2008; Zweers
504 2018; Mystakidou 2005; Rowbottom 2017; Rhondali 2012; Gilbertsen-White 2011]. Vaak is er
505 sprake van een wederkerige beïnvloeding zoals bij angst en benauwdheid. Benauwdheid geeft
506 angst, maar kan ook optreden als uiting van angst. Inzicht in de totale symptoomlast in relatie tot
507 angst is dus essentieel voor de juiste behandeling.

508 Angst lijkt vaker voor te komen in de fase van symptoomgerichte palliatie dan in de ziektegerichte
509 en de terminale fase [Brekel 2020].

- 510 • Angst komt vaak voor bij patiënten met dementie. Dit beïnvloedt hun kwaliteit van leven in
511 negatieve zin, zelfs na correctie voor depressie. Angst in de context van dementie kan zich anders
512 uiten. Daardoor is het niet eenvoudig om angst betrouwbaar te identificeren en te kwantificeren.
513 Bovendien kan het differentiëren tussen angst en depressie en/of dementie ook lastig zijn. Angst
514 komt vaker voor bij patiënten met vasculaire, frontotemporale en Parkinson-dementie dan bij de
515 ziekte van Alzheimer. Hoe sterker patiënten met dementie besef hebben van hun ziekte, hoe
516 groter hun kans op angstklachten. Zie verder richtlijn probleemgedrag bij mensen met dementie,
517 [module Behandeling van angstig gedrag bij mensen met dementie](#)

518

519 Referenties

- 520 1. American Psychiatric Association (APA) (1994). Handboek voor de classificatie van psychische
521 stoornissen (DSM IV). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental
522 Disorders. Fourth Edition. Amsterdam: Boom
- 523 2. American Psychiatric Association. 2014. Handboek voor de classificatie van psychische
524 stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental
525 Disorders. Fifth Edition. Amsterdam: Boom
- 526 3. Antunes B, Rodrigues PP, Higginson IJ, Ferreira PL. Determining the prevalence of palliative
527 needs and exploring screening accuracy of depression and anxiety items of the integrated
528 palliative care outcome scale - a multi-centre study. BMC Palliat Care. 2020 May 14;19(1):69.
- 529 4. van den Brekel L, van der Baan FH, Zweers D, Koldenhof JJ, Vos JBH, de Graeff A, Witteveen
530 PO, Teunissen SCCM. Predicting Anxiety in Hospitalized Cancer Patients. J Pain Symptom
531 Manage. 2020 Sep;60(3):522-530.e1.
- 532 5. Brintzenhofe-Szoc KM, Levin TT, Li Y, D.W. Kissane, Zabora JR. Mixed anxiety/depression
533 symptoms in a large cancer cohort: prevalence by cancer type. Psychosomatics, 50 (2009), pp.
534 383-391
- 535 6. Brown LF, Kroenke K, Theobald DE, Wu J, Tu W. The association of depression and anxiety with
536 health-related quality of life in cancer patients with depression and/or pain. Psychooncology. 2010
537 Jul;19(7):734-41.
- 538 7. van Bruggen V, Ten Klooster P, Westerhof G, Vos J, de Kleine E, Bohlmeijer E, Glas G. The
539 Existential Concerns Questionnaire (ECQ)-Development and Initial Validation of a New Existential
540 Anxiety Scale in a Nonclinical and Clinical Sample. J Clin Psychol. 2017 Dec;73(12):1692-1703.
- 541 8. Bužgová R, Jarošová D, Hajnová E. Assessing anxiety and depression with respect to the quality
542 of life in cancer inpatients receiving palliative care. Eur J Oncol Nurs. 2015 Dec;19(6):667-72.
- 543 9. Chen D, Guo X, Zheng Z, Wei Q, Song W, Cao B, Huang R, Yang R, Shang H. Depression and
544 anxiety in amyotrophic lateral sclerosis: correlations between the distress of patients and
545 caregivers. Muscle Nerve. 2015 Mar;51(3):353-7.
- 546 10. Cully JA, Jimenez DE, Ledoux TA, Deswal A. Recognition and treatment of depression and
547 anxiety symptoms in heart failure. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2009;11(3):103-9.
- 548 11. Delgado-Guay M, Yennurajalingam S, Parsons HA, Palmer JL, Bruera E. Association between
549 self-reported sleep disturbance and other symptoms in patients with advanced cancer. J Pain
550 Symptom Manage, 41 (2011), pp. 819-827
- 551 12. Delgado-Guay M, Parsons HA, Li Z, Palmer JL, Bruera E. Symptom distress in advanced cancer
552 patients with anxiety and depression in the palliative care setting. Support Care Cancer. 2009
553 May;17(5):573-9.
- 554 13. Fallowfield L, Ratcliffe D, Jenkins V, Saul J. Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in
555 patients with cancer. Br J Cancer, 84 (2001), pp. 1011-1015

- 556 14. Gilbertson-White S, Aouizerat BE, Jahan T, Miaskowski C. A review of the literature on multiple
557 symptoms, their predictors, and associated outcomes in patients with advanced cancer. *Palliat*
558 *Support Care*, 9 (2011), pp. 81-102
- 559 15. Hardin KA, Meyers F, Louie S. Integrating palliative care in severe chronic obstructive lung
560 disease. *COPD*. 2008 Aug;5(4):207-20.
- 561 16. Hofmann S, Hess S, Klein C, et al. Patients in palliative care—development of a predictive model
562 for anxiety using routine data *PLoS One*, 12 (2017), p. e0179415
- 563 17. IKNL/Palliactief. Kwaliteitskader Palliatieve Zorg NL. 2017.
- 564 18. Kangas M, Henry JL, Bryant RA. The course of psychological disorders in the 1st year after
565 cancer diagnosis. *J Consult Clin Psychol*. 2005 Aug;73(4):763-8.
- 566 19. Kim GM, Kim SJ, Song SK, et al. Prevalence and prognostic implications of psychological distress
567 in patients with gastric cancer. *BMC Cancer*, 17 (2017), p. 283
- 568 20. Kwak YT, Yang Y, Koo MS. Anxiety in Dementia. *Dement Neurocogn Disord*. 2017 Jun; 16(2):
569 33–39. doi: 10.12779/dnd.2017.16.2.33. PMID: PMC6427954
- 570 21. Kolva E, Rosenfeld B, Pessin H, Breitbart W, Brescia R. Anxiety in terminally ill cancer patients. *J*
571 *Pain Symptom Manage*. 2011 Nov;42(5):691-701.
- 572 22. Lammens C. iknl.nl/kanker-en-leven/zorgaanbod/pilot-aanpassingsstoornis
- 573 23. Mercadante S, Adile C, Ferrera P, et al. Sleep disturbances in advanced cancer patients admitted
574 to a supportive/palliative care unit. *Support Care Cancer*, 25 (2017), pp. 1301-1306
- 575 24. Miovic M, Block S. Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer*. 2007 Oct 15;110(8):1665-
576 76.
- 577 25. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, Meader N. Prevalence of
578 depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care
579 settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol*. 2011 Feb;12(2):160-74.
- 580 26. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, et al. Assessment of anxiety and depression in advanced
581 cancer patients and their relationship with quality of life. *Qual Life Res*, 14 (2005), pp. 1825-1833
- 582 27. Traeger L, Greer JA, Fernandez-Robles C, Temel JS, Pirl WF. Evidence-based treatment of
583 anxiety in patients with cancer. *J Clin Oncol*. 2012 Apr 10;30(11):1197-205.
- 584 28. Trimbos 2016. Richtlijn Aanpassingsstoornis bij patiënten met kanker. www.Trimbos.nl
- 585 29. Wilson KG, Chochinov HM, Graham Skirko M, et al. Depression and anxiety disorders in palliative
586 cancer care. *J Pain Symptom Manage*, 33 (2007), pp. 118-129
- 587 30. Yennurajalingam S, Palmer JL, Zhang T, Poulter V, Bruera E. Association between fatigue and
588 other cancer-related symptoms in patients with advanced cancer *Support Care Cancer*, 16 (2008),
589 pp. 1125-1130
- 590 31. Zorgstandaard Angstklachten en angststoornissen. 2017.
591 <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/angstklachten-en-angststoornissen>
- 592 32. Zweers D, de Graaf E, de Graeff A, Stellato RK, Witteveen PO, Teunissen SCCM. The predictive
593 value of symptoms for anxiety in hospice inpatients with advanced cancer. *Palliat Support Care*.
594 2018 Oct;16(5):602-607.
- 595 33. Zweers D, de Graeff A, Duijn J, de Graaf E, Witteveen PO, Teunissen SCCM. Patients' Needs
596 Regarding Anxiety Management in Palliative Cancer Care: A Qualitative Study in a Hospice
597 Setting. *Am J Hosp Palliat Care*. 2019 Nov;36(11):947-954.
- 598 34. Zweers D, de Graaf E, de Graeff A, et al. The predictive value of symptoms for anxiety in hospice
599 inpatients with advanced cancer. *Palliat Support Care*, 16 (2018), pp. 602-60.

600 1. Communicatie

601 602 **Uitgangsvraag**

603 Wat zijn voorwaarden voor goede communicatie met patiënten met depressie of angst in de palliatieve
604 fase en met hun naasten en/of mantelzorgers?

605
606 NB Dit is een gecombineerde uitgangsvraag van zowel de richtlijn depressie als de richtlijn angst.
607 Daarom wordt gerapporteerd over zowel depressie als angst.

608
609 Methode: consensus-based

610 611 **Aanbevelingen**

- 612 • Gebruik patiëntgerichte communicatie ter preventie en/of vermindering van angst en depressie,
613 door aandacht te besteden aan wie de patiënt is en wat deze ervaart op het gebied van
614 lichamelijke klachten, gevoelens, emoties, normen en verwachtingen, zorgen en behoeften.
- 615 • Pas de communicatiestijl aan de patiënt aan en maak daarbij zoveel mogelijk gebruik van een
616 empathische, exploratieve communicatiestijl, met erkennende en steunende bewoordingen,
617 waarbij interesse getoond wordt, vragen worden gesteld, geluisterd wordt naar wat de patiënt op
618 dat moment wil vertellen en stukjes hiervan worden herhaald.
- 619 • Overweeg een directief-empathische stijl waarin meer structuur en advies wordt gegeven, als de
620 patiënt erg angstig, depressief of wanhopig is en als er behandelkeuzen gemaakt moeten worden.
- 621 • Let op de non-verbale signalen van de patiënt en de naasten en/of mantelzorgers en op de eigen
622 non-verbale communicatie. Laat regelmatig stiltes vallen in een gesprek, bijvoorbeeld bij het
623 bespreken van emotionele onderwerpen.
- 624 • Geef eerlijke informatie over het ziektebeeld, waarbij de informatie is afgestemd op wat de patiënt
625 op dat moment wil en kan horen en waarbij ruimte geboden wordt voor vragen over het
626 toekomstperspectief, maar gerespecteerd wordt als deze niet gesteld worden.
- 627 • Overweeg het gebruik van een gespreksmodel zoals de AAA checklist of het BELIEF model als
628 handvat voor patiëntgerichte communicatie. Raadpleeg ook [https://carend.nl/artikel/de-noodzaak-
629 van-goede-communicatie-de-palliatieve-fase](https://carend.nl/artikel/de-noodzaak-van-goede-communicatie-de-palliatieve-fase).
- 630 • Betrek de naasten en/of mantelzorgers bij zorgplanning en uitvoering van de zorg. Zorg er daarbij
631 voor dat ze ondersteund worden in hun lichamelijke, emotionele en informatiebehoeften. Voor
632 handvatten kijk op [Mantelzorgondersteuning in de palliatieve fase \(Palliaweb.nl\)](https://palliaweb.nl).
- 633 • Gebruik begrijpelijke taal en maak waar mogelijk gebruik van interculturele consulenten, geestelijk
634 verzorgers en professionele tolken, om te ondersteunen bij gesprekken waarbij een verschil in
635 taal, cultuur en bijbehorende normen en verwachtingen wordt ervaren.

636 637 **Inleiding**

638 Communicatie met patiënten in de palliatieve fase is een relationeel proces in twee richtingen, dat
639 beïnvloed wordt door de context, cultuur, woorden en gebaren. Het is één van de belangrijkste
640 manieren waarop zorgverleners de kwaliteit van de zorg beïnvloeden die patiënten en hun families
641 ontvangen [Ragan 2015, Kirk 2015, Dean 2015]. Goede communicatie is een onmisbaar onderdeel
642 van de palliatieve zorg. Hoewel er vrijwel geen onderzoek beschikbaar is over de invloed van
643 communicatie op depressie en angst, is het aannemelijk dat goede communicatie de kwaliteit van
644 leven van de patiënt met angst en/of depressie en hun naasten in deze fase verbetert [Dean 2015].
645 De palliatieve fase kenmerkt zich door het samengaan van lichamelijke klachten, gevoelens, emoties,
646 verwachtingen, zorgen en behoeften. Als zorgverlener is het belangrijk hier in de communicatie met
647 de patiënt aandacht voor te hebben, zodat alle aspecten aan bod komen.

648
649 De naasten van de patiënt spelen een belangrijke rol in de palliatieve fase. Ze worden vaak betrokken
650 als informele zorgverlener en kunnen een belangrijke bron van informatie zijn over de toestand van de
651 patiënt, in het bijzonder om te bepalen of er sprake is van angst of depressie bij de patiënt. De zorg
652 voor een patiënt in de palliatieve fase kan belastend zijn zeker als er ook sprake is van psychische
653 klachten. Naasten hebben zelf ook een verhoogd risico op het ontwikkelen van klachten van angst en
654 depressie. Aandacht voor de naasten en hen op een goede manier betrekken in de communicatie is
655 dus zeker in de palliatieve fase essentieel.

656 In de wetenschappelijke literatuur wordt vaak de term 'informal caregiver', oftewel mantelzorger
657 gebruikt voor naasten. Dit kunnen partners, kinderen, andere familieleden, buren en/of vrienden zijn.
658

659 Een ander aspect om rekening mee te houden in de communicatie met patiënten met angst en
660 depressie in de palliatieve fase is de culturele achtergrond van de patiënten. Deze heeft invloed op de
661 manier waarop zij hun ziekte en behandelingsmogelijkheden begrijpen, hoe ze uitdrukking geven aan
662 angst en depressie, en hoe ze hiermee omgaan. Als er geen rekening gehouden wordt met de
663 culturele achtergrond van patiënten en hun naasten, bestaat de kans dat zij niet de juiste zorg
664 ontvangen. Daarnaast hebben mensen met een migratieachtergrond een hoger risico op angst en
665 depressie, doordat ze bijvoorbeeld ervaren nergens echt thuis te horen (de zogenaamde, 'condición
666 migrante'), discriminatie en uitsluiting ervaren, of wantrouwen ervaren door (transgenerationale)
667 conflicten tussen bevolkingsgroepen [van Els 2015]. Cultuur speelt ook een belangrijke rol in de mate
668 waarin en de manier waarop naasten en/of mantelzorgers betrokken willen worden in de zorg. Dit
669 heeft invloed op hoe er met hen en door hen gecommuniceerd wordt [GGZ standaarden 2020,
670 Mistiaen 2011, Palos 2015]. Het is daarom belangrijk om rekening te houden met cultuur in de
671 dagelijkse omgang met patiënten en hun naasten en/of mantelzorgers. Ook bij het diagnostische
672 proces en het bespreken van de behandelkeuze en behandeling speelt de culturele context een
673 belangrijke rol.

674 **Literatuurbespreking**

675 Voor deze uitgangsvraag is geen systematisch literatuuronderzoek verricht.
676

677 **Overwegingen**

678 *Patiëntgerichte communicatie in de palliatieve zorg*

680 Uit de literatuur over communicatie in de palliatieve zorg wordt duidelijk dat communicatie niet alleen
681 een manier is om informatie over te brengen. Goede communicatie zorgt ervoor dat een patiënt zich
682 gezien en gehoord voelt. Deze manier van communiceren wordt patiëntgerichte communicatie
683 genoemd, omdat de patiënt centraal staat. Door in hun communicatie te laten zien dat zij aandacht
684 hebben voor wie de patiënt is – wat diens unieke gevoelens, zorgen en verwachtingen zijn en wat
685 diens psychosociale context is – kunnen zorgverleners eraan bijdragen dat de patiënt meer vrijheid
686 voelt om gevoelens en klachten te delen [Kirk 2015]. De werkgroep acht het aannemelijk dat dit een
687 preventieve werking kan hebben op angst en depressieve klachten, omdat emoties en onzekerheden
688 zo eerder geadresseerd kunnen worden. Patiënt en zorgverlener kunnen tot een gezamenlijk begrip
689 van problemen en de behandeling ervan komen. Patiënten kunnen dan meer betrokken worden bij de
690 keuzes die te maken hebben met hun gezondheid en dit draagt bij aan kwaliteit van leven in de
691 palliatieve fase [Dean 2015].

692 Uit een studie onder 215 patiënten met een depressieve stoornis van 18 huisartsen bleek dat een
693 accurate huisartsdiagnose en adequate behandeling met een antidepressivum waren geassocieerd
694 met betere patiëntuitkomsten, echter alleen wanneer deze behandeling werd gegeven door een
695 communicatief vaardige huisarts [Ormel 2005, Van Os 2005].
696

697 Patiëntgerichte communicatie krijgt vorm door interesse te tonen, vragen te stellen en te luisteren naar
698 wat de patiënt op dat moment wil vertellen. Dit geeft de zorgverlener inzicht in verschillende aspecten
699 van het leven die voor deze persoon belangrijk zijn en wie ze zijn als persoon. Door iemands doelen
700 en dromen in kaart te brengen, is het voor de zorgverlener ook makkelijker om aan te sluiten bij wat
701 de patiënt nodig heeft [Kirk 2007, Omilion-Hodges 2016, Visser 2018].
702

703 Patiëntgericht communiceren is exploratief en empathisch. Mede afhankelijk van de aard van de
704 problematiek, zijn patiënten in gesprek met de zorgverlener over de opties en gezichtspunten vaak
705 zelf in staat om oplossingen te vinden die goed bij hen passen [Kirk 2015, Omilion-Hodges 2016].
706 Daarbij wordt de autonomie van de patiënt gerespecteerd en gestimuleerd [Dahlin 2013]. Indien het
707 passend is om adviezen te geven, kan dit in dezelfde empathische explorerende communicatiestijl,
708 waarbij de zorgverlener zonder oordeel ruimte laat aan de patiënt om de adviezen al dan niet op te
709 volgen. Als dat beter aansluit bij de behoeften van de patiënt, kan een meer directieve stijl gehanteerd
710 worden, waarin meer structuur en advies worden gegeven. Een empathische grondhouding in
711

712 combinatie met een directieve stijl kan een gevoel van veiligheid bieden en het vertrouwen in de
713 zorgverlener versterken, vooral wanneer de patiënt erg angstig, depressief of wanhopig is.

714
715 Kenmerken van patiëntgerichte communicatie zijn erkenning, het gebruik van gevoelsreflecties, het
716 laten vallen van stiltes en aandacht voor non-verbale communicatie [Visser 2018]. In een
717 interviewstudie onder 16 kankerpatiënten en 13 oncologen naar voorkeuren voor verschillende
718 (gefilmde) communicatiestijlen in reactie op emoties gaven de meeste respondenten de voorkeur aan
719 emotie-georiënteerde reacties, zowel verbaal als non-verbaal en door stilte. Deze manier van
720 communiceren werd ervaren als empathisch en steunend [Visser 2018].

721
722 Non-verbale communicatie kan bepalender zijn voor wat iemand meeneemt uit een gesprek dan de
723 inhoud van de communicatie [Ragan 2015, Kirk 2015]. Dat lijkt zelfs nog belangrijker te zijn bij cultuur-
724 sensitieve communicatie, wanneer mensen de taal niet (helemaal) machtig zijn [Cain 2018, GGZ
725 standaarden 2020]. Bij non-verbale communicatie kan gedacht worden aan zitten in plaats van staan,
726 gezichtsuitdrukking, oogcontact, de toon van de stem, fysieke nabijheid, gebaren en aanraking [Ragan
727 2015]. Een voorbeeld van non-verbale communicatie door zorgverleners die van belang blijkt, is het
728 uitstralen van betrokkenheid en expertise, en het nemen van verantwoordelijkheid [Engel 2021].
729 Stiltes geven de ruimte om de boodschap te verwerken en kunnen op zichzelf een teken van
730 empathie, medeleven en respect vormen.

731
732 De meeste patiënten stellen prijs op eerlijke informatie over hun ziektebeeld. Dit draagt bij aan hun
733 vertrouwen in de zorgverlener en gevoel van regie, maar kan soms ook angst, depressie en
734 existentiële vragen oproepen.

735 Een review van 18 studies naar de invloed van het geven van prognostische informatie over kanker,
736 laat wisselende invloeden (zowel positieve als negatieve en geen) zien van expliciete communicatie
737 over de prognose op angst- en depressieve klachten [van der Velden 2020].

738 Bij het geven van informatie moet daarom ook ruimte geboden worden voor het al dan niet bespreken
739 van een toekomstperspectief en de informatie moet afgestemd worden op wat de patiënt op dat
740 moment wil en kan horen. Eerlijke en duidelijke communicatie kan ook bijdragen aan de ervaring van
741 (realistische) hoop, omdat patiënten en naasten de situatie beter begrijpen. Het vasthouden aan hoop
742 blijkt een belangrijke behoeften van patiënten en naasten [Engel 2021].

743 744 *Gespreksmodellen*

745 Het gebruik van een gespreksmodel kan de zorgverlener handvatten geven voor patiëntgerichte
746 communicatie in de palliatieve fase. Zulke modellen maken vaak gebruik van acroniemen die als
747 ezelsbruggetje gebruikt kunnen worden om aandacht te besteden aan wie de patiënt is en wat deze
748 ervaart op het gebied van lichamelijke klachten, gevoelens, emoties, normen en verwachtingen,
749 zorgen en behoeften. Een review van negen Engelstalige communicatie-interventies of –methoden in
750 de palliatieve fase, toonde aan dat het gebruik van gespreksmodellen in het algemeen leidt tot meer
751 tevredenheid bij patiënten en/of naasten over de communicatie met zorgverleners, echter zonder
752 significante verbeteringen op symptoomlast of kwaliteit van leven [Engel 2021].

753
754 Er zijn weinig gespreksmodellen voor communicatie in de palliatieve zorg ontwikkeld in het Nederlands
755 of naar het Nederlands vertaald. We lichten twee Nederlandstalige modellen uit, die volgens de
756 werkgroep behulpzaam kunnen zijn: De AAA checklist en het BELIEF model. Westendorp et al. [2022]
757 geven ook diverse voorbeelden van niet-behulpzame en behulpzame reacties volgens
758 kankerpatiënten (n = 74) en experts, die in lijn zijn met de adviezen in deze richtlijn. Voor adviezen
759 over communicatie in de palliatieve fase wordt ook verwezen naar [https://carend.nl/artikel/de-
760 noodzaak-van-goede-communicatie-de-palliatieve-fase](https://carend.nl/artikel/de-noodzaak-van-goede-communicatie-de-palliatieve-fase).

761
762 De AAA-checklist is ontwikkeld in de huisartsensetting. AAA staat voor Aanwezig zijn in het gesprek
763 met een patiënt in de palliatieve fase, proactief Actuele onderwerpen aan de orde kunnen stellen, en
764 Anticiperen op diverse scenario's [Slort 2011, Slort 2019]. Een uitgebreide toelichting op het model en
765 de checklist zijn te vinden op [PaTz.nu](https://www.patzen.nl).

766

767 Een ander gespreksmodel voor patiëntgerichte communicatie in de palliatieve zorg, is het BELIEF
768 model [Dobbie 2003]. Dit model helpt om het patiëntperspectief te bevragen, door te vragen naar:
769 • overtuigingen over gezondheid (Beliefs; Wat is de oorzaak van uw ziekte/probleem?);
770 • verklaringen (Explanation: Waarom gebeurde dit op dit moment?);
771 • leren (Learn: Help me om uw overtuiging/mening te begrijpen);
772 • invloed (Impact: Welke invloed heeft de ziekte/het probleem op uw leven?);
773 • empathie (Empathy: Dit is vast heel moeilijk voor u);
774 • gevoelens (Feelings: Hoe voelt u zich hierbij?).

775 776 *Naasten en mantelzorgers*

777 Het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland [IKNL/Palliactief 2017] geeft aan dat palliatieve zorg
778 zich ook uitstrekt tot de naasten en/of mantelzorgers. Een actieve rol van naasten en mantelzorgers in
779 het ziekteproces van de patiënt leidt tot betere klinische uitkomsten bij patiënt en naasten [Wieczorek
780 2018].

781 Goede palliatieve zorg ondersteunt mantelzorgers door [Alam 2020, Engel 2021]:

- 782 • het navragen van hun situatie;
- 783 • het geven van aandacht en erkenning voor de belasting;
- 784 • het meenemen van hun visie en behoeften in het zorgplan;
- 785 • het verwijzen voor passende zorg en begeleiding;
- 786 • het geven van advies over de praktische aspecten van mantelzorg;
- 787 • het geven van eerlijke informatie over het ziekteverloop van de patiënt en de 'uitdagingen' die dit
788 met zich mee zal brengen.

789 Om mantelzorgers goed te kunnen betrekken bij de zorg hebben ze ook ondersteuning nodig bij de
790 communicatie met artsen en verpleegkundigen [Alam 2020]. Mantelzorgers moeten hun vragen
791 mogen stellen en advies krijgen over wat goede vragen zijn om te stellen. Ze moeten ook wegwijs
792 gemaakt worden in de verschillende aspecten van de gezondheidszorg (health literacy). Daarbij wordt
793 duidelijke, eenvoudige taal gebruikt. Het actief betrekken van mantelzorgers bij de communicatie over
794 de zorg leidt vermoedelijk tot verbeterde kwaliteit van leven en minder angst bij de mantelzorgers. Op
795 [Mantelzorgondersteuning in de palliatieve fase](#) (palliaweb.nl) zijn hiervoor diverse handvatten te
796 vinden.

797
798 Niet alleen de patiënt, maar ook diens naaste ervaart vaker angst en depressie dan mensen die niet
799 geconfronteerd worden met een ziekte in de palliatieve fase. Affectieve klachten bij de patiënt vormen
800 een extra belasting voor de naasten en affectieve klachten bij de naasten verminderen hun veerkracht
801 om mantelzorg te geven. Het herkennen, valideren en zo nodig behandelen van klachten van angst en
802 depressie bij naasten zijn dus van belang zowel voor het welzijn van de naasten als voor de patiënt
803 [Jacobs 2017].

804
805 Hierin is ook de communicatie tussen partners van belang. In een review van 28 studies naar de
806 coping van stellen die te maken hadden met kanker, vonden Chen et al. [2021] dat patiënten meer
807 onthullen dan partners over hoe ze de situatie ervaren. De geïncludeerde studies leken erop te wijzen
808 dat het voor succesvolle coping belangrijk is hoe er op dergelijke zelfonthulling gereageerd wordt. Als
809 één van de partners of beiden zich terugtrekken, kan dit de distress van beiden vergroten. Met name
810 negatieve coping bij stellen was geassocieerd met minder tevredenheid met de relatie en een
811 toename in depressieve symptomen bij beide partners. Bij negatieve coping is er ambivalente steun,
812 de ervaring van een gebrek aan betrokkenheid, vijandige communicatie en het verbergen van zorgen,
813 ontmoedigende informatie en overgave aan de ander. Gezamenlijke constructieve communicatie,
814 waarin er uitgewisseld wordt over emoties, beide partners tastbare steun bieden en ze positiviteit en
815 hoop aan elkaar overbrengen, kan zowel volgens beschrijvende studies als interventiestudies in de
816 review helpen om de relatie te versterken en de kwaliteit van leven van beiden te vergroten [Chen
817 2021]. Het is dus niet zonder meer aan te raden om stellen aan te moedigen hun emoties ongefilterd
818 naar elkaar te uiten. De ander moet in staat zijn om hier op een constructieve manier op te reageren.

819 820 *Cultuursensitieve communicatie*

821 Patiëntgerichte communicatie is een goede manier om cultuursensitief te communiceren [Suurmond
822 2021]. Door in de communicatie nieuwsgierig te zijn naar de beleving van en aan te sluiten bij de

823 patiënt kan stereotypering voorkomen worden. Iedere persoon is namelijk onderdeel van verschillende
824 culturen op basis van nationaliteit, regio, etniciteit, sociaaleconomische status, genderidentiteit, religie,
825 etc. [Cain 2018, GGZ standaarden 2020]. Daarnaast nemen mensen delen van andere culturen over
826 als ze daar lange tijd mee in aanraking komen (zogenaamde acculturatie). Het wordt in recente
827 literatuur over cultuursensitieve communicatie dan ook afgeraden om algemene aanbevelingen over
828 communicatie te doen op basis van bijv. nationaliteit of etniciteit. Er bestaan wel adviezen voor
829 communicatie met specifieke etnische groepen in Nederland, in het bijzonder de *Handreiking*
830 *Palliatieve zorg aan mensen met een niet-westerse achtergrond* [Mistiaen 2011, www.pallialine.nl], in
831 de [Pharos kennisbank](#), alsook in de module over culturele diversiteit van de [richtlijn Rouw](#)
832 (www.Pallialine.nl). De werkgroep raadt echter aan dergelijke adviezen alleen te gebruiken om
833 mogelijke knelpunten in de communicatie vroegtijdig te onderkennen. Het blijft altijd belangrijk om bij
834 de patiënt na te gaan of een advies ook op diens situatie van toepassing is. In de praktijk blijkt dat
835 zorgverleners vaak verlegenheid voelen over het voeren van gesprekken over diagnose en
836 behandeling met mensen met een andere culturele achtergrond dan zichzelf. Veel instellingen hebben
837 interculturele consulenten of geestelijk verzorgers in dienst die hierbij kunnen helpen door advies te
838 geven of samen in gesprek te gaan met de patiënt.

839
840 In communicatie over zorg is het in het bijzonder van belang om de culturele normen hieromtrent te
841 verkennen. Zowel binnen als tussen culturen kunnen er bijvoorbeeld veel verschillen zijn in wie als
842 mantelzorger optreedt (enkel de partner of kinderen, vooral familieleden of ook burens en vrienden).
843 Het is daarom belangrijk om bij de patiënt en andere betrokkenen te vragen wie op welke manier bij
844 de zorg betrokken moet en kan worden. Als het gebruikelijk is binnen een cultuur dat de familie een
845 centrale rol speelt in de zorg, kan een stap naar professionele thuiszorg of verhuizing naar een
846 verpleeg- of verzorgingshuis een gevoel van falen oproepen en gepaard gaan met schaamte bij de
847 patiënt en/of naasten. Het is daarom belangrijk om bij de patiënt en naasten te verkennen wat de
848 normen rondom zorg zijn. Dit omvat ook normen en gebruiken rondom communicatie, eten,
849 persoonlijke hygiëne en rituelen, en de betrokkenheid van naasten. Bijvoorbeeld, in sommige culturen
850 is het gebruikelijk dat slecht nieuws niet direct aan de patiënt gecommuniceerd wordt. Naasten willen
851 deze boodschap dan overbrengen op een manier die passend is bij de cultuur. In de praktijk blijkt dit
852 soms een bron van conflict te zijn tussen naasten en zorgverleners. Zorgverleners kunnen dan door
853 sensitieve vragen te stellen over wederzijdse verwachtingen over communicatie bespreken wat er
854 mogelijk is binnen de geldende regels en richtlijnen. Terughoudend is geboden in het gebruiken van
855 naasten als (gebaren)tolk. Deze rol kan belastend zijn voor hen, met name voor kinderen, en de
856 vertaling die informele (gebaren)tolken bieden is niet altijd adequaat door het missen van nuances in
857 taal of de wil om de patiënt te beschermen. In plaats daarvan kan een professionele (gebaren)tolk
858 ingeschakeld worden [GGZ standaarden 2020, IKNL/Palliatief 2017, Mistiaen 2011, Palos 2015].

859

860 Referenties

- 861 1. Alam S, Hannon B, Zimmermann C. Palliative Care for Family Caregivers. *J Clin Oncol*. 2020 Mar
862 20;38(9):926-936. doi: 10.1200/JCO.19.00018. Epub 2020 Feb 5. PMID: 32023152.
- 863 2. Cain CL, Surbone A, Elk R, Kagawa-Singer M. Culture and Palliative Care: Preferences,
864 Communication, Meaning, and Mutual Decision Making. *J Pain Symptom Manage*. 2018
865 May;55(5):1408-1419. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.01.007. Epub 2018 Jan 31. PMID:
866 29366913.
- 867 3. Chen M, Gong J, Cao Q, Luo X, Li J, Li Q. A literature review of the relationship between dyadic
868 coping and dyadic outcomes in cancer couples. *Eur J Oncol Nurs*. 2021 Oct;54:102035. doi:
869 10.1016/j.ejon.2021.102035. Epub 2021 Sep 11. PMID: 34520996.
- 870 4. Dahlin C, ed. *The Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*. 3rd ed. Pittsburgh, PA:
871 National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2013.
- 872 5. Dean M, Street Jr RL. *Textbook of Palliative Care Communication*. New York: Oxford University
873 Press, Incorporated, 2015. Chapter 29, Patient-Centred Communication, p. 238-45.
- 874 6. Dobbie AE, Medrano M, Tysinger J, Olney C. The BELIEF Instrument: a preclinical teaching tool
875 to elicit patients' health beliefs. *Fam Med*. 2003 May;35(5):316-9. PMID: 12772930.
- 876 7. van Els H, Knipscheer J. Cognitieve gedragstherapie bij allochtonen: een cultuursensitieve
877 benadering. *Tijdschrift voor Gedragstherapie*, 2015 Mar, 48(1):2-29.

- 878 8. Engel M, Kars M. Kennissynthese Palliatieve Zorg 'Effectieve communicatie tussen zorgverleners,
879 patiënten en hun naasten' Eindverslag. 2021.
880 [https://publicaties.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Thema_Palliatieve_Zorg/Kennissynthe](https://publicaties.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Thema_Palliatieve_Zorg/Kennissynthese_Effectieve_communicatie_tussen_zorgverleners_patiënten_en_hun_naasten_2021.pdf)
881 [se_Effectieve_communicatie_tussen_zorgverleners_patiënten_en_hun_naasten_2021.pdf](https://publicaties.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Thema_Palliatieve_Zorg/Kennissynthese_Effectieve_communicatie_tussen_zorgverleners_patiënten_en_hun_naasten_2021.pdf)
882 9. GGZ standaarden. Generieke module Diversiteit. 2020. [https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-](https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/diversiteit)
883 [modules/diversiteit](https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/diversiteit).
884 10. IKNL/Palliactief. Kwaliteitskader Palliatieve Zorg NL. 2017.
885 <https://palliaweb.nl/zorgpraktijk/kwaliteitskader-palliatieve-zorg-nederland>
886 11. Jacobs JM, Shaffer KM, Nipp RD, Fishbein JN, MacDonald J, El-Jawahri A, Pirl WF, Jackson VA,
887 Park ER, Temel JS, Greer JA. Distress is Interdependent in Patients and Caregivers with Newly
888 Diagnosed Incurable Cancers. *Ann Behav Med*. 2017 Aug;51(4):519-531. doi: 10.1007/s12160-
889 017-9875-3. PMID: 28097515, PMCID: PMC5513787.
890 12. Kirk TW, Coyle N, Doolittle M. Textbook of Palliative Care Communication. New York: Oxford
891 University Press, Incorporated, 2015. Chapter 5, Communication Ethics, p. 27-34.
892 13. Mistiaen P, Francke AL, Graaff FM de, Muijsenbergh METC van de. Handreiking Palliatieve zorg
893 aan mensen met een niet-westerse achtergrond. Utrecht: NIVEL, 2011.
894 [https://www.pharos.nl/kennisbank/palliatieve-zorg-aan-mensen-met-een-niet-westerse-](https://www.pharos.nl/kennisbank/palliatieve-zorg-aan-mensen-met-een-niet-westerse-achtergrond/)
895 [achtergrond/](https://www.pharos.nl/kennisbank/palliatieve-zorg-aan-mensen-met-een-niet-westerse-achtergrond/)
896 14. Omilion-Hodges LM, Swords NM. Communication that heals: mindful communication practices
897 from palliative care leaders. *Health Commun*. 2016;31(3):328-35. doi:
898 10.1080/10410236.2014.953739. Epub 2015 Sep 11. PMID: 26360619.
899 15. Ormel J, Os TWP van, Brink HRS van den, Meer K van der. Behandeling van depressie in de
900 huisartsenpraktijk. *Huisarts en Wetenschap*, 2005, 48(3): 833-840. DOI 10.1007/BF0308449213
901 16. Van Os, van den Brink HRS, Ormel J. Behandeling van depressie in de huisartsenpraktijk. De
902 dokter als medicijn. *Huisarts en Wetenschap*, 2005, 48(3): 95-101.
903 17. Palos GR. Cultural Considerations in Palliative Care and Serious Illness. In: Textbook of Palliative
904 Care Communication. New York: Oxford University Press, Incorporated, 2015. Chapter 19, , p.
905 153-60.
906 18. Ragan SL. Overview of Communication. In: Textbook of Palliative Care Communication. New
907 York: Oxford University Press, Incorporated, 2015, Chapter 1, , p. 1-9.
908 19. Slort, W., Pype, P., Deveugele, M. Communiceren met palliatieve patiënten. *Huisarts &*
909 *wetenschap* 2011, 54:614–617. Doi: 10.1007/s12445-011-0297-3
910 20. Slort W, Wapenaar J. Met het einde in zicht- Communiceren in de palliatieve zorg. Amsterdam:
911 LannooCampus, 2019.
912 21. Suurmond J, Lanting K, Voogd X de, Oueslati R, Boland G, Muijsenbergh M van den. Twelve tips
913 to teach culturally sensitive palliative care, *Medical Teacher*, 2021, 43(7):845-850. DOI:
914 10.1080/0142159X.2020.1832650
915 22. Velden NCA van der, Meijers MC, Han PKJ, van Laarhoven HWM, Smets EMA, Henselmans I.
916 The Effect of Prognostic Communication on Patient Outcomes in Palliative Cancer Care: a
917 Systematic Review. *Curr Treat Options Oncol*. 2020 Apr 23;21(5):40. doi: 10.1007/s11864-020-
918 00742-y. PMID: 32328821, PMCID: PMC7181418.
919 23. Visser LNC, Schepers S, Tollenaar MS, de Haes HCJM, Smets EMA. Patients' and oncologists'
920 views on how oncologists may best address patients' emotions during consultations: An interview
921 study. *Patient Educ Couns*. 2018 Jul;101(7):1223-1231. doi: 10.1016/j.pec.2018.02.012. Epub
922 2018 Feb 21. PMID: 29534845.
923 24. Westendorp J, Evers AWM, Stouthard JML, Budding J, van der Wall E, Plum NMF, Velting M,
924 Francke AL, van Dulmen S, Olde Hartman TC, Van Vliet LM. Mind your words: Oncologists'
925 communication that potentially harms patients with advanced cancer: A survey on patient
926 perspectives. *Cancer*. 2022 Mar 1;128(5):1133-1140. doi: 10.1002/cncr.34018. Epub 2021 Nov
927 11. PMID: 34762305.
928 25. Wieczorek SM. Now and at the Hour of Death. *J Patient Exp*. 2018 Mar;5(1):4-5. doi:
929 10.1177/2374373517719757. Epub 2017 Jul 17. PMID: 29582004, PMCID: PMC5862377.

930 **2. Preventie**

931

932 **Uitgangsvraag**

933 Hoe kan het risico op angst bij patiënten in de palliatieve fase worden verminderd?

934

935 Methode: evidence-based

936

937 **Aanbevelingen**

938 • Draag zorg voor heldere voorlichting over de ziekte, de behandeling en de prognose. Stem deze
939 informatievoorziening af op de wensen van de patiënt.

940 • Zie voor aanbevelingen m.b.t. het verminderen of voorkomen van angst door goede communicatie
941 en vroegtijdige behandeling van oorzakelijke en beïnvloedende factoren die kunnen leiden tot
942 angst resp. [module 1 Communicatie](#) en [module 4 Behandeling van oorzaken en beïnvloedende
943 somatische factoren](#).

