

Voorspellende waarde van lichte verstandelijke beperking en PTSS voor behandelresultaten van patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen

H.J.H. SMITS, B.L. SEELEN-DE LANG, H.L.I. NIJMAN, E.J.M. PENTERMAN, J.G. NIEUWENHUIS, E.O. NOORTHOORN

- ACHTERGROND** Weinig is bekend over de invloed van lichte verstandelijke beperking (LVB) of posttraumatische stressstoornis (PTSS) op behandelresultaten van patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA).
- DOEL** Onderzoeken of resultaten op screeningslijsten voor LVb en PTSS geassocieerd zijn met verminderd mentaal en sociaal functioneren van patiënten met EPA.
- METHODE** De Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking (SCIL) werd gebruikt om LVb op te sporen, de Trauma Screening Questionnaire (TSQ) om PTSS te detecteren. Het verband tussen deze screeners met somscores op de Health of the Nation Outcome Scales (HONOS) werd onderzocht bij 628 patiënten bij GGZ Oost Brabant.
- RESULTATEN** Van 628 patiënten werd een of meer HONOS-metingen verkregen. Bij 352 (56%) patiënten werd een SCIL en bij 334 (53%) een TSQ verkregen. De grootste verbetering op de HONOS was er bij patiënten die niet voldeden aan criteria voor LVb en PTSS. De verbetering was minder bij patiënten met een PTSS en bij patiënten met een IQ tussen 70-85 geschat met de SCIL. De verbetering bleek niet significant bij patiënten met een IQ onder 70 geschat met de SCIL.
- CONCLUSIE** Standaardscreening op LVb en PTSS is van belang om deze problematiek eerder te herkennen en passende behandelinterventies te kunnen aanbieden.

TUJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)10, 868-877

TREFWOORDEN EPA, HONOS, lichte verstandelijke beperking, posttraumatische stressstoornis



ARTIKEL



In de geestelijke gezondheidszorg is steeds meer aandacht voor patiënten met een lichte verstandelijke beperking (LVB) al of niet met een posttraumatische stressstoornis (PTSS) als hoofd- of nevendiagnose (Nieuwenhuis e.a. 2019). *Flexible assertive community treatment* (FACT)-teams richten zich op patiënten met chronische en complexe problematiek, veel comorbiditeit en beperkingen op meerdere levensgebieden (Mulder & Delespaul 2016). Veel van deze patiënten hebben ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA; Delespaul e.a. 2013). Recente studies (Nieuwenhuis e.a. 2019; Seelen-de Lang e.a. 2019) wijzen erop dat een IQ

onder 85 bij 43% en een IQ onder 70 bij 20% van deze patiënten zou kunnen voorkomen. Traumagerelateerde symptomen komen daarnaast bij 42% van de patiënten bij een FACT-team voor (Nieuwenhuis e.a. 2019). Een overzichtsartikel van Mauritz e.a. (2013) laat zien dat tussen 20 en 47% van patiënten met EPA een comorbide diagnose PTSS heeft.

LVB gaat gepaard met veel bijkomende problematiek. Verschillende studies tonen aan dat patiënten met LVb meer kans hebben op psychiatrische problematiek, druggebruik, verminderd sociaal functioneren, gedragsproble-

men en het ontstaan van een PTSS (Hassiotis e.a. 2008; Neijmeijer e.a. 2010; Wieland 2014; Gigi e.a. 2014; Nieuwenhuis e.a. 2019). Aangenomen wordt dat patiënten met een LVB 3 tot 4 keer zo veel kans hebben op psychische aandoeningen dan patiënten zonder een LVB (Neijmeijer e.a. 2010). Cooper e.a. (2007) vonden in een cohort van 1023 patiënten met een LVB een prevalentie van een psychiatrische diagnose van 40,9%. Uit onderzoek van Wieland e.a. (2014) blijkt bovendien dat bij patiënten met een laag IQ er bijna 2 keer zo vaak andere bijkomende redenen voor zorg naast de psychiatrie en de LVB zijn.

Naast LVB blijken ook PTSS-symptomen verband te houden met minder kwaliteit van leven op meer levensgebieden (Johansen e.a. 2007). Een Deens onderzoek (Palic e.a. 2014) liet zien dat getraumatiseerde vluchtelingen meer psychiatrische klachten en problemen op sociaal-maatschappelijk gebied hadden dan andere aanmeldingen. Hierbij werd echter de kanttekening gemaakt dat vluchtelingen vanuit hun migratieachtergrond doorgaans over weinig beschermende factoren beschikken en dat men over het algemeen geneigd is lang te wachten alvorens hulp te zoeken.

Hoewel zowel LVB als PTSS samenhangt met veel klachten en bijkomende problemen worden deze te weinig onderkend (Neijmeijer e.a. 2010) en wordt er te weinig op gescreend in de huidige klinische praktijk (Nieuwenhuis e.a. 2017; 2019). Er is sprake van onderdiagnostiek van PTSS in de doelgroep met EPA (Lommen & Restifo 2009). Het onvoldoende screenen op zowel LVB als PTSS kan ertoe leiden dat er in de behandeling te weinig rekening mee gehouden wordt, waardoor de behandelresultaten mogelijk ook kleiner zijn.

Doelstelling en vraagstelling

De centrale vraag was: wat is de voorspellende waarde van een LVB en/of PTSS op de behandelresultaten van patiënten met EPA? Onderzocht is of een indicatie voor een LVB en een PTSS gemeten met screeningslijsten, samenhangt met minder goede behandelresultaten bij patiënten met EPA.

