

# Onderkennen van zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking bij aangemelde patiënten op een algemene psychiatrische polikliniek

J. WIELAND, T.P. VAN HOUT, B. VAN ELS, J.P.A.M. BOGERS

**ACHTERGROND** Het is de vraag of zwakbegaafdheid (ZB) of een lichte verstandelijke beperking (LVB) bij patiënten onder behandeling in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) wordt herkend door hulpverleners.

**DOEL** Verkennend onderzoek naar onder-diagnostiek van ZB/LVB op een algemene polikliniek.

**METHODE** Het aantal patiënten met de diagnose ZB/LVB in het elektronisch patiëntendossier (EPD) werd vastgesteld. In de periode van 11 augustus tot 11 december 2015 werden tevens alle nieuw aangemelde patiënten met een opleidingsniveau mbo-2 of lager gescreend op de mogelijke aanwezigheid van ZB/LVB met de Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking (SCIL). Over alle nieuwe patiënten werd tevens aan de behandelaars/intakers gevraagd of zij ZB/LVB vermoedden. De percentages werden met elkaar vergeleken. De sensitiviteit en specificiteit en de positief en negatief voorspellende waarde (PVW en NVW) van het oordeel van de behandelaars werden bepaald.

**RESULTATEN** In het EPD had 2,8% van de patiënten de diagnose ZB en 0,8% LVB. Het percentage met vermoedelijke ZB/LVB onder de nieuw aangemelde patiënten was 17,5. De sensitiviteit van het oordeel van behandelaars was 41%, de negatief voorspellende waarde was 57%.

**CONCLUSIE** Bij nieuw aangemelde patiënten op een polikliniek is ZB/LVB een belangrijke, maar frequent gemiste comorbiditeit.

**TREFWOORDEN** lichte verstandelijke beperking, polikliniek, SCIL, screening, zwakbegaafdheid

TUJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)10, 860-867



ARTIKEL



Er is in Nederland steeds meer aandacht voor het feit dat de prevalentie van zwakbegaafdheid (ZB) en lichte verstandelijke beperking (LVB) bij patiënten onder behandeling in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) vermoedelijk veel hoger is dan eerder gedacht (Stuurman e.a. 2008; Neijmeijer e.a. 2010; Nelissen 2017; Nieuwenhuis e.a. 2017; Wieland 2019). We spreken van ZB als er sprake is van een intelligentiequotiënt (IQ) tussen 70 en 85. Bij een IQ van 70 of minder en bijkomende beperkingen in het adaptieve functioneren, ontstaan gedurende de ontwikkelingsperiode, spreken we van een verstandelijke beperking (APA 2000; 2014). Bij

patiënten met ernstiger psychiatrische aandoeningen is een IQ < 85 vermoedelijk frequent aanwezig. Op opnameafdelingen wordt de prevalentie geschat op 43,8% (Nieuwenhuis e.a. 2017) en binnen de (F)ACT-zorg ligt dit percentage mogelijk nog hoger (40-68%) (Stuurman e.a. 2008; Nelissen 2017; Nieuwenhuis e.a. 2019). Maar ook bij minder ernstige psychiatrische aandoeningen komen ZB en LVB frequent voor (Chen e.a. 2006; Cooper e.a. 2006; Hassiotis e.a. 2008; Gigi e.a. 2014).

Of en waar de patiënten met ZB/LVB behandeld worden voor hun psychische stoornis is onvoldoende bekend. Een

aantal ggz-instellingen in Nederland heeft een gespecialiseerd centrum of team voor psychiatrie en verstandelijke beperking. Bekend is dat een deel van de patiënten met ZB/LVB terecht komt in de forensische zorg (Kaal e.a. 2017). Reguliere ggz-instellingen hebben doorgaans geen goed beeld van het percentage patiënten met ZB/LVB dat zij in zorg hebben (Wieland & Ten Doesschate 2018), en evenmin van het aantal patiënten met ZB/LVB, dat zich nieuw aanmeldt op een algemene psychiatrische polikliniek. In de praktijk blijkt dat het lage IQ vaak gemist wordt. Patiënten worden dan bejegend alsof zij ten minste een gemiddeld IQ hebben. Dit leidt tot problemen in de diagnostiek en behandelingen sluiten dan onvoldoende aan.

