

GGZ Standaarden

Deze pdf is gepubliceerd op 03-09-2020 om 16:38. Bekijk de meest actuele versie op
<https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/psychische-stoornissen-en-zwakbegaafdheid-zb-of-lichte-verstandelijke-beperking-lvb>

Autorisatiedatum 25-01-2018 Beoordelingsdatum 25-01-2018

Generieke module

Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid (ZB) of lichte verstandelijke beperking (LVB)

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Introductie	5
1.1 Introductie	5
2. Samenvatting	6
2.1 Samenvatting	6
2.1.1 Het onderwerp van de module	6
2.1.2 Patiëntenperspectief	6
2.1.3 Kernelementen van goede zorg	7
2.1.4 Organisatie van zorg	10
3. Inleiding	11
3.1 Algemeen	11
3.1.1 Prevalentie van psychische stoornissen en ZB/LVB	13
3.2 Doelstelling	15
3.3 Doelgroepen	15
3.4 Uitgangspunten	17
3.4.1 Algemeen	17
3.5 Leeswijzer	18
3.5.1 Figuur: de vier subgroepen waar deze module zich op richt	18
3.6 Deze standaard staat in het Register	19
3.6.1 Opname in het Register per 9 juli 2019	19
4. Patiëntenperspectief	20
4.1 Wensen en ervaringen van patiënten	20
4.2 Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief	21
5. Zorg rondom psychische stoornissen ZB en LVB	26
5.1 Inleiding	26
5.1.1 Multidimensionale benadering	26
5.2 Vroege onderkenning en preventie	27
5.2.1 Definities	27
5.2.2 Vroege onderkenning	28
5.2.3 Herkenning ZB/LVB	28
5.2.4 Herkenning psychische stoornis	29
5.2.5 Signaleren van psychische symptomen	29
5.2.6 Systeem betrekken	30
5.2.7 Preventie	32
5.2.8 Aanpak van lichamelijke risicofactoren	34
5.2.9 Aanpak van psychologische en psychosociale risicofactoren	34

5.2.10 Aanpak van contextuele en maatschappelijke factoren	36
5.3 Diagnostiek	36
5.3.1 Diagnostiek van ZB/LVB bij patiënten met een psychische stoornis	37
5.3.2 Diagnostiek van psychische stoornissen bij mensen met ZB/LVB	39
5.4 Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie	42
5.4.1 Psychotherapeutische interventies	43
5.4.2 Medicamenteuze behandeling	46
5.4.3 Vaktherapie	50
5.4.4 Begeleiding	51
5.4.5 Terugvalpreventie	53
5.5 Monitoring	55
5.6 Herstel, participatie en re-integratie	55
6. Organisatie van zorg	57
6.1 Betrokken zorgverleners	57
6.1.1 Beschrijvingen van betrokken hulpverleners	57
6.1.2 Curatieve zorg	59
6.1.3 Klinische opname	60
6.1.4 Begeleiding, behandeling en ondersteuning binnen de Wet langdurige zorg (Wlz)	60
6.1.5 Begeleiding binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)	60
6.2 Samenwerking	61
6.3 Competenties	62
6.4 Kwaliteitsbeleid	62
6.5 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg	63
6.6 Financiering	64
6.6.1 Algemeen	64
6.6.2 Specifiek	64
7. Kwaliteitsindicatoren	65
7.1 Algemeen	65
7.2 Specifiek	65
8. Implementatieplan	66
8.1 Kwaliteitsstandaarden	66
8.2 Gebruik van kwaliteitsstandaarden	67
8.2.1 Monitoring van de implementatie	68
8.3 Bestaande praktijk en vernieuwingen	68
8.4 Bestaande afspraken	68
8.5 Algemene implementatie thema's	69
8.5.1 Bewustwording en kennisdeling	69
8.5.2 Samenwerking	70
8.5.3 Capaciteit	71

8.5.4 Behandelaanbod	72
8.5.5 Financiering	72
8.5.6 ICT	73
8.6 Specifieke implementatie thema's	74
8.6.1 Bewustwording en kennisdeling	74
8.6.2 Samenwerking	75
8.6.3 Capaciteit	75
8.6.4 Behandelaanbod	75
8.6.5 Financiering	75
8.6.6 ICT	75
9. Achtergronddocumenten	76
9.1 Samenstelling werkgroep	76
9.2 Referenties	78
9.3 Verdieping	84
9.3.1 Epidemiologie van psychische stoornissen bij mensen met ZB/LVB	85
9.3.2 Uitgangsvragen per thema	85
9.3.3 De basisset kwaliteitscriteria GGz	86
9.3.4 Literatuurverkenning psychotherapeutische interventies	86
9.3.5 Interventies ontwikkeld in de praktijk	89
9.3.6 Off-label voorschriften KNMG	90
9.3.7 Cytochroom P450 enzymen	91
9.3.8 Codering medicijngebruik	91
9.3.9 Gebruik psychofarmaca bij kinderen	92
9.3.10 Signaleringsplan	92
9.3.11 Practice-based begeleidingsmethodieken	92
9.3.12 Hoogspecialistische GGz	93
9.3.13 Competenties	93
9.3.14 Jeugdwet	94

1. Introductie

Autorisatiedatum 02-04-2020 Beoordelingsdatum 02-04-2020

1.1 Introductie

Ongeveer 2,3 miljoen Nederlanders hebben een zwakbegaafdheid (ZB) of een licht verstandelijke beperking (LVB). Zo'n beperking valt vaak niet direct op als iemand met psychische problemen hulp zoekt. Dan krijgt de patiënt een behandeling die niet goed past bij wat hij kan. Daardoor pakt de behandeling niet goed uit. Als de verstandelijke beperking wel wordt herkend, denken behandelaren vaak dat ze de patiënt niet kunnen behandelen en verwijzen door. Terwijl dat helemaal niet hoeft.

