

De psychiater en patiënten met een lichte verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid

J. Voeten-van de Louw, A. Ruissen, M. Sielk

- Achtergrond** Een substantieel deel van de patiënten binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz) heeft een lichte verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid (LVB/ZB). Eerder onderzoek laat zien dat psychiaters ambivalent zijn over hun eigen kennen en kunnen bij het verlenen van zorg aan patiënten met LVB/ZB, maar verdiepend onderzoek ontbreekt.
- Doel** Zicht krijgen op factoren die een rol spelen bij hoe psychiaters het verlenen van zorg aan patiënten met LVB/ZB én psychiatrische problematiek ervaren.
- Methode** Exploratief kwalitatief onderzoek met semigestructureerde interviews bij negen psychiaters.
- Resultaten** De resultaten waren in te delen in vijf thema's: beeldvorming, herkenning, omgang, samenwerking en kennis en kunde. Door de thema's heen klonk terughoudendheid, en gevoelens van onbekwaamheid werden geuit. Vooroordelen kwamen naar voren. Er werd een rol gezien voor de ggz in de zorg voor patiënten met LVB/ZB én psychiatrische problemen en daarnaast hoorden we de wens tot samenwerking met en doorverwijzen naar de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.
- Conclusie** Hoe psychiaters het verlenen van zorg aan patiënten met LVB/ZB ervaren, lijkt te worden beïnvloed door psychologische processen als stigmatisering en overdrachtfenomenen. Dit zijn veelal onbewuste processen. De bewustwording van deze processen in het contact tussen psychiater en patiënt met LVB/ZB is wenselijk om de zorg voor deze doelgroep te verbeteren.

Het is in de praktijk vaak niet eenvoudig om als arts een patiënt naar de ggz te verwijzen als deze patiënt zowel een lichte verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid (LVB/ZB) heeft als psychiatrische problemen. Veel ggz-organisaties, zo blijkt uit onderzoek, hanteren de aanwezigheid van een eerder gestelde diagnose of classificatie van LVB/ZB als exclusiecriteria voor één of meerdere zorgprogramma's.^{1,2} Ondanks regelmatige exclusie van patiënten met LVB/ZB krijgt elke psychiater in meer of mindere mate te maken met patiënten met LVB/ZB. Prevalentieonderzoek laat zien dat bij gemiddeld 41,4% van de patiënten binnen de reguliere ggz sprake is van LVB/ZB. Dit percentage varieert per zorgniveau van 27,1% binnen poliklinische settings tot 66,9% binnen longstay-afdelingen.³ In veel gevallen wordt de LVB/ZB in eerste instantie niet als zodanig herkend.⁴ In richtlijnen wordt gesproken over LVB/ZB bij een beperking van de verstandelijke vermogens die in de kindertijd is ontstaan. Daarbij zijn er beperkingen in het adaptief functioneren, die tot uiting komen in het conceptuele, sociale en praktische functioneren.⁵ In de DSM-5 heeft men de IQ-grenzen verlaten, maar in de wetenschappelijke literatuur worden deze veelal nog wel

als richtinggevend gebruikt. Patiënten met een IQ tussen de 70 en 85 worden aangeduid met de term 'zwakbegaafd' (ZB) en die met een IQ tussen de 50-70 met 'licht verstandelijk beperkt' (LVB).

Ggz-hulpverleners geven in eerder onderzoek aan knelpunten te ervaren op het gebied van diagnostiek, behandeling, communicatie en samenwerking bij het verlenen van zorg aan deze patiënten.^{1,6,7} De ervaren knelpunten hebben betrekking op de wijze van communicatie en omgang met de doelgroep. Daarnaast is er een gebrek aan kennis rond de doelgroep en ontbreekt het aan passend zorgaanbod en samenwerkingen. In alle onderzoeken waren zorgprofessionals van diverse disciplines geïncludeerd en vormden psychiaters slechts een klein deel van de studiepopulatie. Eerder door ons uitgevoerd kwantitatief onderzoek, specifiek gericht op psychiaters, liet zien dat zij ambivalent zijn over hun eigen competenties, het eigen kennen en kunnen als het gaat over het verlenen van zorg aan patiënten met LVB/ZB. Enerzijds wordt aangegeven dat men zich voldoende toegerust voelt voor psychiatrische diagnostiek en behandeling van patiënten met LVB/ZB. Anderzijds geeft men aan specifieke problemen in de

AUTEURS

Joyce Voeten-van de Louw, aiOS psychiatrie, Emergis, Kloetinge, en arts VG, Gors, Goes.