De nieuwe generieke module (GM) 'Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking' (<https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/psychische-stoornissen-en-zwakbegaafdheid-zb-of-lichte-verstandelijke-beperking-lvb>) beschrijft het belang van het (zo vroeg mogelijk) (h)erkennen van ZB/LVB bij (nieuwe) patiënten in de ggz. Omdat mensen met ZB/LVB geen specifieke uiterlijke kenmerken hebben en niet altijd snel te herkennen zijn aan hun presentatie of gedrag, vraagt dit ervaring. De GM beschrijft mogelijke signalen, zoals taalgebruik en informatie over schoolopleiding, en adviseert signalen nader te verkennen en te screenen met de *Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking* (SCIL; Kaal e.a. 2015a). De SCIL screent verstandelijke vermogens en is geen formele intelligentietest.

Het doel van dit verkennende onderzoek was de onderdiagnose van ZB/LVB in de poliklinische praktijk in kaart te brengen. Onze hypothese was dat veel aangemelde patiënten op basis van de SCIL-meting en het opleidingsniveau vermoedelijk functioneren op ZB/LVB-niveau, maar dat behandelaars dit lage IQ bij aangemelde ambulante patiënten niet herkennen.

## METHODE

### Patiënten en procedure

Het onderzoek vond plaats bij GGZ Rivierduinen, een regionale ggz-instelling in Zuid-Holland, op de locatie te Gouda. Op de algemene psychiatrische polikliniek, waar met name stemming-, angst-, somatoforme stoornissen, persoonlijkheidsproblematiek, autisme en ADHD worden behandeld, werden in de periode van 11 augustus tot 11 december 2015 alle aangemelde patiënten gescreend op de mogelijke aanwezigheid van ZB/LVB. Alle volwassen patiënten (18+) werden geïnccludeerd in het onderzoek. Exclusiecriteria waren een onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal, het niet volledig doorlopen van de intake of aanmelding via de crisisdienst.

## AUTEURS

**JANNELIEN WIELAND**, psychiater, Poli+, Leiden.

**TESSA VAN HOUT**, basisarts, Wilhelmina Kinderziekenhuis, Utrecht.

**BARBARA VAN ELS**, destijds: aios psychiatrie, GGZ Rivierduinen; thans: kinder- en jeugdpsychiater, Youz, Den Haag.

**JAN BOGERS**, A-opleider psychiatrie en manager behandelzaken, kliniek Intensieve zorg, GGZ Rivierduinen, Leiden.

## CORRESPONDENTIEADRES

Dr. J. Wieland, Poli+, Poortgebouw Noord, Rijnsburgerweg 10, 2333 AA Leiden.

E-mail: [j.wieland@poli-plus.nl](mailto:j.wieland@poli-plus.nl)

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 28-4-2020.

Patiënten met een afgeronde opleiding vmbo/mbo niveau 3 of hoger, werden geacht ten minste gemiddeld intelligent te zijn. Deze groep is gedefinieerd als 'hoger opgeleid'. Patiënten met een hoogst afgeronde opleiding van (voortgezet) middelbaar beroepsonderwijs (vmbo/mbo) niveau 2 of lager werden, na uitleg over de aard en het doel van het onderzoek en met toestemming van de patiënt, gescreend op ZB/LVB. Dit gebeurde aansluitend aan de intake of uiterlijk aansluitend bij het eerste behandelcontact.

### Metingen en meetinstrument

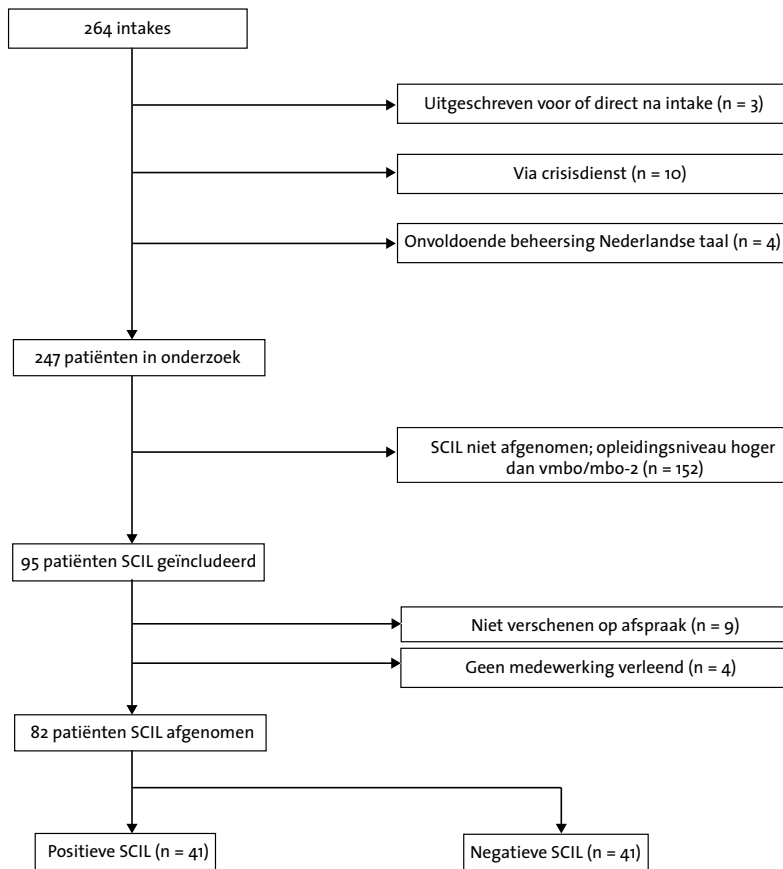
Demografische gegevens zoals geslacht, leeftijd en opleidingsniveau werden van alle patiënten geregistreerd.

