

# 13 reasons why: wetenschappelijke en klinische evidentie voor de catastrofale mortaliteitscijfers bij patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA)

Kirsten Catthoor

| TIJDSCHRIFT KLINISCHE PSYCHOLOGIE, 49(2), 97-107 |

## Inleiding

Voor een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) bestaat in de wetenschappelijke literatuur geen eenduidige omschrijving. In de Amerikaans-Angelsaksische literatuur kan iedereen die behandeling in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) nodig heeft, onder het label Serious Mental Illness (SMI) vallen. In Groot-Brittannië verstaat men onder een SMI-patiënt iemand met een 'persistente' zorgvraag. In Nederland en Vlaanderen wordt een ernstige psychiatrische aandoening begrepen als een complexe, langdurige en invaliderende psychische problematiek met een impact op het hele functioneren van de zieke persoon. Het behandelen van die ernstige psychiatrische problemen vergt dan ook een tijdsintensieve aanpak door een multidisciplinair behandelteam. De meeste EPA-patiënten worden echter onderbehandeld. De therapeutische aanpak van problemen op psychisch vlak is onvoldoende om het functioneren van de patiënt in zijn geheel te verbeteren. De diagnostische categorieën die vaak aan EPA worden gekoppeld, zijn: psychotische en bipolaire stoornissen, ernstige persoonlijkheidsstoornissen en dubbeldiagnoses met verslaving, maar ook een therapieresistente depressie en een autismespectrumstoornis kunnen onder deze noemer vallen. Wetenschappelijke gegevens wijzen al jaren in dezelfde richting: bij personen met een EPA is de mortaliteit veel hoger dan in een gemiddelde populatie (Chang et al., 2011). Een grote Amerikaanse studie (Colton & Manderscheid, 2006) toonde aan dat het aantal sterfgevallen in een kwetsbare EPA-populatie tot vijfmaal hoger ligt. EPA-patiënten verliezen dertien tot dertig potentiële levensjaren. Opvallend was dat de doodsoorzaken bij EPA-patiënten volledig vergelijkbaar waren met die van de controlepopulatie: cardiovasculaire oorzaken waren het belangrijkste, gevolgd door kanker, cerebrovasculaire en chronische respiratoire aandoeningen. Maar EPA-patiënten

overlijden wel vaker aan de gevolgen van verschillende typen ongevallen en suïcide. In Australië (Ministerial Advisory Committee on Mental Health, 2012) werd aangetoond dat deze kwetsbare patiënten in vergelijking met een normale populatie meer comorbide lichamelijke aandoeningen ontwikkelen, die bovendien op jongere leeftijd ontstaan en een grotere lijdenslast en aantasting van de levenskwaliteit met zich meebrengen. Recent onderzoek bracht aan het licht dat EPA-patiënten postoperatief substantieel meer complicaties krijgen dan een algemene populatie (McBride et al., 2018), met niet alleen een hogere mortaliteit (2% versus 0%), maar ook meer opnames, een langere verblijfsduur op de intensive care en frequentere doorverwijzing naar andere afdelingen als gevolg.

In deze bijdrage beschrijven we dertien oorzaken waarom mensen met een EPA eerder dreigen te overlijden. Het gaat om een arbitraire selectie van de auteur. De oorzaken staan niet noodzakelijk in volgorde van belangrijkheid, maar passen wel in het biopsychosociale kwetsbaarheidsmodel zoals dat in de huidige ggz wordt gebruikt.