944

945 **Inleiding**

946 Het [Kwaliteitskader palliatieve zorg](#) [IKNL/Palliactief 2017] en diverse richtlijnen ([algemene principes
947 van palliatieve zorg](#), [palliatieve zorg bij gevorderde stadia van hartfalen](#), [COPD](#) en [nierfalen](#),
948 [hersenenmetastasen](#)) pleiten ervoor om palliatieve zorg vroeg in te zetten. Gerandomiseerd onderzoek
949 laat zien dat dit leidt tot betere symptoomcontrole, verbetering van kwaliteit van leven van patiënten en
950 naasten, minder en kortere ziekenhuisopnames, minder agressieve zorg bij het einde van het leven,
951 betere proactieve zorgplanning, minder belasting van de naasten, grotere tevredenheid met de zorg
952 en een grotere kans om te overlijden op de plaats van voorkeur [Davis 2015, Haun 2017]. Met de
953 onderzoeksvraag van deze module wordt onderzocht in hoeverre het vroeg consulteren van een
954 palliatief team leidt tot minder angst bij patiënten in de palliatieve fase.

955

956 Ter preventie van angst bij patiënten in de palliatieve fase kunnen verder worden overwogen:

957

- 958 1. goede voorlichting;
959 2. goede communicatie en begeleiding;
960 3. vroegtijdige behandeling van factoren die kunnen leiden tot angst.

961

962 Bij gebrek aan gerandomiseerd onderzoek m.b.t. deze punten is het literatuuronderzoek beperkt tot
963 het effect van het vroeg consulteren van een palliatief team.

964 Het preventieve effect van goede communicatie en vroegtijdige behandeling van oorzakelijke en
965 beïnvloedende factoren wordt besproken in resp. [module 1 Communicatie](#) en [module 4 Behandeling
966 van oorzaken en beïnvloedende somatische factoren](#).

967

967 **Literatuuronderzoek**

968

969 Onderzoeksvraag

970 Om de uitgangsvraag van deze module te kunnen beantwoorden, is een systematisch
971 literatuuronderzoek uitgevoerd. De onderzoeksvraag die hiervoor is opgesteld is PICO-gestructureerd
972 en luidt:

973

974 Wat is het effect van het vroeg consulteren van een palliatief team op angst in de palliatieve fase?

975

976 **PICOS**

P	Patiënten in de palliatieve fase
I	Vroege palliatieve zorg
C	Gebruikelijke begeleiding / standaardzorg
O	Angst Distress
S	Hospice / End of life care / Thuis / palliatief

977

978 Zoekstrategie en selectie van studies

979

980 Selectie van studies

Op 7 juni 2021 is er gezocht in Pubmed, Embase, Cinahl, PsycInfo en de Cochrane database voor systematische reviews [Grossman 2018]. In Zoekverantwoording is de zoekstrategie ([bijlage 8 - 2.1](#)) opgenomen. Dit betreft een overkoepelende zoekstrategie waarin gezocht is voor zowel de richtlijn angst, als de richtlijn depressie. De zoekstrategie leverde na ontdebellen 216 systematische reviews op. Na de eerste selectie bleven er 123 volledige tekst systematische reviews over. Na het beoordelen van de volledige teksten bleven er twaalf reviews over. Vijf hiervan bleken niet in te gaan op vroege palliatieve zorg als interventie [Albrecht 2012; Depalma 2006; Grossman 2018; Hui 2016; Tang 2015]. Eén review bleek geen systematische review te zijn [Salins 2016], één review includeerde geen RCTs [Freedman 2009]. De review van Gaertner vergeleek vroege inzet van palliatieve zorg niet met standaardzorg/gebruikelijke begeleiding [Gaertner 2017] en in de review van Davis werden resultaten enkel narratief weergegeven [Davis 2015]. In de Cochrane review van Bajwah [2020], die in de zoekresultaten voor [module 5 Psychosociale interventies](#) verscheen, werden daarnaast nog enkele andere RCTs uitgelicht die vroege palliatieve zorg vergeleken met standaardzorg. Na evaluatie van de Cochrane reviews van Haun [Haun 2017] en Bajwah [Bajwah 2020] bleken twee reviews niet meer bij te dragen in de vorm van nieuwe RCTs [Ambroggi 2018; Dy 2012]. Uiteindelijk werden de reviews van Bajwah [2020] en Haun [2017] gebruikt voor de selectie van RCT's.

In Zoekverantwoording is een lijst met exclusieredenen ([bijlage 8 - 2.4](#)) voor deze module bijgevoegd.

Bajwah [2020]

In totaal werden er 3 RCTs geïnccludeerd door Bajwah [2020] die het effect van vroege palliatieve zorg op angst evalueerden. Van deze 3 RCTs werd er één al eerder beschreven door Haun [2017] [McCorkle 2015]. Eén studie is niet meegenomen in de review van Bajwah [2020], maar rapporteerde wel uitkomsten voor voor angst [Schenker 2018]. Deze studie is daarom toegevoegd aan de meta-analyse door Bajwah en collegae [2020].

In totaal rapporteerden 4 studies data die bruikbaar waren voor deze onderzoeksvraag. Tabel 1 geeft de kenmerken van de geïnccludeerde studies weer. Voor elke uitkomst is een tweetal meta-analyses uitgevoerd; één voor de gecorrigeerde gemiddelden, één voor de ongecorrigeerde gemiddelden. Wanneer deze verschillen, is besloten de conclusies te baseren op de uitkomsten voor de gecorrigeerde gemiddelden, omdat deze doorgaans een preciezere inschatting van het werkelijke effect weergeven [Deeks 2021].

Data uit de studie van Schenker [2018] zijn door de reviewer van de huidige richtlijn geëxtraheerd en toegevoegd aan de meta-analyses.

Er zijn geen studies gevonden met distress (totaalscore van de HADS) als uitkomstmaat.

Tabel 1 Studiekekenmerken

Studie	Populatie (diagnose)	Land	Angst	Aantal patiënten (vroege palliatieve zorg)
El-Jawahri 2016	Gevorderde kanker	VS	HADS-A	160 (81)
Higginson 2014	Gemengde populatie	VK	HADS-A	52 (26)
McCorkle 2015	Gevorderde kanker	VS	HADS-A	146 (66)
Schenker 2018	Gevorderde alvleesklierkanker	VS	HADS-A	30 (20)

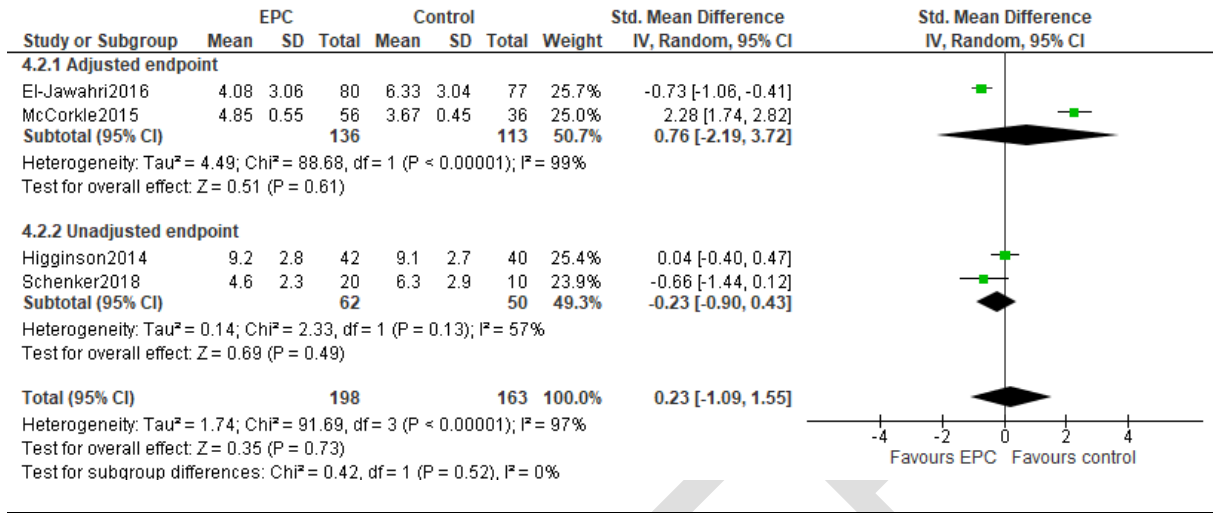
HADS-A: Hospital Anxiety and Depression Scale - Angst

Resultaten

Angst is door alle studies gemeten met behulp van de HADS-A. Deze uitkomst is in de tabel weergegeven met behulp van zowel het gemiddelde verschil (MD) als het gestandaardiseerde gemiddelde verschil (SMD). De conclusies zijn gebaseerd op de gestandaardiseerde SMDs. Een SMD van 0,20-0,29 is een klein effect, een SMD van 0,30-0,79 is een matig effect en een SMD van 0,80 of groter is een groot effect.

1025 Met de studies die de gecorrigeerde gemiddelden rapporteerden werd in de meta-analyse voor
 1026 gecorrigeerde gemiddelden een MD gevonden van -0,50 (n=249, 95%BI=-3,86; 2,86) en een SMD
 1027 van 0,7 (95%BI=-2,19; 3,72)
 1028

1029 *Effect van vroege palliatieve zorg op angst*
 1030



1031

Tabel 2 meta-analyse en GRADE psychotherapie versus controlegroepen

Uitkomsten	Absolute effecten* (95% CI)		Relatief effect (95% CI)	Aantal deelnemers (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)	Opmerkingen
	Risico met controle	Vroegtijdig inzetten palliatieve zorg				
Angst (adjusted endpoints)	-	SMD 0.76 hoger (2.19 lager tot 3.72 hoger)	-	249 (2 studies)	⊕○○○ ZEER LAAG ^{a,b}	De evidentie is zeer onzeker over het effect van het vroeg inzetten van palliatieve zorg op angst bij patiënten in de palliatieve fase.

a. Risico op vertekening (2x)

b. Onnauwkeurig (niet met 95% zekerheid een verschil aangetoond)

CI: confidence interval

Risico met controle: Aantal controlepatiënten met een event, als deel van het totaal aantal patiënten. Weergegeven per 1.000.

SMD: standardized mean difference

Risico met controle: achtergrondrisico (Kans (of risico) op de bestudeerde uitkomst in de referentiegroep)

1032

1033 Kwaliteit van het bewijs

1034 De kwaliteitsbeoordeling van de individuele trials die bij hebben gedragen aan de meta-analyse is
 1035 overgenomen uit de reviews van Haun [2017] en Bajwah [2020] (zie [bijlage 8 - 2.3](#)). De beoordeling
 1036 van het risico op bias in de paper van Schenker [2018] is hieraan toegevoegd. Over het algemeen
 1037 was er een hoog risico op bias, met name het risico op reporting bias en detection bias draagt hieraan
 1038 bij. Vanzelfsprekend was er een hoog risico op performance-bias door de aard van de interventies, en
 1039 doordat patiënten uit ethische overwegingen geïnformeerd worden over hun interventie.
 1040

1041

Conclusies

⊕○○○ ZEER LAAG	De evidentie is zeer onzeker over het effect van het vroeg inzetten van palliatieve zorg op angst bij patiënten in de palliatieve fase. <i>El_Jahwari 2016, McCorckle 2015</i>
----------------------	---

1042

Geen evidentie	Over het effect van het vroeg inzetten van palliatieve zorg op distress bij patiënten in de palliatieve fase kan geen uitspraak worden gedaan op basis van gerandomiseerde studies.
----------------	---

1043

1044

Overwegingen

1045

Het literatuuronderzoek laat niet zien dat het vroegtijdig inzetten van palliatieve zorg leidt tot afname van angst. De SMD (gecorrigeerde gemiddeldes) bedroeg 0,76. De werkgroep kan derhalve niet de

1046

aanbeveling geven om vroegtijdige palliatieve zorg in te zetten ter preventie van angst.

1047

1048

Wel is de werkgroep van mening dat op basis van ervaringen in de praktijk en een Nederlands onderzoek, waarin patiënten die opgenomen waren in een hospice, geïnterviewd werden [Zweers

1049

2019], een aanbeveling over de rol van voorlichting ter preventie van angst in de palliatieve fase

1050

gedaan kan worden. In deze studie bleek het ontvangen van eerlijke informatie een van de

1051

belangrijkste behoeften te zijn. Patiënten gaven aan informatie te willen, niet alleen over

1052

levensverwachting en het traject naar de dood, maar ook over dagelijkse zaken als dagstructuur en

1053

verandering van medicatie. Betrokkenheid bij de planning gaf een gevoel van controle en had

1054

daarmee een angstreducerend effect. Een belangrijke uitlokkende factor voor angst was het gevoel

1055

dat informatie achtergehouden werd. Daarentegen waren er ook patiënten die juist geen behoefte

1056

hadden aan gedetailleerde informatie over hun ziekte en de naderende dood. Zij gaven er de voorkeur

1057

aan om te laten komen wat er kwam, in plaats van zich zorgen te maken over dingen die zouden

1058

kunnen gebeuren. Goede voorlichting, zorgvuldig afgestemd op de behoeften van de patiënt, lijkt een

1059

preventief effect te kunnen hebben op angst bij patiënten in de palliatieve fase.

1060

De werkgroep is op basis van praktijkervaringen van mening dat naast goede voorlichting, ook goede

1061

communicatie ([module 1](#)) en vroegtijdige behandeling van oorzakelijke en beïnvloedende somatische

1062

factoren van angst ([module 4](#)) ook kunnen bijdragen aan de preventie van angst bij patiënten in de

1063

palliatieve fase.

1064

1065

Referenties

1066

1. Albrecht, T. A., & Taylor, A. G. [2012]. Physical Activity in Patients With Advanced-Stage Cancer: A Systematic Review of the Literature. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16[3], 293–300.

1067

2. Ambroggi, M., Biasini, C., Toscani, I., Orlandi, E., Berte, R., Mazzari, M., & Cavanna, L. [2018].

1068

Correction to: Can early palliative care with anticancer treatment improve overall survival and

1069

patient-related outcomes in advanced lung cancer patients? A review of the literature [Supportive

1070

Care in Cancer, [2018], 26, 9, [2945-2953], 10.1007/s00520-01. Supportive Care in Cancer, 26[9], 2955.

1071

3. Bajwah, S., Oluyase, A. O., Yi, D., Gao, W., Evans, C. J., Grande, G., Higginson, I. J. [2020]. The

1072

effectiveness and cost-effectiveness of hospital-based specialist palliative care for adults with

1073

advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020[9].

1074

4. IKNL/Palliactief. *Kwaliteitskader Palliatieve Zorg*, 2017.

1075

5. Davis, M. P., Temel, J. S., Balboni, T., & Glare, P. [2015]. A review of the trials which examine

1076

early integration of outpatient and home palliative care for patients with serious illnesses. *Annals*

1077

of Palliative Medicine, 4[3], 99–121.

1078

6. Deeks JJ, Higgins JPT, Altman DG [editors]. Chapter 10: Analysing data and undertaking meta-

1079

analyses. In: Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA

1080

[editors]. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.2* [updated

1081

February 2021]. Cochrane, 2021. Available from www.training.cochrane.org/handbook.

1082

7. Depalma, J. A. [2006]. Palliative Care Published Research Reviews, 2000 to 2005. *Home Health*

1083

Care Management & Practice, 18[6], 482–485.

1084

8. Dy, S. M., Aslakson, R., Wilson, R. F., Oluwakemi Fawole, M. A., Brandyn Lau, Mbc. D., Kathryn

1085

Martinez, S. A., Eric Bass, R. B. [2012]. Evidence Report/Technology Assessment 8. Improving

1086

Health Care and Palliative Care for Advanced and Serious Illness. [208].

1087

9. El-Jawahri A, LeBlanc T, VanDusen H, Traeger L, Greer JA, Pirl WF, Jackson VA, Telles J,

1088

Rhodes A, Spitzer TR, McAfee S, Chen YA, Lee SS, Temel JS. Effect of Inpatient Palliative Care

1089

1090

1091

- 1092 on Quality of Life 2 Weeks After Hematopoietic Stem Cell Transplantation: A Randomized Clinical
1093 Trial. *JAMA*. 2016 Nov 22;316(20):2094-2103.
- 1094 10. Freedman, O. C., & Zimmermann, C. [2009]. The role of palliative care in the lung cancer patient:
1095 Can we improve quality while limiting futile care? *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 15[4],
1096 321–326.
- 1097 11. Gaertner, J., Siemens, W., Meerpohl, J. J., Antes, G., Meffert, C., Xander, C., Becker, G. [2017].
1098 Effect of specialist palliative care services on quality of life in adults with advanced incurable
1099 illness in hospital, hospice, or community settings: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*
1100 [Online], 357.
- 1101 12. Grossman, C. H., Brooker, J., Michael, N., & Kissane, D. [2018]. Death anxiety interventions in
1102 patients with advanced cancer: A systematic review. *Palliative Medicine*, 32[1], 172–184.
- 1103 13. Grudzen CR, Richardson LD, Johnson PN, Hu M, Wang B, Ortiz JM, Kistler EA, Chen A, Morrison
1104 RS. Emergency Department-Initiated Palliative Care in Advanced Cancer: A Randomized Clinical
1105 Trial. *JAMA Oncol*. 2016 May 1;2(5):591-598.
- 1106 14. Haun, M. W., Estel, S., Rücker, G., Friederich, H. C., Villalobos, M., Thomas, M., & Hartmann, M.
1107 [2017]. Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database of Systematic*
1108 *Reviews*, 2017[6].
- 1109 15. Higginson IJ, Bausewein C, Reilly CC, Gao W, Gysels M, Dzingina M, McCrone P, Booth S, Jolley
1110 CJ, Moxham J. An integrated palliative and respiratory care service for patients with advanced
1111 disease and refractory breathlessness: a randomised controlled trial. *Lancet Respir Med*. 2014
1112 Dec;2(12):979-87.
- 1113 16. Hui, D., Meng, Y., Bruera, S., Geng, Y., Hutchins, R., Mori, M., Bruera, E. [2016]. Referral Criteria
1114 for Outpatient Palliative Cancer Care: A Systematic Review. *The Oncologist*, 21[7], 895–901.
- 1115 17. McCorkle, R., Jeon, S., Ercolano, E., Lazenby, M., Reid, A., Davies, M., Gettinger, S. [2015]. An
1116 advanced practice nurse coordinated multidisciplinary intervention for patients with late-stage
1117 cancer: A cluster randomized trial. *Journal of Palliative Medicine*, 18[11], 962–969.
- 1118 18. Salins, N. S., Ramanjulu, R., Patra, L., Deodhar, J., & Muckaden, M. A. [2016]. Integration of Early
1119 Specialist Palliative Care in Cancer Care and Patient Related Outcomes: A Critical Review of
1120 Evidence. *Indian J Palliat Care*, 22[3], 252–257.
- 1121 19. Schenker, Y., Bahary, N., Claxton, R., Childers, J., Chu, E., Kavalieratos, D., Arnold, R. M. [2018].
1122 A Pilot Trial of Early Specialty Palliative Care for Patients with Advanced Pancreatic Cancer:
1123 Challenges Encountered and Lessons Learned. *Journal of Palliative Medicine*, 21[1], 28–36.
- 1124 20. Tang, P. L., Wang, H. H., & Chou, F. H. [2015]. A Systematic Review and Meta-Analysis of
1125 Demoralization and Depression in Patients With Cancer. *Psychosomatics*, 56[6], 634–643.
- 1126 21. Zweers D, de Graeff A, Duijn J, de Graaf E, Witteveen PO, Teunissen SCCM. Patients' Needs
1127 Regarding Anxiety Management in Palliative Cancer Care: A Qualitative Study in a Hospice
1128 Setting. *Am J Hosp Palliat Care*. 2019 Nov;36(11):947-954.

1129 **3. Signalering en diagnostiek**

1130

1131 **Uitgangsvragen**

- 1132 • Hoe kan angst tijdig worden gesignaleerd bij patiënten in de palliatieve fase?
1133 • Welke diagnostiek is zinvol om te verrichten bij patiënten met angst in de palliatieve fase en hoe
1134 moet die worden uitgevoerd?

1135

1136 Methode:

- 1137 • evidence-based (screening)
1138 • consensus-based (overige onderwerpen)

1139

1140 **Aanbevelingen**

1141

1142 *Signalering en screening*

- 1143 • Overweeg om standaard te screenen op angstklachten bij het starten van een palliatief traject, een
1144 significante verandering van de situatie van de patiënt of bij een palliatief consult.
1145 • Wees alert op verbale en non-verbale signalen die kunnen wijzen op angst bij patiënten in de
1146 palliatieve fase. Let bij verbale signalen op termen die de patiënt zelf gebruikt, zoals bang, eng,
1147 gespannen, zenuwachtig, gejaagd. Non-verbale signalen zijn o.a. grote pupillen, opgetrokken
1148 wenkbrauwen, bleekheid, transpireren, trillen, snelle ademhaling, rusteloosheid en gejaagdheid.
1149 Exploreer deze signalen door middel van een anamnese, bij voorkeur aangevuld met een
1150 heteroanamnese.
1151 • Gebruik voor het screenen van angst de items uit de generieke instrumenten (ziekte specifiek/
1152 kwaliteit van leven) als basis voor verdere exploratie door middel van een anamnese, bijv.:
1153 ○ bij de Lastmeter: bij een distress-score ≥ 5 ;
1154 ○ bij het Utrecht Symptoom Dagboek: bij een score voor angst- ≥ 4 (eveneens voor monitoring te
1155 gebruiken);
1156 ○ bij de 4DKL: bij een score voor angst ≥ 4 ; (eveneens voor monitoring te gebruiken);
1157 ○ bij de Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ, bij chronische longziekten, bijv. COPD): bij
1158 een antwoord 'altijd', 'bijna altijd' of 'nogal vaak' op de vraag of iemand een gevoel van angst
1159 of paniek heeft gehad in de afgelopen twee weken;
1160 ○ bij de CaReQoL (hartfalen): bij het antwoord 'vaak' of 'altijd' op de vragen 4 en 17 over angst
1161 en het antwoord 'nooit', 'zelden' of 'soms' op vraag 6 'voelde ik mij veilig door de zorg van het
1162 ziekenhuis'.

1163

1164 *Anamnese, lichamelijk en psychiatrisch onderzoek en aanvullend onderzoek*

- 1165 • Doe bij verdenking op angst een anamnese, inclusief heteroanamnese, gericht op emotionele
1166 klachten (vooral angst en somberheid), cognitieve en somatische symptomen,
1167 gedragsverandering en existentiële problematiek.
1168 • Exploreer tijdens de anamnese de volgende punten:
1169 ○ angstklachten: beloop, intensiteit, impact op het dagelijks functioneren;
1170 ○ andere psychische symptomen (met name somberheid);
1171 ○ slaapproblemen;
1172 ○ wensen en verwachtingen over het levenseinde;
1173 ○ de onderliggende somatische aandoening en de somatische klachten;
1174 ○ (verandering of staken van) medicatie, alcohol, roken en drugs;
1175 ○ medische (inclusief psychiatrische) voorgeschiedenis;
1176 ○ psychiatrische aandoeningen in de familie;
1177 ○ sociale interacties met naasten en ervaren sociale steun.
1178 • Heb expliciet aandacht voor de fase van de patiënt binnen het palliatieve traject en de
1179 levensverwachting. Ga na of de patiënt de angst kan hanteren als passend bij de ziekte en het
1180 naderende levenseinde of dat die behoefte heeft aan behandeling en/of ondersteuning. De
1181 levensverwachting is ook bepalend welke diagnostiek en behandeling ingezet wordt.
1182 • Doe een lichamelijk en psychiatrisch onderzoek. Let daarbij zowel op somatische equivalenten
1183 van angst, welke deels overlappend in presentatie zijn (bijvoorbeeld trillen, transpireren,
1184 hyperventilatie, grote pupillen, rusteloosheid) als op oorzakelijke factoren. Het psychiatrisch

- 1185 onderzoek richt zich ook op het diagnosticeren of uitsluiten van een aanpassingsstoornis met
 1186 angst en/of een angststoornis, een delier of een depressie.
- 1187 • Overweeg aanvullend onderzoek bij verdenking op een onderliggende somatische oorzaak
 1188 waarvan de behandeling mogelijk is, zinvol is en gewenst door de patiënt (zie [oorzakelijke en](#)
 1189 [beïnvloedende factoren](#)). Overweeg daarbij bloedonderzoek (albumine, natrium, calcium, TSH),
 1190 en/of ECG.
 - 1191 • Overweeg een verwijzing naar een psycholoog of psychiater als onderdeel van de diagnostiek.

1192
 1193 *Gebruik van meetinstrumenten voor monitoring en verdieping*

- 1194 • Gebruik voor het monitoren van angst een meetinstrument dat inzicht geeft in de intensiteit van
 1195 angst over een langere periode zoals het Utrecht Symptoom Dagboek.
- 1196 • Overweeg om op indicatie ter verdieping de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) te
 1197 gebruiken; hanteer daarbij een afkappunt voor de subschaal angst ≥ 7 . Gebruik de gegevens van
 1198 deze meetinstrumenten om een beeld te krijgen over de ernst van de klachten en als basis voor
 1199 verdere diagnostiek, maar niet om de diagnose angststoornis te stellen.
- 1200 • Overweeg het gebruik van meetinstrumenten ook ter voorbereiding op een gesprek (face-to-face,
 1201 zorg op afstand).
- 1202 • Ga na of er na het invullen van het meetinstrument en het gesprek hierover nazorg nodig is.
- 1203 • Gebruik geen meetinstrumenten als een op zichzelf staand doel. Bespreek te allen tijde de
 1204 uitkomsten met de patiënt en de betrokken hulpverlener.

1205
 1206 **Inleiding**

1207 Het vroegtijdig signaleren van klachten van angst bij een patiënt in de palliatieve fase kan veel leed
 1208 voorkomen als na signalering verdere diagnostiek volgt en, indien geïndiceerd, een behandeling of
 1209 passende ondersteuning ingezet wordt.

1210 Angst kan worden gesignaleerd op basis van:

- 1211 • klachten van de patiënt, die veelal niet zegt 'ik ben angstig', maar termen gebruikt als: bang, eng,
 1212 gespannen, bezorgd, gejaagd;
- 1213 • observaties van non-verbale signalen zoals angstige gelaatsuitdrukking (grote pupillen,
 1214 opgetrokken wenkbrauwen, bleekheid) trillen, transpireren, rustloosheid, gejaagdheid, gebrekkige
 1215 concentratie, door naasten of zorgverlener;
- 1216 • uitkomsten van een signalerings- c.q. screeningsinstrument.

1217
 1218 Wanneer angst wordt gesignaleerd, vindt verdere exploratie primair plaats door middel van een
 1219 anamnese. Daarbij kunnen meetinstrumenten behulpzaam zijn. Eventueel kan lichamelijk en
 1220 aanvullend onderzoek worden verricht om een behandelbare somatische oorzaak vast te stellen.
 1221 De begrippen signalering en screening worden vaak als synoniemen gebruikt en soms verschillend
 1222 gedefinieerd. In deze module hanteren we het begrip signalering als het waarnemen van verbale en
 1223 non-verbale signalen van patiënt, naasten of andere zorgverleners. Onder screening verstaan we het
 1224 proactief zoeken naar mogelijke klachten van angst in afwezigheid van verbale of non-verbale
 1225 signalen van angst. Diagnostiek is (veelal) een wetenschappelijk onderbouwde onderzoeksmethode
 1226 om een classificeerbare diagnose vast te stellen. Omdat in deze richtlijn niet de angststoornissen
 1227 worden beschreven (hiervoor wordt verwezen naar de richtlijnen van de NHG en de GGZ) is het
 1228 begrip diagnostiek in deze module beperkt tot onderzoek van het symptoom angst en de ernst, de
 1229 oorzaken, de context en het beloop hiervan.

1230 Omdat signalering, screening en diagnostiek niet helemaal van elkaar te scheiden zijn worden deze
 1231 begrippen geïntegreerd beschreven.

1232
 1233 **Literatuurbespreking**

1234
 1235 Onderzoeksvraag

1236 Wat is het effect van screening op angst bij patiënten in de palliatieve fase?

1237
 1238 tabel 1 PICO

P	Patiënten in de palliatieve fase
I	Screening op angst

C	Gebruikelijke begeleiding / standaard zorg
O	Angst Distress (gemeten met HADS-totaalscore) Kwaliteit van leven
S	Hospice / End of life care / Thuis / palliatief

1239
1240
1241
1242
1243
1244
1245
1246
1247
1248
1249
1250
1251
1252
1253
1254
1255
1256
1257
1258
1259
1260
1261
1262

Wetenschappelijke onderbouwing

Zoekstrategie en selectie van studies

Selectie van studies

Voor deze module is een eerste zoekactie uitgezet op 8 april 2021, welke na ontdebelling 42 resultaten opleverde. Op 31 mei 2021 is een aangepaste zoekactie uitgezet, waarin ook voor de uitkomst distress werd gezocht. Deze leverde na ontdebellen 88 resultaten op. Beide zoekstrategieën zijn uitgezet in Pubmed, Embase, Cinahl, PsycInfo en de Cochrane database voor systematische reviews. In [bijlage 8 - 3.1](#) zijn de search strings opgenomen. Na de eerste selectie bleven er 10 full tekst systematische reviews over.

Na het beoordelen van de full teksten bleken er geen reviews met meta-analyses te zijn uitgevoerd met screening van patiënten in de palliatieve fase, waarin angst, distress (gemeten met de Hospital Anxiety and Depression scale), of psychosociaal functioneren als uitkomst werden meegenomen.

Raadplegen van de experts in de werkgroep leidde tot de Cochrane review door Schouten [Schouten 2019]. Deze review werd niet gevonden met de hierboven beschreven zoekstrategie, aangezien de populatie niet overeenkomt met de doelpopulatie. In de meta-analyse die door deze auteurs is uitgevoerd, zit geen RCT die angst, distress gemeten met de HADS of psychosociale uitkomsten rapporteerde.

Conclusies

Geen evidentie	<i>Angst</i> <i>Distress</i> <i>Psychosociaal functioneren</i> <i>Kwaliteit van leven</i>
-------------------	--

1263
1264
1265
1266
1267
1268
1269
1270
1271
1272
1273
1274
1275
1276
1277
1278
1279
1280
1281
1282
1283
1284
1285

Er is geen evidence voor het effect van screening op angst, distress, psychosociaal functioneren en kwaliteit van leven in de palliatieve fase

Overwegingen

De signalering van angst bij patiënten in de palliatieve fase is niet eenvoudig, in de eerste plaats doordat de uitingen van angst zeer uiteen kunnen lopen [Traeger 2012]. Daarnaast geven patiënten vaak niet uit zichzelf aan dat zij angst ervaren en vindt men een angstige stemming al snel logisch en begrijpelijk gezien de situatie.

Angst fluctueert veelal, zowel per dag als over langere perioden en neemt vaak toe gedurende de avond en nacht. Angst kan eveneens samenhangen met ingrijpende gebeurtenissen, bijvoorbeeld een medische ingreep. Daarom dienen de symptomen van angst zowel qua intensiteit als qua beloop in de tijd in kaart gebracht te worden.

Angst in de palliatieve fase kan verschillende uitingsvormen en oorzaken hebben, zowel op somatisch, psychologisch, sociaal als op existentieel gebied. Angst in de palliatieve fase komt zelden als geïsoleerd symptoom voor, maar is veelal verweven met symptomen zoals kortademigheid, pijn, somberheid en slaapstoornissen. Angst kan zowel een oorzaak als een gevolg zijn van deze symptomen. Zo is het dan ook van groot belang om uit te vragen of de patiënt lijdt aan slaapstoornissen of juist omgekeerd: de patiënt kan niet slapen omdat hij ligt te piekeren. Bij de diagnostiek dienen al deze aspecten onderzocht te worden.

Bij signalen van angst of een score op een generieke screeningsvragenlijst boven het afkappunt is een volledige anamnese geïndiceerd, gericht op klachten van angst en distress, somatische

1286 symptomen, gebruik of staken of verandering van medicatie of middelen en existentiële problemen.
1287 Onderliggende somatische oorzaken moeten eerst onderzocht en zo mogelijk behandeld worden
1288 [Traeger 2012]. Somatische klachten of staken, starten of aanpassen van medicatie kunnen een
1289 belangrijke oorzaak van angst zijn, zoals benauwdheid bij longembolieën of pleuravocht, bijwerkingen
1290 van glucocorticoïden of ontrekkingsverschijnselen van bijvoorbeeld alcohol. Indien somatische
1291 aandoeningen een rol lijken te spelen wordt een lichamenlijk onderzoek verricht en, indien geïndiceerd,
1292 aanvullende diagnostiek zoals laboratoriumonderzoek of beeldvormend onderzoek ([zie 3.2](#)).
1293 Voorbeelden hiervan zijn hypercalciëmie of schildklieraandoeningen. Zie hiervoor ook Inleiding:
1294 [oorzakelijke en beïnvloedende factoren](#). De somatische equivalenten van angst, zoals hartkloppingen,
1295 benauwdheid, transpireren, duizeligheid, misselijkheid, frequente mictie, slikproblemen en rillingen
1296 kunnen ook symptomen van de somatische aandoening zijn, waardoor het niet altijd eenvoudig is om
1297 te achterhalen of angst een rol speelt.

1298
1299 Angst kan het dagelijks functioneren en de sociale interacties negatief beïnvloeden. Daarom wordt in
1300 de anamnese goed doorgevraagd of de patiënt op basis van de angst activiteiten en/of personen
1301 mijdt. Een heteroanamnese is onontbeerlijk. Naasten kennen de patiënt immers beter dan de
1302 zorgverleners en kunnen verschillen beschrijven. Waar mogelijk worden daarom gezins- of
1303 familieleden of andere belangrijke personen bij de diagnostiek betrokken om nadere gegevens te
1304 verkrijgen en om naasten te betrekken en te informeren. In een interviewstudie met 14 naasten van
1305 patiënten in een hospice werd benoemd dat bijna alle patiënten angstig zijn en dat dit invloed heeft op
1306 alle dimensies van hun leven. Ook werd de sociale impact van angst benoemd [Duijn 2021].

1307
1308 Existentiële angst, zoals angst voor eenzaamheid, gevoelens van zinloosheid en de angst om naasten
1309 achter te laten, kunnen een hoge lijdensdruk met zich meebrengen. Daarom komen deze
1310 onderwerpen inclusief de mate van sociale steun in de anamnese (of in een vervolggesprek) aan de
1311 orde. Het USD-4D kan hierbij als screenings- en monitoringsinstrument van toegevoegde waarde zijn.
1312 De 4D-component bestaat uit vijf vragen op het sociale en spirituele domein [de Vries 2021]. Andere
1313 methodieken om de spirituele dimensie te verkennen zijn het Ars Moriendi model, de vragen van het
1314 Mount Vernon Cancer Network, en de FICA ([Richtlijn Zingeving en spiritualiteit](#)).

1315
1316 De werkgroep is van mening dat angst en de mogelijke oorzaken hiervan moeten worden
1317 geëxploreerd in een uitgebreide anamnese, in een rustige en veilige omgeving, waarbij de patiënt
1318 uitgenodigd en aangemoedigd wordt te vertellen over zijn actuele situatie en zijn beleving hiervan.
1319 Zorgverleners vinden het soms moeilijk om met een ernstig zieke patiënt te spreken over gevoelens
1320 en zorgen [Maguire 1993]. De laatste decennia is veel aandacht besteed aan communicatietrainingen
1321 om professionals toe te rusten met vaardigheden om dat wel te doen [Moore 2018]. Voorwaarden om
1322 een explorerend gesprek over angst te voeren zijn vooral een rustige omgeving, het creëren van een
1323 veilige sfeer en actief luisteren [Maguire 1993, Roth 2007]. Van tevoren met de patiënt bespreken wat
1324 de onderwerpen zijn die aan de orde gaan komen en hoeveel tijd hiervoor is, maakt dat patiënten
1325 sneller hun klachten vertellen en zich veiliger voelen om dit te doen [Maguire 1993]. Voor aanvullende
1326 adviezen t.a.v. communicatie zie [module 1 Communicatie](#).

1327
1328 Een voorbeeld van concrete vragen die gesteld kunnen worden zijn:
1329 • Hoe zou u/de patiënt het gevoel benoemen (term noemen die de patiënt hanteert om angst te
1330 duiden). En hoe vaak voelt u/de patiënt dit?
1331 • Is dit gevoel/de angst continu aanwezig of in aanvallen?
1332 • Wat ervaart u/de patiënt als uitlokkende factoren?
1333 • In welke mate ervaart u/de patiënt hierdoor lijden?
1334 • Wat is de focus van het gevoel/de angst of is de het gevoel/de angst diffuus?
1335 • Wat is de invloed van de angst op het sociale en dagelijks functioneren?
1336 • Ervaart u/ de patiënt naast de angst ook andere psychische klachten, m.n. somberheid?
1337 • Hoe reageert uw/de patiënt's omgeving?
1338 • Wat heeft u/ de patiënt tot nu toe zelf gedaan om de angst te verminderen, wat hielp en wat
1339 niet?
1340 • Ligt u /de patiënt 's nachts wakker, piekert hij, zo ja, waarover?
1341 • Heeft u/de patiënt eerder in zijn leven angstklachten ervaren? Wat hielp er toen?

1342
1343 Uit de praktijk blijkt dat patiënten zich niet altijd herkennen in het woord angst. Synoniemen als zorgen
1344 maken om, spanning ervaren, zich gejaagd voelen, helpen om laagdrempelig het gesprek hierover te
1345 openen.
1346 Het gesprek kan een therapeutische werking hebben door het bespreekbaar maken van de klachten.
1347 Wanneer er sprake is van een premorbide angststoornis is het van belang om door te vragen over de
1348 episodes, de uitlokkende momenten, eventuele behandelingen en het effect ervan. Inschakeling van
1349 een psychiater of een psycholoog, die een specifieke anamnese aan de hand van de DSM-5 criteria
1350 afneemt, is dan geïndiceerd.
1351 Uit meerdere studies blijkt dat hulpverleners angst, maar ook andere symptomen, veelal
1352 onderschatten in vergelijking met door de patiënt zelf gescoorde symptomen [Rhondali 2007; de Graaf
1353 2018] met als gevolg dat er vaak sprake zal zijn van onderbehandeling van angst. Hierdoor kan angst
1354 ernstiger vormen aannemen met het risico op het uitlokken van een crisis. Een klinische blik alleen lijkt
1355 dus niet voldoende. Meetinstrumenten waarbij indien mogelijk patiënt zelf zijn/haar symptomen scoort
1356 en daarmee inzicht krijgt in zijn/haar symptoomlast kunnen adequaat symptoommanagement
1357 ondersteunen.
1358
1359 **3.1 Het gebruik van meetinstrumenten**
1360
1361 Meetinstrumenten als ondersteuning van het gesprek in de dagelijkse patiëntenzorg kunnen helpen
1362 angst vroegtijdig te op te sporen, te monitoren en het gesprek over angst te verdiepen. Hierbij fungeert
1363 het meetinstrument niet als doel, maar als middel om het gesprek over de aanwezige angst, intensiteit
1364 en beïnvloedende factoren ervan boven tafel te krijgen.
1365 Wegens gebrek aan evidentie is niet met zekerheid te zeggen of vroegtijdige screening van angst
1366 bijdraagt aan het verminderen van angst en distress of verbeteren van kwaliteit van leven. In de
1367 uitgebreide review van Schouten [2019], waarin voornamelijk patiënten met kanker in een curatief
1368 traject geïnccludeerd werden, werd geen bewijs gevonden dat systematische screening bijdraagt aan
1369 psychosociaal welbevinden. De heterogeniteit aan interventies, studiepopulatie, meetinstrumenten en
1370 uitkomsten maakt de uitkomst van de review onzeker.
1371 Ondanks het gebrek aan evidentie is de werkgroep ervan overtuigd dat meetinstrumenten in de
1372 dagelijkse zorg kunnen bijdragen om angst vroegtijdig te signaleren, te monitoren en om verdere
1373 verdieping aan te kunnen brengen. Meetinstrumenten waarbij de patiënt zelf scoort geven in eerste
1374 instantie inzicht of de patiënt angst ervaart en in welke mate. Deze uitkomst biedt ingang voor een
1375 gesprek waarin angst verder geëxploreerd kan worden. Ook wanneer de uitkomst een lage score op
1376 angst betreft kan het gesprek daarover verhelderend zijn. Daarnaast bieden meetinstrumenten inzicht
1377 in de samenhang van angst met andere symptomen en de mogelijkheid om het effect van interventies
1378 te evalueren. Tevens kunnen meetinstrumenten helpen om de interdisciplinaire samenwerking binnen
1379 de palliatieve zorg te verbeteren. Met het gebruik van meetinstrumenten wordt immers in dezelfde taal
1380 gesproken, namelijk de intensiteit van het symptoom, zoals gescoord door de patiënt.
1381 Er zijn in de literatuur verschillende stroomschema's beschreven voor screening en diagnose van
1382 angst [Andersen 2014, Butow 2015, Maguire 1993]. In een Delphi consensus proces in 2016
1383 betreffende het herkennen en behandelen van angst en depressie van patiënten met kanker is er
1384 consensus over drie items omtrent de diagnostiek van angst:
1385 1. Routine screening moet een onderdeel zijn van het ziekteverloop;
1386 2. Screening om distress te herkennen hoort tenminste éénmaal vlak na diagnose, voor start van een
1387 behandeling te gebeuren;
1388 3. Er moeten zorgverleners verantwoordelijk zijn voor de screening [Shaw 2016].
1389 De werkgroep adviseert dan ook om angst structureel te screenen bij het starten van een palliatief
1390 traject, een significante verandering van de situatie van de patiënt of bij een palliatief consult.
1391
1392 Meetinstrumenten dienen echter wel op het juiste moment en op de juiste manier te worden ingezet in
1393 deze kwetsbare patiëntencategorie. Inzet van een meetinstrument heeft alleen meerwaarde als het
1394 gesprek over de uitkomsten van het meetinstrument bijdraagt aan betere zorg. Het meetinstrument is
1395 dan ook niet het doel maar een middel om angst bespreekbaar te maken.