– Gediagnosticeerde ZB/LVB: het percentage diagnoses van ZB en van LVB van alle poliklinische patiënten van GGZ Rivierduinen, locatie Gouda, bij de start van het onderzoek, werd gemeten met de geregistreerde DSM-IV-TR-classificaties in het elektronische patiëntendossier (EPD), en wel de codes V62.89 en 317.

– Screening op ZB/LVB: screening op de aanwezigheid van ZB/LVB vond plaats op basis van het opleidingsniveau en, indien geïndiceerd, met de SCIL. Bij een hoogst afgeronde opleiding van (voorbereidend) middelbaar beroepsonderwijs (vmbo/mbo) niveau 3 of hoger namen we aan dat er geen sprake was van ZB/LVB. Als patiënten een afgeronde opleiding hadden met niveau 2 of lager, dan werd de patiënt met de SCIL gescreend door twee onderzoekers op ZB/LVB (T.P. v. H. en B. v. E.).

De SCIL is een korte vragenlijst, bedoeld om snel te screenen op de aanwezigheid van mogelijke ZB of LVB (Nijman e.a. 2016). De SCIL bestaat uit 14 vragen en kan volgens de

**FIGUUR 1** Flowchart afname Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking (SCIL)



instructies in ongeveer 10 minuten worden afgenomen, maar neemt soms ook langer in beslag. Daar waar nodig krijgen patiënten meer tijd. Degene die de test afneemt, stelt de vragen en vult de antwoorden in. De maximale score is 28 punten. Het afkappunt ligt bij 20. Bij een score van 15-19 is er vermoedelijk sprake van zB. Bij een score van 14 of lager is er vermoedelijk sprake van een lVB. De interne consistentie bepaald met Cronbachs alfa is 0,83. De test-hertestbetrouwbaarheid bepaald met Pearsons r is 0,92. De AUC-waarde is 0,93. De SCIL heeft een sensitiviteit van 82% en een specificiteit van 83% (Kaal e.a. 2015b). Voor het gebruik van de SCIL zijn geen speciale kwalificaties vereist. Wel moet de persoon die de SCIL afneemt goed bekend zijn met de instructies en de vragenlijst precies volgens het protocol afnemen.

Omdat noch het opleidingsniveau, noch de score op de SCIL als screeningsinstrument absolute zekerheid geeft over de hoogte van het IQ, noemen we patiënten met een  $SCIL < 20$  'vermoedelijk zB/lVB'.

– Herkenning zB/lVB: Behandelaars kregen na elke intake een invulformulier met vragen over de verwijzing (specialistische ggz, SGGZ, of generalistische basis-ggz, GBGGZ), psychiatrische voorgeschiedenis, DSM-classificaties, GAF-scores

en de vraag of er – naar aanleiding van het contact bij de intake of na het eerste gesprek – bij de behandelaar een vermoeden bestond op de mogelijke aanwezigheid van zB of lVB ('vermoedelijk zB/lVB'). De behandelaar moest, door deze vraag schriftelijk te beantwoorden, bewust nadenken over de mogelijke aanwezigheid van zB/lVB.

### Statistische analyses

Verschillen in leeftijd, geslacht, psychiatrische voorgeschiedenis, melding bij SGGZ of GBGGZ, diagnose, psychosociale stressfactoren en GAF tussen de groep met een  $SCIL < 20$  en  $SCIL \geq 20$  of een hogere opleiding, werden getoetst met behulp van een t-toets of een  $\chi^2$ -toets.

Het percentage met zB/lVB volgens diagnoses in het EPD werd vergeleken met dat percentage op basis van de SCIL en opleidingsniveau.