Andrea Ruissen, psychiater, Emergis en Amedea.

Martin Sielk, psychiater, opleider psychiatrie, Emergis, Kloetinge.

Correspondentie

Joyce Voeten-van de Louw (voeten@emergis.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 22-8-2024.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2024;66(10):591-596

communicatie te ervaren. Een grote groep psychiaters nam geen uitgesproken standpunt in over hun eigen kennen, kunnen en handelen. Nog onduidelijk is welke factoren een rol spelen in deze ambivalentie en hoe dit doorwerkt in de manier waarop zij zorg aan patiënten met LVB/ZB ervaren.⁸

Voor deze exploratieve kwalitatieve studie formuleerden we de vraag: Welke factoren spelen een rol bij hoe psychiaters het verlenen van zorg aan patiënten met psychiatrische problematiek én LVB/ZB ervaren?

METHODE

We kozen voor een exploratief kwalitatief onderzoek met semigestructureerde interviews binnen een ggz-organisatie in de provincie Zeeland.

Selectie deelnemers

We selecteerden psychiaters uit de al bestaande groep van respondenten van eerder door ons uitgevoerd kwantitatief onderzoek.⁸ Bij de selectie streefden we naar heterogeniteit in aantal jaren werkervaring en werksetting, en naar homogeniteit wat betreft het werken met volwassen patiënten. Via een persoonlijke e-mail benaderden wij de geselecteerde psychiaters. De inclusie van nieuwe respondenten werd gestopt op het moment dat datasaturatie bereikt was, wat wil zeggen dat er geen nieuwe informatie meer verzameld werd.⁹

Verzameling van data

Op basis van literatuuronderzoek stelden we een topiclijst op. Hiervoor baseerden we ons op bronnen binnen en buiten bibliografische databases. Aan de hand van deze topiclijst werd een semigestructureerd interview opgesteld. De interviews werden per drie gepland. Na elke drie interviews vond deelanalyse plaats. In totaal interviewden we in de periode januari tot oktober 2022 negen psychiaters. Alle interviews werden afgenomen en daarna getranscribeerd door de eerste auteur.

Data-analyse

Codering van de transcripten vond plaats door verschillende personen (zie **tabel 1**). We codeerden open en axiaal volgens de principes van de grounded theorie.¹⁰ Hierna werden thema's geïdentificeerd die we vervolgens verdeelden in hoofdthema's. Hypothesevorming vond plaats in een klankbordgroep, bestaande uit onderzoekers en codeurs, tot er consensus werd bereikt. Het gehele onderzoek is zo uitgevoerd dat het voldeed aan de kwaliteitseisen die gesteld mogen worden aan kwalitatief onderzoek. Dit bleek uit de toepassing van triangulatie, de quorum en uit de saturatie op codes.

RESULTATEN

In totaal werden tien psychiaters benaderd. Eén gaf aan onvoldoende tijd te hebben. De overige negen psychiaters werden geïncludeerd (zie **tabel 2**).

Uit de interviews haalden we na het codeerproces vijftien thema's. Deze werden vervolgens gegroepeerd in vijf hoofdthema's: beeldvorming, herkenning, omgang, samenwerking en kennis en kunde (zie **tabel 3**). De resultaten bespreken we hier verder aan de hand van deze vijf hoofdthema's. Daar waar citaten uit interviews worden gebruikt, zullen we met # en een cijfer aangeven welke respondent de desbetreffende uitspraak deed.

Beeldvorming

De geïnterviewde psychiaters spraken over het algemeen positief over mensen met LVB/ZB. *'Ik vind het altijd wel een leuke groep... Ja ze zijn zo puur... Het is what you see is what you get en dat vind ik wel heel leuk.'* (#2)

De psychiaters benoemden dat hun beeldvorming gebaseerd is op eerdere ervaringen binnen werk- of privésetting met mensen met verstandelijke beperkingen en op tv-programma's. Zij gaven zelf aan dat hun beeld mogelijk was gebaseerd op vooroordelen en stereotyperingen.

