

DEEL 3  
BEHANDELING  
EN  
BEGELEIDING



ANGST NA KANKER

# Zo ondersteun je je patiënt

**Algemene psychologische behandelingen zoals cognitieve gedragstherapie kunnen helpen bij angst na kanker (Moorey & Greer, 2011) maar sinds twintig jaar zijn er nationaal en internationaal steeds meer specifieke behandelingen ontwikkeld voor vermindering van angst voor terugkeer van kanker (Prins, Deuning-Smit & Custers, 2022).**

**Auteur:** Coen Völker, GZ-psycholoog, Helen Dowling Instituut

BEELD ISTOCK

IN HET  
KORT

Angst voor terugkeer van kanker komt veel voor, ook bij patiënten met een gunstige prognose. Veel (oncologie)verpleegkundigen hebben behoefte aan deskundigheidsbevordering over angst. In dit derde van drie artikelen wordt ingegaan op behandeling en begeleiding. In het eerste artikel gingen we in op prevalentie, herkenning en beloop en in het tweede artikel gingen we in op screening en moeilijkheden met herkenning.

Voor vermindering van angst na kanker zijn veel specifieke behandelingen ontwikkeld. Er blijkt echter ook behoefte aan kortdurende, laagdrempelige interventies en zelfhulp zonder hulp van een psycholoog. Zo zijn er onderzoeken waarbij verpleegkundigen eenmalige telefonische consulten aanbieden (Liu Butow & Beith, 2019; McHale, et al., 2020) en is er laagdrempelige online zelfhulp zonder (Helmond, et al., 2019) en met een POH-GGZ (Luigjes-Huizer, et al., 2019). Onderzoek laat hierbij zien dat als je informatie over angst voor terugkeer van kanker aanbiedt zonder begeleiding (bijvoorbeeld als online zelfhulp of als informatieboekje) dat de meeste patiënten dan wel tevreden zijn over de informatie maar dat de angst voor terugkeer niet zakt (Helmond, et al., 2019, Pradhan, Sharpe, Butow et al., 2021). Patiënten willen, kortom, niet alleen informatie over angst voor terugkeer, ze willen er ook over praten en actievere begeleiding lijkt nodig.

Onduidelijke of wisselende medische informatie over prognose en communicatieproblemen met artsen kan ook een voorspeller zijn voor angst na kanker (Butow et al., 2018; Völker et al., 2011). Verpleegkundigen kunnen hier een behulpzame rol in spelen en medische informatie (waar mogelijk) verduidelijken of helpen om gesprekken met artsen (over angst en zorgen) voor te bereiden waardoor patiënten ook meer *empowerment* ervaren (Shields et al., 2010; Zweers et al., 2019). In een studie met 241 Nederlandse kankerpatiënten bleek ook een relatie tussen een toename van gevoelens van persoonlijke controle (tijdens psychologische zorg) en een afname van psychische klachten (Zhu, et al., 2015). Kanker geeft gevoelens van controleverlies maar patiënten leren tijdens psychologische zorg waar ze wél controle op hebben.

Het is begrijpelijk dat veel kankerpatiënten moeite hebben om alle onzekerheid over hun gezondheid en toekomst te managen. Nederlandse oncologen blijken tijdens second opinions op verschillende manieren te communiceren over die onzekerheid (over medische behandelingen en prognose) en we weten nog niet welke communicatiestijl bij welke patiënt vooral gunstig is (Someren et al., 2021). Oncologieverpleegkundige Arrien van Prooijen gaf op het congres Zorg voor de oncologische cliënt in de wijk (2023) nuttige tips bij angst zoals: 'Probeer de cliënt niet op te beuren, bijt je tong af en luister, probeer het niet op te lossen, praat er niet overheen.' Hoe begeleiding door oncologen en verpleegkundigen er op de werkvloer precies zou moeten uitzien is onduidelijk maar Butow en collega's geven alvast

“Patiënten willen niet alleen informatie over angst voor terugkeer, ze willen er ook over praten

tien concrete suggesties voor de klinische praktijk van oncologen zoals het normaliseren en het informeren van patiënten en naasten over angst voor terugkeer. Zo schrijven ze bijvoorbeeld: 'Family members and friends can be encouraged to avoid putting pressure on patients to "be positive" and "get back to normal" (2018).'

## “ Patiënten hebben vertrouwen in de verwijskracht van verpleegkundigen

Ook heeft deze Australische onderzoeksgroep een studie gedaan waaruit blijkt dat zelfs binnen een regulier consult van oncologen een eenmalige interventie (van gemiddeld enkel acht minuten) angst voor terugkeer kan verminderen (Liu et al. 2021). In dit consult geeft de oncoloog:

- 1 informatie over normalisatie van angst;
- 2 gepersonaliseerde prognostische informatie over de ziekte;
- 3 uitleg over symptomen van een recidive;
- 4 advies over het managen van piekeren;
- 5 zo nodig een verwijzing als de angst voor terugkeer hoog is.