Met een  $\chi^2$ -toets vergeleken we het vermoedelijk voorkomen op basis van de score op de SCIL met het percentage zB/lVB op basis van de vermoedens van behandelaars. Sensitiviteit en specificiteit van het oordeel (vermoeden) van de behandelaars werden bepaald, evenals de positief en negatief voorspellende waarde van dat oordeel.

Alle statistische analyses werden uitgevoerd met SPSS versie 22. P-waarden < 0,05 werden beschouwd als significant.

## RESULTATEN

### Demografische gegevens

Van de 247 geïncludeerde patiënten waren van 13 patiën-

ten geen gegevens bekend. 9 verschenen niet op afspraken en 4 weigerden medewerking, zodat de onderzochte groep uit 234 patiënten bestond (FIGUUR 1). Er werden geen verschillen gevonden voor geslacht ( $\chi^2 = 0,790$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,374$ ) en leeftijd (t-toets,  $p = 0,982$ ) tussen de groep patiënten met een SCIL < 20 ( $n = 41$ ), met een SCIL  $\geq 20$  ( $n = 41$ ) of met een hogere opleiding ( $n = 152$ ).

**TABEL 1** Patiëntgegevens aangeleverd door behandelaar ( $n = 180$ )

Gegevens invulformulier ( $n = 180$ )	Hoger opgeleid ( $n = 118$ ) (%)	SCIL $\geq 20$ ( $n = 32$ ) (%)	SCIL < 20 ( $n = 30$ ) (%)	$\chi^2$	p-waarde
Psychiatrische VG	79 (76)	21 (65)	17 (67)	1,118	0,57
Geen psychiatrische VG	39 (33)	11 (35)	13 (33)		
<b>Verwijzing naar</b>					
SGGZ	78 (71)	19 (59)	20 (65)	0,545	0,76
GBGGZ	40 (39)	13 (41)	10 (35)		
<b>As 1</b>					
Geen diagnose	4 (3)	3 (9)	7 (23)	60,535	0,25
Stemmingsstoornis	50 (42)	13 (41)	5 (17)		
Angststoornis	36 (31)	9 (28)	8 (27)		
Somatoforme stoornis	6 (5)	2 (6)	1 (3)		
ADHD	15 (13)	4 (13)	4 (13)		
Overig	7 (6)	1 (3)	5 (17)		
<b>As 2</b>					
Geen	37 (31)	11 (34)	10 (33)	22,964	0,40
Uitgestelde PS	53 (45)	11 (34)	15 (50)		
PS NAO	12 (10)	3 (9)	3 (10)		
PS	12 (10)	3 (9)	2 (7)		
Trekken van PS	4 (4)	4 (13)	0 (0)		
<b>As 3</b>					
Geen diagnose op as 3	100 (85)	27 (84)	22 (73)	53,924	0,15
Diagnose op as 3	18 (15)	5 (16)	8 (27)		
<b>As 4</b>					
Geen problemen	33 (28)	6 (19)	8 (27)	17,773	0,22
Problemen primaire steungroep	46 (39)	15 (47)	14 (45)		
Problemen sociale omgeving	10 (8)	2 (6)	1 (3)		
Opvoedproblematiek	0 (0)	0 (0)	2 (6)		
Werkproblemen	24 (20)	7 (22)	4 (15)		
Financiële problemen	2 (2)	0 (0)	1 (3)		
Woonproblemen	2 (2)	2 (6)	0 (0)		
Psychosociale problemen	1 (1)	0 (0)	0 (0)		
<b>GAF</b>					
Huidige GAF	56	55	57	0,16	
Hoogste GAF	62	60	60	0,45	

VG = voorgeschiedenis; SGGZ = specialistische geestelijke gezondheidszorg; GBGGZ = generalistische basis geestelijke gezondheidszorg; ADHD = attention deficit hyperactive disorder; PS = persoonlijkheidsstoornis; GAF = global assessment of functioning.

**TABEL 2** Vermoeden van behandelaars op ZB of LVB (n = 62) voor patiënten met SCIL ≥ 20 en SCIL < 20

Vermoeden behandelaar over ZB/LVB	SCIL < 20	SCIL ≥ 20	Totaal
wel vermoeden	13	5	18
geen vermoeden	19	25	44
totaal	32	30	62
Fishers exacte test: p = 0,054			
Positief voorspellende waarde: 72%			
Negatief voorspellende waarde: 57%			
Sensitiviteit vermoeden behandelaar: 41%			
Specificiteit vermoeden behandelaar: 83%			

### Diagnose volgens DSM-IV-TR bij start onderzoek

Volgens de geregistreerde DSM-IV-TR-diagnoses in het EPD van alle poliklinische patiënten van GGZ Rivierduinen, locatie Gouda, bij de start van het onderzoek, had 2,8% van de ambulante patiënten onder behandeling op de betreffende polikliniek een classificatie ZB (DSM-code V62.89) en 0,8% van de patiënten de classificatie LVB (DSM-code 317).

