

LICHTE VERSTANDELIJKE BEPERKING EN PSYCHIATRISCHE PROBLEMEN

Klinische handvatten

Woensdagmiddagseminarie 25/02/2026

Dr. Katelijn De Queecker, psychiater-psychotherapeut, afdeling OPM
Tinne Van Turnhout, zorgmanager cluster verstandelijke beperking – NAH
Zorggroep Sint-Kamillus

INHOUD

1. Definiëring en begrippen: classificerende en beschrijvende diagnostiek
2. Hoe herken ik een LVB bij mijn patiënt?
3. Hoe bespreek ik een (vermoedelijke) LVB met mijn patiënt?
4. Hoe maak ik een goed assessment?
5. Kan ik reguliere zorg en behandeling aanbieden?
6. Wat als ik meer hulp nodig heb bij complexe casussen?

1. DEFINIËRING EN BEGRIPPEN

Pleidooi voor juist taalgebruik!

- *“Zwakzinnige patiënt”*
- *“zwakbegaafde patiënt”*
- *“Mentaal geretardeerde patiënt”*
- *“Patiënt is cognitief wat trager”*
- *“Beperkter cognitief functioneren”*
- *“patiënt met milde beperking”*

Kennishiaat
Onzekerheid, onbehagen

1. DEFINIËRING EN BEGRIPPEN

Classificerende diagnostiek

DSM-5-TR: verstandelijke ontwikkelingsstoornis

- A. Een actueel **intellectueel** tekort
- B. Een tekort in **adaptief** functioneren (conceptuele, sociale en praktische vaardigheden)
- C. Ontstaan gedurende de ontwikkelingsperiode



DSM-5-TR

INTELLIGENTIE

Deficiënties in de intellectuele functies, zoals redeneren, problemen oplossen, plannen, abstract denken, oordelen, schools leren en leren door ervaringen, hetgeen bevestigd moet worden door zowel een klinische beoordeling als een geïndividualiseerde, gestandaardiseerde intelligentietest.

ADAPTIEVE VAARDIGHEDEN

Deficiënties in het adaptieve functioneren die ertoe leiden dat de betrokkene niet kan voldoen aan de ontwikkelings- en sociaal-culturele standaarden van persoonlijke zelfstandigheid en sociale verantwoordelijkheid. Zonder blijvende ondersteuning beperken de deficiënties in het aanpassingsvermogen het functioneren in één of meer aspecten van het dagelijkse leven, waaronder communicatie, deelname aan het sociale leven, schools of beroepsmatig functioneren, en persoonlijke zelfstandigheid thuis of in de directe sociale omgeving.

ONTWIKKELING

De deficiënties in de verstandelijke functies en het aanpassingsvermogen beginnen gedurende de ontwikkelingsperiode.

1. DEFINIËRING EN BEGRIPPEN

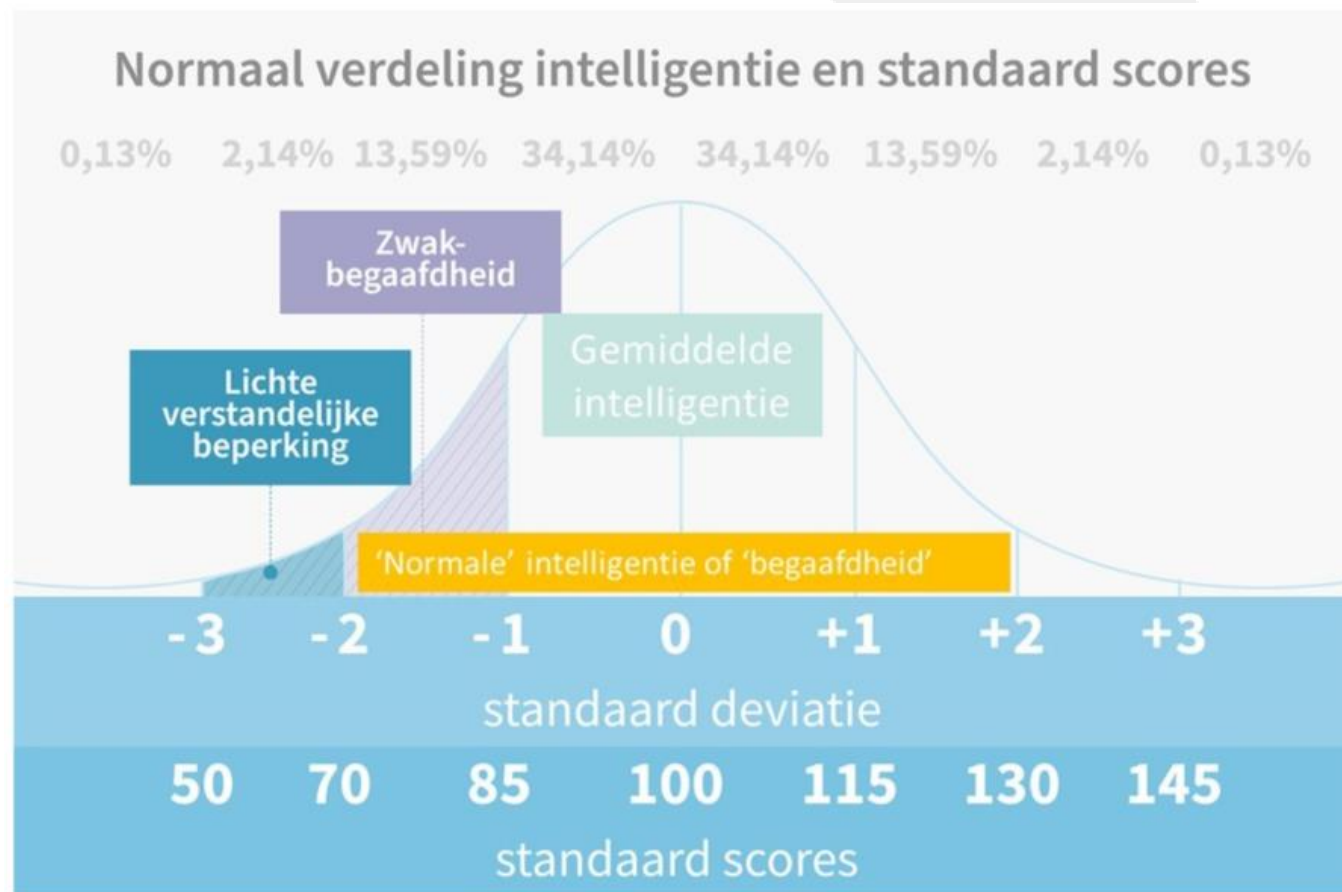
Classificerende diagnostiek

A-criterium = Intelligentiecriterium
zowel klinische beoordeling
als gestandaardiseerde intelligentietest

IQ < 70

Betrouwbaarheidsintervallen

- ✓ betrouwbaarheid = ?
- ✓ Momentopname
- ✓ Randvoorwaarden: opdrachten begrijpen, motivatie
- ✓ Invloed van: stress, slaapdeprivatie, ...
- ✓ Hertesten kan zinvol zijn bij twijfel
- ✓ (minimum 2 jaar tijd tussen om leereffect te vermijden)



1. DEFINIËRING EN BEGRIPPEN

Classificerende diagnostiek

B-criterium: beperkingen in adaptief functioneren:

Beperkingen in het vermogen van iemand om vaardigheden en gedrag in te zetten om te voldoen aan de verwachtingen van de omgeving

Schaal

- ABAS-3



1. DEFINIËRING EN BEGRIPPEN

Classificerende diagnostiek

C-criterium: ontstaan tijdens ontwikkelingsperiode:

- DSM specificeert geen leeftijd
 - VAPH: gedocumenteerd voor de leeftijd van 22 jaar
 - Tip: navragen in CLB bij patiënten < 30 jaar
- Wat bijvoorbeeld niet:
 - Achteruitgang cognitief functioneren binnen louter psychiatrische stoornis
 - Achteruitgang cognitief functioneren nav langdurig middelenmisbruik
 - Achteruitgang cognitief functioneren binnen neurocognitieve stoornis

