Rubriek	Klinische praktijk
Vakgebied	GGZ; Kanker
E-locator	D9032
Aanvaardingsdatum	29/7/2026
Gerelateerd artikel	
Volumenummer	170

Ernstige psychiatrische problematiek en kanker

Uitdagingen bij diagnostiek en behandeling

Jasmijn C. van Groen, Jelmer Alsma, Jessica de Ruijter, Brigitte Haberkorn, T.R. (Rikje) Ruiter en Joris J.B. van der Vlugt-Molenaar

Oncology in patients with severe mental illness: challenges in diagnosis and treatment

Patients with a severe mental illness (SMI) have an increased risk of somatic comorbidity, including oncological diseases. Diagnosis may be delayed, and treatment may be suboptimal due to both patient-related and care-related factors.

Conflict of interest and financial support: potential conflicts of interest have been reported for this article. ICMJE forms provided by the authors are available online along with the full text of this article.

Beste collega's,

Patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening krijgen de diagnose kanker vaak later en hebben een slechtere prognose. Welke factoren spelen hierbij een rol en wat betekent dit voor diagnostiek en behandeling?

In Nederland wonen 281.000 mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA). Dit is rond de 1,7% van de bevolking.[1] Mensen met een EPA, zoals een psychosespectrumstoornis, ernstige depressieve stoornis, bipolaire stoornis, autismespectrumstoornis of een persoonlijkheidsstoornis, hebben langdurige behandeltrajecten in de ggz en ernstige beperkingen in sociaal en maatschappelijk functioneren. Daarnaast hebben ze een verhoogd risico op somatische aandoeningen.[1] Mensen met een EPA leven ruim 15 jaar korter dan mensen zonder een EPA, en dit verschil neemt toe met het toenemen van de levensverwachting van mensen zonder een EPA.[2] Een belangrijk, maar onderbelicht thema is de diagnostiek en behandeling van oncologische aandoeningen bij patiënten met een EPA.

In dit artikel bespreken wij de specifieke uitdagingen van oncologische zorg voor patiënten met een EPA aan de hand van drie casussen.

Patiënt A, een 70-jarige man, werd opgenomen op de medisch-psychiatrische unit (MPU) met een grote ulcerende wond op zijn hoofd. Hij was al ruim dertig jaar bekend met schizofrenie, maar onttrok zich van zorg en weigerde antipsychotische behandeling. In de periode voorafgaand aan de opname had de patiënt

gedurende meerdere weken klachten van algehele malaise, koorts en hoofdpijn, naast een grote wond op het hoofd. Aanvankelijk zocht hij hiervoor geen medische hulp en vertelde dit niet aan zijn naasten. Na signalen van zorgen vanuit zijn omgeving verrichtte de huisarts een huisbezoek. Daarbij kwam een uitgebreide hoofdwond aan het licht die de patiënt eerder onder een pet verborgen had gehouden (figuur). Hierop werd de zorg opgeschaald met inzet van thuiszorg en werd aanvullende diagnostiek door de dermatoloog in gang gezet. De patiënt liet echter geen thuiszorg toe vanwege paranoïde wanen en gaf aan niet buitenshuis behandeld te willen worden, aangezien hij daar angstig van werd. Uiteindelijk moest hij in een gedwongen kader onder politiebegeleiding naar het ziekenhuis worden vervoerd. Na uitgebreide diagnostiek bleek de patiënt een stadium IV-plaveiselcelcarcinoom van 15 bij 12 cm te hebben met doorgroei in de schedel tot op de dura. Door blootligging van de dura ontwikkelde patiënt tijdens de opname een secundaire bacteriële meningitis. [D9032_F1]

Figuur 1

De hoofdwond van patiënt A

Foto van de uitgebreide wond op het hoofd van patiënt A, nadat hij deze eerder onder een pet had verborgen.