METHODE

Procedure

Het onderzoek betrof een prospectief longitudinaal cohortonderzoek, beschrijvend van aard, op basis van routinematig verzamelde *routine outcome monitoring* (ROM)-gegevens. De uitslagen van twee vragenlijsten, de *Screeneer voor intelligentie en licht verstandelijke beperking* (SCIL; Kaal e.a. 2013) en de *Trauma Screening Questionnaire* (TSQ; Brewin e.a. 2002), werden afgezet tegen de bij herhaling verzamelde uitkomsten van een observatielijst, de *Health of the Nation Outcome Scales* (HONOS), een algemeen geaccepteerde maat

AUTEURS

HEDWIG SMITS, gz-psycholoog, GGZ Oost Brabant, Boekel.

BIRGIT SEELEN-DE LANG, gz-psycholoog en junior onderzoeker, GGZ Oost Brabant, Boekel.

HENK NIJMAN, hoogleraar Forensische psychologie, Radboud Universiteit, Nijmegen, senior onderzoeker Fivoor, Den Dolder.

BERRY PENTERMAN, psychiater en senior onderzoeker, GGZ Oost Brabant, Boekel.

JEANET NIEUWENHUIS, psychiater en junior onderzoeker, GGnet.

ERIC NOORTHOORN, senior onderzoeker, GGNet, Wansveld.

CORRESPONDENTIEADRES

H.J.H. Smits, GGZ Oost Brabant, Postbus 3, 5427 ZG Boekel.

E-mail: hjh.smits@ggzooostbrabant.nl

Strijdige belangen: dr. Nijman meldde co-auteurschap van een van de instrumenten gebruikt in dit onderzoek (de SCIL, Hogrefe uitgevers, Amsterdam), met betaalde royalties.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 15-5-2020.

voor behandelresultaten (Mulder e.a. 2004). Het behandel-effect gemeten met de HONOS, werd vergeleken tussen groepen patiënten waarbij er op basis van de screeners sprake leek te zijn van een LVB en/of een PTSS ten opzichte van patiënten bij wie dit niet het geval was.

Vanuit het streven om meer aandacht te hebben voor patiënten met een lager cognitief functioneren en patiënten met traumagerelateerde klachten, werd in 2014 besloten om patiënten die op dat moment in zorg waren, en daarna in zorg kwamen, bij meerdere FACT-teams van GGZ Oost Brabant standaard te onderzoeken met de SCIL en de TSQ. Daarnaast werd bij deze patiënten ten minste jaarlijks de HONOS ingevuld om de behandeling te evalueren. De procedures in deze studie werd ethisch getoetst door de ethische commissie van de Universiteit van Twente, Enschede. Deze achtte het protocol niet wmo-plichtig. Patiënten werden geïnformeerd en stemden in met anoniem gebruik van deze gegevens voor onderzoek conform de tijdens het onderzoek geldende wetgeving.

Onderzoekspopulatie en setting

Dit onderzoek vond plaats bij patiënten die behandeld worden binnen drie verschillende FACT-teams van GGZ Oost Brabant. Van april 2014 tot en met december 2018 werden 654 patiënten benaderd voor screening met de SCIL en de TSQ. Van 628 patiënten waren gegevens van minimaal één HONOS-meting bekend. Alle patiënten die in zorg waren of

in dit tijdvak in zorg waren gekomen, werd gevraagd om deel te nemen. In de trendanalyses werden alleen de patiënten geïncludeerd met minimaal 2 metingen met de HONOS binnen dit tijdvak. Demografische kenmerken en gegevens over de diagnoses werden uit het EPD geëxtraheerd. Alle diagnoses die daarin vermeld werden, werden in de analyses meegenomen en zijn in de tabellen gepresenteerd.

Meetinstrumenten

SCIL

Met de SCIL kan (een vermoeden van) een LVB worden opgespoord. De vragenlijst werd in het begin van de behandeling afgenomen door een hulpverlener van het FACT-team die het meest betrokken was bij de zorg voor de nieuwe patiënt. Volgens de handleiding (Kaal e.a. 2013) kan met ongeveer 82% zekerheid een IQ van onder 85 worden gedetecteerd waarbij de afkapgrens van ≤ 19 punten wordt gehanteerd. Voor het detecteren van een vermoedelijk IQ dat onder 70 ligt, wordt het hanteren van een afkappunt van 15 punten of lager geadviseerd (Nijman e.a. 2018). 89% van de personen zonder LVB wordt als zodanig gedetecteerd door de SCIL. De *area under the curve* (AUC)-waarde voor het detecteren van een IQ dat beneden de 85 ligt, ten opzichte van een IQ van 85 of hoger was in de validatiestudie 0,93 (Kaal e.a. 2013). De SCIL bleek ook voor de patiënten die binnen FACT-teams worden behandeld een behoorlijk valide instrument met een AUC van 0,81 (Seelen-de Lang e.a. 2019).

TRAUMA SCREENING QUESTIONNAIRE (TSQ)

De TSQ (Brewin e.a. 2002) is ontwikkeld voor het opsporen van PTSS-klachten na het meemaken van traumatische gebeurtenis(sen). De TSQ bestaat uit drie hoofdvragen. De eerste vraag inventariseert of de patiënt ooit een traumatische gebeurtenis heeft meegemaakt, de tweede vraag wat voor soort ervaringen de patiënt heeft meegemaakt en in de derde vraag, de feitelijke TSQ, wordt gevraagd naar veelvoorkomende reacties op een traumatische ervaring. Een reactie dient minimaal twee keer in de afgelopen week te zijn ervaren om mee te tellen in de score. De totaalscore op deze derde vraag kan variëren van 0 (geen klachten) tot 10 (veel klachten). De TSQ-screening werkt daarmee als een zeef om een PTSS snel en *evidence-based* op te sporen. De TSQ is gevalideerd in patiënten met een psychotische stoornis, die ook onder de doelgroep EPA vallen. In deze doelgroep geldt dat een score van 6 of meer op de TSQ een indicatie is voor een PTSS (De Bont e.a. 2015). De TSQ werd bij nieuwe patiënten bij aanvang van de behandeling door de patiënt ingevuld doorgaans samen met de hulpverlener.