### Vermoedelijke ZB/LVB op basis van de SCIL

Van de geïncludeerde patiënten (n = 247) was bij 95 patiënten (38%) afname van de SCIL geïndiceerd (lager opleidingsniveau). Omdat 4 patiënten medewerking weigerden en 9 patiënten niet op hun afspraak kwamen konden we bij 82 patiënten de SCIL afnemen. Bij 41 patiënten was de score boven het afkappunt van 20 en 41 patiënten scoorden onder het afkappunt op de SCIL. Meer gedetailleerde gegevens staan beschreven in **FIGUUR 1**.

Het percentage van vermoedelijke ZB/LVB was 41 op 234 patiënten: 17,5% (95%-BI: 10,5-24,5). Het grootste deel van de 41 patiënten met een lage score op de SCIL had ZB (n = 30; 73%). Ongeveer een kwart van deze groep (n = 11; 27%) had op basis van de score op de SCIL een LVB.

### Herkenning door de behandelaar

Voor alle 247 geïncludeerde patiënten werd aan de behandelaar gevraagd een inschatting te maken van het intelligentieniveau en werden schriftelijke vragen gesteld over de psychiatrische voorgeschiedenis, verwijzing (SGGZ of GGGZ), DSM-classificaties en GAF-scores. Dit invulformulier werd door behandelaars geretourneerd voor 181 patiënten (73%). Van 1 patiënt ontbrak de inschatting van het intelligentieniveau, zodat van 180 patiënten alle gegevens bekend waren. Er waren geen significante verschillen wat betreft psychiatrische voorgeschiedenis, verwijzing, DSM-classificaties of GAF-score tussen de patiënten met een hogere opleiding, een SCIL score ≥ 20 en een SCIL score < 20 (**TABEL 1**).

Van de 180 patiënten (73%) over wie behandelaars ook expliciet een uitspraak deden over hun vermoeden van het wel of niet aanwezig zijn van ZB of LVB, was een deel hoger opgeleid. Die patiënten werden niet getest met de SCIL. Zij werden beschouwd als niet-ZB/LVB (n = 118). Van de anderen (n = 62) werd een SCIL afgenomen. Om een indruk van de betrouwbaarheid van de inschatting van de behandelaars te krijgen toetsten wij hun vermoeden van al dan niet ZB/LVB aan de uitslag van de SCIL (**TABEL 2**). Bij 13 patiënten hadden behandelaars terecht een vermoeden van ZB of LVB en bij 25 patiënten vermoedden zij terecht geen ZB/LVB. Bij 5 patiënten vermoedden zij een verstandelijke beperking terwijl die er volgens de SCIL niet was (n = 30). Evenzo dachten zij bij 19 patiënten dat er geen beperking was, terwijl de uitslag van de SCIL anders deed vermoeden (n = 32).

De positief voorspellende waarde voor het herkennen van ZB/LVB door behandelaars was 72%. De negatief voorspellende waarde was 57%. De sensitiviteit van de inschatting van de behandelaar was 41%. De specificiteit van de inschatting was 83% (**TABEL 2**).

### DISCUSSIE

De nieuwe GM 'Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking' (<https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/psychische-stoornissen-en-zwakbegaafdheid-zb-of-lichte-verstandelijke-beperking-lvb>) beschrijft het belang van het (zo vroeg mogelijk) (h)erkennen van ZB/LVB bij (nieuwe) patiënten in de ggz.