Iedere behandelaar kan maatwerk bieden

Deze generieke module geeft tips en handreikingen hoe je deze patiënten zelf de juiste zorg kan bieden. Voor mensen met ZB/LVB gelden namelijk precies dezelfde kwaliteitsstandaarden en protocollen als voor mensen zonder deze beperking. Psychotherapie of medicijnen zijn bij deze doelgroep even effectief, mits er rekening wordt gehouden met de mogelijkheden van de patiënt. Dat betekent dat de behandelaar geprotocolleerd maatwerk biedt: men volgt de kwaliteitsstandaarden, aangepast aan de situatie van de patiënt.

Deze standaard is er ook voor verstandelijke gehandicaptenzorg (VGZ)

De standaard is ook bedoeld voor mensen die werken in de verstandelijk gehandicaptenzorg. Je vindt in de module hoe je psychische stoornissen kunt herkennen en welke stappen dan gezet moeten worden.

2. Samenvatting

Autorisatiedatum 25-01-2018 Beoordelingsdatum 25-01-2018

2.1 Samenvatting

Van deze generieke module kunt u [hier de samenvattingskaart downloaden](#). Deze behandelt de volgende onderwerpen:

1. Het onderwerp van de module
2. Patiëntenperspectief
3. Kernelementen van goede zorg
4. Organisatie van zorg

2.1.1 Het onderwerp van de module

Deze generieke module is een kwaliteitsstandaard voor de curatieve zorg gericht op genezing en herstel van (beginnende) psychische stoornissen bij mensen met zwakbegaafdheid (ZB) of een lichte verstandelijke beperking (LVB).

- Iemand met zwakbegaafdheid heeft een IQ tussen de 70 en 85.
- Iemand met een lichte verstandelijke beperking heeft een IQ tussen 50-70 en beperkingen in het aanpassingsvermogen die zijn ontstaan gedurende de ontwikkelingsperiode.

Hoewel het IQ een belangrijk aspect is van de classificatie ZB en LVB, moet er met name aandacht zijn voor de (beperkingen in) het adaptieve functioneren. Het adaptieve functioneren, oftewel de praktische, alledaagse vaardigheden op het gebied van sociale omgang, werk, vrije tijd, huishoudelijke zorg, zelfverzorging en maatschappelijk functioneren, bepalen de ernst van de verstandelijke beperking.

Een inschatting van de prevalentie van ZB en LVB is mogelijk op grond van de normaalverdeling van het IQ in de Nederlandse bevolking. Volgens deze verdeling heeft 13,6% van de Nederlanders een IQ van 70-85 en 2,1% een IQ van 50-70. In totaal gaat het om ruim 2,3 miljoen Nederlanders.

Zo ongeveer alle psychische stoornissen komen vaker voor bij zowel kinderen als volwassenen met ZB/LVB dan bij de algemene populatie.

Deze generieke module biedt alle betrokkenen en zorgverleners kennis en waar mogelijk concrete handvatten voor de vroege onderkenning en preventie, diagnostiek, behandeling, begeleiding, terugvalpreventie, monitoring en het herstel van psychische stoornissen bij mensen met ZB/LVB.

2.1.2 Patiëntenperspectief

Essentieel in de diagnostiek, behandeling en begeleiding van psychische stoornissen bij mensen met ZB/LVB is een passende communicatie en bejegening en een transparante werkwijze. Patiënten met

psychische stoornissen en ZB/LVB hechten veel waarde aan een goed contact (ofwel een goede relatie) met de hulpverlener(s), waarbij regie over de zorg, emotionele ondersteuning en een transparante werkwijze voorop staan. Zij verschillen hierin niet wezenlijk van andere patiënten met psychische stoornissen. Patiënten met psychische stoornissen en ZB/LVB willen graag actief betrokken zijn bij belangrijke beslissingen rondom hun begeleiding en behandeling. Maar zij hebben over het algemeen geen behoefte aan teveel of te ingewikkelde keuzemogelijkheden.

2.1.3 Kernelementen van goede zorg

Kernelementen van goede zorg zijn de multidimensionale benadering en geprotocolleerd maatwerk, gepersonaliseerde zorg voor mensen met ZB/LVB. Voor goede zorg is (vroege) (h)erkenning van zowel de zwakbegaafdheid/lichte verstandelijke beperking (ZB/LVB) als de psychische stoornis van belang. En er moet aandacht zijn voor het effect van de ZB/LVB op de psychische stoornis en andersom. Er is altijd sprake van interferentie tussen de psychische stoornis en de ZB/LVB. Deze interferentie kan licht of ernstig zijn.

Er zijn verschillende methoden en modellen voor het in kaart brengen van alle aspecten die van belang zijn voor de diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen bij mensen met ZB/LVB. Voorbeelden zijn integratieve diagnostiek, transdiagnostisch denken en het International Classification of Functioning (ICF) model. Kern van deze modellen is dat de hele patiënt goed in beeld moet zijn om een psychische stoornis te kunnen classificeren en te kunnen starten met behandeling.

Herkenning en diagnostiek van ZB/LVB

Op het moment dat iemand zich met psychische klachten bij de huisarts of een andere hulpverlener meldt, is het belangrijk dat eventuele signalen van ZB of LVB vroeg herkend worden. Mensen met ZB/LVB hebben geen specifieke uiterlijke kenmerken en zijn niet altijd snel te herkennen aan hun presentatie of gedrag.

- Soms vallen er in de loop van het gesprek dingen op, bijvoorbeeld in het taalgebruik of in het gedrag maar het herkennen van ZB/LVB vraagt ervaring.
- Informatie over schoolopleiding, diplomas, diploma's en het (niet) vinden van werk bevat vaak belangrijke aanwijzingen voor een eventuele ZB/LVB.
- Andere indicatoren kunnen zijn: afspraken niet nakomen of opdrachten niet begrijpen en/of niet maken.

Op het moment dat er psychische klachten zijn en signalen van ZB/LVB verdient het aanbeveling om deze signalen nader te verkennen en te screenen op ZB/LVB. Dit kan met de 'SCreener voor Intelligentie en Licht verstandelijke beperking' (SCIL). Voor het daadwerkelijk vaststellen en classificeren van ZB/LVB is een gestandaardiseerde individuele IQ-test onderzoek nodig naar het adaptieve functioneren van de patiënt.