HEALTH OF THE NATION OUTCOME SCALES (HONOS)

De HONOS is een beoordelingsinstrument dat veel wordt toegepast in de ggz bij patiënten met EPA (Nugter 2011). De HONOS met addendum is een instrument dat door de hulpverlener wordt ingevuld (Mulder e.a. 2004). Binnen dit onderzoek vulde de hulpverlener die het meeste contact had met een patiënt de HONOS in. De uitkomst op de HONOS geeft het mentaal en sociaal functioneren van een patiënt weer. Het is een gebruiksvriendelijk instrument in vergelijking met andere instrumenten zoals de *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS-24) en de *Role Function Scale* (RFS). De HONOS is betrouwbaar en sensitief voor veranderingen of het uitblijven daarvan (Wing e.a. 1998). De HONOS kan op meerdere momenten in een behandeling ingevuld worden, zodat veranderingen in symptomen en problemen in kaart gebracht worden en de behandeling geëvalueerd kan worden. Nugter e.a. (2012) vonden drempelwaardes op grond van de HONOS-uitkomsten binnen de psychiatrie door gegevens over hoogte en verloop van HONOS-scores van verschillende patiëntengroepen te vergelijken en te analyseren in verschillende behandelsettings.

Een drempelwaarde van 12 werd gevonden tussen langdurend ambulante begeleiding en opname en 11 respectievelijk 13 tussen langdurende ambulante begeleiding en verblijf respectievelijk *assertive community treatment* (ACT). Dat betekent dat een score hoger dan 11 hoog is voor een patiënt die langdurend ambulant wordt begeleid. Intensivering van de zorg in de vorm van ACT of 24-uurszorg (verblijf of opname) kan dan worden overwogen. Binnen dit onderzoek volgen we Nugter en collega's (2012). Hierin wordt voor de HONOS een grensscore van hoger dan 11 gehanteerd, gebaseerd op de eerste 12 items van de HONOS.

Statistische analyse

We onderzochten de centrale vraagstelling in drie opeenvolgende stappen. Bij de SCIL werden drie groepen met elkaar vergeleken: patiënten met een SCIL > 19 , met een SCIL tussen 16 en 19 en met een SCIL < 16 . Bij de TSQ werden mensen met minder dan 6 en mensen met 6 of meer symptomen met elkaar vergeleken:

1. Ten eerste werden de percentages en cijfers van de kenmerken geslacht, leeftijd en diagnose verdeeld over de hoofdcategorieën van de SCIL en de TSQ. Vervolgens werd het percentage patiënten boven cut-off per meting berekend. Verschillen in proporties tussen groepen werden getoetst met een χ^2 -toets. Mogelijke verschillen in leeftijd tussen de groepen werd getoetst met een variantieanalyse voor de SCIL en met een t-toets voor de TSQ.
2. Ten tweede werd gekeken of tijd een factor is in de uitkomsten op de HONOS. Dit onderzochten we door de ver-

schillende categorieën in scores op de SCIL en TSQ in een figuur af te zetten tegen de gemiddelde somscores van de HONOS over tijd. Verschillen werden getoetst met een t-toets of een variantieanalyse.

- Ten derde werd een lineaire *multilevel* regressieanalyse uitgevoerd met als uitkomst de HONOS-somscore met *nesting* van metingen bij patiënten. Hiermee onderzochten we de associatie tussen voorspellers en somscores op de HONOS over de verschillende metingen en houden we rekening met verschillen in aantal hermetingen tussen patiënten en met het feit dat uitkomsten binnen een patiënt onderling een hoge correlatie kennen. Daarmee werd onderzocht of patiëntkenmerken zoals leeftijd, geslacht, diagnose, een lage score op de SCIL of een hoge

score op de TSQ geassocieerd zijn met de somscore op de HONOS. De assumpties, normaal verdeelde bevindingen, *residuals* en *errors* werden getoetst. De associatie van iedere variabele met de HONOS werd één op één onderzocht. Variabelen waarbij de associatie een p-waarde < 0,2 had, werden meegenomen in de multilevelanalyse, het relevantiecriteria van Hosmer en Lemeshow (2001) volgend. Een uitwerking van deze procedure is bij de laatste auteur op te vragen. Voor de multilevelanalyse werd STATA toegepast, de kruistabellen werden in SPSS versie 25 uitgevoerd. Bij de statistische analyses werd wegens de aantallen (286 en meer) een alfa van 0,01 gehanteerd.

TABEL 1 Kenmerken onderzochte populatie met SCIL-scores en meerdere HoNOS-metingen