## I. Roken

Dat roken schadelijk is voor de gezondheid en tot vervroegd overlijden aanleiding kan geven, is intussen algemeen bekend. Een schokkend, maar minder bekend gegeven is dat meer dan de helft van alle verkochte tabak in de westerse wereld door patiënten met een psychische kwetsbaarheid wordt geconsumeerd (Lê Cook et al., 2014). Een recente studie (Dickerson et al., 2018) waarin de mortaliteit bij patiënten met schizofrenie of een bipolaire stoornis werd voorspeld via een multivariaat analyse, bewijst de ernst van het probleem. Het relatieve risico (RR) op overlijden was het hoogst bij rokers (RR = 6,29), gevolgd door een cardiale aandoening (RR = 2,09), alleenstaand zijn (RR = 1,90), een urogenitale of respiratoire aandoening (RR = 1,82), voorgeschreven antidepressiva (RR = 1,74) en een verminderde cognitieve functie (RR = 0,73). Er werd ook een additief effect gevonden van roken op bestaande cardiale en longziekten. Roken wordt door de auteurs ‘aanpasbaar gedrag’ genoemd. Wellicht is dat niet cynisch bedoeld, want voor EPA-patiënten is roken meer dan een slechte gewoonte. Wetenschappelijke gegevens over roken, en meer bepaald de opname van nicotine, bij EPA-patiënten zijn niet eenduidig. Toch zijn er voldoende argumenten om aan te nemen dat een vorm van ‘zelfmedicatie’ medeverantwoordelijk is voor het overmatige rookgedrag van psychotische patiënten. Nicotine zou inwerken op bepaalde receptoren in de hersenen en daardoor een verbetering teweegbrengen van de cognitieve verstoring (verminderde aandacht, geheugen en concentratie) die kenmerkend is voor mensen met een psychose. Het roken maakt hen dus helderder en alerter, wat het risico met zich meebrengt dat ze steeds meer en regelmatig gaan roken. Nicotine heeft ook een gunstige inwerking op het beloningssysteem, waardoor mensen zich gelukkiger

voelen. Een andere valkuil is dat psychotische patiënten door een beperkte drive om dingen te ondernemen, ook minder ambitie zullen hebben om hun tabaksverslaving aan te pakken. Tot slot is het zo dat nicotine dezelfde afbraakenzymen vereist als medicatie. Een hogere concentratie van die enzymen zorgt voor een snellere metabolisatie van medicatie, waardoor de dosis hoger moet zijn dan bij een niet-rokende patiënt. Een EPA-patiënt die rookt, zal dus meer medicatie gebruiken en een hogere dosis medicatie geeft meer schadelijke bijwerkingen, wat de mortaliteit verhoogt.

## 2. Gebruik van psychofarmaca

Een grote meta-analyse van Leucht et al. (2013) over de efficiëntie en bijwerkingen van antipsychotica is nog steeds de relevantste uit de recente wetenschappelijke literatuur. Daarin wordt duidelijk aangetoond dat er nauwelijks een verschil is in de werkzaamheid van de verschillende producten, maar dat de bijwerkingen belangrijk zijn voor de kwaliteit van leven van de patiënt. Gewichtstoename en metabole stoornissen, zoals verhoogde suikergehaltes in het bloed (leidend tot diabetes) en een verstoord evenwicht tussen vetten, zoals cholesterol en andere lipiden (leidend tot adervernauwing), verklaren deels de verhoogde cardiovasculaire mortaliteit bij patiënten met EPA. Bovendien is er bij sommige antipsychotica een verhoogd risico op hartritmestoornissen, die een plotse dood kunnen veroorzaken. Ray, Chung, Murray, Hall en Stein (2009) toonden aan dat het risico op een plotse cardiale dood evenredig stijgt met opklimmende doses, terwijl Torniainen et al. (2015) vonden dat eerste-episode-patiënten met schizofrenie die geen antipsychotica gebruiken de hoogste ‘alarmerende’ mortaliteitscijfers vertonen. EPA-patiënten die een lage of gemiddelde dosis antipsychotica gebruiken, vertonen een substantieel verminderde algemene en cardiovasculaire mortaliteit in vergelijking met patiënten die geen antipsychotica of hoge doses gebruiken. Taipale et al. (2018) besluiten na bestudering van bijna 30.000 patiënten dat het risico op overlijden 40% lager ligt bij EPA-patiënten die antipsychotica gebruiken en dat bij gebruik van een langwerkende, inspuitable vorm van een middel het risico op overlijden 30% lager ligt dan wanneer de perorale vorm van hetzelfde product wordt gebruikt.