Herkenning en diagnostiek van de psychische stoornis

Psychische stoornissen worden bij mensen met ZB/LVB op dezelfde manier geclassificeerd als bij mensen met een gemiddelde of bovengemiddelde intelligentie. Dezelfde DSM-criteria zijn van toepassing en bestaande richtlijnen gelden ook voor mensen met ZB/LVB.

Voor een vroege onderkenning van een psychische stoornis is voldoende kennis van de betreffende psychische symptomen en de verschillende in de DSM-5 beschreven stoornissen dus noodzakelijk. Tegelijkertijd is vooral ervaring nodig met de wijze waarop psychische symptomen van patiënten met een ZB/LVB zich kunnen manifesteren. De Diagnostic Manual – Intellectual Disability-2 (DM-ID-2) biedt hulp bij de DSM classificatie bij patiënten met (verschillende mate van) verstandelijke beperking. De diagnostiek vraagt een multidimensionele benadering. Er moet in de diagnostiek en behandeling oog zijn voor alle aspecten van de patiënt, inclusief het cognitieve, sociaal-emotionele en adaptieve functioneren, de context en het ontwikkelingsperspectief.

Voorbeelden van aandachtspunten voor het signaleren van psychische symptomen bij mensen met ZB/LVB:

- Ziektebesef kan beperkt zijn, mensen benoemen niet altijd spontaan waar ze last van hebben.
- Onderscheid maken tussen hallucinaties, pseudohallucinaties en bijvoorbeeld eigen gedachten kan moeilijk zijn.
- Wanen kunnen eenvoudiger zijn en minder uitgesproken, waardoor ze niet direct als waanachtig herkend worden. Andersom kunnen mensen overtuigingen hebben die heel waanachtig overkomen, maar die in feite een gevolg zijn van onvoldoende begrip van de werkelijkheid.
- Dwanghandelingen gaan niet altijd gepaard met (heldere) obsessieve gedachten. En gedachten worden minder vaak als egodystoon (ik-vreemd) ervaren.
- Stemming en emoties: Differentiëren tussen complexe emoties kan moeilijk zijn. Ook reguleren van emoties en doseren van reacties is vaak slechter ontwikkeld.
- Psychische symptomen kunnen zich uiten als gedrag. Bijvoorbeeld woedeaanvallen kunnen de -ogenschijnlijk enige - uiting zijn van een posttraumatische stressstoornis. Maar problematisch of moeilijk verstaanbaar gedrag is niet altijd het signaal van een psychische stoornis. Zo kan bijvoorbeeld agressie ook het gevolg zijn van overvraging of onderstimulering, onjuist aangeleerd gedrag of een onderliggende somatische aandoening.
- Tijdslijnen en het aangeven van hoe lang/ hoe vaak iemand ergens last van heeft, kan moeilijk zijn.
- Benoemen van klachten kan lastig zijn als mensen daar niet de juiste woorden voor kennen. Soms gebruiken mensen (vak)jargon, maar in een andere betekenis.

Behandeling

Voor mensen met ZB/LVB gelden dezelfde richtlijnen, protocollen en kwaliteitsstandaarden als voor mensen zonder ZB/LVB. Er is geen reden om aan te nemen dat psychotherapeutische interventies of medicatie bij deze doelgroep niet of minder effectief zijn. Bij het gebruik van bestaande richtlijnen, protocollen en kwaliteitsstandaarden moet wel rekening gehouden worden met de ZB/LVB van de patiënt. Er zijn dus aanpassingen nodig. Dit noemen we *geprotocolleerd maatwerk*: reguliere zorgstandaarden en richtlijnen worden gevolgd, maar daarbinnen worden protocollen en methodieken aangepast aan de patiënt. Leidraad bij de aanpassingen van richtlijnen, protocollen en kwaliteitsstandaarden zijn het cognitieve, sociaal- emotionele en adaptieve niveau van functioneren van de patiënt. Aanpassing van het taalgebruik, concretisering en aanbieden van de adviezen in kleine stappen is nodig. Dat kan bij elke patiënt anders zijn. Dit vraagt, naast kennis van ZB/LVB, om goede kennis van de originele zorgstandaarden, richtlijnen en protocollen. Het aanpassen van de vorm mag immers niet ten koste gaan van de kern van het protocol of de methodiek.

Aandachtspunten voor aanpassing van reguliere protocollen voor gebruik bij patiënten met ZB/LVB:

- Wees flexibel in het gebruik van de procedure.
- Zet een voorbereidende training in waarin u basisconcepten uitlegt en toetst of de patiënt met die begrippen kan werken.
- Overweeg inzet van het steunsysteem van de patiënt: bij huiswerkopdrachten, voor ondersteuning van de generalisatie, voor hulp bij het aanpassen van de procedures en voor behoud en implementatie van bereikte therapeutische doelen in het dagelijks leven. Bij jongeren betekent dit ook dat voorlichting in de klas op school kan zorgen voor meer begrip en ondersteuning.
- Patiënten met ZB/LVB zijn in grote mate afhankelijk van de kennis en attitudes ten aanzien van behandeling die bij het steunsysteem aanwezig zijn.
- De bereidheid van de therapeut om zich aan te passen aan de patiënt is een basale voorwaarde voor succesvolle behandeling.

Begeleiding

Voor veel patiënten met zwakbegaafdheid/lichte verstandelijke beperking (ZB/LVB) en een psychische stoornis is passende begeleiding een belangrijke voorwaarde voor het slagen van de behandeling van de psychische stoornis in de ggz. Deze begeleiding vindt meestal plaats vanuit de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking maar ook als verpleegkundige ondersteuning in de ggz.

- Begeleiding kan bestaan uit praktische begeleiding, bijvoorbeeld bij financiële zaken, basale levensbehoeften en ondersteuning van de behandeling.
- Ook agogische begeleiding ter ondersteuning van de behandeling is belangrijk, bijvoorbeeld ondersteunen bij generaliseren en terugvalpreventie.
- Ondersteuning en coaching van het systeem kan bijzonder zinvol zijn.