Kenmerken	Totale aantal	Geen SCIL	SCIL > 19	SCIL 16 t/m 19 (BIF)	SCIL < 16 (MID)	Geen SCIL vs. SCILp	SCIL > 19 vs. ≤ 19p	SCIL ≥ 16 vs. < 16p
N=	628	276	212	76	64			
Leeftijd (gem. SD)	45,9	45,9	45,7	46,5	46,1			
Mannen	326 (51,9%)	145 (52,5%)	120 (56,6%)	37 (48,7%)	24 (37,5%)			
Vrouwen	302 (48,1%)	131 (47,5%)	92 (43,4%)	39 (51,3%)	40 (62,5%)			
ICD-10-diagnose								
F1 Middelengebruik	98 (15,6%)	52 (18,8%)	22 (10,4%)	14 (18,4%)	10 (15,6%)			
F2 Psychotische stoornissen en schizofrenie	300 (47,8%)	140 (50,7%)	102 (48,1%)	29 (38,1%)	29 (45,3%)			
F3 Stemmingsstoornissen	132 (21,0%)	45 (16,3%)	51 (24,1%)	19 (25,0%)	17 (26,6%)	0,007		
F4 Angst- en neurotische stoornissen	103 (16,4%)	41 (14,9%)	37 (17,5%)	14 (18,4%)	11 (17,2%)			
F6 Persoonlijkheidsstoornissen	162 (25,8%)	52 (18,8%)	63 (29,7%)	30 (39,5%)	17 (26,6%)	< 0,001		
F7 Verstandelijke beperking	51 (8,1%)	20 (7,2%)	8 (3,8%)	5 (6,6%)	18 (28,1%)		< 0,001	< 0,001
F8 Ontwikkelingsstoornissen	43 (6,8%)	21 (7,6%)	17 (8,0%)	3 (3,9%)	2 (3,1%)			
F9 Stoornissen ontstaan in kindertijd	25 (4,0%)	14 (5,1%)	5 (2,4%)	3 (3,9%)	3 (4,7%)			
HoNOS – aantal patiënten	628							
% HoNOS boven cut-off								
1e meting (n = 628)	179 (28,5%)	79 (28,6%)	55 (25,9%)	32 (35,9%)	13 (25,4%)			
2e meting (n = 565)	131 (23,2%)	63 (25,1*)	39 (20,5%)	20 (23,8%)	9 (19,1%)			
3e meting (n = 500)	103 (20,6%)	43 (20,1%)	31 (18,3%)	18 (24,0%)	11 (26,1%)			
4e meting (n = 416)	81 (19,5%)	38 (21,7%)	20 (13,9%)	16 (25,0%)	7 (21,2%)			
5e meting (n = 286)	57 (19,9%)	32 (26,2%)	13 (13,3%)	7 (15,6%)	5 (23,8%)			
6e meting (n = 185)	27 (14,5%)	15 (18,8%)	8 (13,3%)	1 (3,3%)	3 (18,8%)			

Een alfa < 0,01 werd gehanteerd, vanwege de aantallen in de geïnterviewde HoNOS: Health of the Nation Outcome Scales; SCIL: Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking; TSQ: Trauma Screening Questionnaire; MID: Mild Intellectual Disability; BIF: Borderline Intellectual Functioning

TABEL 2 Kenmerken onderzochte populatie met TSQ-scores en meerdere HONOS-metingen

Kenmerken	Totale aantal	Geen TSQ	TSQ ≥ 6 klachten (PTSS-risico)	TSQ < 6 klachten (geen PTSS-risico)	Geen TSQ vs. TSQp	TSQ ≥ 6 vs. TSQ < 6p
N=	628	294	150	184		
Leeftijd (gemiddelde SD)	45,9	46,2	45,2	45,9		
Mannen	326 (51,9%)	154 (52,4%)	65 (43,3%)	107 (58,2%)		0,005
Vrouwen	302 (48,1%)	140 (47,6%)	85 (56,7%)	77 (41,8%)		
ICD-10-diagnose						
F1 Middelengebruik	98 (15,6%)	56 (19,0%)	26 (17,3%)	16 (8,7%)		
F2 Psychotische stoornissen en schizofrenie	300 (47,8%)	152 (51,7%)	49 (32,7%)	99 (53,8%)		<0,001
F3 Stemningsstoornissen	132 (21,0%)	48 (16,3%)	47 (31,3%)	37 (20,0%)	0,004	
F4 Angst – en neurotische stoornissen	103 (16,4%)	38 (12,9%)	38 (25,3%)	27 (14,7%)		
F6 Persoonlijkheidsstoornissen	162 (25,8%)	46 (15,6%)	68 (45,3%)	48 (26,1%)	<0,001	<0,001
F7 Verstandelijke beperking	51 (8,1%)	19 (6,5%)	15 (10,0%)	17 (9,2%)		
F8 Ontwikkelingsstoornissen	43 (6,8%)	17 (5,8%)	14 (9,3%)	12 (6,5%)		
F9 Stoornissen ontstaan in kindertijd	25 (4,0%)	11 (3,7%)	4 (2,7%)	10 (5,4%)		
SCIL en TSQ afgenomen	286 (45,5%)					
HoNOS – aantal patiënten	628	268	184	150		
% HoNOS boven cut-off						
1 ^e meting (n = 628)	179 (28,5%)	77 (26,2%)	69 (46,0%)	33 (17,9%)		0,003
2 ^e meting (n = 565)	131 (23,2%)	61 (23,7%)	50 (36,5%)	20 (11,7%)		0,002
3 ^e meting (n = 500)	103 (20,6%)	43 (19,2%)	47 (39,2%)	13 (8,3%)		0,002
4 ^e meting (n = 416)	81 (19,5%)	39 (21,2%)	30 (31,6%)	12 (8,8%)		0,012
5 ^e meting (n = 286)	57 (19,9%)	32 (25,2%)	13 (21,3%)	12 (12,2%)		
6 ^e meting (n = 185)	27 (14,5%)	16 (21,6%)	5 (12,8%)	6 (8,2%)		

Een alfa < 0,01 werd gehanteerd, vanwege de aantallen in de geïnterviewde groep (n = 334).

HoNOS: Health of the Nation Outcome Scales; SCIL: Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking; TSQ: Trauma Screening Questionnaire; PTSS risk: verhoogd risico op een posttraumatische stressstoornis

RESULTATEN

TABEL 1 en **2** tonen overzichten van de kenmerken van de onderzoekspopulatie. Van 628 patiënten werden één of meerdere HONOS-metingen verkregen. Uit deze groep kon van 352 (56%) een SCIL worden verkregen en van 334 (53%) een TSQ. Door de getallen in de kolom 'geen SCIL' met de overige SCIL-kolommen, en de getallen van 'geen TSQ' met de overige TSQ-kolommen te vergelijken is te zien dat er geen sprake was van een selectieve non-respons op de SCIL en op de TSQ. Bij patiënten zonder SCIL en zonder TSQ kwamen vervolgens stemmingsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen minder voor.