1. DEFINIËRING EN BEGRIPPEN

Ernstgraad

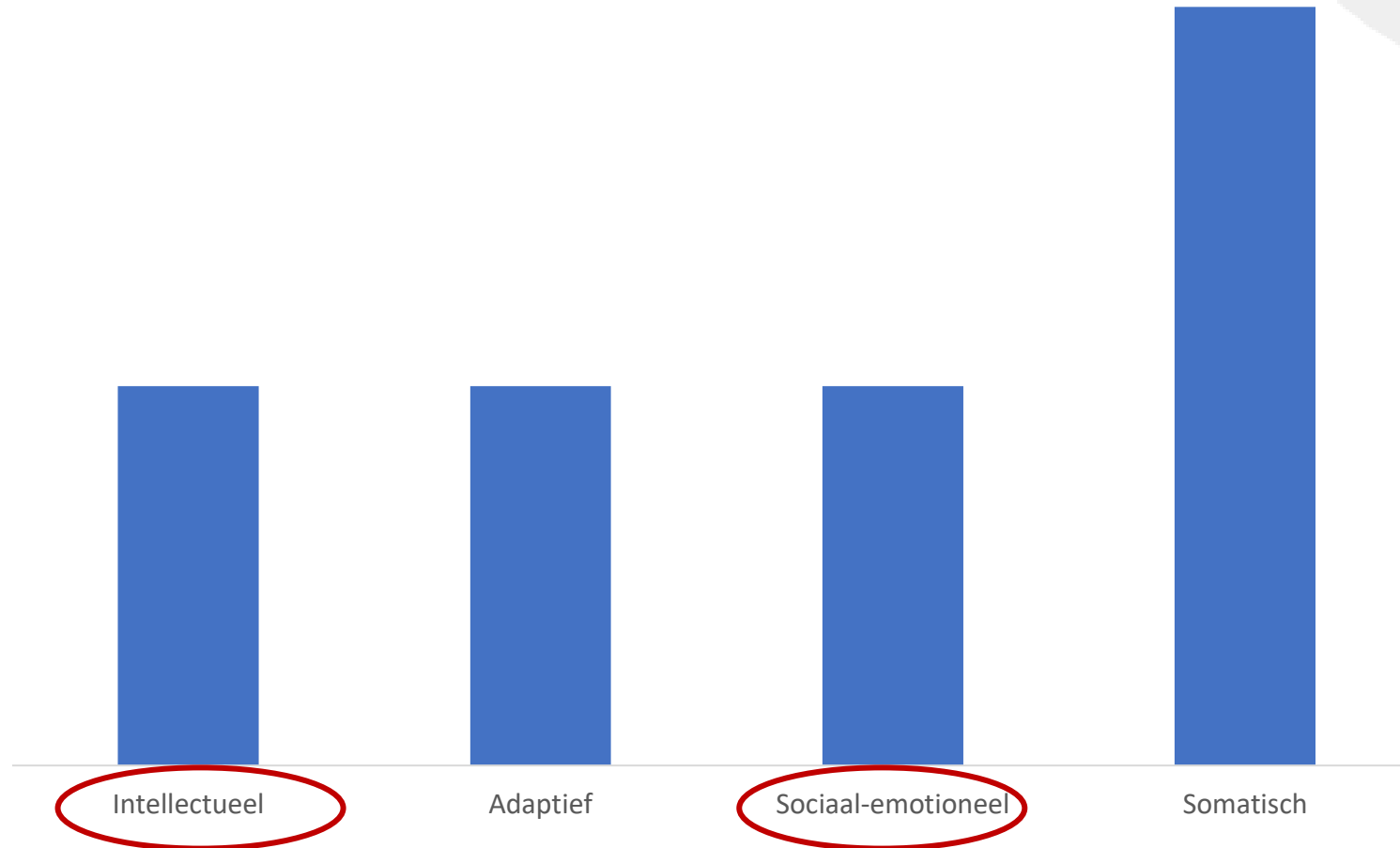
- **DSM-5-TR:** op basis van adaptief functioneren: licht, matig, ernstig, zeer ernstig
- Ter info: DSM IV-TR: vooral op basis van IQ
 - $70 \geq \text{TIQ} > 50$ (55) : lichte VB
 - 50 (55) $\geq \text{TIQ} > 35$: matige VB
 - $35 \geq \text{ontwikkelingsquotiënt} > 20$: ernstige VB
 - $\text{OQ} < 20$: diepe VB

Addendum: IQ tussen 70 en 85: zwakbegaafdheid

- **Lacune?** Voor niveaus van adaptief functioneren op licht of matig VB niveau, maar met $\text{IQ} > 70$ -75: classificatie is niet evident.

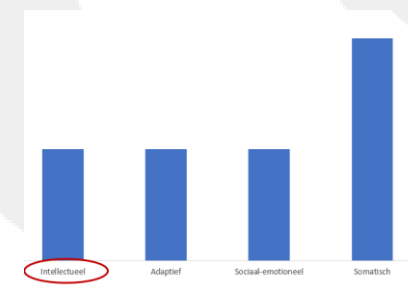
1. DEFINIËRING EN BEGRIPPEN

Beschrijvende diagnostiek: ontwikkelingsprofiel op 4 domeinen



1. DEFINIËRING EN BEGRIPPEN

Beschrijvende diagnostiek: ontwikkelingsprofiel op 4 domeinen



Intellectueel (cognitief) domein

- **Informatieverwerking loopt anders** (-> misverstanden, ander tijdsbesef, pas op met vragenlijsten!)
- **Regulerende functies zijn zwakker** (aandacht, inhibitie, planning): impulsiviteit, reactiviteit, kortetermijndenken, maar ook: openheid
- **Probleemoplossende vermogens beperkter**: metacognitie en perspectief nemen loopt moeilijk, oorzaak-gevolgrelaties
- **Generalisatie**: leren loopt moeizaam

1. DEFINIËRING EN BEGRIPPEN

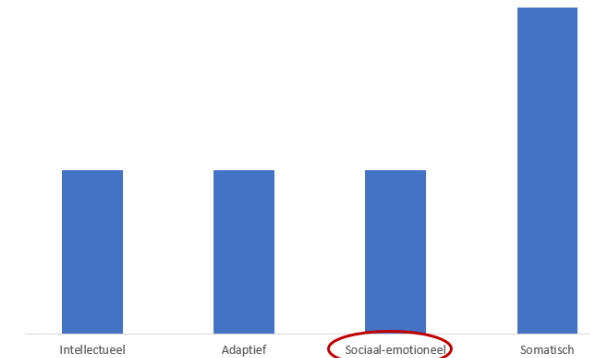
Beschrijvende diagnostiek: ontwikkelingsprofiel op 4 domeinen

Sociaal-emotioneel domein

Cfr model voor sociaal-emotionele ontwikkeling van Došen

Gemiddeld niveau van SEO:

- Einde identificatiefase (fase 4)
- Realiteitsbewustwordingsfases (fase 5)



1. DEFINIËRING EN BEGRIPPEN

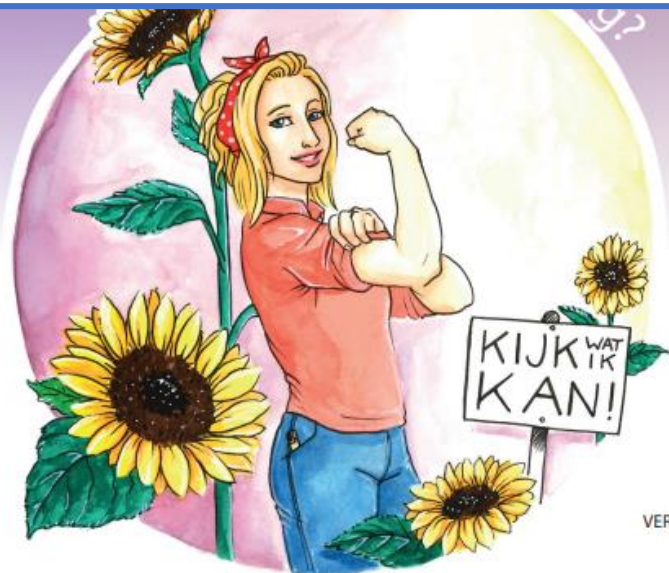
FASE 4

(3-7jaar)

Identificatiefase

INITIATIEF vs
GEREMDHEID

- Belang van identificatiefiguur
- Onderscheid tussen fantasie en realiteit is moeilijk



BEGINNENDE
VRIENDSCHAPPEN

BEVESTIGING DAT ZE
GOED BEZIG ZIJN

ROLMODEL

SUCCESERVARINGEN

STIMULEREN TOT
ZELFSTANDIGHEID

VERTROUWENSRELATIES

FASE 5

(7-12jaar)

Realiteitsbewustwordingsfase

ZELFVERTROUWEN vs
MINDERWAARDIGHEID

- Ontwikkeling van eigen verantwoordelijkheid en geweten nog volop in gang
- Behoeft: vaste regels in sociaal gedrag
- Nood aan erkenning van eigen prestaties



HECHTE
VRIENDSCHAPPEN

ZELFSTANDIGHEID

VERANTWOORDELIJKHEID

LEREN IN GROEP

VAARDIGHEDEN/
PRODUCTIVITEIT

RUIMERE
LEVENSWERELD

AFSTAND EN NABIJHEID

Laat mezelf doen wat ik kan,
maar leer mij wat ik wil kunnen

Ik wil zelf kunnen
beslissen, maar kan deze verant-
woordelijkheid nog maar begin-
nend dragen

Wees een rolmodel

STRUCTUUR EN GRENZEN

Maak grenzen duidelijk, maar leg
mij uit waarom

Geef mij een houvast

Ik heb herhaling en
controle nodig

Betrek mij bij het maken van keuzes
en geef mij ruimte voor inspraak en
onderhandeling

ACTIVITEITEN

ik wil iets doen waarin ik uitblink

Ik doe graag dingen
samen met anderen

Stimuleer mij tot actie

bekrachtig mij na een positieve
actie

COMMUNICATIE

Help mij reflecteren bij
conflicten

Wakker mijn empathie aan

Spiegel mijn gevoelens

Laat mij een actieve
inbreng doen

Help mij bij een realistisch zelfbeeld

Kijk voorbij mijn stoere
verhalen

Ik vertel graag wat ik
denk dat je wil horen

AFSTAND EN NABIJHEID

Ga met mij om als
een gelijkwaardige

Ondersteun mij
in inzichten

De mening van mijn
vrienden vind ik
belangrijker dan
die van jou

STRUCTUUR EN GRENZEN

Laat mij zelf
oplossingen zoeken

Laat mij weten waarom iets niet kan
of mag

Mijn vrienden hebben een grote
invloed op mij

ACTIVITEITEN

Geef mij een plaats in
de steeds groter
wordende omgeving

Geef mij
verantwoordelijkheid

Ik ben graag
competitief, creatief en/of produc-
tief bezig

COMMUNICATIE

Ik vind
groeps gesprekken
belangrijk

Analyseer en reflecteer samen
met mij

Help mij mijn gevoel te verwoor-
den

1. DEFINIËRING EN BEGRIPPEN

Beschrijvende diagnostiek: ontwikkelingsprofiel op 4 domeinen

Realiteit: vaak een disharmonisch beeld



FASE 3

(18-36 maanden)
Eerste individuatiefase
AUTONOMIE vs
AFHANKELIJKHEID

WAT hebben we nodig?