Monitoring

Van de meeste vragenlijsten die voor ROM in de ggz worden gebruikt, is de betrouwbaarheid en validiteit bij patiënten met ZB/LVB niet bekend. Een uitzondering is de Brief Symptom Inventory. Ook andere ROM-vragenlijsten zijn vermoedelijk bruikbaar maar bij deze doelgroep nog niet psychometrisch onderzocht.

Ga bij afname van ROM instrumenten na of de patiënt zelfstandig en zonder hulp de ROM vragenlijsten in kan vullen. Indien nodig kan iemand uit het steunsysteem of u als behandelaar zelf helpen door de vragenlijst samen in te vullen.

Herstel, participatie en re-integratie

Bij patiënten met zwakbegaafdheid/lichte verstandelijke beperking (ZB/LVB) blijft na herstel van een psychische stoornis net als bij andere patiënten een kwetsbaarheid bestaan voor terugval. Overdracht naar een vaste persoon of organisatie uit het ondersteunend systeem kan voorkomen dat patiënten met ZB/LVB te laat opnieuw hulp inschakelen als de situatie verslechtert.

Het is sterk aan te bevelen dat de behandelaar na volledig of gedeeltelijk herstel van een psychische stoornis samen met de patiënt en zijn ondersteunend systeem een plan opstelt voor terugvalpreventie met hierin een zogenaamd (crisis) signaleringsplan. Dit plan richt zich op de individuele patiënt en zijn persoonlijke situatie. Het bevat concrete adviezen voor patiënt en systeem

hoe zij een terugval kunnen voorkomen en het evenwicht weer kunnen herstellen. Het beschrijft de context van wonen en werken, de aard en oorzaak van de stoornis en de rol die het systeem kan en wil spelen bij het voorkomen van terugval

2.1.4 Organisatie van zorg

Essentieel voor de organisatie van de zorg voor patiënten met een psychische stoornis en ZB/LVB is een goede communicatie, heldere verwijslijnen, afstemming en samenwerking tussen hulpverleners uit de verschillende sectoren waarmee deze patiënten te maken krijgen. De patiënten zoeken en krijgen vaak hulp vanuit verschillende zorgsectoren zoals huisartsenzorg, ggz, verslavingszorg, forensisch psychiatrische zorg, zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, gespecialiseerde centra voor psychiatrie en verstandelijke beperking, gemeentelijke voorzieningen (maatschappelijke ondersteuning, jeugdzorg) en de kinder- & jeugdpsychiatrie. Zorgverleners uit al deze sectoren kunnen te maken krijgen met patiënten met ZB/LVB en een psychische stoornis. Goede zorg vereist dat bij patiënten betrokken zorgverleners en organisaties samenwerken en profiteren van elkaars kennis en expertise. De generieke module bevat enkele praktijkvoorbeelden van verwijsroutes en samenwerking tussen verschillende sectoren bij een patiënt met angstklachten.

3. Inleiding

Autorisatiedatum 25-01-2018 Beoordelingsdatum 25-01-2018

3.1 Algemeen

Deze generieke module is een kwaliteitsstandaard voor de zorg voor (beginnende) psychische stoornissen bij mensen met zwakbegaafdheid (ZB) of een lichte verstandelijke beperking (LVB). Dit betreft een grote en zeer diverse groep patiënten

patiënten: Wij gebruiken in deze tekst de term patiënt wanneer er een psychische stoornis is gediagnosticeerd en eventueel een behandeling is geïndiceerd.

met uiteenlopende mogelijkheden en problemen. Deze groep heeft als gemeenschappelijk kenmerk dat hun intelligentie zoals gemeten met een IQ-test in meer (LVB) of mindere (ZB) mate tekort schiet, zonder dat er sprake is van een scherpe grens tussen de twee 'subgroepen' LVB en ZB. We spreken van ZB als iemand een IQ heeft tussen de 70 en 85. Mensen met LVB hebben tekorten in de verstandelijke functies (een IQ tussen 50-70) en tekorten in het aanpassingsvermogen die zijn begonnen gedurende de ontwikkelingsperiode.

Het IQ van de betrokkenen is echter maar een deel van het verhaal. Het gaat om een goede beschrijving van het totaal aan mogelijkheden van een persoon. Soms zal al bekend zijn dat er sprake is van ZB/LVB, zeker wanneer iemand ondersteuning ontvangt en/of verblijft in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, en is het de vraag of er ook sprake is van een psychische stoornis. Soms is de aanwezigheid van een - acute of chronische - psychische stoornis duidelijk en is het belangrijk dat er aandacht is voor de aanwezigheid van (misschien nog niet eerder herkende) ZB/LVB. En soms meldt iemand zich bij de huisarts of het wijkteam met onverklaarbare klachten of gedrag en kan een screening op zowel een eventuele ZB/LVB als een psychische stoornis gewenst zijn.

De focus ligt in deze module op preventie en vroege onderkenning, diagnostiek, behandeling begeleiding, monitoring en herstel van psychische stoornissen bij mensen met ZB/LVB. Waar nodig gaat de module specifiek in op kinderen en jeugdigen met ZB/LVB. We beschrijven de zorg vanuit het perspectief van patiënten ongeacht hun verblijfplaats in de wetenschap dat deze zogeheten curatieve zorg gericht op genezing en herstel van psychische stoornissen, in verschillende sectoren kan plaatsvinden. Mensen met een psychische stoornis en ZB/LVB bevinden zich overal in de maatschappij en zijn – soms onopgemerkt – in beeld of in zorg bij meerdere instanties en hulpverleningssectoren. Deze mensen bevinden zich binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.

Bron: Nouwens P., Lucas R., Embregts P., van Nieuwenhuizen C. In plain sight but still invisible: A structured case analysis of people with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning. Journal of Intellectual Developmental Disability 2016; DOI: 10.3109/13668250.2016.1178220.

Ook kunnen zij zorg ontvangen van de huisarts, praktijkondersteuner GGZ, jeugdzorg, forensische zorg, verslavingszorg, dak- en thuislozenzorg en wijkteams. Deze sectoren hebben allen hun eigen achtergrond, paradigma's en visies. Zij bieden elk, vanuit hun eigen expertise en met eigen werkwijze een deel van de nodige zorg. Bezien vanuit het perspectief van de patiënt is parallelle samenwerking tussen de verschillende sectoren en versterking van goede verwijslijnen van groot belang.