Tabel 1. Kenmerken van de onderzoekers

Onderzoeker	Functie	Bijdrage aan onderzoek
V	Arts verstandelijk gehandicapten Aios psychiatrie	Hoofdonderzoeker, afname interviews, codering en data-analyse, klankbordgroep
JL	Aios psychiatrie	Cocoding, data-analyse, klankbordgroep
TvdS	Aios psychiatrie	Cocoding, data-analyse, klankbordgroep
AR	Psychiater	Cocoding, data-analyse, klankbordgroep
MS	Psychiater	Data-analyse, klankbordgroep

Tabel 2. Kenmerken deelnemende psychiaters (n = 9)

Geslacht	Man (n = 5) Vrouw (n = 4)
Gemiddeld aantal jaar psychiater (uitersten)	18,7 (8-40)
Werkcontext waarin psychiater ervaring heeft	Ambulant poliklinisch (n = 4) FACT (n = 3) Crisisdienst (n = 5) IHT (n = 1) Klinische opnameafdeling (n = 3)

Tabel 3. Overzicht van hoofdthema's en subthema's

Hoofdthema	Subthema
Beeldvorming	Psychiater had een positief beeld van personen met een beperking Patiënten met LVB/ZB riepen de associaties moeilijk, uitdagend en ingewikkeld op Psychiater vond de terminologie voor aanduiden van patiënt met lichte verstandelijke beperking en zwakbegaafdheid verwarrend
Herkenning	Psychiater zag belang van onderkennen en diagnosticeren van beperkingen Herkennen van LVB/ZB was lastig Psychiater ervoer gesprek over vermoede of vastgestelde LVB/ZB met de patiënt werd als lastig
Omgang	Aanpassingen in tempo en taal waren nodig en hielpen bij diagnostiek en behandeling Psychiater zag aanpassen aan niveau van de patiënt als uitdagend en lastig Enerzijds weinig verschillend van andere patiënten, m.n. patiënten met EPA, anderzijds moeilijker De psychiater ging uit van beperkte behandelmogelijkheden, terwijl men ook aangaf dat er zeker mogelijkheden waren
Samenwerking	Psychiaters zagen een rol voor de ggz in de zorgverlening aan patiënten met LVB/ZB én psychiatrische problematiek Positieve ervaringen met samenwerking: blij met wat er was, misten wat er niet was Rolverdeling tussen verschillende zorgprofessionals niet eenduidig helder
Kennis en kunde	Psychiaters uitten een gevoel van onvoldoende bekwaamheid Psychiater had wens tot meer scholing

Zodra het ging over mensen met LVB/ZB binnen de context van de zorgverlening spraken ze enerzijds eveneens positief over de mens met LVB/ZB, anderzijds werd deze groep patiënten ook geassocieerd met uitdagend, moeilijk, ingewikkeld en *'een gevoel van niet-weten'*. (#1)
Door de manier waarop de respondenten spraken over de doelgroep werd duidelijk dat niet geheel helder was voor de psychiaters welke patiënten nu precies onder de groep LVB/ZB vallen. Benamingen voor verschillende niveaus van cognitief functioneren werden bijvoorbeeld door elkaar gebruikt en psychiaters benoemden dat ze niet goed wisten en onzeker waren welke termen te gebruiken. *'Ja ik word dan een beetje onzeker over termen, wat ik dan wel en niet mag gebruiken...Maar ik heb er allemaal niet zo veel mee.'* (#7)

Herkenning

Respondenten benoemden het belang van het herkennen van LVB/ZB bij patiënten. Ze gaven hierbij ook aan dat het herkennen niet altijd makkelijk was en dat ze regelmatig misten dat er bij patiënten sprake was van LVB/ZB. De psychiaters zeiden dat ze eigenlijk wel wisten dat ze een inschatting van het niveau konden maken door de schoolcarrière uit te vragen of door te checken of iemand kon lezen, rekenen en schrijven, maar dat ze het makkelijk vergaten in de praktijk. Zij benoemden dat het vaststellen van de aanwezigheid van een LVB/ZB hielp om zaken te gaan begrijpen. Daarnaast benoemden zij ook dat patiënten dan doorverwezen konden worden. Er ontstond een contrast

tussen het willen begrijpen van de problematiek en de wens om door te verwijzen.