In **TABEL 1** is te zien dat scores boven cut-offscore van de HONOS afnemen naarmate de tijd vordert. Deze afname

is over het algemeen wat groter in de groep patiënten met SCIL > 19 dan in de groepen met lagere SCIL-scores.

Het percentage HONOS-metingen dat op de eerste meting boven de grenswaarde lag, kwam veel meer voor bij patiënten met een TSQ ≥ 6 (**TABEL 2**). De percentages in die groep waren beduidend hoger dan in de overige groepen op de eerste meting, te weten 46,0% versus 17,9% bij een tsq < 6. Hoewel er een daling te zien was op de vervolgmetingen bleef het percentage patiënten dat in de laatste meting boven de cut-offscore op de HONOS scoorde hoger in de groep patiënten met TSQ ≥ 6 in vergelijking met de groep patiënten met TSQ < 6. Daarnaast was te zien dat patiënten met een TSQ ≥ 6 er een hogere prevalentie was van middelengebruik (17,3% vs. 8,7%), stemmingsstoornissen

(31,3% vs. 20,0%), angststoornissen (25,3% vs. 14,7%), en persoonlijkheidsstoornissen (45,3% vs. 26,1%). Psychotische stoornissen kwamen minder voor in de groep $TSQ > 6$ (32,7% vs. 53,8%). Confounding van de associatie van de TSQ met de $HONOS$ over tijd door diagnose was daarom niet uit te sluiten.

FIGUUR 1 laat de trendlijnen zien van de patiënten bij wie al dan niet een $SCIL$ was afgenomen. Binnen de onderzoekspopulatie zijn de gemiddelde $HONOS$ -somscores op de verschillende meetmomenten ingetekend. Patiënten met een $SCIL > 19$ en de patiënten met een $SCIL 16$ t/m 19 lieten een significante daling zien (respectievelijk $f = 6,29$; $p < 0,001$ en $f = 5,39$; $p < 0,001$). De trendlijn van de groep met een $SCIL < 16$ liet geen significante daling zien ($f = 0,529$; $p = 0,853$). De patiënten bij wie sprake was van non-respons op de $SCIL$ lieten een minder sterke, maar wel significante, daling zien ($f = 3,92$; $p = 0,001$). De trendlijn van de $HONOS$ -somscores van de groep patiënten die onderzocht waren met de TSQ (zie **FIGUUR 2**) daalde significant over de tijd in de groep $TSQ < 6$ ($f = 5,68$; $p < 0,001$) en in de groep met een $TSQ \geq 6$ ($f = 6,75$; $p < 0,001$). De daling was eveneens significant bij de patiënten die een non-respons gaven op de TSQ ($f = 2,66$; $p = 0,007$).

De multilevel lineaire-regressieanalyse liet zien dat man-zijn, en het hebben van een persoonlijkheidsstoornis, $SCIL \leq 19$, $TSQ \geq 6$, geassocieerd waren met hogere, minder gunstige, scores op de $HONOS$ dan patiënten zonder deze kenmerken (OR: 3,7; 95%-BI: 1,9-7,3; $p < 0,001$). Deze associatie

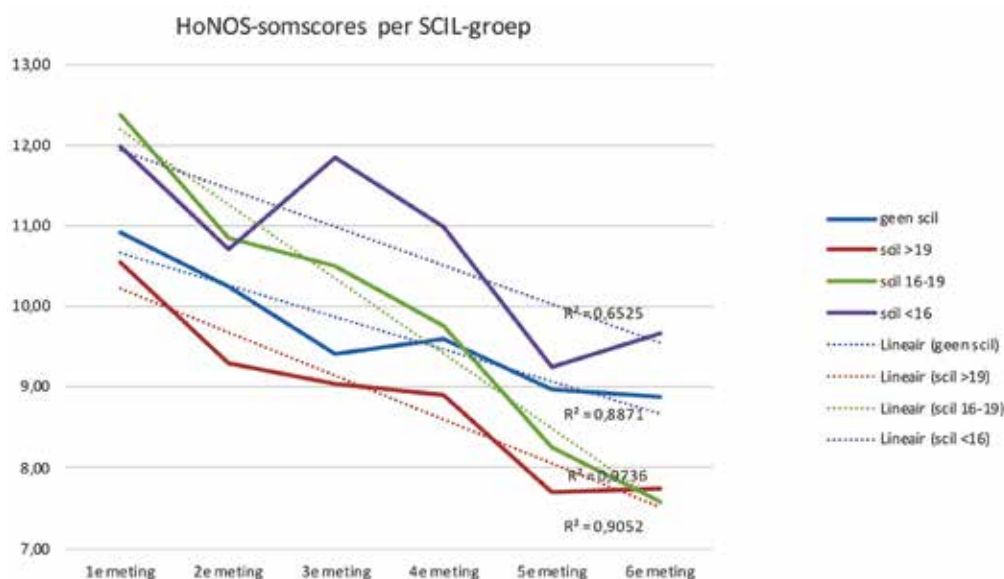
was bij de TSQ met een oddsratio van 13,9 (95%-BI: 7,7-25,2; $p < 0,001$) veel sterker dan bij een score ≤ 19 op de $SCIL$ met een oddsratio van 2,0 (95%-BI: 1,2-3,6; $p < 0,001$). Er werd geen significante associatie met een $SCIL \leq 15$ vastgesteld. De hogere percentages bij patiënten met 6 of meer klachten op de TSQ bij de vervolgmetingen op de $HONOS$ waren in lijn met deze bevindingen. Een lagere score op de $HONOS$ was daarentegen geassocieerd met leeftijd (OR: 0,95; 95%-BI: 0,93-0,97; $p < 0,001$), schizofrenie (OR: 0,19; 95%-BI: 0,10-0,37; $p < 0,001$) en met latere herhaalde metingen (OR: 0,53; 95%-BI: 0,45-0,64; $p < 0,001$). Dit wil zeggen dat met een lagere leeftijd, met het hebben van schizofrenie, en hoe hoger het meetnummer, hoe lager de score.