Deze generieke module sluit aan bij de zorgstandaarden van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ en wil zo bijdragen aan het vergroten van de toegankelijkheid van de ggz voor mensen met ZB/LVB. Belangrijk voor de curatieve zorg voor mensen met ZB of LVB en een psychische stoornis zijn daarnaast de generieke modules [Herstelondersteunening](#), [Psychische klachten in de kindertijd](#), [Vaktherapie](#), Diversiteit, [Zelfmanagement](#), [Daginvulling en participatie](#), [Ernstige Psychische aandoeningen \(EPA\)](#) en [Samenwerking en Ondersteuning Naasten van mensen met psychische problematiek](#) van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. Uiteraard verwijzen wij in deze module ook naar documenten en richtlijnen die binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking tot stand kwamen, zoals de Richtlijn effectieve interventies LVB

Bron: de Wit M., Moonen X., Douma J. Richtlijn effectieve interventies LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG; 2011.

van het Landelijk Kenniscentrum LVB of in ontwikkeling zijn, zoals de Multidisciplinaire richtlijn probleemgedrag en gedragsstoornissen bij volwassenen met verstandelijke beperkingen.

Bron: Multidisciplinaire richtlijn probleemgedrag en gedragsstoornissen bij volwassenen met verstandelijke beperkingen. Enschede: NVAVG; 2017.

Overigens zijn er weinig stoornisspecifieke richtlijnen of zorgstandaarden voor diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen bij mensen met ZB/LVB. Het advies is om uit te gaan van de bestaande reguliere richtlijnen en zorgstandaarden met inachtneming van de ZB/LVB. Deze generieke module wil aansluiten bij deze bestaande richtlijnen en zorgstandaarden en het gebruik ervan voor mensen met ZB/LVB faciliteren. Meer onderzoek en gerichte (bij)scholing kan de zorg voor de geestelijke gezondheid verder verbeteren. Er is daarbij behoefte aan meer stoornisspecifieke

richtlijnen en zorgstandaarden, zowel in de ggz als in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Een structuur voor richtlijnontwikkeling in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is op dit moment in ontwikkeling.

3.1.1 Prevalentie van psychische stoornissen en ZB/LVB

Een inschatting van de prevalentie van ZB en LVB is mogelijk op grond van de normaal verdeling van het IQ in de Nederlandse bevolking. Volgens deze verdeling heeft 13,6% van de Nederlanders een IQ van 70-85 en 2,1% een IQ van 50-70.

Bron: Wieland J. Psychopathology in borderline intellectual functioning. Explorations in secondary mental health care. Universiteit Leiden, 2016.

In vergelijking met andere beschikbare schattingen lijkt de prevalentieschatting op basis van de normaalverdeling redelijk accuraat.

Bron: - Ras M, Verbeek-Oudijk D, Eggink E. Lasten onder de loep. De kostengroei van de zorg voor verstandelijk gehandicapten ontrafeld. 2013. Den Haag, SCP.
- Woittiez I., Putman L., Eggink E., Ras M. Zorg beter begrepen. Verklaringen voor de groeiende vraag naar zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Den Haag: SCP; 2014.

Lang niet alle mensen met ZB of LVB zijn in zorg of hebben zorg nodig maar als zij een psychische stoornis ontwikkelen vormen zij een bijzonder kwetsbare groep.

Onderzoek naar de prevalentie van psychische stoornissen bij mensen met ZB/LVB is complex. Beschikbare onderzoeken naar incidentie en prevalentie verschillen in methodologie en hun resultaten zijn niet altijd goed te vergelijken. Duidelijk is wel dat zo ongeveer alle psychische stoornissen vaker voorkomen bij zowel kinderen als volwassenen met ZB/LVB dan bij de algemene populatie.

Bron: Sheehan R., Hassiotis A., Walters K., Osborn D., Strydom A., Horsfall L. Mental illness, challenging behaviour, and psychotropic drug prescribing in people with intellectual disability: UK population based cohort study. BMJ 2015; 351: h4326. Zie ook

Hassiotis A., Strydom A., Hall I., Ali A., Lawrence-Smith G., Meltzer H. et al. Psychiatric morbidity and social functioning among adults with borderline intelligence living in private households. J Intellect Disabil Res 2008; 52: 95-106.

Wieland J., Kapitein-de H.S., Zitman F.G. Psychiatric disorders in outpatients with borderline intellectual functioning: comparison with both outpatients from regular mental health care and outpatients with mild intellectual disabilities. Can J Psychiatry 2014; 59: 213-9.

Gigi K., Werbeloff N., Goldberg S., Portuguese S., Reichenberg A., Fruchter E. et al. 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.

Emerson E., Einfeld S., Stancliffe R.J. The mental health of young children with intellectual disabilities or borderline intellectual functioning. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2010; 45: 579-87.

Niettemin zijn er aanwijzingen dat kinderen, jeugdigen en volwassenen met ZB/LVB minder vaak behandeld worden voor hun psychische stoornis en dat psychische stoornissen bij deze doelgroep vaker chronisch van aard worden.

Bron: Hassiotis A., Strydom A., Hall I., Ali A., Lawrence-Smith G., Meltzer H. et al. Psychiatric morbidity and social functioning among adults with borderline intelligence living in private households. J Intellect Disabil Res 2008; 52: 95-106.

Einfeld S.L., Piccinin A.M., Mackinnon A., Hofer S.M., Taffe J., Gray K.M. et al. Psychopathology in young people with intellectual disability. JAMA 2006; 296: 1981-9.

Uit recent screeningsonderzoek blijkt dat ongeveer 1 op de 5 nieuwe patiënten in de ggz vermoedelijk een IQ heeft onder de 85, maar dat behandelaren het lagere IQ bij hun patiënten vaak niet herkennen.

Bron: Wieland J. Psychopathology in borderline intellectual functioning. Explorations in secondary mental health care. Universiteit Leiden, 2016.