### Onvoldoende herkenning

De resultaten van ons onderzoek laten zien dat behandelaars ZB/LVB bij nieuwe patiënten op een algemene psychiatrische polikliniek vermoedelijk onvoldoende herkennen. Bij de start van het onderzoek was 2,8% van de ambulante patiënten onder behandeling op de betreffende

polikliniek formeel geclassificeerd met ZB en 0,8% van de patiënten had een formele classificatie LVB. Tijdens het 4 maanden durende screenende onderzoek scoorde echter 17,5% van de nieuwe ambulante patiënten onder het afkappunt van 20 op de SCIL. Dit percentage geschatte ZB/LVB is veel hoger dan het officieel geclassificeerde totale percentage van 3,6%, een aanwijzing voor onderdiagnostiek. Behandelaars vinden het lastig om ZB/LVB te herkennen bij hun patiënten. Hun vermoeden of oordeel was vaak onjuist, als de uitslag van de SCIL de gouden standaard was voor het vaststellen van ZB/LVB. Onderdiagnostiek door de behandelaar blijkt vooral uit een lage sensitiviteit en een lage negatief voorspellende waarde van de behandelaar. Sensitiviteit is immers een maat voor de kans dat een patiënt met ZB/LVB wel als zodanig wordt herkend door de behandelaar. De kans dat ZB/LVB terecht wordt opgemerkt, is slechts 41%. De negatief voorspellende waarde is een maat voor de kans dat de behandelaar terecht geen ZB/LVB vermoedt. Als de behandelaar geen vermoeden heeft van ZB/LVB is dat maar in 57% van de gevallen juist.

### Verklaringen geringe herkenning

Mogelijk speelt een rol dat ZB of LVB maar beperkt formeel geclassificeerd wordt omdat het bespreken van, onderzoek naar, en classificatie van ZB/LVB door behandelaars als stigmatiserend kan worden ervaren, maar het is niet waarschijnlijk dat dit de opvallende resultaten verklaart, zeker omdat in dit onderzoek behandelaars uitleg hadden gekregen over ZB en LVB en hun expliciet gevraagd werd een uitspraak te doen over mogelijke ZB/LVB.

### Gevolgen matige herkenning

Dit is het eerste onderzoek naar mogelijke aanwezigheid en herkenning van ZB/LVB bij nieuw aangemelde patiënten in zorg op een algemene psychiatrische polikliniek. Passend bij de bevindingen bij klinisch opgenomen patiënten en in FACT-teams blijkt dat ZB/LVB ook bij ambulante patiënten met minder ernstige psychiatrische stoornissen een belangrijke comorbiditeit is (Nieuwenhuis e.a. 2017; Nelissen 2017). Als behandelaars het lage IQ bij hun patiënten niet herkennen, wordt de zorg voor deze groep patiënten minder toegankelijk en wordt het moeilijker voor hen om een passende behandeling te krijgen. Mensen met ZB/LVB worden minder vaak adequaat behandeld voor hun psychische klachten en psychische stoornissen worden bij deze patiënten vaker chronisch van aard (Einfeld e.a. 2006; Hassiotis e.a. 2008). Wellicht draagt dit bij aan het feit dat het percentage patiënten met een geschatte ZB/LVB nog hoger is in de groep patiënten met EPA.

### Betere herkenning en aangepaste behandeling

Voor het vaststellen van psychische stoornissen gelden bij

mensen met ZB/LVB dezelfde criteria als voor mensen met een gemiddelde of bovengemiddelde intelligentie. Bij het hanteren van deze criteria is het echter belangrijk dat er rekening gehouden wordt met de ZB/LVB (Fletcher e.a. 2017). De nieuwe GM 'Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking' geeft aanwijzingen voor het diagnosticeren, classificeren, behandelen en begeleiden van psychische stoornissen bij mensen met ZB/LVB. Voor mensen met een verstandelijke beperking geeft de *Diagnostic Manual-Intellectual Disability 2* (DM-ID) daarnaast ook veel achtergrondinformatie en tips (Fletcher e.a. 2017).

In de meeste gevallen kunnen reguliere richtlijnen en protocollen gebruikt worden om deze stoornissen te behandelen, op voorwaarde dat de behandelaar rekening houdt met het lage IQ en de beperkingen in het adaptieve functioneren van zijn patiënt en zijn behandeling hier op aanpast (Vereenoghe & Langdon 2013; Wieland e.a. 2014; Beail 2016; Wieland e.a. 2017). Dit kunnen behandelaars doen door hun (schriftelijke en mondelinge) communicatie te vereenvoudigen (bijvoorbeeld door jargon te vermijden, een heldere structuur aan te brengen en door korte, eenvoudige vragen te stellen), door in de behandeling de hoeveelheid informatie per keer te beperken en door in de therapie kleine concrete stappen te zetten en veel te herhalen. Hier kan de behandelaar mee starten vanaf het moment dat hij het lage IQ bij zijn of haar patiënt herkent. Het is dus van essentieel belang dat behandelaars leren om ZB/LVB bij hun patiënten zo snel mogelijk te herkennen. De huidige studie laat zien dat ZB/LVB nog vaak gemist wordt bij patiënten en dat het voor behandelaars moeilijk is om deze inschatting op basis van een eerste intakegesprek adequaat te maken.