REGELS +
CONSEQUENTIES

BEGELEIDEN
OP AFSTAND

ZELF MOGEN
BESLISSEN BINNEN
EEN VEILIGE EN
DUIDELIJKE STRUCTUUR

AFSTAND EN NABIJHEID

Geef mij ruimte om te
exploreren

Geef mij een veilige
terugvalbasis

Laat mij kiezen
als het kan

Positieve ervaringen zijn belangrijk
voor mij

STRUCTUUR EN GRENZEN

Ik heb duidelijke regels
nodig

Ik heb consequente
begeleiding nodig

Ik vecht constant tegen
de regels

Door onderhandeling laat ik mij
discreet sturen

Werk niet aan alles tegelijk maar
choose your battles

ACTIVITEITEN

Laat mij zelf dingen doen, maar
spring snel bij als het nodig is

Activiteiten doen om mijzelf
beter te leren kennen

Geef mij
verantwoordelijkheden
die ik aan kan

COMMUNICATIE

Praat niet over mij,
maar jij + ik

Wees kort, bondig en consequent

Gebruik humor

FASE 2

(6-18 maanden)
Eerste socialisatiefase
VERTROUWEN vs
WANTROUWEN

WAT hebben we nodig?



RUST

STRUCTUUR

BETROUWBAAR FIGUUR

NABIJHEID OP AFSTAND

VEILIGHEID DOOR
EMOTIONEEL
AANWEZIG TE ZIJN

AFSTAND EN NABIJHEID

Ik heb iemand
betrouwbaar nodig!

Blijf in het zicht

Ga je weg?
Blijf in verbinding, niet
alles moet voor mij wijken

Ik moet snel bij jou
terecht kunnen

STRUCTUUR EN GRENZEN

Duidelijkheid en grenzen herhalen

Anticipeer op moeilijke
situaties voor mij

Neem me uit de situatie als het niet
gaat

Kom jouw afspraken na

ACTIVITEITEN

Benadruk onze relatie

Samen zijn > alleen doen

Rituelen en routines
vind ik fijn

COMMUNICATIE

Lichamelijk contact
vind ik fijn

Iets samen doen vind ik
leuker dan praten

Herken en geef vorm aan mijn emoties
Praat over vandaag en niet over gisteren
of morgen

Bevestig onze relatie
Stel geen waarom vragen
Praat over ons
Verwoord mijn emoties

FASE 1

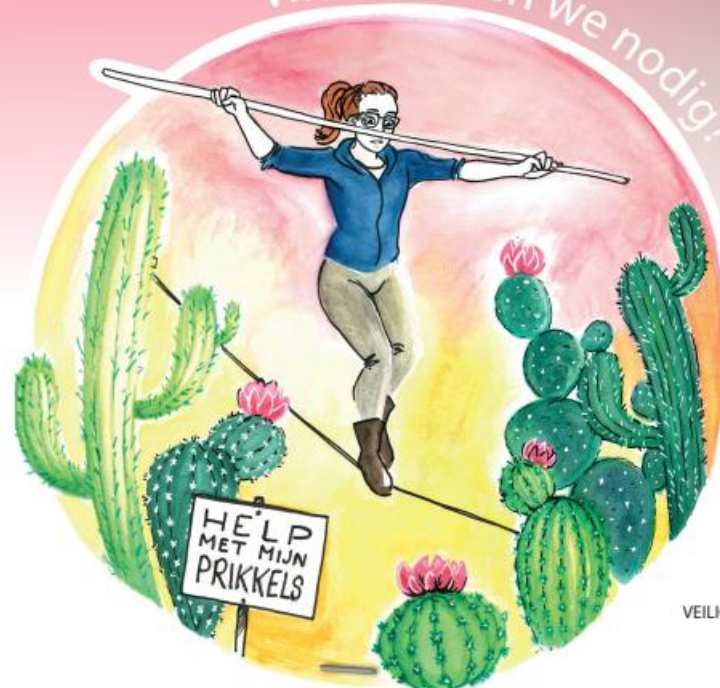
(0-6 maanden)
Adaptatiefase
HOMEOSTASE vs
DISREGULATIE

WAT hebben we nodig?

RUST

STRUCTUUR

PRIKKEL(ARM)



FYSIEKE NABIJHEID

VEILIGHEID

AFSTAND EN NABIJHEID

Wees dicht bij mij

Wees alert voor mijn signalen

Ga samen met mij door een crisis

Blijf bij mij

STRUCTUUR EN GRENZEN

Wees duidelijk over tijd en ruimte

Steeds hetzelfde vind ik duidelijk

Bied me veiligheid door mijn dag te structureren

Neem over als het niet gaat

Maak de dingen voorspelbaar voor mij

ACTIVITEITEN

Samen zijn is het belangrijkste

Focus op 1 prikkel!

Evenwicht tussen rust en inspanning is nodig

COMMUNICATIE

Blijf in het hier en nu

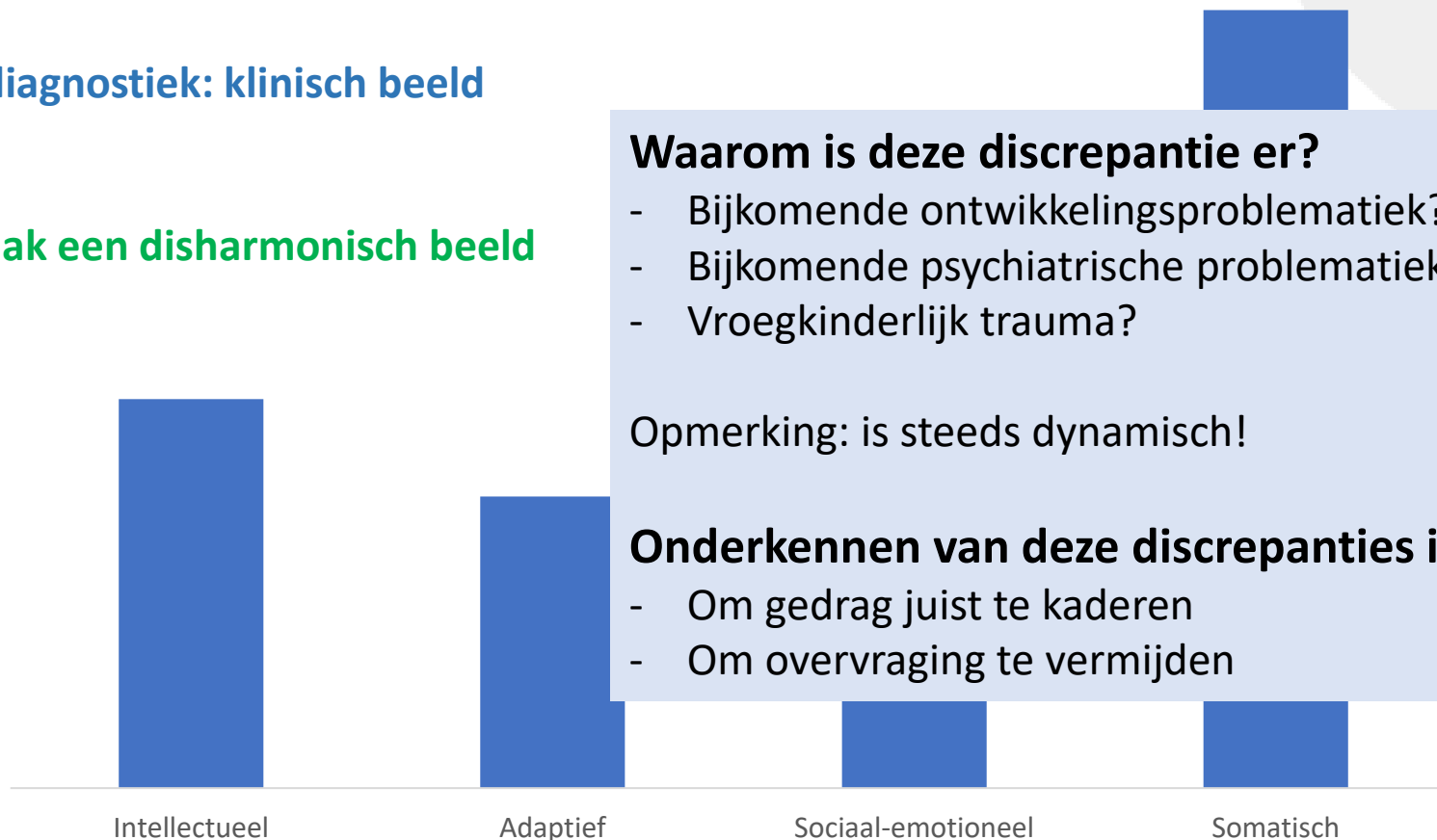
Benoem mijn ervaringen: vb. horen, voelen, denken en ruiken

Ik kijk eerst naar wat je toont, dan pas hoor ik wat je zegt

1. DEFINIËRING EN BEGRIPPEN

Beschrijvende diagnostiek: klinisch beeld

Vaak een disharmonisch beeld



Waarom is deze discrepantie er?

