

Hoe ervaren volwassenen met ernstige psychiatrische aandoeningen en een licht verstandelijke beperking de communicatie met hulpverleners binnen de klinische ggz?

Een kwalitatief, fenomenologisch onderzoek

Inleiding

Van alle Nederlanders heeft naar schatting 2,1% een licht verstandelijke beperking (LVB) met een intelligentiequotiënt (IQ) < 50-70, en is 13,6% is zwakbegaafd (ZB) met een IQ van 70-85 (Wieland, 2016). Veel mensen met een LVb ondervinden problemen in de maatschappij en problemen in het adaptief vermogen (Didden, 2006; Nieuwenhuis, Noorthoorn, Nijman, Naarding & Mulder, 2017).

De DSM-5 (APA, 2017) omschrijft de volgende criteria voor een LVb: 'Een LVb wordt gekenmerkt door significante deficiënties in het intellectueel functioneren (criterium A) en het adaptief functioneren (criterium B), uitgedrukt in het conceptuele, sociale en praktische domein.' Deze deficiënties komen naar voren gedurende de ontwikkeling van een individu (criterium C). Met de v62.89 code in de DSM-5 valt ZB onder de andere problemen die een reden van zorg kunnen zijn (APA, 2017). Ik gebruik in dit artikel pragmatisch de term VB om de groep mensen te beschrijven met een IQ tussen de 50 en 80.

Als de VB niet wordt (h)erkend, en derhalve de behandeling van de betreffende persoon niet wordt afgestemd daarop, dan ligt continue overschatting en overvraging op de loer (Expertisecentrum de Borg, 2013; Nieuwenhuis *et al.*, 2017; Neijmeijer, Moerdijk, Veneberg & Muusse, 2010). Als dit laatste vaak en langdurig het geval is, dan ver-

oorzaakt dat stress en spanning, wat uiteindelijk kan leiden tot ontstaan of instandhouding van psychische- en gedragsstoornissen (Expertisecentrum de Borg, 2013; Hughes-McCormack *et al.*, 2017).

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) ziet een toename van cognitieve problemen bij cliënten na hun 18e levensjaar ten gevolge van een psychische ziekte, langdurig middelenmisbruik of verwaarlozing. Deze mensen hebben geen VB in engere zin, maar tonen wel de beperkingen behorend bij VB en hebben baat bij dezelfde ondersteuning als personen met een VB (Nijman, Kaal, Van Scheppingen & Moonen, 2016).

Er zijn meer mensen met VB binnen de ambulante of klinische (GGZ) dan binnen de GGZ wordt gedacht. Onderzoek bij de gehele GGZ-populatie van GGNet laat zien dat een VB bij 43,8% van de patiënten onopgemerkt bleef (Nieuwenhuis *et al.*, 2017).

Er zijn weinig onderzoeksgegevens betreffende de populatie van patiënten met een ernstig psychiatrische aandoening (EPA) en een VB. Aansluitend op het onderzoek van GGNet (Nieuwenhuis *et al.*, 2017) is het relevant om inzicht te krijgen in de ervaringen van patiënten met EPA en (een vermoeden van) een VB ten aanzien van de communicatie met hulpverleners in de GGZ. Met het verkregen inzicht kan de behandeling van deze doelgroep worden aangepast aan hun capaciteiten en beperkingen, om uiteindelijk hun gezondheid en functioneren te optimaliseren.

Probleemstelling

Het is onduidelijk wat de ervaringen zijn van volwassen patiënten met EPA in de langdurige klinische zorg met (een vermoeden van) een VB ten aanzien van de communicatie met hulpverleners in de GGZ.

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is inzicht krijgen in de ervaringen van volwassen patiënten met EPA in de langdurige klinische zorg met (een vermoeden van) een VB ten aanzien van de communicatie met hulpverleners in de GGZ. Door meer inzicht in de ervaringen kan de communicatie aangepast worden aan het niveau en de behoeften van deze doelgroep, zodat de behandeling kan verbeteren – en uiteindelijk overvraging kan worden verminderd of zelfs worden voorkomen.

