

Integrale zorg voor mensen met lichamelijke en psychische aandoeningen

Aan: de minister voor Medische Zorg en Sport en de
staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Nr. 2020/07, Den Haag, 27 mei 2020

Gezondheidsraad



inhoud

Samenvatting	3	03 Knelpunten in diagnostiek en behandeling	16
01 Inleiding	6	3.1 Organisatie van lichamelijke en psychische zorg in Nederland	17
1.1 Aanleiding	7	3.2 Knelpunten in de zorgverlening	20
1.2 Werkwijze	7	3.3 Gevolgen voor patiënten	22
1.3 Leeswijzer	7	04 Naar meer integrale zorg: oplossingsrichtingen	26
02 Ernst en omvang problematiek	8	4.1 Praktijkvoorbeelden benutten en evalueren	27
2.1 Bijzondere vorm van multimorbiditeit	9	4.2 Drempels wegnemen	29
2.2 Complexe wisselwerking	11	4.3 Geïntegreerde benadering bevorderen	31
2.3 Invloed van sociale determinanten	11	Literatuur	34
2.4 Kans op lichamelijke ziekten bij psychische aandoeningen	13		
2.5 Kans op psychische stoornissen bij lichamelijke aandoeningen	13		



samenvatting

Veel volwassenen en ouderen met lichamelijke aandoeningen, hebben daarnaast ook psychische aandoeningen. Andersom hebben veel volwassenen en ouderen met psychische aandoeningen ook lichamelijke aandoeningen. Door de strikte scheiding in de zorg voor het lichamelijke en psychische domein krijgen deze mensen nu niet de best mogelijke behandeling. De Gezondheidsraad pleit in dit ongevraagde advies voor toenadering tussen beide domeinen.

Complexe samenhang tussen lichamelijke en geestelijke aandoeningen

Lichamelijke en geestelijke aandoeningen bij hetzelfde individu beïnvloeden elkaar, zowel wat betreft het risico op vóórkomen als de ernst waarmee deze aandoeningen zich uiten. Het ene type aandoening vergroot dan de kans op het andere type aandoening of op een verslechtering daarvan. De aandoening zelf kan een risicofactor zijn, of juist de behandeling

ervan. Zo kunnen de geneesmiddelen waarmee psychoses worden behandeld leiden tot gewichtstoename en een metabool syndroom, waardoor de lichamelijke gezondheid verslechtert. En geneesmiddelen waarmee lichamelijke aandoeningen worden behandeld, kunnen leiden tot een psychose, wat vervolgens door veranderingen in gedrag de behandeling van de lichamelijke aandoening weer kan belemmeren. Ook kan de ene aandoening de behandeling van de andere aandoening nadelig beïnvloeden. Zo maken mensen die na een hartinfarct depressief worden vaker de revalidatie niet af, wat de prognose verslechtert.

Lichamelijke en psychische aandoeningen hebben dus wederzijds een negatieve invloed op elkaar. Daardoor ontstaat een cumulatief negatief effect op de gezondheid, wat gepaard kan gaan met meer zorggebruik en hogere zorgkosten. Bij mensen met ernstig psychiatrische

aandoeningen leidt de combinatie met lichamelijke aandoeningen bovendien tot een aanzienlijk verminderde levensverwachting.

Uitdaging voor de zorg

Door de vergrijzing van de bevolking zal het probleem van lichamelijke en psychische multimorbiditeit toenemen. Hoe ouder mensen zijn, hoe groter de kans dat ze meer dan één aandoening hebben en hoe groter dus ook de kans dat ze een combinatie van psychische en een lichamelijke aandoening hebben.

Dit gegeven stelt de coördinatie van zorg voor een grote uitdaging. Omdat lichamelijke en psychische aandoeningen vaak samen voorkomen en elkaar wederzijds beïnvloeden, is een geïntegreerde benadering van belang. Maar doordat de zorg van oudsher gescheiden is georganiseerd wordt een integrale benadering belemmerd. De geneeskunde is steeds verder gespecialiseerd. Dat heeft veel vooruitgang



gebracht in het begrip van ziekten en de behandel mogelijkheden, maar het heeft er ook toe geleid dat de zorg in de praktijk vaak gericht is op deelproblemen en minder op de samenhang ertussen.

Knelpunten door focus op ‘eigen’ domein

De gescheiden inrichting van de zorg bemoeilijkt een integrale benadering van patiënten. Zo wordt meestal de zorg buiten het ‘eigen’ domein beperkt vergoed. Dat betekent bijvoorbeeld dat cliënten in de geestelijke gezondheidszorg vaak apart, opnieuw verwezen moeten worden voor de zorg voor lichamelijke aandoening.

Een ander knelpunt is dat mensen al snel na het ontstaan van klachten terechtkomen bij of een zorgverlener die focust op lichamelijke aandoeningen, of een zorgverlener die zich exclusief richt op psychische aandoeningen. Veel zorgverleners (enkele uitzonderingen daargelaten) zijn nu eenmaal opgeleid om zich te richten op hun eigen vakgebied. Een focus op het eigen domein belemmert een holistische

benadering met aandacht voor de gehele mens, diens context en wat hij of zij belangrijk vindt. Dat kan ertoe leiden dat lichamelijke klachten onterecht worden toegeschreven aan een psychische aandoening en andersom, of dat zorgverleners zich onvoldoende in staat voelen om aandoeningen buiten hun eigen domein te diagnosticeren en behandelen. Als de combinatie van psychische en lichamelijke aandoeningen niet tijdig wordt herkend, heeft dat nadelige gevolgen voor de verdere behandeling. De psychische aandoening of de behandeling daarvan kan de lichamelijke aandoening verergeren en vice versa.

Een integrale benadering wordt ook bemoeilijkt doordat de samenwerking tussen lichamelijk en psychisch georiënteerde zorgverleners niet optimaal is. Dat komt onder meer door cultuurverschillen: binnen het ene domein wordt aan het andere domein vaak een lagere prioriteit toegekend. Daarnaast spelen ook heel praktische beperkingen een rol. De inrichting van ggz-instellingen is bouwkundig en facilitair

anders dan een ziekenhuis en informatie-systemen zijn vaak niet goed op elkaar aangesloten.

Gebrek aan coördinatie ten slotte is ook een belemmerende factor. Mensen met een combinatie van lichamelijke en psychische aandoeningen krijgen te maken met veel verwijzingen. Zij lopen het risico te verdwalen in het zorglandschap waardoor ze mogelijk niet de juiste zorg krijgen en de klachten verergeren. Zorgcoördinatie zou dat probleem kunnen verhelpen, maar die ontbreekt vaak wanneer er sprake is van lichamelijke en psychische multi-morbiditeit.

Drempels wegnemen om integrale benadering te vergemakkelijken

Voorbeelden uit Nederland en uit het buitenland laten zien dat mensen met een combinatie van psychische en lichamelijke aandoeningen baat kunnen hebben bij een integrale aanpak. In die voorbeelden komt de integrale aanpak tot stand ondanks de gescheiden inrichting van de zorg



en dankzij het doorzettingsvermogen van de zorgverleners. De Gezondheidsraad adviseert de minister om de mogelijkheden te verkennen om integrale benadering te stimuleren.

Dat is een grote uitdaging omdat de gescheiden inrichting een complex en breed probleem is.

Het zal aanpassing vergen op verschillende fronten tegelijk en van verschillende betrokkenen. De Gezondheidsraad adviseert om daarbij mogelijkheden te verkennen voor oplossingen in de volgende richtingen:

- Maatwerkoplossingen in de regelgeving en financiering;
- Beschikbaarheid en toegankelijkheid van de psychosociale, psychologische en psychiatrische zorg in de ziekenhuizen;
- Integrale aanpak van aansturing en budgettering van, het toezicht op en de inkoop van de zorg;
- Toegankelijkheid van preventie en public health voor mensen met een psychische aandoening;

- Verbetering van de diagnostiek en behandeling van mensen met onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten in de eerstelijnszorg;
- Breder toepasbaarheid van generieke aspecten van interventiestrategieën zoals zorgcoördinatie, lotgenotencontact, zelfmanagement en ondersteuning van mantelzorgers;
- Aandacht voor samenhang tussen lichamelijke en psychische aspecten in richtlijnen;
- Aandacht voor integrale, patiëntgerichte zorg en voor het belang van generalistische blik als onderdeel van medische en paramedische (vervolg)opleidingen.



01 inleiding



1.1 Aanleiding

Volwassenen en ouderen met een lichamelijke aandoening hebben vaak ook psychische klachten en mensen een psychische aandoening hebben vaak ook lichamelijke klachten. De reguliere zorg voor lichaam en geest is echter van oudsher strikt gescheiden georganiseerd en daardoor niet optimaal toegesneden op mensen met zowel lichamelijke als psychische aandoeningen. De Gezondheidsraad heeft ten aanzien van deze problematiek de knelpunten geïnventariseerd en schetst in dit ongevraagde advies mogelijke oplossingsrichtingen om die knelpunten te verhelpen. De raad beoogt daarmee een aanzet te geven tot een meer integrale benadering van gezondheidsproblemen die recht doet aan de patiënt en zo uitkomsten kan verbeteren.

1.2 Werkwijze

In dit adviestraject is gebruikgemaakt van wetenschappelijke literatuur en van een expertgroep met wetenschappelijk onderzoekers, praktijkdeskundigen en ervaringsdeskundigen op het gebied van zowel de medische zorg als de geestelijke gezondheidszorg. De samenstelling van de expertgroep staat achter in dit advies. De experts hebben tijdens twee bijeenkomsten (22 januari en 4 maart 2020) gereflecteerd op de vraag welke knelpunten in de zorg voor mensen met lichamelijke en psychische aandoeningen aandacht verdienen. De experts hebben ook stilgestaan bij de vraag welke oplossingsrichtingen zij aangewezen achten. De gesprekken werden gevoerd aan de hand van een inventarisatie van

de knelpunten bij de diagnostiek en behandeling van mensen met een combinatie van psychische en lichamelijke aandoeningen uit (inter)nationale wetenschappelijke literatuur, richtlijndocumenten en beleidsstukken. De in dit advies opgenomen praktijkvoorbeelden en de schets van de Nederlandse zorgpraktijk zijn – voor zover niet gekoppeld aan referenties – gebaseerd op de inbreng van de expertgroep. Het advies is op 27 mei 2020 aangeboden aan de minister voor MZS en de staatssecretaris van VWS. De aanbiedingsbrief staat op www.gezondheidsraad.nl.

1.3 Leeswijzer

In dit advies wordt achtereenvolgens ingegaan op de wetenschappelijke literatuur die betrekking heeft op de samenhang tussen lichamelijke en psychische aandoeningen (hoofdstuk 2) en op de knelpunten op het gebied van diagnostiek en behandeling in de dagelijkse praktijk in Nederland (hoofdstuk 3). Tot slot worden mogelijke oplossingsrichtingen geschetst (hoofdstuk 4).

Terminologie

Omwille van de leesbaarheid is gekozen voor de term ‘aandoening’ in plaats van ‘ziekte’ of ‘stoornis’. Met een psychische aandoening kan worden bedoeld op psychische klachten en psychische stoornissen, inclusief verslaving. Onder lichamelijke (of somatische) aandoeningen worden al dan niet chronische lichamelijke klachten of ziekten verstaan. Een aandoening is chronisch als er geen uitzicht is op volledig herstel.



02 ernst en omvang problematiek



Mensen met een psychische aandoening hebben een grotere kans om lichamelijk ziek te worden dan mensen zonder psychische aandoening. Andersom geeft een lichamelijke aandoening een grotere kans op psychische klachten. Doordat lichamelijke en psychische aandoeningen elkaar negatief kunnen beïnvloeden, heeft de combinatie een nadelig effect op de gezondheid, wat kan leiden tot intensiever gebruik van zorg. Dit vormt in toenemende mate een probleem doordat het aantal mensen met een combinatie van lichamelijke en psychische aandoeningen toeneemt.