Na adequate behandeling van zijn meningitis en een operatie aan zijn schedel om een deel van de wond te sluiten, werd de patiënt op de MPU opgenomen om de zorg voor zijn psychiatrisch en somatisch ziektebeeld te combineren. Vanuit hier werd de nauwe samenwerking met de afdeling Interne Geneeskunde, Oncologie en Dermatologie gecontinueerd. Na start van antipsychotica was er meer ‘shared decision making’, ofwel gedeelde besluitvorming, mogelijk en gaf de patiënt toestemming voor verdere behandeling. Daarop werd hij behandeld met immuuntherapie in de vorm van cemiplimab. Gezien het vergevorderde stadium van de maligniteit werd de tumor als niet-curabel beschouwd. De immuuntherapie leidde tot stabilisatie van het tumorproces en verbetering van de huidafwijking, maar het bestaande wonddefect op het hoofd, inclusief het uitgebreide defect van het schedeldak, bleef bestaan. Achteraf bezien heeft patiënt de zorg als heel prettig ervaren en is hij, met voortzetting van cemiplimab, naar een verpleeghuis gegaan.

Patiënt B, een 53-jarige vrouw, bekend met een licht verstandelijke beperking (IQ: 62) en psychotische belevingen, werd opgenomen op de afdeling Acute Psychiatrie in verband met psychotische klachten. Tijdens de opname klaagde ze over pijn in haar borsten. Bij lichamelijk onderzoek bleek er sprake van een ingetrokken huid op haar linker borst. Een mammografie liet verdachte afwijkingen in beide borsten zien. Aanvullende diagnostiek toonde een hormoonreceptorpositief mammacarcinoom beiderzijds. De patiënte had moeite de gevolgen van haar diagnose te overzien. In gesprek met de oncoloog, chirurg en psychiater gaf zij meermaals aan geen borstkanker te hebben. Vanwege psychotische belevingen veranderde haar opvatting over behandeling van de borstkanker geregeld. Soms was ze in de veronderstelling dat haar antipsychotische behandeling oorzakelijk verbonden was met haar tumor. De ambivalentie ten aanzien van diagnose en behandeling bemoeilijkte het vervolgtraject. Met passende begeleiding stemde de patiënte uiteindelijk in met de initiële behandeling. Zij werd succesvol geopereerd en aansluitend behandeld met radiotherapie. Daarnaast bestond een indicatie voor adjuvante hormoontherapie gedurende 5-7 jaar, waarmee het recidiefrisico

aanzienlijk kan worden verlaagd, mits er sprake is van langdurige therapietrouw. De patiënte wilde zelf graag zo lang mogelijk blijven leven voor haar zoon, maar had ook na opname in de thuissituatie moeite met het consequent innemen van medicatie. Gezien de reeds aanwezige woonbegeleiding werd verwacht dat deze therapietrouw voldoende kon worden geborgd. Achteraf bezien vond de patiënte het proces lang duren en had ze een kortere behandeling gewild.

Patiënt C, een man van 47 jaar, was vanwege een chronisch psychotisch beeld in het kader van schizofrenie opgenomen op een gesloten afdeling. Vanwege een verslechterend klinisch beeld werd hij opgenomen op de MPU voor elektroconvulsietherapie (ECT). Tijdens de opname op de gesloten afdeling was de patiënt door een internist gezien vanwege gewichtsverlies en frequent braken. De internist dacht aan mogelijke passageklachten. Vanwege een moeizame anamnese en een stabiel gewicht tijdens de opname werd aanvullende diagnostiek aanvankelijk niet noodzakelijk geacht, mede doordat de klachten het meest leken te passen bij overeten. Enkele maanden later kwam patiënt echter op de SEH met buikpijn, braken en een gewichtsverlies van ruim 20 kg. Op de SEH werd een CT-scan gemaakt van thorax en abdomen, waarop het beeld van een gemetastaseerd oesofaguscarcinoom werd gezien. Er werd geen verdere diagnostiek gedaan vanwege de uitgebreidheid van de afwijkingen op de scan.
In samenspraak met de familie werd de patiënt op de MPU opgenomen en werd een palliatief traject ingezet. Hij overleed nog geen twee weken na de diagnose. De patiënt was als gevolg van zijn psychiatrische ziektebeeld niet in staat om beslissingen over de zorg te nemen en hierop te reflecteren. De familie was aangeslagen door het snelle beloop en gaf aan graag te hebben gezien dat de diagnose eerder was gesteld, omdat er nu weinig gelegenheid was geweest om passend afscheid te nemen.