Onderzoeksvraag

Hoe ervaren langdurig opgenomen mensen tussen de 18 en 65 jaar met ernstige psychiatrische aandoeningen en een (vermoeden van) VB de communicatie met hulpverleners in de GGZ?

Methode

Onderzoeksdesign

Er is gekozen voor een fenomenologisch onderzoeksdesign volgens Heidegger (Abu Shosha, 2012.) Fenomenologisch onderzoek beoogt antwoord te geven op de vraag wat de ervaringen van de participanten zijn door vanuit de perceptie van de participanten de ervaringen te begrijpen (Mortelmans, 2018; Polit & Beck, 2017). Bij dit onderzoeksdesign is het afnemen van diepte-interviews de primaire keuze vanwege de kwaliteit van de verkregen informatie en de mogelijkheid de participanten hun eigen verhaal te laten vertellen, met zo min mogelijk beïnvloeding van de interviewer (Mortelmans, 2018, Polit & Beck, 2017).

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit volwassen EPA-patiënten met een (vermoeden van) VB binnen de langdurige klinische zorg van GGZ Centraal, locatie Zon en Schild. Er is gekozen voor een gelegenheidssteekproef om de op dat moment beschikbare participanten te selecteren (Boeije, 2014; Bryman, 2016; Polit & Beck, 2017).

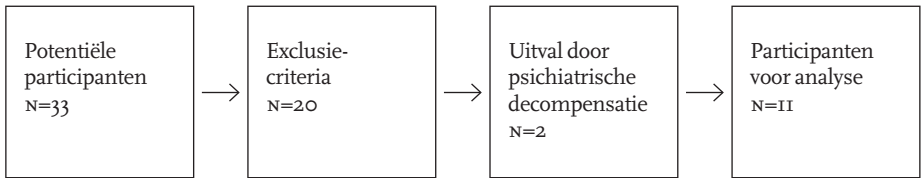
Om zoveel mogelijk diversiteit te krijgen, zijn alle patiënten die binnen de inclusiecriteria vielen uitgenodigd.

Behandelaren van de betreffende afdelingen werden gevraagd hun caseload te screenen op patiënten bij wie sprake is van een VB of een vermoeden van een VB (score 19 of lager) bij afname van de SCIL Screener intelligentie en licht verstandelijke beperking. Patiënten tussen de 18 en 65 jaar kwamen in aanmerking voor deelname als zij in staat waren tot gesproken communicatie en de Nederlandse taal beheersten. De aanwezigheid van een dementieel syndroom, een acuut psychiatrisch toestandsbeeld of het risico op psychiatrische decompensatie bij deelname aan het onderzoek waren redenen voor exclusie. Dit laatste was ter beoordeling van de regiebehandelaar. Geselecteerde patiënten werden door de onderzoeker geïnformeerd en schriftelijk uitgenodigd voor deelname. Indien er sprake was van een wettelijk vertegenwoordiger werd deze ingelicht en om toestemming gevraagd. In figuur 1 is de selectie van participanten weergegeven.

Dataverzameling

De dataverzameling vond plaats tussen september 2019 en maart 2020 door middel van het afnemen van diepte-interviews aan de hand van een topiclijst (Polit & Beck, 2017). De topics (hoe praten ze met mij, hoe gaan ze met mij om, worden er hulpmiddelen gebruikt) zijn samen met een expert in mensen met een VB zo gekozen dat rekening wordt gehouden met het niveau van functioneren en de respondenten aanzetten tot het verstrekken van rijke en gedetailleerde

Figuur 1
Stroomdiagramm participanten



informatie. De topics zijn tijdens interviewafname op een whiteboard gezet, en er zijn ondersteunende plaatjes getoond vanwege de cognitieve beperkingen van de participanten (Prosser & Bromley, 2012; Hollomotz, 2017). De topiclijst was beoordeeld door experts werkzaam met mensen met vb in de langdurige GGZ, en zij bevestigden dat de topiclijst en de interviewtechniek aansloten bij de populatie. Elke participant is geïnterviewd op een voor hem of haar bekende en veilige plek (Hollomotz, 2017). Om overvraging te voorkomen duurde het interview maximaal 45 minuten en kon de participant te allen tijde stoppen als hij of zij dat wenste. De eerste vraag was een simpele open vraag (Hollomotz, 2017). Er werden participanten geïnterviewd, totdat er geen nieuwe participanten meer waren.