2.1 Bijzondere vorm van multimorbiditeit

Prevalentie

Psychische aandoeningen en lichamelijke aandoeningen komen vaak samen voor.^{1,2} In een bevolkingsonderzoek uitgevoerd in de Verenigde Staten had meer dan de helft van de mensen met een psychische aandoening één of meerdere lichamelijke aandoeningen, en ruim een kwart van de mensen met een lichamelijke aandoening had ook een psychische aandoening.³⁻⁵ Ook studies uit Nederland en België bevestigen dat de combinatie van lichamelijke en psychische aandoeningen veel voorkomt.^{6,7} In het algemene ziekenhuis heeft naar schatting 15-50% van de patiënten naast een lichamelijke ook een psychische aandoening.⁸⁻¹¹ In de geestelijke gezondheidszorg (ggz) heeft driekwart van de patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) één of meer

(chronische) lichamelijke aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten of diabetes.¹² Wanneer mensen verschillende aandoeningen tegelijk hebben, is er sprake van multimorbiditeit. Multimorbiditeit komt steeds vaker voor, onder meer doordat de bevolking vergrijsst.¹³⁻¹⁶ Op 1 januari 2018 hadden 9,9 miljoen mensen in Nederland één of meer chronische aandoeningen. Dit komt overeen met 58% van de Nederlandse bevolking.¹⁷ Van de mensen van 75 jaar en ouder heeft ruim 70% drie of meer chronische aandoeningen. Een chronische aandoening gaat doorgaans gepaard met pijn, geestelijk lijden en/of beperkingen in functioneren.¹⁷

In onderzoek in het Verenigd Koninkrijk waren met name het aantal chronische (lichamelijke) aandoeningen en slechtere sociaaleconomische omstandigheden geassocieerd met psychische aandoeningen.¹⁸

Cumulatief negatief effect

De combinatie van lichamelijke en psychische aandoeningen is een bijzondere vorm van multimorbiditeit. De aandoeningen komen namelijk niet alleen tegelijkertijd voor maar ze kunnen elkaar ook negatief beïnvloeden.^{19,20} Daardoor ontstaat een cumulatief negatief effect op de gezondheid, het functioneren en de kwaliteit van leven.^{1,21} Het risico op een combinatie van lichamelijke en psychische aandoeningen wordt groter naar mate de aandoening ernstiger is. Dit geldt voor zowel lichamelijke als psychische aandoeningen. Zo heeft driekwart van de mensen met een ernstige psychiatrische aandoening, zoals schizofrenie,



een of meer lichamelijke aandoeningen.¹² En meer dan driekwart van de mensen die een longtransplantatie hebben ondergaan, heeft depressieve klachten en angstklachten.^{22,23} Lichamelijke ziekten zijn de belangrijkste oorzaak van een verminderde levensverwachting van mensen met een psychische aandoening en andersom kan een bijkomende psychische aandoening de prognose van lichamelijke aandoening verslechteren.¹

Zorggebruik en zorgkosten

Multimorbiditeit van lichamelijke en psychische aandoeningen gaat vaak samen met een toename van zorggebruik en zorgkosten.^{11,24,25} Een recent systematisch literatuuronderzoek toonde aan dat multimorbiditeit van lichamelijke en psychische aandoeningen sterk samenhangt met het zorggebruik van patiënten, leidend tot hoge zorgkosten. Dit gold voor alle onderzochte landen en zorgstelsels.²⁶

Er zijn bovendien aanwijzingen dat multimorbiditeit van lichamelijke *en* psychische aandoeningen leidt tot een sterkere toename van zorggebruik dan wanneer ‘alleen’ sprake is van multimorbiditeit van lichamelijke aandoeningen.²⁷⁻²⁹ In een Amerikaanse studie naar mensen met een zeer hoog zorggebruik werd gevonden dat deze mensen vaak meerdere chronische lichamelijke en psychische aandoeningen hebben, verslavende middelen – zoals alcohol, tabak en drugs – gebruiken en dakloos zijn.²⁹ Ook in Nederlands onderzoek onder mensen met een grote zorgbehoefte die gepaard gaat met hogere zorgkosten (*high need, high cost*) in de

huisartsenpraktijk kwamen chronische (lichamelijke en/of psychische) aandoeningen naar voren als relevante voorspellende factoren voor zorggebruik.³⁰

Kwaliteit en toegankelijkheid

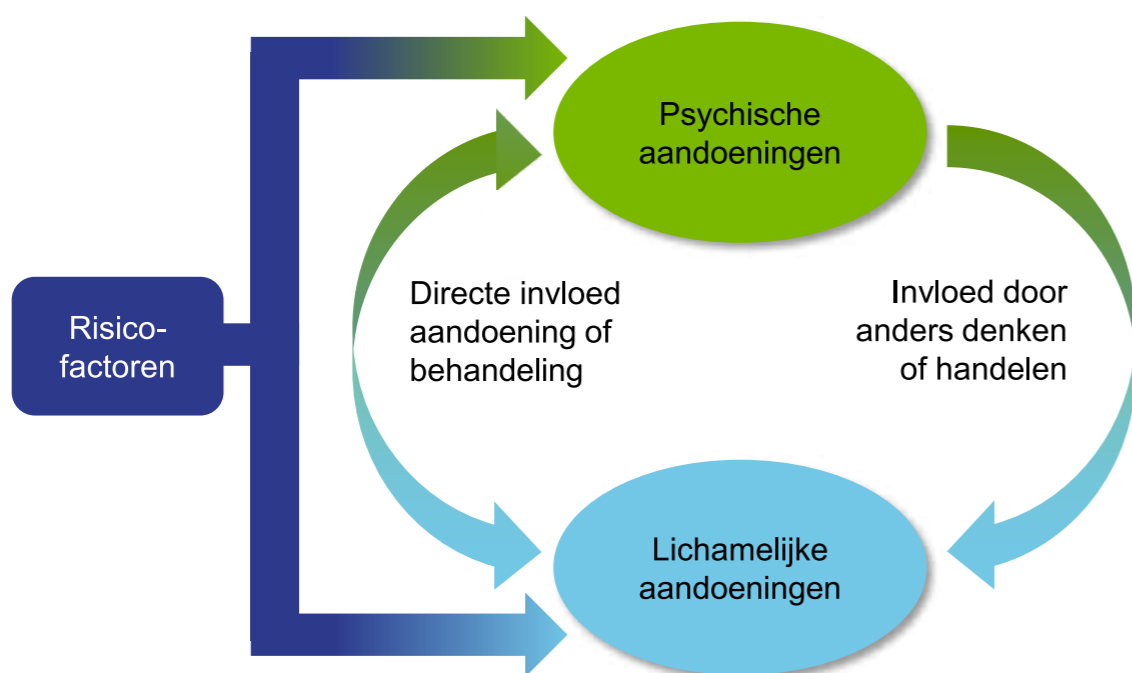
Tegelijkertijd zijn er aanwijzingen dat de kwaliteit en toegankelijkheid van lichamelijke zorg minder is voor mensen met bepaalde psychische aandoeningen, zoals schizofreniespectrumstoornissen en verslaving.^{31,32} De resultaten van onderzoek gericht op het voorkomen (de prevalentie) van multimorbiditeit en effectieve interventies gericht op deze patiëntengroepen zijn waarschijnlijk sterk gebonden aan de context van het land en stelsel waarin het onderzoek is uitgevoerd.



2.2 Complexe wisselwerking

De samenhang tussen lichamelijke en psychische aandoeningen is complex. De negatieve wisselwerking tussen beide type aandoeningen kan op verschillende manieren ontstaan:^{1,2,5,33}

- Er kan sprake zijn van gedeelde risicofactoren: leefstijlfactoren die het risico op zowel psychische als lichamelijke aandoeningen verhogen, en gedeelde sociale determinanten.
- Psychische aandoeningen kunnen een direct gevolg zijn van een lichamelijke aandoening of de behandeling daarvan en omgekeerd.
- Psychische aandoeningen kunnen van invloed zijn op denken en handelen waardoor lichamelijke gezondheidsrisico's ontstaan.



Daarnaast kunnen factoren gerelateerd aan de behandeling en organisatie van zorg van invloed zijn op deze wisselwerking (zie hoofdstuk 3).

2.3 Invloed van sociale determinanten

Sociale determinanten zijn een belangrijke gedeelde risicofactor voor lichamelijke en psychische aandoeningen. Sociale determinanten zijn de omstandigheden waarin mensen geboren worden, opgroeien, leven, werken en verouderen.^{1,34} Ze omvatten de sociaal economische status, de toegankelijkheid en kwaliteit van huisvesting, de gebouwde omgeving, werk, opleiding, voedselveiligheid en sociale inclusie en discriminatie.^{1,13,35} Sociale determinanten zijn van invloed op gezondheidsgedrag, het omgaan met problemen en stress (*coping*) en de toegang tot zorg of hulpbronnen om de gezondheid te verbeteren.^{1,35}

In een systematische review toonden Reiss et al. aan dat kinderen en adolescenten die opgroeiden in slechte sociaal economische omstandigheden een tot drie keer groter risico hadden op een psychische aandoening vergeleken met kinderen die opgroeiden in goede omstandigheden. Dit risico blijft groter zolang de omstandigheden hetzelfde blijven, maar wordt kleiner als de omstandigheden verbeteren.^{1,36} Ook de kans op lichamelijke en psychische multimorbiditeit wordt hoger onder slechtere sociaal economische omstandigheden,¹³ onder andere door een groter risico op negatieve levensgebeurtenissen in de kindertijd.^{1,37,38} Ook sociale isolatie en een gebrek aan sociale steun vergroten het risico op een slechte gezondheid, waaronder hartziekten en depressie.^{1,39}



Een voorbeeld: clustering van risicofactoren

Bij patiënten met (ernstige) psychiatrische aandoeningen is vaak sprake van een clustering van risicofactoren voor hart- en vaatziekten: roken, gebruik van verdovende middelen, gebrek aan lichaams-beweging, een ongezond dieet en slaapstoornissen. Deze factoren kunnen ervoor zorgen dat mensen met een psychische aandoening ook een lichamelijke aandoening krijgen. Er zijn ook gedeelde risicofactoren die zowel aan de psychische als aan de somatische aandoening gerelateerd kunnen zijn.

Negatieve ervaringen in kindertijd

Bij slechte sociaal economische omstandigheden is het risico op negatieve levensgebeurtenissen in de kindertijd groter,^{1,37} en dat vergroot het risico op lichamelijke en psychische multimorbiditeit later in het leven.¹³ Mensen met trauma's of chronische stress in de vroege levensloop gebruiken later vaker tabak en alcohol, hebben later een ongezonder dieet en vaker overgewicht, en lopen meer risico op depressie en angstklachten.¹ Meer negatieve ervaringen in de kindertijd hebben bovendien een opeenstapelend negatief effect op de latere gezondheid. De combinatie van negatieve levenservaringen en een psychische stoornis verhoogt het risico op lichamelijke ziekte nog verder.^{1,40} Omdat de duur van een psychische aandoening mede het risico op lichamelijke ziekte bepaalt, is ook een begin van de stoornis op jonge leeftijd een risicofactor.^{1,41,42}

Aanpassingsproblemen door ziekte

Zoals beschreven in o.a. de multidisciplinaire Kwaliteitsstandaard Psychosociale zorg bij Somatische ziekte kunnen de lichamelijke en psychische gezondheid worden beïnvloed door individuele sociaal economische omstandigheden.⁴³ De omgekeerde relatie bestaat ook. Een lichamelijke ziekte die intensieve medische behandeling noodzakelijk maakt heeft een sterk negatieve invloed op het dagelijks leven. Deze verstoring uit zich niet alleen in veranderingen van lichamelijke functies, maar breidt zich uit tot ook het psychische, sociale en maatschappelijke domein.^{43,44}

Noodzakelijke aanpassingen aan lichamelijke ziekte kunnen leiden tot beperkingen in het functioneren, sociale isolatie en verlies aan inkomen.⁴³ Gevoelens van onzekerheid, machteloosheid, angst, woede en eenzaamheid zijn hierbij natuurlijke en veelvoorkomende reacties.⁴³ Er kunnen problemen ontstaan op het gebied van maatschappelijk functioneren, zingeving, werk, slaap, relatie en seksualiteit, en daarmee samenhangend met de maatschappelijke en financiële positie van mensen.⁴² Patiënten moeten dan het hoofd bieden aan onzekerheid over de toekomst en toegenomen afhankelijkheid van anderen.⁴²



2.4 Kans op lichamelijke ziekten bij psychische aandoeningen

Ernstige psychische aandoeningen

In een onderzoek uit 2018 door Public Health England bleek dat jongvolwassenen met een ernstige psychiatrische aandoening, zoals schizofrenie of bipolaire stoornis, een vijf keer hoger risico hebben op drie of meer lichamelijke aandoeningen.⁴⁵

Hart- en vaatziekten en metabole aandoeningen, zoals diabetes, obesitas en schildklieraandoeningen, zijn belangrijke oorzaken van de verminderde levensverwachting van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening. Zij leven 15 tot 20 jaar korter.²

Overige psychische aandoeningen

Ook onder mensen met eetstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, stoornissen gerelateerd aan het gebruik van middelen, depressieve stoornissen en angststoornissen komen veel lichamelijke gezondheidsproblemen voor.¹³ In een registeronderzoek uit Denemarken werd gevonden dat *alle* psychische stoornissen gepaard gaan met een verminderde levensverwachting. Uitgedrukt in verloren levensjaren ten opzichte van de algemene bevolking ging het om ongeveer 5 verloren levensjaren voor organische stoornissen (dementie en delirium) bij vrouwen tot ongeveer 15 verloren levensjaren voor middelengebonden

stoornissen bij mannen.⁴⁶ Een andere belangrijke groep in dit verband zijn mensen met een verstandelijke beperking, met een grote kwetsbaarheid voor zowel lichamelijke als psychische aandoeningen.^{47,48}

De grotere kans op lichamelijke aandoeningen kan veroorzaakt worden door de psychische aandoening zelf, maar ook door de behandeling ervan. Anti-psychotische medicatie kan bijvoorbeeld leiden tot gewichtstoename en metabool syndroom. Mogelijke verklaringen zijn dat deze medicatie het gevoel van verzadiging vermindert en dat patiënten door de door sedatie minder lichamenlijk actief zijn.²

2.5 Kans op psychische stoornissen bij lichamelijke aandoeningen

Een lichamelijke aandoening vergroot het risico op een psychische aandoening. Dat geldt in het bijzonder voor chronische lichamelijke ziekten.^{1,49} Psychische aandoeningen die voorkomen bij chronische lichamelijke ziekten zijn een veelvoorkomende en moeilijk te bestrijden vorm van multimorbiditeit.^{13,49} De belangrijkste psychische aandoeningen bij mensen met lichamelijke aandoeningen zijn depressieve stoornissen, angststoornissen en somatisch symptoom stoornissen.^{1,9} Angst- en stemmingsstoornissen komen bijvoorbeeld frequent voor bij auto-immuunziekten (minstens 10-20%),⁵⁰ chronisch obstructief longlijden,⁵¹ inflammatoire darmziekten,⁵² hart- en vaatziekten,^{53,54} diabetes mellitus,⁵⁵ en bij borstkanker,⁵⁶ darmkanker,⁵⁷ en blaaskanker.⁵⁸ Mensen met diabetes en hart- en vaatziekten hebben een groter risico op dementie.⁵⁹



Veel hersenziekten gaan gepaard met psychische symptomen en aandoeningen.^{60,61} Deze multimorbiditeit van lichamelijke en psychische aandoeningen is veelal geassocieerd met een slechtere kwaliteit van leven en/of een slechtere prognose.^{1,2,8,11,13,19,20,33,43,62}

Een voorbeeld: uitval bij hartrevalidatie door depressieve klachten

Een jonge vrouw krijgt een hartinfarct waarvoor ze naar de hartrevalidatie verwezen wordt. Al snel blijkt dat het haar grote moeite kost zich in te spannen. Ze voelt zich somber en kan het niet opbrengen naar de hartrevalidatie te komen. Daarom raakt ze uit beeld, maakt de revalidatie niet af, heeft een slechtere prognose en uiteindelijk een groter risico te overlijden.