## 3. Regressie, sedentaire levensstijl en obesitas

Apathie, passiviteit en zich terugtrekken uit sociale contacten worden in onze huidige energieke en op interactie gebaseerde maatschappij als fors afwijkende persoonskenmerken gepercipieerd. Maar bij mensen met een EPA zijn het juist die vooral inherent ziektegebonden symptomen die op de voorgrond staan. Medicamenteus ingrijpen heeft hierop

nauwelijks gunstig effect. Samen met de sederende effecten van medicatie leiden regressie en een sedentaire levensstijl bij een groot aantal patiënten tot obesitas, wat een gezondheidsrisico inhoudt. In een overzichtsartikel melden Naslund et al. (2017) dat het aantal EPA-patiënten met obesitas dubbel zo hoog is als in een normale populatie. Beperkte motivatie en onverschilligheid maken het moeilijk een andere levensstijl te ontwikkelen. Bovendien kosten gezonde voeding en begeleide bewegingsactiviteiten veel geld, waardoor ze voor deze populatie, die vaak in een penibele financiële situatie verkeert, niet eenvoudig toegankelijk zijn. Toch wijst dit onderzoek erop dat interventies gericht op gewichtsreductie bij patiënten met EPA zeker zinvol zijn. Langetermijnstudies tonen een blijvend en substantieel gewichtsverlies aan, wat positieve effecten heeft op de gezondheid. Maar jammer genoeg is gewichtscontrole vaak geen aandachtspunt in de huidige ggz en een aangepaste financiering voor gespecialiseerde programma's op dat gebied ontbreekt.

#### 4. Genetische predispositie: verkorte telomeren

Een telomeer bestaat uit deels dubbelstrengig en deels enkelstrengig DNA en bevindt zich aan het uiteinde van een chromosoom. Het zit ingekapseld in beschermende eiwitten, als een soort nestje. Een telomeer valt visueel het best te begrijpen als het plastic uiteinde van een veter. Bij iedere celdeling rafelt het uiteinde een stukje uit. Wanneer het telomeermateriaal op is, kan de cel niet meer delen en sterft ze. Menselijke cellen bereiken dit stadium na zo'n vijftig tot zestig delingen. Als de telomeerlengte behouden blijft, kan de cel zich blijven delen zonder af te sterven. Elizabeth Blackburn, Carol Greider en Jack Szostak wonnen in 2009 de Nobelprijs voor de Fysiologie of Geneeskunde voor hun ontdekking van de beschermende werking van telomeren tijdens celdelingen. Kortere telomeren vormen dus een risico voor de gezondheid. Onder meer de capaciteit van weefsel om zich te vernieuwen en van stamcellen om zich in voldoende hoeveelheden te verdelen, wordt erdoor beperkt. Korte telomeren geven aanleiding tot het ontwikkelen van auto-immuunaandoeningen, infecties en het krijgen van kanker. Kortere telomeren kunnen deels genetisch en deels reactief ontstaan. Psychosociale stressoren (zelfs intra-uterien) en trauma's zijn voorbeschikkende factoren, maar ook roken, een eenzijdig dieet en slecht slapen kunnen aanleiding geven tot aantasting van de telomeerlengte. Verschillende psychiatrische aandoeningen zoals majeure depressie, bipolaire stoornis, angststoornissen en PTSS zijn verantwoordelijk voor verkorting van de telomeren. Fernandez-Egea et al. beschreven in 2009 hoe medicatienaïeve patiënten met een eerste psychose een substantieel kortere telomeerlengte hadden in vergelijking met een controlegroep. Dat maakt psychotische patiënten gevoeliger voor aandoeningen zoals hypertensie en diabetes.