Het model liet een verklaarde variantie van 20% zien, waarvan 16% verklaard werd door de scores op de $SCIL$ en de TSQ en de overige 4% door de patiëntkenmerken leeftijd, geslacht en diagnoses. Deze bevindingen impliceerden dat confounding door diagnose niet uitgesloten kon worden, maar beperkt was.

DISCUSSIE

In dit onderzoek vonden we dat patiënten zonder een LVB en $PTSS$ een hoger niveau van functioneren kennen dan patiënten met een indicatie van LVB en een $PTSS$. Er treedt een significante verbetering op in de categorie patiënten waarvan op basis van de $SCIL$ -resultaten verwacht wordt dat hun IQ tussen de 70-85 ligt. Bij de categorie patiënten met een $SCIL$ -score onder de 16, die wijst op een IQ onder 70, werd

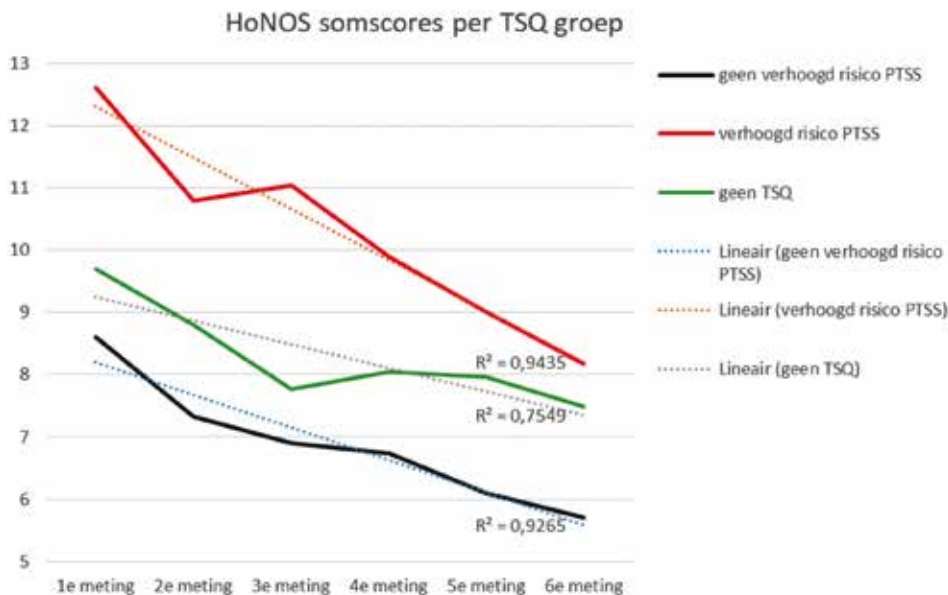
FIGUUR 1 $HONOS$ -somscores per $SCIL$ -groep



Criteria significantie: een $R^2 < 0,5$ is zwak, een R^2 tussen 0,5 en 0,7 is matig, een R^2 tussen 0,7 en 0,85 is sterk, en een $R^2 > 0,85$ is zeer sterk bij deze aantallen.

$HONOS$: Health of the Nation Outcome Scales; $SCIL$: Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking

FIGUUR 2 HONOS-somscores per TSQ-groep



Criteria significantie: een $R^2 < 0,5$ is zwak, een R^2 tussen 0,5 en 0,7 is matig, een R^2 tussen 0,7 en 0,85 is sterk, en een $R^2 > 0,85$ is zeer sterk bij deze aantallen.

HONOS: Health of the Nation Outcome Scales; TSQ: Trauma Screening Questionnaire

echter geen verbetering gevonden. Dit wijst erop dat deze patiënten met beperkte intellectuele capaciteiten minder lijken te profiteren van behandeling binnen de ggz. Een recent themanummer (november 2019) van het *Tijdschrift voor Psychiatrie* gaat in op de problemen die onder andere verslaving in deze groep kan veroorzaken, op de aanpassingen die worden aanbevolen in de farmacotherapie, de psychotherapie en ander aspecten van de behandeling van mensen met een LVB (de Kuijper e.a. 2019; Sterkenburg & Braakman 2019 en Vandernagel e.a. 2019).

In de praktijk blijkt echter dat de beperkingen van mensen met een LVB vaak niet tijdig worden onderkend (Kaal e.a. 2013). Dit pleit voor standaardscreening tijdens de intakeprocedure op aanwijzingen voor de aanwezigheid van een LVB. Op deze manier kan er al in een vroeg stadium rekening worden gehouden met LVB in het behandelbeleid in de ggz. Wieland e.a. geven in hun boek een uitgebreide beschrijving van aandachtspunten voor de behandeling van patiënten met een laag IQ in de ggz (Wieland e.a. 2017). Verbetering van de behandeling is misschien mogelijk door een intensievere samenwerking tussen de psychiatrie met het reguliere LVB-circuit en of verwijzing/samenwerking met op LVB en psychiatrie ingerichte specialistische centra. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen of dit inderdaad tot verbetering van de behandelresultaten leidt. Uit dit onderzoek blijkt dat de vooruitgang significant is binnen de categorie patiënten met een PTSS. Er is zelfs een

sterke daling van disfunctioneren waar te nemen, zoals **FIGUUR 2** illustreert. Daarnaast blijkt dat het klachtenniveau bij patiënten met een PTSS op de diverse meetmomenten hoger ligt in vergelijking met de patiënten zonder een PTSS. Zij blijven meer last houden van symptomen en probleempunten zoals tevens wordt uitgedrukt in hogere percentages op de HONOS boven de cut-offscore in vergelijking met de categorie patiënten zonder PTSS. Dit hogere klachtenniveau gedurende de behandeling en aan het einde van de behandeling wijst op een klinische noodzaak voor verdere verbetering van behandeling van traumage-relateerde klachten.