Data-analyse

Bij de data-analyse werd gezocht naar gemeenschappelijke patronen met behulp van de methode van Colaizzi (Abu Shosha, 2012). Hierin wisselen dataverzameling en -analyse elkaar af, hebben een cyclisch verloop en zijn niet van elkaar te scheiden (Boeije, 2014). Alle interviews zijn opgenomen, getranscribeerd en vervolgens geanalyseerd met behulp van het softwareprogramma *ATLAS-ti*. & o. De verbatim uitgewerkte interviews zijn door de onderzoeker en de peer-reviewer uitvoerig gelezen en onafhankelijk van elkaar gecodeerd (Boeije, 2014; Polit & Beck, 2017). De codes zijn vervolgens geclusterd in thema's. De uitkomsten zijn besproken tot er consensus was over de open codering – en dit is herhaald na het axiaal en selectief coderen (Boeije, 2014).

Methodologische kwaliteit

De criteria van *thrustworthiness* zijn gehanteerd om de methodologische kwaliteit van dit onderzoek te onderbouwen (Polit & Beck, 2017). De topiclijst is samengesteld na literatuuronderzoek en besproken

met een expert, hetgeen de betrouwbaarheid vergroot (Mortelmans, 2018). Data zijn geregistreerd via opnameapparatuur en de verbatim uitgewerkte interviews zijn uitvoerig gelezen en onafhankelijk van elkaar gecodeerd door de onderzoeker en de peer-reviewer (Boeije, 2014; Polit & Beck, 2017). De uitkomsten zijn besproken tot er consensus was over de open codering; dit heeft bijgedragen aan de betrouwbaarheid van het onderzoek. Transparantie is nagestreefd door het bijhouden van een logboek waarin veldnotities, reflectie op non-verbale communicatie, gebeurtenissen en gedachten zijn beschreven. Deze zijn van belang omdat de veronderstellingen preciezer worden weergegeven en er bewustzijn komt (Boeije, 2014; Evers, 2016; Polit & Beck, 2017). De objectiviteit werd vergroot door hier met de peer-reviewer, expert en onderzoeksbegeleider kritisch op te reflecteren. De echtheid is vergroot door het gebruik van citaten (Boeije, 2014).

Ethische verantwoording

Dit onderzoek valt niet onder de Wet Medisch Onderzoek (wmo) volgens de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018); er is een niet-wmo-verklaring afgegeven door de Medisch Ethische Toetsingscommissie van de instelling. Het onderzoek is voorgelegd aan de Wetenschappelijke Onderzoekscommissie van GGZ-Centraal en goedgekeurd.

Vanuit de ethiek van het principe of beneficence (ucsf School of Medicine, 2008), dat onder andere inhoudt dat er geen schade mag worden aangebracht bij de participant, heeft de behandelaar bij een ingeschat risico op schade de patiënt geëxcludeerd. Patiënten werden pas geïnccludeerd als zij en (indien van toepassing) de wettelijk vertegenwoordiger het informed consentformulier hadden getekend.

De verzamelde gegevens zijn conform wetgeving gecodeerd en vertrouwelijk verwerkt.

Resultaten

In tabel 1 staan de demografische gegevens van de participanten weergegeven.

Uit de data-analyse komen drie thema's naar voren: verbale communicatie, ervaringen en behoeftes en ondersteunende visuele middelen.