## 5. Stigma en discriminatie in de gezondheidszorg

De wetenschappelijke evidentie dat professionals in de gezondheidszorg (zowel in de somatische als de ggz) patiënten met psychische problemen stigmatiseren en discrimineren in hun nood aan behandeling, is overweldigend. Zo luidt de eerste zin van de indrukwekkende review over stigma's in de zorg van Henderson et al. (2014) in *The Lancet Psychiatry*. De gerapporteerde cijfers over discriminatie in de algemene geneeskunde variëren van 17 tot 31% en in de ggz van 16 tot 44%. In vergelijking met een populatie patiënten zonder psychische kwetsbaarheid verwijzen hulpverleners mensen met een psychische aandoening duidelijk minder vaak door voor een mammografie (Koroukian, Bakaki, Golchin, Tyler, & Loue, 2012), een ziekenhuisopname na een diabetescrisis (Sullivan, Han, Moore, & Kotrla, 2006) of een hartkatheterisatie (Druss, Bradford, Rosenheck, Radford, & Krumholz, 2000). Interventies gericht op het verminderen van het interpersoonlijke stigma ten aanzien van ggz-patiënten zijn binnen de totale groep van professionals in de gezondheidszorg vooral aangewezen voor de ggz-professionals, de pas afgestudeerden, mannen en diegenen zonder een burn-out (Henderson et al., 2014). Beperkte compliance is de belangrijkste reden om mensen met een psychische kwetsbaarheid niet door te verwijzen voor noodzakelijke zorg. Toch zijn er onderzoeken die aantonen dat de mate van therapietrouw gelijk is bij patiënten met en zonder psychische problemen (Corrigan et al., 2012). Het besluit om niet door te gaan met een voorgestelde behandeling, staat los van al dan niet aanwezige psychopathologie.

## 6. Socio-economische status

Patiënten met een EPA leven niet zelden van een uitkering. Dat inkomen is volstrekt onvoldoende om aan de basale levensbehoeften tegemoet te komen. Een eenvoudige berekening op basis van reële cijfers van een alleenstaande patiënt toont dat moeiteloos aan. Een ziekte-uitkering van het ziekenfonds bedraagt om en bij de € 1200. Alle maandelijkse vaste lasten bij elkaar opgeteld (huishuur € 450, vaste energiekosten € 150, familiehulp € 220, apotheek € 100, warme maaltijden € 100, boodschappen € 150 en gsm € 20), leveren een totaal op van € 1190. In dat vereenvoudigde plaatje is dan nog geen rekening gehouden met de aankoop van kleding, aansluiting bij ziekenfonds en afsluiten van verzekeringen, de noodzaak van een bril of tandprothese. Problemen die medische onderzoeken, veelvuldige vervolggconsulten of dure medicatie vereisen, passen dus niet in het budget. EPA-patiënten stellen doktersbezoek uit omwille van financiële beperkingen, wat op termijn tot ernstige gezondheidsproblemen kan leiden.

## 7. Infectieuze parameters

De mortaliteit bij EPA-patiënten is verhoogd wanneer een positieve serologie voor *Toxoplasma gondii* (de zogenaamde kattenkrabziekte, een meestal banale parasitaire infectie) en herpes simplex type 1 (een virale besmetting die aanleiding geeft tot blaasjesvorming op lip, oog en genitaliën) is vastgesteld (Dickerson et al., 2016). De sterftcijfers voor natuurlijk overlijden zijn vijfmaal hoger wanneer EPA-patiënten positieve serologie hebben voor toxoplasma. De redenen zijn niet bekend. Er zijn zelfs geen studies voorhanden over het mogelijke verband tussen positieve serologie voor toxoplasma en vervroegd overlijden in een gezonde populatie. Hetzelfde geldt voor herpes simplex type 1: er is geen onderzoek beschikbaar dat het verband kan verklaren. Men veronderstelt dat het gaat om een reactivatie van een eerdere longontsteking of exacerbatie van problemen met de kransslagaders van het hart.

## 8. Sociaal-relatieve aspecten

Vanuit wetenschappelijke hoek is meermaals geopperd dat kwaliteitsvolle sociale relaties geassocieerd zijn met een hogere levenstevredenheid en psychologisch welbevinden, en negatief gekoppeld zijn aan een aantal ziektes en verhoogde mortaliteit (Sbarra, 2015). Bovendien wordt gesuggereerd dat een lage sociale integratie even schadelijk is voor de gezondheid als andere algemene gezondheidsrisico's zoals luchtvervuiling, tabak en alcohol. De verklaring wordt onder meer gezocht bij oxytocine, dat als neuropeptide een beschermende werking heeft. Er zijn argumenten dat schadelijke genetische veranderingen (zoals overexpressie van bepaalde vormen van inflammatie) zich eerder ontwikkelen bij personen die sociaal onvoldoende ingebed zijn. De kwaliteit van iemands relaties zou ook bepalend zijn voor de tijdspanne tot overlijden bij het doormaken van een ernstige ziekte. De patronen zijn niet verschillend tussen mensen uit een algemene populatie en EPA-patiënten. Die laatste groep neemt echter op sociaal-relatieve vlak geen benijdenswaardige positie in. Door negatieve symptomen als vertraging, affectvervlakking, initiatiefverlies en sociale terugtrekking is eenzaamheid een centraal probleem en zijn nauwe partnerrelaties schaars.