Wanneer LVB/ZB vermoed of vastgesteld werd, vonden psychiaters het lastig hierover met de patiënten te spreken. Ze wisten niet goed hoe een vermoeden op of een vastgestelde LVB/ZB ter sprake te brengen zoals bleek uit uitspraken als: *'Ik ben bang dat mensen zich beledigd voelen of zo, maar dat kan ik ook wel eens hebben bij persoonlijkheidsstoornissen, nu heb ik daar wel echt een goede manier gevonden om dat te bespreken, maar ik denk bij vermoeden van zwakbegaafdheid dat ik dat nog niet zo heb, daar heb ik nog niet zo veel ervaring mee.'* (#5)

Er klonk in de interviews een terughoudendheid door.

Omgang

Op het moment dat de aanwezigheid van LVB/ZB bij een patiënt bekend was, erkenden de respondenten dat aanpassen aan het niveau van de patiënt noodzakelijk was bij de diagnostiek en behandeling. Dit aanpassen vonden ze uitdagend en lastig, terwijl ze ook benoemden dat ze een aantal zaken die van belang waren voor patiënten met LVB/ZB ook bij de gemiddeld begaafde patiëntenpopulatie deden, zoals checken of de gegeven uitleg begrepen was. Zo zei een respondent eerst: *'Nou ja, het is niet zo heel veel anders dan bij de rest van de FACT-patiënten'* en later: *'Aan de andere kant, het is heel beperkt, ja sommige patiënten is het wat naar het veterinaire toe... Dat klinkt heel erg naar.'* (#3)

Het leek moeilijk de juiste woorden te vinden voor hoe de omgang ervaren werd. Het was zoeken naar passende vergelijkingen om de ervaren complexiteit weer te geven.

De psychiaters gaven aan zoekende te zijn naar de juiste aansluiting: *'Ik ga dan al niet uit van heel veel verbaal contact, of ja... maar misschien denk jij nu wel: je doet ze tekort.'* (#8) Psychiaters leken moeite te hebben met het aanpassen of interpreteren van de anamnese.

Over het algemeen gaven psychiaters aan dat bij LVB/ZB behandel mogelijkheden beperkter waren door beperkte cognitieve vermogen en mindere verbale mogelijkheden, maar dat zij zich ook realiseerden dat er wellicht meer mogelijk was als gebruikgemaakt werd van aangepaste behandelmodules.

Samenwerking

De respondenten gaven aan dat zij aanwezige samenwerking met de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking positief waardeerden, maar ze misten regelmatig samenwerking. Zij vonden wel dat de ggz een rol had in het verlenen van zorg aan patiënten met LVB/ZB én psychiatrische problematiek, maar tegelijkertijd klonk door dat ze een grotere rol verwachtten van de zorgaanbieders voor mensen met een verstandelijke beperking. Zij uitten de wens tot meer samenwerking en doorverwijsmogelijkheden.

De respondenten gaven aan dat hun verwachtingen van wat de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking kon bieden bij comorbide psychiatrische problema-

tiek in de loop van de jaren waren veranderd. *'Het was misschien meer dat ik de verwachting had dat iemand ergens anders beter zou kunnen worden opgevangen, en dat is duidelijk geworden dat dat vaak gewoon niet het geval is.'* (#7)

Er bestond onduidelijkheid over wie welke rol en verantwoordelijkheid had of zou moeten nemen.

Bij het thema herkenning gaven respondenten al aan dat het herkennen van LVB/ZB mogelijkheden bood tot doorverwijzen. De neiging de psychiatrische patiënt met LVB/ZB naar de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking door te verwijzen kwam naar voren.

Kennis en kunde

De respondenten gaven aan dat binnen de ggz er onvoldoende deskundigheid was voor het verlenen van zorg aan patiënten met LVB/ZB. Ze bemerkten tekorten in kennis en kunde bij de verschillende professionals in de ggz. Eveneens uitten ze een gevoel van onzekerheid en onvoldoende bekwaamheid bij zichzelf. *'Je hebt als psychiater geen speciale opleiding gehad om met die mensen om te gaan en er mee te communiceren.'* (#4) Daarnaast benoemden ze dat een arts verstandelijk gehandicapten specifiek was opgeleid voor het werken met deze doelgroep en dat beter zou kunnen.

Tekorten in kennis en kunde werden benoemd op het gebied van vaardigheden rond aanpassen aan niveau in de bejegening, manier van communiceren en behandel mogelijkheden. Ook benoemden respondenten een gebrek aan kennis over de sociale kaart van de gehandicaptenzorg.