Verbale communicatie

Drie van de participanten gaf aan het woord communicatie te kennen en de betekenis te kunnen weergeven. Eén participant gaf aan dit woord niet te kennen. De overige zeven gaf aan dat zij het woord wel (her)kenden, alhoewel de betekenis die zij eraan gaven niet klopte. Het merendeel (n=9) van de participanten gaf aan de hulpverleners

Tabel 1
Demografische gegevens participanten

Participant	Geslacht	Leeftijd	Ziektebeeld
I	Man	56	Schizoaffectieve stoornis en zwakbegaafd
2	Vrouw	65	Waanstoornis
3	Vrouw	39	Schizofrenie en licht verstandelijke beperking
4	Man	33	Schizofrenie
5	Man	54	Schizofrenie en zwakbegaafd
6	Vrouw	40	Schizofrenie en licht verstandelijke beperking
7	Man	53	Schizofrenie
8	Man	55	Schizofrenie
9	Man	50	Schizofrenie, ASS, stoornis in middelengebruik
10	Vrouw	60	Schizofrenie en PTSS
11	Vrouw	36	Schizofrenie, genderdysforie, ongespecificeerde persoonlijkheidsstoornis

niet altijd te begrijpen. Een minderheid (n=4) vertelde het ook de hulpverlener als ze iets niet begrepen. *'Dan zeg ik eerlijk dat ik het niet snap'* (P6). Zes participanten deden wel eens alsof ze de hulpverlener begrepen. *'Soms doe ik dat wel eens ja dan denk ik waar praat je nou over, laat maar zitten'* (P8). Eén participant ervaarde geen moeilijke woorden in de communicatie met hulpverleners. Een kleine minderheid (n=3) gaf later in het interview aan dat zij bepaalde woorden van de hulpverleners niet begrepen. Medische termen vinden zij moeilijk. *'En sommige pillen hebben meerdere namen he, ja dat zijn wel moeilijke woorden'* (P7). Een meerderheid van de participanten (n=7) gaf aan dat er geen uitleg wordt gegeven over de voorgeschreven medicatie en bijwerkingen. *'Toen zeiden ze niet dat Haldol heel veel bijwerkingen had weet je wel'* (P1). Het merendeel (her)kende het woord diagnose; slechts drie wisten wat het betekende. De onderzoeker vroeg de geïnterviewde of hij/zij wist welke diagnose hij/zij heeft. De meesten wisten niet welke diagnose zij hebben. *'Nee dat is mij nooit uitgelegd, kunt u mij uitleggen welke diagnose ik heb?'* (P9). Geen van de participanten dacht dat hij/zij een behandelplan heeft en het merendeel (n=9) kon niet uitleggen wat een behandelplan is. Iets minder dan de helft van de participanten (n=5) vond dat er te snel, haastig en kortaf wordt gecommuniceerd; zes participanten waren tevreden over het tempo van gesprekken. *'Mensen die rustig zijn en goed met je kunnen communiceren, die hebben meer kracht in hen dan mensen die snel en heel kortaf zijn'* (P4). Een minderheid van de participanten (n=2) gaf aan dat er in gesprekken langzaam en kinderlijk tegen ze wordt gepraat. *'Soms toch wel een beetje kinderachtig en langzamer omdat ik niet zo goed van*

begrip ben' (P6). Alle participanten gaven aan dat er aan het einde van een gesprek niet getoetst wordt of zij het hebben begrepen en vragen niet om een samenvatting in eigen woorden.

Ervaringen en behoeften

De meerderheid van de participanten (n=9) voelt zich begrepen door de hulpverleners en is redelijk tevreden over de omgang. *'Nou ze gaan wel redelijk goed met mij om'* (P10).

De meerderheid van de participanten (n=8) gaf aan dat de hulpverleners te weinig tijd hebben *'Nou een kwestie is dat ze overbelast raken door administratieve rompslomp. En dan wordt er nog gepraat en zijn er nog pauzes. Uren per dag zijn ze eigenlijk niet bereikbaar'* (P2). Op een na alle participanten uitten de behoefte dat de verpleging vaker op de groep bij ze komt zitten. *'Ja ze zitten echt de hele tijd en avond op kantoor. Dat vind ik ook zo verschrikkelijk irritant. Ik ben echt een gezelschapsmens en ik wil mensen helpen en ook hulp ontvangen'* (P11). Eén participant gaf aan dat er te weinig met haar wordt gepraat; een andere is tevreden is over de frequentie van gesprekken en aandacht. *'Ze nemen de tijd voor mij en zeggen als er iets is kom maar naar mij toe'* (P7). Het merendeel van de participanten (n=7) gaf aan dat een goede 'klik' belangrijk is voor een goede communicatie en vertrouwen. Twee participanten willen zelf de persoonlijke begeleider kunnen kiezen waar zij een klik mee ervaren. *'Elke cliënt moet een persoon hebben die hij vertrouwt, dus niet die wordt toegewezen'* (P4).