Soms hangt de psychische stoornis bij lichamelijke aandoeningen samen met de behandeling. Medicatie voor lichamelijke aandoeningen kan psychiatrische bijwerkingen hebben.⁶³ Zo kunnen opiaten, antibiotica, bètablokkers, corticosteroïden en anti-epileptica onder andere leiden tot stemmingsveranderingen (depressie, prikkelbaarheid en/of manie) en hallucinaties.⁶⁴

Een voorbeeld: psychose bemoeilijkt behandeling

Een patiënt heeft een neurologische ziekte. Als gevolg van de aandoening, of door de medicijnen waarmee de ziekte wordt behandeld, ontwikkelt hij een psychose. De psychose leidt tot agitatie en achterdocht. Dat bemoeilijkt de medische en verpleegkundige behandeling van de neurologische aandoening. Door de negatieve wisselwerking verslechteren zowel de lichamelijke als psychische aandoening.

Invloed van gezondheidsgedrag

Patiënten met een psychische aandoening gaan vaker inadequaat om met hun behandeling. Dit geldt in het bijzonder voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening. Regelmatig is dan sprake van minder motivatie of therapietrouw.⁴¹ Ook mensen met bijvoorbeeld een angststoornis kunnen zorg mijden of verminderd therapietrouw zijn.^{19,41} Chronische lichamelijke aandoeningen gaan vaak samen met depressieve klachten en angstklachten.^{1,9} Die klachten kunnen op hun beurt optimaal gezondheidsgedrag in de weg staan, bijvoorbeeld doordat mensen minder actief worden, minder goed slapen of meer middelen gebruiken (zie voorbeeld in kader).

Ook hebben mensen met psychische aandoeningen soms beperkingen in het cognitief functioneren, en is het initiatief en de energie soms beperkt of schommelend gedurende de dag.⁴¹ Wat ook een rol speelt is dat mensen met een psychische aandoeningen andere gezondheidswensen



en -voorkeuren hebben. Dit soort kennis is relevant bij het motiveren tot gezond gedrag.² Zo blijken mensen met schizofrenie fiteid belangrijker te vinden dan een optimaal lichaamsgewicht, terwijl veel leefstijlinterventies gericht op mensen zonder schizofrenie zich juist op gewichtsverlies richten.²

Een voorbeeld: depressie vermindert therapietrouw diabetes

Patiënten met diabetes mellitus hebben een grotere kans op een depressie. Een depressie kan de noodzakelijke therapietrouw bij suikerziekte ten aanzien van dieet, lichaamsbeweging en medicatiegebruik negatief beïnvloeden. De depressie vermindert het zelfvertrouwen en de zelfwaardering, waardoor mensen niet (meer) goed weten wat ze moeten doen of zichzelf het niet waard vinden om hulp te zoeken. Er zijn ook aanwijzingen voor een directe relatie tussen depressieve klachten en slecht ingestelde bloedsuikerwaarden. Als gevolg van de verminderde therapietrouw zullen bloedsuikerwaarden vaker niet goed zijn ingesteld. Dit kan leiden tot een groter risico op verdere lichamelijke complicaties van de diabetes, zoals schade aan nieren, ogen en bloedvaten, een slechtere kwaliteit van leven en uiteindelijk een groter risico op overlijden.

Conclusie

Multimorbiditeit van lichamelijke en psychische aandoeningen is een ernstig probleem. Doordat lichamelijke en psychische aandoeningen elkaar negatief beïnvloeden ontstaat een cumulatief negatief effect op de gezondheid. Dit leidt tot slechter functioneren, een mindere kwaliteit van leven, een slechtere prognose, meer zorggebruik en hogere zorgkosten. Bij mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen zorgt deze vorm van multimorbiditeit bovendien voor een belangrijk verminderde levensverwachting. Door de vergrijzing van de bevolking zal dit probleem toenemen. Dit gegeven stelt de coördinatie van zorg voor een grote uitdaging.^{13,18}



03 knelpunten in diagnostiek en behandeling



Ondanks de nauwe samenhang tussen lichamelijke en psychische aandoeningen is gezondheidszorg voor lichaam en geest gescheiden van elkaar georganiseerd. Dat geldt voor alle domeinen van de zorg en voor alle behandelingsniveaus. Daardoor is de zorg in de praktijk vaak gericht op deelproblemen en minder op de samenhang ertussen. Dat kan leiden tot onnodige verwijzingen, onder- of overdiagnostiek, onder- of overbehandeling, en uiteindelijk tot gezondheidsschade.

3.1 Organisatie van lichamelijke en psychische zorg in Nederland

Net als in veel andere westerse landen is de zorg voor lichaam en geest in Nederland van oudsher gescheiden georganiseerd. De steeds verdergaande specialisatie in de geneeskunde – die veel vooruitgang heeft gebracht in het begrip van ziekten en de behandelmogelijkheden – heeft ervoor gezorgd dat deze scheiding tussen lichamelijke en psychische zorg nadrukkelijker vorm heeft gekregen. Zo is bijvoorbeeld het medisch specialisme ‘zenuw- en zielsziekten’ opgedeeld in de aparte vakken neurologie en psychiatrie. Ook andere vakgebieden zijn in toenemende mate gespecialiseerd geraakt. Deze specialisatie heeft een keerzijde. Doordat de zorg wordt verleend door veel verschillende zorgverleners ontstaat fragmentatie die ten koste kan gaan van zorgcoördinatie en van continuïteit van zorg.⁶⁵

Het Nederlandse zorgstelsel onderscheidt curatieve zorg – gericht op genezen en het bevorderen van herstel (cure) – en zorg die gericht is op het ondersteunen van mensen en het beperken van de nadelen van aandoeningen (care). De vergoeding van de curatieve zorg in Nederland wordt geregeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw). De curatieve zorg voor zowel lichamelijke als psychische aandoeningen valt onder de Zvw. Dat geldt voor acute zorg, eerstelijnszorg (huisartsenzorg) en tweede- en derdelijnszorg (specialistische zorg en hoogspecialistische zorg in een ziekenhuis of een ggz-instelling). De financiering van langdurige zorg en ondersteuning is geregeld in de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet.

Per zorgvorm gelden specifieke voorwaarden voor vergoeding. Alleen huisartsenzorg wordt in de financiering gezien als één zorgvorm. De volgende deelparagrafen bespreken de opzet en financiering van de acute zorg (huisartsenpost, spoedeisende hulp, acute psychiatrie), de eerstelijnszorg, de tweede- en derdelijnszorg en de langdurige zorg voor lichamelijke en psychische aandoeningen. Deze opzet en financiering kunnen geïntegreerd of gescheiden zijn.

Voor specialistische en hoogspecialistische zorg in een ziekenhuis gelden dus andere voorwaarden dan voor (hoog)specialistische zorg in ggz-instellingen. Dit geldt ook voor de acute zorg en voor de langdurige



zorg. Alleen huisartsenzorg wordt qua opzet en financiering gezien als één zorgvorm.

3.1.1 Acute zorg: gescheiden

De acute zorg voor psychische aandoeningen en de acute somatische zorg zijn in Nederland gescheiden van elkaar opgezet. Terwijl er in de acute zorg bij lichamelijke klachten sprake is van concentratie op spoedpleinen, waar huisartsenposten en spoedeisende hulp elkaar vinden, richt de acute geestelijke gezondheidszorg zich in toenemende mate op de beoordeling en behandeling van patiënten in de thuissituatie.

Patiënten met een acuut psychisch probleem melden zich regelmatig op de huisartsenpost (3% van de bezoeken in 2013⁶⁶) of de spoedeisende hulp van het ziekenhuis (1% van de bezoeken in 2016, exclusief aan psychische aandoeningen gerelateerde, acute lichamelijke letsels of vergiftigingen^{66,67}). In veel ziekenhuizen bestaat op de spoedeisende hulp de mogelijkheid om de psychiater als poortarts in te schakelen, of om de lokale crisisdienst te consulteren. Deze mogelijkheden worden uit verschillende budgetten gefinancierd; welk budget (ggz of ziekenhuiszorg) hiervoor wordt aangesproken hangt nu vooral af van lokale afspraken met de zorgverzekeraar. Het kan ook voorkomen dat ziekenhuizen dergelijke zorg helemaal niet declareren, bijvoorbeeld als de omvang ervan beperkt is.

In de praktijk vinden de lichamelijke en psychische diagnostiek en behandeling vaak volgtijdelijk plaats. Zo wordt in de acute ziekenhuiszorg een patiënt meestal eerst 'lichamelijk vrijgegeven', daarna volgt de beoordeling door een psychiater.⁶⁸⁻⁷⁰ Het risico bestaat dat zo een verkeerde lichamelijke diagnose wordt gesteld, doordat de psychische aandoening niet tegelijkertijd wordt beoordeeld. Uit een recente Zweedse studie blijkt dat mensen met een psychische stoornis een groter risico op vermijdbare schade lopen, met name ten gevolge van verkeerde lichamelijke diagnoses in de acute zorg en eerstelijnszorg.⁷¹

3.1.2 Eerstelijnszorg: geïntegreerd

In de eerstelijnszorg bestaat geen scheiding tussen lichamelijke en psychische zorg. Met beide type klachten kunnen mensen terecht bij de huisarts. Huisartsenzorg is één zorgvorm met één financieringstitel: de financiering van deze zorg is dus integraal. Ongeveer 10% van de volwassenen die de huisarts bezoeken ervaart psychische klachten, al dan niet in combinatie met lichamelijke symptomen.⁷² Dit percentage neemt toe sinds 2014. Dat hangt waarschijnlijk samen met de stelselwijziging die in dat jaar is ingevoerd.⁷³ De geestelijke gezondheidszorg is omgevormd naar een stelsel met een generalistische 'basis-ggz' en een 'gespecialiseerde ggz'. De bedoeling is dat patiënten met lichte klachten worden geholpen in de huisartsenzorg, waarbij de huisarts wordt ondersteund door de praktijkondersteuner huisarts-geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ). Patiënten met lichte tot matige, niet complexe psychische



aandoeningen worden behandeld in de basis-ggz. Patiënten met complexe stoornissen worden verwezen naar de gespecialiseerde ggz. Programma's als 'De juiste zorg op de juiste plek' – een initiatief van partijen in de zorg en ondersteuning, ondersteund door het ministerie van VWS – zijn onder meer bedoeld om te stimuleren dat zorg meer rondom patiënten wordt georganiseerd en (duurdere) ziekenhuiszorg naar de huisartsenpraktijk of naar huis wordt verplaatst. Sinds de invoering van de stelselwijziging en onder invloed van dergelijke programma's, worden patiënten waarschijnlijk eerder 'terugverwezen' naar de huisarts.