Beschouwing

Bij mensen met een EPA komen oncologische aandoeningen tot 50% vaker voor dan in de algemene bevolking.[3] Zowel de incidentie als de prevalentie zijn verhoogd, en het risico op overlijden aan kanker ligt hoger.[3] Het risico op met name pancreaskopcarcinoom, oesofaguscarcinoom en borstkanker zijn sterk verhoogd in deze populatie.[4] Dit betekent dat rond de 3% van de patiënten met een maligniteit ook een EPA heeft.[5] Bij deze patiëntencategorie is er frequent sprake van vertraging in diagnostiek en suboptimale of onafgemaakte behandeltrajecten. Diverse factoren dragen bij aan de verhoogde incidentie en vertraagde diagnostiek, waaronder veranderde pijnperceptie en lichaamsgewaarwording bij psychotische stoornissen, ongezondere leefstijl, somatische comorbiditeit, verminderde therapietrouw, complexe medicatie-interacties en beperkingen in de organisatie van zorg.[6] Hoewel verschillende factoren en mechanismen een rol spelen bij diagnostiek en behandeling, lijken met name diagnostische overschaduwing, zorgmijding en gebrekkige zorgcoördinatie bepalend. Diagnostische overschaduwing houdt in dat somatische klachten (te) snel worden toegeschreven aan de psychiatrische aandoening of aan het gebruik van psychofarmaca, waardoor noodzakelijke somatische diagnostiek kan worden vertraagd. Juist op deze punten liggen de belangrijkste aangrijpingspunten om de oncologische zorg voor patiënten met een EPA te verbeteren.

Vertraagde diagnostiek

Onze casussen illustreren meerdere mechanismen van diagnostische vertraging. Bij psychotische stoornissen kunnen lichamelijke sensaties anders worden ervaren of verwoord,[8] wat de anamnese minder richtinggevend maakt. Dit vraagt om verhoogde waakzaamheid voor objectiveerbare signalen zoals onbedoeld gewichtsverlies, persisterend braken, koorts, nachtzweten en laagdrempelige inzet van aanvullend onderzoek. Ook is het belangrijk om laagdrempelig lichamelijk onderzoek te verrichten, aangezien patiënten – zoals geïllustreerd door patiënt A – vaak zelf niet in staat zijn afwijkingen adequaat te benoemen en te laten zien. Daarnaast is er sprake van diagnostische overschaduwing. Patiënt C laat zien hoe dit kan leiden tot een late ontdekking van gemetastaseerde ziekte, waardoor er weinig ruimte was om de palliatieve fase naar wens in te vullen.

Suboptimale behandeling

Na het stellen van de diagnose krijgen patiënten met een EPA minder vaak een behandeling volgens de richtlijnen.[10] De oorzaken zijn meervoudig. Patiëntgebonden factoren omvatten verminderde therapietrouw, beperkte draagkracht, somatische comorbiditeit en de invloed van psychiatrische symptomen op besluitvorming en de mate waarin patiënten intensieve trajecten kunnen volhouden.[10] Behandelinggebonden factoren betreffen de complexiteit van medicatie-interacties tussen psychofarmaca en oncologische middelen en de terughoudendheid van behandelaren om hoog-intensieve therapie in te zetten bij patiënten met psychiatrische kwetsbaarheid.[10]

Een onderbelicht maar relevant aspect is dat patiënten met een EPA niet in klinische oncologische trials participeren.[7] Door exclusie op basis van comorbiditeit, verwachte therapie-ontrouw, uitdagingen rondom het verkrijgen van ‘informed consent’ en organisatorische barrières, is deze populatie structureel ondervertegenwoordigd in de trials waarop oncologische richtlijnen zijn gebaseerd. Hierdoor zijn trialresultaten niet zonder meer een-op-een te extrapoleren naar patiënten met een EPA: haalbaarheid, therapietrouw, toxiciteit en effectiviteit kunnen wezenlijk anders uitvallen dan in geselecteerde trialpopulaties. Patiënten met een EPA nemen bovendien minder vaak deel aan bevolkingsonderzoeken,[9] onder meer door lagere gezondheidsvaardigheden, angst en wantrouwen, logistieke barrières en het ontbreken van begeleiding. Dit verhoogt het risico op een late diagnose. Toegankelijke, op maat gemaakte strategieën zijn nodig om deelname aan deze screeningsprogramma’s te stimuleren en follow-up bij afwijkende bevindingen te verzekeren.