In lijn met het ervaren gebrek aan kennis en kunde merkten de psychiaters op dat meer scholing en deskundigheidsbevordering wenselijk was. Meerdere respondenten noemden hierbij kruisbestuiving tussen de beide sectoren ggz en zorg voor verstandelijk gehandicapten.

DISCUSSIE

Zoals in de resultaten beschreven, zijn er vijf thema's te onderscheiden wanneer we de beleving van psychiaters bij het verlenen van zorg aan mensen met LVB/ZB in kaart brengen. Deze thema's zijn: beeldvorming, herkenning, omgang, samenwerking en kennis en kunde.

Een ambivalent beeld

Binnen de eerste twee thema's, beeldvorming en herkenning, uiten psychiaters een positief beeld van personen met een LVB/ZB. Daarbij wordt niet helemaal duidelijk wat precies het niveau van cognitief functioneren is van patiënten die zij associëren met de terminologie LVB/ZB. Onderzoek door Pelleboer-Gunnink laat zien dat als mensen in de algemene bevolking spreken over mensen met een verstandelijke beperking, ze geen duidelijk onderscheid maken tussen de verschillende cognitieve niveaus van functioneren.¹¹ Er wordt generaliserend naar de groep van mensen met een verstandelijke beperking gekeken. Mensen met LVB/ZB zijn niet de groep die

domineert in de beeldvorming. Bij psychiaters lijken zich dezelfde generaliserende associaties voor te doen en zien we dat ook zij geen duidelijk onderscheid maken tussen de verschillende niveaus.

Het herkennen van patiënten met LVB/ZB benoemen psychiaters als moeilijk. Dit is in lijn met bevindingen uit eerder onderzoek.⁴ Mogelijk spelen de generaliseerde beeldvorming ten aanzien van de totale groep mensen met een verstandelijke beperking hierbij een rol. Als de psychiater het stereotiepe beeld voor zich heeft van de persoon met een verstandelijke beperking, voldoet de patiënt met LVB/ZB hier veelal niet aan en wordt deze daarmee ook niet herkend.

Wanneer psychiaters spreken over patiënten met een herkende LVB/ZB binnen de professionele setting, dan bespeuren we een terughoudendheid en ambivalentie.

Overdrachtsfenomenen

In het derde thema omgang erkennen psychiaters het belang van aanpassen van communicatie en houding aan het niveau van de patiënt. Over hun competenties in dezen zijn ze ambivalent. Dit is in lijn met bevindingen in de literatuur.⁸

Een hypothese kan zijn dat de patiënt met LVB/ZB niet past in het stereotiepe beeld dat de psychiater heeft wanneer deze denkt aan patiënten met een verstandelijke beperking. Een verschijnsel dat zich ook voordoet bij andere zorgprofessionals.¹¹

Binnen de geuite ambivalentie, over hoe zij in staat zijn met de patiënten met LVB/ZB om gaan, lijken de opvallend positieve uitspraken over deze patiëntengroep een vorm te zijn van overdekken van de negatieve ervaringen en gevoelens. Deels zou dit terug te voeren kunnen zijn op de setting. Waarbij de persoon met een verstandelijke beperking buiten de spreekkamer met leuk, vriendelijk en aardig wordt geassocieerd, maar binnen de spreekkamer met lastig en moeilijk.

In dit geval verwijst het naar een 'overdekking van het tegendeel', een afweerreactie op hoe werken met deze patiëntengroep eigenlijk als lastig ervaren wordt en gevoelens van onzekerheid met zich meebrengt. Dit wordt dan, in ieder geval in sommige definities, tegenoverdracht genoemd. Spelters beschrijft dit fenomeen binnen de psychotherapeutische setting: daarbij gaat het om zowel een soort van angst voor het onbekende, als onwetendheid hoe ermee om te gaan.¹² Voor zover bij ons bekend, zijn er geen onderzoeken naar overdracht en tegenoverdracht tussen psychiater en patiënten met LVB/ZB.