Screenend onderzoek bij opgenomen patiënten laat zien dat dit percentage bij hen nog veel hoger ligt: 43,8% van de acuut opgenomen psychiatrische patiënten functioneert vermoedelijk op ZB/LVB niveau.

Bron: Nieuwenhuis J., e.a. A blind spot? Screening for mild and borderline intellectual disabilities in admitted psychiatric patient: a study on the prevalence and associations with coercive measures. Plos One 2017; In press.

Zie ook [Epidemiologie van psychische stoornissen bij mensen met ZB/LVB](#).

3.2 Doelstelling

Deze module wil zorgverleners kennis en waar mogelijk concrete handvatten bieden voor de vroege onderkenning en preventie, diagnostiek, behandeling, begeleiding, terugvalpreventie, monitoring en het herstel van psychische stoornissen bij mensen met ZB/LVB. De module helpt behandelaars, hun verwijzers en ondersteuners bij het herkennen van ZB/LVB en/of een psychische stoornis bij hun patiënten/cliënten en het toepassen van de stoornisspecifieke zorgstandaarden bij deze doelgroep. Implementatie van de module zal bijdragen aan een verdere professionalisering en het bevorderen van passende zorg voor patiënten met psychische stoornissen en ZB/LVB. Ook zal de generieke module hiermee bijdragen aan een geestelijke gezondheidszorg voor mensen met ZB/LVB die voldoet aan het VN-Gehandicaptenverdrag.

3.3 Doelgroepen

Deze generieke module is bedoeld voor behandelaars, hun verwijzers en (informele) ondersteuners in de zorg voor patiënten met een psychische stoornis en ZB/LVB. Dit betreft huisartsenzorg, zorg van instellingen en praktijken voor generalistische basis ggz, gespecialiseerde ggz, verslavingszorg, forensisch psychiatrische zorg, zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, gespecialiseerde centra voor psychiatrie en verstandelijke beperking, gemeentelijke voorzieningen (Wmo-zorg en jeugdhulp) en de kinder- & jeugdpsychiatrie.

Bron: Neijmeijer L., Moerdijk L., Veneberg G., Muusse C. Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ. Een verkennend onderzoek. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010.

De beoogde zorgverleners in deze sectoren zijn: huisartsen, praktijkondersteuners GGz (POH-GGZ),

(sociaal psychiatrisch) verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, vaktherapeuten, agogisch medewerkers, maatschappelijk werkers, psychologen, orthopedagogen, psychotherapeuten, artsen voor verstandelijke gehandicapten (AVG) en psychiaters.

De module richt zich op (potentiële) patiënten met een psychische stoornis en ZB/LVB.

Het gaat om:

1. Mensen die voldoen aan de DSM-5 criteria voor een LVB, dat wil zeggen tekorten in de intellectuele functies en het aanpassingsvermogen, waarvan de mate van ernst als licht wordt ingeschat. De tekorten in de verstandelijke functies en het aanpassingsvermogen zijn begonnen gedurende de ontwikkelingsperiode.
2. Mensen die voldoen aan de DSM-IV-TR criteria voor ZB, dat wil zeggen een IQ tussen de 70 en 85.

In [Diagnostiek van ZB/LVB bij patiënten met een psychische stoornis](#) gaan we dieper in op de classificatie van deze patiëntengroepen.

In Nederland is geen uniform gebruik van de term LVB. Mensen met ZB worden vaak meegenomen in in de categorie LVB vanwege de beperkingen in het sociale aanpassingsvermogen die bij beide groepen kunnen voorkomen. In deze module maken wij echter expliciet onderscheid tussen ZB en LVB. Dat doen we omdat de wetenschappelijke onderbouwing voor de brede definitie ontbreekt; deze term niet aansluit bij de internationale definities van LVB (Mild Intellectual Disability) en om de 'zichtbaarheid' van de relatief grote groep mensen met ZB te vergroten.

Met psychische stoornissen bedoelen we in deze module stoornissen zoals beschreven in de DSM-5. Gedragsproblemen of moeilijk verstaanbaar gedrag, zoals beschreven in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, komen in deze module aan de orde voor zover dit gedrag voortkomt uit of passend is bij een (onderliggende) psychische stoornis. Gedrag dat voortkomt uit de verstandelijke beperking of dat het gevolg is van overvraging en dat niet als psychische stoornis kan worden geclassificeerd valt niet binnen het bestek van deze module. Het kan soms lastig zijn een strikt onderscheid te maken. Daarom is het belangrijk de hypothese van een mogelijke onderliggende psychische stoornis die het gedrag beïnvloedt altijd te onderzoeken. Aandacht voor de 'totale mens die uit balans is' en de relatie die er bestaat tussen gedrag en interactie met de sociale, fysieke en organisatorische omgeving is daarbij essentieel. Meer informatie over de zorg rondom probleemgedrag geeft de Multidisciplinaire richtlijn probleemgedrag en gedragsstoornissen bij volwassenen met verstandelijke beperkingen, die momenteel in ontwikkeling is.

Bron: Multidisciplinaire richtlijn probleemgedrag en gedragsstoornissen bij volwassenen met verstandelijke beperkingen. Enschede: NVAVG; 2017.

Ten slotte is deze module niet geschreven voor patiënten die pas op latere leeftijd, bijvoorbeeld vanwege een niet aangeboren hersenletsel of ten gevolge van een ernstige psychiatrische stoornis, op ZB of LVB niveau functioneren. Informatie vanuit deze module is mogelijk wel bruikbaar voor deze groep patiënten. Hetzelfde geldt voor patiënten met een IQ net boven de 85 of net onder de 50 met

bijpassende beperkingen in het adaptieve functioneren.

3.4 Uitgangspunten

De curatieve zorg voor mensen met een psychische stoornis en ZB/LVB vereist een aantal belangrijke aanpassingen ten opzichte van de zorg voor mensen met een psychische stoornis zonder ZB/LVB. Deze module bundelt de huidig beschikbare wetenschappelijke en praktijkkennis. Hoewel de laatste jaren de wetenschappelijke onderbouwing van behandelmethodes voor patiënten met psychische stoornissen en ZB/LVB snel toeneemt ontbreken evidence-based richtlijnen.