1396 Verder moeten meetinstrumenten een beperkt aantal items bevatten die toepasbaar zijn in de
1397 klinische praktijk, maar daarnaast ook gevoelig, valide en betrouwbaar zijn. Adequate instructie aan
1398 de patiënt en vervolg bieden aan de uitkomsten van het meetinstrument is daarbij essentieel.
1399 De juiste keuze voor de inzet van het instrument is een uitdaging in het enorme aanbod van
1400 instrumenten. Het IKNL [IKNL 2018] adviseert de inzet van meetinstrumenten te gebruiken conform de
1401 vier functies: signaleren (screenen), monitoren, verdiepen en diagnosticeren.
1402

- 1403 • **Signaleren/screenen:** In deze fase worden de actuele problemen, klachten en behoeften in kaart
1404 gebracht op zowel lichamelijk, psychisch, sociaal en spiritueel gebied. Dit zijn doorgaans generieke
1405 ziektespecifieke of kwaliteit van leven vragenlijsten die meestal voor een ander doel worden
1406 ingezet:
 - 1407 ○ bij het Utrecht symptoom dagboek: bij een score voor angst ≥ 4 [de Vries 2021]
 - 1408 ○ bij de Lastmeter: bij een distress-score ≥ 5 [Bauwens 2009];
 - 1409 ○ bij de 4DKL: bij een score voor angst ≥ 4 [Terluin 2006];
 - 1410 ○ bij de Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ, bij chronische longziekten, bijv. COPD): bij een
1411 antwoord 'Altijd', 'Bijna altijd' of 'Nogal vaak' op de vraag of iemand een gevoel van angst of
1412 paniek heeft gehad in de afgelopen twee weken [Weldom 2013];
 - 1413 ○ bij de CaReQoL (hartfalen): bij het antwoord 'vaak' of 'altijd' op de vragen 4 en 17 over angst
1414 [van Kessel 2016].
- 1415 • **Monitoren:** Monitoren is erop gericht om problemen die uit de signalering naar voren zijn gekomen,
1416 gericht na te vragen en te volgen in de tijd om veranderingen op te merken. Daarnaast biedt het
1417 systematisch volgen van symptomen steun bij het evalueren van het effect van interventies. Deze
1418 instrumenten dragen daarmee bij aan de kwaliteit van zorg van alledag. Door deze zogenaamde
1419 intervalschalen (of continue schalen) is het mogelijk om de mate of ernst van een symptoom of
1420 probleem te duiden. Veel monitoringsinstrumenten zijn door de patiënt en naasten zelf in te vullen.
1421 De instrumenten ondersteunen daarmee de eigen regie van de patiënt. Een voorbeeld hiervan is
1422 het Utrecht Symptoom Dagboek (USD) [van der Baan 2020].
- 1423 • **Verdiepen:** Verdiepingsinstrumenten zijn herkenbaar als vragenlijsten die zich richten op één of
1424 hooguit enkele problemen. Ze worden idealiter ingezet wanneer de uitkomsten van monitoring daar
1425 aanleiding toe geven, bijvoorbeeld vanwege aanhoudende ernst van een klacht na de gerichte
1426 inzet van interventies. Deze instrumenten hebben vaak elkaar uitsluitende meerkeuze-
1427 antwoordmogelijkheden (een ordinaal meetniveau) die leiden tot een probleemgerelateerde,
1428 opgetelde uitkomstscore. Is deze score hoger dan de door onderzoek gestelde norm, dan is de
1429 aanbeveling een specialist of expert te consulteren voor nadere diagnostisering. Een veelgebruikt
1430 en valide meetinstrument voor angst (en depressie) is de Hospital Anxiety and Depression Scale
1431 [Spinhoven 1997]. Ook kan de HADS na diagnostiek en start van interventies gebruikt worden om
1432 het effect hiervan in het beloop te volgen.
- 1433 • **Diagnosticeren:** Diagnosticeren is het stellen van een (classificeerbare) diagnose. Daarbij kunnen
1434 specialistische vragenlijsten gebruikt worden. Deze richtlijn beperkt zich tot onderzoek van het
1435 symptoom angst en de ernst, de oorzaken, de context en het beloop hiervan als basis voor het
1436 inzetten van interventies om de angst te verminderen.

1437
1438 Teleconsultatie en zorg op afstand in de palliatieve zorg kunnen een nuttige rol vervullen [Jess 2019].
1439 Dit is ook gebleken in de periode van COVID-19. Recente ontwikkelingen laten zien dat in
1440 ziekenhuizen, waar een deel van de zorg al digitaal is ingericht, patiënten worden uitgenodigd hun
1441 gesprek digitaal voor te bereiden, waarbij meetinstrumenten een belangrijk hulpmiddel kunnen zijn. De
1442 werkgroep is, op basis van ervaringen uit de dagelijkse praktijk overtuigd dat inzet van
1443 meetinstrumenten tijdens zorg op afstand (in welke vorm dan ook) kan bijdragen aan betere
1444 vroegsignalering en daarmee eventuele behandeling en ondersteuning van angst.
1445 Het invullen van meetinstrumenten en het gesprek hierover kunnen verschillende gedachten en
1446 gevoelens oproepen die in sommige situaties nazorg behoeven. Het is dan ook van belang hier
1447 aandacht aan te schenken.
1448

1449 3.2 Lichamelijk, psychiatrisch en aanvullend onderzoek 1450

1451 Bij het lichamelijk en psychiatrisch onderzoek wordt zowel gelet op somatische equivalenten van
1452 angst, welke deels overlappend in presentatie zijn (bijvoorbeeld trillen, transpireren, hyperventilatie,
1453 grote pupillen, rusteloosheid) als op mogelijke oorzakelijke factoren. Het psychiatrisch onderzoek richt
1454 zich ook op het diagnosticeren of uitsluiten van een aanpassingsstoornis met angst en/of een
1455 angststoornis, een delier of een depressie.
1456 Aanvullend onderzoek wordt verricht bij verdenking op een onderliggende somatische oorzaak
1457 waarvan de behandeling mogelijk is, zinvol is en gewenst door de patiënt (zie Inleiding: [oorzakelijke](#)
1458 [en beïnvloedende factoren](#)).
1459 Bij aanvullend onderzoek worden bloedonderzoek (albumine, natrium, calcium, TSH) en ECG
1460 overwogen.
1461

1462 Referenties

- 1463 1. Andersen BL, DeRubeis RJ, Berman BS, Gruman J, Champion VL, Massie MJ, Holland JC,
1464 Partridge AH, Bak K, Somerfield MR, Rowland JH; American Society of Clinical
1465 Oncology. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with
1466 cancer: an American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *J Clin Oncol*. 2014 May
1467 20;32(15):1605-19.
- 1468 2. van der Baan FH, Koldenhof JJ, de Nijs EJ, Echteld MA, Zweers D, Hesselmann GM, Vervoort SC,
1469 Vos JB, de Graaf E, Witteveen PO, Suijkerbuijk KP, de Graeff A, Teunissen SC. Validation of the
1470 Dutch version of the Edmonton Symptom Assessment System. *Cancer Med*. 2020 Sep;9(17):6111-
1471 6121.
- 1472 3. Bauwens S, Baillon C, Distelmans W. et al. The 'Distress Barometer': validation of method of
1473 combining the Distress Thermometer with a rated complaint scale. *Psychooncology*. 2009
1474 May;18(5):534-42.
- 1475 4. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression
1476 Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res*. 2002 Feb;52(2):69-77.
- 1477 5. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmser P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment
1478 System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care*.
1479 1991 Summer;7(2):6-9. PMID: 1714502.
- 1480 6. Butow et al. Clinical pathway for the screening, assessment and management of anxiety and
1481 depression in adult cancer patients: Australian guidelines. *Practice Guideline Psychooncology*.
1482 2015 Sep;24(9):987-1001.
- 1483 7. Donovan KA, Grassi L, McGinty HL, Jacobsen PB. Validation of the distress thermometer
1484 worldwide: state of the science. *Psychooncology*. 2014 Mar;23(3):241-50.
- 1485 8. Duijn JM, Zweers D, Kars MC, de Graeff A, Teunissen SCCM. Anxiety in Hospice In patients with
1486 Advanced Cancer, From the Perspective of Their Informal Caregivers: A Qualitative
1487 Study. *J Hosp Palliat Nurs* 2021; 23: 155-61.
- 1488 9. de Graaf E, Zweers D, de Graeff A, Stellato RK, Teunissen SCCM. Symptom Intensity of Hospice
1489 Patients: A Longitudinal Analysis of Concordance Between Patients' and Nurses' Outcomes. *J Pain*
1490 *Symptom Manage*. 2018 Feb;55(2):272-281.
- 1491 10. Graham-Wisener L, Dempster M, Sadler A, McCann L, McCorry NK. Validation of the Distress
1492 Thermometer in patients with advanced cancer receiving specialist palliative care in a hospice
1493 setting. *Palliat Med*. 2021 Jan;35(1):120-129.
- 1494 11. Guyatt GH, Berman LB, Townsend M, Pugsley SO, Chambers LW. A measure of quality of life for
1495 clinical trials in chronic lung disease. *Thorax*. 1987 Oct;42(10):773-8
- 1496 12. IKNL. Meetinstrumenten in de palliatieve zorg. 2018
- 1497 13. IKNL/Palliactief. Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland. 2017.
- 1498 14. Jess M, Timm H, Dieperink KB. Video consultations in palliative care: A systematic integrative
1499 review. *Palliat Med*. 2019 Sep;33(8):942-958.
- 1500 15. Van Kessel P, de Boer D, Hendriks M, Plass AM. Measuring patient outcomes in chronic heart
1501 failure: psychometric properties of the Care-Related Quality of Life survey for Chronic Heart Failure
1502 (CaReQoL CHF). *BMC Health Serv Res*. 2017 Aug 7;17(1):536
- 1503 16. Maguire P, Faulkner A, Regnard C. Eliciting the current problems of the patient with cancer--a flow
1504 diagram. *Palliat Med*. 1993;7(2):151-6.
- 1505 17. Maguire P, Faulkner A, Regnard C. Managing the anxious patient with advancing disease--a flow
1506 diagram. *Palliat Med*. 1993;7(3):239-44.

- 1507 18. Moore PM, Rivera S, Bravo-Soto GA, Olivares C, Lawrie TA. Communication skills training for
1508 healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database Syst Rev*.
1509 2018 Jul 24;7(7):CD003751.
- 1510 19. Rhondali W, Hui D, Kim SH, Kilgore K, Kang JH, Nguyen L, et al. Association between patient-
1511 reported symptoms and nurses' clinical impressions in cancer patients admitted to an acute
1512 palliative care unit. *J Palliat Med* 2012 Mar;15(3):301-307.
- 1513 20. Roth AJ, Massie MJ. Anxiety and its management in advanced cancer. *Curr Opin Support Palliat*
1514 *Care*. 2007 Apr;1(1):50-6.
- 1515 21. Schouten, B., Avau, B., Bekkering, G. E., Vankrunkelsven, P., Mebis, J., Hellings, J., & Van Hecke,
1516 A. (2019). Systematic screening and assessment of psychosocial wellbeing and care needs of
1517 people with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(3).
- 1518 22. Shaw JM, Price MA, Clayton JM, Grimison P, Shaw T, Rankin N, Butow PN. Developing a clinical
1519 pathway for the identification and management of anxiety and depression in adult cancer
1520 patients: an online Delphi consensus process. *Support Care Cancer*. 2016 Jan;24(1):33-41.
- 1521 23. Spinhoven PH, Ormel J, Sloekers PPA, Kempen GIJM. A validation study of the Hospital Anxiety
1522 and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine* 1997;
1523 27(2): 363-370.
- 1524 24. Terluin B, van Marwijk HW, Adèr HJ, de Vet HC, Penninx BW, Hermens ML, van Boeijen CA, van
1525 Balkom AJ, van der Klink JJ, Stalman WA. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ):
1526 a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression,
1527 anxiety and somatization. *BMC Psychiatry*. 2006 Aug 22;6:34.
- 1528 25. Traeger L, Greer JA, Fernandez-Robles C, Temel JS, Pirl WF. Evidence-based treatment of
1529 anxiety in patients with cancer. *J Clin Oncol*. 2012 Apr 10;30(11):1197-205.
- 1530 26. de Vries S, Lormans T, de Graaf E, Leget C, Teunissen S. The Content Validity of the Items
1531 Related to the Social and Spiritual Dimensions of the Utrecht Symptom Diary-4 Dimensional From
1532 a Patient's Perspective: A Qualitative Study. *J Pain Symptom Manage* 2021; 61: 287-94.
- 1533 27. Weldam SW, Schuurmans MJ, Liu R, Lammers JW. Evaluation of Quality of Life instruments for
1534 use in COPD care and research: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2013 May;50(5):688-707.
- 1535 28. Wilson KG, Graham ID, Viola RA, Chater S, de Faye BJ, Weaver LA, Lachance JA. Structured
1536 interview assessment of symptoms and concerns in palliative care. *Can J Psychiatry*. 2004
1537 Jun;49(6):350-8.
- 1538 29. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983
1539 Jun;67(6):361-70.
- 1540 30. Zorgstandaard Angstklachten en angststoornissen, 2017. www.ggzstandaarden.nl.

1541 **4. Behandeling van oorzaken en beïnvloedende somatische factoren**

1542

1543 **Uitgangsvraag**

1544 Wat is de voorgestelde benadering ten aanzien van de behandeling van oorzakelijke en
1545 beïnvloedende somatische factoren van angst bij patiënten in de palliatieve fase?

1546

1547 Methode: consensus-based

1548

1549 **Aanbevelingen**

1550 • Behandel, indien mogelijk, de somatische oorzaak van angst bij patiënten in de palliatieve fase,
1551 mits dit gewenst is door de patiënt en de behandeling zinvol en haalbaar wordt geacht in het licht
1552 van de algemene toestand en de levensverwachting van de patiënt.

1553 Daarbij kan gedacht worden aan:

1554

○ behandeling van:

1555

▪ symptomen (m.n. pijn (zie richtlijn [Pijn bij gevorderde stadia van COPD of hartfalen](#) en
1556 richtlijn [Pijn bij patiënten met kanker](#)), [dyspneu](#), [vermoeidheid](#), [slaapproblemen](#)
1557 en [misselijkheid](#), [hartkloppingen](#), [pijn op de borst](#), [koorts](#)), die niet onder controle zijn en
1558 die van invloed zijn op de angst;

1559

▪ electrolytstoornissen m.n. hypercalciëmie en hyponatriëmie;

1560

▪ endocriene stoornissen, m.n. hyperthyreoïdie en hypercortisolisme;

1561

▪ hersentumoren of hersenmetastasen;

1562

▪ delier;

1563

▪ onttrekkingsverschijnselen (nicotine, alcohol, drugs).

1564

○ afbouwen, staken of aanpassen van de dosering van medicatie die van invloed kan zijn op de
1565 angst.

1566

1567 **Literatuurbespreking**

1568 Voor deze uitgangsvraag is geen systematisch literatuuronderzoek verricht.

1569

1570 **Overwegingen**

1571 In reviews en richtlijnen wordt weinig aandacht besteed aan behandeling van oorzakelijke en
1572 beïnvloedende somatische factoren van angst bij patiënten met een onderliggende lichamelijke
1573 ziekte.

1574

In een aantal publicaties worden pijn, dyspneu, misselijkheid, hypercalciëmie, hyperthyreoïdie,
1575 hypercortisolisme, een aantal farmaca zoals corticosteroïden, opioïden, bronchodilatatoren, anti-
1576 parkinsonmedicatie en stimulantia, en onttrekking van alcohol, nicotine en/of drugs genoemd als
1577 oorzakelijke factoren van angst [Andersen 2014, Butow 2015, Pitman 2018, Roth 2007, Stiefel
1578 1994, Traeger 2012]. Belangrijk is ook dat een delier, veelal samengaan met verwardheid,
1579 desoriëntatie, motorische onrust en hallucinaties, vaak zeer beangstigend is [Roth 2007, Stoffels
1580 2020]. Wanneer de oorzaken van een delier, zoals bijvoorbeeld infectie, dehydratatie,
1581 electrolytstoornissen, obstipatie, urineretentie en/of opioïden duidelijk zijn, is het van groot belang
1582 deze te behandelen, ook om de angst te verminderen (zie verder [richtlijn delier](#)).

1583

In de studie van Salvo [2010] wordt de relatie tussen misselijkheid, sufheid en kortademigheid en
1584 angst benoemd, maar een eventueel causaal verband is niet onderzocht.

1585

Door sommige auteurs [Pitman 2018, Stiefel 1994, Roth 2007, Traeger 2012] wordt het belang van
1586 goede symptoomcontrole (vooral van pijn, dyspnoe en misselijkheid) benadrukt, maar het effect van
1587 deze benadering is nooit systematisch onderzocht.

1588

De werkgroep is van mening dat, waar mogelijk, oorzakelijke en beïnvloedende somatische factoren
1589 bij patiënten met angst in de palliatieve fase behandeld moeten worden, voordat de angst zelf
1590 behandeld wordt. Vanzelfsprekend moet er sprake zijn van een behandelbare oorzaak. De
1591 behandeling moet gewenst zijn door de patiënt en zinvol geacht worden in het licht van de algehele
1592 toestand en levensverwachting van de patiënt.

1593

Daarbij kan gedacht worden aan

1594

• behandeling van:

1595

○ symptomen (m.n. pijn (zie richtlijn [Pijn bij gevorderde stadia van COPD of hartfalen](#) en richtlijn
1596 [Pijn bij patiënten met kanker](#)), [dyspneu](#), [vermoeidheid](#), [slaapproblemen](#) en
1597

- 1598 [misselijkheid](#), [hartkloppingen](#), [pijn op de borst](#), [koorts](#)), die niet onder controle zijn en die van
 1599 invloed zijn op de angst;
 1600 ○ elektrolytstoornissen, m.n. hypercalciëmie en hyponatriëmie;
 1601 ○ endocriene stoornissen, m.n. hyperthyreoïdie en hypercortisolisme;
 1602 ○ hersentumoren of hersenmetastasen;
 1603 ○ delier;
 1604 ○ onttrekkingsverschijnselen (nicotine, alcohol, drugs).
- 1605 • afbouwen, staken of aanpassen van medicatie die van invloed kan zijn op de angst:
 - 1606 ○ corticosteroiden.
 - 1607 ○ opioïden.
 - 1608 ○ bronchodilatoren (theofylline, bèta-adrenerge agonisten (fenoterol, salbutamol, terbutaline)
 1609 (N.B. bronchodilatoren kunnen als bijwerking angst veroorzaken, maar dyspnoe kan ook
 1610 angst veroorzaken, het is dus belangrijk om de goede balans te vinden);
 - 1611 ○ stimulantia/antidepressiva (methylfenidaat, MAO-remmers, SSRI's);
 - 1612 ○ benzodiazepinen (paradoxe reactie);
 - 1613 ○ bètablokkers;
 - 1614 ○ androgenen;
 - 1615 ○ anti-Parkinsonmiddelen: methyldopa, levodopa en dopamineantagonisten: angst als gevolg
 1616 van hallucinaties en/of akathisie (= bewegingsonrust), maar ook de wearing-off (voelen dat de
 1617 verbeteringen niet blijven aanhouden totdat de volgende dosis medicatie begint te werken);
 - 1618 ○ middelen met extrapiramidale bijwerkingen: metoclopramide, alizapride, haloperidol,
 1619 prochlorperazine en levomepromazine.

1620
 1621 Deze behandelingen kunnen mogelijk ook bijdragen aan het voorkomen van angst in de palliatieve
 1622 fase.

1623 Referenties

- 1624
- 1625 1. Andersen BL, DeRubeis RJ, Berman BS, Gruman J, Champion VL, Massie MJ, Holland JC,
 1626 Partridge AH, Bak K, Somerfield MR, Rowland JH; American Society of Clinical Oncology.
 1627 Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an
 1628 American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. J Clin Oncol. 2014 May
 1629 20;32(15):1605-19.
 - 1630 2. Butow P, Price MA, Shaw JM, Turner J, Clayton JM, Grimison P, Rankin N, Kirsten L. Clinical
 1631 pathway for the screening, assessment and management of anxiety and depression in adult
 1632 cancer patients: Australian guidelines. Psychooncology. 2015 Sep;24(9):987-1001.
 - 1633 3. Pitman A, Suleman S, Hyde N, Hodgkiss A. Depression and anxiety in patients with cancer. BMJ.
 1634 2018 Apr 25;361:k1415.
 - 1635 4. Roth AJ, Massie MJ. Anxiety and its management in advanced cancer. Curr Opin Support Palliat
 1636 Care. 2007 Apr;1(1):50-6.
 - 1637 5. Salvo N, Zeng L, Zhang L, Leung M, Khan L, Presutti R, Nguyen J, Holden L, Culleton S, Chow E.
 1638 Frequency of reporting and predictive factors for anxiety and depression in patients with advanced
 1639 cancer. Clin Oncol (R Coll Radiol). 2012 Mar;24(2):139-48.
 - 1640 6. Stiefel F, Razavi D. Common psychiatric disorders in cancer patients. II. Anxiety and acute
 1641 confusional states. Support Care Cancer. 1994 Jul;2(4):233-7.
 - 1642 7. Stoffels JMJ, van Munster BC, Muller M. Delier bij ouderen. Ned Tijdschr Geneesk. 2020 Nov
 1643 23;164:D4953.
 - 1644 8. Traeger L, Greer JA, Fernandez-Robles C, Temel JS, Pirl WF. Evidence-based treatment of
 1645 anxiety in patients with cancer. J Clin Oncol. 2012 Apr 10;30(11):1197-205.

1646 **5. Psychosociale interventies voor patiënten met angst in de palliatieve fase**

1647

1648 **Uitgangsvraag**

1649 Welke psychosociale interventies kunnen worden ingezet voor het verminderen van angst in de
1650 palliatieve fase?

1651

1652 Methode: evidence-based

1653

1654 **Aanbevelingen:**

- 1655 • Kies bij angst altijd voor een psychosociale interventie. Dit kan zijn ondersteunende gesprekken,
1656 zingevingsgesprekken, een vorm van psychotherapie of een andere vorm van therapie (bijv.
1657 muziektherapie).
- 1658 • Gebruik het matched-care principe, waarbij de behoefte van de patiënt leidend is voor de keuze
1659 van de psychosociale interventie.
- 1660 • Begin bij angstklachten met ondersteunende gesprekken door arts en/of verpleegkundige of
1661 eventueel een POH-GGZ.
- 1662 • Verwijs naar een geestelijk verzorger indien existentiële problematiek op de voorgrond staat.
- 1663 • Overweeg verwijzing voor psychotherapie en/of muziektherapie:
- 1664 ○ Als de patiënt daar behoefte aan heeft;
- 1665 ○ Bij een aanpassingsstoornis met angst of een angststoornis;
- 1666 ○ Als ondersteunende gesprekken onvoldoende effect hebben.
- 1667 Er kan gekozen worden voor psychotherapie (cognitieve (gedrags)therapie, meaning-centered
1668 psychotherapie, acceptance and commitment therapy (ACT), Managing Cancer Living
1669 Meaningfully (CALM) therapie, dignity therapy, mindfulness (MBCT of MBSR)) of muziektherapie.
- 1670 • Overweeg bij ernstige angstklachten het gebruik van interventies zoals gespecificeerd in de
1671 [zorgstandaard Angstklachten en Angststoornissen](#) en bied, indien daar indicatie voor is, medicatie
1672 aan (zie ook de [module 6. Medicamenteuze behandeling](#)).
- 1673 • Overweeg bij stokkende communicatie tussen partners of gezinsleden, of als er sprake is van
1674 verwijdering tussen partners of gezinsleden, de inzet van systemische gesprekken. Overweeg dit
1675 vooral ook als er jonge kinderen in het gezin zijn.
- 1676 • Bepaal de therapiekeuze op basis van de persoonlijke voorkeur van de patiënt, aard en ernst van
1677 de problematiek, beschikbaarheid van de therapie en verwachte levensduur.
- 1678 • Verwijs voor de genoemde therapieën naar een geregistreerde zorgprofessional met specifieke
1679 training in de betreffende therapie. Denk hierbij aan psychologen, psychiaters, maatschappelijk
1680 werkenden en verpleegkundig specialisten of (voor muziektherapie) een vaktherapeut.
- 1681 • Raadpleeg voor een verwijzing de [verwijsgids kanker](#), het [NVPO-deskundigenbestand](#) of de
1682 [Palliatieve Zorgzoeker](#).

1683

1684 **Inleiding**

1685 In deze module wordt beschreven welke psychosociale interventies beschikbaar zijn voor het
1686 verminderen van angst bij mensen in de palliatieve fase. We maken hierbij een onderscheid tussen
1687 ondersteunende gesprekken en intensievere behandeling/psychotherapie. Ondersteunende
1688 gesprekken zijn vooral gericht op emotionele en praktische begeleiding bij angstklachten.
1689 Psychotherapie is vooral gericht op behandeling van ernstige angstklachten [[Kwaliteitsstandaard
1690 psychosociale zorg bij somatische aandoeningen](#)].

1691

1692 Allereerst wordt de wetenschappelijke evidentie gepresenteerd voor verschillende typen
1693 psychotherapie voor het verminderen van angst of het verhogen van kwaliteit van leven bij mensen in
1694 de palliatieve fase. Vervolgens worden er overwegingen gepresenteerd waarin ook behandelopties
1695 worden besproken waar nog geen systematisch bewijs (volgens de GRADE methode) van de
1696 effectiviteit voor is, maar waarmee op basis van het beschikbare bewijs en de ervaringen in de praktijk
1697 goede resultaten behaald lijken te worden in het verminderen of het beter leren omgaan met angst.

1698

1699 In de literatuurbespreking worden de effecten van verschillende psychotherapieën besproken,
1700 waaronder een aantal therapievormen die ontwikkeld zijn voor en onderzocht zijn bij mensen met
1701 (uitgezaaide) kanker.

1702

1703 **Literatuuronderzoek**

1704

1705 Onderzoeksvraag

1706 Om de uitgangsvraag van deze module te kunnen beantwoorden, is een systematisch
1707 literatuuronderzoek uitgevoerd. De onderzoeksvraag die hiervoor is opgesteld is PICO-gestructureerd
1708 en luidt:

1709

1710 Wat is het effect van niet-medicamenteuze behandeling op angst bij patiënten in de palliatieve fase?

1711

1712 **PICOS**

P	Patiënten in de palliatieve fase
I	Niet-medicamenteuze behandeling
C	Gebruikelijke begeleiding / standaard zorg
O	Angst Distress (gemeten met HADS-totaalscore) Kwaliteit van leven
S	Hospice / End of life care / Thuis / palliatief

1713

1714 Zoekstrategie en selectie van studies

1715

1716 Selectie van studies

1717 Op 31 mei 2021 is een zoekactie uitgezet in Pubmed, Embase, Cinahl, PsycInfo en de Cochrane
1718 database voor systematische reviews. In Zoekverantwoording [bijlage 8 - 5.1](#) zijn de zoektermen
1719 opgenomen. Het literatuuronderzoek leverde na ontdebellen 645 systematische reviews op. Na de
1720 eerste selectie bleven er 119 volledig beschikbare systematische reviews over. Na het beoordelen van
1721 de volledig beschikbare teksten bleven er 10 reviews over. In Zoekverantwoording [bijlage 8 - 5.4](#) is
1722 een lijst met exclusieredenen voor deze module bijgevoegd. Li [2020] bleek de meest recente review
1723 met meta-analyse over de effectiviteit van dignity therapy op angst. Voor muziektherapie bleek de
1724 review van Gao [2019] de beste match met de PICO. Het effect van life review werd in de studie van
1725 Wang [2017] in kaart gebracht. Meaning centered therapy werd besproken in de review van Kang en
1726 collegae [2019]. Voor overige psychologische interventies waaronder cognitieve gedragstherapie en
1727 cognitieve therapie, is gebruik gemaakt van de systematische review van Fulton [2018] en de review
1728 van Okuyama [2017].

1729

1730 In de review van Warth [2019] werd daarnaast het effect van verschillende korte psychosociale
1731 interventies op emotionele distress geanalyseerd. Aangezien het merendeel van de interventies die in
1732 de reviews van Warth besproken worden, al benaderd zijn door andere, meer complete reviews, is
1733 deze review enkel gebruikt om informatie aan te vullen bij meta-analyses die geüpdatet konden
1734 worden met nieuwe informatie.

1735

1736 De resultaten zijn weergegeven in gestandaardiseerde gemiddelde verschillen (SMD) tussen de
1737 interventie - en controlegroepen. Een SMD van 0 - 0,2 geeft aan dat er geen verschil in effect is
1738 tussen de interventie - en controlegroepen, 0,2 - 0,5 betekent dat er een klein verschil is tussen de
1739 effecten, 0,5 - 0,8 dat er een matig verschil is en een SMD > 0,8 dat er een groot verschil is.

1740

1741 **Resultaten**

1742

1743 *Psychotherapie (Okuyama 2017)*

1744 Voor de review van Okuyama zijn RCTs meegenomen die het effect van psychotherapie op patiënten
1745 met een vergevorderde vorm van kanker analyseerden. In totaal droegen 11 RCTs (n=676) bij aan de
1746 meta-analyse waarin het effect van psychotherapie op angst werd vergeleken met controlegroepen
1747 van diverse aard. Psychotherapie kon bestaan uit psychologische ondersteuning, counseling,
1748 problem-solving therapy, cognitieve gedragstherapie, supportive-expressive therapy, short-term life
1749 review therapy, acceptance and commitment therapy en meaning-centered therapy. Er werd een SMD
1750 van -0,65 (95%BI= -1,05; -0,26) gevonden, met een I²=82% (chi-squared test p<0,00001), superieur

1751 voor psychotherapie. Kwaliteit van leven werd door drie RCTs in kaart gebracht, resulterend in een
 1752 SMD van 0,17 (n=148, 95%BI= -0,16; 0,51). Voor beide analyses werd geen forest-plot weergegeven.
 1753

Tabel 2. Meta-analyse en GRADE psychotherapie versus controlegroepen

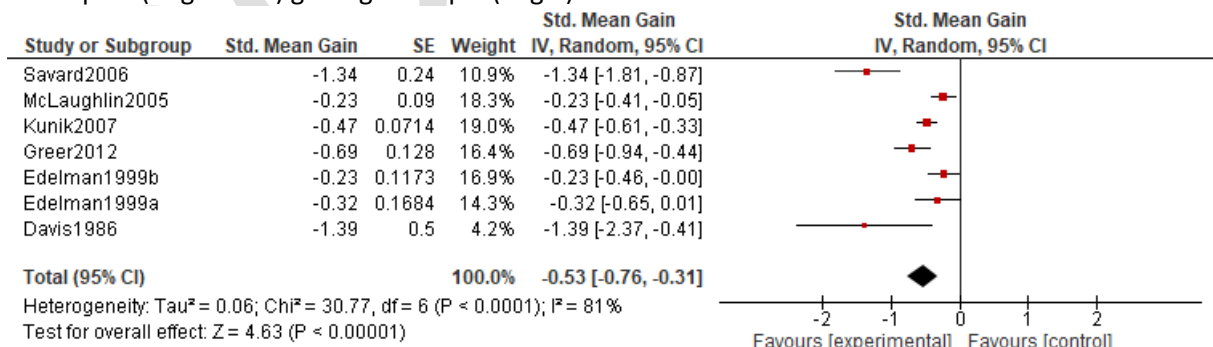
Uitkomsten	Absolute effecten* (95% CI)		Relatief effect (95% CI)	Aantal deelnemers (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)	Opmerkingen
	Risico met placebo	Risico met Meaning-centered				
Angst	-	SMD 0.65 lager (1.05 lager tot 0.26 lager)	-	676 (11 studies)	⊕⊕OO LAAG ^{a,b}	Psychotherapie lijkt angst bij patiënten in de palliatieve fase te verminderen.
QoL	-	SMD 0.17 hoger (0.16 lager tot 0.51 hoger)	-	148 (3 studies)	⊕⊕OO LAAG ^{a,b}	Psychotherapie lijkt kwaliteit van leven bij patiënten in de palliatieve fase niet te verbeteren.

a. Risico op bias
 b. Heterogeniteit

CI: confidence interval
 Risico met controle: Aantal controlepatiënten met een event, als deel van het totaal aantal patiënten. Weergegeven per 1.000.
 SMD: standardized mean difference
 Risico met controle: achtergrondrisico (Kans (of risico) op de bestudeerde uitkomst in de referentiegroep)

1754
 1755 *Cognitieve gedragstherapie en cognitieve therapie (Fulton2018)*
 1756 Voor de review van Fulton werd tot augustus 2017 gezocht naar RCT's die een vorm van
 1757 psychotherapie met een controlebehandeling vergeleken. Voor cognitieve gedragstherapie bleken er
 1758 vier RCT's uitgevoerd te zijn die uitkomsten voor angst hadden gerapporteerd. Voor cognitieve
 1759 therapie zijn daar nog 3 studies aan toegevoegd. Het totaal resulteerde in een gestandaardiseerd
 1760 gemiddeld verschil (voor- vs nameting) van -0,53 (95%BI=-0,76; -0,31).
 1761

1762 Forestplot: (Cognitieve) gedragstherapie (angst)



1763
 1764

Tabel 3 meta-analyse en GRADE CBT versus placebo

Uitkomsten	Absolute effecten* (95% CI)		Relatief effect (95% CI)	Aantal studies	Certainty of the evidence (GRADE)	Opmerkingen
	Risico met placebo	Risico met CBT				
Angst	-	-	Std. Mean Gain -0.53 (-0.76 tot -0.31)	(7 studies)	⊕○○○ ZEER LAAG ^{a,b}	Het is onzeker, mogelijk vermindert cognitieve gedragstherapie angst bij patiënten in de palliatieve fase.

a. observationeel onderzoek begint laag

b. indirect bewijs, mogelijk bestaat een deel van de studiepopulatie uit niet-palliatieve patiënten

CI: confidence interval

Risico met controle: Aantal controlepatiënten met een event, als deel van het totaal aantal patiënten.

Weergegeven per 1.000.

SMD: standardized mean difference

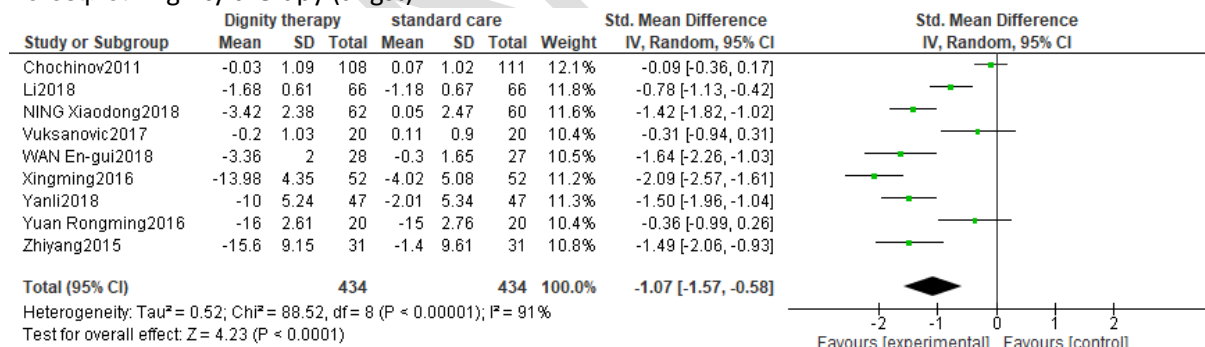
Risico met controle: achtergrondrisico (Kans (of risico) op de bestudeerde uitkomst in de referentiegroep)

1765
1766
1767
1768
1769
1770
1771
1772
1773
1774

Dignity therapy (Li 2019)

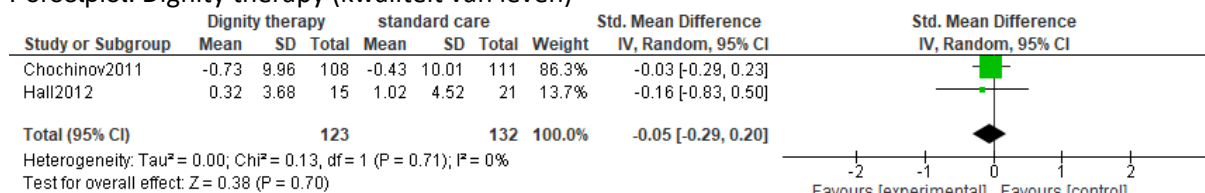
Li [2019] includeerde in de kwantitatieve analyse van angst 9 RCTs met in totaal 868 deelnemers met een gevorderde vorm van kanker. Alle studies vergeleken dignity therapy met een vorm van standaard zorg. Deze analyse resulteerde in een SMD van -1,07 (95% BI= -1,57; -0,58). Twee RCTs maten het effect van dignity therapy op kwaliteit van leven (n=255), uit deze meta-analyse kwam een SMD van -0,05 (95%BI= -0,29; 0,20). Een negatieve score voor kwaliteit van leven geeft in deze analyse een verbeterde kwaliteit van leven weer.

Forestplot: Dignity therapy (angst)



1775
1776
1777

Forestplot: Dignity therapy (kwaliteit van leven)



1778
1779

Tabel 4. Meta-analyse en GRADE Dignity therapy versus standaardzorg

Uitkomsten	Absolute effecten* (95% CI)		Relatief effect (95% CI)	Aantal deelnemers (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)	Opmerkingen
	Risico met placebo	Risico met Dignity therapy				
Angst	-	SMD 1.07 lager (1.57 lager tot 0.58 lager)	-	868 (9 studies)	⊕○○○ ZEER LAAG ^{a,b,c}	Het is onzeker, <i>dignity therapy</i> zou <i>angst</i> bij patiënten in de palliatieve fase kunnen verminderen.
QoL	-	SMD 0.05 lager (0.29 lager tot 0.2 hoger)	-	255 (2 studies)	⊕⊕⊕○ REDELIJK ^{a,c}	<i>Dignity therapy</i> verbetert <i>kwaliteit van leven</i> bij patiënten in de palliatieve fase waarschijnlijk niet.

- a. Risico op vertekening
- b. Heterogeniteit in de resultaten
- c. Onnauwkeurig (breed betrouwbaarheidsinterval)

CI: confidence interval

Risico met controle: Aantal controlepatiënten met een event, als deel van het totaal aantal patiënten. Weergegeven per 1.000.