3.1.3 Tweede- en derdelijnszorg: gescheiden

Mensen met zowel lichamelijke als psychische aandoeningen komen of in een ziekenhuis terecht, of in een ggz-instelling, afhankelijk van welk type klachten het meest op de voorgrond treedt of het best wordt herkend. Vlak na het ontstaan van de klachten is het onderscheid tussen een primair lichamelijk probleem en een primair psychisch probleem echter niet altijd te maken, door de grote overlap van problemen en symptomen. In ziekenhuizen heeft 15-50% van de patiënten naast één of meer lichamelijke aandoeningen ook een psychische aandoening.^{8,10} In ggz-instellingen is bij 50 tot 70% van de patiënten sprake van ook (chronische) lichamelijke aandoeningen, zoals hoge bloeddruk, suikerziekte en hart- en vaatziekten, met nadelige gevolgen voor de levensverwachting en de kwaliteit van leven.^{2,9}

De ziekenhuiszorg (ook wel medisch specialistische zorg) wordt beschouwd als een andere zorgvorm dan de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. De psychiatrische en psychosociale zorg in het ziekenhuis zijn opgenomen in de financieringssystematiek van de ziekenhuizen. Meer specifiek gaat het dan om de consultatieve psychiatrie (gedeclareerd via een DOT-zorgproduct) en de psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen die onderdeel is van de behandeling (gedeclareerd via een DOT-zorgproduct) van de 'somatisch medisch specialist'.⁷⁴

3.1.4 Langdurige zorg: gescheiden

Door de vergrijzing neemt de multimorbiditeit toe: er komen steeds meer mensen met ernstige beperkingen ten gevolge van chronische lichamelijke en psychische aandoeningen. Ook het aantal mensen met dementie neemt toe. In Nederland lijden ongeveer 250.000 mensen aan dementie. Dat aantal zal naar schatting in 2050 gestegen zijn naar meer dan een half miljoen. Bij de meerderheid van de mensen met dementie komen een of meer psychische- of gedragsproblemen voor.

Door de vergrijzing groeit zo de groep mensen met zogenaamde 'triple problematiek': een combinatie van ernstige psychiatrische aandoeningen, dementie en lichamelijke aandoeningen.⁷⁵⁻⁷⁷ Deze mensen verblijven vaak in verpleeghuizen en krijgen zorg die valt onder de Wlz.⁷⁸ Doordat de groep mensen met triple problematiek toeneemt in verpleeghuizen, groeit



ook de vraag om ondersteuning, scholing en consultatie bij patiënten met naast hun somatische zorgbehoefte, gedragsmatige en psychiatrische problematiek. Het ontbreekt echter vaak aan professionele mogelijkheden en financiering om dit in goede onderlinge samenwerking op te pakken.⁷⁶ Psychiatrische consultatie is niet altijd beschikbaar of te declareren in verpleeghuizen. Ook is er een beperkt aantal woonvormen beschikbaar voor mensen met dergelijke problemen (bijvoorbeeld georganiseerd door één van de regionale instellingen voor beschermend en begeleid wonen – RIBW).

3.2 Knelpunten in de zorgverlening

De gescheiden financiering en inrichting van zorg doet onvoldoende recht aan de noodzaak tot integrale benadering van patiënten. Dat wordt nog eens versterkt doordat de gescheiden inrichting en financiering doorwerkt op de aansturing, budgettering, inkoop, en op het toezicht op zorg. Ook op deze domeinen wordt onderscheid gemaakt tussen lichamelijke en psychische aandoeningen. Dat bemoeilijkt een integrale benadering. De belangrijkste knelpunten zijn volgens de expertgroep:

- Geen vergoeding of onvoldoende zichtbaarheid van zorg buiten het eigen domein;
- Te smalle definitie van integraliteit in financieringsregels;
- Gebrek aan kennis en vaardigheden buiten het eigen domein;
- Suboptimale randvoorwaarden voor samenwerking.

Een voorbeeld: weken wachten op zorg door de ‘buurman’

Een patiënt met een psychiatrische aandoening wordt opgenomen op een ggz-kliniek naast een ziekenhuis, verbonden met een loopbrug. Bij deze patiënt wordt suikerziekte vermoed. Omdat de ggz-kliniek wordt gefinancierd vanuit de curatieve ggz, is een somatisch consult in de ggz-kliniek voor het instellen van de suikerziekte niet mogelijk. De patiënt moet worden verwezen naar de interne geneeskunde van het aanpalende ziekenhuis, en moet daardoor weken wachten om vervolgens met een verpleegkundige naar de polikliniek interne geneeskunde te wandelen, niet binnendoor via de loopbrug, maar buitenom via de hoofdingang.

Geen vergoeding of onvoldoende zichtbare zorg buiten het eigen domein

In de geestelijke gezondheidszorg wordt zorg voor lichamelijke aandoeningen beperkt vergoed. Aanvullend onderzoek (zoals laboratoriumverrichtingen of radiologisch onderzoek) is integraal onderdeel van de tarieven en is daarmee niet zichtbaar in de tariefstructuur en declaraties van zorgverleners. Ook bestaat er in de ggz-financiering geen mogelijkheid tot directe consultatie van een specialist uit het ziekenhuis (zie voorbeeld in kader), behoudens voor psychiatrische afdelingen van het algemeen ziekenhuis (PAAZ) en psychiatrische universiteitsklinieken (PUK). Hierdoor moeten patiënten over en weer worden verwezen, wat fragmentatie van zorg in de hand kan werken.

Ook in de medisch-specialistische zorg geldt dat de verrichtingen van psychosociale en psychiatrische zorgverleners niet altijd voldoende zichtbaar zijn. Het DOT-zorgproduct consultatieve psychiatrie wordt niet in



alle ziekenhuizen geregistreerd, door lage volumes of uitbesteding van deze zorg aan externe ggz-organisaties. Of de verrichtingen zijn integraal onderdeel van het DOT-zorgproduct van de lichamelijke medisch specialist. Deze registratie-effecten leiden waarschijnlijk tot een onderschatting van de behoefte aan enerzijds lichamelijke zorg en aanvullend onderzoek in de ggz en anderzijds psychosociale en psychiatrische zorg in de ziekenhuizen en kunnen de huidige situatie daarmee in stand houden.

3.2.1 Definities in financieringsregels doen niet altijd recht aan patiënten

In financieringsregels wordt soms gedefinieerd wanneer er wel of geen samenhang is tussen lichamelijke en psychische aandoeningen. Een voorbeeld hiervan is de definitie van integraliteit in Wlz.

De behandeling van een psychische stoornis is verzekerd vanuit de Wlz als de behandeling integraal onderdeel is van de behandeling van een aandoening of beperking waarvoor een Wlz-indicatie geldt. Als de behandeling van een psychische stoornis niet integraal deel uitmaakt van de behandeling, dan wordt deze vergoed uit de Zvw. In de praktijk maakt de behandeling van de psychische stoornis niet altijd deel uit van de behandeling van een andere aandoening. Dit wil niet zeggen dat de interactie tussen de lichamelijke en psychische aandoening en de daarmee samenhangende beperkingen er voor de patiënt niet toe doen. Ook kan voorkomen dat niet is vast te stellen of de behandeling van de ene aandoening integraal onderdeel is van de behandeling van de andere

aandoening. Het is zelfs voor professionals niet altijd duidelijk welke aanvullende behandelaar bij de Wlz-zorg betrokken mag worden en hoe deze gefinancierd wordt.

3.2.2 Gebrek aan kennis en vaardigheden buiten het eigen domein

Wanneer mensen klachten hebben is niet altijd direct een helder onderscheid te maken tussen de lichamelijke en psychische dimensies van die klachten. Dat speelt vooral in acute situaties of bijvoorbeeld bij somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK).^{79,80} Desondanks worden mensen al snel na het ontstaan van klachten of het lichamelijke of het psychische gezondheidszorgsysteem ingestuurd. De inrichting van de zorg werkt dus mogelijk in de hand dat zorgprofessionals zich focussen op deelproblemen en niet op de samenhang ertussen.⁶⁵

De focus op deelproblemen begint al tijdens de opleiding van studenten en zorgverleners: die worden of opgeleid binnen het lichamelijke domein of binnen het psychische domein. Als ze zich daarna nog specialiseren, zijn ze opgeleid om zich te richten op hun eigen vakgebied.⁸¹ Enkele beroepen vormen hierop een uitzondering.

Het ontbreken van een holistische benadering kan resulteren in *diagnostic overshadowing*, ofwel het onterecht toeschrijven van lichamelijke symptomen aan een psychische aandoening en andersom.² Door een sterke specialisatie beperken veel zorgverleners zich tot hun eigen domein en



hun eigen vakgebied, en richten ze hun aandacht onvoldoende op de gehele mens en diens context. Het risico van een te starre afbakening tussen psychische en lichamelijk-georiënteerde zorg is dat zorgverleners zich onvoldoende in staat voelen om aandoeningen buiten hun eigen domein te voorkomen, diagnosticeren en behandelen.¹³ Deze zogenoemde handelingsverlegenheid speelt zowel in ziekenhuizen als in ggz-instellingen.^{48,82,83} Handelingsverlegenheid hangt niet alleen samen met een gebrek aan kennis of ervaring,²⁰ maar kan ook veroorzaakt worden door vooroordelen, concurrerende prioriteiten, beperkingen in de financiering en suboptimale samenwerking tussen ggz-instellingen en bijvoorbeeld huisartsen en ziekenhuizen.^{2,8,67,84,85}

3.2.3 Randvoorwaarden voor samenwerking niet optimaal

De samenwerking tussen lichamelijk en psychisch georiënteerde zorgverleners verloopt niet altijd goed. Dat komt door de aard van de voorliggende problematiek, maar ook door cultuurverschillen. Binnen de geestelijke gezondheidszorg heeft lichamelijke zorg vaak een lagere prioriteit.^{2,13,41,62} Dit geldt andersom ook voor de psychische zorg in het algemene ziekenhuis, dat primair gericht is op lichamelijke zorg. Behalve deze cultuurverschillen spelen vaak ook heel praktische beperkingen een rol. Een ggz-instelling zit bouwkundig en facilitair anders in elkaar dan een ziekenhuis. Een patiënt met een psychiatrische aandoening kan niet eenvoudig zuurstof toegediend krijgen omdat deze behandeling in ggz-instellingen veelal niet beschikbaar is, en een verwarde patiënt

met primair een lichamelijke aandoening kan in een ziekenhuis vaak onvoldoende veiligheid worden geboden. Ook bestaan er verschillen in de snelheid waarmee de verschillende domeinen en de verschillende behandelingsniveaus (kunnen) reageren. In de acute medische zorg ligt het tempo veelal hoog, terwijl in de tweede- en derdelijns geestelijke gezondheidszorg de behandeling vaker georiënteerd is op het proces en het tempo lager ligt. Ook bestaat er vaak onvoldoende kennis van elkaars domeinen.^{13,86,87} Verder wordt de samenwerking soms bemoeilijkt doordat de informatiesystemen voor lichamelijke en psychische zorg onvoldoende op elkaar zijn aangesloten. De privacywetgeving, maar ook het gebruik van verschillende elektronische systemen zijn mogelijke obstakels.^{13,19,20}

3.3 Gevolgen voor patiënten

De knelpunten die de gescheiden organisatie van lichamelijk en psychische zorg oplevert bij de zorgverlening in de praktijk, hebben gevolgen voor patiënten. In preventie is onvoldoende aandacht voor psychische problemen als risicofactor voor lichamelijke aandoeningen.^{13,45} Ook krijgen mensen met zowel lichamelijke als psychische aandoeningen door de knelpunten niet altijd adequate zorg. Als er sprake is van samenhang tussen psychische en lichamelijke aandoeningen wordt dat niet altijd (tijdig) herkend, wat gezien het cumulatief negatieve effect van lichamelijk-psychische multimorbiditeit nadelige gevolgen heeft voor de verdere behandeling.¹³ Ook worden mensen met zowel lichamelijke als psychische aandoeningen onnodig vaak verwezen door een gebrek aan coördinatie.



3.3.1 Veel verwijzingen en een gebrek aan coördinatie

Door specialisatie, fragmentatie en scheiding van de zorg voor lichamelijke en psychische aandoeningen, krijgen mensen met een combinatie van deze aandoeningen te maken met veel verwijzingen. Een gebrek aan generalistische expertise of coördinatie kan zowel leiden tot onderdiagnostiek en -behandeling, als tot overdiagnostiek- en behandeling (zie ook 2.1, onder 'zorggebruik en zorgkosten'). Het risico bestaat dat de toegankelijkheid van zorg door bepaalde verwijsregels verminderd wordt.¹³ Patiënten moeten dan bijvoorbeeld eerst via een andere zorgverlener een verwijzing halen, voordat zij gebruik kunnen maken van noodzakelijke zorg. Door zo'n 'verkeerde deur' kan het zijn dat mensen die toch al moeite hebben hun weg te vinden door het zorglandschap, niet de juiste zorg krijgen.

Patiënten zouden hun verhaal het liefst maar een keer vertellen. Dat is mogelijk als zorgprofessionals een gemeenschappelijke inschatting maken en informatie delen.^{13,20,88} Zorgcoördinatie ontbreekt echter vaak wanneer er sprake is van lichamelijke en psychische multimorbiditeit.⁴¹ De vele verwijzingen en een gebrek aan coördinatie waar mensen met lichamelijke en psychische aandoeningen tegenaan lopen is niet alleen één van de gevolgen van de gescheiden inrichting van de zorg, het is ook een risicofactor voor het verergeren van de klachten.