- Bijkomende ontwikkelingsproblematiek?
- Bijkomende psychiatrische problematiek?
- Vroegkinderlijk trauma?

Opmerking: is steeds dynamisch!

Onderkennen van deze discrepanties is belangrijk!

- Om gedrag juist te kaderen
- Om overvraging te vermijden

2. HOE HERKEN IK EEN LVB?

Stap 1 = denk eraan!

Laag IQ (<85): oververtegenwoordigd in alle onderdelen van GGZ:

- 17,5% bij nieuw aangemelde patiënten op een algemene polikliniek
- 67% op long-stay afdelingen in gespecialiseerde GGZ.

- Wieland, J., van Hout, T.P., van Els, B., & Bogers, J.P.A.M. (2020). Onderkennen van zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking. Tijdschrift voor Psychiatrie, 62(8), 613–620.*
- Nieuwenhuis, J.G., Lepping, P., Mulder, N.L., Nijman, H.L.I., Veereschild, M., & Noorthoorn, E.O. (2021). Increased prevalence of intellectual disabilities in higher-intensive mental health settings. BJPsych Open, 7(3), e83.
- <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychische-stoornissen-en-een-laag-ig/over-psychische-stoornissen-en-een-laag-ig/psychische-stoornissen-bij-patienten-met-een-laag-ig>

2. HOE HERKEN IK EEN LVB?

Wees alert op mogelijke aanwijzingen voor een LVB:

Taalgebruik en taalbegrip:

- Moeite met abstracte begrippen, lange zinnen, complexe zinnen, beeldspraak
 - (cave schaamte en gebruiken hulpverlenerstaal)
- Moeite met formuleren van heldere hulpvraag
- Niet aanvoelen welke info relevant is voor de hulpverlener

Vraag het **onderwijsniveau** goed na: aanwijzingen

- Buitengewoon onderwijs? Welk type?
- Regulier beroepsonderwijs maar niet afgemaakt?
- Moeizaam verlopen schoolparcours? Doublures? Vroegtijdige schooluitval? schorsingen?

2. HOE HERKEN IK EEN LVB?

>>>> Tip: verbreed je kennis over [het buitengewoon onderwijs](#)

TYPE (onderwijsbehoefte)

Basisaanbod (BA)

Type 2 – Verstandelijke beperking (matig-ernstig)

Type 3 – Emotionele / gedragsstoornissen

Type 4 – Motorische beperking

Type 5 – Onderwijs in zorgcontext

Type 6 – Visuele beperking

Type 7 – Auditieve / spraak-taalstoornis

Type 9 – ASS

OPLEIDINGSVORM(doel & finaliteit)

OV1 – Maatschappelijke participatie

OV2 – Participatie + arbeid met ondersteuning

OV3 – Participatie + arbeid in gewoon arbeidsmilieu

OV4 – Aangepast secundair onderwijs
(doorstroom/arbeid)

2. HOE HERKEN IK EEN LVB?



3. HOE BESPREEK IK EEN (VERMOEDELIJKE) LVB MET MIJN PATIËNT?

Bespreek de aanleiding om te testen: waarom willen we dit graag weten?

Niet louter omwille van het label

- ➔ Om te begrijpen hoe problemen ontstaan zijn en persisteren
- ➔ Om te weten hoe je iemand het beste kan helpen en de zorg beter kan afstemmen
 - ➔ Wanneer een behandeling is vastgelopen
 - ➔ Om toegang tot zorg te krijgen (bvb in kader van VAPH dossier)

3. HOE BESPREEK IK EEN (VERMOEDELIJKE) LVB MET MIJN PATIËNT?

LVB is de afkorting van:

Lichte Verstandelijke Beperking

Beperking wil zeggen:

Moeite hebben met iets.

Verstandelijk wil zeggen:

Het heeft met leren te maken.

En **licht** wil zeggen:

Het verschil met iemand zonder beperking is klein.



LVB is een stempel voor de hulpverlening.

Het is een stempel voor je dossier.
Zo weten hulpverleners welke hulp bij jou past.
Door het stempel komt er ook geld voor die hulp.



LVB merk je meestal op school.

Bijvoorbeeld:

- Moeite met taal en rekenen.
- Moeite met opletten.
- Moeite met veel onthouden.



LVB merk je ook in het dagelijks leven.*

Bijvoorbeeld:

- Moeite met begrijpen van gesprekken.
- Moeite met rustig voor jezelf opkomen.
- Moeite met regelen van geldzaken.



LVB is een woord voor wat je niet goed kan.

Maar er zijn ook dingen waar je goed in bent:

- Je sterke kanten.
- En je goede eigenschappen.

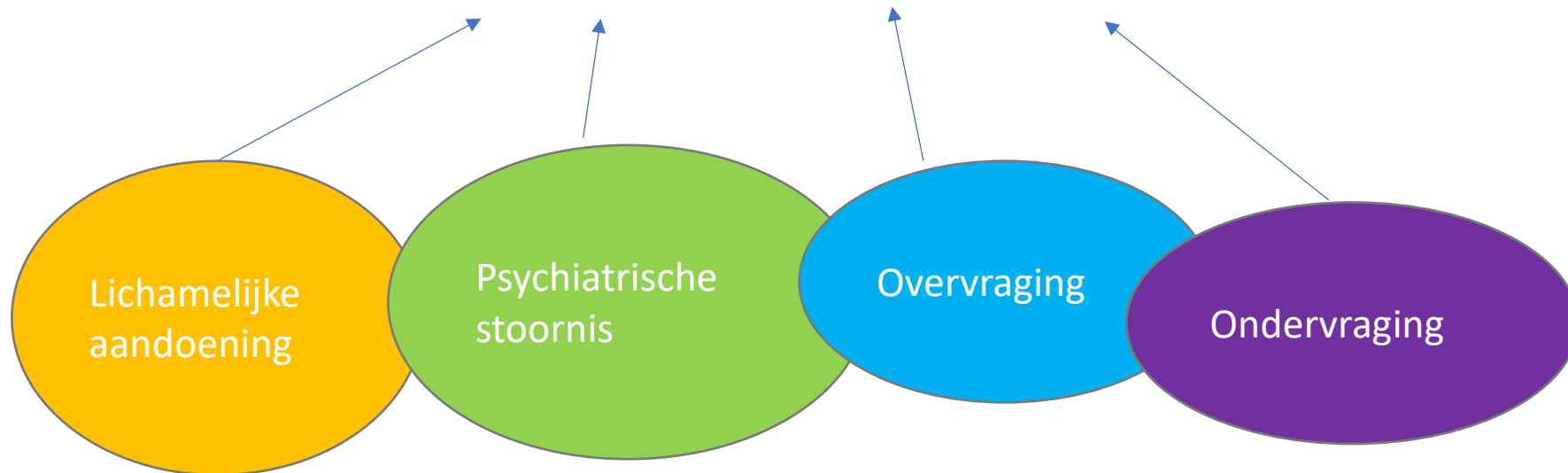
4. HOE MAAK IK EEN GOED ASSESSMENT?

1. **Wat is het probleem:** aanmeldingsklacht van patiënt (of omgeving)
Concept van probleemgedrag
2. **Wie is de patiënt?**
 - ✓ Ontwikkelingsgeschiedenis/levensgeschiedenis
 - ✓ Intelligentie/adaptief functioneren/SEO
 - ✓ Voorgeschiedenis psychiatrisch/somatischAdaptief functioneren
 - ✓ Psychiatrische voorgeschiedenis, somatische comorbiditeit
3. **Is er sprake van overvraging?**
4. **Zijn er psychiatrische stoornissen (mee) onderliggend aan het probleemgedrag?**

4.1. WAT IS HET PROBLEEM

Concept van probleemgedrag

- Internaliserend en/of externaliserend gedrag
- dat door de persoon zelf en/of zijn omgeving in een specifieke context als sociaal-cultureel ongewenst wordt gezien
- en dat van zodanige intensiteit, frequentie of duur is, dat het voor de persoon zelf en/of zijn naaste omgeving nadelig, stressvol of schadelijk is (Embregts, 2019)



Aanpak van probleemgedrag is bij voorkeur aanpak van de oorzaak van het gedrag

CASUS MAARTEN

Casus: Maarten, 25 jaar

Maarten wordt verwezen door de huisarts omwille van **suïcidaliteit en fysieke agressie**. De huisarts beschrijft hem als iemand met '**beperkte vermogens**'. Het mobiel crisisteam werd al twee keer ingeschakeld maar zijn klachten lijken niet te veranderen. Hij zou **mogelijks autisme** hebben, maar dat is niet zo duidelijk. Maarten woont bij zijn moeder en werkt in een fietshersteldienst. Moeder zou mogelijks ook een beperking hebben vertelt de huisarts. Er is verder geen hulpverlening betrokken.