SMD: standardized mean difference

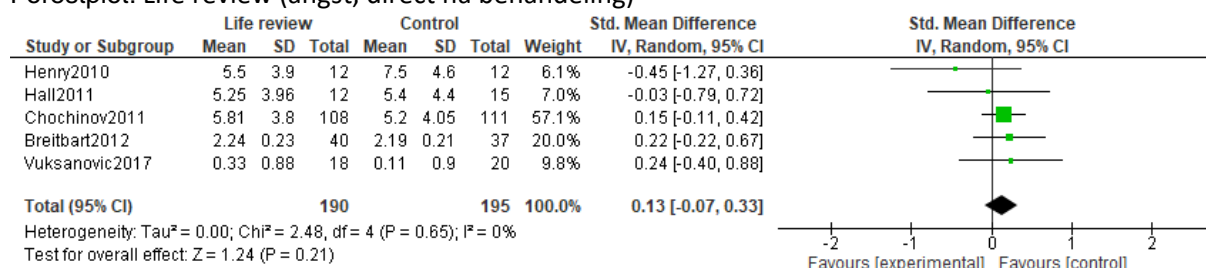
Risico met controle: achtergrondrisico (Kans (of risico) op de bestudeerde uitkomst in de referentiegroep)

1780
1781
1782
1783
1784
1785
1786
1787
1788
1789
1790
1791
1792
1793
1794
1795
1796
1797
1798

(Short term) life review therapy [Wang 2017, aangevuld door Warth 2019]

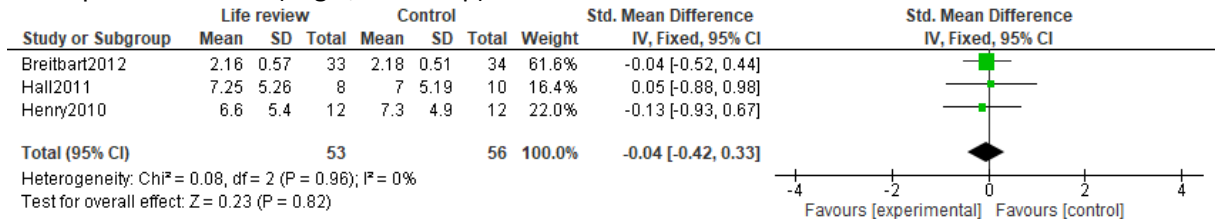
Wang en collegae zochten tot februari 2017 in 5 verschillende databases naar RCTs over de effectiviteit van life review therapie bij patiënten rond het levenseinde. Ze analyseerden het effect hiervan op angst (gemeten met behulp van de angst-subschaal van de HADS) aan de hand van 4 RCTs na de interventie, en 3 RCTs met een langere follow-up. De SMDs bleken respectievelijk 0,11 (95% BI=-0,10; 0,33) voor post-interventie en -0,04 (95BI=-0,52; 0,44) bij een langere follow-up. Daarnaast werd distress gemeten aan de hand van de HADS-totaalscore, gemeten door 3 verschillende RCTs. Hieruit kwam een SMD van -0,32 (95%BI= -0,55; -0,09). Bovendien bleek in de review van Warth [2019] dat een extra RCT toegevoegd kon worden aan de analyse van Wang [2017]. Dit betrof de studie van Vuksanovic [2017], waarin angst gemeten was met behulp van de patient dignity inventory (PDI). Deze analyse gaf een SMD van 0,13 (95%BI= -0,07; 0,33). Voor de uitkomst kwaliteit van leven, maakten de auteurs van deze review onderscheid in metingen met niet-gevalideerde en gevalideerde vragenlijsten. Voor deze richtlijn is gebruik gemaakt van de analyse met uitkomsten van gevalideerde vragenlijsten. Deze analyse leidde tot een SMD van 0,25 (4 studies, n=186, 95%BI= -0,03; 0,54) post-interventie, en bij follow-up 0,16 (4 studies, n=167, 95%BI= -0,15; 0,46). Hierbij wijst een hogere uitkomst op een hogere kwaliteit van leven.

Forestplot: Life review (angst, direct na behandeling)



1799

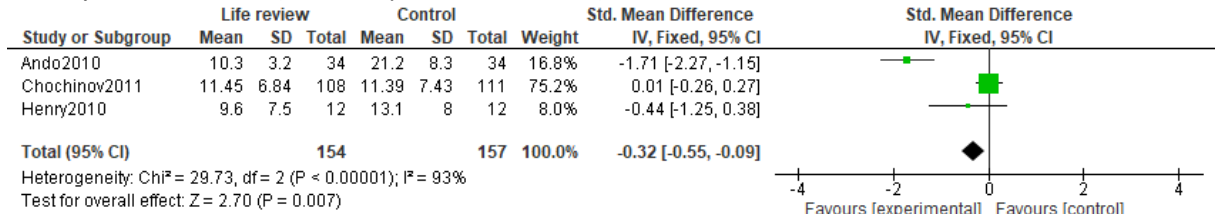
1800 Forestplot: Life review (angst, follow-up)



1801

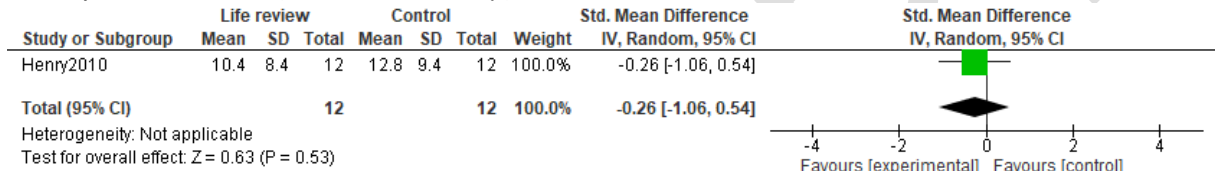
1802

1803 Forestplot: Life review (distress, post-intervention)



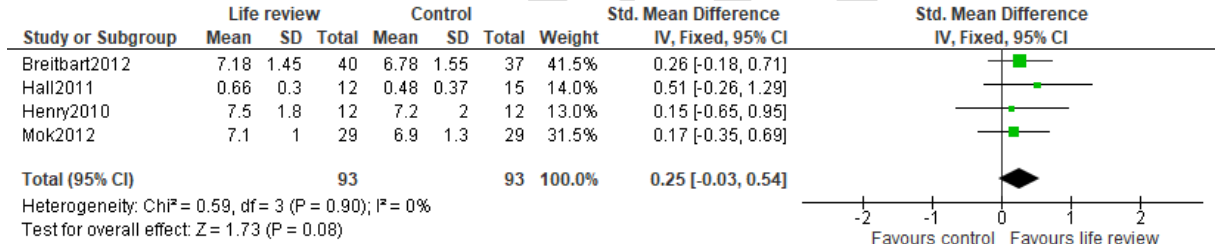
1804

1805 Forestplot: Life review (distress, follow-up)



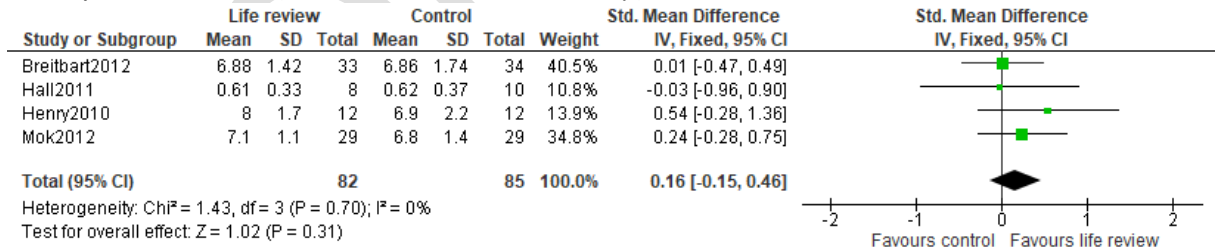
1806

1807 Forestplot: Life review (kwaliteit van leven, post-intervention)



1808

1809 Forestplot: Life review (kwaliteit van leven, follow-up)



1810

1811

Tabel 5. Meta-analyse en GRADE life review therapy versus controle

Uitkomsten	Absolute effecten* (95% CI)		Relatief effect (95% CI)	Aantal deelnemers (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)	Opmerkingen
	Risico met placebo	Risico met Life review				
Angst (post-int)	-	SMD 0.13 hoger (0.07 lager tot 0.33 hoger)	-	385 (5 studies)	⊕⊕OO LAAG ^{a,b}	Life review therapy lijkt angst bij patiënten in de palliatieve fase op de korte termijn niet te verminderen.
Distress	-	SMD 0.32 lager (0.55 lager tot 0.09 lager)	-	311 (3 studies)	⊕OOO ZEER LAAG ^{a,b,c}	Het is onzeker, mogelijk vermindert life review therapy distress op de korte termijn bij patiënten in de palliatieve fase.
Angst (follow-up 4 weken tot 3 maanden)	-	SMD 0.04 lager (0.42 lager tot 0.33 hoger)	-	109 (3 studies)	⊕⊕OO LAAG ^{a,b}	Life review therapy lijkt angst bij patiënten in de palliatieve fase op de langere termijn niet te verminderen.
Distress (follow-up 3 maanden)	-	SMD 0.26 lager (1.06 lager tot 0.54 hoger)	-	24 (1 study)	⊕OOO ZEER LAAG ^{a,b,c}	Het is onduidelijk wat het effect van life review therapy op distress is op de langere termijn.
QoL (post-int)	-	SMD 0.25 hoger (0.03 lager tot 0.54 hoger)	-	186 (4 studies)	⊕⊕OO LAAG ^{a,b}	Life review therapy lijkt kwaliteit van leven bij patiënten in de palliatieve fase op de korte termijn te enigszins verbeteren.
QoL (follow-up 2 weken tot 3 maanden)	-	SMD 0.16 hoger (0.15 lager tot 0.46 hoger)	-	167 (4 studies)	⊕OOO ZEER LAAG ^{a,b,c}	Het is onduidelijk wat het effect van life review therapy op kwaliteit van leven op de langere termijn is, bij patiënten in de palliatieve fase.

a. Risico op vertekening

b. Risico op onnauwkeurigheid

c. heterogeniteit

CI: confidence interval

Risico met controle: Aantal controlepatiënten met een event, als deel van het totaal aantal patiënten. Weergegeven per 1.000.

SMD: standardized mean difference

Risico met controle: achtergrondrisico (Kans (of risico) op de bestudeerde uitkomst in de referentiegroep)

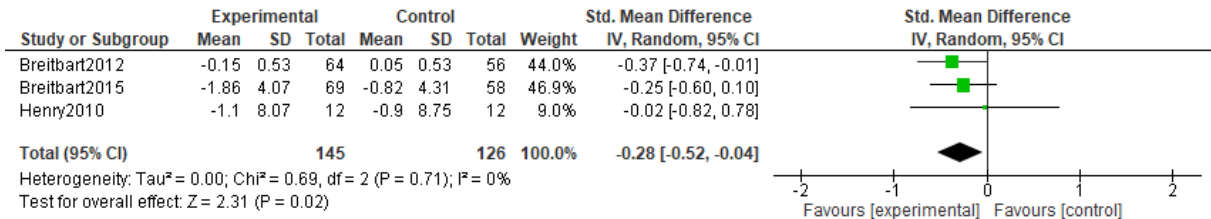
1812
1813
1814
1815
1816

Meaning centered psychotherapy [Kang 2018]

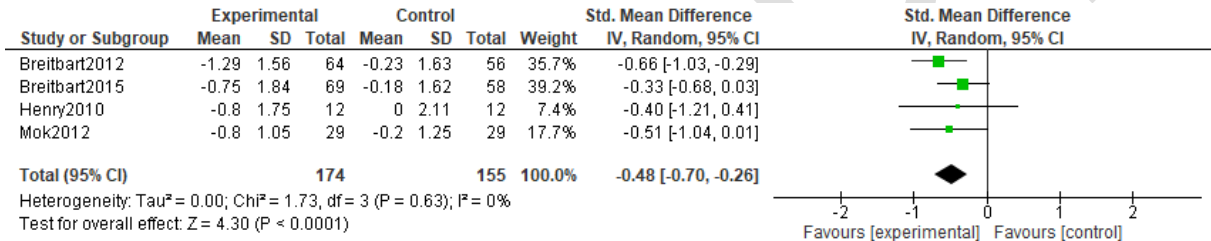
Kang zocht tot mei 2017 in acht verschillende databases, en includeerde drie RCTs die samengenomen konden worden (271 deelnemers in de terminale fase of met gevorderde vorm van kanker) in een meta-analyse voor angst. Controlegroepen kregen in de meeste gevallen standaard

1817 zorg. Angst werd gemeten met behulp van de HADS. De SMD uit deze drie studies samen was -0,28
 1818 (95%BI= -0,52; -0,04). Voor kwaliteit van leven werd de meta-analyse uit de review van Kang
 1819 aangepast, alleen RCTs werden gebruikt (4, n= 329), resulterend in een SMD van -0,48 (95%BI=
 1820 0,70; =0,26), in het voordeel van de patiënten die meaning centered psychotherapy ontvingen. Een
 1821 lagere score betekent voor beide uitkomsten dat de interventie beter scoorde.

1822
 1823 Forestplot: Meaning centered psychotherapy (angst)
 1824



1825
 1826
 1827 Forestplot: Meaning centered psychotherapy (kwaliteit van leven)
 1828



1829
 1830

Tabel 6. Meta-analyse en GRADE Meaning centered psychotherapy versus controlegroepen

Uitkomsten	Absolute effecten* (95% CI)		Relatief effect (95% CI)	Aantal deelnemers (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)	Opmerkingen
	Risico met placebo	Risico met Meaning-centered				
Angst	-	SMD 0.28 lager (0.52 lager tot 0.04 lager)	-	271 (3 studies)	⊕⊕⊕⊕ REDELIJK ^a	Meaning centered psychotherapy vermindert angst bij patiënten in de palliatieve fase waarschijnlijk enigszins.
QoL	-	SMD 0.48 lager (0.7 lager tot 0.26 lager)	-	329 (4 studies)	⊕⊕⊕⊕ REDELIJK ^a	Meaning centered psychotherapy verbetert kwaliteit van leven bij patiënten in de palliatieve fase waarschijnlijk enigszins.

a. Onnauwkeurigheid

CI: confidence interval

Risico met controle: Aantal controlepatiënten met een event, als deel van het totaal aantal patiënten. Weergegeven per 1.000.

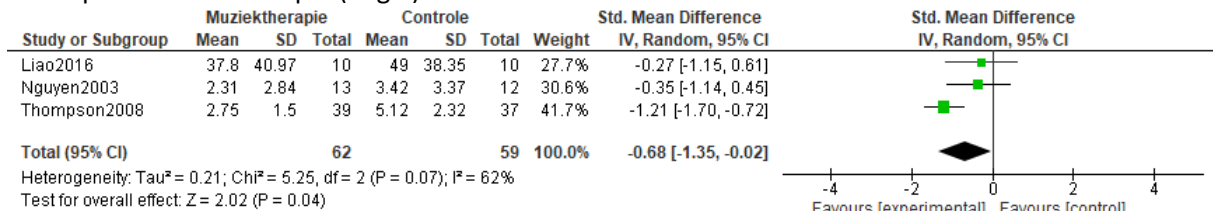
SMD: standardized mean difference

Risico met controle: achtergrondrisico (Kans (of risico) op de bestudeerde uitkomst in de referentiegroep)

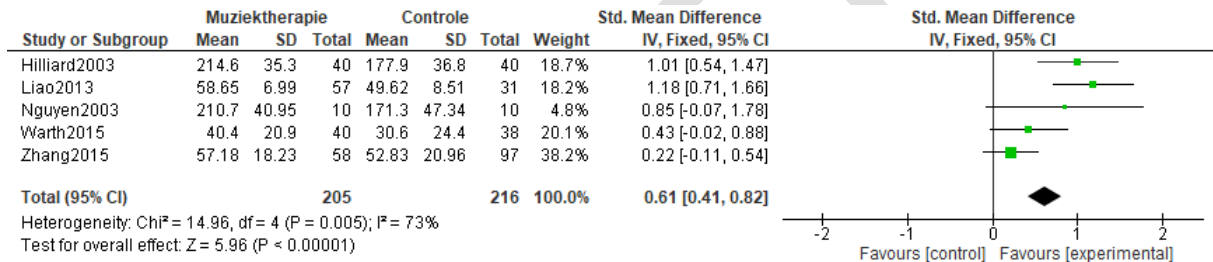
1831
 1832 *Muziektherapie [Gao 2019]*

1833 Gao includeerde drie RCTs die samengenomen konden worden (121 deelnemers) in een meta-
 1834 analyse voor angst. Patiënten in de RCTs leden aan een ongeneeslijke aandoening en waren in de
 1835 terminale fase, of ontvingen palliatieve zorg. Angst werd gemeten met behulp van de HADS, de visual
 1836 analog scales (VAS) en de Edmonton Symptom assessment system (ESAS). De SMD uit deze drie
 1837 studies samen was -0,68 (95%BI= -1,35; -0,02). Een lagere score voor angst staat in deze review voor
 1838 minder angst. Kwaliteit van leven werd door 5 studies in dit artikel gemeten (n= 421), resulterend in
 1839 een SMD van 0,61 (95%BI= 0,41; 0,82). Een hogere score voor kwaliteit van leven betekent in deze
 1840 review een hogere kwaliteit van leven.

1841
 1842 Forestplot: Muziektherapie (angst)



1843
 1844
 1845
 1846 Forestplot: Muziektherapie (kwaliteit van leven)



1847
 1848
 1849
 Tabel 7. meta-analyse en GRADE Muziektherapie versus controlegroepen

Uitkomsten	Absolute effecten* (95% CI)		Relatief effect (95% CI)	Aantal deelnemers (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)	Opmerkingen
	Risico met placebo	Risico met Music therapy				
Angst	-	SMD 0.68 lager (1.35 lager tot 0.02 lager)		121 (3 studies)	⊕⊕⊕⊕ LAAG ^{a,b}	Muziektherapie zou angst bij patiënten in de palliatieve fase kunnen verminderen.
QoL	-	SMD 0.61 hoger (0.41 hoger tot 0.82 hoger)		421 (5 studies)	⊕⊕⊕⊕ LAAG ^{a,c}	Muziektherapie zou kwaliteit van leven bij patiënten in de palliatieve fase kunnen verbeteren

- a. risico op vertekening
- b. onnauwkeurigheid
- c. heterogeniteit

Tabel 7. meta-analyse en GRADE Muziektherapie versus controlegroepen

Uitkomsten	Absolute effecten* (95% CI)		Relatief effect (95% CI)	Aantal deelnemers (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)	Opmerkingen
	Risico met placebo	Risico met Music therapy				

CI: confidence interval

Risico met controle: Aantal controlepatiënten met een event, als deel van het totaal aantal patiënten. Weergegeven per 1.000.

SMD: standardized mean difference

Risico met controle: achtergrondrisico (Kans (of risico) op de bestudeerde uitkomst in de referentiegroep)

1850
1851
1852
1853
1854
1855
1856
1857
1858
1859
1860
1861
1862
1863
1864
1865
1866
1867
1868
1869
1870
1871

Kwaliteit van het bewijs

De kwaliteitsbeoordeling van de individuele trials die bij hebben gedragen aan de meta-analyses is overgenomen uit de reviews van Li, Gao, Kang, Wang en Fulton. Voor informatie over het risico op bias dient de betreffende review geraadpleegd te worden.

De GRADE beoordeling voor de effectiviteit van dignity therapy is overgenomen uit de review van Li [2019]. De kwaliteit van de conclusie voor angst is beoordeeld als zeer laag, veroorzaakt door aanzienlijke heterogeniteit, risico op vertekening en onnauwkeurigheid (een breed betrouwbaarheidsinterval). De kwaliteit voor de conclusie over kwaliteit van leven is door de auteurs beoordeeld als redelijk. De GRADE beoordeling van de review door Okuyama en collegae is tevens overgenomen uit de betreffende review. Zowel de conclusie voor angst, als die voor kwaliteit van leven, werden gedowngraded voor beperkingen in de studie-opzet, en voor inconsistentie. Overige GRADE kwaliteitsbeoordelingen zijn naar aanleiding van deze richtlijn tot stand gekomen. De resultaten uit Fulton 2018 werden beoordeeld als resultaten van observationeel onderzoek, in verband met het ontbreken van vergelijking met een controlegroep. De kwaliteit van het bewijs wordt voor deze uitkomsten conform GRADE als laag beoordeeld, waarbij de mogelijkheid bestaat om dit op te waarderen wanneer een effect (zeer) groot is en er bovendien geen andere verdenkingen voor vertekening van dit effect bestaan. Uitkomsten van observationeel onderzoek kunnen gedowngraded worden naar zeer laag voor de verschillende GRADE-onderdelen.

Conclusies

⊕⊕⊕⊕ LAAG	Psychotherapie (brede definitie) lijkt angst bij patiënten in de palliatieve fase te verminderen. <i>Okuyama 2017</i>
--------------	--

1872

⊕⊕⊕⊕ LAAG	Psychotherapie lijkt kwaliteit van leven bij patiënten in de palliatieve fase niet te verbeteren. <i>Okuyama 2017</i>
--------------	--

1873

⊕⊕⊕⊕* ZEER LAAG	Het is onzeker, mogelijk vermindert cognitieve gedragstherapie angst bij patiënten in de palliatieve fase. <i>Fulton 2018</i>
-----------------------	--

1874

⊕⊕⊕⊕ ZEER LAAG	Het is onzeker, <i>dignity therapy</i> zou angst bij patiënten in de palliatieve fase kunnen verminderen. <i>Li 2020</i>
----------------------	---

1875

	<i>Dignity therapy</i> verbetert <i>kwaliteit van leven</i> bij patiënten in de palliatieve fase waarschijnlijk niet.
--	---

1876	⊕⊕⊕O REDELIJK	<i>Li 2020</i>
1877	⊕⊕OO LAAG	<i>Life review therapy lijkt angst bij patiënten in de palliatieve fase zowel op de korte- als op de langere termijn niet te verminderen.</i> <i>Wang 2017 aangevuld met Vuksanovic 2017</i>
1878	⊕OOO ZEER LAAG	Het is onzeker, mogelijk vermindert <i>life review therapy distress</i> op de korte termijn bij patiënten in de palliatieve fase. Het is onduidelijk wat het effect van <i>life review therapy</i> op <i>distress</i> is op de langere termijn. <i>Wang 2017</i>
1879	⊕⊕OO LAAG	<i>Life review therapy</i> lijkt <i>kwaliteit van leven</i> bij patiënten in de palliatieve fase op de korte termijn te verbeteren. <i>Wang 2017</i>
1880	⊕OOO ZEER LAAG	Het is onduidelijk wat het effect van <i>life review therapy</i> op <i>kwaliteit van leven</i> op de langere termijn is, bij patiënten in de palliatieve fase. <i>Wang 2017</i>
1881	⊕⊕⊕O REDELIJK	<i>Meaning centered psychotherapy</i> vermindert <i>angst</i> bij patiënten in de palliatieve fase waarschijnlijk enigszins. <i>Kang 2018</i>
1882	⊕⊕⊕O REDELIJK	<i>Meaning centered psychotherapy</i> verbetert <i>kwaliteit van leven</i> bij patiënten in de palliatieve fase waarschijnlijk enigszins. <i>Kang 2018</i>
1883	⊕⊕OO LAAG	<i>Muziektherapie</i> zou <i>angst</i> bij patiënten in de palliatieve fase kunnen verminderen. <i>Gao 2019</i>
1884	⊕⊕OO LAAG	<i>Muziektherapie</i> zou <i>kwaliteit van leven</i> bij patiënten in de palliatieve fase kunnen verbeteren. <i>Gao 2019</i>

1885 **Overwegingen**

1886 De werkgroep is van mening dat bij angst in de palliatieve fase altijd gekozen moet worden voor een psychosociale interventie. Deze kan bestaan uit ondersteunende gesprekken, zingevingsgesprekken, psychotherapie of andere vormen van therapie, zoals bijv. muziektherapie.

1889 Bij angstklachten bestaat de psychosociale begeleiding primair uit ondersteunende gesprekken.

1890 Indien existentiële problematiek op de voorgrond staat, kan verwezen worden naar een geestelijk verzorger.

1892 De voorkeur van de patiënt weegt ook mee in het kiezen tussen ondersteunende gesprekken of psychotherapie. Indien gewenst en geïndiceerd is psychotherapie ook een optie bij angstklachten.

1894 Hieronder volgen handvatten voor de keuze van de psychosociale interventies.

1895
1896 De werkgroep adviseert het principe van matched care voor psychosociale zorg bij angst in de
1897 palliatieve fase. In de palliatieve fase is er sprake van beperkte tijd en energie, waardoor de voorkeur
1898 ligt bij het meteen op het juiste niveau de zorg insteken. Idealiter wordt een passende behandeling
1899 gezocht op basis van klinische karakteristieken, maar hiervoor ontbreekt de wetenschappelijke
1900 evidentie tot nu toe op dit gebied.
1901 Voor de huidige toepassing van matched care wordt ingeschat waar de patiënt behoefte aan heeft
1902 door regelmatig na te gaan hoe het met de patiënt en familie gaat en aan welke vorm van
1903 ondersteuning of behandeling zij behoefte hebben. De behoefte aan ondersteuning en behandeling is
1904 persoonlijk en niet direct afhankelijk van de ernst van de klachten, waardoor aanbod op maat
1905 noodzakelijk is. Multidisciplinair overleg is een belangrijk hulpmiddel hierbij.
1906
1907 Ondersteunende gesprekken
1908 De basis van de behandeling van angst in de palliatieve fase is ondersteunende gesprekken. Deze
1909 worden meestal gevoerd door een arts en/of verpleegkundig, afhankelijk van de setting waar de
1910 patiënt verblijft (thuis, ziekenhuis, verpleeghuis of hospice). Eventueel kan de POH GGZ betrokken
1911 worden voor het voeren van ondersteunende gesprekken.
1912
1913 Bij het bieden van psychosociale ondersteuning is het van belang om aandacht te hebben voor de
1914 angst van zowel de patiënt als diens naasten. Als communicatie over de situatie en ervaringen tussen
1915 partners of gezinsleden stukt, of als er sprake is van verwijdering tussen partners of gezinsleden kan
1916 het helpen om een paar systemische gesprekken in te zetten en in ieder geval psycho-educatie te
1917 geven. Overweeg dit vooral ook als er jonge kinderen in het gezin zijn. Hierdoor kan onzekerheid bij
1918 gezinsleden verminderen, versterkt de communicatie tussen gezinsleden en wordt de weerbaarheid
1919 van gezinsleden en het gezin als systeem vergroot [Verkaik 2016].
1920
1921 De behoefte van de patiënt en de aard en ernst van de klachten zijn doorslaggevend om te bepalen
1922 voor welke psychosociale interventie gekozen wordt. De effectiviteit van de behandeling of
1923 begeleiding hangt mogelijk ook samen met de voorkeur van de patiënt. Reacties op verlies van
1924 gezondheid, verlies van de sociale positie en het naderende levenseinde zijn persoonlijk en
1925 cultuurgebonden. Dit speelt ook een rol bij de wijze waarop angst zich bij een patiënt ontwikkelt en tot
1926 uiting komt. Daarom raadt de werkgroep – in overeenstemming met het matched-care principe – aan
1927 om de keuze voor het type ondersteuning af te stemmen op de persoonlijke voorkeur van de patiënt.
1928
1929 Intensievere behandeling/psychotherapie
1930 De patiënt kan verwezen worden voor verschillende vormen van psychotherapie indien:
1931 • de patiënt een voorkeur heeft voor intensievere behandeling;
1932 • ingeschat wordt dat ondersteunende gesprekken niet afdoende zullen zijn, bijvoorbeeld doordat er
1933 een angststoornis of een aanpassingsstoornis met angst speelt; of
1934 • ondersteunende gesprekken onvoldoende effect hebben op de klachten.
1935
1936 Uit de literatuurbespreking blijkt dat psychotherapie in het algemeen effectief lijkt voor het verlagen
1937 van angst bij patiënten in de palliatieve fase. In het bijzonder lijken vormen van cognitieve
1938 (gedrags)therapie die speciaal ontwikkeld zijn voor mensen met kanker, dignity therapy en meaning-
1939 centered psychotherapie effectief te zijn. Ook muziektherapie lijkt effectief te zijn. De effecten waren
1940 matig tot groot. Het bewijs is van (zeer) lage kwaliteit, wat de conclusies over effectiviteit enigszins
1941 onzeker maakt, behalve voor meaning-centered psychotherapie. Desalniettemin, blijkt uit de praktijk
1942 dat deze therapievormen goed werken bij mensen met kanker in de chronische en palliatieve fase.
1943 Met deze therapieën wordt het gevoel van zingeving vergroot, wat helpt de veerkracht te versterken.
1944 Zingeving wordt in de [Richtlijn Aanpassingsstoornis](#) bij patiënten met kanker gezien als één van de
1945 bouwstenen van veerkracht (naast lichamenlijk functioneren, en gevoel van controle en sociale steun).
1946 Ook bij andere palliatieve ziektebeelden zoals bij ALS wordt deze therapievorm ingezet en
1947 onderzocht. Wanneer er sprake is van een angststoornis raadt de werkgroep aan om de
1948 behandelingen in de [zorgstandaard Angstklachten en Angststoornissen](#) te volgen.
1949

1950 De behoefte van de patiënt is van belang voor de keuze voor het soort therapie of andere vormen van
1951 psychosociale behandeling, omdat de effectiviteit van de therapie mogelijk ook samenhangt met de
1952 voorkeur van de patiënt. Reacties op verlies van gezondheid, van de sociale positie en op het
1953 naderende levenseinde zijn cultuurgebonden. De manieren waarop angst zich bij een patiënt
1954 ontwikkelt en uit, zijn dat ook. Psychosociale ondersteuning en behandeling zijn daarmee ook
1955 cultuurgebonden. Daarom raadt de werkgroep – in overeenstemming met het matched-care principe –
1956 aan om de keuze voor het type therapie af te stemmen op de persoonlijke voorkeur van de patiënt.
1957
1958 Het aanbod aan therapieën speelt echter ook een rol in de keuze. De besproken studies zijn met
1959 name uitgevoerd in Noord-Amerika. In Nederland wordt vaak gebruik gemaakt van cognitieve
1960 gedragstherapie, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), meaning-centered psychotherapie en
1961 mindfulness. Deze therapieën worden door diverse zorgverleners gespecialiseerd in palliatieve zorg
1962 aangeboden, zoals psychologen, psychiaters en verpleegkundig specialisten. Deze zijn o.a. te vinden
1963 via de [Palliatieve Zorgzoeker](#) op Palliaweb.nl en in de [verwijsgids kanker](#) en het [NVPO-
1964 deskundigenbestand](#). Dignity therapy volgens het onderzochte protocol [Chochinov 2011] wordt in het
1965 Ingeborg Douwes Centrum in Amsterdam aangeboden.
1966
1967 Mindfulness (Mindfulness Based Stress Reduction en Mindfulness Based Cognitive Therapy), ACT en
1968 CALM (managing Cancer And Living Meaningfully) zijn relatief nieuwe therapievormen, waarmee in de
1969 praktijk goede behandelresultaten worden behaald, maar voor de effectiviteit van deze behandelingen
1970 in de palliatieve fase is nog weinig wetenschappelijke evidentie. Eerste onderzoek wijst uit dat
1971 mindfulness en CALM effectief kunnen zijn bij angst in de palliatieve fase. Zimmermann et al. [2018]
1972 vonden acht studies naar mindfulness interventies voor mensen met vergevorderde kanker. Deze
1973 studies waren van (zeer) lage kwaliteit. Twee van de drie studies die effecten op angst onderzochten,
1974 vonden een afname van angstklachten na een intensieve mindfulness interventie (8 weken, 6 sessies
1975 van 2,5 uur en thuisoefening; 16 weken, 12 sessie van 1 uur). De SMDs waren 0,77 ($n_{\text{trial}} = 19$,
1976 $n_{\text{interventie}} = 19$) en $d = 0,98$ ($n_{\text{trial}} = 47$, $n_{\text{interventie}} = 25$). In de studie waarin geen significante afname van
1977 angst werd gevonden was de SMD 0,33 ($n_{\text{trial}} = 109$, $n_{\text{interventie}} = 94$). Opvallend is dat in deze laatste
1978 studie alleen mannen meededen, terwijl in de andere studies alleen vrouwen waren geïnccludeerd. Lo
1979 et al. [2014] onderzochten de effecten van CALM op onder andere doodsangst onder 15 patiënten
1980 met vergevorderde kanker. Ze vonden een kleine, significante afname in doodsangst 6 maanden na
1981 gemiddeld 5 sessies van de interventie. Ook Rodin et al. [2018] vonden 3 tot 6 maanden na de
1982 interventie (gemiddeld 3 tot 5 sessies) een gunstig effect op doodsangst (SMD 0,46 en 0,68) en 6
1983 maanden na de interventie op generaliseerde angst (SMD 0,43) in vergelijking met een controlegroep
1984 die care-as-usual ontving ($n = 154$). Deze effecten werden echter alleen gevonden bij kankerpatiënten
1985 met een matige doodsangst, niet bij patiënten met lage of hoge doodsangst.
1986
1987 Een systematische reviews wijst op mogelijke effectiviteit van ACT op angst in de palliatieve fase [Li
1988 2021]. Van de vier gerandomiseerde studies liet er één een significante afname van angst ($d=1,26$,
1989 $p=0,009$) zien t.a.v. de controlegroep; bij de drie andere studies werden niet-significante afnames
1990 gezien (SMDs 0,42, 0,09-0,33 en 0,13).
1991
1992 Er is enige evidentie dat ACT en mindfulness ook effectief zijn voor mantelzorgers van palliatieve
1993 patiënten. Han et al. [2021] vonden zeven RCTs ($n = 527$) naar het effect van ACT op angst bij
1994 mantelzorgers en één pretest-posttest studie ($n = 12$). De meta-analyse van de 7 RCTs wees uit dat
1995 er een klein effect was op angst in vergelijking met de controlegroepen (SMD = 0,30, 95%CI = [0,07;
1996 0,53]. De kwaliteit van het bewijs was matig tot zwak. In een systematische review van Jaffray et al.
1997 [2016] wezen twee van de vier studies naar het effect van mindfulness op angst bij mantelzorgers op
1998 een reductie van angst in vergelijking met een controlegroep. De andere twee studies waren pre-post
1999 studies. Hierin werd geen effect gevonden op angst. Het lijkt erop dat in de studies waarin een effect
2000 gevonden werd, de deelname intensiever was (8 weken, 1 sessie per week, 30 min. thuis oefening).
2001
2002 Tot slot moet er een belangrijke methodologische kanttekening worden gemaakt. Een aantal van de
2003 besproken therapieën is niet ontworpen om primair angst te behandelen; meaning centered
2004 psychotherapie, dignity therapy, CALM en muziektherapie hebben andere en bredere doelen dan het
2005 verminderen van angst. Dit komt terug in de patiëntselectie, waarbij veel studies niet enkel

2006 patiënten includeren met angstklachten, maar waar patiënten deelnemen aan de studie omdat ze
 2007 psychologische of existentiële lijdensdruk ervaren in het omgaan met hun ziekte in de palliatieve fase.
 2008 Sommigen hebben andere klachten dan angst. Binnen de patiëntengroepen met angst wordt niet
 2009 gedifferentieerd in de ernst van de angst. Patiënten met enige angstklachten zitten in dezelfde studie
 2010 als patiënten die zouden kunnen voldoen aan de criteria voor een angststoornis. De aanbevelingen
 2011 zijn derhalve ook sterk gebaseerd op praktijkervaring van de werkgroep.

2012
 2013 Onderstaande tabel geeft een korte verduidelijking van de aanbevolen vormen van psychosociale
 2014 behandeling.

Psychotherapie	Doel	Duur
Cognitieve gedragstherapie	Het verminderen of opheffen van overmatig negatieve interpretaties van situaties, ideeën en ervaringen door het doorbreken van gedachtenpatronen in combinatie met gedragstherapie	Persoonsafhankelijk, vaak kortdurende vorm van therapie
Dignity therapy	Een methodische vorm van therapie waardoor het gevoel van zingeving en waardigheid wordt vergroot en met een nalatenschapdocument als tastbaar stuk.	Schriftelijke voorbereiding, 1 interview sessie, analyse en uitwerking document en bespreken document
Meaning centered psychotherapie (MCP)	Een methodische vorm van therapie waardoor het vergroten van een gevoel van zingeving en daarmee het versterken van de veerkracht.	7 sessies groepstherapie of 6 sessies individuele therapie
Acceptance and Commitment Therapy (ACT)	Het streven naar een andere, niet-oordelende en aanvaardende wijze van omgaan met innerlijke ervaringen (gedachten, pijn, emoties)	Persoonsafhankelijk, vaak kortdurende vorm van therapie
Managing cancer and living meaningfully (CALM)	Het verbeteren van de omgang met klachten, relaties, zingeving en zorgen.	Kortdurende therapie, gemiddeld 3-6 sessies gedurende een half jaar
Mindfulness (Mindfulness Based Cognitive Therapy of Mindfulness Based Stress Reduction)	Een methodische vorm van therapie of training gericht op het herkennen en meer bewust worden van gedachten en bijbehorende emoties en gedrag waarbij een andere houding aangeleerd wordt tegenover de inhoud van gedachten en gevoelens	8 groepsbijeenkomsten waarin het doen van oefeningen centraal staat
Andere therapie		
Muziektherapie	Een methodische vorm van hulpverlening waarbij muzikale middelen binnen een therapeutische relatie worden gehanteerd om verandering, ontwikkeling, stabilisatie of acceptatie te bewerkstelligen op emotioneel, gedragsmatig, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied.	Persoonsafhankelijk

2015
 2016 **Referenties**

- 2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
2025
2026
2027
2028
2029
2030
2031
2032
2033
2034
2035
2036
2037
2038
2039
2040
2041
2042
2043
2044
2045
2046
2047
2048
2049
2050
2051
2052
2053
2054
2055
2056
2057
2058
2059
2060
2061
2062
2063
2064
2065
1. Chochinov HM, Kristjanson LJ, Breitbart W, McClement S, Hack TF, Hassard T, Harlos M. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol.* 2011 Aug;12(8):753-62. doi: 10.1016/S1470-2045(11)70153-X. Epub 2011 Jul 6. PMID: 21741309; PMCID: PMC3185066.
 2. Fulton, J. J., Newins, A. R., Porter, L. S., & Ramos, K. (2018). Psychotherapy targeting depression and anxiety for use in palliative care: A meta-analysis. *Journal of Palliative Medicine*, 21(7), 1024–1037.
 3. Gao, Y., Wei, Y., Yang, W., Jiang, L., Li, X., Ding, J., & Ding, G. (2019). The Effectiveness of Music Therapy for Terminally Ill Patients: A Meta-Analysis and Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 57(2), 319–329. Elsevier Inc. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.10.504>
 4. Han, A., Yuen, H. K., & Jenkins, J. (2021). Acceptance and commitment therapy for family caregivers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Health Psychology*, 26(1), 82-102.
 5. Jaffray, L., Bridgman, H., Stephens, M., & Skinner, T. (2016). Evaluating the effects of mindfulness-based interventions for informal palliative caregivers: A systematic literature review. *Palliative Medicine*, 30(2), 117-131.
 6. Kang, K. A., Han, S. J., Lim, Y. S., & Kim, S. J. (2019). Meaning-centered interventions for patients with advanced or terminal cancer: A meta-analysis. *Cancer Nursing*, 42(4), 332–340.
 7. Li, Y., Li, X., Hou, L., Cao, L., Liu, G., & Yang, K. (2020). Effectiveness of dignity therapy for patients with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis of 10 randomized controlled trials. *Depression and Anxiety*, 37(3), 234–246.
 8. Li H, Wong CL, Jin X, Chen J, Chong YY, Bai Y. Effects of Acceptance and Commitment Therapy on health-related outcomes for patients with advanced cancer: A systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2021 Mar;115:103876. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2021.103876. Epub 2021 Jan 12. PMID: 33517079.
 9. Lo, C., Hales, S., Jung, J., Chiu, A., Panday, T., Rydall, A., Nissim, R., Malfitano, C., Petricone-Westwood, D., Zimmermann, C., & Rodin, G. (2014). Managing Cancer And Living Meaningfully (CALM): phase 2 trial of a brief individual psychotherapy for patients with advanced cancer. *Palliative medicine*, 28(3), 234–242.
 10. Okuyama, T., Akechi, T., Mackenzie, L., & Furukawa, T. A. (2017). Psychotherapy for depression among advanced, incurable cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Treatment Reviews*, 56, 16–27. Elsevier Ltd. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctrv.2017.03.012>
 11. Rodin, G., Lo, C., Rydall, A., Shnall, J., Malfitano, C., Chiu, A., ... & Hales, S. (2018). Managing cancer and living meaningfully (CALM): a randomized controlled trial of a psychological intervention for patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 36(23), 2422.
 12. Verkaik, D., Spuij, M., Mooren, T., van Baar, A. L., Kappeyne van de Coppello, C., & Boelen, P. A. (2016). Aanpassing in het gezin als moeder of vader kanker heeft: Over intra-en interpsychische processen en het belang van voorbereid zijn. *Kinder en jeugdpsychotherapie*, 43(3), 31-48.
 13. Wang, C. W., Chow, A. Y. M., & Chan, C. L. W. (2017). The effects of life review interventions on spiritual well-being, psychological distress, and quality of life in patients with terminal or advanced cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Palliative Medicine*, 31(10), 883–894.
 14. Warth, M., Kessler, J., Koehler, F., Aguilar-Raab, C., Bardenheuer, H. J., & Ditzen, B. (2019). Brief psychosocial interventions improve quality of life of patients receiving palliative care: A systematic review and meta-analysis. *Palliative Medicine*, 33(3), 332–345.
 15. Zimmermann, F. F., Burrell, B., & Jordan, J. (2018). The acceptability and potential benefits of mindfulness-based interventions in improving psychological well-being for adults with advanced cancer: a systematic review. *Complementary therapies in clinical practice*, 30, 68-78.