Deze gevoelens kunnen ook doorwerken in de wijze waarop gekeken wordt naar de diagnostische en therapeutische mogelijkheden. Dit kan ertoe leiden dat patiënten worden geëxcludeerd uit bepaalde zorgprogramma's en/of verwezen worden naar andere zorgaanbieders. Ervaren beperkingen in de mogelijkheden voor behandeling komen ook naar voren in eerdere onderzoeken.^{6,7,13,14}

Samenwerking en kennis en kunde

Het vierde en vijfde thema gaan over kennis en kunde. Hierbinnen zien we dat psychiaters samenwerking met aanbieders van zorg voor mensen met een verstandelijke beperking als wenselijk zien. Ze zijn blij met de samenwerkingen die er zijn, maar missen ook nog regelmatig samenwerking. De rolverdeling tussen de verschillende sectoren ervaren zij als niet helder.

Enerzijds erkennen de psychiaters dat zij een verantwoordelijkheid hebben voor deze doelgroep, wat in lijn is met de landelijke trends.^{13,15} Anderzijds zien ze een grotere rol weggelegd voor de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Zij geven aan zelf onvoldoende bekwaam te zijn voor het verlenen van zorg aan deze doelgroep zoals dit ook naar voren kwam in onderzoek van o.a. de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.^{2,14}

In ons onderzoek komt naar voren dat ze theoretisch vaak wel weten wat te doen, maar moeite hebben om het in praktijk te brengen. Hierbij wordt de neiging om de patiënt naar elders te verwijzen zichtbaar.

Stigmatisering als rode draad

Door de verschillende thema's heen komen vooroordelen, stereotypieën, generalisaties, veralgemeniseringen, remmingen en gevoelens van onzekerheid over eigen competenties naar voren die het handelen beïnvloeden. Vanuit sociaal-psychologisch standpunt kan je spreken van stigmatisering.¹⁶ Stigmavorming wordt gezien als een individueel psychologisch proces. Het gaat om informatieverwerkingsprocessen en cognities, stereotiepe denkbeelden over de doelgroep die zich verbreden naar vooroordelen, emotioneel geladen ideeën, discriminerend gedrag en uitsluiting van de doelgroep.

Ons onderzoek laat zien dat in elk van de vijf thema's aspecten van stigmatisering naar voren komen. Op het gebied van beeldvorming en herkenning spelen stereotiepe denkbeelden een rol die veralgemeeniseerd worden. Op gebied van omgang zien we dat vooroordelen en emotionele reacties tegenover de doelgroep maken dat er anders met hen wordt omgegaan dan met patiënten bij wie geen sprake is van LVB/ZB. Op het gebied van samenwerking zien we dat er de neiging is tot uitsluiting en de wens door te verwijzen naar andere hulpverlening. Op het gebied van kennis en kunde spelen emotioneel geladen ideeën, die leiden tot gevoelens van incompetentie en vervolgens tot de neiging door te verwijzen naar elders. Voor zover bij ons bekend is er geen eerder onderzoek gedaan naar stigmatisering van patiënten met LVB/ZB onder psychiaters. Pelleboer-Gunnink liet zien dat bij gezondheidsprofessionals in het algemeen sprake is van stigmavorming betreffende patiënten met een verstandelijke beperking.¹¹

Sterktes en beperkingen

Dit onderzoek is, voor zover ons bekend, het eerste kwalitatieve onderzoek naar specifiek de ervaringen van psychiaters bij de zorgverlening aan patiënten met LVB/ZB én psychiatrische problematiek. Het voldeed aan

gangbare kwaliteitseisen voor kwalitatief onderzoek, zoals triangulatie en datasaturatie. De respondenten zijn geworven uit een eerder onderzoek. Dat gaf een selecte steekproef waarbij op basis van homogeniteit en heterogeniteit van de deelnemers is geselecteerd. Alle psychiaters werden geworven in één instelling. Hopelijk inspireren de uitkomsten van dit onderzoek andere psychiaters, die niet meededen met dit onderzoek, zowel uit dezelfde instelling alsook uit andere instellingen, tot reflectie op hun omgang met ggz-patiënten met LVB/ZV. Een punt van discussie was de rol van de eerste auteur als arts verstandelijk gehandicapten. De veronderstelling dat zij als interviewer 'beter' in de materie zou zitten dan de respondent zelf, zou hebben kunnen maken dat respondenten mogelijk niet volledig open of zelfkritisch waren. Daar staat tegenover dat betrokkenheid en affiniteit van de interviewer met het onderwerp juist een belangrijk voordeel kan zijn bij de dataverzameling. Deze aspecten zijn regelmatig een punt van gesprek geweest, zodat het niet een ongeziene of onbewuste vertekening zou geven, maar in de data-analyse de onderzoekers zich expliciet konden verhouden tot deze situatie.