Maarten trekt zich na het werk terug op zijn kamer. Hij voelt zich somber en denkt veel aan een moeilijke relatie van een jaar geleden met veel ruzies, hij beëindigde de relatie zelf want het gaf hem veel stress. Hij wil echter graag een gezin met kinderen maar durft geen nieuwe relatie starten. Hij is overtuigd dat hij toch niets waard is. Hij heeft gedachten aan zelfmoord maar geen concreet plan. Hij praat hierover met de huisarts maar blijft zich slecht voelen. Hij moest van het mobielcrisisteam een crisisplan maken maar hij kwam er niet toe, hij kan zelf niet aangeven waarom. Hij reageert prikkelbaar thuis en stelde een aantal keer fysieke agressie naar moeder. Moeder kent hem als iemand die weinig deelt over zichzelf, maar zo agressief zag ze hem nog nooit, ze is erg bezorgd.

4.2. WIE IS MIJN PATIËNT

Maak een bilan op:

- ✓ **Ontwikkelingsgeschiedenis/levensgeschiedenis**
 - ✓ Vroege ontwikkeling/ontwikkelingsanamnese
 - ✓ Gezin van herkomst
 - ✓ Schools verleden, werkervaring
 - ✓ Relaties/vriendschappen
 - ✓ Sterke kanten/interesses
 - ✓ Ingrijpende levenservaringen
- ✓ **Intelligentie**
- ✓ **Adaptief functioneren**
- ✓ **Niveau van sociaal-emotionele ontwikkeling**
- ✓ **Psychiatrische voorgeschiedenis**
- ✓ **Somatische comorbiditeit**
 - ✓ Plaats genetisch onderzoek?

PLAATS VAN GENETISCH ONDERZOEK BIJ LVB

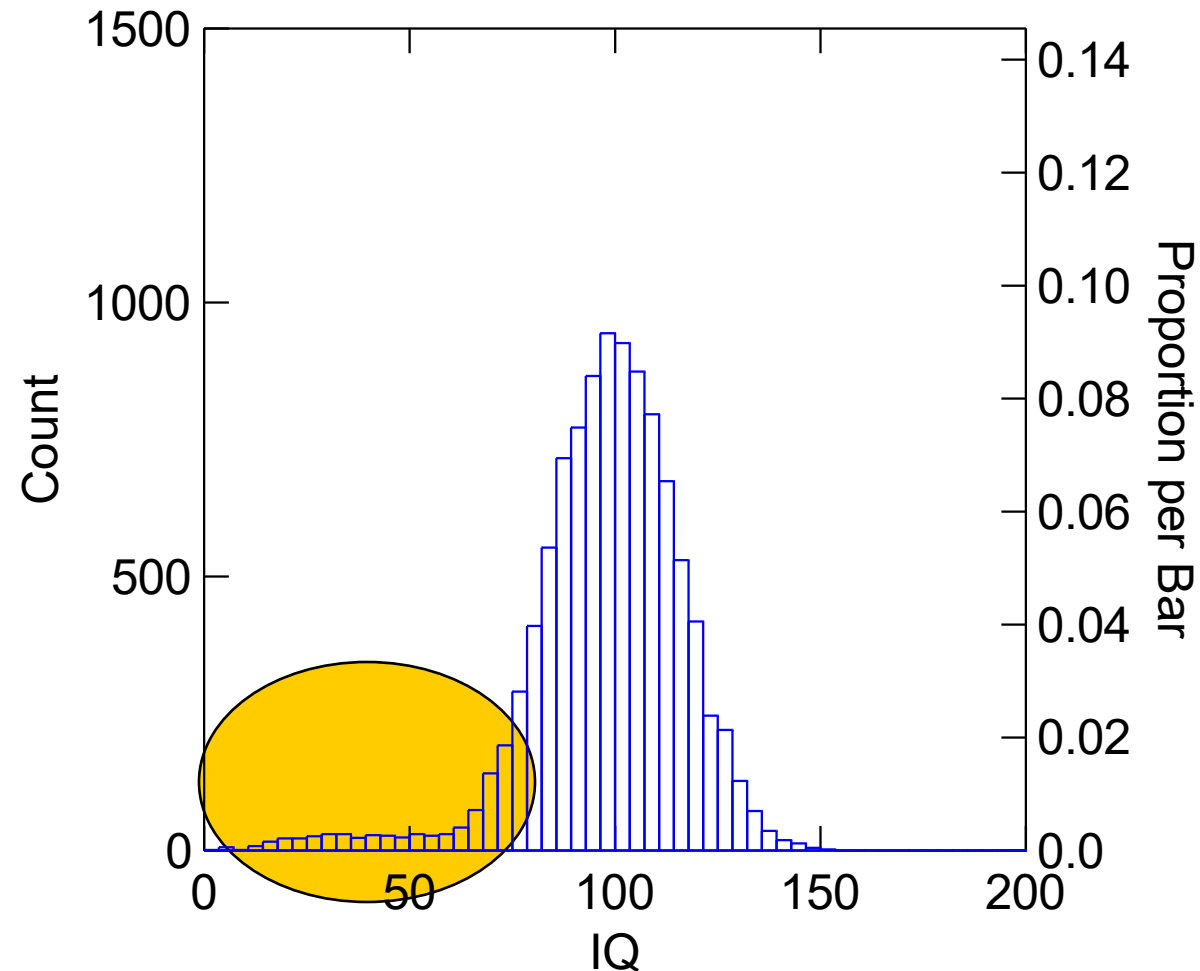
Zinvol als

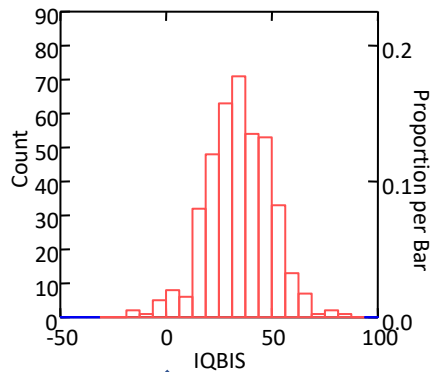
- Als er een substantiële kans is dat er een genetische verklaring gevonden wordt met beschikbare technieken
- Resultaten handvatten kunnen bieden voor het verdere beleid

Voor een lichte verstandelijke beperking is er op dit moment in de meeste gevallen geen monogenetische oorzaak.

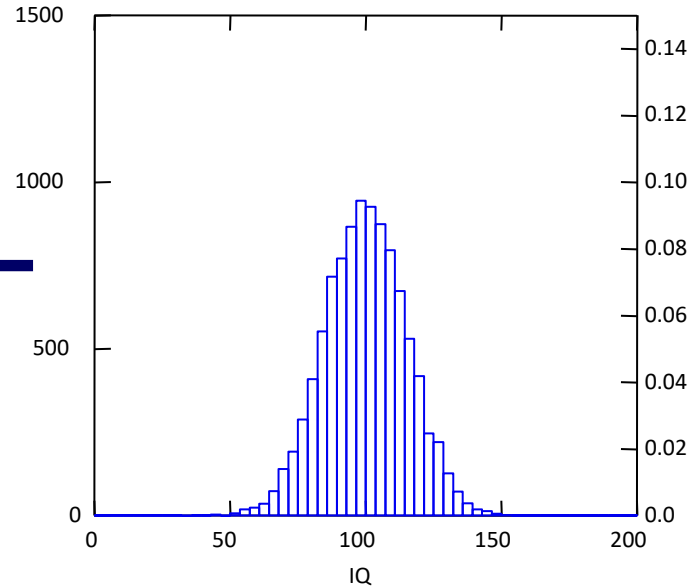
Meestal multifactoriële causaliteit (gen en omgevingsfactoren)

