

Waarom zorgen we niet goed voor onze minder begaafde patiënten?

T.A.M.J. VAN AMELSVOORT



Een aanzienlijk deel van de Nederlandse bevolking functioneert op het niveau van zwakbegaafdheid (IQ 70-85) of een verstandelijke beperking (IQ < 70). Volgens het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP; Woittiezz e.a. 2014) telde Nederland in 2013 ongeveer 142.000 mensen met een IQ onder de 70. Het aantal zwakbegaafde mensen is veel groter (ruim 13% van de bevolking) dan het aantal mensen met een verstandelijke beperking en wordt geschat op ongeveer 2,2 miljoen.

In de DSM-5 (APA 2014) wordt verstandelijke beperking geclassificeerd onder de neurobiologische ontwikkelingsstoornissen en zijn, in tegenstelling tot de DSM-IV, de IQ-grenzen weggelaten. Daarmee wil men aangeven dat een verstandelijke beperking niet alleen een intellectuele beperking is, maar ook een beperking in het aanpassingsvermogen. Dit laatste is relevant omdat dit grotendeels bepaalt hoeveel zorg en ondersteuning iemand nodig heeft.

Waar in de DSM-IV er nog een V-code voor zwakbegaafdheid was, is deze term in de DSM-5 geheel verdwenen en is classificeren helemaal niet meer mogelijk. Dit terwijl zwakbegaafdheid in feite nog steeds een bijkomend probleem is en een extra reden voor zorg kan zijn. Sterker nog, vooral mensen met zwakbegaafdheid deden de laatste jaren een groter beroep op de zorg, hetgeen vooral wordt toegeschreven aan de toenemende complexiteit van de samenleving (Woittiezz e.a. 2014).

Zorg

Mensen met een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid hebben veel vaker psychische en lichamelijke problemen dan mensen uit de algemene bevolking en dit geldt voor zowel kinderen en volwassenen als ouderen (Hughes-McCormack e.a. 2017). Gezien deze verhoogde kwetsbaarheid voor psychische problemen is het moeilijk te begrijpen dat psychiatrische zorg zo moeilijk toegankelijk is voor mensen met een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid. Dit geldt met name voor volwassenen.

Volgens de United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (UNCRPD) zouden alle mensen met een beperking dezelfde toegang tot gezondheidszorgvoorzieningen moeten hebben als de algemene bevolking. Dit betekent dus ook dat mensen met een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid én psychische problemen recht hebben op behandeling bij de ggz. Door onvoldoende kennis van en ervaring met deze doelgroep, met name op het gebied van bejegening en communicatie, weet men in de ggz vaak niet hoe met deze doelgroep om te gaan. Bovendien wordt de ggz-deur vaak gesloten gehouden wanneer al op voorhand bekend is dat een patiënt minder begaafd is. Echter, vaak wordt een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid ook niet herkend bij patiënten die al langer in zorg zijn bij de ggz en er is zeer

waarschijnlijk sprake van onderdiagnostiek en suboptimale behandeling bij een deel van de ggz-patiënten. Nieuwenhuis e.a. (2017) vonden een vermoedelijke verstandelijke beperking bij 40% van de acuut opgenomen patiënten na screening (met de *Screeener for Intelligence and Learning disabilities*; *scil*) op een gesloten psychiatrische afdeling; deze hing samen met een grotere kans op dwang- en drangmaatregelen. Er is dus veel winst te behalen door tijdige herkenning van een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid in de ggz en daar de zorg en behandeling op aan te passen.

Binnen de instellingen voor mensen met verstandelijke beperkingen is vaak onvoldoende kennis en expertise over psychische problematiek en psychiaters werken daar vaak op consultatieve basis. Dit resulteert in gefragmenteerde zorg met soms jarenlang psychofarmacagebruik zonder goede monitoring.

Gelukkig zijn er steeds meer structurele samenwerkingsverbanden tussen ggz-instellingen en instellingen voor mensen met verstandelijke beperkingen. Dit is de enige manier om de zorg voor deze kwetsbare doelgroep optimaal in te richten: van elkaars expertise gebruikmaken, en vooral een gezamenlijk aanbod creëren en hierin samen verantwoordelijkheid nemen.