Ondersteunende visuele middelen

Alle participanten gaven aan dat er geen ondersteunende visuele hulpmiddelen worden gebruikt zoals beelden, illustraties en symbolen. De meerderheid van de participanten (n=7) gaf duidelijk aan hier wel behoefte aan te hebben. *'Dat zou ik wel fijn vinden ja, dan begrijp ik het beter'* (P6).

Discussie

Met dit onderzoek werd beoogd inzicht te krijgen in de ervaringen van patiënten met EPA en een (vermoeden van) VB in de langdurige klinische zorg bij GGZ Centraal, locatie Zon en Schild, ten aanzien van de communicatie met hulpverleners. De belangrijkste bevindingen zijn dat er weinig tijd is voor een gesprek, en dat de hulpverleners veel met administratie bezig zijn in hun kantoor. De communicatie wordt als moeizaam ervaren als het gaat om het gebruik van moeilijke woorden en medische termen. Meer dan de helft van de participanten doet wel eens alsof ze de hulpverlener hebben begrepen. Opvallend is dat de meeste participanten zich wel gesteund en begrepen

voelen. De bejegening wordt als prettig ervaren. Uit het onderzoek van Hollomotz (2017) blijkt dat het gebruik van ondersteunende visuele middelen zoals beelden, illustraties en symbolen communicatie begrijpelijk maakt; echter wordt dit door geen enkele hulpverlener gebruikt. Ook wordt niet gevraagd aan de participant om aan het einde van een gesprek het besprokene in eigen woorden samen te vatten waardoor er geen check is of de hulpverlener is begrepen. De kans op onbegrip, overvraging en overschatting is dus aanwezig.

Beperkingen en sterke punten

Er kon geen datasaturatie worden bereikt vanwege het beperkt aantal interviews. Er zijn interviews afgenomen tot er geen nieuwe participanten meer waren. De uitdaging om patiënten te includeren en daarmee datasaturatie te bereiken is passend bij de doelgroep. Interviews van patiënten met EPA en een (vermoeden van) VB is lastig vanwege de cognitieve beperkingen (Fioravanti, Bianchi & Cinti, 2012). De onderzoeker is in het verleden als behandelaar werkzaam geweest op deze afdeling. Hoewel dit kans geeft op interviewbias, heeft de bekendheid met de doelgroep juist bij deze problematiek hoogstwaarschijnlijk sterk bijgedragen aan het includeren van zoveel mogelijk patiënten (Boeije, 2014). Het risico van interviewbias is zoveel mogelijk voorkomen door neutrale open vragen te stellen; indien dit onvoldoende informatie gaf werden er of/of vragen gesteld om bevestigende antwoorden te voorkomen (Prosser & Bromley, 2012; Hollomotz, 2017).

Er zijn zowel mannen en vrouwen geïnterviewd met verschillende ziektebeelden, in behandeling bij alle klinische langdurige zorgafdelingen van locatie Zon en Schild. Zodoende is een zo heterogeen mogelijke groep geïnterviewd.

Diepgaand inzicht in belevingen van de participanten ontstond door de afwisseling en aanvullingen van de dataverzameling en -analyse (Bryman, 2016). Het retrospectieve karakter van de interviews bracht het risico van recall bias met zich mee, omdat de participanten uit hun herinneringen moesten putten (Polit & Beck, 2017).