2066 **6. Medicamenteuze behandeling van patiënten met angst in de palliatieve fase**

2067

2068 **Uitgangsvraag**

2069 Hoe moet medicamenteuze behandeling worden ingezet ter behandeling van angst in de palliatieve
2070 fase?

2071

2072 Methode: evidence-based

2073

2074 **Aanbevelingen**

- 2075 • Overweeg bij angst bij patiënten in de palliatieve fase met een korte levensverwachting (< 3
2076 maanden) medicamenteuze behandeling met een benzodiazepine. In de keuze kunnen de
2077 werkingsduur, toedieningsweg en mogelijke bijwerkingen worden meegewogen.
 - 2078 ○ Lorazepam:
 - 2079 ▪ Startdosering 3dd 0,5mg. Op te hogen op geleide van het effect tot maximaal 3 dd 2 mg
2080 lorazepam
 - 2081 ○ Oxazepam:
 - 2082 ▪ Startdosering 3dd 10 mg. Op te hoge op geleide van het effect tot maximaal 3 dd 20 mg
2083 oxazepam
 - 2084 ○ een ander middel in equivalente dosering (zie tabel 1).
- 2085 • Overweeg medicamenteuze behandeling met een SSRI (sertraline of (es)citalopram) of met
2086 mirtazapine bij angst in de palliatieve fase bij een levensverwachting langer dan 3 maanden en
2087 waarbij de psychosociale behandeling (zie [module 5](#)) niet voldoende effect heeft. Om de last van
2088 de bijwerkingen te verminderen verdient het aanbeveling met een lage dosering te beginnen en op
2089 geleide van de bijwerkingen en het effect langzaam de dosering te verhogen. De bijwerkingen
2090 verminderen meestal snel.
 - 2091 ○ Citalopram:
 - 2092 ▪ startdosering 1 dd 10-20 mg, afhankelijk van bijwerkingen en effect eventueel ophogen tot
2093 maximaal 40 mg
 - 2094 ▪ > 70 jaar maximaal 20 mg/dag
 - 2095 ▪ Kan ook in druppelvorm gegeven worden: 40 mg/ml of 2 mg per druppel. Vanwege hogere
2096 biologische beschikbaarheid de dosering met 25% verlagen.
 - 2097 ○ Escitalopram:
 - 2098 ▪ startdosering 1dd 5-10 mg, afhankelijk van bijwerkingen en effect eventueel ophogen tot
2099 maximaal 20 mg/dag.
 - 2100 ▪ Niet geven >70 jaar.
 - 2101 ▪ Kan ook in druppelvorm gegeven worden. Vanwege hogere biologische beschikbaarheid
2102 de dosering met 25% verlagen.
 - 2103 ○ Sertraline (tablet of drank):
 - 2104 ▪ startdosering 1dd 25-50 mg p.o., afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1-2 weken in
2105 stappen van 50 mg op te hogen tot maximaal 1dd 200 mg;
 - 2106 ▪ geen dosisaanpassing >70 jaar.
 - 2107 ○ Mirtazapine:
 - 2108 ▪ startdosering 1dd 7,5-15 mg p.o., afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1-2 weken in
2109 stappen van 7.5 mg/dag op te hogen tot maximaal 1dd 45 mg.
 - 2110 ▪ Geen dosisaanpassing >70 jaar.
 - 2111 ▪ NB Bij lagere doseringen overheerst het sederende effect van mirtazapine, bij hogere
2112 doseringen (>30 mg per dag) neemt de sederende werking af doordat de activerende
2113 werking van noradrenaline de sederende antihistaminerge werking gaat overheersen.
- 2114 • Wees alert op interactieproblemen met andere medicatie. Een aantal van de SSRI's kunnen
2115 interactieproblemen geven in combinatie met andere gebruikte medicijnen op grond van
2116 beïnvloeding van het cytochroom P450-enzymstelsel in de lever.

2117

2118 **Literatuuronderzoek**

2119

2120 Onderzoeksvraag

2121 Om de uitgangsvraag van deze module te kunnen beantwoorden, is een systematisch
 2122 literatuuronderzoek uitgevoerd. De onderzoeksvraag die hiervoor is opgesteld is PICO-gestructureerd
 2123 en luidt:
 2124 Wat is het effect van medicamenteuze behandeling op angst bij patiënten in de palliatieve fase?
 2125

2126 **PICOS**

P	Patiënten in de palliatieve fase
I	Medicamenteuze behandeling
C	Gebruikelijke begeleiding / standaard zorg
O	Angst Distress (gemeten met HADS-totaalscore) Kwaliteit van leven
S	Hospice / End of life care / Thuis / palliatief

2127
 2128 Zoekstrategie en selectie van studies
 2129

2130 Selectie van studies

2131 Op 31 mei 2021 is een zoekactie uitgezet in Pubmed, Embase, Cinahl, PsycInfo en de Cochrane
 2132 database voor systematische reviews. In Zoekverantwoording zijn de zoekstrategie ([bijlage 8 - 6.1](#))
 2133 opgenomen. De zoekstrategie leverde na ontdebellen 120 systematische reviews op. Na de eerste
 2134 selectie bleven er 48 volledige teksten van systematische reviews over. Na het beoordelen van de full
 2135 teksten bleken er geen reviews met meta-analyses zijn uitgevoerd met medicatie bij patiënten in de
 2136 palliatieve fase, waarin angst, distress (gemeten met de Hospital Anxiety and Depression scale), of
 2137 psychosociaal functioneren als uitkomst werden meegenomen. Het gebrek aan gerandomiseerde
 2138 trials tot mei 2016 werd bovendien geïllustreerd in de Cochrane review door Salt [2017]. In maart 2019
 2139 hebben de auteurs van deze Cochrane review een beperkte zoekactie herhaald, welke geen studies
 2140 aan het licht bracht die de conclusies konden veranderen.
 2141 In Zoekverantwoording is een lijst met exclusieredenen ([bijlage 8 - 6.2](#)) voor deze module bijgevoegd.
 2142 De zoekstrategie van deze review was vergelijkbaar met de in- en exclusiecriteria die gesteld zijn voor
 2143 deze module.
 2144

2145 **Conclusies**

Geen evidentie	<i>Angst</i> <i>Distress</i> <i>Psychosociaal functioneren</i> <i>Kwaliteit van leven</i>
-------------------	--

2146
 2147 **Overwegingen**

2148 Het literatuuronderzoek leverde geen evidentie voor het effect van medicamenteuze behandeling van
 2149 angst in de palliatieve fase.
 2150

2151 Benzodiazepines

2152 Ervaringen uit de dagelijkse praktijk laten zien dat benzodiazepines bij kunnen dragen aan het
 2153 verminderen van angst in de palliatieve fase. Benzodiazepines worden veel voorgeschreven in de
 2154 palliatieve setting. Benzodiazepines hebben zowel een anxiolytisch als slaapinducerend effect. Omdat
 2155 o.a. pijn, kortademigheid en misselijkheid versterkt kunnen worden door angst, wordt algemeen
 2156 aangenomen dat benzodiazepines ook een gunstig effect hebben op andere symptomen in de
 2157 palliatieve fase, wanneer deze gepaard gaan met angst [Vinkers 2012].
 2158

2159 Tabel 1 Eigenschappen van benzodiazepine-agonisten¹

¹ De informatie is samengesteld uit het Farmacotherapeutisch Kompas, de tabel van Vinkers et al 2012, Griffin 2013 en Howard 2014

middel	Angst reductie	Slaap middel	Toedieningsvorm (en)	T ½ 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 3		niet klinisch relevant	0.5	ja
diazepam	+	+	oraal rectaal iv ⁵	20-48	0,5-1,5 1,5 0.15-0.5		ja ⁶	10	ja
lorazepam	+	+	oraal, oromucosaal sc, im, iv	12-16	1-6 1 1-1.5	1 1 1	nee	2	nee
midazolam	- ⁷	+	oraal (tablet en drank) oromucosaal, neusspray, s.c i.m. i.v.	1,5-2,5 3,5 1,5-2,5	0.5-1,5 0.5 1-5 min 0.33 2.5 min ⁸		ja	7.5	nee
oxazepam	+	+	oraal	4-15	2-3		nee	± 30	nee

2160 + = geschikt - = ongeschikt iv = intraveneus im = intramusculair sc = subcutaan

2161 De keuze van het middel wordt vooral bepaald op grond van de werkingsduur. Wanneer de patiënt 's
2162 nachts angstig is en overdag graag helder wil zijn, verdienen oxazepam en temazepam de voorkeur.
2163 Bij continue angst zijn middelen met een langere werkingsduur, zoals alprazolam, diazepam
2164 en lorazepam geschikt. Diazepam, lorazepam en midazolam kunnen intraveneus toegediend worden,
2165 lorazepam en midazolam ook subcutaan. Diazepam en temazepam kunnen ook rectaal gegeven
2166 worden. Intramusculaire toediening van lorazepam is wel effectief, maar heeft niet de voorkeur, omdat
2167 het pijnlijk kan zijn. Diazepam dient beslist niet intramusculair toegediend te worden, vanwege het
2168 risico op uitkristallisering en onvolledige en wisselende absorptie. Om stapeling te voorkomen is het
2169 aan te bevelen een middel te kiezen zonder actieve metabolieten. Daarbij wordt begonnen met een
2170 lage dosering en wordt de dosering opgehoogd op geleide van het effect. Bij ouderen en patiënten
2171 met leverfunctiestoornissen wordt met de halve dosering begonnen. Bij nierfunctiestoornissen kunnen
2172 de actieve metabolieten van midazolam gaan stapelen. Lorazepam kan ook sublinguaal gegeven
2173 worden.
2174 De belangrijkste bijwerkingen van benzodiazepines zijn spierrelaxatie en verhoogd valgevaar,
2175 gewenning en afhankelijkheid, concentratie- en geheugenzwakte en bij ouderen verwardheid en
2176 ademdepressie. Voorzichtigheid en monitoring is daarom belangrijk, vooral bij mensen met een groter
2177 risico, zoals ouderen en kwetsbare patiënten [Howard 2014]. In de palliatieve fase is de kans op
2178 gewenning en afhankelijkheid te verwaarlozen, maar het is wel van belang aandacht te schenken aan
2179 een verhoogd valrisico en verwardheid als paradoxale reactie. De combinatie van opioïden en
2180 benzodiazepines kan leiden tot te sterke sedatie.

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 ½ desmethyldiazepam 42-100 uur

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

⁸ FTK: De werking treedt na i.v.-toediening in na 1-5 minuten en na i.m.- of nasale toediening binnen 2-3 minuten, met een duur van 1-2 uur. T max na orale toediening: 1,5-2,5 uur. Na i.v.-toediening: 1,5-2,5 uur. Na oromucosale toediening: 3,5 uur. De eliminatiehalfwaardetijd is verlengd bij ouderen (tot ca. 2.5 maal), bij obesitas (tot ca. 5.9 uur), bij hartfalen, bij leverfunctiestoornis en bij ernstig zieken (tot ca. 6 maal).

2181 Benzodiazepines zijn niet a priori gecontra-indiceerd bij patiënten met dyspnoe. Hoewel het
2182 voorschrijven van benzodiazepines ter verlichting van dyspneu niet wordt aanbevolen, wordt wel
2183 aanbevolen om te overwegen benzodiazepines voor te schrijven aan patiënten met dyspneu en angst
2184 [[Richtlijn COPD 2021](#)].

2185 Doseringen: Om de patiënt zoveel mogelijk de eigen regie te laten houden kan een benzodiazepine zo
2186 nodig voorgeschreven worden. De patiënt kan zelf bepalen wanneer hij het inneemt en hoe vaak.
2187 Sommige patiënten zijn er al bij gebaat om een tabletje bij zich te hebben voor het geval de angst
2188 toeslaat. Voor andere patiënten biedt zo nodig voorschrijven te weinig houvast en kan in samenspraak
2189 met de patiënt gekozen voor een vaste dosering, waarbij gezocht wordt naar de laagst mogelijke,
2190 maar toch effectieve dosering.

2191 Startdosering benzodiazepines bij angstklachten: 3dd 0,5 mg lorazepam, 3dd 10 mg oxazepam, op te
2192 hogen op geleide van het effect tot maximaal 3 dd 2 mg lorazepam of 3 dd 20 mg oxazepam of een
2193 ander middel in equivalente dosering (zie tabel 1).

2194

2195 SSRIs

2196 Wanneer er sprake is van een angststoornis of een combinatie van angst en depressie, zijn selectieve
2197 serotonine heropnameremmers (SSRI's) een medicamenteuze behandeloptie. Sertraline en
2198 (es)citalopram worden aanbevolen gezien hun interactieprofiel en gebruiksgemak ([Ephor](#)). De
2199 belangrijkste bijwerkingen zijn tijdelijke gastro-intestinale klachten, hoofdpijn en agitatie. Blijvende
2200 bijwerkingen kunnen zijn: transpireren, droge mond, slapeloosheid, vallen (bij ouderen), seksuele
2201 bijwerkingen en verhoogde bloedingsneiging. Hyponatriëmie is een zeldzame bijwerking die vooral in
2202 de eerste week kan optreden en ernstige gevolgen kan hebben, zoals insulten, coma, delier en braken
2203 [Seifert 2021]. Het effect van de behandeling met een SSRI kan na twee tot vier weken intreden. Om
2204 de last van de bijwerkingen te verminderen verdient het aanbeveling met een lage dosering te
2205 beginnen en op geleide van de bijwerkingen en het effect langzaam de dosering te verhogen. Een
2206 aantal van de SSRIs kunnen interactieproblemen geven in combinatie met andere gebruikte
2207 medicijnen op grond van beïnvloeding van het cytochroom P450-enzymstelsel in de lever. De
2208 combinatie van een SSRI en een opioïd kan leiden tot het serotoninesyndroom, een potentieel letaal
2209 verlopende aandoening met psychische, autonome en neuromusculaire symptomen, zoals
2210 rusteloosheid, verlaagd bewustzijn, tremor, beven, myoclonieën, verwijde pupillen, koorts, tachycardie
2211 en hyper- of hypotensie. Het serotoninesyndroom als gevolg van de combinatie van SSRIs en
2212 opioïden is het meest beschreven bij tramadol, maar er zijn ook meldingen van het
2213 serotoninesyndroom bij pethidine, fentanyl, methadon, dextromethorfan en oxycodon [Baldo 2020]. De
2214 behandeling bestaat uit het direct staken van de SSRIs en eventueel geven van benzodiazepines
2215 tegen de agitatie. Bij een ernstig beloop is klinische behandeling geïndiceerd. Bij de combinatie
2216 van SSRIs en NSAIDs is het risico op gastro-intestinale bloedingen verhoogd. Aanbevolen wordt de
2217 combinatie te vermijden of, indien er geen redelijk alternatief is, een maagbeschermend middel toe te
2218 voegen. Er zijn nog vele andere interacties beschreven voor de verschillende SSRIs. Bij twijfel of een
2219 combinatie van middelen verantwoord is, kan een interactiemodule geraadpleegd worden of advies
2220 gevraagd aan de apotheker. (Es)citalopram en sertraline hebben de minste risico's op
2221 interactieproblemen en zijn de middelen van eerste keuze, ook omdat paroxetine bij abrupt staken een
2222 verhoogd risico op onttrekkingsverschijnselen heeft en fluoxetine een zeer lange halfwaardetijd heeft
2223 ($T_{1/2} = 4-16$ dagen) [Nemeroff 1996].

2224 Doseringen:

- 2225 • Citalopram: startdosering 1 dd 10-20 mg, afhankelijk van bijwerkingen en effect eventueel
2226 ophogen tot maximaal 40 mg. > 70 jaar maximaal 20 mg/dag. Kan ook in druppelvorm gegeven
2227 worden: 40 mg/ml of 2 mg per druppel. Vanwege hogere biologische beschikbaarheid de dosering
2228 met 25% verlagen.
- 2229 • Escitalopram: startdosering 1dd 5-10 mg, afhankelijk van bijwerkingen en effect eventueel
2230 ophogen tot maximaal 20 mg/dag. Niet geven >70 jaar. Kan ook in druppelvorm gegeven worden.
2231 Vanwege hogere biologische beschikbaarheid de dosering met 25% verlagen.
- 2232 • Sertraline (tablet of drank): startdosering 1dd 25-50 mg, afhankelijk van bijwerkingen en effect na
2233 1-2 weken in stappen van 50 mg op te hogen tot maximaal 1dd 200 mg. Geen dosisaanpassing >
2234 70 jaar.

2235

2236 Mirtazapine

2237 Mirtazapine is een anti-histaminerg, noradrenerg en serotonerg werkend antidepressivum. Het wordt
2238 nagenoeg volledig gemetaboliseerd door de lever en heeft weinig interacties met andere middelen. De
2239 meest voorkomende bijwerkingen zijn slaperigheid en toename van eetlust. Juist op grond van deze
2240 bijwerkingen wordt mirtazapine regelmatig voorgeschreven aan patiënten met kanker. Mirtazapine is
2241 in Nederland niet geregistreerd voor de behandeling van angst of angststoornissen. Uit een
2242 systematische review naar de behandeling van kankergerelateerde symptomen met mirtazapine blijkt
2243 zeer laag bewijs voor een positief effect op angst, slaap en eetlust [Economos 2020].
2244 In de praktijk wordt mirtazapine in een lage dosering (3.75- 15mg) regelmatig voorgeschreven bij
2245 slaapproblemen wanneer benzodiazepines niet effectief of gecontra-indiceerd zijn. Een betere
2246 nachtrust heeft veelal ook een gunstig effect op klachten van angst. De werkgroep is van mening dat
2247 er voor het off label voorschrijven van een lage dosering mirtazapine zeker een plaats is bij de
2248 behandeling van angst in de palliatieve fase.
2249 Dosering mirtazapine: startdosering 1dd 7,5-15 mg p.o., afhankelijk van bijwerkingen en effect na 1-2
2250 weken in stappen van 7.5 mg/dag op te hogen tot maximaal 1dd 45 mg. Geen dosisaanpassing >70
2251 jaar. NB Bij lagere doseringen overheerst het sederende effect van mirtazapine, bij hogere doseringen
2252 (>30 mg per dag) neemt de sederende werking af doordat de activerende werking van noradrenaline
2253 de sederende antihistaminerge werking gaat overheersen [Informatorium Medicamentorum. 2019]
2254

2254

2255 Referenties

- 2256 1. Vinkers CH, Tijdink JK, Luykx JJ, Vis R. Kiezen voor de juiste benzodiazepine:
2257 werkingsmechanisme en farmacokinetiek [Choosing the correct benzodiazepine: mechanism of
2258 action and pharmacokinetics]. Ned Tijdschr Geneesk. 2012;155(35).
- 2259 2. Griffin CE 3rd, Kaye AM, Bueno FR, Kaye AD. Benzodiazepine pharmacology and central nervous
2260 system-mediated effects. Ochsner J. 2013 Summer;13(2):214-23
- 2261 3. Howard P, Twycross R, Shuster J, Mihalyo M, Wilcock A. Benzodiazepines. J Pain Symptom
2262 Manage. 2014 May;47(5):955-64.
- 2263 4. www.ephor.nl. Serotonine heropnameremmers en andere tweede generatie antidepressiva.
2264 Geneesmiddelbeoordeling voor de (kwetsbare) oude patient.
- 2265 5. Nemeroff CB, DeVane CL, Pollock BG. Newer antidepressants and the cytochrome P450 system.
2266 Am J Psychiatry. 1996 Mar;153(3):311-20.
- 2267 6. Seifert J, Letmaier M, Greiner T, Schneider M, Deest M, Eberlein CK, Bleich S, Grohmann R, Toto
2268 S. Psychotropic drug-induced hyponatremia: results from a drug surveillance program-an update.
2269 J Neural Transm (Vienna). 2021 Aug;128(8):1249-1264.
- 2270 7. Baldo BA, Rose MA. The anaesthetist, opioid analgesic drugs, and serotonin toxicity: a
2271 mechanistic and clinical review. Br J Anaesth. 2020 Jan;124(1):44-62.
- 2272 8. Economos G, Lovell N, Johnston A, Higginson IJ. What is the evidence for mirtazapine in treating
2273 cancer-related symptomatology? A systematic review. Support Care Cancer. 2020
2274 Apr;28(4):1597-1606.
- 2275 9. Informatorium Medicamentorum. Den Haag: KNMP, 2019. [https://www.knmp.nl/over-de-](https://www.knmp.nl/over-de-knmp/producten-en-diensten)
2276 [knmp/producten-en-diensten](https://www.knmp.nl/over-de-knmp/producten-en-diensten).

2277 7. Organisatie van zorg

2278

2279 **Uitgangsvraag**

2280 Op welke wijze dient vormgegeven te worden aan coördinatie en continuïteit van zorg bij patiënten in
2281 de palliatieve fase met angst?

2282

2283 Methode: consensus-based

2284

2285 **Aanbevelingen**

2286 Bij patiënten in de palliatieve fase met angst:

- 2287 • Gebruik een individueel zorgplan dat voor iedereen toegankelijk en inzichtelijk is, bij voorkeur
2288 digitaal.
- 2289 • Realiseer dat er één regiebehandelaar is die erop toeziet dat:
 - 2290 ○ de continuïteit en de samenhang van de zorgverlening aan de patiënt wordt bewaakt en dat
 - 2291 waar nodig een aanpassing van de gezamenlijke behandeling in gang wordt gezet;
 - 2292 ○ er een adequate informatie-uitwisseling en voldoende overleg is tussen de bij de behandeling
 - 2293 van de patiënt betrokken zorgverleners;
 - 2294 ○ er één aanspreekpunt (centrale zorgverlener) voor de patiënt en diens naaste betrekking(en)
 - 2295 is voor het tijdig beantwoorden van vragen over de behandeling.

2296 De regiebehandelaar of centrale zorgverlener hoeft geen arts te zijn, maar kan bijvoorbeeld ook
2297 een verpleegkundige zijn.

- 2298 • Zorg ervoor dat op ieder moment in het ziekte-traject duidelijk is wie het eerste aanspreekpunt
2299 (centrale zorgverlener) voor de patiënt en diens naaste is, zowel voor het betreffende ziekte-traject
2300 als voor de dagelijkse algemene zorg. Dit hoeft geen arts te zijn, maar kan bijvoorbeeld ook een
2301 verpleegkundige zijn.
- 2302 • Bespreek met de patiënt/naasten bij welke problemen welke zorgverlener geraadpleegd kan
2303 worden.
- 2304 • Leg afspraken vast over beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorgverleners voor patiënt en
2305 naaste vast in het individuele zorgplan.
- 2306 • Richt de zorg in conform de principes van modellen zoals matched care of collaborative care.
- 2307 • Draag altijd zorg voor een goede afstemming en overdracht tussen de verschillende
2308 zorgverleners, vooral tussen ziekenhuis, verpleeghuis, hospice, thuiszorg en huisarts.
- 2309 • Zorg ervoor dat naasten van de patiënt weten hoe ze de zorgverleners kunnen bereiken als de
2310 angst niet onder controle te krijgen is.
- 2311 • Overweeg deelname aan een multidisciplinaire bespreking, zoals
 - 2312 ○ een PaTz bespreking in de eerste lijn;
 - 2313 ○ een multidisciplinair overleg in de intramurale setting (ziekenhuis, verpleeghuis of elders);
 - 2314 ○ in de regio in een oncologienetwerk (medisch technisch en/of voor zorg voor gevolgen van
 - 2315 kanker).
- 2316 • Overweeg laagdrempelig verwijzing naar professionals die ervaring hebben met palliatieve zorg
2317 en behandeling van angst:
 - 2318 ○ Verpleegkundig specialist (bijv. palliatieve zorg/ oncologie/ neurologie);
 - 2319 ○ Palliatieve (thuis)zorg;
 - 2320 ○ Praktijkondersteuner huisarts;
 - 2321 ○ Psycholoog;
 - 2322 ○ Psychiater;
 - 2323 ○ Psychiatrisch verpleegkundige/SPV'er;
 - 2324 ○ Geestelijk verzorger (<https://geestelijkeverzorging.nl>);
 - 2325 ○ Maatschappelijk werker;
 - 2326 ○ Kaderarts palliatieve zorg;
 - 2327 ○ Specialist ouderengeneeskunde (in eerste lijn of intramuraal) of klinisch geriater/internist
 - 2328 ouderengeneeskunde (intramuraal);
 - 2329 ○ Vaktherapeut (bijv. creatief therapeut of muziektherapeut).
- 2330 • Consulteer bij moeilijk behandelbare angst een multidisciplinair consultatieteam palliatieve zorg; in
2331 de eerste en tweede lijn een multidisciplinair consultatieteam palliatieve zorg via stichting PZNL en
2332 in een instelling een multidisciplinair team palliatieve zorg
2333 (<https://palliaweb.nl/zorgpraktijk/consultatie>).

- 2334 • Maak desgewenst gebruik van de [Palliatieve zorgzoeker](#) voor het vinden van professionals
2335 werkzaam in de palliatieve zorg, zoals bijvoorbeeld geestelijk verzorgers, mantelzorg
2336 ondersteuning, psychologen etc.

2337

2338 Literatuurbespreking

2339 Voor deze uitgangsvraag is geen systematisch literatuuronderzoek verricht.

2340

2341 Overwegingen

2342 In het palliatieve zorgtraject zijn altijd meerdere zorgverleners bij een patiënt betrokken en vindt de
2343 zorg in verschillende settings plaats. Dit vraagt om goede coördinatie van de zorg, goede overdracht,
2344 documentatie en afspraken over beschikbaarheid en bereikbaarheid [IKNL/Palliactief 2017, Eizenga
2345 2006]. Ook in de kwaliteitsstandaard Psychosociale Zorg bij somatische ziektes wordt beschreven wat
2346 goede psychosociale zorg is en op welke wijze die geleverd moet worden [FMS 2019].

2347 Het Kwaliteitskader Palliatieve zorg Nederland [IKNL/Palliactief 2017] geeft ten aanzien van

2348 coördinatie en continuïteit de volgende standaarden aan:

- 2349 • Er wordt gebruik gemaakt van een **individueel zorgplan**, bij voorkeur digitaal, dat voor zowel de
2350 hulpverleners als de patiënt toegankelijk en inzichtelijk is. In het individueel zorgplan worden de
2351 waarden en de wensen van de patiënt beschreven en beslissingen over in te zetten
2352 behandelingen of wijzigingen in de zorg vastgelegd. Hierin kunnen ook afspraken worden
2353 vastgelegd over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorgverleners voor patiënt en
2354 mantelzorger.
- 2355 • Rondom de patiënt en diens naasten wordt een **persoonlijk en dynamisch team van**
2356 **zorgverleners** gevormd dat op ieder moment beschikbaar is. Beschikbare voorzieningen en
2357 expertise worden daadwerkelijk benut en ingeschakeld. Noodzakelijke transfers dienen naadloos
2358 te verlopen. Dit team werkt op basis van het individuele zorgplan.

2359

2360 De aard en de complexiteit van palliatieve zorg maakt dat er binnen het multidisciplinaire team één
2361 zorgverlener aangewezen dient te worden die de regie voert. Dit is de **regiebehandelaar** [Centraal
2362 Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 2021].

2363 De zorgverlener die de regie voert ziet er in ieder geval op toe, dat:

- 2364 • de continuïteit en de samenhang van de zorgverlening aan de patiënt wordt bewaakt en dat waar
2365 nodig een aanpassing van de behandeling in gang wordt gezet;
- 2366 • er een adequate informatie-uitwisseling en voldoende overleg is tussen de bij de behandeling van
2367 de patiënt betrokken zorgverleners;
- 2368 • er een **centrale zorgverlener** wordt aangewezen die fungeert als vast aanspreekpunt voor de
2369 patiënt of diens vertegenwoordiger en/of naasten is voor het tijdig beantwoorden van vragen over
2370 de behandeling. De zorgverlener die de regie voert, hoeft niet zelf het vaste aanspreekpunt te zijn
2371 en alle vragen te kunnen beantwoorden, maar moet wel de weg naar de antwoorden weten te
2372 vinden.

2373

2374 Uitgangspunt is dat elke zorgverlener die bij de behandeling is betrokken een eigen professionele

2375 verantwoordelijkheid heeft en houdt jegens die patiënt. De regiebehandelaar of de centrale

2376 zorgverlener hoeft geen arts te zijn. Dit kan bijvoorbeeld ook een verpleegkundige zijn.

2377 Het is altijd belangrijk om te zorgen voor een goede afstemming en overdracht tussen de

2378 verschillende zorgverleners, vooral tussen ziekenhuis, verpleeghuis, hospice, thuiszorg en huisarts.

2379

2380 Zorg ervoor dat op ieder moment in het ziekteverloop duidelijk is wie het eerste aanspreekpunt

2381 (centrale zorgverlener) voor de patiënt en diens naaste is, zowel voor het betreffende ziekteverloop als

2382 voor de dagelijkse algemene zorg. Zorg ervoor dat naasten van de patiënt weten hoe ze de

2383 zorgverleners kunnen bereiken als de angst niet onder controle te krijgen is. Leg afspraken vast over

2384 beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorgverleners voor patiënt en naaste vast in het individueel

2385 zorgplan.

2386

2387 Voor de mogelijkheden in behandeling en ondersteuning is de regiebehandelaar veelal afhankelijk van

2388 de beschikbaarheid van ondersteunende diensten binnen zijn/haar netwerk.

2389

2390 Overweeg laagdrempelig verwijzing naar professionals die ervaring hebben met palliatieve zorg en
2391 behandeling van angst:

- 2392 • Verpleegkundig specialist (bijv. palliatieve zorg/ oncologie/ neurologie);
- 2393 • Palliatieve (thuis)zorg;
- 2394 • Praktijkondersteuner huisarts;
- 2395 • Vrijwilligers palliatieve zorg;
- 2396 • Psycholoog;
- 2397 • Psychiater;
- 2398 • Psychiatrisch verpleegkundige/ SPV'er;
- 2399 • Geestelijk verzorger <https://geestelijkeverzorging.nl>;
- 2400 • Maatschappelijk werker;
- 2401 • Specialist ouderengeneeskunde / Geriater;
- 2402 • Vaktherapeut;

2403

2404 Het is hierbij van belang dat de centrale zorgverlener bekend is met het lokale zorgaanbod ten
2405 behoeve van angst in de palliatieve fase. Met andere woorden: wat wordt waar en door wie geboden
2406 en met welke specifieke deskundigheid. Dit zorgt ervoor dat – samen met de patiënt- gekozen kan
2407 worden voor zorg- en ondersteuning passend bij de vraag van de patiënt; conform de principes van
2408 collaborative of matched care [Keitner 2006; Huffman 2018]. Maak desgewenst gebruik van de
2409 [Palliatieve Zorgzoeker](#) voor het vinden van professionals werkzaam in de palliatieve zorg zoals
2410 bijvoorbeeld: geestelijk verzorgers, mantelzorg ondersteuning, psychologen etc.

2411 De mogelijkheden van behandeling/ondersteuning kunnen verschillen tussen de eerstelijns/
2412 tweedelijns/ derdelijns en intramurale zorg. Schakel bij moeilijk behandelbare angst consultatie van
2413 een multidisciplinair consultatieteam palliatieve zorg in. In de eerste lijn zijn zogenaamde PaTz-
2414 groepen (palliatief thuiszorgoverleg) actief. In de eerste en tweede lijn is er de mogelijkheid tot
2415 telefonische consultatie van een multidisciplinair consultatieteam palliatieve zorg via Stichting PZNL
2416 (<https://palliaweb.nl/zorgpraktijk/consultatie>). In de tweede en derde lijn zijn vaak intramurale
2417 consultatieteams palliatieve zorg beschikbaar.

2418

2419 Het Kwaliteitskader Palliatieve zorg Nederland [IKNL/Palliactief 2017] benadrukt verder het belang
2420 van:

- 2421 • goede en continue bereikbaarheid van zorgverleners;
- 2422 • multidisciplinair overleg en (lijnloze) samenwerking;
- 2423 • het werken met protocollen, richtlijnen en zorgpaden.

2424 Naar de mening van de werkgroep lijkt het geen twijfel dat de bovengenoemde standaarden en
2425 criteria ook gelden voor patiënten in de palliatieve fase met angst.

2426

2427 Coördinatie van zorg kan onder andere vorm krijgen door laagdrempelig multidisciplinair of
2428 transmuraal overleg, bijvoorbeeld door deelname aan een zogenaamde PaTz-groep, waarin
2429 huisartsen en wijkverpleegkundigen op gestructureerde wijze bespreken hoe de zorg aan patiënten in
2430 de palliatieve fase vormgegeven kan worden (<https://www.patz.nu/>) of aan een regionaal
2431 oncologienetwerk. In intramurale instellingen kan deelgenomen worden aan een bespreking van het
2432 multidisciplinaire consultatieteam palliatieve zorg.

2433

2434 Zo nodig kan advies gevraagd worden aan een extra-, trans- of intramuraal team palliatieve zorg.

2435

2436 **Zorgverlening conform matched en collaborative care**

2437

2438 Definities:

2439 Matched care is het afstemmen van de behandeling op kenmerken van de patiënt, zoals de aard en
2440 ernst van de problematiek, cognitieve en sociale vaardigheden, omgevingsfactoren en wensen en
2441 behoeften van de patiënt. Belangrijk is dat de patiënt zo snel mogelijke bij de juiste hulpverlener komt
2442 en de juiste behandeling krijgt, ter voorkoming van onder- of overbehandeling.

2443 Collaborative care is een behandelmodel waarin hulpverleners uit verschillende disciplines (lijnloos)
2444 samenwerken om tijdige en passende zorg aan de patiënt te bieden en daarmee de zorg voor de
2445 patiënt zo goed mogelijk uit te voeren. De casemanager coördineert de behandeling in samenwerking

2446 en afstemming met andere betrokken disciplines, zoals bijvoorbeeld de medisch specialist, huisarts en
2447 psycholoog [Muntingh 2016].
2448

2449 Voor het inzetten van passende zorg is het belangrijk dat zorgverleners en patiënten bekend zijn met
2450 het lokale zorgaanbod ten behoeve van angst in de palliatieve fase, zowel in hun eigen netwerk, de
2451 eigen zorginstelling als in de regio. Met andere woorden: wat wordt waar en door wie geboden met
2452 welke specifieke deskundigheid? Dit zorgt ervoor dat – samen met de patiënt – gekozen kan worden
2453 voor zorg en ondersteuning passend bij de vraag van de patiënt; conform de principes van
2454 collaborative en matched care [Keitner 2006; Huffman 2018].
2455

2456 Bij modellen voor collaborative care wordt uitgegaan van langere periodes van ziekte waarin
2457 behandeling en ondersteuning noodzakelijk zijn en (lijnloze) samenwerking tussen zorgverleners - uit
2458 verschillende disciplines - in het aanbieden van deze zorg benodigd is om de zorg voor de patiënt zo
2459 goed mogelijk uit te voeren. Deze zorg wordt in een vroeg stadium proactief geboden bij voorkeur
2460 dichtbij de patiënt. De centrale zorgverlener, bijvoorbeeld een verpleegkundige of verpleegkundig
2461 specialist, coördineert de zorg. Hierbij worden veelal principes van matched care toegepast, waarbij
2462 het monitoren van klachten en zorgbehoefte centraal staat, evenals doorverwijzen naar passende
2463 zorg of ondersteuning waar nodig [LOPPSOZ visiedocument 2015].
2464

2465 Referenties

- 2466 1. Andersen BL, DeRubeis RJ, Berman BS, Gruman J, Champion VL, Massie MJ, Holland JC,
2467 Partridge AH, Bak K, Somerfield MR, Rowland JH; American Society of Clinical Oncology.
2468 Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an
2469 American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *J Clin Oncol.* 2014 May
2470 20;32(15):1605-19.
- 2471 2. Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 29 januari 2021, ECLI:NL:TGZCTG:2021:36.
- 2472 3. Huffman JC, Adams CN, Celano CM. Collaborative Care and Related Interventions in Patients
2473 With Heart Disease: An Update and New Directions. *Psychosomatics.* 2018 Jan-Feb;59(1):1-18..
- 2474 4. Eizenga WH, De Bont M, Vriezen JA, Jobse AP, Kruyt JE, Lampe IH, et al. Landelijke eerstelijns
2475 samenwerkingsafspraken palliatieve zorg. *Huisarts en Wetenschap* 2006;49:308-312.
- 2476 5. FMS 2019 Kwaliteitsstandaard Psychosociale zorg bij somatische aandoeningen
- 2477 6. IKNL/Palliactief. Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland. 2017.
- 2478 7. Keitner et al., 2006 Keitner GI, Ryan CE, Solomon DA. Realistic expectations and a disease
2479 management model for depressed patients with persistent symptoms. *J Clin Psychiatry.*
2480 2006;67(9):1412-21.
- 2481 8. Muntingh AD, van der Feltz-Cornelis CM, van Marwijk HW, Spinhoven P, van Balkom AJ.
2482 Collaborative care for anxiety disorders in primary care: a systematic review and meta-analysis.
2483 *BMC Fam Pract.* 2016 Jun 2;17:62.
- 2484 9. Psychosociale oncologische zorg, Landelijk Overleg Paramedische en Psychosociale
2485 Oncologische Zorg (LOPPSOZ), visiedocument 2015.

CONCEPT

2487 **Bijlage 1 Geldigheid**

2488

2489 Deze richtlijn is goedgekeurd op [datum goedkeuring]. De eigenaars van de richtlijn moeten kunnen
2490 aantonen dat de richtlijn zorgvuldig en met de vereiste deskundigheid tot stand is gekomen.

2491 Het eigenaarschap van deze richtlijn ligt bij de beroeps- en wetenschappelijke verenigingen die de
2492 herziening hebben uitgevoerd en de richtlijn hebben geautoriseerd. Bij voorkeur beoordelen zij jaarlijks
2493 of de (modules van de) richtlijn nog actueel zijn.

2494 De regiehoudende vereniging is de eerstverantwoordelijke om bij te houden of een richtlijn geüpdatet
2495 moet worden. Zo nodig wordt de richtlijn tussentijds op onderdelen bijgesteld. De geldigheidstermijn
2496 van de richtlijn is maximaal 5 jaar na vaststelling. Indien de richtlijn dan nog actueel wordt bevonden,
2497 wordt de geldigheidsduur van de richtlijn verlengd. IKNL draagt zorg voor het beheer en de ontsluiting
2498 van de richtlijn.

2499

2500 **Juridische betekenis van richtlijnen/richtlijnmodules**

2501 De richtlijn bevat aanbevelingen van algemene aard. Het is mogelijk dat deze aanbevelingen in een
2502 individueel geval niet van toepassing zijn. Er kunnen zich feiten of omstandigheden voordoen
2503 waardoor het wenselijk is dat in het belang van de patiënt van de richtlijn wordt afgeweken.

CONCEPT

2504 **Bijlage 2 Algemene gegevens**

2505

2506 **Initiatief**

- 2507 • Agendacommissie richtlijnen palliatieve zorg (KNMG/IKNL)
- 2508 • IKNL (Integraal Kankercentrum Nederland)

2509

2510 **Regiehoudende vereniging**

- 2511 • Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)

2512

2513 **Autoriserende/instemmende en/of bij de richtlijnwerkgroep betrokken verenigingen**

- 2514 • Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- 2515 • Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
- 2516 • Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- 2517 • Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC)
- 2518 • Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)
- 2519 • Patiëntenfederatie Nederland
- 2520 • Vereniging van Geestelijk VerZorgers (VGVZ)
- 2521 • Verenso, vereniging van specialisten ouderengeneeskunde
- 2522 • Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

2523

2524 **Financiering**

2525 Deze richtlijn(module) is gefinancierd door ZonMW. De inhoud van de richtlijn(module) is niet
2526 beïnvloed door de financierende instantie.

2527 Een richtlijn is een kwaliteitsstandaard. Een kwaliteitsstandaard beschrijft wat goede zorg is, ongeacht
2528 de financieringsbron (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke
2529 ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de cliënt/patiënt). Opname van
2530 een kwaliteitsstandaard in het Register betekent dus niet noodzakelijkerwijs dat de in de
2531 kwaliteitsstandaard beschreven zorg verzekerde zorg is.

2532

2533 **Procesbegeleiding en verantwoording**

2534 IKNL (Integraal Kankercentrum Nederland) is het kennis- en kwaliteitsinstituut voor professionals en
2535 bestuurders in de oncologische en palliatieve zorg dat zich richt op het continu verbeteren van de
2536 oncologische en palliatieve zorg.

2537 IKNL benadert preventie, diagnose, behandeling, nazorg en palliatieve zorg als een keten waarin de
2538 patiënt centraal staat. Om kwalitatief goede zorg te waarborgen ontwikkelt IKNL producten en
2539 diensten ter verbetering van de oncologische zorg, de nazorg en de palliatieve zorg, zowel voor de
2540 inhoud als de organisatie van de zorg binnen en tussen instellingen.