Leerpunten casuïstiek

In onze casussen speelden vooral patiëntfactoren een centrale rol: bij patiënt A ontstond behandelvertraging door zorgmijding en het niet accepteren van thuiszorg; bij patiënt B was langdurige therapietrouw een terugkerend knelpunt; bij patiënt C leidde overschaduwing tot late diagnostiek. Tegelijkertijd laat de tijdelijke opname op een MPU zien dat geïntegreerde settingen de somatische én psychiatrische zorg kunnen verbinden en daarmee de behandelbaarheid verbeteren. Poliklinisch zijn zulke zorgpaden nog niet altijd helder gedefinieerd en is het belangrijk deze regionaal te formeren voor goede oncologische zorg voor patiënten met

een EPA. Het betrekken van de liaison psychiatrie in het desbetreffende ziekenhuis vormt een belangrijke stap in de prehabilitatie van patiënten met een EPA.

In dat kader is het belangrijk het dominante frame van ‘onderbehandeling’ te verbreden naar ‘passende behandeling’. Voor patiënten met een EPA is de technisch maximaal haalbare oncologische behandeloptie niet altijd de medisch beste keuze. Passende behandeling is een plan dat medisch zinvol is én uitvoerbaar binnen de psychische, sociale en somatische context. Soms betekent dit intensivering met extra begeleiding en strakke monitoring, soms betekent het de-escalatie naar minder belastende schema’s met behoud van reële winst in kwaliteit van leven. Cruciaal is vroegtijdige, structurele integratie tussen ggz, huisarts en oncologische teams, waarin afspraken over verantwoordelijkheid en structurele overlegmomenten zijn opgenomen, afgestemd op thuiswonende, begeleid wonende en opgenomen patiënten met een EPA. Daarnaast zijn proactieve ondersteuning van therapietrouw met bijvoorbeeld woonbegeleiding en medicatiebegeleiding en aandacht voor gezamenlijke besluitvorming afgestemd op wilsbekwaamheid en draagkracht, belangrijke aandachtspunten.

Beste collega’s, concluderend hebben patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) een sterk verhoogd risico op oncologische ziekten. Deze ziekten worden vaak laat gediagnosticeerd en de patiënten krijgen niet altijd een passende behandeling. Verschillende factoren dragen hieraan bij, zoals de beperkte toepasbaarheid van trialgegevens, een andere beleving van lichamelijke signalen, diagnostische overschaduwing en de organisatie van de zorg. Wanneer het ons niet lukt patiënten met een EPA en oncologische pathologie vroegtijdig te onderkennen, zullen de huidige problemen blijven bestaan. De sleutel ligt in geïntegreerde zorg, waarbij vroegtijdig multidisciplinair overleg essentieel is. Dit is nodig om te komen tot een passende behandeling die somatiek en psyche in balans brengt en waarbij haalbaarheid, veiligheid en kwaliteit van leven centraal staan. Een gerichte toeleiding naar bestaande screeningsprogramma’s en het betrekken van de liaison psychiatrie in een oncologisch traject kunnen eerste, belangrijke stappen in de juiste richting zijn.

Online artikel en reageren op ntvg.nl/D9032

Antes-Parnassia Groep, Medisch Psychiatrische Unit, Rotterdam: J.C. van Groen, anios psychiatrie; dr. J. de Ruijter, psychiater; dr. J.J.B. van der Vlugt-Molenaar, psychiater. Erasmus MC, Afd. Interne Geneeskunde, Rotterdam: dr. J. Alsma, internist-acute geneeskunde. Maasstad Ziekenhuis, Afd. Interne Geneeskunde, Rotterdam: drs. B. Haberkorn, internist-oncoloog; dr. T.R. Ruiter, internist-ouderengeneeskunde.