Vanwege de maatregelen in verband met het covid-19 virus kon een membercheck met de geïnterviewden niet plaatsvinden op de afdeling; en vanwege de cognitieve beperkingen is dit niet gelukt middels digitale ondersteuning. Zodoende kon men niet constateren of de essentie van hun ervaringen werd herkend en of het transcript een letterlijke weergave was van het afgenomen interview. Deze tekortkoming kan een bedreiging kan zijn voor de interne validiteit van het onderzoek (Boeije, 2014; Polit & Beck, 2017). Er is een beperkte generaliseerbaarheid van de bevindingen, omdat binnen fenomenolo-

gisch onderzoek de focus ligt op de ervaring van de participanten en alle participanten in zorg waren binnen één instelling (Polit & Beck, 2017).

Conclusie en aanbevelingen

Dit onderzoek heeft nieuw inzicht gegeven in de ervaringen van patiënten met EPA in de langdurige zorg met (een vermoeden van) een VB ten aanzien van de communicatie met hulpverleners in de GGZ. Uit de resultaten blijkt dat er nog veel schort aan de communicatie met opgenomen patiënten met EPA en (een vermoeden van) een VB. Om overvraging te voorkomen wordt aanbevolen om een orthopedagogisch onderzoek te doen naar alle aspecten van het ontwikkelingsniveau, waarna advies gegeven kan worden om de behandeling en communicatie aan te passen aan het niveau (Wieland, Kaptein, Otter & Baas, 2014). Op de website expertisepuntvb.nl zijn tips te vinden om de communicatie voor patiënten met een VB effectiever te laten verlopen. Eveneens is het van belang om in de opleiding voor verpleegkundigen en medisch specialisten meer kennis over te dragen rondom de problematiek bij mensen met een verstandelijke beperking. Om de generaliseerbaarheid van de bevindingen te vergroten is het raadzaam ook bij andere instellingen onderzoek te doen bij deze doelgroep, zowel binnen de klinische- als bij de ambulante GGZ.

Literatuur

- Abu Shosha, G. (2012). *Employment of Colaizzi's strategy in descriptive phenomenology: A reflection of a researcher*. Geraadpleegd op 12 april 2019, van <https://eujournal.org/index.php/esj/article/viewFile/588/657>
- American Psychiatric Association. (2017). *Beknopt overzicht van de criteria DSM-5®*. Amsterdam: Boom.
- Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Den Haag: Boom Lemma.
- Bransen, E., Schipper, H., Mutsaers, K., Haverman, M., & Blekman, J. (2008). *Aard en omvang van middelengebruik bij licht verstandelijk gehandicapte jongeren. Een eerste verkenning bij jongeren zelf en hun begeleiders*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Bryman, A. (2016). *Social Research Methods*. United Kingdom: Oxford University Press.
- Didden, R. (2006). *In perspectief: gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke handicap*. Houten: Bohn Stafleu van Lochem.
- Expertisecentrum de Borg. (2013). *Hoe herken ik mensen met een licht verstandelijke beperking?* Geraadpleegd op 10 februari 2019, van <http://www.de-borg.nl/publicaties/68-publicaties/uitgaven/9-hoe-herken-ik-mensen-met-een-lichte-verstandelijke-beperking>.
- Expertisepunt verstandelijke beperking. (z.d.). *Wat is Taal voor allemaal?* Geraadpleegd op 27 mei 2020, van <https://www.expertisepuntvb.nl/expertise-licht-verstandelijke-beperking/communicatie-en-benadering/taal-voor-allemaal>
- Fioravanti, M., Bianchi, V., & Cinti, M. E. (2012). Cognitive deficits in schizophrenia: an updated meta-analysis of the scientific evidence. *BMC Psychiatry*, 12, 64. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-64>
- Hollomotz, A. (2017). Successful interviews with people with intellectual disability. *Qualitative Research*, 18(2), 153–170. <https://doi.org/10.1177/1468794117713810>
- Hughes-McCormack, L. A., Rydzewska, E., Henderson, A., MacIntyre, C., Rintoul, J., & Cooper, S.-A. (2017). Prevalence of mental health conditions and relationship with general health in a whole-country population of people with intellectual disabilities compared with the general population. *BJPsych Open*, 3(5), 243–248. <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.117.005462>
- Marle, H. van (2004). Hulpverlening of justitie: keuzes in de zorg voor verstandelijk gehandicapten. In R Geus en L Roelvink (red). *Verstandelijk gehandicapten in aanraking met politie en justitie. Verslag van een congres*. Utrecht: Borne.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018). *Uw onderzoek: wmo-plichtig of niet?* Geraadpleegd op 19 april 2019, van <https://www.ccmo.nl/onderzoekers/wet-en-regelgeving-voor-medisch-wetenschappelijk-onderzoek/uw-onderzoek-wmo-plichtig-of-niet>.
- Mortelmans, D. (2018). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven: Acco.
- Nieuwenhuis, J. G., Noorthoorn, E. O., Nijman, H. L., Naarding, P., & Mulder, C. L. (2017). A Blind Spot? Screening for Mild Intellectual Disability and Borderline Intellectual Functioning in Admitted Psychiatric Patients: Prevalence and Associations with Coercive Measures. *PloS one*, 12(2), doi:10.1371/journal.pone.0168847
- Neijmeijer, L., Moerdijk, L., Veneberg, G., & Muusse, C. (2010). *Licht verstandelijke gehandicapten in de GGZ. Een verkennend onderzoek*. Geraadpleegd op 8 maart 2019, van <https://www.trimbos.nl/docs/03baof96-2fe5-4e69-b891-4c910c6a5ff4.pdf>.
- Nijman, H., Kaal, H., van Scheppingen, L., & Moonen, X. (2016). The development and testing of a Screener for intelligence and learning disabilities (SCI1). *Journal of Intellectual Disabilities Research*, 1, doi:10.1111/jar.12310
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10e ed.). Philadelphia, USA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Prosser, H., Bromley, J. (1998). *Interviewing people with intellectual disabilities. Clinical psychology and people with intellectual disabilities*. Chichester: Wiley; 2012.