DISTRIBUTIE IN DE LAAGSTE PERCENTIELEN





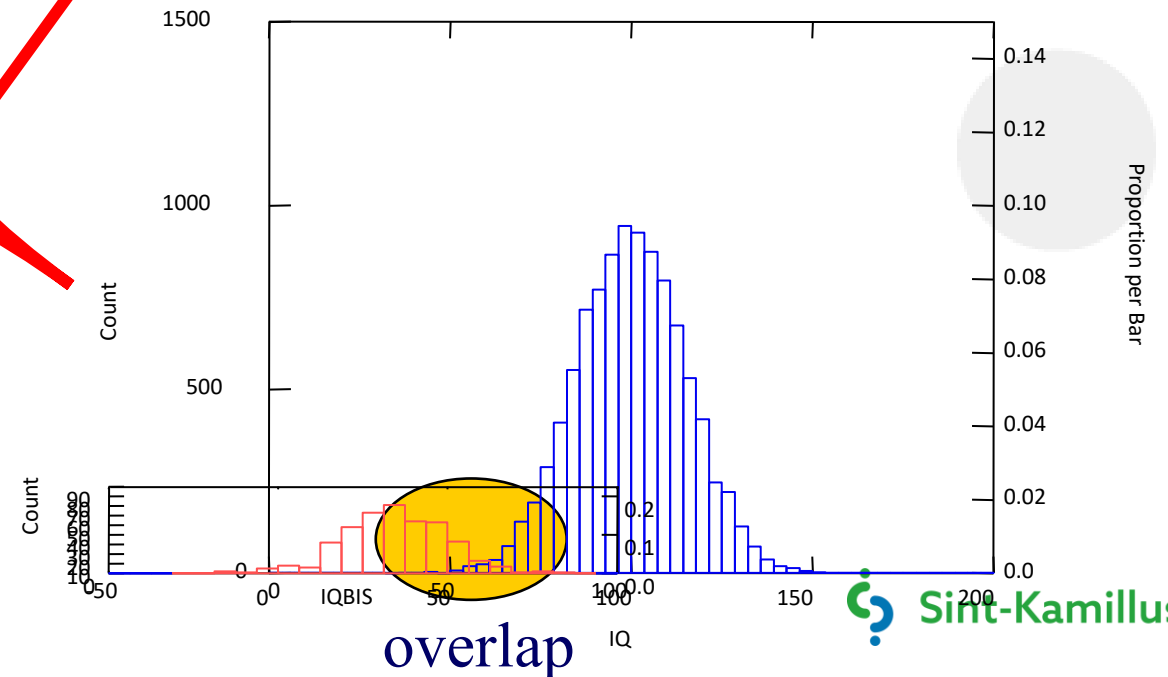
+



Normale variatie, spel van

- Polygenetische effecten
- “Normale” omgevingsfactoren
- Gen-omgevingsinteractie

- Genetische syndromen
- Ernstige pre/perinatale incidenten



PLAATS VAN GENETISCH ONDERZOEK BIJ LVB

Wanneer eventueel wel verwijzing naar klinisch geneticus bespreken?

1. Patiënt stelt zelf de vraag (vragen rond oorzaak, herhalingsrisico's)
2. Als kans groter is dat er een genetische oorzaak gevonden wordt:
 - Bij bepaalde comorbiditeiten (epilepsie, orgaanafwijkingen, faciale dysmorfieën)
 - Kinderen die niet lijken op ouders en siblings

CASUS MAARTEN

✓ Ontwikkelingsgeschiedenis/levensgeschiedenis

- ✓ Vroege ontwikkeling: duidelijk aanwijzingen voor autisme, is om onduidelijke redenen nooit onderzocht
- ✓ Gezinscontext: enig kind, gescheiden ouders. Woont alleen bij moeder. Moeder heeft ook een laag IQ. Vader niet meer betrokken
- ✓ School/opleiding: Maarten ging naar het bijzonder onderwijs type 9 OV 1 en daarna startte hij met werken in het fietsatelier. Daar werkt hij nog steeds.
- ✓ Relaties/vriendschappen: Maarten heeft één goede vriend met wie hij regelmatig naar de cinema gaat. Maarten had een jaar geleden een relatie waarin er veel ruzie en jaloezie was. Hij maakte het zelf uit.
- ✓ Sterke kanten: nauwgezet, stipt, geeft niet snel op
- ✓ Interesses: vissen en cinema
- ✓ Ingrijpende levenservaringen: Maarten werd vaak gepest op school. Relatie werd als ingrijpend ervaren

✓ Intelligentie

- ✓ Vermoeden van verstandelijke beperking, echter geen IQ gegevens beschikbaar
- ✓ Onderwijsniveau: BuSO type 9OV1.
- ✓ Nieuwe testing WAIS IV: eerder disharmonisch profiel tvv verbaal begrip, zeer laag (niveau matige VB). Bodemeffecten vermoedelijk aanwezig. Contrasteert met dagdagelijks functioneren en resultaten ABAS-3.

Schaal	IQ-/Index scores	Percentiel	Wrs.h. interval 95%
Verbaal begrip	57	0.2	53-64
Perceptueel redeneren	51	0.1	47-62
Werkgeheugen	45	<0.1	41-56
Verwerkingssnelheid	45	<0.1	42-51
Totaal	46	<0.1	43-53

CASUS MAARTEN

- ✓ **Adaptief functioneren**

- ✓ Maarten werkt fulltime in een fietsatelier. Hij weet niet of dit maatwerk is of niet. Maarten doet dit werk graag. Bij nazicht blijkt dat het inderdaad gaat om maatwerk, en dat Maarten gezien wordt als een trouwe en goede werknemer. Zijn takenpakket is repetitief en al jaren hetzelfde.
- ✓ Maarten woont niet zelfstandig, hij woont bij moeder die hem ondersteunt op verschillende domeinen (maaltijden, was, boodschappen, huishouden). Voor moeder is dit haalbaar.
- ✓ ABAS-3 inschaling: conceptuele vaardigheden 70, sociale vaardigheden 60, praktische vaardigheden 65. totale normscore 65.

Toegekende classificatie: lichte verstandelijke beperking

- ✓ **Psychiatrische voorgeschiedenis:** geen.

- ✓ **Somatische comorbiditeit:** als kind had Maarten epilepsie waarvoor hij enkele jaren Depakine nam. Dit werd afgebouwd en er zijn geen nieuwe aanvallen meer geweest.

Geen genetische testing in verleden gebeurd. Geen vraag hiervoor bij Maarten of moeder.

- ✓ **Sociaal-emotioneel functioneren:** geen inschaling beschikbaar

4.3 IS ER SPRAKE VAN OVERVRAGING?

Overvraging is frequente oorzaak van probleemgedrag.

Is leefomgeving voldoende aangepast aan de noden?

- Op adaptief vlak
- Op sociaal-emotioneel vlak

Langdurige overvraging kan leiden tot secundaire psychopathologie

CASUS MAARTEN

Wat valt op in deze casus?

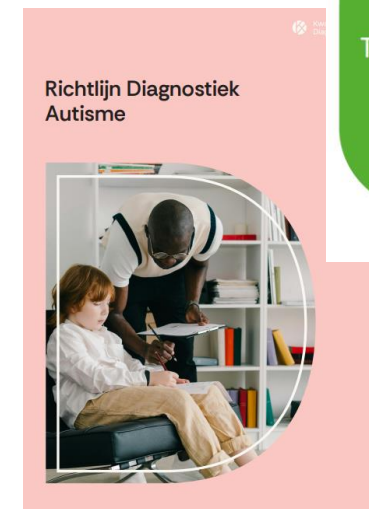
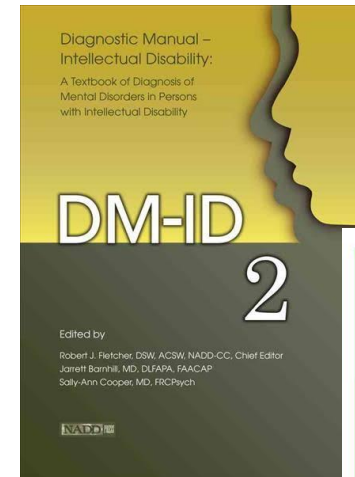
- ✓ Contrast tussen opleidingsniveau (OV1) en huidig functioneren (observaties en resultaten ABAS)
- ✓ Naast huisarts is er geen andere hulpverlening betrokken, er is geen aanvraag bij VAPH lopend, noch Maarten noch moeder lijken op de hoogte van de diagnoses
- ✓ Moeder lijkt veel zorg op zich te nemen

Uitklaring:

- ✓ **Maarten heeft zelf niet het gevoel overvraagd te worden**
- ✓ **Contact met werkgever**
 - ✓ Collectief maatwerk, is reeds aangepast aan zijn beperkingen
 - ✓ Loopt heel goed
 - ✓ geen recente veranderingen in takenpakket of verantwoordelijkheid
- ✓ **Contact met moeder**
 - ✓ heeft niet indruk dat Maarten in dagdagelijks leven overvraagd wordt
 - ✓ Moeder neemt bepaalde taken op zich maar geeft aan dat dit haalbaar is voor haar

4.4. ZIJN ER PSYCHIATRISCHE STOORNISSEN?

- **Breed psychiatrisch onderzoek**
 - DM-ID 2 voor aangepaste DSM-5 criteria
- **Gestructureerde onderzoeksmethoden:**
 - Mini PAS-ADD interview
 - DITS LVB voor post-traumatische stress stoornis
- Aanwijzingen voor **andere ontwikkelingsstoornissen?**
Autisme? ADHD?