Bij ernstige angstklachten is het zinvol om te verwijzen naar psychologen gespecialiseerd in de oncologie maar bij licht tot matige angstklachten kunnen psychosociale interventies door verpleegkundigen al voldoende zijn (Liu, et al., 2019). Ook is het niet wenselijk of haalbaar om alle angstige (ex-)kankerpatiënten naar de psycholoog te verwijzen. De psycholoog lijkt vooral nuttig bij 7-15% van de patiënten waarbij er sprake is van zeer ernstige angstklachten (Pradhan Sharpe & Menzies, 2021). Hierbij blijken, volgens een meta-analyse van Brebach en collega's (2016), patiënten ook sneller deel te nemen aan een psychologische interventie als het aanbevolen wordt door een verpleegkundige (in plaats van door een niet-verpleegkundige). Patiënten hebben dus vertrouwen in de verwijskracht van verpleegkundigen.

### Psychosociale interventies door oncologisch verpleegkundigen

Onderzoek naar angst-voor-recidive-interventies door verpleegkundigen is schaars maar Liu en collega's (2019) beschrijven vier verschillende verpleegkundige-interventie-studies zoals: zes sessies van zestig minuten (AFTER-studie), eenmalige telefonische sessies van dertig minuten (Mini-AFTER), drie keer twintig minuten telefonische sessies of eenmalige coaching een week voorafgaand aan het gesprek met de arts. Verpleegkundigen bespreken angst voor

terugkeer en moedigen expressie van bezorgdheid aan, informeren over symptomen van recidive, denken mee over relaxatie en bespreken ongezond zelf-controlegedrag en niet-helpende gedachten (Liu, et al., 2019).

Cruickshank en collega's deden in het kader van de Mini-AFTER-interventie onderzoek bij negentig Engelse oncologieverpleegkundigen (2020): *The Mini-AFTER consists of a set of recommended questions to assess relevant issues related to Fear of Cancer Recurrence (FCR) triggers, intensity, frequency and consequences. Once this brief assessment is completed, the specialised oncology nurse selects one or more to:*

- a *ascertain its significance and impact on the patients' everyday life;*
- b *the nature of the symptom(s);*
- c *triggers of FCR following treatment and*
- d *identifying potential confidantes in the family or friends, and/or if there are difficulties discussing fears.*

*Our previous experience found that typically a single aspect is highlighted for attention during the phone call.*

Dit onderzoek naar eenmalige, telefonische sessies door verpleegkundigen wordt momenteel bij vier borstkankercentra in Schotland uitgevoerd (McHale, et al., 2020). Het onderzoek naar angst-voor-recidive-interventies door verpleegkundigen is nog beperkt en we moeten terughoudend zijn over conclusies maar veel patiënten met angst voor terugkeer van kanker lijken voldoende geholpen te kunnen worden door verpleegkundigen. De verpleegkundige speelt dus niet alleen een belangrijke rol bij screening en verwijzing maar ook in begeleiding van angst.

In een *stepped-care* model kunnen verpleegkundigen dus goed minimale interventies geven bij licht tot matige angstklachten (Liu et al, 2019) en vanuit een 5-stappen programma kunnen ze handen en voeten geven aan een gesprek over angst (Völker, 2021). In een review vonden Pradhan, Sharpe en Menzies (2021) dat interventies bij licht tot matige angstklachten niet altijd leiden tot een daling van die angstklachten maar wel tot een toename in acceptatie, tevredenheid en kwaliteit van leven. Het lijkt ook niet realistisch om te verwachten dat begeleiding bij licht tot matige angstklachten direct zal leiden tot een afname omdat de onzekerheid voor de toekomst blijft en de angst dus ook heel normaal is. Het succes van de interventie zit dus niet altijd in daling van de

angst maar in het hanteerbaar worden van de onzekerheid. Zo kan de angst-voor-de-angst wel dalen en raken patiënten vertrouwd met hun onzekerheden. Op deze manier verbeter je kwaliteit van leven.