2541 Daarnaast draagt IKNL nationaal en internationaal bij aan de beleidsvorming op het gebied van
2542 oncologische en palliatieve zorg.

2543

2544 IKNL rekent het (begeleiden van) ontwikkelen, implementeren en evalueren van multidisciplinaire,
2545 evidence based richtlijnen voor de palliatieve zorg tot een van haar primaire taken. IKNL werkt hierbij
2546 conform de daarvoor geldende (inter)nationale kwaliteitscriteria. Bij ontwikkeling gaat het in
2547 toenemende mate om onderhoud (modulaire revisies) van reeds bestaande richtlijnen.

2548 **Bijlage 3 Samenstelling werkgroep**

2549

2550 Alle werkgroepleden zijn afgevaardigd namens wetenschappelijke en beroepsverenigingen en hebben
2551 daarmee het mandaat voor hun inbreng. Bij de samenstelling van de werkgroep is geprobeerd
2552 rekening te houden met landelijke spreiding, inbreng van betrokkenen uit zowel academische als
2553 algemene ziekenhuizen/instellingen en vertegenwoordiging van de verschillende
2554 verenigingen/disciplines. Het patiëntenperspectief (zie ook bijlage 5) is vertegenwoordigd door de
2555 Patiëntenfederatie Nederland in de richtlijnwerkgroep en afvaardiging van de Parkinson Vereniging,
2556 MS Vereniging en het Longfonds als klankbordleden.

2557 Bij de uitvoer van het literatuuronderzoek is literatuuronderzoeker betrokken.

2558

2559 **Wergroepleden**

2560

- 2561 • Mevr. dr. E. Aukema, GZ-psycholoog en hoofd Ingeborg Douwes Centrum, NIP
- 2562 • Mevr. drs. M.J.H.E. Gijsberts, specialist ouderengeneeskunde, Verenso
- 2563 • Mevr. dr. C.R.M. Lammens, secretaris, Taskforce Cancer Survivorship Care
- 2564 • Mevr. A. Mooij, adviseur Patiëntbelang, Patiëntenfederatie Nederland
- 2565 • Mevr. prof. dr. A.K.L. Reyners, internist, NIV
- 2566 • Mevr. dr. E. van Valen, GZ-psycholoog, NIP (vanaf 1-10-2021)
- 2567 • Mevr. dr. A. Visser, universitair docent Geestelijke Verzorging, VGVZ
- 2568 • Mevr. dr. M.S. Vos, voorzitter, ziekenhuispsychiater niet-praktiserend, NVvP
- 2569 • Mevr. drs. E.I. de Vries, huisarts, NHG
- 2570 • Mevr. dr. D. Zweers, verpleegkundig specialist, V&VN Oncologie en Verpleegkundig Specialisten

2571

2572 **Klankbordleden**

2573

- 2574 • Mevr. N. Claassen, huisarts en wetenschappelijk medewerker, NHG
- 2575 • Mevr. K.M. Efthymiou, anesthesioloog-pijnarts, NVA
- 2576 • Mevr. L. Emmaneel, gedifferentieerd verpleegkundige palliatieve zorg, V&VN
- 2577 • Mevr. drs. M.M. van het Hoofd, beleidsmedewerker, Parkinson Vereniging
- 2578 • Mevr. C. ter Huurne, verpleegkundig specialist, V&VN
- 2579 • Mevr. J.L. van Nus-Stad, maatschappelijk werker, BPSW
- 2580 • Mevr. M.A.P. Poulissen-Erinkveld, projectleider Zorg, Longfonds
- 2581 • Mevr. A. Rothengatter-Ophof, anesthesioloog-pijnarts, NVA
- 2582 • Dhr. C. Schouten, ervaringsdeskundige, MS Vereniging
- 2583 • Mevr. dr. C.R. Tulner, klinische geriater, NVKG
- 2584 • Mevr. drs. J. van der Velden, huisarts n.p., Pharos
- 2585 • Mevr. dr. F.E. de Vries, psychiater en onderzoeker, NVvP
- 2586 • Mevr. D. van Wijngaarden, verpleegkundig specialist, V&VN

2587

2588 **Ondersteuning**

2589

- 2590 • Mevr. B. Vogelaar, literatuuronderzoeker, Trimbos Instituut
- 2591 • Mevr. dr. C.H. Stoop, procesbegeleider, adviseur palliatieve zorg, IKNL
- 2592 • Mevr. F.M. Godrie, procesbegeleider, adviseur palliatieve zorg, IKNL
- 2593 • Mevr. L.K. Liu, secretaresse, IKNL

2594 **Bijlage 4 Belangenverklaringen**

2595

2596

2597

2598

2599

2600

2601

2602

2603

2604

Om de beïnvloeding van de richtlijnontwikkeling of formulering van de aanbevelingen door conflicterende belangen te minimaliseren zijn de leden van de werkgroep gemandateerd door de wetenschappelijke en beroepsverenigingen. Alle leden van de richtlijnwerkgroep en klankbordgroep hebben verklaard onafhankelijk gehandeld te hebben bij het opstellen van de richtlijn. Een onafhankelijkheidsverklaring 'Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstremgeling' zoals vastgesteld door onder meer de KNAW, KNMG, Gezondheidsraad, CBO, NHG en Orde van Medisch Specialisten is door de werkgroepleden bij aanvang en bij afronding van het traject ingevuld. De bevindingen zijn schriftelijk vastgelegd in de belangenverklaring en opvraagbaar via richtlijnen@iknl.nl.

CONCEPT

2605 **Bijlage 5 Inbreng patiëntperspectief**

2606

2607 Het patiëntperspectief is vertegenwoordigd door de Patiëntenfederatie Nederland in de
2608 richtlijnwerkgroep en afvaardiging van de Parkinson Vereniging, MS Vereniging en het Longfonds als
2609 klankbordleden. De input van patiëntvertegenwoordigers is nodig voor de ontwikkeling van kwalitatief
2610 goede richtlijnen. Goede zorg voldoet immers aan de wensen en eisen van zowel zorgverlener als
2611 patiënt.

2612

2613 Door middel van onderstaande werkwijze is informatie verkregen en zijn de belangen van de patiënt
2614 meegenomen:

2615 • Bij aanvang van het richtlijntraject hebben de patiëntvertegenwoordigers knelpunten aangeleverd.

2616 • De Patiëntenfederatie heeft diepte-interviews gehouden bij patiënten en naasten.

2617 • De patiëntvertegenwoordigers hebben de conceptteksten beoordeeld om het patiëntenperspectief
2618 in de formulering van de definitieve tekst te optimaliseren.

2619 • Patiëntenfederatie Nederland, Parkinson Vereniging, Longfonds en MS Vereniging zijn
2620 geconsulteerd in de externe commentaarrronde.

2621 • Patiëntenfederatie Nederland, Parkinson Vereniging, Longfonds en MS Vereniging hebben
2622 ingestemd met de inhoud van de richtlijn.

2623 • Patiënteninformatie/een patiëntensamenvatting wordt opgesteld en gepubliceerd op de daarvoor
2624 relevante sites.

2625 **Bijlage 6 Knelpunteninventarisatie**

2626

2627 [Factsheet knelpuntenenquête Angst en Depressie in de palliatieve fase \(maart 2021\)](#)

CONCEPT

2628 **Bijlage 7 Methode**

2629

2630 Elke module is opgebouwd volgens een vast stramien: uitgangsvraag, aanbevelingen, onderbouwing,
2631 conclusies, overwegingen en referenties. De antwoorden op de uitgangsvragen (dat zijn de
2632 aanbevelingen in deze richtlijn) zijn voor zover mogelijk gebaseerd op gepubliceerd wetenschappelijk
2633 onderzoek. Enkele uitgangsvragen zijn zonder systematisch literatuuronderzoek uitgewerkt.

2634

2635 **Knelpuntenanalyse**

2636 In de voorbereidende fase van de richtlijn is door de werkgroep een overzicht met knelpunten
2637 opgesteld. Deze knelpunten zijn middels een enquête voorgelegd aan zorgprofessionals via relevante
2638 beroeps- en wetenschappelijke verenigingen. Hierbij werd de respondenten gevraagd de knelpunten
2639 de prioriteren. Tevens was er de mogelijkheid om andere knelpunten aan te dragen.

2640 De uitkomsten van de knelpunteninventarisatie ziet u via onderstaande hyperlink:

2641 [Factsheet knelpuntenenquête Angst en Depressie in de palliatieve fase \(maart 2021\)](#)

2642 Deze resultaten zijn door de werkgroep besproken en omgezet in uitgangsvragen.

2643

2644 **Ontwikkeling module(s)**

2645 Uitgangsvragen zonder systematisch literatuuronderzoek

2646 Bij vier modules is geen systematisch literatuuronderzoek verricht. De teksten en aanbevelingen zijn
2647 uitsluitend gebaseerd op overwegingen die zijn opgesteld door de werkgroepleden op basis van
2648 kennis en ervaringen uit de praktijk en waar mogelijk onderbouwd door (niet systematisch)
2649 literatuuronderzoek. Deze artikelen zijn niet methodologisch beoordeeld.

2650

2651 De GRADE-methodiek

2652 Uitgangsvragen *preventie, screening, psychosociale behandeling en medicamenteuze behandeling*
2653 zijn via de evidence-based GRADE-methodiek uitgewerkt.

2654

2655 *Zoeken en selecteren*

2656 Bij deze modules is de uitgangsvraag omgezet naar één of meerdere onderzoeksvragen op basis van
2657 specifieke zoektermen. Daarnaast zijn door de werkgroep uitkomstmaten aangegeven die voor de
2658 patiënt belangrijk zijn. Deze uitkomstmaten zijn gewaardeerd op basis van belang bij de
2659 besluitvorming en hierdoor onderverdeeld in cruciale, belangrijke en niet-belangrijke uitkomstmaten.

2660 Aan de hand van deze zoektermen is gezocht in diverse elektronische databases naar

2661 wetenschappelijke literatuur. De zoekstrategieën per onderzoeksvraag vindt u in [bijlage 8](#).

2662 Op basis van vooraf opgestelde in- en exclusiecriteria werd de gevonden literatuur geselecteerd, eerst
2663 op basis van de titel en samenvatting en vervolgens op basis van het gehele artikel. Per module zijn
2664 de aantallen gevonden artikelen en de aantallen geëxcludeerde studies te vinden in [bijlage 8](#).

2665 Redenen voor exclusie zijn opgenomen in de exclusietabellen in [bijlage 8](#).

2666

2667 Naast de selectie op relevantie werd tevens geselecteerd op bewijskracht. Hiervoor werd gebruik
2668 gemaakt van de volgende hiërarchische indeling van studiedesigns gebaseerd op bewijskracht:

- 2669 1. systematische reviews
- 2670 2. gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's)
- 2671 3. niet gerandomiseerde gecontroleerde studies (CCT's)

2672

2673 *Kwaliteit van individuele studies*

2674 Individuele studies werden beoordeeld door middel van de Cochrane Risk of Bias tool
2675 (gerandomiseerde studies) en de AMSTAR Risk of Bias tool (systematische reviews).

2676

2677 *Kwaliteit van het bewijs*

2678 Vervolgens werd de kwaliteit van het bewijs beoordeeld volgens de GRADE-methodiek. De kwaliteit
2679 van bewijs wordt weergegeven in vier categorieën: hoog, matig, laag en zeer laag. Zoals te zien is in
2680 tabel 1, starten RCT's hoog en observationele studies laag. Vijf factoren verlagen de kwaliteit van de
2681 bewijskracht en drie factoren kunnen de kwaliteit van de evidentie verhogen (zie tabel 1). Op deze
2682 manier werd de bewijskracht per uitkomstmaat gegradeerd.

2683

2684 Tabel 1. GRADE-methodiek voor het graderen van bewijs

Kwaliteit van bewijs	Onderzoeksoepzet	Verlagen als	Verhogen als
Hoog	Gerandomiseerde studie	<u>Beperkingen in de onderzoeksoepzet</u> -1 ernstig -2 zeer ernstig	<u>Sterke associatie</u> + 1 sterk + 2 zeer sterk
Matig	Observationele studie	<u>Inconsistenties</u> -1 ernstig -2 zeer ernstig	<u>Dosis-respons relatie</u> + 1 bewijs voor deze relatie
Laag		<u>Indirectheid</u> -1 ernstig -2 zeer ernstig	<u>Aanwezigheid van plausibele residuele confounding</u> + 1 zou een aangetoond effect verminderen, of
Zeer laag		<u>Imprecisie</u> -1 ernstig -2 zeer ernstig	+ 1 zou een onterecht effect suggereren als de resultaten geen effect laten zien
		<u>Publicatiebias</u> -1 waarschijnlijk -2 zeer waarschijnlijk	

2685
2686
2687
2688
2689
2690
2691
2692
2693
2694
2695
2696
2697
2698
2699
2700
2701
2702

Algehele kwaliteit van bewijs

Omdat het beoordelen van de kwaliteit van bewijs in de GRADE-methodiek per uitkomstmaat geschiedt, is er behoefte aan het bepalen van de algehele kwaliteit van bewijs. Voor het literatuuronderzoek werd door de richtlijnwerkgroep bepaald welke uitkomstmaten cruciaal, belangrijk en niet belangrijk zijn. Het niveau van de algehele kwaliteit van bewijs wordt in principe bepaald door de cruciale uitkomstmaat met de laagste kwaliteit van bewijs.

Als echter de kwaliteit van het bewijs verschilt tussen de verschillende cruciale uitkomstmaten zijn er twee opties:

- De uitkomstmaten wijzen in verschillende richtingen (zowel gewenst als ongewenste effecten) of de balans tussen gewenste en ongewenste effecten is onduidelijk, dan bepaalt de laagste kwaliteit van bewijs van de cruciale uitkomstmaten de algehele kwaliteit van bewijs;
- De uitkomstmaten wijzen in dezelfde richting (richting gewenst of richting ongewenst effecten), dan bepaalt de hoogste kwaliteit van bewijs van de cruciale uitkomstmaat dat op zichzelf voldoende is om de interventie aan te bevelen van de algehele kwaliteit van bewijs.

Op basis hiervan werden de conclusies geformuleerd (zie tabel 2).

Tabel 2. Formulering conclusies op basis van kwaliteit van bewijs per uitkomstmaat

Kwaliteit van bewijs	Interpretatie	Formulering conclusie
Hoog	Er is <u>veel vertrouwen</u> dat het werkelijk effect dicht in de buurt ligt van de schatting van het effect.	Zie tabel 3
Matig	Er is <u>matig vertrouwen</u> in de schatting van het effect: het werkelijk effect ligt waarschijnlijk dicht bij de schatting van het effect, maar er is een mogelijkheid dat het hier substantieel van afwijkt.	Zie tabel 3
Laag	Er is <u>beperkt vertrouwen</u> in de schatting van het effect: het werkelijke effect kan substantieel verschillend zijn van de schatting van het effect.	Zie tabel 3
Zeer laag	Er is <u>weinig vertrouwen</u> in de schatting van het effect: het werkelijke effect wijkt waarschijnlijk substantieel af van de schatting van het effect.	Zie tabel 3

Formulering algehele kwaliteit van bewijs: hoog/matig/laag/zeer laag.

2703 Tabel 3. Standaard GRADE conclusies

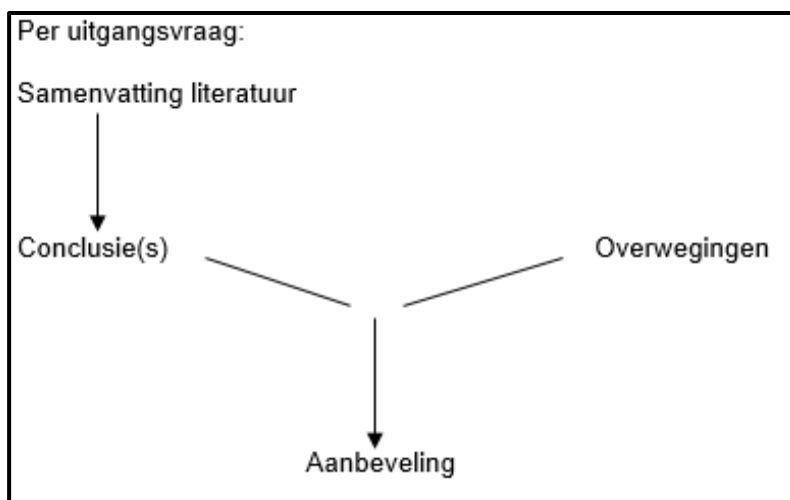
Grootte van het effect*	Suggesties voor het verwoorden van een conclusie (per uitkomstmaat)
Certainty of evidence: hoog (mogelijke werkwoorden: geeft, heeft (een effect) resulteert in, zal, [Eng: does])	
Groot effect	X geeft een grote vermindering van [sterfte] X resulteert in een grote vermindering van [sterfte]
Matig effect	X vermindert [sterfte] X resulteert in een vermindering van [sterfte]
Klein effect (belangrijk)	X vermindert de sterfte enigszins
Klein effect (geen belangrijk)	X heeft een klein effect, dat wellicht geen belangrijke vermindering van [sterfte] is X resulteert in een klein effect, dat wellicht geen belangrijke vermindering van [sterfte] is X resulteert in een klein, mogelijk onbelangrijk effect op [sterfte] X resulteert niet in een belangrijke vermindering van [sterfte]
Geen effect	X vermindert [sterfte] niet X heeft niet of nauwelijks effect op [sterfte]
Certainty of evidence: redelijk (waarschijnlijk, of resulteert waarschijnlijk in ([Eng: does]))	
Groot effect	X resulteert waarschijnlijk in een grote vermindering van [sterfte]
Matig effect	X vermindert waarschijnlijk [sterfte]
Klein effect (belangrijk)	X vermindert [sterfte] waarschijnlijk enigszins
Klein effect (niet belangrijk)	X heeft waarschijnlijk een klein, maar mogelijk onbelangrijk effect op [sterfte] X resulteert waarschijnlijk in een klein effect dat wellicht geen belangrijke vermindering van [sterfte] betreft X resulteert waarschijnlijk in een klein, mogelijk onbelangrijk effect op [sterfte]
Geen effect	X vermindert [sterfte] waarschijnlijk niet X heeft waarschijnlijk niet of nauwelijks effect op [sterfte]
Certainty of evidence: laag (werkwoorden: zou kunnen, lijkt, suggereert)	
Groot effect	X zou kunnen resulteren in een grote vermindering van [sterfte] X lijkt te kunnen resulteren in een grote vermindering van [sterfte]
Matig effect	X zou [sterfte] kunnen verminderen X lijkt [sterfte] te kunnen verminderen
Klein effect (belangrijk)	X zou [sterfte] enigszins kunnen verminderen X lijkt [sterfte] enigszins te verminderen
Klein effect (niet belangrijk)	X zou een klein mogelijk, maar onbelangrijk effect op [sterfte] kunnen hebben. X zou kunnen resulteren in een klein effect dat wellicht geen belangrijke (of onbelangrijke) vermindering van [sterfte] betreft X lijkt te resulteren in een klein effect dat wellicht geen belangrijke (of onbelangrijke) vermindering van [sterfte] betreft X zou kunnen resulteren in een klein mogelijk onbelangrijk effect op [sterfte] X zou kunnen resulteren in een klein effect dat wellicht geen belangrijke vermindering van [sterfte] betreft X zou kunnen resulteren in een klein mogelijk onbelangrijk effect op [sterfte]
Geen effect	X vermindert [sterfte] wellicht niet X zou [sterfte] niet of nauwelijks verminderen X lijkt [sterfte] niet te verminderen
Certainty of evidence: zeer laag (werkwoorden: zou kunnen, lijkt, suggereert)	
Effect	We zijn onzeker over het effect van X op de sterfte

- 2704 *Noten:
- 2705
- 2706 • Grote en redelijke effecten zijn sowieso belangrijk! Kleine effecten kunnen belangrijk of onbelangrijk
- 2707 zijn.
- 2708 • Bij het beslissen over de vraag of het een belangrijk of onbelangrijk effect betreft is een leidraad wat
- 2709 de drempelwaarde is waarboven of waarbeneden de beslissing (aanbeveling) zou veranderen.
- 2710 • Als de richtlijn geen drempelwaarde kan bepalen:
- 2711 – Continue uitkomstmaten op dezelfde schaal gemeten: in relatie tot MID effectgrootte beoordelen.
- 2712 *[For some outcomes, research has already determined that there is a specific level at which the*
- 2713 *effect is important to patients (e.g. research shows that 4 points on the Health Related Quality of*
- 2714 *Life scale is important to patients). In other cases, review authors can use a cut-off point (GRADE*
- 2715 *recommends RR < 0.80 or > 1.25), or can use their own judgment.]*
- 2716 klein (0.2 0.5 MID), matig (0.5 1.5 MID) en groot >1.5 MID. Geen effect: 0 tot 0,2 MID. Indien MID
- 2717 onbekend, omrekenen naar SMD.

- 2718 – Continue uitkomstmaten op verschillende schalen gemeten: SMD=0,2 (klein); SMD=0,5 (redelijk);
2719 SMD=0,8 groot.
2720 – Dichotome uitkomstmaten (absolute effect: NNT = RRR * baseline risico): context gebonden (odds
2721 ratio's converteren naar RR!).
2722

2723 Formuleren van overwegingen

2724 Naast het bewijs uit de literatuur (conclusies) zijn er andere overwegingen die meespelen bij het
2725 formuleren van de aanbeveling. Deze aspecten worden besproken onder het kopje 'Overwegingen' in
2726 de module. Hierin worden de conclusies (op basis van de literatuur) geplaatst in de context van de
2727 dagelijkse praktijk en vindt een afweging plaats van de voor- en nadelen van de verschillende
2728 beleidsopties. De uiteindelijk geformuleerde aanbeveling is het resultaat van de conclusie(s) in
2729 combinatie met deze overwegingen (Figuur 1).
2730



2731
2732 *Figuur 1. Van bewijs naar aanbeveling*

2733 Bij het schrijven van de overwegingen zijn onderstaande zaken in acht genomen:

2736 *Kwaliteit van het bewijs*

2737 Hoe hoger de algehele kwaliteit van het bewijs, des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een
2738 sterke (positieve of negatieve) aanbeveling.

2740 *Patiëntenperspectief*

2741 Beschreven wordt in hoeverre het bewijs aansluit bij de waarde en behoefte van de patiënt. Wat vindt
2742 de patiënt het belangrijkste? Of waar loopt de patiënt tegenaan? Is er voldoende bewijskracht voor de
2743 voor patiënten relevante uitkomsten? Wat zijn de consequenties voor patiënten (bijv. opnameduur,
2744 kosten die zij zelf maken).

2746 *Professioneel perspectief*

2747 Beschreven wordt in hoeverre het bewijs aansluit bij de inzichten van de professional. Bijvoorbeeld als
2748 het gaat om de kennis en ervaring met de interventie, de te verwachten risico's die de professional
2749 loopt en de te verwachten tijdsbesparing/tijdsinvestering.

2751 *Aanvaardbaarheid en haalbaarheid*

2752 Beschreven wordt in hoeverre de interventie aanvaardbaar is. Dank hierbij aan ethische en juridische
2753 overwegingen, maar ook in hoeverre het haalbaar is. Denk daarbij aan voldoende tijd, kennis en
2754 mankracht, impact op de organisatie van zorg of bijvoorbeeld beschikbaarheid van medicatie en
2755 kosten.

2757 *Balans van gewenste en ongewenste effecten*

2758 Beschreven wordt in hoeverre de voordelen opwegen tegen de nadelen. Ook de perspectieven van de
2759 patiënt en de professional worden belicht, als die verschillend zijn.

2760
 2761
 2762
 2763
 2764
 2765
 2766
 2767
 2768
 2769
 2770
 2771
 2772

Rationale voor de aanbeveling

Optioneel eindigt de overweging met een heel korte samenvatting waarom de aanbeveling voor of tegen de interventie adviseert.

Formuleren van aanbevelingen

Aanbevelingen in richtlijnen geven een antwoord op de uitgangsvraag. De GRADE-methodiek kent twee soorten aanbevelingen: sterke aanbevelingen of conditionele (zwakke) aanbevelingen. De sterkte van de aanbevelingen reflecteert de mate van vertrouwen waarin - voor de groep patiënten waarvoor de aanbevelingen zijn bedoeld - de gewenste effecten opwegen tegen de ongewenste effecten. Zie voor de formulering van sterke en zwakke aanbevelingen tabel 4.

Tabel 4. Formulering van aanbevelingen

Gradering van aanbeveling	Betekenis	Voorkeursformulering
Sterke aanbeveling voor	De voordelen zijn groter dan de nadelen voor bijna alle patiënten. Alle of nagenoeg alle geïnformeerde patiënten zullen waarschijnlijk deze optie kiezen.	Gebiedende wijs (Geef de patiënt ..., Adviseer ...)
Zwakke aanbeveling voor	De voordelen zijn groter dan de nadelen voor een meerderheid van de patiënten, maar niet voor iedereen. De meerderheid van geïnformeerde patiënten zal waarschijnlijk deze optie kiezen.	Overweeg [interventie], bespreek de voor- en nadelen.
Neutraal
Zwakke aanbeveling tegen	De nadelen zijn groter dan de voordelen voor een meerderheid van de patiënten, maar niet voor iedereen. De meerderheid van geïnformeerde patiënten zal waarschijnlijk deze optie niet kiezen.	Wees terughoudend met [interventie], bespreek de voor- en nadelen.
Sterke aanbeveling tegen	De nadelen zijn groter dan de voordelen voor bijna alle patiënten. Alle of nagenoeg alle geïnformeerde patiënten zullen waarschijnlijk deze optie niet kiezen.	Gebiedende wijs (Geef niet ..., ontraden)

2773

CONCEPT

2775 **8 - 2.1 Zoekstrategie**
2776

2777 **Vraag: Leidt het vroeg inzetten van palliatieve zorg tot minder angst en depressieve klachten**
2778 **bij patiënten in de palliatieve fase?**

2779 Patiënten >18 in de palliatieve fase van een lichamelijke ziekte [patiënten met levensverwachting van
2780 1 à 2 jaar of progressieve somatische aandoeningen]

2781 Suggesties voor trefwoorden: palliative, incurable, end of life en advanced.

2782 Exclusie: Patiënten met dementie, Patiënten met angststoornis

2783 I: Vroeg inzetten van palliatieve zorg

2784 O: Angst [gemeten met een gevalideerde vragenlijst], Depressie [gemeten met een gevalideerde
2785 vragenlijst], in 2^e instantie Kwaliteit van leven [gemeten met een gevalideerde vragenlijst]

2786 **Systematic Reviews [vanaf 2001, zoekdatum 05032021]**

2787 **PubMed** ["Terminally Ill"[Mh] OR "Terminal Care"[Mh] OR "Palliative Care"[Mh] OR "Palliative
2788 Medicine"[Mh] OR "Hospice and Palliative Care Nursing"[Mh] OR "Advance Care Planning"[Mh] OR
2789 palliative[tiab] OR terminal-ill*[tiab] OR terminally[tiab] OR terminal-care[tiab] OR terminal-stage[tiab]
2790 OR terminal*[ti] OR end-of-life[tiab] OR incurable[tiab] OR advanced-illness*[tiab] OR advanced-
2791 disease*[tiab] OR advanced-cancer[tiab] OR advanced-care[tiab] OR advanced[ti] OR progressive[ti]
2792 OR hospice*[tiab]]

2793 AND

2794 ["Anxiety"[Mh] OR "Depression"[Mh] OR "Quality of Life"[Mj] OR anxiet*[tiab] OR anxious*[tiab] OR
2795 depress*[tiab] OR quality-of-life[ti] OR QOL[ti] OR HRQOL[ti]]

2796 AND

2797 ["prevention and control"[Subheading] OR "Preventive Health Services"[Mh] OR prevent*[tiab] OR
2798 early-intervent*[tiab] OR early-palliative[tiab] OR EPC[tiab] OR early-phase*[tiab] OR early-stage[tiab]
2799 OR early[ti]]

2800 **AND ["2001/01/01"[PDat] : "3000/12/31"[PDat]]**

2801 AND [systematic review[pt] OR meta-analysis[pt] OR meta-anal*[tiab] OR metaanal*[tiab] OR
2802 quantitative review[tiab] OR systematic review[tiab] OR methodologic review[tiab] OR systematic[sb]
2803 OR "The Cochrane database of systematic reviews"[Jour] NOT [letter[pt] OR comment[pt] OR
2804 editorial[pt]]]

2805 67 resultaten

2806 **Embase**

2807 ['terminally ill patient'/exp OR 'terminal care'/exp OR 'palliative therapy'/exp OR 'palliative nursing'/exp
2808 OR palliative:ab,ti,kw OR terminal-ill*:ab,ti,kw OR terminally:ab,ti,kw OR terminal-care:ab,ti,kw OR
2809 terminal-stage:ab,ti,kw OR terminal*:ti,kw OR end-of-life:ab,ti,kw OR incurable:ab,ti,kw OR advanced-
2810 illness*:ab,ti,kw OR advanced-disease*:ab,ti,kw OR advanced-cancer:ab,ti,kw OR advanced-
2811 care:ab,ti,kw OR advanced:ti,kw OR progressive:ti,kw OR hospice*:ab,ti,kw]

2812 AND ['anxiety'/exp OR 'depression'/exp OR 'quality of life'/exp/mj OR anxiet*:ab,ti,kw OR
2813 anxious*:ab,ti,kw OR depress*:ab,ti,kw OR quality-of-life:ti,kw OR QOL:ti,kw OR HRQOL:ti,kw]

2814 AND ['prevention'/exp OR 'preventive health service'/exp OR 'early intervention'/exp OR
2815 prevent*:ab,ti,kw OR early-intervent*:ab,ti,kw OR early-palliative:ab,ti,kw OR EPC:ab,ti,kw OR early-
2816 phase*:ab,ti,kw OR early-stage:ab,ti,kw OR early:ti,kw]

2817 AND [1-1-2001]/sd

2818 AND ['systematic review'/exp or 'meta analysis'/exp OR systematic-review:ab,ti OR meta-anal*:ab,ti
2819 OR metaanal*:ab,ti OR quantitative-review:ab,ti OR methodologic-review:ab,ti] NOT ['conference
2820 abstract'/it OR 'editorial'/it OR 'letter'/it OR 'note'/it]

2821 99 resultaten

2822 **PsycInfo [ebSCO]**

2823 [DE "Terminally Ill Patients" OR DE "Palliative Care" OR DE "Hospice" OR DE "Advance Directives"
2824 OR TI [palliative OR terminal* OR "end of life" OR incurable OR advanced OR progressive OR
2825 hospice*] OR AB [palliative OR [terminal* n2 [ill* OR care OR stage]] OR "end of life" OR incurable OR
2826 [advanced n2 [illness* OR disease* OR cancer OR care]] OR hospice*]]

2827 AND [[DE "Anxiety" OR DE "Anxiety Sensitivity" OR DE "Death Anxiety" OR DE "Health Anxiety" OR
2828 DE "Performance Anxiety" OR DE "Social Anxiety" OR DE "Speech Anxiety" OR DE "Test Anxiety"
2829 OR DE "Depression [Emotion]" OR DE "Sadness" OR DE "Late Life Depression" OR DE "Reactive
2830 Depression" OR MM "Quality of Life" OR MM "Health Related Quality of Life" OR MM "Quality of Work
2831 Life"] OR TI [anxiet* OR anxious* OR depress* OR "quality of life" OR QOL OR HRQOL] OR AB
2832 [anxiet* OR anxious* OR depress*]]

2833 AND [[DE "Prevention" OR DE "Preventive Health Behavior" OR DE "Preventive Health Services" OR
2834 DE "Substance Use Prevention" OR DE "Suicide Prevention" OR DE "Violence Prevention"] OR TI
2835 [prevent* OR EPC OR early] OR AB [prevent* OR EPC OR [early n3 [intervent* OR palliative OR
2836 phase* OR stage*]]]]

2837 **AND PY 2001-2020**

2838 AND [[TI [systematic* n3 review*]] or [AB [systematic* n3 review*]] or [TI [systematic* n3
2839 bibliographic*]] or [AB [systematic* n3 bibliographic*]] or [TI [systematic* n3 literature]] or [AB
2840 [systematic* n3 literature]] or [TI [comprehensive* n3 literature]] or [AB [comprehensive* n3 literature]]
2841 or [TI [comprehensive* n3 bibliographic*]] or [AB [comprehensive* n3 bibliographic*]] or [TI [integrative
2842 n3 review]] or [AB [integrative n3 review]] or [JN "Cochrane Database of Systematic Reviews"] or [TI
2843 [information n2 synthesis]] or [TI [data n2 synthesis]] or [AB [information n2 synthesis]] or [AB [data n2
2844 synthesis]] or [TI [data n2 extract*]] or [AB [data n2 extract*]] or [TI [medline or pubmed or psyclit or
2845 cinahl or [psycinfo not "psycinfo database"] or "web of science" or scopus or embase]] or [AB [medline
2846 or pubmed or psyclit or cinahl or [psycinfo not "psycinfo database"] or "web of science" or scopus or
2847 embase]] or [MH "Systematic Review"] or [MH "Meta Analysis"] or [TI [meta-analy* or metaanaly*]] or
2848 [AB [meta-analy* or metaanaly*]]]]

2849 27 resultaten

2850 **Cinahl [ebSCO]**

2851 [[MH "Terminal Care+" OR MH "Terminally Ill Patients+" OR MH "Hospice and Palliative Nursing" OR
2852 MH "Palliative Care" OR MH "Advance Directives+"] OR TI [palliative OR terminal* OR "end of life" OR
2853 incurable OR advanced OR progressive OR hospice*] OR AB [palliative OR [terminal* n2 [ill* OR care
2854 OR stage]] OR "end of life" OR incurable OR [advanced n2 [illness* OR disease* OR cancer OR care]]
2855 OR hospice*]]]]

2856 AND [[MH "Anxiety+" OR MH "Depression+" OR MM "Quality of Life+"] OR OR TI [anxiet* OR
2857 anxious* OR depress* OR "quality of life" OR QOL OR HRQOL] OR AB [anxiet* OR anxious* OR
2858 depress*]]

2859 AND [MH "Preventive Health Care+" OR TI [prevent* OR EPC OR early] OR AB [prevent* OR EPC
2860 OR [early n3 [intervent* OR palliative OR phase* OR stage*]]]]

2861 **AND PY 2001-2020**

2862 AND [[TI [systematic* n3 review*]] or [AB [systematic* n3 review*]] or [TI [systematic* n3
2863 bibliographic*]] or [AB [systematic* n3 bibliographic*]] or [TI [systematic* n3 literature]] or [AB
2864 [systematic* n3 literature]] or [TI [comprehensive* n3 literature]] or [AB [comprehensive* n3 literature]]
2865 or [TI [comprehensive* n3 bibliographic*]] or [AB [comprehensive* n3 bibliographic*]] or [TI [integrative
2866 n3 review]] or [AB [integrative n3 review]] or [JN "Cochrane Database of Systematic Reviews"] or [TI
2867 [information n2 synthesis]] or [TI [data n2 synthesis]] or [AB [information n2 synthesis]] or [AB [data n2
2868 synthesis]] or [TI [data n2 extract*]] or [AB [data n2 extract*]] or [TI [medline or pubmed or psyclit or
2869 cinahl or [psycinfo not "psycinfo database"] or "web of science" or scopus or embase]] or [AB [medline
2870 or pubmed or psyclit or cinahl or [psycinfo not "psycinfo database"] or "web of science" or scopus or
2871 embase]] or [MH "Systematic Review"] or [MH "Meta Analysis"] or [MH "Meta Synthesis"] or [TI [meta-
2872 analy* or metaanaly*]] or [AB [meta-analy* or metaanaly*]]]

2873 41 resultaten

2874 **Cochrane database of systematic reviews**

2875 [palliative:ab,ti OR terminal-ill*:ab,ti OR terminally:ab,ti OR terminal-care:ab,ti OR terminal-stage:ab,ti
2876 OR terminal*:ti OR end-of-life:ab,ti OR incurable:ab,ti OR advanced-illness*:ab,ti OR advanced-
2877 disease*:ab,ti OR advanced-cancer:ab,ti OR advanced-care:ab,ti OR advanced:ti OR progressive:ti
2878 OR hospice*:ab,ti]

2879 AND [anxiet*:ab,ti OR anxious*:ab,ti OR depress*:ab,ti OR quality-of-life:ti OR QOL:ti OR HRQOL:ti]

2880 AND [prevent*:ab,ti OR early-intervent*:ab,ti OR early-palliative:ab,ti OR EPC:ab,ti OR early-
2881 phase*:ab,ti OR early-stage:ab,ti OR early:ti]

2882 9 Cochrane reviews

2883 **Ontdubbeling**

2884 67+99+27+41+9=243 referenties geïmporteerd in Endnote, 62 dubbelen verwijderd --> **181 resultaten**

2885
2886
2887

8 - 2.2 Reviewprotocol

Onderwerp	Module 2. Preventie van angst en depressieve klachten in de palliatieve fase
Uitgangsvragen	-Leidt het vroeg inzetten van palliatieve zorg tot minder angst en depressieve klachten bij patiënten in de palliatieve fase?
Criteria voor inclusie van studies in review	
-Populatie	Patiënten >18 in de palliatieve fase van een lichamelijke ziekte Inclusie: - Studies met patiënten met levensverwachting van 1 à 2 jaar of - Studies die patiënten includeren met progressieve somatische aandoeningen Suggesties voor trefwoorden: palliative, incurable, end of life en advanced. Exclusie: - Patiënten met dementie - Patiënten met angststoornis
-Interventie	-Vroeg inzetten van palliatieve zorg
-Vergelijking	-Geen palliatieve zorg, 'care as usual', andere zorginterventie
-Kritische uitkomstmaten	Angst [gemeten met een gevalideerde vragenlijst] Depressie [gemeten met een gevalideerde vragenlijst]
-Belangrijke uitkomstmaten	Kwaliteit van leven [gemeten met een gevalideerde vragenlijst]
- Setting	- Alle settings
-Studie design	Systematic reviews, meta-analyses [RCT's]
-Minimum omvang steekproef	-RCT >10 per arm -Exclusie van studies met >50% attrition uit één arm van de trial [tenzij adequate statistiek is toegepast om te corrigeren voor missende data]
Zoekstrategie	[termen populatie criteria] AND [RCT, systematic review]
Databases searched	-CINAHL, PsycINFO, Embase, Medline, Cochrane Database of Systematic reviews
Data searched	Reviews vanaf 2001. Voor de RCT's vanaf inception.
De review strategie	Eerst een search naar SRs. RCTs uit de geselecteerde SR worden meegenomen wanneer ze passen bij de uitgangsvraag en de PICO. Mochten er te veel artikelen zijn dan wordt geprioriteerd welke mee te nemen.