Bron: Sturmey P., Didden R. Evidence based practice and intellectual disabilities. London: Wiley-Blackwell; 2014.

Taylor L., Lindsay W., Hastings R., Hatton C. Psychological therapies for adults with intellectual disabilities. Chichester: Wiley-Blackwell; 2013.

Een aantal gespecialiseerde voorzieningen heeft op basis van evidence-based kennis en eigen professionele ervaringen en inzichten een aangepast zorgaanbod ontwikkeld voor patiënten met psychische stoornissen en ZB/LVB.

Voor het opstellen van deze generieke module heeft de werkgroep gebruik gemaakt van wetenschappelijke literatuur, gepubliceerde praktijkkennis en kennis uit focusgroepen met professionele experts, patiënten en naasten. Er is geen systematisch literatuuronderzoek volgens de criteria van Evidence Based Richtlijn Ontwikkeling (EBRO) gedaan. De werkgroep formuleerde 14 [uitgangsvragen](#) waar de generieke module antwoord op geeft.

3.4.1 Algemeen

Een generieke module beschrijft vanuit het perspectief van patiënten en naasten wat onder goed professional handelen (goede zorg) wordt verstaan. De meest actuele kennis vormt het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis en de voorkeuren van patiënten en naasten. De beschreven zorg in de standaarden zijn geen wetten of voorschriften, maar bieden handvatten voor de professional om matched care en gepersonaliseerde zorg te kunnen leveren.

Het werken volgens de kwaliteitsstandaard is geen doel op zich. De combinatie van factoren die tot ziekte hebben geleid en de sociale context waarin de aandoening zich voordoet zijn voor iedere patiënt uniek. Daarnaast heeft iedere patiënt unieke behoeften om regie te voeren over zijn of haar herstel en leven. Zorgprofessionals ondersteunen dit proces vanuit hun specifieke expertise en de kennis die een kwaliteitsstandaard hen biedt. De kwaliteit van een professional kenmerkt zich wellicht meer door de wijze waarop hij of zij in staat is in de juiste gevallen en op het juiste moment (goed beargumenteerd) van een standaard af te wijken. Mede op basis van de kwaliteitsstandaard bepalen de patiënt (en diens naasten) en de professional, ieder met hun eigen expertise, samen wat de gewenste uitkomsten van zorg zijn en welke behandel- en ondersteuningsopties daarbij passend zijn.

Het is voor een succesvolle implementatie van de standaard belangrijk om aandacht te hebben voor de mogelijke benodigde veranderingen in het zorgveld die de standaard met zich meebrengt. Voorbeelden zijn mogelijke effecten op de beschikbare capaciteit van zorgverleners, budgetvraagstukken of ict-aanpassingen. Soms is niet elk onderdeel van deze standaard per direct uitvoerbaar. Bij deze standaard zijn een implementatieplan en de rapportage uitvoerbaarheidstoets opgeleverd. Deze bieden inzicht in hoeverre de standaard uitvoerbaar is. In de komende periode worden de stappen voor implementatie nader uitgewerkt.

3.5 Leeswijzer

De generieke module psychische stoornissen en ZB/LVB richt zich zowel op mensen met ZB als LVB. Vanuit het oogpunt van curatieve zorg voor psychische stoornissen bij deze doelgroepen zijn veel overeenkomsten te benoemen. Daar waar het nodig is om expliciet een onderscheid te maken tussen beide groepen geven we dit aan.

We volgen in deze generieke module het format en de terminologie van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. Dit betekent dat we spreken over patiënten en psychische stoornissen.

In [Zorg rondom psychische klachten en LVB](#) wordt de doelgroep onderscheiden in verschillende subgroepen, die zich in verschillende zorgfases bevinden (zie de figuur hieronder).

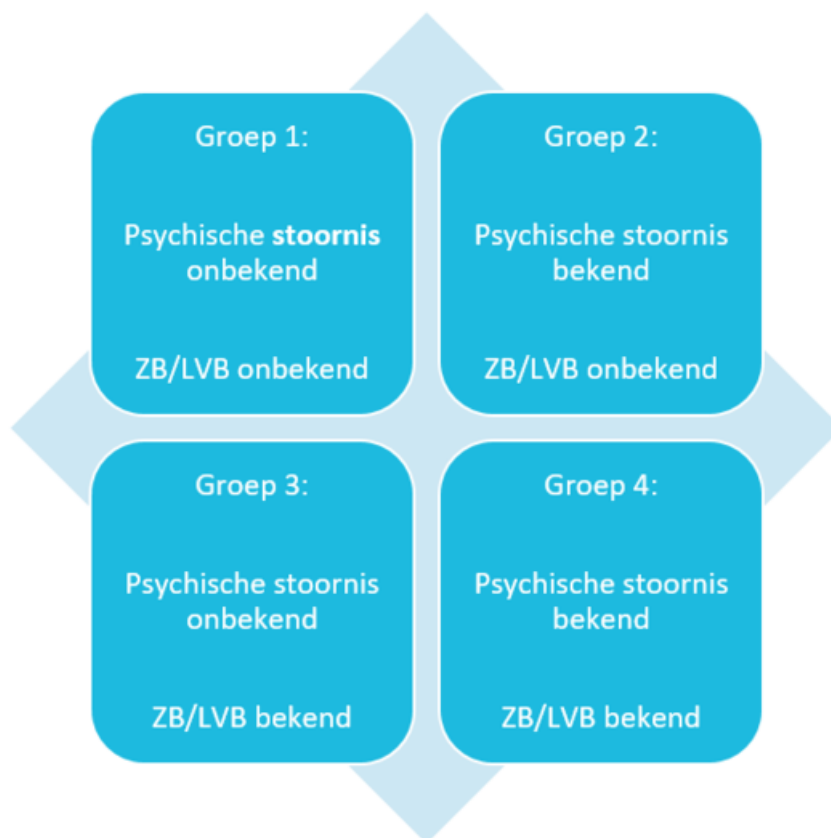
Groep 1 bestaat uit die mensen die wel klachten hebben maar (nog) niet in zorg zijn vanwege een psychische stoornis of ZB/LVB. Voor deze groep is met name [Vroege onderkenning](#) van belang.