Sterke punten en beperkingen

Dit onderzoek heeft een aantal sterke en zwakke kanten. Een sterke kant is dat dit onderzoek een redelijk grote onderzoekspopulatie betreft waarbinnen een grote verscheidenheid te vinden is met betrekking tot diagnoses en problematiek. In dat opzicht vormt het een behoorlijk representatieve steekproef voor de doelgroep van patiënten met EPA. Wanneer de totale onderzoekspopulatie wordt opgesplitst in verschillende categorieën zoals SCIL 16 t/m 19 of SCIL < 16 en daarbij ook per diagnosegroep worden onderscheiden dan ontstaan daarbij groepen met kleine aantallen. Dat vormt een beperking in dit onderzoek. De samenstelling wat betreft diagnoses binnen de patiëntengroep zal invloed hebben op de HONOS-uitkomsten en dat

heeft consequenties voor de generalisatie. De resultaten zijn beter te generaliseren naar een patiëntengroep met EPA die veel overeenkomsten vertoont met deze onderzoekspopulatie wat betreft de diagnoses. Hoewel een oorzakelijk verband tussen de geboden zorg en de resultaten op de HONOS aannemelijk is, kan dat met de huidige onderzoeksopzet, door een gebrek aan een controlegroep, niet aangetoond worden.

Een beperking is dat het onderzoek geen experimentele opzet heeft, maar een longitudinaal praktijkonderzoek betreft, waarbij gebruikgemaakt wordt van alle in de zorg beschikbare data over een afgemeten tijdsvenster. Dat betekent dat de eerste metingen niet zonder meer voormetingen bij intake zijn, maar soms zijn afgenomen na al enige tijd behandeling. De laatste metingen zijn evenmin in alle gevallen eindmetingen.

Daarnaast dient benadrukt te worden dat de SCIL en de TSQ screeningsinstrumenten zijn die een LVB ofwel PTSS suggereren, maar niet vaststellen. Nadere diagnostiek naar intellectuele capaciteiten en PTSS is nodig om daadwerkelijk te kunnen spreken van een LVB of PTSS.

Ten slotte ligt er een beperking in het feit dat alleen de HONOS is gebruikt als indicatie voor de resultaten van de behandeling.

CONCLUSIE

Screening in de intakefase op zowel LVB als PTSS is van belang voor optimaliseren van het zorgaanbod aan patiënten met EPA. Screening vergroot de kans op het opsporen van een LVB en een PTSS als hoofd- of nevendiagnose. Het opsporen is een voorwaarde voor het onderkennen van deze problematiek bij een patiënt waardoor hier rekening mee gehouden kan worden in het te bepalen behandelbeleid voor desbetreffende patiënt. Daarnaast is screening een voorwaarde voor het ontwikkelen en testen van methoden en werkwijzen die het behandelaanbod kunnen verbeteren.

Een suggestie voor het verbeteren van het behandelaanbod zou een intensievere samenwerking kunnen zijn tussen psychiatrie en het reguliere LVB-circuit of samenwerken/verwijzen naar specialistische centra voor LVB en ggz-problematiek. Vooral patiënten met een IQ onder de 70 zouden hiervan sterk kunnen profiteren. Patiënten met een indicatie van een IQ tussen 70-85 blijken vooruitgang te boeken binnen een reguliere behandelsetting binnen de specialistische ggz.

LITERATUUR

- Achim AM, Maziade M, Raymond E, Olivier D, Mérette C, Roy M-A. How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophrenia Bull* 2011; 37: 811-21.
- Bont PAJM de, Berg DPG van den, Vleugel BM van der, Roos C de, Jongh A de, Gaag M van der, e.a. Predictive validity of the trauma screening questionnaire in detecting post-traumatic disorder in patients with psychotic disorders. *Br J Psychiatry* 2015; 206: 408-16.
- Brewin CR, Rose S, Andrews B, Green J, Tata P, McEvey C, e.a. Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 158-62.
- Cooper S-A, Smiley E, Morrison J, Williamson A, Allan L. Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: Prevalence and associated factors. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 27-35.
- Delepaul PH, en de EPA-consensusgroep. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschr Psychiatr* 2013; 55: 427-38.
- Gigi K, Werbeloff N, Goldberg S, Portuguese S, Reichenberg A, Fruchter E, e.a. Borderline intellectual functioning is associated with poor social functioning, increased rates of psychiatric diagnosis and drug use: A cross sectional population based study. *Eur Neuropsychopharmacol* 2014; 24: 1793-7.
- Hassiotis A, Strydom A, Hall I, Ali A, Lawrence-Smith G, Meltzer H, e.a. Psychiatric morbidity and social functioning among adults with borderline intelligence living in private households. *J Intellect Disabil Res* 2008; 52: 95-106.
- Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression* (2de ed.). New York: Wiley; 2001.
- Johansen AJ, Wahl AK, Eilertsen DE, Weisaeth L, Hanestad BR. The predictive value of post-traumatic stress disorder symptoms for quality of life: A longitudinal study of physically injured victims of non-domestic violence. *Health Qual Life Outcomes* 2007; 5: 26.
- Kaal H, Nijman H, Moonen X. *Screeners voor intelligentie en licht verstandelijke beperking. Handleiding voor volwassenen van achttien jaar en ouder.* Amsterdam: Hogrefe; 2013.
- Kuiper G de, Degraeve G en Zinkstok JR. *Voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een verstandelijke beperking: handvatten voor de praktijk.* *Tijdschr Psychiatr* 2019; 61: 786-91.
- Lommen MJJ, Restifo K. Trauma and posttraumatic stress disorder (PTSD) in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Community Ment Health J* 2009; 45: 485-96.