2888

2889
2890
2891

8 - 2.3 Risk of Bias beoordeling

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias), subjective outcomes	Blinding of participants and personnel (performance bias), objective outcomes	Blinding of outcome assessment (detection bias), subjective outcomes	Blinding of outcome assessment (detection bias), objective outcomes	Incomplete outcome data (attrition bias): All outcomes	Selective reporting (reporting bias)	Other bias	Size of study
Bakitas 2009	+	?	+	+	+	+	+	+	+	
Bakitas 2015	+	?	+	+	+	+	+	+	+	
El-Jawahri 2016	+	?	+	+	+	+	+	+	+	
Higginson 2014	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
McCorkle 2015	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Rodin 2019	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Tattersall 2014	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Temel 2010	?	?	+	+	+	+	+	+	+	
Temel 2017	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
vanbutsele 2018	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Wallen 2012	?	?	+	+	+	+	+	+	+	
Woo 2019	?	?	+	+	+	+	+	+	+	

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Bakitas 2009	+	-	-	?	+	+	+
Bakitas 2015	+	?	-	+	+	+	+
Maltoni 2016	+	+	-	?	+	+	+
McCorkle 2015	+	?	-	?	+	-	+
Tattersall 2014	+	+	-	?	-	?	?
Temel 2010	+	-	-	?	+	+	+

2892 **8 - 2.4 Lijst met exclusieredenen**

Studie-ID	Actie	Reden
Portilla-Tamarit2021	Excluded	wrong outcome
Milton2021	Excluded	Wrong intervention
Harmer2021	Excluded	wrong population
DelemereJan	Excluded	wrong intervention
Andersen2021	Excluded	wrong intervention
Aftab2021	Excluded	wrong study design
von Trott2020	Excluded	wrong intervention
Simon2020	Excluded	wrong intervention
Rohwer2020	Excluded	wrong population
ReamJun	Excluded	wrong intervention
RajnovEANU2020	Excluded	Geen RCTs
Ponzano2020	Excluded	wrong population
Md Zemberi2020	Excluded	wrong population
MasonApr	Excluded	wrong population
Li2020	Excluded	wrong outcome
LiOct	Excluded	wrong intervention
Karibayeva2020	Excluded	wrong outcome
HuangApr	Excluded	wrong intervention
HopfAug	Excluded	wrong outcome
Eseadi2020	Excluded	wrong outcome
Chen2020	Excluded	wrong intervention
Chan2020	Excluded	wrong intervention
Chakraborty2020	Excluded	wrong intervention
C and yFeb	Excluded	wrong intervention
AhnAug	Excluded	wrong intervention
Zaporowska-StachowiakJun	Excluded	wrong intervention
XiaoSep	Excluded	wrong intervention
VÅ©dieMar	Excluded	wrong intervention
TobberupJul	Excluded	wrong intervention
TeoJul	Excluded	Wrong intervention

Sotoudeh2019	Excluded	wrong intervention
MarmorDec	Excluded	wrong intervention
Kasthurirathne2019	Excluded	wrong population
KasparianDec	Excluded	wrong population
Iwata2019	Excluded	wrong intervention
Faury2019	Excluded	wrong population
Evans2019	Excluded	wrong intervention
DavisDec	Excluded	wrong population
Br and t2019	Excluded	wrong study design
BouleucSep	Excluded	foreign language
BoeleJul	Excluded	wrong intervention
Sommaruga2018	Excluded	wrong intervention
Pollok2018	Excluded	wrong intervention
Ozcan Cetin2018	Excluded	wrong intervention
Nathoo2018	Excluded	wrong intervention
MitchellDec	Excluded	wrong intervention
Mercadante2018	Excluded	wrong intervention
McClell and 2018	Excluded	wrong intervention
Kelly2018	Excluded	wrong study design
Kauw2018	Excluded	wrong intervention
Hollowood2018	Excluded	wrong intervention
Hechtner2018	Excluded	wrong intervention
Grossman2017	Excluded	Gaat niet in op vroege palliatieve zorg
Fuke2018	Excluded	wrong intervention
Fridriksdottir2018	Excluded	wrong intervention
Ambroggi2018	Excluded	Geen aanvulling op Haun en Bajwah
Yonemoto2017	Excluded	wrong population
Walsh2017	Excluded	wrong intervention
SullivanSpring2017	Excluded	wrong intervention
Segev2017	Excluded	wrong study design
RingerOct	Excluded	wrong intervention
Pinedo Velázquez2017	Excluded	wrong intervention

Muliira2017	Excluded	wrong intervention
Haun2017	Included	
HÅrtel-Petri2017	Excluded	wrong intervention
Gaertner2017	Excluded	sensitiviteitsanalyse voor vroeg/niet vroeg maar geen verdere interventie/controle hiervoor
Echave2017	Excluded	wrong intervention
Coelho2017	Excluded	wrong intervention
Zweers2016	Excluded	wrong intervention
Wosinski2016	Excluded	wrong intervention
WeingÅrtner2016	Excluded	wrong intervention
TomÅjsJul	Excluded	wrong study design
SkÅrkowska-Telichowska2016	Excluded	wrong intervention
Simon2016	Excluded	wrong intervention
Salins2016	Excluded	Geen SR
Perry2016	Excluded	wrong intervention
Ooi2016	Excluded	wrong intervention
Olano• Lizarraga2016	Excluded	wrong intervention
Noome2016	Excluded	wrong intervention
Martin2016	Excluded	wrong population
LoweMar	Excluded	wrong study design
KristensenMar	Excluded	wrong intervention
JaffrayFeb	Excluded	wrong intervention
HillOct	Excluded	wrong population
HendriksFeb	Excluded	wrong intervention
GrabenbauerMar	Excluded	wrong study design
DharmawardeneJun	Excluded	wrong population
Chan2016	Excluded	wrong intervention
Bayliss2016	Excluded	wrong outcome
BatemanApr	Excluded	wrong study design
Tang2015	Excluded	Gaat niet in op vroege palliatieve zorg
Rittenmeyer2015	Excluded	wrong study design
GaertnerSep	Excluded	wrong intervention

Dutta2015	Excluded	wrong population
Davis2015	Excluded	Geen meta-analyse
Coelho2015	Excluded	wrong outcome
Cheung2015	Excluded	wrong population
BusoloJan	Excluded	Wrong intervention
Bryant-Lukosius2015	Excluded	wrong outcome
BestOct	Excluded	Wrong intervention
Bausewein2015	Excluded	wrong intervention
Melo-Dias2014	Excluded	wrong intervention
Lowther2014	Excluded	wrong intervention
Costain2014	Excluded	wrong population
Cho2014	Excluded	wrong population
ZennerMar	Excluded	wrong intervention
VermaeteAug	Excluded	wrong intervention
VancampfortApr	Excluded	wrong intervention
SimonDec	Excluded	wrong intervention
Parker Oliver2013	Excluded	wrong population
Lowe2013	Excluded	wrong intervention
Krikorian2013	Excluded	wrong intervention
Illic2013	Excluded	wrong intervention
Hodge2013	Excluded	wrong intervention
Guimaraes Marcelino2013	Excluded	wrong intervention
GÄ_tzsche2013	Excluded	wrong intervention
Godfrey2013	Excluded	wrong intervention
Gentry2013	Excluded	wrong intervention
ChauNov	Excluded	wrong intervention
Carr2013	Excluded	wrong study design
Bork2013	Excluded	wrong intervention
Alasker2013	Excluded	wrong intervention
Mar	Excluded	wrong intervention
Traeger2012	Excluded	wrong intervention
MitchellOct	Excluded	Wrong intervention

Kirkpatrick2012	Excluded	wrong intervention
Gamper2012	Excluded	wrong intervention
Dy2012	Excluded	Geen toevoeging op Haun2017
Creutzfeldt2012	Excluded	wrong intervention
Costa Souto Duarte2012	Excluded	wrong intervention
Albrecht2012	Excluded	Gaat niet in op vroege palliatieve zorg
Ryan2011	Excluded	wrong intervention
Kisely2011	Excluded	wrong intervention
Joly2011	Excluded	wrong intervention
De Sa2011	Excluded	wrong intervention
ViganoJul	Excluded	wrong intervention
Rosenzweig2010	Excluded	wrong intervention
MitchellNov	Excluded	wrong intervention
HillierJan	Excluded	wrong intervention
Colloca2010	Excluded	wrong intervention
Antonini2010	Excluded	wrong study design
VodermaierNov	Excluded	Wrong intervention
Pollard2009	Excluded	wrong intervention
Jassem2009	Excluded	wrong intervention
ErnstApr	Excluded	wrong intervention
CornishAug	Excluded	wrong intervention
Calles2009	Excluded	wrong intervention
Ambrosino2009	Excluded	wrong study design
ThekkumpurathNov	Excluded	Wrong intervention
SchofieldJan	Excluded	wrong intervention
HarrisSep	Excluded	wrong intervention
CucalÃ³n2008	Excluded	wrong population
CashinMar	Excluded	wrong intervention
Booth2008	Excluded	wrong intervention
Arden-Close2008	Excluded	wrong intervention
Yuan2007	Excluded	wrong intervention
Shepherd2007	Excluded	wrong intervention

Seamark2007	Excluded	wrong intervention
Saarto2007	Excluded	wrong outcome
Major2007	Excluded	wrong intervention
Kinnane2007	Excluded	wrong intervention
Decruze2007	Excluded	wrong intervention
McDonald2006	Excluded	wrong intervention
LaffertyJun	Excluded	wrong intervention
Kademani2006	Excluded	wrong intervention
DePalma2006	Excluded	Gaat niet in op vroege palliatieve zorg
Debruyne2006	Excluded	wrong intervention
Uchitomi2005	Excluded	wrong intervention
NetzJun	Excluded	wrong intervention
LlewellynMay	Excluded	wrong intervention
Pearson2004	Excluded	wrong intervention
Moul2004	Excluded	wrong intervention
Lobstein2004	Excluded	wrong population
Elderkin-Thompson2004	Excluded	wrong intervention
Akechi2004	Excluded	wrong study design
Thom�Nov	Excluded	wrong intervention
LinOct	Excluded	wrong intervention
Guzm�n2003	Excluded	wrong intervention
Adolfsson2003	Excluded	wrong study design
Stoddard2001	Excluded	wrong intervention
O'Brien-Pallas2001	Excluded	wrong intervention
Chorattas2020	Excluded	wrong intervention
Eckert2018	Excluded	wrong intervention
Freedman2009	Excluded	Geen RCT
Gonz�lez2018	Excluded	wrong intervention
Imazio2008	Excluded	wrong intervention
Johnston2009	Excluded	wrong intervention
Jordan2020	Excluded	Geen RCT
Pensuk2013	Excluded	wrong study design

Petersen2018	Excluded	wrong intervention
Smith2015	Excluded	wrong intervention
Sremanakova2018	Excluded	wrong intervention
Thompson2019	Excluded	wrong study design
Torvinen2016	Excluded	wrong intervention
Zanghelini2018 [snowball]	Excluded	Geen aanvulling op Haun2017
Wittenberg2021	Excluded	wrong outcome
Von Visger2021	Excluded	wrong study design
Portilla-Tamarit2021	Excluded	wrong intervention
Ponzano2021	Excluded	wrong population
Mathews2021	Excluded	wrong study design
Shields2020	Excluded	wrong outcome
Scheydt2020	Excluded	wrong intervention
Lee2020	Excluded	wrong outcome
Gutiérrez-Sánchez2020	Excluded	wrong intervention
Watt2019	Excluded	wrong outcome
Kim2019	Excluded	wrong intervention
Gutiérrez-Sánchez2019	Excluded	wrong study design
Kaidar-Person2017	Excluded	wrong population
Noome2016	Excluded	wrong study design
Hui2016	Maybe	Gaat niet in op vroege palliatieve zorg
Fraguas2016	Excluded	wrong population
O'Halloran2015	Excluded	wrong intervention
Crozier2015	Excluded	wrong intervention
Crozier2015	Excluded	wrong intervention
Nicaise2013	Excluded	wrong intervention
Maître2013	Excluded	wrong study design
Schildmann2011	Excluded	wrong population
McAndrew2011	Excluded	wrong outcome
Chambers2011	Excluded	wrong intervention
Goedendorp2009	Excluded	wrong intervention

Mugavin2005	Excluded	wrong outcome
Lee2020	Excluded	wrong outcome
Gutiérrez-Sánchez2020	Excluded	wrong outcome
Watt2019	Excluded	wrong outcome

2893

CONCEPT

2894 **8 - 3.1 Zoekstrategie**

2895

2896 **Vraag: Screening van angst in de palliatieve fase**

2897

2898 **Leidt screening op angst tot vermindering van angst bij patiënten in de palliatieve fase?**

2899

2900 sleutelpublicatie: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.saz.idm.oclc.org/30909317/> (MAAR geen
2901 palliatieve fase, geen angst specifiek)

2902

2903 Zoekdatum 08-04-2021

2904 **NB screening als interventie, geen diagnostische vraag (zie mailwisseling 02-04)**

2905

2906 **Systematic Reviews**

2907 **PubMed**

2908 ("Terminally Ill"[Mh] OR "Terminal Care"[Mh] OR "Palliative Care"[Mh] OR "Palliative Medicine"[Mh]
2909 OR "Hospice and Palliative Care Nursing"[Mh] OR "Advance Care Planning"[Mh] OR palliative[tiab]
2910 OR terminal-ill*[tiab] OR terminally[tiab] OR terminal-care[tiab] OR terminal-stage[tiab] OR terminal*[ti]
2911 OR end-of-life[tiab] OR incurabl*[tiab] OR advanced-illness*[tiab] OR advanced-disease*[tiab] OR
2912 advanced-cancer[tiab] OR advanced-care[tiab] OR advanced[ti] OR progressive[ti] OR hospice*[tiab])

2913

2914 AND ("Anxiety"[Mj] OR "Fear"[Mj] OR anxiet*[tiab] OR anxious*[ti] OR fear*[tiab] OR distress*[ti] OR
2915 psychologic*[ti] OR psychosocial*[ti] OR psychiatric*[ti])

2916

2917 AND ("Diagnostic Screening Programs"[Mh] OR "Mass Screening"[Mh] OR "Early Diagnosis"[Mh] OR
2918 screening[tiab] OR screen*[ti] OR monitor*[ti] OR assess*[ti])

2919

2920 **AND ("2001/01/01"[PDat] : "3000/12/31"[PDat])**

2921

2922 AND (systematic review[pt] OR meta-analysis[pt] OR meta-anal*[tiab] OR metaanal*[tiab] OR
2923 quantitative review[tiab] OR systematic review[tiab] OR methodologic review[tiab] OR systematic[sb]
2924 OR "The Cochrane database of systematic reviews"[Jour] NOT (letter[pt] OR comment[pt] OR
2925 editorial[pt]))

2926

2927 16 resultaten

2928

2929 **Embase**

2930 ('terminally ill patient'/exp/mj OR 'terminal care'/exp/mj OR 'palliative therapy'/exp/mj OR 'palliative
2931 nursing'/exp/mj OR palliative:ab,ti,kw OR terminal-ill*:ab,ti,kw OR terminally:ab,ti,kw OR terminal-
2932 care:ab,ti,kw OR terminal-stage:ab,ti,kw OR terminal*:ti,kw OR end-of-life:ab,ti,kw OR
2933 incurabl*:ab,ti,kw OR advanced-illness*:ab,ti,kw OR advanced-disease*:ab,ti,kw OR advanced-
2934 cancer:ab,ti,kw OR advanced-care:ab,ti,kw OR advanced:ti,kw OR progressive:ti,kw OR
2935 hospice*:ab,ti,kw)

2936

2937 AND ('anxiety'/exp OR 'fear'/de OR anxiet*:ab,ti,kw OR anxious*:ti,kw OR fear*:ab,ti,kw OR
2938 distress:ti,kw OR psychologic*:ti,kw OR psychosocial*:ti,kw OR psychiatric*:ti,kw)

2939

2940 AND ('screening'/exp OR screening:ab,ti,kw OR screen*:ti OR monitor*:ti OR assess*:ti)

2941

2942 AND [1-1-2001]/sd

2943

2944 AND ('systematic review'/exp OR 'meta analysis'/exp OR systematic-review:ab,ti OR meta-anal*:ab,ti
2945 OR metaanal*:ab,ti OR quantitative-review:ab,ti OR methodologic-review:ab,ti) NOT ('conference
2946 abstract'/it OR 'editorial'/it OR 'letter'/it OR 'note'/it)

2947

2948 30 resultaten

2949

2950 **PsycInfo (ebSCO)**

2951 (DE "Terminally Ill Patients" OR DE "Palliative Care" OR DE "Hospice" OR DE "Advance Directives"

2952 OR TI (palliative OR terminal* OR "end of life" OR incurabl* OR advanced OR progressive OR
2953 hospice*) OR AB (palliative OR (terminal* n2 (ill* OR care OR stage)) OR "end of life" OR incurabl*
2954 OR (advanced n2 (illness* OR disease* OR cancer OR care)) OR hospice*))

2955
2956 AND ((DE "Anxiety" OR DE "Anxiety Sensitivity" OR DE "Death Anxiety" OR DE "Health Anxiety" OR
2957 DE "Social Anxiety" OR DE "Test Anxiety" OR DE "Fear" OR DE "Panic") OR TI (anxi* OR fear* OR
2958 distress* OR psychologic* OR psychosocial* OR psychiatric*) OR AB (anxiety OR fear*)

2959
2960 AND (DE "Screening" OR DE "Screening Tests" OR DE "Psychological Screening Inventory" OR TI
2961 (screen* OR monitor* OR assess*) OR AB (screening))

2962
2963 **AND PY 2001-2020**

2964 AND ((TI (systematic* n3 review*)) or (AB (systematic* n3 review*)) or (TI (systematic* n3
2965 bibliographic*)) or (AB (systematic* n3 bibliographic*)) or (TI (systematic* n3 literature)) or (AB
2966 (systematic* n3 literature)) or (TI (comprehensive* n3 literature)) or (AB (comprehensive* n3
2967 literature)) or (TI (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (AB (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (TI
2968 (integrative n3 review)) or (AB (integrative n3 review)) or (JN "Cochrane Database of Systematic
2969 Reviews") or (TI (information n2 synthesis)) or (TI (data n2 synthesis)) or (AB (information n2
2970 synthesis)) or (AB (data n2 synthesis)) or (TI (data n2 extract*)) or (AB (data n2 extract*)) or (TI
2971 (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo database") or "web of science" or
2972 scopus or embase)) or (AB (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo
2973 database") or "web of science" or scopus or embase)) or (MH "Systematic Review") or (MH "Meta
2974 Analysis") or (TI (meta-analy* or metaanaly*)) or (AB (meta-analy* or metaanaly*)))

2975
2976 12 resultaten

2977
2978 **Cinahl (ebSCO)**

2979 ((MH "Terminal Care+" OR MH "Terminally Ill Patients+" OR MH "Hospice and Palliative Nursing" OR
2980 MH "Palliative Care" OR MH "Advance Directives+") OR TI (palliative OR terminal* OR "end of life" OR
2981 incurabl* OR advanced OR progressive OR hospice*) OR AB (palliative OR (terminal* n2 (ill* OR care
2982 OR stage)) OR "end of life" OR incurabl* OR (advanced n2 (illness* OR disease* OR cancer OR
2983 care)) OR hospice*))

2984
2985 AND (((MH "Anxiety+") OR (MH "Fear")) OR TI (anxi* OR fear* OR distress* OR psychologic* OR
2986 psychosocial* OR psychiatric*) OR AB (anxiety OR fear*)

2987
2988 AND ((MH "Health Screening+") OR TI (screen* OR monitor* OR assess*) OR AB (screening))

2989
2990 **AND PY 2001-2020**

2991
2992 AND ((TI (systematic* n3 review*)) or (AB (systematic* n3 review*)) or (TI (systematic* n3
2993 bibliographic*)) or (AB (systematic* n3 bibliographic*)) or (TI (systematic* n3 literature)) or (AB
2994 (systematic* n3 literature)) or (TI (comprehensive* n3 literature)) or (AB (comprehensive* n3
2995 literature)) or (TI (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (AB (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (TI
2996 (integrative n3 review)) or (AB (integrative n3 review)) or (JN "Cochrane Database of Systematic
2997 Reviews") or (TI (information n2 synthesis)) or (TI (data n2 synthesis)) or (AB (information n2
2998 synthesis)) or (AB (data n2 synthesis)) or (TI (data n2 extract*)) or (AB (data n2 extract*)) or (TI
2999 (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo database") or "web of science" or
3000 scopus or embase)) or (AB (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo
3001 database") or "web of science" or scopus or embase)) or (MH "Systematic Review") or (MH "Meta
3002 Analysis") or (MH "Meta Synthesis") or (TI (meta-analy* or metaanaly*)) or (AB (meta-analy* or
3003 metaanaly*)))

3004
3005 19 resultaten

3006
3007 **Cochrane database of systematic reviews**

3008 (palliative:ti OR terminal*:ti OR end-of-life:ti OR incurabl*:ti OR advanced-illness*:ti OR advanced-
3009 disease*:ti OR advanced-cancer:ti OR advanced-care:ti OR progressive:ti OR hospice*:ti)
3010
3011 AND (anxiet*:ab,ti OR anxious*:ti OR fear*:ab,ti OR distress*:ti OR psychologic*:ti OR psychosocial:ti
3012 OR psychiatric*:ti)
3013
3014 *AND (screening:ab,ti,kw OR screen*:ti OR monitor*:ti OR assess*:ti)*
3015
3016 0 Cochrane review
3017
3018 **Ontdubbeling**
3019 16+30+12+19+0=77 referenties geïmporteerd in Endnote, 35 dubbelen verwijderd --> 42 resultaten
3020
3021 **Vraag: Screening van angst in de palliatieve fase**
3022
3023 **Leidt screening op angst tot vermindering van angst bij patiënten in de palliatieve fase?**
3024
3025 sleutelpublicatie: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.saz.idm.oclc.org/30909317/> (MAAR geen
3026 palliatieve fase, geen angst specifiek)
3027
3028 Zoekdatum 31-05-2021
3029 **NB screening als interventie, geen diagnostische vraag (zie mailwisseling 02-04)**
3030
3031 **Systematic Reviews**
3032 **PubMed**
3033 ("Terminally Ill"[Mh] OR "Terminal Care"[Mh] OR "Palliative Care"[Mh] OR "Palliative Medicine"[Mh]
3034 OR "Hospice and Palliative Care Nursing"[Mh] OR "Advance Care Planning"[Mh] OR palliative[tiab]
3035 OR terminal-ill*[tiab] OR terminally[tiab] OR terminal-care[tiab] OR terminal-stage[tiab] OR terminal*[ti]
3036 OR end-of-life[tiab] OR incurabl*[tiab] OR advanced-illness*[tiab] OR advanced-disease*[tiab] OR
3037 advanced-cancer[tiab] OR advanced-care[tiab] OR advanced[ti] OR progressive[ti] OR hospice*[tiab])
3038
3039 AND ("Anxiety"[Mj] OR "Fear"[Mj] OR anxiet*[tiab] OR anxious*[ti] OR fear*[tiab] OR distress*[tiab] OR
3040 psychologic*[ti] OR psychosocial*[tiab] OR psycho-social*[tiab] OR psych*[ti])
3041
3042 *AND ("Diagnostic Screening Programs"[Mh] OR "Mass Screening"[Mh] OR "Early Diagnosis"[Mh] OR
3043 screening[tiab] OR screen*[ti] OR monitor*[ti] OR assess*[ti])*
3044
3045 **AND ("2001/01/01"[PDat] : "3000/12/31"[PDat])**
3046
3047 AND (systematic review[pt] OR meta-analysis[pt] OR meta-anal*[tiab] OR metaanal*[tiab] OR
3048 quantitative review[tiab] OR systematic review[tiab] OR methodologic review[tiab] OR systematic[sb]
3049 OR "The Cochrane database of systematic reviews"[Jour] NOT (letter[pt] OR comment[pt] OR
3050 editorial[pt]))
3051
3052 **41 resultaten**
3053
3054 **Embase**
3055 ('terminally ill patient'/exp/mj OR 'terminal care'/exp/mj OR 'palliative therapy'/exp/mj OR 'palliative
3056 nursing'/exp/mj OR palliative:ab,ti,kw OR terminal-ill*:ab,ti,kw OR terminally:ab,ti,kw OR terminal-
3057 care:ab,ti,kw OR terminal-stage:ab,ti,kw OR terminal*:ti,kw OR end-of-life:ab,ti,kw OR
3058 incurabl*:ab,ti,kw OR advanced-illness*:ab,ti,kw OR advanced-disease*:ab,ti,kw OR advanced-
3059 cancer:ab,ti,kw OR advanced-care:ab,ti,kw OR advanced:ti,kw OR progressive:ti,kw OR
3060 hospice*:ab,ti,kw)
3061

3062 AND ('anxiety'/exp OR 'fear'/de OR anxiet*:ab,ti,kw OR anxious*:ti,kw OR fear*:ab,ti,kw OR
3063 distress:ab,ti,kw OR psychologic*:ti,kw OR psychosocial*:ab,ti,kw OR psycho-social*:ab,ti,kw OR
3064 psych*:ti,kw)
3065 AND ('screening'/exp OR screening:ab,ti,kw OR screen*:ti OR monitor*:ti OR assess*:ti)

3066
3067 AND [1-1-2001]/sd

3068
3069 AND ('systematic review'/exp OR 'meta analysis'/exp OR systematic-review:ab,ti OR meta-anal*:ab,ti
3070 OR metaanal*:ab,ti OR quantitative-review:ab,ti OR methodologic-review:ab,ti) NOT ('conference
3071 abstract'/it OR 'editorial'/it OR 'letter'/it OR 'note'/it)

3072
3073 55 resultaten

3074
3075 **PsycInfo (ebSCO)**

3076 (DE "Terminally Ill Patients" OR DE "Palliative Care" OR DE "Hospice" OR DE "Advance Directives"
3077 OR TI (palliative OR terminal* OR "end of life" OR incurabl* OR advanced OR progressive OR
3078 hospice*) OR AB (palliative OR (terminal* n2 (ill* OR care OR stage)) OR "end of life" OR incurabl*
3079 OR (advanced n2 (illness* OR disease* OR cancer OR care)) OR hospice*))

3080
3081 AND ((DE "Anxiety" OR DE "Anxiety Sensitivity" OR DE "Death Anxiety" OR DE "Health Anxiety" OR
3082 DE "Social Anxiety" OR DE "Test Anxiety" OR DE "Fear" OR DE "Panic") OR TI (anxi* OR fear* OR
3083 distress* OR psych*) OR AB (anxiety OR fear* OR distress* OR psychosocial* OR "psycho-social"))

3084
3085 AND (DE "Screening" OR DE "Screening Tests" OR DE "Psychological Screening Inventory" OR TI
3086 (screen* OR monitor* OR assess*) OR AB (screening))

3087
3088 **AND PY 2001-2020**

3089 AND ((TI (systematic* n3 review*)) OR (AB (systematic* n3 review*)) OR (TI (systematic* n3
3090 bibliographic*)) OR (AB (systematic* n3 bibliographic*)) OR (TI (systematic* n3 literature)) OR (AB
3091 (systematic* n3 literature)) OR (TI (comprehensive* n3 literature)) OR (AB (comprehensive* n3
3092 literature)) OR (TI (comprehensive* n3 bibliographic*)) OR (AB (comprehensive* n3 bibliographic*)) OR (TI
3093 (integrative n3 review)) OR (AB (integrative n3 review)) OR (JN "Cochrane Database of Systematic
3094 Reviews") OR (TI (information n2 synthesis)) OR (TI (data n2 synthesis)) OR (AB (information n2
3095 synthesis)) OR (AB (data n2 synthesis)) OR (TI (data n2 extract*)) OR (AB (data n2 extract*)) OR (TI
3096 (medline OR pubmed OR psyclit OR cinahl OR (psycinfo NOT "psycinfo database") OR "web of science" OR
3097 scopus OR embase)) OR (AB (medline OR pubmed OR psyclit OR cinahl OR (psycinfo NOT "psycinfo
3098 database") OR "web of science" OR scopus OR embase)) OR (MH "Systematic Review") OR (MH "Meta
3099 Analysis") OR (TI (meta-analy* OR metaanaly*)) OR (AB (meta-analy* OR metaanaly*)))

3100
3101 23 resultaten

3102
3103 **Cinahl (ebSCO)**

3104 ((MH "Terminal Care+" OR MH "Terminally Ill Patients+" OR MH "Hospice and Palliative Nursing" OR
3105 MH "Palliative Care" OR MH "Advance Directives+") OR TI (palliative OR terminal* OR "end of life" OR
3106 incurabl* OR advanced OR progressive OR hospice*) OR AB (palliative OR (terminal* n2 (ill* OR care
3107 OR stage)) OR "end of life" OR incurabl* OR (advanced n2 (illness* OR disease* OR cancer OR
3108 care)) OR hospice*))

3109
3110 AND (((MH "Anxiety+") OR (MH "Fear"))) OR TI (anxi* OR fear* OR distress* OR psych*) OR AB
3111 (anxiety OR fear* OR distress* OR psychosocial* OR "psycho-social"))

3112
3113 AND ((MH "Health Screening+") OR TI (screen* OR monitor* OR assess*) OR AB (screening))

3114
3115 **AND PY 2001-2020**

3116

3117 AND ((TI (systematic* n3 review*)) or (AB (systematic* n3 review*)) or (TI (systematic* n3
3118 bibliographic*)) or (AB (systematic* n3 bibliographic*)) or (TI (systematic* n3 literature)) or (AB
3119 (systematic* n3 literature)) or (TI (comprehensive* n3 literature)) or (AB (comprehensive* n3
3120 literature)) or (TI (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (AB (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (TI
3121 (integrative n3 review)) or (AB (integrative n3 review)) or (JN "Cochrane Database of Systematic
3122 Reviews") or (TI (information n2 synthesis)) or (TI (data n2 synthesis)) or (AB (information n2
3123 synthesis)) or (AB (data n2 synthesis)) or (TI (data n2 extract*)) or (AB (data n2 extract*)) or (TI
3124 (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo database") or "web of science" or
3125 scopus or embase)) or (AB (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo
3126 database") or "web of science" or scopus or embase)) or (MH "Systematic Review") or (MH "Meta
3127 Analysis") or (MH "Meta Synthesis") or (TI (meta-analy* or metaanaly*)) or (AB (meta-analy* or
3128 metaanaly*)))

3129

3130 43 resultaten

3131

3132 **Cochrane database of systematic reviews**

3133 (palliative:ti OR terminal*:ti OR end-of-life:ti OR incurabl*:ti OR advanced-illness*:ti OR advanced-
3134 disease*:ti OR advanced-cancer:ti OR advanced-care:ti OR progressive:ti OR hospice*:ti)

3135

3136 AND (anxiet*:ab,ti OR anxious*:ti OR fear*:ab,ti OR distress*:ab,ti OR psych*:ti OR psychosocial:ab,ti
3137 OR psycho-social*:ab,ti)

3138

3139 AND (screening:ab,ti,kw OR screen*:ti OR monitor*:ti OR assess*:ti)

3140

3141 1 Cochrane review

3142

3143 **Ontdubbeling**

3144 41+55+23+43+1=163 referenties geïmporteerd in Endnote, 75 dubbelen verwijderd --> 88 resultaten

3145
3146
3147

8 - 3.2 Reviewprotocol

Onderwerp	Module 3. Diagnostiek: Screening van angst in de palliatieve fase (versie 04032021)
Uitgangsvragen	· Leidt screening op angst tot vermindering van angst bij patiënten in de palliatieve fase?
Criteria voor inclusie van studies in review	
· Populatie	Patiënten >18 in de palliatieve fase van een lichamelijke ziekte Inclusie: <ul style="list-style-type: none">- Studies met patiënten met levensverwachting van 1 à 2 jaar of- Studies die patiënten includeren met progressieve somatische aandoeningen Suggesties voor trefwoorden: palliative, incurable, end of life en advanced. Exclusie: <ul style="list-style-type: none">- Patiënten met dementie- Patiënten met angststoornis
· Interventie	· Screenen op angst
· Vergelijking	· Care as usual, niet screenen
· Kritische uitkomstmaten	· Ernst van de angst (gemeten met een gevalideerde vragenlijst)
· Belangrijke uitkomstmaten	· Kwaliteit van leven
· Setting	· Alle settings
· Studie design	Systematic reviews, meta-analyses (RCT's)
· Minimum omvang steekproef	· RCT >10 per arm · Exclusie van studies met >50% attrition uit één arm van de trial (tenzij adequate statistiek is toegepast om te corrigeren voor missende data)
Zoekstrategie	[termen populatie criteria] AND [RCT, systematic review]
Databases searched	· CINAHL, PsycINFO, Embase, Medline, Cochrane Database of Systematic reviews
Data searched	Reviews vanaf 2001. Voor de RCT's vanaf inception.
De review strategie	Eerst een search naar SRs. RCTs uit de geselecteerde SR worden meegenomen wanneer ze passen bij de uitgangsvraag en de PICO. Mochten er te veel artikelen zijn dan wordt geprioriteerd welke mee te nemen.

3148
3149

3150 **8 - 5.1 Zoekstrategie**

3151

3152 **Vraag: Niet-medicamenteuze behandeling van angst in de palliatieve fase**

3153 **ZOEKDATUM 31-05-2021**

3154

3155 Sleutelpublicaties: 26559246 30648926 29676960 18660725

3156 Zie ook opmerkingen bij vraag 2.

3157 **Systematic Reviews**

3158 **PubMed**

3159 ("Terminally Ill"[Mh] OR "Terminal Care"[Mh] OR "Palliative Care"[Mh] OR "Palliative Medicine"[Mh]

3160 OR "Hospice and Palliative Care Nursing"[Mh] OR "Advance Care Planning"[Mh] OR palliative[tiab]

3161 OR terminal-ill*[tiab] OR terminally[tiab] OR terminal-care[tiab] OR terminal-stage[tiab] OR terminal*[ti]

3162 OR end-of-life[tiab] OR incurabl*[tiab] OR advanced-illness*[tiab] OR advanced-disease*[tiab] OR

3163 advanced-cancer[tiab] OR advanced-care[tiab] OR advanced[ti] OR progressive[ti] OR hospice*[tiab])

3164 AND ("Anxiety"[Mh] OR "Fear"[Mh] OR anxiet*[tiab] OR anxious*[tiab] OR fear*[tiab] OR

3165 **distress*[tiab] OR psychosocial*[tiab] OR psycho-social*[tiab] OR psych*[ti]**)

3166 AND ("Psychotherapy"[Mh] OR "Spiritual Therapies"[Mh] OR "Mind-Body Therapies"[Mh] OR "Religion

3167 and Psychology"[Mh] OR "Social Support"[Mh] OR "Counseling"[Mh] OR spiritual*[tiab] OR mind-

3168 body[tiab] OR religion[tiab] OR religious[tiab] OR pastoral*[tiab] OR psychological*[ti] OR

3169 **psychotherap*[tiab] OR psychological-support[tiab] OR psychological-care[tiab] OR psychological-**

3170 **intervention*[tiab] OR psychosocial-intervent*[tiab] OR psychosocial-support*[tiab] OR psychosocial-**

3171 **care[tiab] OR counsel*[tiab] OR mindfulness[tiab] OR mindfullness[tiab] OR meaning-therap*[tiab] OR**

3172 **Acceptance-Commitment-Therap*[tiab] OR cognitive-behavior-therap*[tiab] OR cognitive-behaviour-**

3173 **therap*[tiab] OR CBT[tiab] OR relaxation-therap*[tiab] OR breathing-exercis*[tiab] OR progressive-**

3174 **relax*[tiab] OR self-hypno*[tiab] OR hypnosis[tiab] OR massag*[tiab] OR touch*[ti] OR skin-**

3175 **contact*[tiab] OR skin-to-skin[tiab] OR family-intervention*[tiab] OR peer-support*[tiab] OR support-**

3176 **intervention*[tiab] OR support-program*[tiab] OR existential-therap*[tiab] OR creative-therap*[tiab] OR**

3177 **music-therap*[tiab] OR psycho-oncolog*[tiab] OR meaning-centered[tiab] OR intervention*[ti] OR**

3178 **therap*[ti] OR management[ti] OR support*[ti] OR nonpharmacologic*[ti] OR non-pharmacologic*[ti]**)

3179 **AND ("2001/01/01"[PDat] : "3000/12/31"[PDat])**

3180 AND (systematic review[pt] OR meta-analysis[pt] OR meta-anal*[tiab] OR metaanal*[tiab] OR

3181 quantitative review[tiab] OR systematic review[tiab] OR methodologic review[tiab] OR systematic[sb]

3182 OR "The Cochrane database of systematic reviews"[Jour] NOT (letter[pt] OR comment[pt] OR

3183 editorial[pt]))

3184 **282** resultaten

3185 **Embase**

3186 ('terminally ill patient'/exp OR 'terminal care'/exp OR 'palliative therapy'/exp OR 'palliative nursing'/exp

3187 OR palliative:ab,ti,kw OR terminal-ill*:ab,ti,kw OR terminally:ab,ti,kw OR terminal-care:ab,ti,kw OR

3188 terminal-stage:ab,ti,kw OR terminal*:ti,kw OR end-of-life:ab,ti,kw OR incurabl*:ab,ti,kw OR advanced-

3189 illness*:ab,ti,kw OR advanced-disease*:ab,ti,kw OR advanced-cancer:ab,ti,kw OR advanced-

3190 care:ab,ti,kw OR advanced:ti,kw OR progressive:ti,kw OR hospice*:ab,ti,kw)

3191 AND ('anxiety'/exp OR 'fear'/de OR anxiet*:ab,ti,kw OR anxious*:ab,ti,kw OR fear*:ab,ti,kw OR

3192 **distress*:ab,ti,kw OR psychosocial*:ab,ti,kw OR psycho-social*:ab,ti,kw OR psych*:ti)**

3193 AND ('psychotherapy'/exp OR 'social care'/exp OR 'religion'/exp OR 'counseling'/exp OR

3194 spiritual*:ab,ti,kw OR mind-body:ab,ti,kw OR religion:ab,ti,kw OR religious:ab,ti,kw OR

3195 pastoral*:ab,ti,kw OR psychological*:ti,kw OR **psychotherap*:ab,ti,kw OR psychological-support:ab,ti,kw**

3196 **OR psychological-care:ab,ti,kw OR psychological-intervention*:ab,ti,kw OR psychosocial-**

3197 **intervent*:ab,ti,kw OR psychosocial-support*:ab,ti,kw OR psychosocial-care:ab,ti,kw OR**

3198 **counsel*:ab,ti,kw OR mindfullness:ab,ti,kw OR meaning-therap*:ab,ti,kw OR Acceptance-**

3199 *Commitment-Therap*:ab,ti,kw OR cognitive-behavior-therap*:ab,ti,kw OR cognitive-behaviour-*
3200 *therap*:ab,ti,kw OR CBT:ab,ti,kw OR relaxation-therap*:ab,ti,kw OR breathing-exercis*:ab,ti,kw OR*
3201 *progressive-relax*:ab,ti,kw OR self-hypno*:ab,ti,kw OR hypnosis:ab,ti,kw OR massag*:ab,ti,kw OR*
3202 *touch*:ti,kw OR skin-contact*:ab,ti,kw OR skin-to-skin:ab,ti,kw OR family-intervention*:ab,ti,kw OR*
3203 *peer-support*:ab,ti,kw OR support-intervention*:ab,ti,kw OR support-program*:ab,ti,kw OR*
3204 *mindfulness:ab,ti,kw OR existential-therap*:ab,ti,kw OR creative-therap*:ab,ti,kw OR music-*
3205 *therap*:ab,ti,kw OR **psycho-oncolog*:ab,ti,kw OR meaning-centered:ab,ti,kw** OR intervention*:ti,kw*
3206 *OR therap*:ti,kw OR **management:ti,kw** OR support*:ti,kw OR nonpharmacologic*:ti,kw OR non-*
3207 *pharmacologic*:ti,kw)*

3208 AND [1-1-2001]/sd

3209 AND ('systematic review'/exp or 'meta analysis'/exp OR systematic-review:ab,ti OR meta-anal*:ab,ti
3210 OR metaanal*:ab,ti OR quantitative-review:ab,ti OR methodologic-review:ab,ti) NOT ('conference
3211 abstract'/it OR 'editorial'/it OR 'letter'/it OR 'note'/it)

3212 **420** resultaten

3213 **PsycInfo (ebSCO)**
3214 (DE "Terminally Ill Patients" OR DE "Palliative Care" OR DE "Hospice" OR DE "Advance Directives"

3215 OR TI (palliative OR terminal* OR "end of life" OR incurabl* OR advanced OR progressive OR
3216 hospice*) OR AB (palliative OR (terminal* n2 (ill* OR care OR stage)) OR "end of life" OR incurabl*
3217 OR (advanced n2 (illness* OR disease* OR cancer OR care)) OR hospice*))

3218 AND ((DE "Anxiety" OR DE "Anxiety Sensitivity" OR DE "Death Anxiety" OR DE "Health Anxiety" OR
3219 DE "Social Anxiety" OR DE "Test Anxiety" OR DE "Fear" OR DE "Panic") OR TI (anxi* OR fear* OR
3220 **distress* OR psych***) OR AB (anxiety OR anxious* OR fear* OR **distress* OR psychosocial* OR**
3221 **"psycho-social"**))