Een voorbeeld: tussen wal en schip bij somatisch onvoldoende verklaarde klachten (SOLK)

Gebrek aan coördinatie is ook voor mensen met SOLK een probleem. SOLK omvat een breed palet van klachten: pijnklachten, maar ook lichamelijke functiestoornissen zoals evenwichtsstoornis, energiegebrek, krachtverlies of wazig zien, of afwijkende waarneming zoals oorsuizen, piepen, tintelingen of een doof gevoel. Vaak komen daar gaandeweg klachten van spanning, concentratie- en geheugenverlies, slaapproblemen, angst of depressie bij.⁸⁹ Deze patiënten hebben regelmatig ook een psychiatrische aandoening.⁸⁰ Mensen met deze klachten gaan in eerste instantie naar de huisarts, maar vaak volgt door verschillende factoren verwijzing naar de specialistische (lichamelijke) zorg. Een gebrek aan integrale diagnostiek en behandeling kan leiden tot een onnodig hoog klachtenniveau met verlies van kwaliteit van leven en zelfstandig functioneren tot gevolg.⁹⁰ Omdat er bij het vermoeden van ernstige SOLK niet altijd een tijdige of generieke verwijsroute beschikbaar is, komt het voor dat mensen achtereenvolgens naar verschillende specialisten worden verwezen. Die constateren dat er 'op hun terrein geen afwijkingen zijn' en kunnen patiënten moeilijk naar geschikte zorg verwijzen. Ook ondergaan deze mensen verschillende medische onderzoeken die regelmatig niets opleveren of zelfs tot gezondheidsschade kunnen leiden.¹³ Uiteindelijk kan het ontbreken van een tijdige integrale aanpak leiden tot verergering van het probleem van de patiënt, met een slechtere prognose tot gevolg.



Toegankelijkheid van lichamelijke zorg voor mensen met een psychische aandoening

De kwaliteit en toegankelijkheid van medische zorg voor mensen met een (ernstige) psychiatrische aandoening is in sommige gevallen waarschijnlijk minder ten opzichte van de algemene bevolking.^{1,32,91} Eén van de oorzaken hiervan is stigma – het negatief labelen, uitsluiten of veroordelen van mensen met een psychische aandoening.^{2,31,41,85,92} De gevolgen van stigmatisering omvatten een (te) negatieve inschatting van de prognose, het onterecht toeschrijven van lichamelijke symptomen aan een psychische aandoening (*diagnostic overshadowing*), discriminatoire gedragingen en – onder patiënten – de beleving oneerlijk behandeld of niet serieus genomen te worden.

Een voorbeeld: lichamelijke revalidatie

Lichamelijke revalidatie is op dit moment vaak niet toegankelijk voor mensen met een psychische aandoening, omdat het hebben van een psychische aandoening als uitsluitingsgrond gehanteerd wordt.⁹³ Daardoor moeten mensen met een dergelijke aandoening nu soms lang wachten op revalidatie, of ze komen daar niet voor in aanmerking, terwijl revalidatie wel effectief kan zijn voor deze groep mensen.

Levensverwachting bij mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen

In veel landen is er te weinig beleid gericht op het vroegtijdig overlijden van mensen met een psychische aandoening.^{41,94} Belangrijk hierbij zijn de bijwerkingen van medicatie, leefstijlfactoren en sociale determinanten.

Waarschijnlijk worden mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen minder vaak gescreend op lichamelijke aandoeningen. Ook ontvangen zij minder vaak (de aanbevolen) zorg en monitoring voor lichamelijke aandoeningen.^{1,2,31} Zij krijgen daardoor bijvoorbeeld minder vaak een cursus gericht op het stoppen met roken, minder monitoring van metabole risicofactoren als te een hoog cholesterol of glucose, of minder adequate behandeling van kanker.^{1,32} Sommige leefstijlinterventies zijn niet toegankelijk voor patiënten met een psychische aandoening.² Ook voelen zorgprofessionals zich niet altijd verantwoordelijk voor leefstijl.

In de internationale literatuur wordt daarnaast gewezen op slechte psychische gezondheid als public health probleem. Vaak beginnen deze problemen al in de jeugd, is er een levenslang effect op de algemene gezondheid en een negatief effect op de volgende generaties (transgenerationele overdracht).^{13,95} Een slechtere leefstijl, lagere scholingsuitkomsten, verminderd perspectief op werk, minder veerkracht (*resilience*) en sociale participatie hangen niet alleen samen met



psychische aandoeningen, maar vergroten ook de kans op lichamelijke aandoeningen.¹³

De eerstelijnszorg is mogelijk minder toegankelijk voor patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening. Oorzaken hiervan zijn onduidelijkheid over verantwoordelijkheidsverdeling met de geestelijke gezondheidszorg, een gebrek aan training van huisartsen in dergelijke begeleiding, en *diagnostic overshadowing*.

Een ander knelpunt is een tekort aan lichamelijke zorg op klinische afdelingen in de geestelijke gezondheidszorg. In de geestelijke gezondheidszorg komt regelmatig (ongediagnosticeerde) lichamelijke ziekte voor.^{12,13} Deze mensen zijn vaker niet geregistreerd of in beeld bij een huisarts. De staf heeft vaak geen ‘somatische’ achtergrond, een laag ‘somatisch’ zelfvertrouwen of beperkte ‘somatische’ vaardigheden.² Prioriteit voor lichamelijke gezondheid is niet altijd vanzelfsprekend, onder meer door concurrerende prioriteiten, en somatisch-georiënteerde (huis)artsen en medisch specialisten zijn beperkt beschikbaar.^{2,13,83} Zowel chronische als acute aandoeningen worden vaak ten onrechte niet gediagnosticeerd of behandeld (onderdiagnose en onderbehandeling), wat bijdraagt aan slechtere uitkomsten en uiteindelijk oversterfte. Sommige afdelingen moeten regelmatig patiënten overplaatsen naar ziekenhuizen. Patiënten met psychische problemen worden vaker met spoed in het ziekenhuis opgenomen.^{13,96} Bovendien hebben mensen met

psychische problemen in het ziekenhuis vaak langere ligduur, resulterend in hogere kosten.¹¹

Een voorbeeld: langer in het ziekenhuis door psychische problemen

In het ziekenhuis wordt niet herkend dat een patiënt angstig en somber is. Hierdoor volgt zij medische en verpleegkundige adviezen minder goed op. Dit leidt tot frustratie bij de betrokken zorgverleners en een langere opnameduur.

Conclusie

Specialisatie heeft de gezondheidszorg vooruitgang gebracht op het gebied van diagnostiek en behandeling. In een tijdperk van toenemende multimorbiditeit tekent zich hiervan ook een keerzijde af. Omdat lichamelijke en psychische aandoeningen vaak samen voorkomen, ligt het voor de hand om behandelingen geïntegreerd te benaderen. Doordat de zorg is opgedeeld in verschillende deelsystemen wordt een integrale benadering belemmerd. Belangrijke knelpunten zijn de vergoeding of zichtbaarheid van zorg buiten het eigen domein, een te beperkte definitie van integraliteit in financieringsregels, onvoldoende kennis en vaardigheden buiten het eigen domein, suboptimale randvoorwaarden voor samenwerking en het ontbreken van coördinatie van zorg.



04 naar meer integrale zorg: oplossingsrichtingen



Mensen met de combinatie van psychische *en* lichamelijke aandoeningen krijgen nu niet de best mogelijke zorg doordat de zorg voor lichaam en geest grotendeels gescheiden is. De Gezondheidsraad ziet het belang van integrale, patiëntgerichte zorg: aandacht voor de hele patiënt, voor diens context en voor wat hij of zij belangrijk vindt. De raad pleit daarom voor toenadering tussen de psychische zorg en de somatische zorg. Voorbeelden uit Nederland en uit het buitenland laten zien dat mensen met zowel psychische als lichamelijke aandoeningen baat kunnen hebben bij een integrale aanpak. De Gezondheidsraad adviseert de minister en de staatssecretaris dergelijke praktijkvoorbeelden te benutten als aanknopingspunt voor een meer integrale benadering van gezondheidsproblemen in den brede. De voorbeelden laten zien dat een dergelijke benadering mogelijk is, maar op dit moment vooral afhankelijk van het doorzettingsvermogen van de zorgverleners. De Gezondheidsraad adviseert de minister daarom de mogelijkheden te verkennen om de drempels weg te nemen die een meer integrale benadering belemmeren. Dat is een flinke uitdaging, omdat gescheiden zorg een complex en breed probleem is. Het zal aanpassing vergen op verschillende fronten tegelijk en van verschillende betrokkenen. De beroepsgroepen kunnen daar volgens de Gezondheidsraad een bijdrage aan leveren door na te gaan hoe zij een integrale benadering kunnen bevorderen.

4.1 **Praktijkvoorbeelden benutten en evalueren**

In de praktijk wordt op een aantal plekken al gewerkt aan meer geïntegreerde zorg, enkele voorbeelden (zie kaders):

- Lokale initiatieven voor geïntegreerde zorg bij (acute) psychische aandoeningen;
- Leefstijl- en monitoringsprogramma's voor de lichamelijke gezondheid van mensen met (ernstig) psychiatrische aandoening;
- Netwerkgang voor mensen met SOLK;
- Medisch-psychiatrische units in ziekenhuizen;
- Geïntegreerde aanpak bij hartrevalidatie;
- Integrale, multidisciplinaire aanpak voor mensen met dementie.

De Gezondheidsraad adviseert de minister niet alleen de ontwikkeling van dergelijke, soms kleinschalige, initiatieven te stimuleren. De raad adviseert de minister vooral ook hun klinische effecten en doelmatigheid in de Nederlandse context te laten evalueren. Wetenschappelijk onderzoek naar de klinische waarde van de verschillende initiatieven kan ervoor zorgen dat zinvolle initiatieven vervolgd krijgen en breder geïmplementeerd kunnen worden, zodat deze ten goede komen aan grotere groepen patiënten.

Gezien de omvang van het probleem van lichamelijke en psychische multimorbiditeit is het van belang te onderzoeken of een meer generieke of gestandaardiseerde aanpak van deze zorg mogelijk is, waardoor de



organisatie ervan eenvoudiger wordt en de toegankelijkheid voor gebruikers beter. In de eerstelijns (*primary care*) is veel onderzoek gedaan naar multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. Voor specialistische settingen, waar fragmentatie door specialisatie mogelijk groter is, zijn minder onderzoeksgegevens beschikbaar. Deze settingen, en de samenwerking tussen specialistische zorg en eerstelijns, moeten in toekomstig Nederlands onderzoek meer nadruk krijgen. Aandachtspunt daarbij is dat een deel van de patiënten moeilijk te bereiken is, door de ernst of de complexiteit van hun problemen. Een ander aandachtspunt is dat sommige patiënten soms juist door complexe multimorbiditeit niet geïncordeerd worden in onderzoeken, of uitvallen tijdens het onderzoek. Zo worden mensen met psychische problemen soms uitgesloten bij programma's voor hartrevalidatie.

Leefstijl en monitoring lichamelijke gezondheid bij (ernstige) psychiatrische aandoening

In verschillende lokale initiatieven wordt bij psychiatrische patiënten het effect onderzocht van gerichte aandacht voor somatische aspecten. MOPHAR (Monitoring Outcomes of Psychiatric Pharmacotherapy, GGZ Drenthe) richt zich op de evaluatie van regelmatige controle van onder andere lichamelijke aandoeningen en (ernstige) bijwerkingen van medicijnen, zoals metabool syndroom bij psychiatrische patiënten die langdurig poliklinisch in behandeling zijn.⁹⁹⁻¹⁰² Het programma MULTI (*Multidisciplinary Lifestyle enhancing Treatment for Inpatients with SMI*, GGZ Centraal) evalueerde een multidisciplinaire leefstijl-interventie bij klinische patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) die vaak een ongezonde levensstijl hebben: veel zitten en gebrek aan beweging. De totale en de gemiddelde tot inspannende lichamelijke activiteit bleken ten opzichte van de gebruikelijke behandeling toe te nemen en het gewicht, de buikomtrek, systolische bloeddruk en HDL-cholesterolniveaus namen significant af.¹⁰³

Netwerkgorg voor mensen met SOLK

Een belangrijk initiatief op het gebied van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten is het Netwerk Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (nolk.info), dat zich onder meer ten doel stelt de zorg deze groep voor patiënten in kaart te brengen, voldoende gedifferentieerde behandelmogelijkheden nastreeft, en afdoende verwijsmogelijkheden helpt te creëren.