Contact: J.C. van Groen (j.vangroen@anteszorg.nl)

Belangenconflict en financiële ondersteuning: er zijn mogelijke belangen gemeld bij dit artikel. ICMJE-formulieren met de belangenverklaring van de auteurs zijn online beschikbaar bij dit artikel.

Aanvaard op 29 juli 2026

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2026;170:D9032

Literatuur

1. Akwa. EPA (ernstige psychische aandoeningen): GGZ Standaarden; 2017 [updated 18-06-2021.

2. Chan JKN, Correll CU, Wong CSM, et al. Life expectancy and years of potential life lost in people with mental disorders: a systematic review and meta-analysis. EClinicalMedicine. 2023;65:102294. doi:10.1016/j.eclinm.2023.102294. Medline
3. Lin GM, Chen YJ, Kuo DJ, et al. Cancer incidence in patients with schizophrenia or bipolar disorder: a nationwide population-based study in Taiwan, 1997-2009. Schizophr Bull. 2013;39(2):407-416. doi:10.1093/schbul/sbr162. Medline
4. Nordentoft M, Plana-Ripoll O, Laursen TM. Cancer and schizophrenia. Curr Opin Psychiatry. 2021;34(3):260-265. doi:10.1097/YCO.0000000000000697. Medline
5. Iglay K, Santorelli ML, Hirshfield KM, et al. Impact of Preexisting Mental Illness on All-Cause and Breast Cancer-Specific Mortality in Elderly Patients With Breast Cancer. J Clin Oncol. 2017;35(36):4012-4018. doi:10.1200/JCO.2017.73.4947. Medline
6. Bentson TM, Fløe LE, Bruun JM, et al. Barriers in cancer trajectories of patients with pre-existing severe mental disorders-A systematic review. Psychooncology. 2023;32(6):862-874. doi:10.1002/pon.6138. Medline
7. Jin S, Pazdur R, Sridhara R. Re-Evaluating Eligibility Criteria for Oncology Clinical Trials: Analysis of Investigational New Drug Applications in 2015. J Clin Oncol. 2017;35(33):3745-3752. doi:10.1200/JCO.2017.73.4186. Medline
8. Faouel N, Mohamed BB, Bejar M, Zaafrane F, Gaha L. Pain perception in schizophrenia: A neglected phenomenon with a great impact. European Psychiatry. 2021;64(S1):S437-S. doi: 10.1192/j.eurpsy.2021.1165.
9. Kerrison RS, Jones A, Peng J, et al. Inequalities in cancer screening participation between adults with and without severe mental illness: results from a cross-sectional analysis of primary care data on English Screening Programmes. Br J Cancer. 2023;129(1):81-93. doi:10.1038/s41416-023-02249-3. Medline
10. Wang Y-H, Aggarwal A, Stewart R, Davies EA. Impact of pre-existing mental health disorders on the receipt of guideline recommended cancer treatments: A systematic review. Psychooncology. 2023;32(3):307-330. doi:10.1002/pon.6081. Medline

Kernpunten

Oncologische aandoeningen worden niet altijd tijdig herkend bij patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening.

Diagnostische vertraging kan worden veroorzaakt door zowel zorggerelateerde als patiëntgerelateerde factoren.

De behandeling van oncologische aandoeningen bij patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening vereist intensieve samenwerking tussen verschillende zorgverleners.

FirstName	*MiddleName*	*LastName*	*Affiliation*	*Contact*
Jasmijn	**C.**	**van Groen**	**Antes-Parnassia Groep, Medisch Psychiatrische Unit, Rotterdam**	**j.vangroen@anteszorg.nl**
Jelmer		**Alsma**	**Erasmus MC, Afd. Interne**	

			Geneeskunde, Rotterdam	
Jessica		de Ruijter	Antes-Parnassia Groep, Medisch Psychiatrische Unit, Rotterdam	
Brigitte	.	Haberkorn	Maasstad Ziekenhuis, Afd. Interne Geneeskunde, Rotterdam	
T.R. (Rikje)		Ruiter	Maasstad Ziekenhuis, Afd. Interne Geneeskunde, Rotterdam	
Joris	J.B.	van der Vlugt-Molenaar	Antes-Parnassia Groep, Medisch Psychiatrische Unit, Rotterdam	