## 9. Gezondheidsvaardigheden

Gezondheidsvaardigheid is een vorm van individuele bekwaamheid of competentie, nodig om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van beslissingen die iemands gezondheid betreffen. Gezondheidsvaardig-

heid is dus nodig om tot evenwichtige gedeelde besluitvorming te kunnen komen in overleg met de behandelende arts of een andere zorgprofessional. Patiënten met een EPA hebben vaak cognitieve problemen, niet alleen als symptoom van hun psychische problematiek (vermindering van geheugen en concentratie, beperkte mogelijkheden tot inzicht, overprikkeling), maar ook als bijwerking van sederende medicatie. Het valt dus te verwachten dat EPA-patiënten onvoldoende actief participeren in de communicatie met gezondheidswerkers, waardoor zij behandelvoorstellen en adviezen niet integreren in hun leven. Op termijn houdt een gebrekkige competentie op dat terrein risico's in voor de gezondheid.

## 10. Verstoorde lichaamsbeleving

Psychotische patiënten vertonen vaak stoornissen van het lichaamsgevoel. Een extra vervelend gegeven is dat ze die gewaarwordingen slechts moeilijk kunnen beschrijven. Het kan gaan om gevoelens van stijfheid, spanning of druk, abnormale leegte, afwezigheid van organen, een overgevoeligheid voor pijn of juist een verhoogde pijndrempel. Patiënten met een psychose lijken soms vervreemd van hun lichaam, alsof er een splitsing is opgetreden tussen lichaam en geest. Wanneer EPA-patiënten er ziek uitzien, maar ontkennen dat ze zich ziek voelen, is het belangrijk dat de hulpverlener zijn niet-pluisgevoel ernstig neemt en verder medisch onderzoek entameert. Een voorbeeld uit de praktijk ter illustratie. Een mannelijke patiënt van middelbare leeftijd met schizofrenie, die veel rookte en voortdurend in beslag genomen werd door auditieve hallucinaties, ontkende bij navraag pijn te hebben of last te hebben van andere abdominale klachten. Hij zag er echter grauw en vermoeid uit. Hij weigerde een lichamelijk onderzoek, omdat hij overtuigd was dat er niets aan de hand was. Enkele dagen gingen voorbij tot de man bezweek aan een massale maagbloeding uit een ulcus dat post mortem 12 cm<sup>2</sup> bleek te meten.

## 11. Toegankelijkheid van zorg

Om zorg te kunnen krijgen, moet de patiënt weten waar die zorg te vinden is. In een versnipperd zorglandschap is dat niet eenvoudig. De eerste lijn is overbelast: er zijn patiëntenstops bij huisartsenpraktijken en wijkgezondheidscentra hebben wachtlijsten. Spoedgevallendiensten ontmoedigen consulten voor banalere medische problemen. Vooral in een stedelijke omgeving is het voor mensen met een EPA ingewikkeld om de weg te vinden in het medische zorglandschap.

## 12. Auto-immuunaandoeningen

Een beter begrip van auto-immuunziektes bij patiënten met een EPA kan de mortaliteit in die groep verminderen, stellen Dickerson et al. (2016) onomwonden. De oorzaken van de verhoogde prevalentie van auto-immuunziektes bij EPA-patiënten is vooralsnog niet wetenschappelijk opgehelderd. Als mogelijke oorzaak wordt gedacht aan een combinatie van genetische voorbeschiktheid, omgevingsfactoren en bijwerkingen van medicatie. Auto-immuunaandoeningen geven aanleiding tot de ontwikkeling van kanker en cardiovasculair lijden.