3222 AND ((DE "Psychotherapy" OR DE "Adlerian Psychotherapy" OR DE "Adolescent Psychotherapy" OR
3223 DE "Affirmative Therapy" OR DE "Analytical Psychotherapy" OR DE "Autogenic Training" OR DE
3224 "Brief Psychotherapy" OR DE "Brief Relational Therapy" OR DE "Client Centered Therapy" OR DE
3225 "Conversion Therapy" OR DE "Couples Therapy" OR DE "Eclectic Psychotherapy" OR DE "Emotion
3226 Focused Therapy" OR DE "Existential Therapy" OR DE "Experiential Psychotherapy" OR DE
3227 "Expressive Psychotherapy" OR DE "Eye Movement Desensitization Therapy" OR DE "Feminist
3228 Therapy" OR DE "Geriatric Psychotherapy" OR DE "Gestalt Therapy" OR DE "Group Psychotherapy"
3229 OR DE "Guided Imagery" OR DE "Humanistic Psychotherapy" OR DE "Hypnotherapy" OR DE
3230 "Individual Psychotherapy" OR DE "Insight Therapy" OR DE "Integrative Psychotherapy" OR DE
3231 "Interpersonal Psychotherapy" OR DE "Logotherapy" OR DE "Narrative Therapy" OR DE "Network
3232 Therapy" OR DE "Persuasion Therapy" OR DE "Primal Therapy" OR DE "Psychoanalysis" OR DE
3233 "Psychodrama" OR DE "Psychodynamic Psychotherapy" OR DE "Psychotherapeutic Counseling" OR
3234 DE "Psychotherapeutic Techniques" OR DE "Rational Emotive Behavior Therapy" OR DE "Reality
3235 Therapy" OR DE "Relationship Therapy" OR DE "Solution Focused Therapy" OR DE "Strategic
3236 Therapy" OR DE "Supportive Psychotherapy" OR DE "Transactional Analysis" OR DE "Cognitive
3237 Therapy" OR DE "Pastoral Counseling" OR DE "Social Support" OR DE "Support Groups" OR DE
3238 "Counseling" OR DE "Cross Cultural Counseling" OR DE "Educational Counseling" OR DE "Genetic
3239 Counseling" OR DE "Gerontological Counseling" OR DE "Grief Counseling" OR DE "Group
3240 Counseling" OR DE "Microcounseling" OR DE "Multicultural Counseling" OR DE "Occupational
3241 Guidance" OR DE "Pastoral Counseling" OR DE "Peer Counseling" OR DE "Psychotherapeutic
3242 Counseling" OR DE "Creative Arts Therapy" OR DE "Art Therapy" OR DE "Dance Therapy" OR DE
3243 "Music Therapy" OR DE "Poetry Therapy" OR DE "Recreation Therapy" OR DE "Mind Body Therapy"
3244 OR DE "Spiritual Care" OR

3245 TI (spiritual* OR "mind-body" OR religion OR religious OR pastoral* OR **psychologic*** OR
3246 **psychosocial*** OR **psychotherap*** OR **counsel*** OR **mindfulness** OR CBT OR "relaxation therap*" OR
3247 "breathing exercis*" OR "progressive relax*" OR "self hypno*" OR hypnosis OR massag* OR touch*
3248 OR "skin contact*" OR "skin to skin" OR **mindfulness** OR **intervention*** OR **therap*** OR **management**

- 3249 OR support* OR nonpharmacologic* OR non-pharmacologic* OR psycho-oncolog* OR "meaning-
3250 centered") OR
- 3251 AB (spiritual* OR "mind body" OR religion OR religious OR pastoral* OR "psychological support" OR
3252 "psychological care" OR "psychological intervention*" OR "psychosocial intervent*" OR "psychosocial
3253 support*" OR "psychosocial care" OR psychotherap* OR psycho-oncolog* OR "meaning-centered" OR
3254 counsel* OR mindfulness OR "meaning therap*" OR "Acceptance Commitment Therap*" OR
3255 "cognitive behavior therap*" OR "cognitive behaviour therap*" OR CBT OR "relaxation therap*" OR
3256 "breathing exercis*" OR "progressive relax*" OR "self hypno*" OR hypnosis OR massag* OR "skin
3257 contact*" OR "skin-to-skin" OR "family intervention*" OR "peer support*" OR "support intervention*" OR
3258 "support program*" OR mindfulness OR "existential therap*" OR "creative therap*" OR "music
3259 therap*"))
- 3260 **AND PY 2001-2020**
- 3261 AND ((TI (systematic* n3 review*)) or (AB (systematic* n3 review*)) or (TI (systematic* n3
3262 bibliographic*)) or (AB (systematic* n3 bibliographic*)) or (TI (systematic* n3 literature)) or (AB
3263 (systematic* n3 literature)) or (TI (comprehensive* n3 literature)) or (AB (comprehensive* n3
3264 literature)) or (TI (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (AB (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (TI
3265 (integrative n3 review)) or (AB (integrative n3 review)) or (JN "Cochrane Database of Systematic
3266 Reviews") or (TI (information n2 synthesis)) or (TI (data n2 synthesis)) or (AB (information n2
3267 synthesis)) or (AB (data n2 synthesis)) or (TI (data n2 extract*)) or (AB (data n2 extract*)) or (TI
3268 (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo database") or "web of science" or
3269 scopus or embase)) or (AB (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo
3270 database") or "web of science" or scopus or embase)) or (MH "Systematic Review") or (MH "Meta
3271 Analysis") or (TI (meta-analy* or metaanaly*)) or (AB (meta-analy* or metaanaly*)))
- 3272 **145** resultaten
- 3273 **Cinahl (ebSCO)**
3274 ((MH "Terminal Care+" OR MH "Terminally Ill Patients+" OR MH "Hospice and Palliative Nursing" OR
3275 MH "Palliative Care" OR MH "Advance Directives+") OR TI (palliative OR terminal* OR "end of life" OR
3276 incurabl* OR advanced OR progressive OR hospice*) OR AB (palliative OR (terminal* n2 (ill* OR care
3277 OR stage)) OR "end of life" OR incurabl* OR (advanced n2 (illness* OR disease* OR cancer OR
3278 care)) OR hospice*))
- 3279 AND (((MH "Anxiety+") OR (MH "Fear"))) OR TI (anxi* OR fear* OR distress* OR psych*) OR AB
3280 (anxiety OR anxious* OR fear* OR distress* OR psychosocial* OR "psycho-social")
- 3281 AND ((MH "Psychotherapy+" OR MH "Social Work+" OR MH "Mind Body Techniques+" OR MH
3282 "Spiritual Care" OR MH "Counseling+") OR
- 3283 TI (spiritual* OR "mind-body" OR religion OR religious OR pastoral* OR psychologic* OR
3284 psychosocial* OR psychotherap* OR counsel* OR mindfulness OR CBT OR "relaxation therap*" OR
3285 "breathing exercis*" OR "progressive relax*" OR "self hypno*" OR hypnosis OR massag* OR touch*
3286 OR "skin contact*" OR "skin to skin" OR mindfulness OR intervention* OR therap* OR management
3287 OR support* OR nonpharmacologic* OR non-pharmacologic* OR psycho-oncolog* OR "meaning-
3288 centered") OR
- 3289 AB (spiritual* OR "mind body" OR religion OR religious OR pastoral* OR "psychological support" OR
3290 "psychological care" OR "psychological intervention*" OR "psychosocial intervent*" OR "psychosocial
3291 support*" OR "psychosocial care" OR psychotherap* OR psycho-oncolog* OR "meaning-centered" OR
3292 counsel* OR mindfulness OR "meaning therap*" OR "Acceptance Commitment Therap*" OR
3293 "cognitive behavior therap*" OR "cognitive behaviour therap*" OR CBT OR "relaxation therap*" OR
3294 "breathing exercis*" OR "progressive relax*" OR "self hypno*" OR hypnosis OR massag* OR "skin
3295 contact*" OR "skin-to-skin" OR "family intervention*" OR "peer support*" OR "support intervention*" OR
3296 "support program*" OR mindfulness OR "existential therap*" OR "creative therap*" OR "music
3297 therap*"))

3298 **AND PY 2001-2020**

3299 AND ((TI (systematic* n3 review*)) or (AB (systematic* n3 review*)) or (TI (systematic* n3
3300 bibliographic*)) or (AB (systematic* n3 bibliographic*)) or (TI (systematic* n3 literature)) or (AB
3301 (systematic* n3 literature)) or (TI (comprehensive* n3 literature)) or (AB (comprehensive* n3
3302 literature)) or (TI (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (AB (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (TI
3303 (integrative n3 review)) or (AB (integrative n3 review)) or (JN "Cochrane Database of Systematic
3304 Reviews") or (TI (information n2 synthesis)) or (TI (data n2 synthesis)) or (AB (information n2
3305 synthesis)) or (AB (data n2 synthesis)) or (TI (data n2 extract*)) or (AB (data n2 extract*)) or (TI
3306 (medline or pubmed or psycit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo database") or "web of science" or
3307 scopus or embase)) or (AB (medline or pubmed or psycit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo
3308 database") or "web of science" or scopus or embase)) or (MH "Systematic Review") or (MH "Meta
3309 Analysis") or (MH "Meta Synthesis") or (TI (meta-analy* or metaanaly*)) or (AB (meta-analy* or
3310 metaanaly*)))

3311 **320** resultaten

3312 **Cochrane database of systematic reviews**

3313 (palliative:ab,ti OR terminal-ill*:ab,ti OR terminally:ab,ti OR terminal-care:ab,ti OR terminal-stage:ab,ti
3314 OR terminal*:ti OR end-of-life:ab,ti OR incurabl*:ab,ti OR advanced-illness*:ab,ti OR advanced-
3315 disease*:ab,ti OR advanced-cancer:ab,ti OR advanced-care:ab,ti OR advanced:ti OR progressive:ti
3316 OR hospice*:ab,ti)

3317 AND (anxiet*:ab,ti OR anxious*:ab,ti OR fear*:ab,ti OR **distress*:ab,ti,kw OR psychosocial*:ti OR**
3318 **psycho-social*:ti OR psych*:ti)**

3319 AND (spiritual*:ab,ti OR mind-body:ab,ti OR religion:ab,ti OR religious:ab,ti OR pastoral*:ab,ti OR
3320 **psychologic*:ti OR psychotherap*:ab,ti OR psychological-support:ab,ti OR psychological-care:ab,ti OR**
3321 **psychological-intervention*:ab,ti OR psychosocial-intervent*:ab,ti OR psychosocial-support*:ab,ti OR**
3322 **psychosocial-care:ab,ti OR counsel*:ab,ti OR mindfulness:ab,ti OR meaning-therap*:ab,ti OR**
3323 **Acceptance-Commitment-Therap*:ab,ti OR cognitive-behavior-therap*:ab,ti OR cognitive-behaviour-**
3324 **therap*:ab,ti OR CBT:ab,ti OR relaxation-therap*:ab,ti OR breathing-exercis*:ab,ti OR progressive-**
3325 **relax*:ab,ti OR self-hypno*:ab,ti OR hypnosis:ab,ti OR massag*:ab,ti OR touch*:ti OR skin-**
3326 **contact*:ab,ti OR skin-to-skin:ab,ti OR family-intervention*:ab,ti OR peer-support*:ab,ti OR support-**
3327 **intervention*:ab,ti OR support-program*:ab,ti OR mindfulness:ab,ti OR existential-therap*:ab,ti OR**
3328 **creative-therap*:ab,ti OR music-therap*:ab,ti OR **psycho-oncolog*:ab,ti OR meaning-centered:ab,ti OR****
3329 **intervention*:ti OR therap*:ti OR **manangement:ti OR support*:ti OR nonpharmacologic*:ti OR non-****
3330 **pharmacologic*:ti)**

3331 **28** Cochrane reviews

3332 **Ontdubbeling**

3333 282+420+145+320+28=1195 referenties geïmporteerd in Endnote, 550 dubbelen verwijderd --> **645**
3334 **resultaten**

3335
3336
3337

8 - 5.2 Reviewprotocol

Onderwerp	Niet-medicamenteuze behandeling van angst in de palliatieve fase
Uitgangsvragen	· Wat is de effectiviteit van niet-medicamenteuze interventies in het verminderen van angst bij patiënten in de palliatieve fase?
Criteria voor inclusie van studies in review	
· Populatie	<p>· Populatie: Patiënten >18 jaar in de palliatieve fase van een lichamelijke ziekte met angst gemeten met een gevalideerde vragenlijst.</p> <p>Inclusie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Studies met patiënten met levensverwachting van 1 à 2 jaar of - Studies die patiënten includeren met progressieve somatische aandoeningen - Studies met patiënten die een substantiële hoeveelheid angst ervaren, maar geen angststoornis hebben. <p>Suggesties voor trefwoorden: palliative, incurable, end of life en advanced, psycho-oncologie en meaning-centered.</p> <p>Exclusie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patiënten met dementie - Patiënten met angststoornis
· Interventie	<p>· Alle niet farmacotherapeutische interventies vallend onder de clusters</p> <ul style="list-style-type: none"> - psychologische behandeling (gedefinieerd/geprotocolleerd/manualised) - counseling - creatieve behandeling - lichaamsgerichte behandeling - existentieel/spiritueel <p>Exclusie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grief& bereavement
· Vergelijking	<p>· Care as usual / Treatment as usual</p> <p>· Wachtlijst</p> <p>· Actieve controle (andere niet-medicamenteuze behandeling/ medicamenteuze behandeling)</p>
· Kritische uitkomstmaten	· Ernst van de angst (gemeten met een gevalideerde vragenlijst)
· Belangrijke uitkomstmaten	<p>· Kwaliteit van leven (gemeten met een gevalideerde vragenlijst)</p> <p>· psychosociaal functioneren</p> <p>· distress</p>
· Setting	· Alle settings
· Studie design	Systematic reviews, meta-analyses (RCT's)
· Minimum omvang steekproef	<p>· RCT >10 per arm</p> <p>· Exclusie van studies met >50% attrition uit één arm van de trial (tenzij adequate statistiek is toegepast om te corrigeren voor missende data)</p>
Zoekstrategie	[termen populatie criteria] AND [RCT, systematic review]
Databases searched	· CINAHL, PsycINFO, Embase, Medline, Cochrane Database of Systematic reviews
Data searched	Reviews vanaf 2001. Voor de RCT's vanaf inception.
De review strategie	Eerst een search naar SRs. RCTs uit de geselecteerde SR worden meegenomen wanneer ze passen bij de uitgangsvraag en de PICO. Mochten er teveel artikelen zijn dan wordt geprioriteerd welke mee te nemen.

3338
3339
3340

8 - 5.3 Risk of Bias beoordelingen

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Chochinov, H. M.2011	+	+	?	+	+	+	+
Hall, S.2012	+	+	?	?	+	-	-
Jia Zhiyang.2015	?	?	?	?	+	+	?
NING Xiaodong.2018	+	+	?	+	+	+	+
Vuksanovic, D.2017	?	?	?	?	+	+	+
WAN En-gui.2018	-	?	?	?	+	+	+
Wang Yanli.2018	+	?	?	?	+	+	+
Xiao Xingming.2016	?	?	?	?	+	+	?
Yuan Rongming.2016	+	?	?	?	+	+	?
Zhang Li.2018	+	?	?	?	+	+	+

3341
3342

Risk of Bias beoordeling, Li2020

3343

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Liao 2016	+	?	?	?	+	?	+
Nguyen 2003	?	?	+	?	+	?	?
Thompson 2008	+	+	+	+	+	?	+

3344

3345

3346

3347

Risk of bias beoordeling, Gao2018

3348

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Susie 1995	+	-	-	-	-	+	?
Susie 1999	+	+	-	-	-	+	?
Gaye 2006	+	+	-	-	-	+	-

3368

3369

3370

Risk of bias beoordeling, Hsu2019

3371
3372

8 - 5.4 Summary of finding

Dignity therapy compared to standard care for advanced cancer patients					
Patient or population: advanced cancer patients					
Setting: hospital and nonhospital					
Intervention: dignity therapy					
Comparison: standard care					
Outcomes	Anticipated absolute effects ^a (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)
	Risk with standard care	Risk with dignity therapy			
Anxiety	-	SMD 1.07 lower (1.57 lower to 0.58 lower)	-	868 (9 RCTs)	⊕○○○ ^b Very low

Abbreviations: CI, confidence interval; MD, mean difference; RCT, randomized controlled trial; SMD, standardized mean difference.

GRADE Working Group grades of evidence

High certainty: We are very confident that the true effect lies close to that of the estimate of the effect.

Moderate certainty: We are moderately confident in the effect estimate: The true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different.

Low certainty: Our confidence in the effect estimate is limited: The true effect may be substantially different from the estimate of the effect.

Very low certainty: We have very little confidence in the effect estimate: The true effect is likely to be substantially different from the estimate of effect.

^aThe risk in the intervention group (and its 95% confidence interval) is based on the assumed risk in the comparison group and the relative effect of the intervention (and its 95% CI).

^bWe downgraded the quality to very low due to: the high risk of bias existed in random sequence generation; high statistical heterogeneity between studies; and wide confidence intervals.

3373
3374

Summary of findings Li2020

CONCEPT

3375 **8 - 6.1 Zoekstrategie**

3376

3377

Vraag: Medicamenteuze behandeling van angst in de palliatieve fase

3378 **ZOEKDATUM 31-05-2021**

3379

3380

Sleutelpublicatie: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.saz.idm.oclc.org/28521070/>

3381

Interventie: Tricyclisch antidepressivum , SSRI, SNRI, mirtazapine, bupropion, andere

3382

antidepressiva, , benzodiazepines

3383

3384 **Systematic Reviews**

3385 **PubMed**

3386 ("Terminally Ill"[Mh] OR "Terminal Care"[Mh] OR "Palliative Care"[Mh] OR "Palliative Medicine"[Mh]

3387 OR "Hospice and Palliative Care Nursing"[Mh] OR "Advance Care Planning"[Mh] OR palliative[tiab]

3388 OR terminal-ill*[tiab] OR terminally[tiab] OR terminal-care[tiab] OR terminal-stage[tiab] OR terminal*[ti]

3389 OR end-of-life[tiab] OR incurabl*[tiab] OR advanced-illness*[tiab] OR advanced-disease*[tiab] OR

3390 advanced-cancer[tiab] OR advanced-care[tiab] OR advanced[ti] OR progressive[ti] OR hospice*[tiab])

3391

3392 AND ("Anxiety"[Mh] OR "Fear"[Mh] OR anxiet*[tiab] OR anxious*[tiab] OR fear*[tiab] OR

3393 **distress*[tiab] OR psychosocial*[tiab] OR psycho-social*[tiab] OR psych*[ti]**)

3394

3395 *AND ("Anxiety/drug therapy"[mh] OR "Psychotropic Drugs"[Mh] OR "Anti-Anxiety*

3396 *Agents"[Pharmacological Action] OR "Serotonin Uptake Inhibitors"[Mh] OR "Serotonin and*

3397 *Noradrenaline Reuptake Inhibitors"[Mh] OR "Mirtazapine"[Mh] OR "Benzodiazepines"[Mh] OR*

3398 *"Bupropion"[Mh] OR "Antidepressive Agents"[Pharmacological Action] OR "Serotonin Uptake*

3399 *Inhibitors"[Pharmacological Action] OR "Serotonin and Noradrenaline Reuptake*

3400 *Inhibitors"[Pharmacological Action] OR psychotropic*[tiab] OR psychoactive[tiab] OR psycho-*

3401 *active[tiab] OR psychopharm*[tiab] OR anti-anxiet*[tiab] OR antianxiet*[tiab] OR anxiolytic*[tiab] OR*

3402 *tranquilliz*[tiab] OR serotonin-uptake-inhibit*[tiab] OR serotonin-reuptake-inhibit*[tiab] OR SSRI*[tiab]*

3403 *OR noradrenaline-reuptake-inhibit*[tiab] OR norepinephrine-reuptake-inhibit*[tiab] OR noradrenaline-*

3404 *uptake-inhibit*[tiab] OR norepinephrine-uptake-inhibit*[tiab] OR SNRI*[tiab] OR mirtazapin*[tiab] OR*

3405 *bupropion[tiab] OR benzodiazepin*[tiab] OR antidepress*[tiab] OR anti-depress*[tiab] OR drug*[ti] OR*

3406 *(pharmac*[ti] NOT non-pharmac*[ti]))*

3407

3408 **AND ("2001/01/01"[PDat] : "3000/12/31"[PDat])**

3409

3410 AND (systematic review[pt] OR meta-analysis[pt] OR meta-anal*[tiab] OR metaanal*[tiab] OR

3411 quantitative review[tiab] OR systematic review[tiab] OR methodologic review[tiab] OR systematic[sb]

3412 OR "The Cochrane database of systematic reviews"[Jour] NOT (letter[pt] OR comment[pt] OR

3413 editorial[pt]))

3414

3415 **31 resultaten**

3416

3417 **Embase**

3418 ('terminally ill patient'/exp/mj OR 'terminal care'/exp/mj OR 'palliative therapy'/exp/mj OR 'palliative

3419 nursing'/exp/mj OR palliative:ab,ti,kw OR terminal-ill*:ab,ti,kw OR terminally:ab,ti,kw OR terminal-

3420 care:ab,ti,kw OR terminal-stage:ab,ti,kw OR terminal*:ti,kw OR end-of-life:ab,ti,kw OR

3421 incurabl*:ab,ti,kw OR advanced-illness*:ab,ti,kw OR advanced-disease*:ab,ti,kw OR advanced-

3422 cancer:ab,ti,kw OR advanced-care:ab,ti,kw OR advanced:ti,kw OR progressive:ti,kw OR

3423 hospice*:ab,ti,kw)

3424

3425 AND ('anxiety'/exp OR 'fear'/de OR anxiet*:ab,ti,kw OR anxious*:ab,ti,kw OR fear*:ab,ti,kw OR

3426 **distress*:ab,ti,kw OR psychosocial*:ab,ti,kw OR psycho-social*:ab,ti,kw OR psych*:ti)**

3427

3428 *AND ('drug therapy'/de/mj OR 'psychotropic agent'/exp OR 'anxiolytic agent'/exp OR 'antidepressant*

3429 *agent'/exp OR 'benzodiazepine derivative'/exp OR psychotropic*:ab,ti,kw OR psychoactive:ab,ti,kw*

3430 *OR psycho-active:ab,ti,kw OR psychopharm*:ab,ti,kw OR anti-anxiet*:ab,ti,kw OR antianxiet*:ab,ti,kw*

3431 *OR anxiolytic*:ab,ti,kw OR tranquilliz*:ab,ti,kw OR serotonin-uptake-inhibit*:ab,ti,kw OR serotonin-*

3432 reuptake-inhibit*:ab,ti,kw OR SSRI*:ab,ti,kw OR noradrenaline-reuptake-inhibit*:ab,ti,kw OR
3433 norepinephrine-reuptake-inhibit*:ab,ti,kw OR noradrenaline-uptake-inhibit*:ab,ti,kw OR
3434 norepinephrine-uptake-inhibit*:ab,ti,kw OR SNRI*:ab,ti,kw OR mirtazapin*:ab,ti,kw OR
3435 bupropion:ab,ti,kw OR benzodiazepin*:ab,ti,kw OR antidepress*:ab,ti,kw OR anti-depress*:ab,ti,kw
3436 OR drug*:ti OR (pharmac*:ti NOT non-pharmac*:ti))

3437
3438 AND [1-1-2001]/sd

3439
3440 AND ('systematic review'/exp or 'meta analysis'/exp OR systematic-review:ab,ti OR meta-anal*:ab,ti
3441 OR metaanal*:ab,ti OR quantitative-review:ab,ti OR methodologic-review:ab,ti) NOT ('conference
3442 abstract'/it OR 'editorial'/it OR 'letter'/it OR 'note'/it)

3443
3444 **79** resultaten

3445
3446 **PsycInfo (ebSCO)**

3447 (DE "Terminally Ill Patients" OR DE "Palliative Care" OR DE "Hospice" OR DE "Advance Directives"
3448 OR TI (palliative OR terminal* OR "end of life" OR incurabl* OR advanced OR progressive OR
3449 hospice*) OR AB (palliative OR (terminal* n2 (ill* OR care OR stage)) OR "end of life" OR incurabl*
3450 OR (advanced n2 (illness* OR disease* OR cancer OR care)) OR hospice*))

3451 AND ((DE "Anxiety" OR DE "Anxiety Sensitivity" OR DE "Death Anxiety" OR DE "Health Anxiety" OR
3452 DE "Social Anxiety" OR DE "Test Anxiety" OR DE "Fear" OR DE "Panic") OR TI (anxi* OR fear* OR
3453 **distress* OR psych***) OR AB (anxiety OR anxious* OR fear* **OR distress* OR psychosocial* OR**
3454 **"psycho-social"**))

3455
3456 AND (DE "Drug Therapy" OR DE "Tranquilizing Drugs" OR DE "Amitriptyline" OR DE "Benactyzine"

3457
3458 OR DE "Doxepin" OR DE "Haloperidol" OR DE "Meprobamate" OR DE "Minor Tranquilizers" OR DE
3459 "Neuroleptic Drugs" OR DE "Phenothiazine Derivatives" OR DE "Pimozide" OR DE "Thiothixene" DE
3460 "Serotonin Reuptake Inhibitors" OR DE "Chlorimipramine" OR DE "Citalopram" OR DE "Fluoxetine"
3461 OR DE "Fluvoxamine" OR DE "Paroxetine" OR DE "Zimeldine" OR DE "Serotonin Norepinephrine
3462 Reuptake Inhibitors" OR DE "Venlafaxine" OR DE "Benzodiazepines" OR DE "Alprazolam" OR DE
3463 "Benzodiazepine Agonists" OR DE "Benzodiazepine Antagonists" OR DE "Chlordiazepoxide" OR DE
3464 "Clonazepam" OR DE "Diazepam" OR DE "Flunitrazepam" OR DE "Flurazepam" OR DE "Lorazepam"
3465 OR DE "Midazolam" OR DE "Nitrazepam" OR DE "Oxazepam" OR DE "Antidepressant Drugs" OR DE
3466 "Bupropion" OR DE "Citalopram" OR DE "Fluoxetine" OR DE "Fluvoxamine" OR DE "Iproniazid" OR
3467 DE "Isocarboxazid" OR DE "Lithium Carbonate" OR DE "Methylphenidate" OR DE "Mianserin" OR DE
3468 "Moclobemide" OR DE "Molindone" OR DE "Nefazodone" OR DE "Nialamide" OR DE "Nomifensine"
3469 OR DE "Paroxetine" OR DE "Phenelzine" OR DE "Pheniprazine" OR DE "Pipradrol" OR DE
3470 "Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitors" OR DE "Sertraline" OR DE "Sulpiride" OR DE
3471 "Tranylcypromine" OR DE "Trazodone" OR DE "Tricyclic Antidepressant Drugs" OR DE "Venlafaxine"
3472 OR DE "Zimeldine"

3473 OR TI (psychotropic* OR psychoactive OR psycho-active OR psychopharm* OR anti-anxiet* OR
3474 antianxiet* OR anxiolytic* OR tranquiliz* OR "serotonin uptake inhibit*" OR "serotonin reuptake
3475 inhibit*" OR SSRI* OR "noradrenaline reuptake inhibit*" OR "norepinephrine reuptake inhibit*" OR
3476 "noradrenaline uptake inhibit*" OR "norepinephrine uptake inhibit*" OR SNRI* OR mirtazapin* OR
3477 bupropion OR benzodiazepin* OR antidepress* OR anti-depress* OR drug* OR pharmac*) OR AB
3478 (psychotropic* OR psychoactive OR psycho-active OR psychopharm* OR anti-anxiet* OR antianxiet*
3479 OR anxiolytic* OR tranquiliz* OR "serotonin uptake inhibit*" OR "serotonin reuptake inhibit*" OR SSRI*
3480 OR "noradrenaline reuptake inhibit*" OR "norepinephrine reuptake inhibit*" OR "noradrenaline uptake
3481 inhibit*" OR "norepinephrine uptake inhibit*" OR SNRI* OR mirtazapin* OR bupropion OR
3482 benzodiazepin* OR antidepress* OR anti-depress*))

3483
3484 **AND PY 2001-2020**

3485
3486 AND ((TI (systematic* n3 review*)) or (AB (systematic* n3 review*)) or (TI (systematic* n3
3487 bibliographic*)) or (AB (systematic* n3 bibliographic*)) or (TI (systematic* n3 literature)) or (AB

3488 (systematic* n3 literature)) or (TI (comprehensive* n3 literature)) or (AB (comprehensive* n3
3489 literature)) or (TI (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (AB (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (TI
3490 (integrative n3 review)) or (AB (integrative n3 review)) or (JN "Cochrane Database of Systematic
3491 Reviews") or (TI (information n2 synthesis)) or (TI (data n2 synthesis)) or (AB (information n2
3492 synthesis)) or (AB (data n2 synthesis)) or (TI (data n2 extract*)) or (AB (data n2 extract*)) or (TI
3493 (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo database") or "web of science" or
3494 scopus or embase)) or (AB (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo
3495 database") or "web of science" or scopus or embase)) or (MH "Systematic Review") or (MH "Meta
3496 Analysis") or (TI (meta-analy* or metaanaly*)) or (AB (meta-analy* or metaanaly*))

3497

3498 **18** resultaten

3499

3500 **Cinahl (ebSCO)**

3501 ((MH "Terminal Care+" OR MH "Terminally Ill Patients+" OR MH "Hospice and Palliative Nursing" OR
3502 MH "Palliative Care" OR MH "Advance Directives+") OR TI (palliative OR terminal* OR "end of life" OR
3503 incurabl* OR advanced OR progressive OR hospice*) OR AB (palliative OR (terminal* n2 (ill* OR care
3504 OR stage)) OR "end of life" OR incurabl* OR (advanced n2 (illness* OR disease* OR cancer OR
3505 care)) OR hospice*))

3506

3507 AND (((MH "Anxiety+" OR (MH "Fear"))) OR TI (anxi* OR fear* OR distress* OR psych*) OR AB
3508 (anxiety OR anxious* OR fear* OR distress* OR psychosocial* OR "psycho-social")

3509

3510 AND ((MH "Drug Therapy" OR MH "Psychotropic Drugs+" OR MH "Antianxiety Agents+" OR MH
3511 "Serotonin Uptake Inhibitors+" OR MH "Bupropion") OR TI (psychotropic* OR psychoactive OR
3512 psycho-active OR psychopharm* OR anti-anxiet* OR antianxiet* OR anxiolytic* OR tranquiliz* OR
3513 "serotonin uptake inhibit*" OR "serotonin reuptake inhibit*" OR SSRI* OR "noradrenaline reuptake
3514 inhibit*" OR "norepinephrine reuptake inhibit*" OR "noradrenaline uptake inhibit*" OR "norepinephrine
3515 uptake inhibit*" OR SNRI* OR mirtazapin* OR bupropion OR benzodiazepin* OR antidepress* OR
3516 anti-depress* OR drug* OR pharmac*) OR AB (psychotropic* OR psychoactive OR psycho-active OR
3517 psychopharm* OR anti-anxiet* OR antianxiet* OR anxiolytic* OR tranquiliz* OR "serotonin uptake
3518 inhibit*" OR "serotonin reuptake inhibit*" OR SSRI* OR "noradrenaline reuptake inhibit*" OR
3519 "norepinephrine reuptake inhibit*" OR "noradrenaline uptake inhibit*" OR "norepinephrine uptake
3520 inhibit*" OR SNRI* OR mirtazapin* OR bupropion OR benzodiazepin* OR antidepress* OR anti-
3521 depress*))

3522

3523 **AND PY 2001-2020**

3524

3525 AND ((TI (systematic* n3 review*)) or (AB (systematic* n3 review*)) or (TI (systematic* n3
3526 bibliographic*)) or (AB (systematic* n3 bibliographic*)) or (TI (systematic* n3 literature)) or (AB
3527 (systematic* n3 literature)) or (TI (comprehensive* n3 literature)) or (AB (comprehensive* n3
3528 literature)) or (TI (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (AB (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (TI
3529 (integrative n3 review)) or (AB (integrative n3 review)) or (JN "Cochrane Database of Systematic
3530 Reviews") or (TI (information n2 synthesis)) or (TI (data n2 synthesis)) or (AB (information n2
3531 synthesis)) or (AB (data n2 synthesis)) or (TI (data n2 extract*)) or (AB (data n2 extract*)) or (TI
3532 (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo database") or "web of science" or
3533 scopus or embase)) or (AB (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo
3534 database") or "web of science" or scopus or embase)) or (MH "Systematic Review") or (MH "Meta
3535 Analysis") or (MH "Meta Synthesis") or (TI (meta-analy* or metaanaly*)) or (AB (meta-analy* or
3536 metaanaly*))

3537

3538 **33** resultaten

3539

3540 **Cochrane database of systematic reviews**

3541 (palliative:ab,ti OR terminal-ill*:ab,ti OR terminally:ab,ti OR terminal-care:ab,ti OR terminal-stage:ab,ti
3542 OR terminal*:ti OR end-of-life:ab,ti OR incurabl*:ab,ti OR advanced-illness*:ab,ti OR advanced-

3543 disease*:ab,ti OR advanced-cancer:ab,ti OR advanced-care:ab,ti OR advanced:ti OR progressive:ti
3544 OR hospice*:ab,ti)
3545 AND (anxiet*:ab,ti OR anxious*:ab,ti OR fear*:ab,ti OR distress*:ab,ti OR psychosocial*:ti OR psycho-
3546 social*:ti OR psych*:ti)
3547
3548 AND (psychotropic*:ab,ti OR psychoactive:ab,ti OR psycho-active:ab,ti OR psychopharm*:ab,ti OR
3549 anti-anxiet*:ab,ti OR antianxiet*:ab,ti OR anxiolytic*:ab,ti OR tranquiliz*:ab,ti OR serotonin-uptake-
3550 inhibit*:ab,ti OR serotonin-reuptake-inhibit*:ab,ti OR SSRI*:ab,ti OR noradrenaline-reuptake-
3551 inhibit*:ab,ti OR norepinephrine-reuptake-inhibit*:ab,ti OR noradrenaline-uptake-inhibit*:ab,ti OR
3552 norepinephrine-uptake-inhibit*:ab,ti OR SNRI*:ab,ti OR mirtazapin*:ab,ti OR bupropion:ab,ti OR
3553 benzodiazepin*:ab,ti OR antidepress*:ab,ti OR anti-depress*:ab,ti OR drug*:ti OR pharmac*:ti)
3554
3555 8 Cochrane reviews
3556
3557 **Ontdubbeling**
3558 **31+79+18+33+8=169** referenties geïmporteerd in Endnote, 50 dubbelen verwijderd --> **119 resultaten**
3559

CONCEPT

3560
3561
3562

8 - 6.2 Reviewprotocol

Onderwerp	Medicamenteuze behandeling van angst in de palliatieve fase (versie 04032021)
Uitgangsvragen	· Wat is het effect van medicamenteuze behandeling op angst bij patiënten in de palliatieve fase?
Criteria voor inclusie van studies in review	
· Populatie	· Populatie: Patiënten >18 jaar in de palliatieve fase van een lichamelijke ziekte met angst gemeten met een gevalideerde vragenlijst Inclusie: - Studies met patiënten met levensverwachting van 1 à 2 jaar of - Studies die patiënten includeren met progressieve somatische aandoeningen Suggesties voor trefwoorden: palliative, incurable, end of life en advanced. Exclusie: - Patiënten met dementie - Patiënten met angststoornis
· Interventie	· Tricyclisch antidepressivum , SSRI, SNRI, mirtazapine, bupropion, andere antidepressiva, , benzodiazepines
· Vergelijking	· Wachtlijst (geen antidepressivum, benzodiazepine of antipsychoticum) · Actieve controle (ander antidepressivum, benzodiazepine of antipsychoticum, of een niet medicamenteuze behandeling) · Placebo
· Kritische uitkomstmaten	· Ernst van de angst (gemeten met een gevalideerde vragenlijst)
· Belangrijke uitkomstmaten	Kwaliteit van leven Distress gemeten met de HADS Psychosociaal functioneren
· Setting	· Alle settings
· Studie design	Systematic reviews, meta-analyses (RCT's)
· Minimum omvang steekproef	· RCT >10 per arm · Exclusie van studies met >50% attrition uit één arm van de trial (tenzij adequate statistiek is toegepast om te corrigeren voor missende data)
Zoekstrategie	[termen populatie criteria] AND [RCT, systematic review]
Databases searched	· CINAHL, PsycINFO, Embase, Medline, Cochrane Database of Systematic reviews
Data searched	Reviews vanaf 2001. Voor de RCT's vanaf inception.
De review strategie	Eerst een search naar SRs. RCTs uit de geselecteerde SR worden meegenomen wanneer ze passen bij de uitgangsvraag en de PICO. Mochten er te veel artikelen zijn dan wordt geprioriteerd welke mee te nemen.

3563

3564 **Bijlage 9 Kennislacunes**

3565
3566
3567
3568
3569
3570
3571
3572
3573
3574
3575
3576
3577
3578
3579
3580
3581
3582
3583
3584
3585
3586
3587
3588
3589
3590
3591
3592
3593
3594
3595
3596
3597
3598
3599
3600
3601
3602
3603
3604
3605
3606
3607

Van een kennislacune wordt gesproken als na kennissynthese geconstateerd wordt dat een gebrek aan kennis het maken van de afweging van gewenste en ongewenste effecten belemmert. De volgende vormen van kennislacunes kunnen worden onderscheiden [IQ healthcare 2013]:

1. Er is geen gepubliceerd onderzoek gevonden dat aansluit op de geformuleerde uitgangsvraag (mits er optimaal gezocht is);
2. Het gevonden onderzoek (één of meerdere studies) was van onvoldoende kwaliteit, vanwege
 - o Lage bewijskracht van het gebruikte onderzoekdesign (bijvoorbeeld observationeel of niet-vergelijkend onderzoek bij therapeutische interventies);
 - o De schatting van de effectmaat of -maten is niet precies (breed betrouwbaarheidsinterval), bijvoorbeeld doordat het onderzoek te klein in omvang was;
 - o De onderzoeksresultaten zijn inconsistent, waardoor geen goede conclusie kan worden getrokken over het effect en de effectgrootte;
 - o Het bewijs is indirect, door het gebruik van een andere patiëntenpopulatie dan waar de richtlijn op van toepassing is, andere uitkomst of andere determinanten of door uitsluitend indirecte vergelijkingen;
 - o Er is een grote kans op rapportage- of publicatiebias (bijvoorbeeld door een sterke mate van belangenverstremming).

De geformuleerde kennislacunes zullen door stichting PALZON worden beoordeeld op basis van onder andere:

- al lopend onderzoek op het gebied
- hoe goed de lacune te onderzoeken is

Deze informatie is op te vragen bij IKNL (richtlijnen@iknl.nl).

Kennislacunes in de richtlijn 'Angst in de palliatieve fase'

De richtlijnwerkgroep heeft tijdens het proces van richtlijnontwikkeling kennislacunes verzameld voor de richtlijn 'Angst in de palliatieve fase'.

Overgenomen uit Engel [2021]: Deze kennissynthese laat ook duidelijk een aantal lacunes in kennis over effectieve communicatie vanuit het perspectief van patiënten en naasten zien. Zo richtten de meeste aangetroffen studies zich op communicatie met artsen in een ziekenhuissetting en vonden we weinig studies over andere settings en andere disciplines. Voorts ging het meestal over geplande communicatie en is er weinig onderzoek gedaan naar ongeplande communicatie, of naar communicatie met verpleegkundigen en verzorgenden. Onduidelijk is ook of er verschil is in de kwaliteit van de communicatie tussen specialistische en generalistische zorgverleners. Ook troffen we weinig studies aan over patiënten met andere aandoeningen dan kanker of over kwetsbare ouderen. Diversiteit van patiënten en naasten komt maar zelden tot uitdrukking. Naast drie artikelen over patiënten of naasten uit een niet-westerse cultuur troffen we geen artikelen aan waarin aandacht was voor diversiteit, bijvoorbeeld in religie, sociaaleconomische achtergrond, seksuele geaardheid of gezondheidsvaardigheden.

Tot slot vonden we maar enkele interventiestudies waarin ervaringen en perspectieven van patiënten en naasten met betrekking (elementen uit) specifieke communicatiemethodieken zijn onderzocht.

3608 **Bijlage 10 Communicatie- en implementatieplan**

3609

3610 Het communicatie- en implementatieplan bij deze richtlijn is een belangrijk hulpmiddel om effectief de
3611 aanbevelingen uit deze richtlijn te implementeren voor de verschillende disciplines.

3612 Bevorderen van het toepassen van de richtlijn in de praktijk begint met communicatie: een brede
3613 bekendmaking en verspreiding van de richtlijn. Bij verdere implementatie gaat het om gerichte
3614 interventies per beroepsgroep. Dit om te bevorderen dat zorgverleners de nieuwe kennis en kunde
3615 opnemen in hun routines van de palliatieve zorgpraktijk, inclusief borging daarvan. Als onderdeel van
3616 elke richtlijn stelt IKNL samen met de richtlijnwerkgroep een implementatieplan op. Activiteiten en
3617 interventies voor verspreiding en implementatie vinden zowel op landelijk als regionaal niveau plaats.
3618 Deze kunnen eventueel ook op maat gemaakt worden per instelling of specialisme. Informatie
3619 hierover is te vinden op www.palliaweb.nl/onderwijs-en-opleiden-palliatieve-zorg. IKNL werkt als
3620 lidorganisatie van PZNL (de coöperatie Palliatieve Zorg Nederland) samen met andere partijen om
3621 opleidingen en trainingsmaterialen te ontwikkelen die aansluiten bij en toepasbaar zijn in de praktijk.

3622

3623 **Status**

3624 Dit communicatie- en implementatieplan is bijgewerkt tot [datum]. Dit communicatie- en
3625 implementatieplan zal tot de publicatie en daarna nog worden aangevuld en kunnen wijzigen.

3626 **Bijlage 11 Afkortingen en begrippen**
3627
3628 Volgt.

CONCEPT