- Mauritz MW, Goossens JJ, Draijer N, Achterberg T van. Prevalence of interpersonal trauma exposure and trauma-related disorders in severe mental illness. *Eur J Psychotraumatol* 2013; 4.
- Mulder CL, Staring ABP, Loos J, Buwalda VJA, Kuijpers D, Sytema S, e.a. De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) als instrument voor 'routine outcome assessment'. *Tijdschr Psychiatr* 2004; 46: 5.
- Mulder CL, Staring ABP, Loos J, Buwalda VJA, Kuijpers D, Sytema S, e.a. De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) in Nederlandse bewerking. Rotterdam: GGZ Groep Europort; 2004. <http://www.ggzkennisplein.nl>
- Mulder N, Delespaul P namens het bestuur van F-ACT NL. De toekomst van F-ACT Flexible ACT in het kader van 'Over de Brug': Plan van aanpak EPA. Mei 2016.
- 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: e0168847.
- Nieuwenhuis JG, Smits HJH, Noorthoorn EO, Mulder CL, Penterman EJM, Nijman HLI. Not recognized enough: The effects and associations of trauma and intellectual disability in severely mentally ill outpatients. *Eur Psychiatry* 2019; 58: 63-9.
- Nijman H, Kaal H, Scheppingen van L, Moonen X. Development and testing of a screener for intelligence and learning disabilities (SCIL). *J Appl Res Intellect Disabil* 2018; 31.
- Neijmeijer LJ, Korzilius HPLM, Kroon H, Nijman HLI, Didden R. Flexible assertive community treatment for individuals with a mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: Results of a longitudinal study in the Netherlands. *J Intellect Disabil Res* 2019; 63: 1015-22.
- Neijmeijer L, Moerdijk L, Veneberg G, Muusse C. Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ: Een verkennend onderzoek. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010. www.trimbos.nl/webwinkel artikelnummer AF10005.
- Nugter A. Gebruik van de HoNOS in de ggz. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice* 2011; 4.
- Nugter MA, Buwalda VJA, Dhondt ADF, Draisma S. Gebruik van de HoNOS bij de behandeling van patiënten. *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 153-9.
- Palic S, Kappel ML, Nielsen MS, Carlsson J, Bech P. Comparison of psychiatric disability on the health of nation outcome scales (HoNOS) in resettled traumatized refugee outpatients and Danish inpatients. *BMC Psychiatry* 2014; 14: 330.
- Seelen-de Lang BL, Smits HJH, Penterman EJM, Noorthoorn EO, Nieuwenhuis JG, Nijman HLI. Screening for intellectual disabilities and borderline intelligence in Dutch outpatients with serious mental illness. *J Appl Res Intellect Disabil* 2019; 1-7.
- Skrondal A, Rabe-Hesketh S. Some applications of generalized linear latent and mixed models in epidemiology: Repeated measures, measurement error and multilevel modeling *Norsk Epidemiologi* 2003; 13: 265-78.
- Sterkenburg PS, Braakman JH. Effect van psychotherapie bij mensen met een verstandelijke beperking, en benodigde aanpassingen. *Tijdschr Psychiatr* 2019; 61: 792-7.
- Vandernagel JEL, van Duijvenbode N, van Horsen SWL. Verslaving bij mensen met een lichte verstandelijke beperking; versterk de zorgketen. *Tijdschr Psychiatr* 2019; 61: 798-803.
- Wieland J, Aldenkamp E, Brink A van den. Behandeling van patiënten met een laag IQ in de GGZ. *Beperkt begrepen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2017.
- Wieland J, Kapitein-de Haan S, Zitman FG. Psychiatric disorders in outpatients with borderline intellectual functioning: Comparison with both outpatients from regular mental health care and outpatients with mild intellectual disabilities. *Can J Psychiatr* 2014; 59: 213-9.
- Wing JK, Beevor AS, Curtis RH, Park SGB. Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): Research and development. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 11-8.

SUMMARY

The predictive value of mild intellectual disability/ borderline intellectual functioning and PTSD for treatment results in severely mentally ill patients

H.J.H. SMITS, B.L. SEELEN-DE LANG, H.L.I. NIJMAN, E.J.M. PENTERMAN, J.G. NIEUWENHUIS,
E.O. NOORTHOORN

BACKGROUND Little is known about the influence of mild intellectual disability/borderline intellectual functioning (MID/BIF) or posttraumatic stress disorder (PTSD) on treatment results in severely mentally ill (SMI).

AIM To investigate whether screeners determining MID/BIF or PTSD are associated with less favorable treatment outcome in SMI.

METHOD The screener for intelligence and learning disabilities (SCIL) was used to screen for MID/BIF. The trauma screening questionnaire (TSQ) was used to detect PTSD. Outcomes of these screeners were associated with repeated measures on the health of the nation outcome scales (HoNOS) in 628 SMI at the Mental Care Centre of Oost Brabant.

RESULTS In 628 patients one or more HoNOS was acquired. In 352 (56%) patients a SCIL was acquired, in 334 (53%) patients a TSQ. The largest improvement was observed in patients not meeting the criteria for MID/BIF and/or PTSD. Less improvement was observed in patients with PTSD and a suspected IQ between 70-85, estimated with the SCIL. No significant change on the HoNOS was observed in patients with an estimated IQ below 70.

CONCLUSION Routine screening for MID/BIF and PTSD symptoms is important for early recognition of the disorder, resulting in providing better treatment interventions for patients with MID/BIF and PTSD.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)10, 868-877

KEY WORDS HoNOS, MID/BIF, post-traumatic stress disorder, severe mental illness