## 13. Suïcide

De lifetimeprevalentie van pogingen tot zelfdoding bij patiënten met schizofrenie bedraagt tussen de 20 en 40% (Fuller-Thomson & Hollister, 2016). Schattingen over geslaagde pogingen tot zelfdoding bij patiënten met een psychose schommelen rond een op de twintig. Wetenschappelijke gegevens over de verhouding tussen mannen en vrouwen met een psychose die door zelfdoding overlijden, laten geen definitieve conclusies toe, noch is er duidelijkheid over het oorzakelijke verband met een hogere socio-economische status. In vergelijking met personen in een algemene populatie zijn patiënten met schizofrenie en een comorbide depressie vatbaarder voor suicidaliteit. Hetzelfde geldt voor verschillende vormen van misbruik op kindereleeftijd. Suïcidaliteit bij personen met een bipolaire stoornis is onvoldoende onderzocht (Jones et al., 2018).

## Conclusie

Waarom EPA-patiënten vroegtijdig overlijden, is diepgaand onderzocht en uitgebreid beschreven in de literatuur. De bovenstaande lijst is indicatief, maar niet exhaustief; gastro-intestinale pathologie en ongevallen zijn bijvoorbeeld buiten beschouwing gelaten. Genetische factoren (zoals korte telomeren en de voorbeschiktheid om auto-immuunaandoeningen te ontwikkelen), het doormaken van een infectie zoals toxoplasma en herpes, en een verstoorde lichaamsbeleving als onderdeel van een psychose zijn vooralsnog niet therapeutisch beïnvloedbaar. Opvallend is wel dat een groot aantal factoren die bijdragen tot een verhoogde mortaliteit door een zorgvuldige medisch-psychiatrische benadering in positieve richting kunnen worden bijgestuurd. Er zijn rookstopprogramma's beschreven die ook EPA-patiënten van deze ongezonde gewoonte kunnen afhelpen (Peckham, Brabyn, Cook, Tew, & Gilbody, 2017). Hetzelfde geldt voor het lichaamsgewicht onder controle houden en lichaamsbeweging bevorderen (Brown, Geisler, Lewis, & Arbesman, 2018). Om



bijwerkingen van psychofarmaca te reduceren, en dan vooral het gevreesde metaboolsyndroom, is het glucose- en vetgehalte in het bloed controleren essentieel. Bij afwijkingen kan de noodzakelijke medicamenteuze behandeling ingesteld worden volgens de huidige richtlijnen van de algemene geneeskunde. De gemakkelijksoplossing die problematiek te negeren, omdat er zogenaamd toch niets aan te doen zou zijn, is een professionele fout.

Het is bovendien uitermate belangrijk dat professionals in de ggz aan alle psychopathologische aspecten aandacht besteden bij de behandeling van hun patiënten. Het adequaat behandelen van depressie- en angstklachten bijvoorbeeld zou al een deel van de sterfgevallen door zelfdoding kunnen voorkomen. Aandacht hebben voor sociaal isolement, gericht verwijzen naar maatschappelijke organisaties die bijeenkomsten en activiteiten voor EPA-patiënten organiseren, het netwerk vergroten: al die zaken hebben een gunstige invloed op de levenskwaliteit en de overleving van deze kwetsbare groep mensen. Blijvende aandacht voor mogelijk negatieve tendensen in de bejegening van EPA-patiënten moet een opdracht zijn voor elke hulpverlener die met deze populatie werkt. Het is een beladen en beschamende vaststelling, maar er zijn te veel bewijzen dat vooroordelen over gefakete medische klachten tot verwaarlozing leiden en patiënten noodzakelijke zorg onthouden. Er is behoefte aan een ‘aanspreekcultuur’, waarbij hulpverleners in de somatische zorg en de ggz elkaar wijzen op situaties bij EPA-patiënten die aandacht vereisen. Door goed afgestemde interdisciplinaire samenwerking zal de kwaliteit van de zorg ongetwijfeld toenemen en zullen de sterftecijfers dalen.