Geïntegreerde zorg bij (acute) psychische aandoening

Er bestaan verschillende lokale initiatieven op het gebied van geïntegreerde zorg voor mensen met een (acute) psychische aandoening. In het project Haagse Spoed neemt de crisisdienst van ggz-aanbieder Parnassia op de spoedeisende hulp van het Haaglanden Medisch Centrum deel aan de integrale beoordeling van mensen met acute psychische problemen.⁹⁷ Ziekenhuis Rijnstate levert geïntegreerde zorg aan mensen met 'verward gedrag onder invloed van alcohol of drugs'.⁷⁹ Dergelijke initiatieven die een geïntegreerde diagnostiek en behandeling van acute psychiatrie voorstaan kunnen worden betrokken bij de 'houtschoolschets' acute zorg die in opdracht van de minister voor MZS door de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving wordt gemaakt.⁹⁸



Geïntegreerde zorg in de ziekenhuizen: medisch psychiatrische units (MPU's)

In 37 van de in totaal 90 Nederlandse ziekenhuizen is een medisch psychiatrische unit gevestigd. Deze afdelingen diagnosticeren en behandelen mensen met zowel lichamelijke als psychische problemen, die daardoor minder goed op een reguliere verpleegafdeling behandeld kunnen worden.¹⁰⁴⁻¹⁰⁸ In het UMC Utrecht wordt gewerkt met een mobiel MPU team, dat intensieve psychiatrische medebehandeling biedt op de verpleegafdelingen.¹⁰⁹

Geïntegreerde revalidatiezorg: hartrevalidatie

Mensen met hartziekten hebben vaak ook depressieve klachten en angstklachten. Hartrevalidatie richt zich daarom niet alleen op lichamelijk herstel, maar neemt met behulp van een multidisciplinaire aanpak ook psychische en sociale aspecten mee. Toch zijn het vaak kwetsbare mensen die uitvallen en daardoor een nog slechtere prognose hebben. Het gaat bijvoorbeeld om mensen die roken, bepaalde cardiologische of cardiochirurgische interventies hebben ondergaan, een beroerte of een hartinfarct doormaakten of aan suikerziekte lijden.¹¹⁰ Bij ouderen met hartziekten is bovendien regelmatig sprake van een beperkter vermogen tot zelfzorg, cognitieve beperkingen en een groter risico op vallen. Geriatrich onderzoek is nu vaak geen onderdeel van cardiologische screening, terwijl dit mogelijk uitval van (oudere) patiënten zou kunnen voorkomen. Initiatieven zoals het *Cardiac care bridge program* zijn bedoeld om te voorkomen dat de uitkomsten voor deze kwetsbare groep slechter zijn (meer heropnames, meer sterfte). Dat gebeurt met behulp van case management: de zorg wordt gecoördineerd voor de patiënt, met gerichte aandacht op een goede overgang tussen verschillende zorgvormen.¹¹¹

Integrale, multidisciplinaire aanpak voor het diagnosticeren en behandelen van dementie

Het diagnostisch onderzoekscentrum voor psychogeriatrische patiënten (DOC-PG) combineerde ziektegerichte diagnostische aanpak van een aantal ziekenhuisafdelingen met zorggerichte benadering van de RIAGG in Maastricht. Bij wetenschappelijke evaluatie vond men op groepsniveau een significant groter aandeel patiënten die een verbeterde gezondheid ervoeren, maar geen verschil in klinische uitkomstmaten. DOC-PG is niet aantoonbaar duurder dan gebruikelijke zorg, ondanks de investering in de diagnostische interventie, maar is waarschijnlijk wel effectiever. DOC-PG kan dan ook beschouwd worden als een kosteneffectieve voorziening voor de diagnose en behandeling van dementie bij ambulante patiënten.^{112, 113}

4.2 Drempels wegnemen

In de praktijk worden zorgverleners vaak geconfronteerd met drempels die het lastig maken integrale zorg te bieden. De Gezondheidsraad adviseert de minister en de staatssecretaris om die drempels, al of niet samenspraak met beroepsgroepen, nader te identificeren en na te gaan hoe ze verminderd of weggenomen kunnen worden. De raad schetst enkele mogelijke oplossingsrichtingen.

4.2.1 Maatwerk in de financiering van geïntegreerde zorg

De manier waarop de financiering in het huidige zorgstelsel geregeld is, belemmert in sommige gevallen een meer integrale aanpak. Zo is de financiering van psychische zorg in de ziekenhuizen in sommige gevallen



ontoereikend of onvoldoende zichtbaar. Andersom ervaren professionals in de geestelijke gezondheidszorg de beperkingen van die financieringsstroom op het gebied van lichamelijke zorg. De Gezondheidsraad adviseert de minister nader te (laten) verkennen, al of niet in samenspraak met de betrokken zorgverleners, welke grensgebieden de meest urgente knelpunten kennen, en op welke manier in de financiering maatwerkoplossingen kunnen worden gevonden om tegemoet te komen aan de behoeften van patiënten met een combinatie van lichamelijke en psychische aandoeningen in de verschillende zorgniveaus.

4.2.2 Beschikbaarheid inventariseren van zorg voor psychische aandoeningen in de ziekenhuizen

De Gezondheidsraad adviseert de minister de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de psychosociale, psychologische en psychiatrische zorg in de ziekenhuizen nader in kaart te brengen, omdat er aanwijzingen zijn voor relevante praktijkvariatie.¹⁰⁴ Vaak is deze zorg bovendien niet goed zichtbaar in de ziekenhuisregistraties. De verminderde zichtbaarheid hangt enerzijds samen met verschillende financieringsmogelijkheden (zie bijvoorbeeld paragraaf 3.1.1 Acute zorg: gescheiden), maar ook met het gegeven dat psychosociale zorg niet eigenstandig kan worden gedeclareerd en met de vaststelling dat sommige ziekenhuizen kleine volumes van deze zorg niet registreren of declareren (zie paragraaf 3.1.3 Tweede- en derdelijnszorg: gescheiden). Daardoor kan de noodzaak ervan onderschat worden, wat weer een negatief effect heeft op de

beschikbaarheid. Van verbetering van het inzicht in de zorg die daadwerkelijk wordt verricht door psychologen en psychiaters in algemene ziekenhuizen zal een positief effect kunnen uitgaan.

4.2.3 Aansturing, budgettering, toezicht en zorginkoop ontschotten

De strikte scheiding tussen de klinische lichamelijke en psychische zorg wordt ook weerspiegeld in de beleidsmatige aansturing, budgettering, toezicht en zorginkoop. Dit geldt voor de departementale aansturing evenals voor de budgettering, het toezicht gericht op de kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van zorg, en het toezicht op het gedrag van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Ook deze organisatorische onderverdeling kan er toe leiden dat de van samenhang tussen lichamelijke en psychische aandoeningen onvoldoende recht gedaan wordt. Het verdient aanbeveling om ook bij de aansturing, budgettering, toezicht en zorginkoop op de zorg te streven naar een integrale aanpak.

4.2.4 Integrale aanpak van preventie en public health

In programma's die gericht zijn op persoonlijke preventie is vaak onvoldoende aandacht voor mensen met een psychische aandoening. Dergelijke programma's zijn veelal gericht op mensen zonder psychische aandoening. Bovendien wordt het hebben van een psychische aandoening niet als risicofactor voor lichamelijke ziekten gezien in sommige richtlijnen. De Gezondheidsraad adviseert de minister om te bekijken op welke manier primaire en secundaire preventie toegankelijker gemaakt kan



worden voor mensen met een psychische aandoening, en om – in meer algemene zin – te inventariseren in hoeverre Nederlandse public health programma’s voldoende aandacht hebben voor psychische gezondheid.¹³ Idealiter zouden gezondheidsbevorderende programma’s gericht op de psychische gezondheid – gezien de clustering van gezamenlijke risicofactoren – worden samengevoegd met initiatieven gericht op het tegengaan van bijvoorbeeld obesitas en het gebruik van tabak en alcohol.⁴⁵

4.2.5 Diagnostiek en behandeling SOLK verbeteren en generieke verwijsroutes

Omdat in de eerstelijnszorg veel mensen met onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten worden gezien, adviseert de Gezondheidsraad de minister om te onderzoeken hoe de diagnostiek en behandeling van dergelijke klachten in de eerste lijn verbeterd kan worden. Te denken valt aan ruimere consulttijden en nadere opleiding van professionals. Daarnaast zouden landelijke generieke verwijsroutes beschikbaar moeten komen voor meer ingewikkelde problematiek.

4.2.6 Generieke aanpak voor zorgcoördinatie, lotgenotencontact, zelfmanagement, ondersteuning mantelzorgers

Veel initiatieven op het gebied van zorgcoördinatie, lotgenotencontact, zelfmanagement en ondersteuning van mantelzorgers worden nu opgezet voor een specifieke doelgroep of ziekte. Gezien de omvang van het

probleem van lichamelijke en psychische multimorbiditeit is het van belang te onderzoeken welke aspecten van deze initiatieven mogelijk breder toepasbaar zijn. De toegankelijkheid van deze strategieën zou hiermee kunnen worden verbeterd.

4.3 Geïntegreerde benadering bevorderen

De verantwoordelijkheid voor het probleem en de oplossing ligt niet alleen bij de overheid. De Gezondheidsraad roept ook de beroepsgroepen op na te gaan wat zij kunnen doen om de integratie van zorg te bevorderen. Als mogelijke oplossingsrichtingen ziet de raad de aanpassing van richtlijnen en van opleidingen.

4.3.1 Aandacht voor integrale benadering in richtlijnen

Veel medische richtlijnen bevatten op dit moment geen paragraaf over de psychische en sociale aspecten van de betreffende lichamelijke aandoening. Andersom geldt hetzelfde voor richtlijnen die betrekking hebben op psychische aandoeningen.²⁰ Bovendien zijn er soms verschillen in de adviezen die worden gegeven in eerstelijnsrichtlijnen en in specialistische richtlijnen, waardoor de zorg niet aansluit en de verdeling van verantwoordelijkheden niet duidelijk is.

Het verdient aanbeveling om bij de ontwikkeling van nieuwe of de herziening van bestaande richtlijnen aandacht te besteden aan geïntegreerde en samenhangende aandacht voor de lichamelijke, psychische en sociale



aspecten. Ook de aansluiting tussen de richtlijnen van de verschillende beroepsgroepen zou nadrukkelijker meegenomen kunnen worden bij herziening van bestaande of ontwikkeling van nieuwe richtlijnen. De multidisciplinaire richtlijnen voor somatische screening en voor leefstijlinterventies bij patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening kunnen daarbij mogelijk als voorbeeld dienen.^{114,115}

4.3.2 Geïntegreerde benadering in opleiding van zorgprofessionals

De Gezondheidsraad adviseert Zorginstituut Nederland, de Federatie van Medisch Specialisten en het College Geneeskundige Specialismen om te verkennen op welke manier aandacht voor multimorbiditeit en voor de biologische, psychologische en sociale aspecten van ziek-zijn vanaf het begin geïntegreerd kunnen worden in medische en paramedische (vervolg)opleidingen. Verschillende opleidingen, zoals bijvoorbeeld de opleiding tot huisarts, geriater, revalidatiearts, bedrijfsarts en psychiater, hebben hiermee al een aanvang kunnen maken. Voor de medische vervolgoopleidingen zou de noodzaak van een verregaande integratie kunnen worden beschreven in het Raamplan.

Ook zou in (vervolg)opleidingen meer aandacht kunnen worden besteed aan de hulpverlening aan patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten. Dat kan mogelijk handelingsverlegenheid bij zorgprofessionals in de eerste lijn verminderen.

Een ander aandachtspunt voor opleidingen is het belang van integrale, patiëntgerichte zorg: aandacht voor de hele patiënt, voor diens context en voor wat hij of zij belangrijk vindt. Gedacht kan worden aan nascholing op het gebied van patiëntrelevante uitkomstmaten.

Tot slot wijst de Gezondheidsraad op het belang van een generalistische blik in opleidingen. Het zou een meer integrale benadering van mensen met lichamelijke en psychische aandoeningen mogelijk ten goede komen wanneer toekomstige zorgprofessionals worden opgeleid tot specialisten met een generalistische blik of tot generalisten met een specialisme.