### Beperkingen

Een beperking van het onderzoek is dat er geen SCIL afgenomen is bij patiënten met een opleidingsniveau hoger dan mbo-2. De inschatting was dat het percentage ZB/LVB bij mensen met een opleidingsniveau mbo-3 of hoger waarschijnlijk zeer klein zou zijn, maar mogelijk hebben we hierdoor ook mensen gemist. In een onderzoek van Nieuwenhuis e.a. (2017) bij klinisch opgenomen patiënten bleek 25% van de mensen met een opleidingsniveau mbo-3 of hoger op de SCIL onder het afkappunt te scoren. Mogelijk beïnvloedt bij deze groep opgenomen patiënten cognitief verval de score op de SCIL, zowel door de langere ziektegeschiedenis als door de ernst van het actuele ziek zijn van deze patiënten, in vergelijking met polikliniek patiënten. Daarom is het in ons onderzoek niet uitgesloten dat cognitief verval invloed heeft op de SCIL-scores, maar het is onwaarschijnlijk. Dit laatste wordt ook ondersteund door de bevinding dat er geen aanwijzingen zijn voor

(meer) cognitief verval in de groep laagbegaafden in vergelijking met hoger begaafden als het gaat om diverse patiëntgegevens (TABEL 1).

Een tweede beperking ligt in het feit dat de SCIL een screeningsinstrument is en geen diagnostisch instrument. De uitslag van een individuele gestandaardiseerde IQ-test had diagnostische zekerheid geboden. Dat betekent dat we met de SCIL slechts kunnen spreken van 'vermoedelijke' ZB/LVB. Bovendien heeft de SCIL een goede sensitiviteit (82%) en specificiteit (89%) voor het herkennen van een IQ < 85, maar is deze niet voldoende voor het classificeren van ZB dan wel een LVB. Hiervoor is ook een gestandaardiseerde IQ-test noodzakelijk. Voor het classificeren van een LVB moet daarbij ook onderzoek gedaan worden naar het adaptieve functioneren (APA 2013).

Een derde beperking is dat er geen SCIL is afgenomen bij patiënten die werden aangemeld via de acute psychiatrische dienst, terwijl het percentage ZB en LVB bij patiënten die aangemeld worden via de acute psychiatrische dienst mogelijk wel hoger ligt. Dit kan betekenen dat de resultaten van dit onderzoek een onderschatting zijn van het werkelijke percentage patiënten met een geschatte ZB/LVB. Als laatste mogelijke beperking moet genoemd worden dat binnen de organisatie voor ggz waar wij dit onderzoek deden ook een specialistisch centrum voor psychiatrie en

verstandelijke beperking bestaat. Patiënten bij wie de ZB/LVB bekend was bij aanmelding werden niet zelden rechtstreeks naar dit specialistische centrum verwezen. Vermoedelijk is het aantal aangemelde patiënten met ZB/LVB op de algemene psychiatrische poliklinieken hierdoor lager. Verder onderzoek in grotere groepen en met gestandaardiseerde IQ-testen en instrumenten voor het in kaart brengen van adaptief functioneren zou nauwkeurig de prevalentie van ZB en LVB in kaart kunnen brengen. Bovendien zou het onderzoeken van het beloop van patiënten met niet-herkende ZB en LVB duidelijk kunnen maken wat de consequenties zijn voor diagnostiek en behandelresultaat.

## CONCLUSIE

Een grote minderheid van de nieuwe poliklinische patiënten onder behandeling in de ggz heeft vermoedelijk ZB/LVB. Behandelaren zijn over het algemeen niet goed in het herkennen van dit lage IQ bij hun patiënten. Voor een passende behandeling van psychische stoornissen bij patiënten met ZB/LVB is herkenning essentieel.

De collega's van GGZ Rivierduinen, polikliniek Gouda, leverden de patiëntgegevens aan en Theo Broekman, Bureau Beta, Nijmegen, gaf methodologische adviezen.

## LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington: APA; 2000.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th edition (DSM-5). Washington: APA; 2014.
- Beail N. Psychological therapies and people who have intellectual disabilities. Londen: The British Psychological Society; 2016.
- Chen CY, Lawlor JP, Duggan AK, Hardy JB, Eaton WW. Mild cognitive impairment in early life and mental health problems in adulthood. *Am J Public Health* 2006; 96: 1772.
- Cooper SA, Smiley E, Morrison J, Williamson A, Allan L. Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *Br J Psychiatry* 2006; 190: 27-35.
- Einfeld SL, Piccinin AM, Mackinnon A, Hofer SM, Taffe J, Gray KM e.a. Psychopathology in young people with intellectual disability. *JAMA* 2006; 296: 1981-9.
- Fletcher RJ, Barnhill J, Cooper SA. Diagnostic Manual - Intellectual Disability 2 (DM-ID): A textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability. (2de ed.). New York: NADD; 2017.
- 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 Intell Disabil Res* 2008; 52: 95-106.
- Kaal HL, Nijman HLI, Moonen XMH. SCIL voor volwassenen (SCIL 18+) en jongeren van 14 tot en met 17 jaar (SCIL 14-17), handleiding. Amsterdam: Hogrefe; 2015a.
- Kaal HL, Nijman HLI, Moonen XMH. Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking (SCIL) – stand van zaken 1 juli 2015. Factsheet 6, Lectoraat LVB en jeugdcriminaliteit. Leiden: Expertisecentrum Jeugd Hogeschool Leiden; 2015b.
- Kaal HL, Overvest N, Boertjes MJ. Beperkt in de keten. Mensen met een licht verstandelijke beperking in de strafrechtsketen, 2e druk. Amsterdam: Boom Lemma; 2017.
- Neijmeijer L, Moerdijk L, Veneberg G, Muusse C. Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ. Een verkennend onderzoek. Utrecht: Trimbos-Instituut; 2010.
- Nelissen J. Intelligentie en leerstoornissen in beeld. Praxis GGZ verpleegkundig specialist 2017.
- 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: e016884.

- 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, van Scheppingen L, Moonen X. Development and testing of a Screener for intelligence and learning disabilities (SCIL). *JARID* 2016; doi: 10.1111/jar.12310.

- Stuurman S, Mulder A, van Straaten B, Kruijt P, de Baan M, Mulder N. Intelligentieonderzoek bij patiënten van Assertive Community Treatment (ACT-) teams. Rotterdam: Bavo-Europoort; 2008.
- Vereenoghe L, Langdon PE. Psychological therapies for people with intellectual disabilities: a systematic review and meta-analysis. *Res Dev Disabil* 2013; 34: 4085-102.
- Wieland J, Kapitein S, Otter M, Baas RW. Diagnostiek van psychiatrische stoornissen bij mensen met een (zeer) lichte verstandelijke beperking. *Tijdschr Psychiatr* 2014; 56: 463-70.

- Wieland J, Aldenkamp EA, van den Brink A. Behandeling van patiënten met een laag IQ in de GGZ. Beperkt begrepen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2017.
- Wieland J, Ten Doesschate MC. Awareness and accessibility of the Dutch mental health care system for people with borderline intellectual functioning or mild intellectual disabilities. *Adv Ment Health Intellect Disabil* 2018; 12: 114-20.
- Wieland J. Aandacht voor zwakbegaafdheid in de ggz. *Tijdschr Psychiatr* 2019; 61: 761-5.

## SUMMARY

# Recognizing borderline intellectual functioning or mild intellectual disability in newly registered patients in a general psychiatric outpatient clinic

J. WIELAND, T.P. VAN HOUT, B. VAN ELS, J.P.A.M. BOGERS

**BACKGROUND** It is unclear whether borderline intellectual functioning (BIF) and/or a mild intellectual disability (MID) in patients receiving treatment in mental health care are being recognized by care providers.

**AIM** Exploratory study to register under-diagnosis of BIF/MID in an outpatient clinic.

**METHOD** The number of patients diagnosed with BIF/MID according to the electronic patient file (EPD) was determined. From 11 August to 11 December 2015, all newly registered patients for outpatient treatment with an MBO-2 or lower educational level were screened for the possible presence of BIF/MID applying the screener for intelligence and mild intellectual disability (SCIL). For all patients, their mental health care practitioner was asked if they suspected BIF/MID. These percentages were compared. The sensitivity and specificity and the positive and negative predictive value (PPV and NPV) of the opinion of the mental health care practitioners were determined.

**RESULTS** In the EPD 2,8% of patients were diagnosed with BIF, and 0,8% with MID. The percentage of suspected BIF/MID of newly registered patients was 17,5%. The sensitivity of the assessors' opinion was 41%, the NPV was 57%.

**CONCLUSION** In newly registered patients at an outpatient clinic BIF and MID are important but frequently missed co-morbidities.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)10, 860-867

**KEY WORDS** borderline intellectual functioning (BIF), mild intellectual disability (MID), outpatients, SCIL, screening