Tot slot heeft de EPA-patiënt behoefte aan belangenbehartigers en dat op verschillende beleidsniveaus. Het is duidelijk dat de financiële middelen die via uitkeringen worden verstrekt, volstrekt ontoereikend zijn. Voor het verkrijgen van goede medische en psychiatrische zorg is een financiële basis vereist, waarover deze groep mensen vaak niet kan beschikken. Het witboek dat het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering in samenwerking met Dokters van de Wereld in 2014 heeft opgesteld, bevat een aantal uitstekende voorstellen, zoals het veralgemenen van de derdebetalersregeling en het organiseren van een intermediaire zorglijn oftewel de ‘lijn 0,5’ (zie: <https://www.riziv.fgov.be/nl/publicaties/Paginas/toegang-gezondheidszorg-aanbevelingen-inclusiever-systeem.aspx>). De totale zorg en ondersteuning voor de EPA-patiënt zijn een verantwoordelijkheid van ons allen. De Wereldgezondheidsorganisatie formuleerde dat al in het Actieplan voor de Geestelijke Gezondheid 2013-2020 (zie: [https://www.who.int/mental\\_health/action\\_plan\\_2013/en/](https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/)). Ook de Verenigde Naties leggen de nadruk op de inclusie van EPA-patiënten en de strijd tegen stigma’s en verwaarlozing in hun nieuwe mondiale Duurzame Ontwikkelingsagenda voor 2030 (zie: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>). Waar wachten we nog op?

## Literatuur

- Brown, C., Geiszler, L., Lewis, K., & Arbesman, M. (2018). Effectiveness of interventions for weight loss for people with serious mental illness: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Occupational Therapy*, 72(5). doi:10.5014/ajot.2018.033415
- Chang, C.K., Hayes, R.D., Perera, G., Broadbent, M.T., Fernandes, A.C., Lee, W.E., ... Stewart, R. (2011). Life expectancy at birth for people with serious mental illness and other major disorders from a secondary mental health care case register in London. *PLoS One*, 6(5), e19590. doi:10.1371/journal.pone.0019590
- Colton, C.W., & Manderscheid, R.W. (2006). Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Preventing Chronic Disease*, 3(2), A42.
- Corrigan, P., Angell, B., Davidson, L., Marcus, S., Salzer, M., Kottsieper, P., ... Stanhope, V. (2012). From adherence to self-determination: Evolution of a treatment paradigm for people with serious mental illnesses. *Psychiatric Services*, 63, 169-173. doi:10.1176/appi.ps.201100065
- Dickerson, F., Origoni, A., Schroeder, J., Adamos, M., Katsafanas, E., Khushalani, S., ... Yolken, R. (2018). Natural cause mortality in persons with serious mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137, 371-379. doi:10.1111/acps.12880
- Dickerson, F., Origoni, A., Schroeder, J., Schweinfurt, L., Stallings, C., Savage, C., ... Yolken, R. (2016). Mortality in schizophrenia and bipolar disorder: Clinical and serological predictors. *Schizophrenia Research*, 170, 177-183. doi:10.1016/j.schres.2015.11.010
- Druss, B.G., Bradford, D.W., Rosenheck, R.A., Radford, M.J., & Krumholz, H.M. (2000). Mental disorders and use of cardiovascular procedures after myocardial infarction. *JAMA*, 283, 506-511.
- Fernandez-Egea, E., Bernardo, M., Heaphy, C.M., Griffith, J.K., Parellada, E., Esmatjes, E., ... Kirkpatrick, B. (2009). Telomere length and pulse pressure in newly diagnosed, antipsychotic-naïve patients with nonaffective psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 437-442. doi:10.1093/schbul/sbn169
- Fuller-Thomson, E., & Hollister, B. (2016). Schizophrenia and suicide attempts: Findings from a representative community-based Canadian sample. *Schizophrenia Research and Treatment*, 2016, 3165243. doi:10.1155/2016/3165243
- Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A., Gale-Grant, O., ... Thornicroft, G. (2014). Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *The Lancet Psychiatry*, 1, 467-482. doi:10.1016/S2215-0366(14)00023-6
- Jones, S., Riste, L., Barrowclough, C., Barlett, P., Clements, C., Davies, L., ... Ntais, D. (2018). *Reducing relapse and suicide in bipolar disorder: Practical clinical approaches to identifying risk, reducing harm and engaging service users in planning and delivery of care – the PARADES (Psychoeducation, Anxiety, Relapse, Advance Directive Evaluation and Suicidality) programme*. Southampton, UK: NIHR Journals Library.
- Koroukian, S.M., Bakaki, P.M., Golchin, N., Tyler, C., & Loue, S. (2012). Mental illness and use of screening mammography among Medicaid beneficiaries. *American Journal of Preventive Medicine*, 42, 606-609. doi:10.1016/j.amepre.2012.03.002
- Lê Cook, B., Wayne, G.F., Nilay Kafali, E., Liu, Z., Shu, C., & Flores, M. (2014). Trends in smoking among adults with mental illness and association between mental health treatment and smoking cessation. *JAMA*, 311, 172-182. doi:10.1001/jama.2013.284985
- Leucht, S., Cipriani, A., Spineli, L., Mavridis, D., Orey, D., Richter, F., ... Davis, J.M. (2013). Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: A multiple-treatments meta-analysis. *The Lancet*, 382, 951-962. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60733-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60733-3)
- McBride, K.E., Solomon, M.J., Young, J.M., Steffens, D., Lambert, T.J., Glozier, N., & Bannon, P.G. (2018). Impact of serious mental illness on surgical patient outcomes. *ANZ Journal of Surgery*, 7/8, 673-677. doi:10.1111/ans.14508
- Ministerial Advisory Committee on Mental Health. (2012). *Improving the physical health of people with severe mental illness: No mental health without physical health* (Report). Victoria, Australia: Department of Health & Human