CONCLUSIE

In dit kwalitatieve onderzoek, dat zich richt op de factoren die van invloed zijn op hoe psychiaters de zorgverlening aan patiënten met LVB/ZB ervaren, vonden we dat psychiaters een positieve, maar complexe indruk hebben van deze patiënten. Ze voelen zich regelmatig onvoldoende bekwaam om deze patiënten te herkennen, met ze om te gaan en ze te behandelen. Stigmatisering en afweer lijken een rode draad te zijn in de wijze waarop psychiaters het verlenen van zorg aan patiënten met LVB/ZB ervaren en hoe ze die vormgeven.

Aanbevelingen

Het is aan te bevelen om toekomstig onderzoek te richten op het in kaart brengen van wie psychiaters voor zich zien wanneer zij spreken over patiënten met LVB/ZB. De rol van stigmatisering bij de beeldvorming van en omgang met patiënten met LVB/ZB verdient hierbij aandacht. Daarnaast verdient de rol van afweer in het contact tussen psychiater en patiënt met LVB/ZB aandacht in zowel onderzoek als (na)scholing van psychiaters. Betere bewustwording van deze fenomenen kan de zorg aan patiënten met LVB/ZB met psychiatrische problematiek ten goede komen.

LITERATUUR

- 1 Neijmeijer L, Moerdijk L, Veneberg G, e.a. Licht verstandelijk gehandicapten in de ggz, een verkennend onderzoek. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010.
- 2 Lubbers E, Pansier-Mast L, Schutte S. Eindrapport Specifieke clientgroepen in de aanpak wachttijden. Rapportage van het onderzoek naar factoren en oplossingsrichtingen. Enschede: Bureau HHM; 2019.
- 3 Nieuwenhuis JG, Lepping P, Mulder NL, e.a. Increased prevalence of intellectual disabilities in higher-intensity mental healthcare settings. *BJPsych Open* 2021; 7(3).
- 4 Wieland J, van Hout TP, van Els B, e.a. Onderkennen van zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking bij aangemelde patiënten op een algemene psychiatrische polikliniek. *Tijdschr Psychiatr* 2020; 62: 860-7.
- 5 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5de ed. Washington: APA; 2014.
- 6 Berger I, van der Hout M, Hoogenboom AMCH, e.a. Aanpassingen in behandeling van patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen en een lichte verstandelijke beperking; een kwalitatief onderzoek. *Tijdschr Psychiatr* 2019; 61: 375-83.
- 7 Akwa GGZ. Uitkomsten Online Panel Akwa GGZ – Psychische klachten en laag IQ. 2023. https://akwaggz.nl/wp-content/uploads/2023/06/AkwaGGZ_Rapport_LaagIQ.pdf.
- 8 Voeten-van de Louw J, Sielk M. Zorg aan patiënten met een lichte verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid en psychiatrische problematiek; het perspectief van de psychiater. *TAVG* 2023; 41: 96-9.
- 9 Saunders B, Sim J, Kingstone T, e.a. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant* 2018; 52: 1893-907.
- 10 Baarda B, Bakker E, Fischer T, e.a. Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Groningen: Noordhoff; 2016.
- 11 Pelleboer-Gunnink HA. What's in a label? Public stigma toward people with intellectual disabilities. [proefschrift]. GVO Drukkers en vormgevers; 2020.
- 12 Spelters H. Psychotherapie en mensen met een verstandelijke beperking: Perspectieven van professionals. [masterthesis]. 2011. https://libstore.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/893/850/RUG01-001893850_2012_0001_AC.pdf.
- 13 Wieland J, Aldenkamp E, van den Brink A. Behandeling van patiënten met een laag IQ in de GGZ, theorie en praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2022.
- 14 Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Passende zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking in combinatie met psychiatrische problematiek. IGJ; 2019.
- 15 Siebesman P. Ruimte voor kleur, 50 jaar psychiatrie en gehandicapten zorg en een nieuwe koers. Assen: Koninklijke van Gorcum; 2021.
- 16 Dovidio JF, Major B, Crocker J. Stigma: Introduction and overview. In: Heatherton TF, Kleck RE, Hebl MR, e.a., red. *The social psychology of stigma*. New York: Guilford Press; 2000. p. 1-28.