### Naar de angst toe bewegen

Er zijn inmiddels talrijke effectieve psychologische behandelingen voor matig tot ernstige angst voor terugkeer van kanker (door psychologen) waarbij vier tot zes sessies met huiswerk voldoende lijken voor vermindering van angst (Prins, et al., 2022; Tauber et al., 2019). Er is echter nog onderzoek nodig wat precies de werkzame bestanddelen of 'actieve ingrediënten' zijn van effectieve behandeling of begeleiding (Kan et al, 2021). Herkenning, erkenning, normalisatie, psycho-educatie en zelfmanagement zijn hierin basiselementen (Liu, et al., 2021; Völker et al., 2011). Verpleegkundigen en artsen kunnen helpen met die basiselementen in de vorm van psycho-educatie en normalisatie van die angst, bijvoorbeeld door actief vragen te stellen zoals: 'Veel van mijn patiënten die een gunstige prognose hebben, blijken toch ook wisselend angst voor terugkeer van kanker te hebben, dat is heel normaal maar kan ook echt belemmeren, hoe is dat bij u?' Wat deze vraag ook doet, is dat je naar de angst toe beweegt, dat lijkt tegennatuurlijk

## “ Een tumor komt niet sneller terug omdat je er bang voor bent

maar kan goed helpen. Vraag ook niet alleen of patiënten angst ervaren maar ook of ze last hebben van deze angst, hoe vaak deze angst voorkomt en of het hun functioneren in de weg staat. Ook kan het nuttig zijn om patiënten met psycho-educatie duidelijk te maken dat verhoogde angst voor terugkeer van kanker geen verhoogde kans op terugkeer van kanker geeft (Pijnappel et al., 2022).

Ook de inzet van de techniek De Neerwaartse Spiraal (uit de cognitieve gedragstherapie) kan helpen (Völker, 2021). Veel patiënten en naasten zullen van de angst af willen bewegen, maar je kunt ook doorvragen met De Neerwaartse Spiraal, bijvoorbeeld door te zeggen: 'Ik hoop natuurlijk dat de ziekte niet



### Over de auteur

Coen Völker is GZ-psycholoog bij het Helen Dowling Instituut (GGZ voor de oncologie). Daarnaast is hij auteur van de boeken 'Angst na Kanker' (Verhulst & Völker, 2018) en 'Fear of Cancer' (Völker, 2021). Ook nam hij de video-serie 'Angst na Kanker' op (YouTube, 2021) waarin hij

18 professionals en patiënten interviewde over het omgaan met angstklachten bij kanker. Hierin interviewde hij onder meer een mammacare-verpleegkundige en verpleegkundig specialist palliatieve zorg. Hij geeft les bij de RINO Groep en het Cédric Hèle Instituut over angst na kanker. Zie [www.coenvolker.com](http://www.coenvolker.com) en [cvolker@hdi.nl](mailto:cvolker@hdi.nl) voor correspondentie.

terugkomt, maar als het terugkomt, waar bent u dan vooral bang voor, waar ziet u dan het meest tegenop? En wat zou daar het ergste van zijn? Waar hoopt u dan vooral op, indien het zou terugkeren?' Zo kom je meer te weten over de achtergrond van deze angst en weet je duidelijker wat er nodig is. Durf dus respectvol door te vragen en initieer het gesprek.

### Angst in de palliatieve fase

Dit artikel gaat vooral over angst voor terugkeer bij een gunstige prognose, maar we kunnen ook leren van de studies over angst voor progressie. Interviews in het promotieonderzoek van verpleegkundig specialist Danielle Zweers (*Anxiety in Patients with Cancer in The Palliative Phase*, 2019) lieten ook zien dat palliatieve patiënten het helemaal niet erg vinden als je hen vragen stelt over hun angsten en zorgen, zolang je hun grenzen maar respecteert als ze er niet over willen praten (Zweers et al, 2019). Zweers noemt ook dat sommige patiënten ontkennen dat ze angstig zijn, maar dat ze wel beamen dat ze gespannen of bezorgd zijn. Gebruik dus verschillende woorden voor 'angst' en stem je woorden af op de patiënt. Kijk wat patiënten kan helpen om meer veiligheid en controle te voelen en herken de copingstrategie die angstige patiënten inzetten (Zweers et al., 2019).

Verder onderzoek moet laten zien of deze adviezen ook helpen bij angstige patiënten met een gunstige prognose, maar deze interviews met verpleegkundigen, patiënten en naasten geven goede richtlijnen.