Begin 2018 verscheen een zorgstandaard over dit onderwerp: de generieke module psychische stoornissen en zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking (<https://www.ggznieuws.nl/home/kwaliteitsstandaard-bevordert-toegankelijke-ggz-mensen-verstandelijke-beperking>). Deze heeft als doel de toegankelijkheid van de ggz voor deze doelgroep te bevorderen.

Onderzoek

Helaas is er een grote schaarste aan wetenschappelijk onderzoek naar psychische problemen bij mensen met een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid. Vaak wordt deze groep buitengesloten van deelname aan studies. Vooral waar het gaat om mensen die wilsonbekwaam zijn, is het zeer lastig toestemming te krijgen van medisch-ethische commissies om deze studies uit te voeren, ook al vinden de wettelijke vertegenwoordigers van de betreffende personen deelname heel belangrijk. Het gevolg is dat er nog steeds onvoldoende kennis is over etiologie, diagnostiek en behandeling van mensen met een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid die kampen met psychische problemen.

Onderwijs

De beperkte toegang tot de ggz van mensen met een verstandelijke beperking wordt mede verklaard door onvoldoende training van en bekendheid bij hulpverleners. Ook medische professionals hebben aangegeven onvoldoende bekendheid en vaardigheden te hebben om met deze doelgroep om te gaan en zij willen meer scholing.

Het onderwijzen van vaardigheden op het gebied van effectief communiceren met mensen met een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid zou eigenlijk al aan het begin van de geneeskundeopleiding aan bod moeten komen (Trollor e.a. 2018).

Bovendien zouden gesprekstechnieken, bejegeningadviezen, diagnostiek en behandeling verplicht aan bod moeten komen tijdens de basisopleiding tot psychiater.

Ten slotte zullen ggz-hulpverleners getraind moeten worden in het herkennen van mensen met een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid, en de hulpverleners in instellingen voor mensen met verstandelijke beperkingen in herkenning van psychische aandoeningen.

AUTEUR

THERESE VAN AMELSVOORT, psychiater en hoogleraar Transitiepsychiatrie, MUMC+, Mondriaan GGz en Koraalgroep.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. T.A.M.J. van Amelsvoort, MUMC+, afd. Psychologie en Psychiatrie, Postbus 616, 6200 MD Maastricht. E-mail: t.vanamelsvoort@maastricht-university.nl

TITLE IN ENGLISH

Why don't we take good care of our less gifted patients?

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Beknopt overzicht van de criteria DSM-5. Amsterdam: Boom; 2014.
- Hughes-McCormack LA, Rydzewska E, Henderson A, MacIntyre C, Rintoul J, Cooper SA. Prevalence of mental health conditions and relationship with general health in a whole-country population of people with intellectual disabilities compared with the general population. *BJPsych Open* 2017; 3: 243-8.
- Nieuwenhuis JG, Noorthoorn EO, Nijman HLI, Naarding P, Mulder CL. A blind spot? Screening for mild intellectual disability and borderline intellectual functioning in admitted psychiatric patients: prevalence and associations with coercive measures. *PLoS One* 2017; 12(2): e0168847.
- Trollor JN, Eagleson C, Turner B, Tracy J, Torr JJ, Durvasula S, e.a. Intellectual disability content within tertiary medical curriculum: how is it taught and by whom? *BMC Med Educ* 2018; 18: 182.
- Woittiezz I, Putman L, Eggink E, Ras M. Zorg beter begrepen. Den Haag: SCP; 2014.

Conclusie

We moeten de zorg beter inrichten voor de grote, kwetsbare groep van minder-begaafden. Dit is alleen mogelijk als er meer onderzoek gedaan wordt naar deze groep en er in het onderwijs meer aandacht komt voor deze groep. Uiteindelijk zal dit ongetwijfeld ook tot kostenreductie leiden. Wat kunnen we tot die tijd zelf al doen? Om te beginnen systematisch screenen: binnen de reguliere ggz op aanwezigheid van verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid, en binnen instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking op psychische aandoeningen.