Expertgroep en structureel geraadpleegde deskundige

Leden expertgroep met vermelding van specifieke expertise

- prof. dr. J.S. (Jako) Burgers, huisarts, Nederlands Huisartsen Genootschap en Maastricht University; Expertise: Huisartsgeneeskunde, persoonsgerichte zorg en multimorbiditeit
- prof. dr. J.J. van Busschbach, psycholoog, Erasmus MC, Rotterdam; Expertise: Medische psychologie en medische kwaliteit van leven
- prof. dr. W. Cahn, psychiater, UMC Utrecht en Altrecht; Expertise: Lichamelijke gezondheid bij psychiatrische aandoeningen
- dr. M. Chrispijn, psychiater; Expertise: Acute psychiatrie en somatische zorg in de psychiatrie
- dr. R. Handels, gezondheidseconoom, Maastricht University en Karolinska Institutet, Solna (Zweden); Expertise: Gezondheidseconomie, leefstijl en primaire preventie
- drs. J.M. Kamevaar-Kegel, arts n.p.; Expertise: Mede-auteur van het werkdocument Focus op Gezondheid – Zorg voor Herstel van MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid
- drs. I. Jans, klinisch neuropsycholoog en directeur zorg, Parnassia Groep; Expertise: Klinische (neuro)psychologie en zorgbestuur, psychiatrie
- dr. C.H.M. Latour, verpleegkundige, Hogeschool van Amsterdam; Expertise: Biopsychosociale complexiteit en verpleegkunde
- dr., dr.med. C. Leue, psychiater, Maastricht UMC+; Expertise: Consultatieve ziekenhuispsychiatrie en psychosomatiek
- dr. E. Richard, neuroloog, Radboudumc, Nijmegen; Expertise: Cognitieve stoornissen en dementie
- dr. A. Thijs, internist, Amsterdam UMC; Expertise: Interne geneeskunde en psychiatrische comorbiditeit
- dr. J.A. van Waarde, Rijnstate, Arnhem; Expertise: Psychiatrie en somatische comorbiditeit; opleider psychiatrie
- prof. dr. C. Wagner, hoogleraar patiëntveiligheid en directeur Nivel, Utrecht; Expertise: Patiëntveiligheid, fysiotherapie, sociologie en organisatie van zorg
- dr. A.F.Y. Al Hadithy, Parnassia Groep en ZI Farma; Expertise: Klinische (psycho)farmacologie en instellingenfarmacie
- prof. dr. B. van Meijel, hoogleraar GGZ-verpleegkunde, Amsterdam UMC en Hogeschool InHolland; Expertise: Gezondheidswetenschappen en GGZ-verpleegkunde
- dr. D. Rhebergen, psychiater, Amsterdam UMC en GGZ inGeest; Expertise: Ouderenpsychiatrie
- dr. F. Smits, huisarts n.p.; Expertise: Huisartsgeneeskunde, frequente bezoekers van de huisarts en cardiovasculair risicomangement bij patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening of verstandelijke beperking
- prof. dr. W.A. van Gool, neuroloog, Amsterdam UMC; Expertise: Diagnose en behandeling van dementie; *structureel geraadpleegde deskundige*

Secretaris

- drs. M.A. van Schijndel, psychiater, Rijnstate, Arnhem en Gezondheidsraad, Den Haag



literatuur



1. Walker ER, Druss BG. *Mental and addictive disorders and medical comorbidities*. Current psychiatry reports. 2018;20(10):86.
2. Firth J, Siddiqi N, Koyanagi A, Siskind D, Rosenbaum S, Galletly C, et al. *The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness*. The Lancet Psychiatry. 2019;6(8):675-712.
3. Kessler RC, Berglund P, Chiu WT, Demler O, Heeringa S, Hiripi E, et al. *The US national comorbidity survey replication (NCS-R): design and field procedures*. International journal of methods in psychiatric research. 2004;13(2):69-92.
4. Kessler RC, Merikangas KR. *The national comorbidity survey replication (NCS-R): background and aims*. International journal of methods in psychiatric research. 2004;13(2):60-8.
5. Goodell S, Druss BG, Walker ER, Mat M. *Mental disorders and medical comorbidity*. Robert Wood Johnson Foundation: Princeton. 2011.
6. Bertrem C, Bruffaerts R, Bonnewyn A, Van Oyen H, Demarest S, Demyttenaere K. *Mental and pain comorbidity of chronic somatic disorders in the general population in Belgium*. Archives of public health. 2006;64(5):199-214.
7. Buist-Bouwman MA, Graaf R, Vollebergh WAM, Ormel J. *Comorbidity of physical and mental disorders and the effect on work-loss days*. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2005;111(6):436-43.
8. Kathol R, Saravay SM, Lobo A, Ormel J. *Epidemiologic trends and costs of fragmentation*. Medical Clinics. 2006;90(4):549-72.
9. Rivelli S, Shirey K. *Prevalence of Psychiatric Symptoms/Syndromes in Medical Settings*. In: Kathol R, Summergrad P, editors. Integrated care in psychiatry. New York: Springer; 2014.
10. Weichert I. *The prevalence and impact of psychiatric comorbidity in inpatients admitted to a district general hospital in England: a 1-week cross-sectional study*. JR Coll Physicians Edinb. 2019;49:237-44.
11. Jansen L, van Schijndel M, van Waarde J, van Busschbach J. *Health-economic outcomes in hospital patients with medical-psychiatric comorbidity: a systematic review and meta-analysis*. PloS one. 2018;13(3).
12. Vektis. *Driekwart EPA-patiënten komt ook in het ziekenhuis 2018* <https://www.vektis.nl/nieuws/driekwart-epa-patienten-komt-ook-in-het-ziekenhuis>.
13. Naylor C, Das P, Ross S, Honeyman M, Thompson J, Gilbert H. *Bringing together physical and mental health*. King's Fund. 2016.
14. Linda Flinterman, Peter Groenewegen, Verheij R. *Zorglandschap en zorggebruik in een veranderende eerste lijn*. NIVEL; 2018.
15. Frølich A, Ghith N, Schiøtz M, Jacobsen R, Stockmarr A. *Multimorbidity, healthcare utilization and socioeconomic status: A register-based study in Denmark*. PloS one. 2019;14(8).
16. van Oostrom SH, Gijzen R, Stirbu I, Korevaar JC, Schellevis FG, Picavet HSJ, et al. *Time trends in prevalence of chronic diseases and multimorbidity not only due to aging: data from general practices and health surveys*. PloS one. 2016;11(8).



17. Volksgezondheidszorg.info 2020
<https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/cijfers-context/huidige-situatie>.
18. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. *Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study*. The Lancet. 2012;380(9836):37-43.
19. GGZ Standaarden. Generieke module Comorbiditeit: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ / Akwa GGZ; 2018 <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/comorbiditeit/inleiding>.
20. GGZ Standaarden. Generieke module Ziekenhuispsychiatrie: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz / AKWA GGZ; 2017 <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/ziekenhuispsychiatrie/samenvatting>.
21. Kessler RC, Ormel J, Demler O, Stang PE. *Comorbid mental disorders account for the role impairment of commonly occurring chronic physical disorders: results from the National Comorbidity Survey*. Journal of occupational and environmental medicine. 2003;45(12):1257-66.
22. Dew MA, Rosenberger EM, Myaskovsky L, DiMartini AF, Dabbs AJD, Posluszny DM, et al. *Depression and anxiety as risk factors for morbidity and mortality after organ transplantation: a systematic review and meta-analysis*. Transplantation. 2015;100(5):988.
23. Smith PJ, Byrd R, Lusby M, Clausen E, Snyder LD. *Depressive symptoms, exercise capacity, and clinical outcomes after lung transplantation*. Psychosomatic medicine. 2018;80(4):403-9.
24. McPhail SM. *Multimorbidity in chronic disease: impact on health care resources and costs*. Risk management and healthcare policy. 2016;9:143.
25. Palladino R, Tayu Lee J, Ashworth M, Triassi M, Millett C. *Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: evidence from 16 European countries. Age and ageing*. 2016;45(3):431-5.
26. Wammes JJG, van der Wees PJ, Tanke MA, Westert GP, Jeurissen PP. *Systematic review of high-cost patients' characteristics and healthcare utilisation*. BMJ open. 2018;8(9):e023113.
27. Dai H, Mei Z, An A, Wu J. *Epidemiology of physical and mental comorbidity in Canada and implications for health-related quality of life, suicidal ideation, and healthcare utilization: A nationwide cross-sectional study*. Journal of Affective Disorders. 2020;263:209-15.
28. Ng SH-X, Rahman N, Ang IYH, Sridharan S, Ramachandran S, Wang DD, et al. *Characterization of high healthcare utilizer groups using administrative data from an electronic medical record database*. BMC health services research. 2019;19(1):452.



29. Rinehart DJ, Oronce C, Durfee MJ, Ranby KW, Batal H, Hanratty R, et al. *Identifying subgroups of adult super-utilizers in an urban safety-net system using latent class analysis: Implications for clinical practice.* Medical care. 2018;56(1):e1.
30. Smeets RG, Elissen AM, Kroese ME, Hameleers N, Ruwaard D. *Identifying subgroups of high-need, high-cost, chronically ill patients in primary care: A latent class analysis.* PloS one. 2020;15(1):e0228103.
31. Swildens W, Termorshuizen F, de Ridder A, Smeets H, Engelhard I. *Somatic care with a psychotic disorder.* Lower somatic health care utilization of patients with a psychotic disorder compared to other patient groups and to controls without a psychiatric diagnosis. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research. 2016;43(5):650-62.
32. McGinty EE, Baller J, Azrin ST, Juliano-Bult D, Daumit GL. *Quality of medical care for persons with serious mental illness: a comprehensive review.* Schizophrenia research. 2015;165(2-3):227-35.
33. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. *No health without mental health.* The lancet. 2007;370(9590):859-77.
34. About social determinants of health: World Health Organization; 2017 http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/.
35. Shim R, Koplan C, Langheim FJ, Manseau MW, Powers RA, Compton MT. *The social determinants of mental health: An overview and call to action.* Psychiatric annals. 2014;44(1):22-6.
36. Reiss F. *Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review.* Social science & medicine. 2013;90:24-31.
37. Slopen N, Non A, Williams DR, Roberts AL, Albert MA. *Childhood adversity, adult neighborhood context, and cumulative biological risk for chronic diseases in adulthood.* Psychosomatic medicine. 2014;76(7):481.
38. Gezondheidsraad. *De ouder-kindrelatie en jeugdtrauma's* <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2018/05/22/de-ouder-kindrelatie-en-jeugdtraumas>: Gezondheidsraad; 2018
39. Teo AR, Choi H, Valenstein M. *Social relationships and depression: ten-year follow-up from a nationally representative study.* PloS one. 2013;8(4):e62396.
40. Kuhlman KR, Chiang JJ, Horn S, Bower JE. *Developmental psychoneuroendocrine and psychoneuroimmune pathways from childhood adversity to disease.* Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2017;80:166-84.
41. *Meeting report on excess mortality in persons with severe mental illness:* World Health Organization; 2015 https://www.who.int/mental_health/evidence/excess_mortality_meeting_report.pdf?ua=1.
42. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. *Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood*



- Experiences (ACE) Study*. American journal of preventive medicine. 2019;56(6):774-86.
43. Werkgroep psychosociale zorg bij een ingrijpende somatische aandoening. *Kwaliteitsstandaard psychosociale zorg bij somatische ziekte 2019* <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/psychosociale-zorg-bij-somatische-ziekte>.
44. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. *The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry*. The Annals of Family Medicine. 2004;2(6):576-82.
45. Public Health England. *Health Matters: reducing health inequalities in mental illness*. <https://www.gov.uk/publications>: Public Health England; 2018.
46. Plana-Ripoll O, Pedersen CB, Agerbo E, Holtz Y, Erlangsen A, Canudas-Romo V, et al. *A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study*. The Lancet. 2019;394(10211):1827-35.
47. Cooper S-A, McLean G, Guthrie B, McConnachie A, Mercer S, Sullivan F, et al. *Multiple physical and mental health comorbidity in adults with intellectual disabilities: population-based cross-sectional analysis*. BMC family practice. 2015;16(1):110.
48. Smits F, Aberson C. *De vergeten risicogroep voor hart- en vaatziekten: psychiatrisch en verstandelijk zeer beperkte patiënten*. Medisch Contact. 2019.
49. Naylor C, Parsonage M, McDaid D, Knapp M, Fossey M, Galea A. *Long-term conditions and mental health: the cost of co-morbidities*. 2012.
50. Mok C, Chan K, Ho L. *Association of depressive/anxiety symptoms with quality of life and work ability in patients with systemic lupus erythematosus*. Clinical and experimental rheumatology. 2016;34(3):389-95.
51. Ouellette DR, Lavoie KL. *Recognition, diagnosis, and treatment of cognitive and psychiatric disorders in patients with COPD*. International journal of chronic obstructive pulmonary disease. 2017;12:639.
52. Neuendorf R, Harding A, Stello N, Hanes D, Wahbeh H. *Depression and anxiety in patients with inflammatory bowel disease: a systematic review*. Journal of psychosomatic research. 2016;87:70-80.
53. Doyle F, McGee H, Conroy R, Conradi HJ, Meijer A, Steeds R, et al. *Systematic review and individual patient data meta-analysis of sex differences in depression and prognosis in persons with myocardial infarction: a MINDMAPS study*. Psychosomatic medicine. 2015;77(4):419-28.
54. Rafsten L, Danielsson A, Sunnerhagen KS. *Anxiety after stroke: a systematic review and meta-analysis*. Journal of rehabilitation medicine. 2018;50(9):769-78.
55. Buchberger B, Huppertz H, Krabbe L, Lux B, Mattivi JT, Siafarikas A. *Symptoms of depression and anxiety in youth with type 1 diabetes: A systematic review and meta-analysis*. Psychoneuroendocrinology. 2016;70:70-84.