**Tabel 1** | Tien richtlijnen voor begeleiding van angstklachten door verpleegkundigen

- 1 **Leer angstklachten herkennen.** Volg bijscholing en lees je in.
- 2 **Durf te vragen.** Initieer het gesprek. Je hoeft niet alle antwoorden te hebben en kom terug op eerdere gesprekken. Maak het een vast onderdeel van je follow-up gesprekken of gebruik een screeningsvragenlijst. Bespreek **Magisch Denken**.
- 3 Gebruik de methode **De Neerwaartse Spiraal** om de angst te onderzoeken. Beweeg periodiek naar de angst toe en weet dat de angst niet hoeft te dalen om de interventie effectief te maken. Een toename van acceptatie en kwaliteit van leven kan ook een positieve uitkomst zijn.
- 4 **Geef psycho-educatie** over angst voor terugkeer, **normaliseer** en erken de emotionele impact van kanker. Indien je informatie meegeeft over angst voor terugkeer kom dan wel op die informatie terug of vraag welke tips ze willen uitproberen.
- 5 **Help bij zelfmanagement** en geef tips hoe patiënten met hun piekgedachten kunnen omgaan. **Help patiënten keuzes te maken en opties te zien** hoe ze met hun angst kunnen omgaan, dit geeft enig gevoel van invloed en controle. Maar weet ook dat je onzekerheid niet kan of hoeft op te lossen. Bijt soms je tong af terwijl je actief luistert.
- 6 **Stem je interventies af op de fase van verwerking en op de persoon.** Iemand die net begonnen is met medische behandeling geef je andere suggesties dan (ex-)patiënten die drie jaar schoon zijn. En wat voor de één werkt kan averechts werken voor de ander dus personaliseer en check of je suggestie behulpzaam was.
- 7 **Overleg met externe collega's** en verwijs waar nodig. Soms kan onderliggend trauma een rol spelen en dat vraagt om gespecialiseerde hulp.
- 8 **Maak gebruik van je team** en wacht niet af tot je tijd over hebt voor psychosociale zorg
- 9 **Maak gebruik van de patiënt en diens naasten.** Vaak weten patiënten zelf wat helpt in omgaan met angst, en vraag anders wat hen **vroeger** hielp bij grote onzekerheid.
- 10 **Ken jezelf.** Ben je als hulpverlener bewust van je eigen attitude bij onzekerheid, angst en sterfelijkheid.

Bijvoorbeeld hoe je als team de behandeling van angst kunt opnemen in het behandelplan. Op die manier heb je meer te bieden dan losse interventies van individuele verpleegkundigen die tijd over hebben. Het gebrek aan tijd en deskundigheid noemen verpleegkundigen ook als belemmering in het begeleiden van angstklachten en Zweers bevroeg verpleegkundigen wat ze wisten en nodig hadden in de begeleiding van angstige patiënten (Zweers et al.,

2017). Door het thema 'angst' ook mee te nemen in het behandelplan, zal het een gedeelde verantwoordelijkheid worden en leer je van elkaar. Angst kan volgens Zweers ook een biologische, psychologische, sociale of existentiële oorzaak hebben en in een behandelplan kun je dit als team naast elkaar onderzoeken. Ze geeft hierin ook een systematische benadering van zorg rondom angst in vier fasen:

*fase 1* breng de problematiek in kaart;  
*fase 2* vat de problematiek en het beleid samen;  
*fase 3* maak afspraken over evaluatie en beleid;  
*fase 4* stel het beleid zo nodig bij.

En zowel het team, de patiënt als de naasten hebben hierin een rol.

### Tot slot

Als oncologieverpleegkundige en verpleegkundig specialist ben je in een unieke positie om angstige kankerpatiënten te ondersteunen door screening, begeleiding en zo nodig verwijzing (Cruickshank et al., 2020; Dawson et al., 2016). Patiënten durven met verpleegkundigen gevoelens en gedachten te bespreken die ze soms moeilijker met naasten of artsen bespreken en verpleegkundige interventies op angst lijken volgens de eerste onderzoeken redelijk effectief (Brebach et al., 2016; Liu et al., 2019). Die effectiviteit zit soms in de afname van angst en vaker in de toename van kwaliteit van leven binnen *stepped-care* zorg (Pradhan, Sharpe & Menzies, 2021; Völker et al., 2011). Deskundigheidsbevordering van verpleegkundigen behoort tot speerpunt waarbij angst voor terugkeer onderdeel wordt van routine en consult. Het aanbieden van een (korte) screeningslijst voor angst kan hierbij helpen (Rudy et al. 2020). Mogelijk kunnen verpleegkundige interventies ook voorkomen dat verwijzing naar psychologen nodig is, zal dit onnodig gebruik van gezondheidszorg verminderen, zal het gezondheidskosten drukken en vermindering laten dalen (Pradhan, et al., 2021; Williams et al., 2021). Patiënten vragen om begeleiding en met minimale interventies zoals psycho-educatie, normalisatie en (begeleid) zelfmanagement voelen veel patiënten zich al geholpen (Luigjes-Huizer, Lee et al. 2022). Toekomstig onderzoek naar psychosociale begeleiding door verpleegkundigen zal hierbij ook zeker helpen maar wacht de wetenschappelijke uitkomsten niet af en ga het gesprek met de patiënt alvast aan. Je zal ervan leren en de patiënt zal je er dankbaar voor zijn.