- Ucsf School of Medicine (2008). *Fast Facts, Beneficence vs. Nonmaleficence*. Opgehaald op 29 mei 2019 van http://missinglink.ucsf.edu/lm/ethics/Content%20Pages/fast_fact_bene_nonmal.htm
- Wieland J. (2016). *Psychopathology in borderline intellectual functioning. Explorations in secondary mental health care*. Universiteit Leiden, Leiden.
- Wieland, J., Aldenkamp, E., Van den Brink, A. (2017). *Behandeling van patiënten met een laag IQ in de GGZ, beperkt begrepen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wieland, J., Kaptein, S., Otter, M., & Baas, R. (2014). Diagnostiek van psychiatrische stoornissen bij mensen met een (zeer) lichte verstandelijke beperking. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 56(7), 463–470. Geraadpleegd van <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/56-2014-7-artikel-wieland.pdf>

Samenvatting

Achtergrond: Er zijn meer mensen met een verstandelijke beperking binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) dan wordt aangenomen. Onderzoek bij de GGZ-populatie van GGnet liet zien dat een verstandelijke beperking bij 43,8% van deze populatie onopgemerkt bleef. Als de verstandelijke beperking niet wordt (h)erkend, dan worden deze mensen overvraagd. Het is van belang om de aanpassingen in de behandeling en begeleiding van deze doelgroep beter aan te laten sluiten bij hun capaciteiten en beperkingen. Wetende dat iemand op een verstandelijk beperkt niveau functioneert kunnen hulpverleners hun communicatie aanpassen om overvraging te voorkomen.

Doel: Inzicht krijgen in de ervaringen van patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen en een verstandelijke beperking ten aanzien van de communicatie met hulpverleners in de in de langdurige klinische zorg.

Onderzoeksmethode: Een kwalitatief, fenomenologisch onderzoek (N=11).

Resultaten: Meer dan de helft van de participanten doet wel eens alsof ze de hulpverlener hebben begrepen – terwijl dit feitelijk niet het geval is. De meerderheid van de participanten begrijpt de communicatie met hulpverleners niet altijd, er is weinig tijd voor een gesprek en er worden geen ondersteunende middelen ingezet.

Conclusie: Om begrip van deze doelgroep te bevorderen en overvraging te voorkomen, is het aanbevelenswaardig de behandeling en communicatie aan te passen aan hun niveau.

Trefwoorden: EPA, licht verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid, communicatie