- Services. Geraadpleegd via <https://www2.health.vic.gov.au/about/publications/researchandreports/Improving-the-physical-health-of-people-with-severe-mental-illness-No-mental-health-without-physical-health>
- Naslund, J.A., Whiteman, K.L., McHugo, G.J., Aschbrenner, K.A., Marsch, L.A., & Bartels, S.J. (2017). Lifestyle interventions for weight loss among overweight and obese adults with serious mental illness: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, *47*, 83-102. doi:10.1016/j.genhosppsych.2017.04.003
- Peckham, E., Brabyn, S., Cook, L., Tew, G., & Gilbody, S. (2017). Smoking cessation in severe mental ill health: What works? An updated systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, *17*, 252. doi:10.1186/s12888-017-1419-7
- Ray, W.A., Chung, C.P., Murray, K.T., Hall, K., & Stein, M. (2009). Atypical antipsychotic drugs and the risk of sudden cardiac death. *New England Journal of Medicine*, *360*, 225-235. doi:10.1056/NEJMoa0806994
- Sbarra, D. (2015). Divorce and health: Current trends and future directions. *Psychosomatic Medicine*, *77*, 227-236. doi:10.1097/PSY.0000000000000168
- Sullivan, G., Han, X., Moore, S., & Kotrla, K. (2006). Disparities in hospitalization for diabetes among persons with and without co-occurring mental disorders. *Psychiatric Services*, *57*, 1126-1131. doi:10.1176/ps.2006.57.8.1126
- Taipale, H., Mittendorfer-Rutz, E., Alexanderson, K., Majak, M., Mehtällä, J., Hoti, F., ... Tiihonen, J. (2018). Antipsychotics and mortality in a nationwide cohort of 29,823 patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *197*, 274-280. doi:10.1016/j.schres.2017.12.010
- Torniaainen, M., Mittendorfer-Rutz, E., Tanskanen, A., Björkenstam, C., Suvisaari, J., Alexanderson, K., & Tiihonen, J. (2015). Antipsychotic treatment and mortality in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *41*, 656-663. doi:10.1093/schbul/sbu164

## Personalia

Kirsten Catthoor, PhD, is als psychiater-psychotherapeut werkzaam in het psychosecircuit van het ZNA Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg te Antwerpen.

E-mail: [kirstencatthoor@yahoo.com](mailto:kirstencatthoor@yahoo.com)

## Verantwoording

Geen strijdige belangen meegedeeld.