4.4. ZIJN ER PSYCHIATRISCHE STOORNISSEN?

Specifieke uitdagingen in het psychiatrisch onderzoek

- **Ziektebesef, ziekte-inzicht:** foutief gebruik van begrippen, spontaan melden van klachten, introspectief vermogen, Situeren van klachten in de tijd, tijdsverloop schetsen loopt moeizaam
- **(Pseudo)hallucinaties:** Het maken van onderscheid tussen hallucinaties, pseudohallucinaties en eigen gedachten vraagt meer aandacht van de onderzoeker. Interne dialoog luidop voeren
- **Wanen:** Wanen kunnen eenvoudiger en minder uitgesproken zijn, waardoor ze niet direct als wanen worden herkend. Omgekeerd kunnen overtuigingen waanachtig overkomen, terwijl ze in feite voortkomen uit onvoldoende begrip van de werkelijkheid of een verminderd besef van het onderscheid tussen gedachten en feiten of fantasie en realiteit

4.4. ZIJN ER PSYCHIATRISCHE STOORNISSEN?

Specifieke uitdagingen/moeilijkheden:

- Bij mensen met een lager IQ is de **stemming** vaker afhankelijk van het moment (grotere reactiviteit). Er is mogelijk minder vaak sprake van een langdurige of persisterende stemming. Somberheid uit zich vaker in irritabiliteit en agitatie dan bij mensen met een gemiddelde of bovengemiddelde intelligentie
- **Diagnostische overschaduwing**
- **Persoonlijkheidsontwikkeling versus persoonlijkheidsproblematiek**: Kennis van normale ontwikkeling vanuit de ontwikkelingspsychologie en kennis van de gevolgen van een ontwikkelingsstoornis zijn belangrijk. Dit helpt om een tekortschietende, onvolkomen of onrijpe persoonlijkheidsontwikkeling te onderscheiden van persoonlijkheidsproblematiek

GGZ standaarden: psychische stoornissen en een laag IQ <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychische-stoornissen-en-een-laag-iq/diagnosticeren>

CASUS MAARTEN

- ✓ **Depressieve episode**
 - ✓ Neerslachtige stemming, dysfore stemming, agressie
 - ✓ Gevoelens van waardeloosheid
 - ✓ Anhedonie
 - ✓ Verminderde eetlust
 - ✓ Suïcidale gedachten
 - ✓ Inslaapstoornissen
 - ✓ Suïcidale gedachten
- ✓ **DITS-LVB** voor post-traumatische stress stoornis (relatiebreuk, pestervaringen maar ook afwezigheid papa) -> voldoet niet aan criteria
- ✓ **Autisme:** ontwikkelingsanamnese, gestructureerd interview, psychiatrisch onderzoek, observaties tijdens opname -> classificatie autismespectrumstoornis volgens DSM-5

CASUS MAARTEN

Conclusie psychiatrische diagnostiek:

- ✓ **Depressieve episode**
- ✓ **Bij patiënt met lichte verstandelijke beperking en autisme,**
- ✓ **Levensfaseproblematiek onderliggend: wens tot relatie/eigen gezin**

5. KAN IK REGULIERE ZORG EN BEHANDELING AANBIEDEN?

Ja.

Maar:

- (1) Pas je communicatie en bejegening aan
- (2) Betrek de context voldoende
- (3) Pak ook overvraging aan door installeren van extra ondersteuning

5. KAN IK REGULIERE ZORG EN BEHANDELING AANBIEDEN?

(1) Aanpassen doe je zo:

- **Zet in op contact maken.** Geef mensen de tijd om te landen en begin niet meteen met de belangrijkste klachten.
- Breng structuur aan in het gesprek: leg uit wie je bent en wat je gaat doen, wat het doel is en hoe lang het gesprek gaat duren.
- Stem het tempo af op de verwerkingssnelheid van de patiënt.
- Vermijd abstracte vragen, jargon en andere moeilijke woorden.
- Stel korte concrete en het liefst open vragen.
- Let op sociaal wenselijke antwoorden en non-verbale signalen die erop kunnen wijzen dat je niet begrepen wordt.

5. KAN IK REGULIERE ZORG EN BEHANDELING AANBIEDEN?

(1) Aanpassen doe je zo:

- Sluit aan bij de vaardigheden van je patiënt om klachten te benoemen en omschrijven. Vraag door, o.a. naar voorbeelden en concrete situaties totdat je weet wat iemand bedoelt.
- Vat regelmatig samen wat je begrepen hebt. Gebruik de terugvraagmethode: vraag of iemand uit kan leggen wat er net is besproken ('Ik wil graag weten of ik het goed heb uitgelegd. Wat ga je thuis vertellen?').
- Teken dingen om je gesprek visueel te ondersteunen
- Zet afspraken concreet, kort en duidelijk op papier
- Medicatie: besteed aandacht aan de praktische aspecten van het gebruik van medicatie

5. KAN IK REGULIERE ZORG EN BEHANDELING AANBIEDEN?

(1) Aanpassen doe je zo:

Pas je begeleidingsstijl aan het niveau van **sociaal-emotionele ontwikkeling**

Afstemmen op lagere niveaus van SEO: geen makkelijke opdracht binnen context van volwassenpsychiatrie

- Nadruk op autonomie en shared decision making
- Nadruk op aanleren van vaardigheden

- Cfr 'Helpend begrenzen' van Filip Morisse (<https://www.youtube.com/watch?v=fU2xI0wgZzg>)

5. KAN IK REGULIERE ZORG EN BEHANDELING AANBIEDEN?

(2) Betrek de context voldoende

‘volwassen’-psychiatrie, maar:

Ouders/bredere familie nemen vaak nog een groot deel van de zorg op

Pleidooi:

- Wees laagdrempelig in het betrekken van ouders bij de behandeling
- Overweeg een apart gesprek met ouders zonder de patiënt indien emoties hoog oplopen
- Wees alert voor opvoedingsstress bij ouders/opvoeders
- Wees alert voor post-traumatische stress bij ouders/siblings na ingrijpende gebeurtenissen

5. KAN IK REGULIERE ZORG EN BEHANDELING AANBIEDEN?

(3) Installeer extra ondersteuning

Rechtstreeks toegankelijke hulp (RTH)

- Voor wie maar af en toe hulp nodig heeft
- Rechtstreeks aan te vragen bij zorgaanbieder
(<https://www.zorgwijs.be/search/RTH>)
- Geen VAPH erkenning nodig, vermoeden handicap volstaat
- 8 punten /jaar

De acht punten staan voor:

- 51 begeleidingen
- of 36 mobiele begeleidingen
- of 36 begeleidingen begeleid werken
- of 91 groepsbegeleidingen
- of 91 dagen dagopvang
- of 61 nachten verblijf



Niet-rechtstreeks toegankelijke hulp: Persoonsvolgend budget (PVB)

- Voor wie intensievere ondersteuning nodig heeft
- Erkenning handicap door VAPH noodzakelijk
- Aanvraag via sociale dienst mutualiteit of dienst ondersteuningsplan (DOP)
- <https://www.vaph.be/persoonlijke-budgetten/pvb/hoe-aanvragen>

Ter info: in situaties van ernstige verwaarlozing, misbruik (fysiek/psychisch/seksueel) of acuut wegvallen van mantelzorgers: noodprocedure:
<https://www.vaph.be/persoonlijke-budgetten/pvb/aanvragen/noodprocedure-pvb>

5. KAN IK REGULIERE ZORG EN BEHANDELING AANBIEDEN?

(3) Installeer extra ondersteuning

DOE DIT TIJDIG!

Wachttijden voor hulp via RTH

Wachttijden voor persoonsvolgend budget

Binnen de prioriteitengroep worden de vragen gerangschikt volgens de prioriteringsdatum. Hoe vroeger die datum, hoe gunstiger de vraag geordend wordt binnen de prioriteitengroep.

Op 15 februari 2026 staan personen met volgende prioriteringsdatum bovenaan in de prioriteitengroepen:

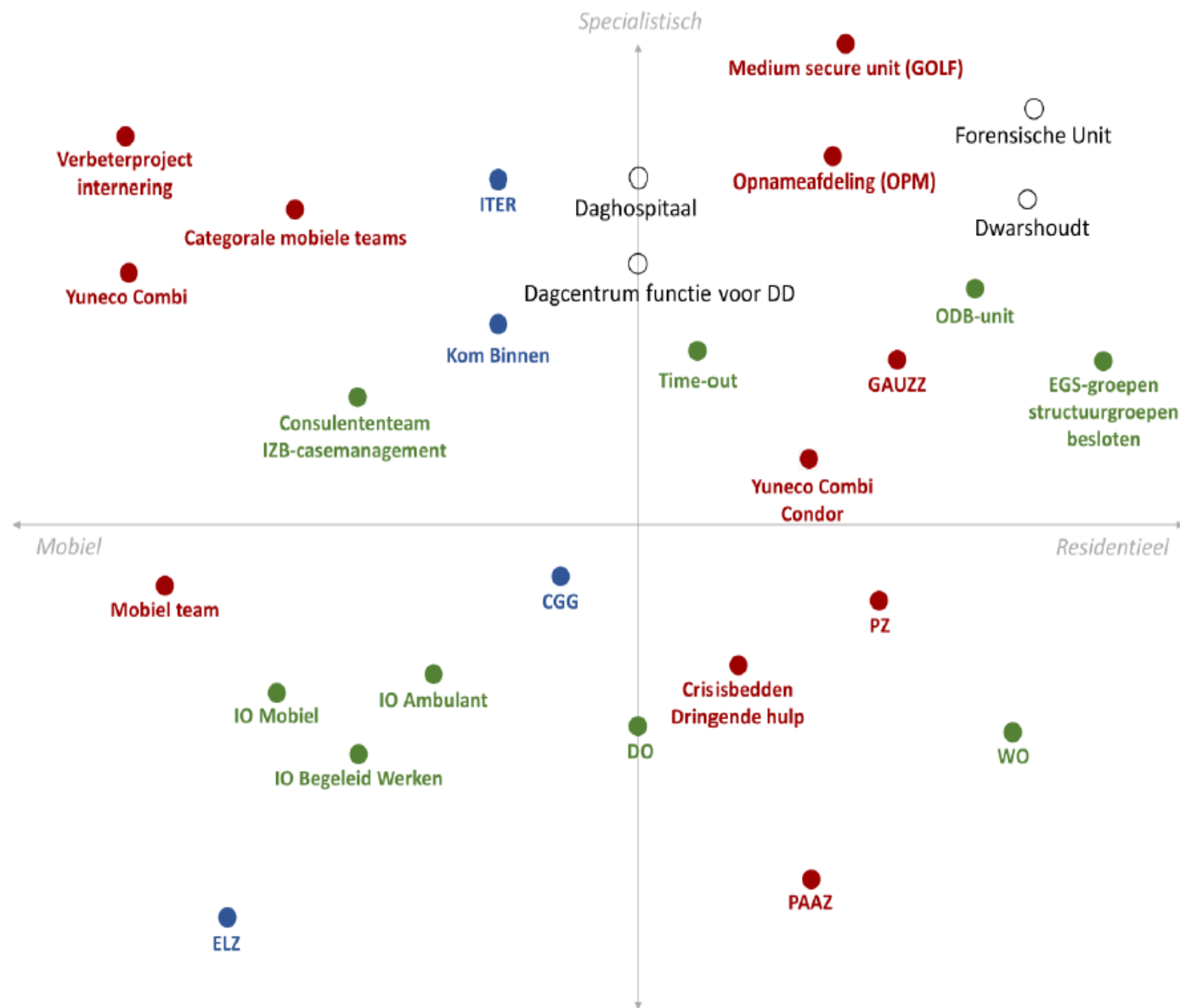
- 1 januari 2025 in prioriteitengroep 1
- 15 maart 2018 in prioriteitengroep 2
- 16 januari 2002 in prioriteitengroep 3

CASUS MAARTEN

- ✓ **Behandeling depressie: therapie (verbaal maar vooral ook non-verbaal) en medicatie (SSRI)**
- ✓ **Adviesgesprek met Maarten en mama over gestelde diagnoses**
- ✓ **Aanmelden voor thuisbegeleiding via RTH: kennismakingsgeprek en plaatsen op wachtlijst.**
- ✓ **Aanmelding CGG wachtlijst**
- ✓ **Progressieve werkhervatting na opname**

6. MEER HULP NODIG BIJ COMPLEXE CASUSSEN?

Zorgcircuit voor personen met een dubbele diagnose verstandelijke beperking
Vlaams-Brabant en Brussel



Masterplan DD

> Link

- Volwassennetwerken GGZ
- inclusief Netwerk Zorg voor geïnterneerden (forensisch)
- Kind-en jongeren GG – Yuneco
- VAPH en GGZ admin.
- Psyche

Coproducties

- > Iter
- > CT-IZB
- ...

Postgraduaat UCLL

Postacademische
vorming KUL

Ambulant / mobiel aanbod

VB

Verstandelijke beperking

Versie juni 2025	Hoofdaccent	Doelgroep	Opnamecriteria	Aanmelding via	Werkingsgebied
Categoriaal Mobiel Team	Outreachinge begeleiding Kortdurende teamcoaching	Volwassenen (16j - 65j) met VB en psychische problemen	IQ < 70 vaststelling VB < 16j gevolgen dagelijks functioneren	aanmelding@kamillus. broedersvanliefde.be	Leuven-Hageland Halle-Vilvoorde
Consulentenwerking	Beeldvorming Intensieve zorgbemiddeling	Volwassenen (16j - 65j) met VB en psychische problemen	PVB ontvangen Aanmelding bij bijstandsorganisatie Meer ondersteuning of gespecialiseerde expertise nodig	consulentenwerkingvbb @zonkam.be	Leuven-Hageland Halle-Vilvoorde Brussel
Kom Binnen (CGG)	Therapeutisch aanbod	Kinderen, jongeren en volwassenen met VB en psychische problemen	verblijvend/schoolgaand in Vlaams-Brabant IQ < 70 vaststelling VB < 18j gevolgen dagelijks functioneren	<u>CGG Ahasverus</u> <u>CGG PassAnt</u> <u>CGG Vlaams-Brabant Oost</u>	Leuven-Hageland: Leuven, Diest, Tienen & Aarschot Halle-Vilvoorde: Asse, Grimbergen, Halle & Vilvoorde
YUNECO Combi	Langdurige mobiele begeleiding	Kinderen & jongeren (tot 21j) met VB en psychische problemen	reguliere/ ambulante hulpverlening kan onvoldoende antwoord bieden op de moeilijkheden die zich stellen	<u>https://yuneco.be/ aanmelden-combi</u>	Leuven-Hageland Halle-Vilvoorde
YUNECO Combi Condor	Kortdurende intensieve ondersteuning of mobiele begeleiding (4w)	Kinderen & jongeren (6-21j) met VB en psychische problemen	6-21 jaar woonachtig in Vlaams-Brabant escalerende gedragsproblemen	<u>https://yuneco.be/ aanmelden- yunecocombicondor</u>	Leuven-Hageland Halle-Vilvoorde
ODB	Ambulant/mobiel begeleiding Outreach (mobiel/ambulant)	Vanaf 16 jaar met VB en psychische problemen (+12j met goedkeuring VAPH)	Erkenning bij het VAPH en (toewijzing van) PVB	odb@zonnelied.be	Leuven-Hageland Halle-Vilvoorde Brussel

Residentieel aanbod

VB Verstandelijke beperking

VZA Vergunde zorgaanbieder

Versie juni 2025	Hoofddacent	Doelgroep	Opnamecriteria	Aanmelding via	Locatie
OPM	Observatie Behandeling	Volwassenen met VB en psychische problemen	verblijvend in Vlaams-Brabant vaststelling VB < 18j VB in intellectueel én adaptief functioneren	aanmelding@kamillus. broedersvanliefde.be	Bierbeek
ODB	Residentiële opname	Vanaf 16 jaar met VB en psychische problemen (+12j met goedkeuring VAPH)	Erkenning bij het VAPH en (toewijzing van) PVB	odb@zonnelied.be	Roosdaal
Dwarshoudt	Therapeutisch aanbod gericht op medisch-psychiatrisch herstel maar ook psychologisch, emotioneel, sociaal en praktisch herstel, met doel het wonen bij VZA mogelijk maken	Volwassenen (vanaf 16j) met VB en psychische problemen	Meest complexe dossiers waarbij wonen/verblijven/ leven bij een VZA niet vanzelfsprekend is	dwarshoudt@zonnelied.be	Bierbeek
GoLF (forensisch)	Langdurige opname Outreach	Volwassenen met VB, psychische problemen én interneringsstatuut	Nood aan medium-security omkadering (enkel mannen) Internerings- en plaatsingsstatuut	https:// netwerkeninternering.be/ aanmelden/#brussel	Bierbeek
OPM (forensisch)	Kortdurende opname (low security) Mobiel aanbod	Volwassenen met VB, psychische problemen én interneringsstatuut	verblijvend in Vlaams-Brabant vaststelling VB < 18j VB in intellectueel én adaptief functioneren Interneringsstatuut	https:// netwerkeninternering.be/ aanmelden/#brussel	Bierbeek
YUNECO Combi Condor	Kortdurende residentiële opvang	Kinderen & jongeren (6-21j) met VB en psychische problemen	6-21 jaar woonachtig in Vlaams-Brabant escalerende gedragsproblemen	https://yuneco.be/ aanmelden- yunecocombicondor	Roosdaal (en Leuven, Kortenbergh, Lovenjoel)

VORMING ROND DOELGROEP

Post-academische vorming KUL

Theoretisch luik Supervisie

Geestelijke gezondheid bij personen met een verstandelijke beperking en/of autisme

Deze opleiding is gericht op hulpverleners met een basisopleiding die werkzaam zijn in de zorg voor personen met een verstandelijke beperking en/of autisme. Het gaat om een gespecialiseerde vorming waarin je je verder bekwaamt in de diagnostiek van en interventies gericht op gedrags- en psychische problemen bij mensen met een verstandelijke beperking en/of autisme.

- > [Over de opleiding](#)
- > [Het programma](#)
- > [Is de opleiding iets voor jou?](#)



🎓 Permanente vorming met getuigschrift (PVG)

📍 Leuven

🕒 1 academiejaar (108 contacturen; 20 bijkomende uren)

💶 € 2000

🏛️ Erkenning KMO-portefeuille & Brussels BEV

🌐 Nederlands

VOOR ASSISTENTEN PSYCHIATRIE

Interesse om je kennis over deze doelgroep te verdiepen?

-> Stageplek in onze teams op afdelingen OPM/GoLF in zorggroep St-Kamillus