- ^{56.} Maass SW, Roorda C, Berendsen AJ, Verhaak PF, de Bock GH. *The prevalence of long-term symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: a systematic review*. *Maturitas*. 2015;82(1):100-8.
- ^{57.} Peng Y-N, Huang M-L, Kao C-H. *Prevalence of depression and anxiety in colorectal cancer patients: a literature review*. *International journal of environmental research and public health*. 2019;16(3):411.
- ^{58.} Pham H, Torres H, Sharma P, editors. *Mental health implications in bladder cancer patients: a review*. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*; 2019: Elsevier.
- ^{59.} Anstey KJ, Ee N, Eramudugolla R, Jagger C, Peters R. *A Systematic Review of Meta-Analyses that Evaluate Risk Factors for Dementia to Evaluate the Quantity, Quality, and Global Representativeness of Evidence*. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2019;70(s1):S165-S86.
- ^{60.} Kim J, Kim Y, Bae J, Lee J-H, Song H-K. *Concomitant Psychiatric Symptoms in Neurological Outpatients*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(5):860.
- ^{61.} Hesdorffer DC. *Comorbidity between neurological illness and psychiatric disorders*. *CNS Spectrums*. 2016;21(3):230-8.
- ^{62.} Te Pou o te Whakaaro Nui. *The physical health of people with mental health conditions and/or addiction*. Te Pou o te Whakaaro Nui; 2017.
- ^{63.} Gupta A, Chadda RK. *Adverse psychiatric effects of non-psychotropic medications*. *BJPsych Advances*. 2016;22(5):325-34.
- ^{64.} Taylor D, Barnes T, Young A. *Maudsley prescribing guidelines in Psychiatry*, 13th edition: Wiley Blackwell; 2018.
- ^{65.} Agha L, Frandsen B, Rebitzer JB. *Causes and consequences of fragmented care delivery: Theory, evidence, and public policy*: National Bureau of Economic Research Cambridge, MA; 2017.
- ^{66.} Volksgezondheidszorg.info <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/acute-zorg/cijfers-context/>: RIVM; 2019
- ^{67.} van der Geest M. *Rapportage spoedeisende hulp 2019* <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/met-nog-meer-regels-en-nog-meer-richtlijnen-draaien-we-het-hele-systeem-kapot~bda26fb5/>.
- ^{68.} Anderson EL, Nordstrom K, Wilson MP, Peltzer-Jones JM, Zun L, Ng A, et al. *American Association for Emergency Psychiatry Task Force on medical clearance of adults part I: introduction, review and evidence-based guidelines*. *Western Journal of Emergency Medicine*. 2017;18(2):235.
- ^{69.} Wilson MP, Nordstrom K, Anderson EL, Ng AT, Zun LS, Peltzer-Jones JM, et al. *American Association for Emergency Psychiatry Task Force on medical clearance of adult psychiatric patients. Part II: controversies over medical assessment, and consensus recommendations*. *Western Journal of Emergency Medicine*. 2017;18(4):640.
- ^{70.} GGZ Standaarden. *Generieke module Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag 2018* <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/diagnostiek-en-behandeling-van-suicidaal-gedrag/diagnostiek-en-behandeling-van-suicidaal-gedrag>.



71. Fernholm R, Holzmann MJ, Wachtler C, Szulkin R, Carlsson AC, Härenstam KP. *Patient-related factors associated with an increased risk of being a reported case of preventable harm in first-line health care: a case-control study*. BMC Family Practice. 2020;21(1):20.
72. GGZ Standaarden. Generieke module psychische klachten in de huisartsenpraktijk: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ / AKWA GGZ; 2017 <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/psychische-klachten-in-de-huisartsenpraktijk/>.
73. Nivel. *Toename patiënten met psychische en sociale problemen in de huisartsenpraktijk 2018* <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/toename-patienten-met-psychische-en-sociale-problemen-de-huisartsenpraktijk>.
74. Werkgroep organisatie en bekostiging van psychosociale zorg bij somatische aandoeningen. *Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2015 <https://nvpo.nl/wp-content/uploads/2015/10/psychosociale-zorg-bij-somatische-aandoeningen.pdf>.
75. Cijfers en inspectie over probleemgedrag Zorg voor beter – kennisplein voor verpleging, verzorging, zorg thuis en eerste lijn <https://www.zorgvoorbeter.nl/probleemgedrag-ouderen/cijfers-inspectie>.
76. Collet J, de Vugt ME, Verhey FR, Engelen NJ, Schols JM. *Characteristics of double care demanding patients in a mental health care setting and a nursing home setting: results from the SpeCIMeN study*. Aging & mental health. 2018;22(1):33-9.
77. van den Brink AM, Gerritsen DL, Voshaar RCO, Koopmans RT. *Patients with mental–physical multimorbidity: do not let them fall by the wayside*. International psychogeriatrics. 2014;26(10):1585-9.
78. van den Brink AM, Gerritsen DL, Voshaar RCO, Koopmans RT. *Residents with mental–physical multimorbidity living in long-term care facilities: prevalence and characteristics. A systematic review*. International psychogeriatrics. 2013;25(4):531-48.
79. van Verseveld M, Verheesen S, van Schijndel M, van Waarde J. *Opvang van verwarde personen op de SEH*. Ned Tijdschr Geneesk. 2020;164.
80. Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. *Somatoform Disorders and Medically Unexplained Symptoms in Primary Care*. Deutsches Arzteblatt Online. 2015.
81. Guillemin M, Barnard E. George Libman Engel: *The Biopsychosocial Model and the Construction of Medical Practice*. In: Collyer F, editor. The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine. London: Palgrave Macmillan UK; 2015. p. 236-50.
82. *Psychiatrische problematiek in het ziekenhuis* (persbericht). <https://www.venvn.nl/nieuws/psychiatrische-problematiek-in-het-ziekenhuis-2/> V&VN. 2019.
83. *Aandacht voor somatiek te weinig vanzelfsprekend* (persbericht). <https://www.propersona.nl/Nieuws/?id=318&Aandacht+voor+somatiek+te+weinig+vanzelfsprekend> Pro Persona 2018.
84. Sloot S. *Leuren met de lastige patiënt*. Medisch Contact. 2011.



85. Knaak S, Patten S, Ungar T. *Mental illness stigma as a quality-of-care problem*. *Lancet Psychiatry*. 2015;2(10):863-4.
86. Kathol R, Butler M, McAlpine D, Kane R. *Barriers to physical and mental condition integrated service delivery*. *Psychosomatic Medicine*. 2010;72(6):511-8.
87. Durbin A, Durbin J, Hensel JM, Deber R. *Barriers and enablers to integrating mental health into primary care: a policy analysis*. *The journal of behavioral health services & research*. 2016;43(1):127-39.
88. Maassen EF, Schrevel SJ, Dedding CW, Broerse JE, Regeer BJ. *Comparing patients' perspectives of "good care" in Dutch outpatient psychiatric services with academic perspectives of patient-centred care*. *Journal of Mental Health*. 2017;26(1):84-94.
89. AKWA GGZ. *Zorgstandaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)*. 2018.
90. Jadhakhan F, Lindner OC, Blakemore A, Guthrie E. *Prevalence of medically unexplained symptoms in adults who are high users of health care services: a systematic review and meta-analysis protocol*. *BMJ Open*. 2019;9(7):e027922.
91. Kisely S, Crowe E, Lawrence D. *Cancer-related mortality in people with mental illness*. *JAMA psychiatry*. 2013;70(2):209-17.
92. Knaak S, Mantler E, Szeto A, editors. *Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions*. Healthcare management forum; 2017: SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA.
93. *Nota Indicatiestelling Medisch Specialistische Revalidatie*: Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen Revalidatie Nederland; 2016 <https://revalidatiegeneeskunde.nl/algemeen-beleid>.
94. *Helping people with severe mental disorders live longer and healthier lives*: World health organization; 2017 https://www.who.int/mental_health/evidence/policy_brief_on_severe_mental_disorders/en/.
95. Lippard ET, Nemeroff CB. *The devastating clinical consequences of child abuse and neglect: increased disease vulnerability and poor treatment response in mood disorders*. *American journal of psychiatry*. 2020;177(1):20-36.
96. Dorning H, Davies A, Blunt I. *Focus on: People with mental ill health and hospital use. Exploring disparities in hospital use for physical healthcare*. The health foundation and Nuffield trust (UK); 2015
97. Parnassia Groep. *Haagse SPOED 2017* <https://www.parnassiagroep.nl/hoe-wij-helpen/verwarde-personen/haagse-spoed>.
98. De minister voor Medische Zorg en Sport Kamerbrief betreffende agenda acute zorg 2019 <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/11/07/kamerbrief-over-agenda-acute-zorg>.
99. Simoons M, Mulder H, Doornbos B, Schoevers RA, van Roon EN, Ruhe HG. *Monitoring of somatic parameters at outpatient departments for mood and anxiety disorders*. *PloS one*. 2018;13(8).
100. Simoons M, Mulder H, Doornbos B, Raats PC, Bruggeman R, Cath DC, et al. *Metabolic syndrome at an outpatient clinic for bipolar disorders: a*



- case for systematic somatic monitoring*. Psychiatric Services. 2019;70(2):143-6.
- ¹⁰¹. Simoons M, Ruhé HG, van Roon EN, Schoevers RA, Bruggeman R, Cath DC, et al. *Design and methods of the 'monitoring outcomes of psychiatric pharmacotherapy' (MOPHAR) monitoring program—a study protocol*. BMC health services research. 2019;19(1):125.
- ¹⁰². Bruins J, Pijnenborg GH, van den Heuvel ER, Visser E, Corpeleijn E, Bartels-Velthuis AA, et al. *Persistent Low Rates of Treatment of Metabolic Risk Factors in People With Psychotic Disorders: A PHAMOUS Study*. The Journal of clinical psychiatry. 2017;78(8):1117.
- ¹⁰³. Deenik J, Tenback DE, Tak EC, Rutters F, Hendriksen IJ, van Harten PN. *Changes in physical and psychiatric health after a multidisciplinary lifestyle enhancing treatment for inpatients with severe mental illness: the MULTI study I*. Schizophrenia research. 2019;204:360-7.
- ¹⁰⁴. van Schijndel M, Jansen L, Caarls P, Wierdsma A. *Medical Psychiatric Units in the Netherlands: an investigation into distribution and quality*. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde. 2017;161:D890.
- ¹⁰⁵. van Schijndel MA, Caarls PJ, van Wijngaarden JD, Wierdsma AI, Lijmer JG, Boenink AD, et al. *Identifying value-based quality indicators for general hospital psychiatry*. General hospital psychiatry. 2018;55:27-37.
- ¹⁰⁶. van Schijndel MA, Jansen LAW, van de Klundert JJ. *Empirical Types of Medical Psychiatry Units*. Psychotherapy and Psychosomatics. 2019;88(2):127-8.
- ¹⁰⁷. van Waarde JA, van Schijndel MA, Lampe IK, Hegeman JM, Balk FJE, Notten PJH, et al. *Veldnormen Medisch Psychiatrische Units* (Field norms for Type IV medical psychiatry units, in Dutch) Utrecht: Netherlands Psychiatric Association; 2014 (Geraadpleegd 2018 August 31). <http://www.nvvp.net/stream/veldnormen-mpu-juni-2014>.
- ¹⁰⁸. Caarls P, van Schijndel M, Berk Gvd, Boenink A, Boerman D, Lijmer J, et al. *Factors influencing the admission decision for Medical Psychiatry Units: A concept mapping approach*. PloS one. 2019;14(9):e0221807.
- ¹⁰⁹. Kromkamp M, van Nesselrooij T. *The mobile medical-psychiatric unit pilot: Treating comorbidity by moving the team not the patient*. Journal of Psychosomatic Research. 2019;121:145-6.
- ¹¹⁰. Borg S, Öberg B, Leosdottir M, Lindolm D, Nilsson L, Bäck M. *Factors associated with non-attendance at exercise-based cardiac rehabilitation*. BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation. 2019;11(1):13.
- ¹¹¹. Verweij L, Jepma P, Buurman B, Latour C, Engelbert R, Ter Riet G, et al. *The cardiac care bridge program: design of a randomized trial of nurse-coordinated transitional care in older hospitalized cardiac patients at high risk of readmission and mortality*. BMC health services research. 2018;18(1):508.
- ¹¹². Wolfs CAG. Thesis: *An integrated approach to dementia a clinical and economic evaluation 2007* <https://cris.maastrichtuniversity.nl/ws/portalfiles/portal/38431603/c6598.pdf>.



- ¹¹³. Wolfs CA, Dirksen CD, Kessels A, Severens JL, Verhey FR. *Economic evaluation of an integrated diagnostic approach for psychogeriatric patients: results of a randomized controlled trial*. Archives of general psychiatry. 2009;66(3):313-23.
- ¹¹⁴. GGZ richtlijnen. *Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening 2015* <https://www.ggzrichtlijnen.nl/leefstijl-bij-patienten-met-een-ernstige-psychische-aandoening>.
- ¹¹⁵. GGZ richtlijnen. *Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening 2015* <https://www.ggzrichtlijnen.nl/somatische-screening-bij-patienten-met-ernstige-psychische-aandoening>.



De Gezondheidsraad, ingesteld in 1902, is een adviesorgaan met als taak de regering en het parlement 'voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid en het gezondheids(zorg)onderzoek' (art. 22 Gezondheidswet).

De Gezondheidsraad ontvangt de meeste adviesvragen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Infrastructuur en Waterstaat; Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit. De raad kan ook op eigen initiatief adviezen uitbrengen, en ontwikkelingen of trends signaleren die van belang zijn voor het overheidsbeleid.

De adviezen van de Gezondheidsraad zijn openbaar en worden als regel opgesteld door multidisciplinaire commissies van – op persoonlijke titel benoemde – Nederlandse en soms buitenlandse deskundigen.

U kunt dit document downloaden van www.gezondheidsraad.nl.

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:

Gezondheidsraad. Integrale zorg voor mensen met lichamelijke en psychische aandoeningen

Den Haag: Gezondheidsraad, 2020; publicatienr. 2020/07.

Auteursrecht voorbehouden