Zodra de ZB/LVB of de psychische stoornis bekend is (groep 2 of groep 3), zijn mensen vaak ergens in zorg of worden ze verwezen voor zorg:

- Als alleen de psychische stoornis bekend is (groep 2) zal meestal de ggz deze zorg bieden.
- Als alleen de ZB/LVB bekend is (groep 3) zal dit vaak de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking zijn.

Om mensen passende zorg te kunnen bieden is het van belang dat de volledige problematiek in beeld komt, zowel de ZB/LVB als de psychische stoornis. In het deel over [Diagnostiek](#) bespreken we voor beide groepen apart hoe adequate diagnostiek kan plaatsvinden, zodat zowel de ZB/LVB als de psychische stoornis onderkend worden. Als zowel de psychische stoornis als de ZB/LVB bekend zijn (groep 4), kan adequate behandeling, begeleiding en terugvalpreventie plaatsvinden. Dit bespreken we in [Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie](#).

3.5.1 Figuur: de vier subgroepen waar deze module zich op richt



3.6 Deze standaard staat in het Register

3.6.1 Opname in het Register per 9 juli 2019

Op 9 juli 2019 is deze kwaliteitsstandaard opgenomen in het Register van het Zorginstituut Nederland. Dit is de centrale plek voor informatie over kwaliteit van zorg in Nederland. Het Register vind je op www.zorginzicht.nl.

Het Register bevat alle kwaliteitsstandaarden, meetinstrumenten en informatie-standaarden die voldoen aan het [Toetsingskader](#). Dit kader toetst of een kwaliteitsstandaard kan worden aangemerkt als een verantwoorde beschrijving van de kwaliteit van een zorgproces of een verantwoord middel om te meten of goede zorg is geleverd.

4. Patiëntenperspectief

Autorisatiedatum 25-01-2018 Beoordelingsdatum 25-01-2018

4.1 Wensen en ervaringen van patiënten

De Basisset kwaliteitscriteria GGZ

Bron: Martens M., Hesselink A., Ulrich P., Neijenhuis J. Basisset Kwaliteitscriteria GGZ. Geformuleerd vanuit cliënten- en familieperspectief. Landelijk Platform GGZ; 2015.

beschrijft wat goede zorg is vanuit het perspectief van patiënten met een psychische stoornis en hun naasten. Deze [basisset](#) bestaat uit zes bouwstenen (patiënt centraal, zorg in triade, adequate zorg, integrale zorg, professionele zorg en transparante zorg), verdeeld over drie domeinen (context, proces en structuur). Elke bouwsteen bevat drie kwaliteitscriteria. De set werd ontwikkeld door Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid waarin ggz patiënten en familieorganisaties zijn verenigd.

Het is aannemelijk dat het perspectief van patiënten met zwakbegaafdheid/lichte verstandelijke beperking (ZB/LVB) (op onderdelen) zal verschillen van dit algemene patiëntenperspectief van mensen met psychische stoornissen. Immers de ggz gaat uit van de mondige patiënt die regisseur is van zijn eigen zorgproces, maar voor patiënten met ZB/LVB is dit lang niet altijd het geval.

Bron: GGZ Nederland. Meerjarenvisie GGZ Nederland 2013-2020. De GGZ in beweging. 2016. Amersfoort, GGZ Nederland.

Vooraf patiënten met LVB zullen waarschijnlijk meer afhankelijk zijn van ondersteuning en minder zelfstandig en zelfsturend zijn in de besluitvorming.

Bron: Langdon P.E., Talbot T.J. Locus of control and sex offenders with an intellectual disability. Int J Offender Ther Comp Criminol 2006; 50: 391-401.

Wehmeyer M.L., Palmer S.B. Perceptions of control of students with and without cognitive disabilities. Psychol Rep 1997; 81: 195-206.

Donner B., Mutter R., Scior K. Mainstream in-patient mental health care for people with intellectual disabilities: Service user, carer and provider experiences. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 2010; 23: 214-24

Gezamenlijke besluitvorming en zelfmanagement vragen bij patiënten met ZB/LVB dus om een andere invulling waarbij de behandelaar veel explicieter ondersteunt, de verantwoordelijkheid deelt en soms een meer directieve rol heeft. Ook kunnen wettelijk vertegenwoordiger en mentor een stem hebben. De [generieke module Ernstige psychische aandoeningen](#) geeft informatie over hoe behandelaars en andere betrokkenen ondersteuning bij gezamenlijke besluitvorming kunnen bieden.

4.2 Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief

We organiseerden twee focusgroepen over kwaliteit van zorg met in totaal tien patiënten met een of meer psychische stoornissen en ZB/LVB. Zij ontvingen ten tijde van het onderzoek begeleiding en behandeling in een ambulante (n = 5) of intramurale setting (n = 5) van de ggz en zorg voor mensen met een verstandelijke beperking in het zuiden en zuidwesten van Nederland. Aan de hand van een aandachtspuntenlijst vroegen wij de deelnemers wat de verschillende bouwstenen en kwaliteitskenmerken van deze basisset voor hen betekenden en welke prioriteit zij de verschillende bouwstenen gaven. Voor de interviewgide hebben we de definities op zo'n manier omschreven dat ze voor patiënten met ZB/LVB begrijpelijk zijn.

Bron: van den Bogaard K., Austin J., Heerkens L., Embregts P. Psychische stoornissen en een lichte verstandelijke beperking: het cliëntperspectief op kwaliteit en begeleiding en behandeling. Universiteit van Tilburg, Tranzo; 2016.

De deelnemers aan de focusgroepen gaven de volgende betekenis en prioriteit aan de bouwstenen van de Basisset kwaliteitscriteria GGz.

1. Patiënt centraal. Het is belangrijk om goed geïnformeerd te worden over de behandeling en begeleiding, op basis waarvan je zelf keuzes kunt maken. Patiënten willen op basis van een vertrouwensrelatie en als individu benaderd worden, en niet vanuit een groepsgewijze benadering, een benadering gericht op de beperking of louter vanuit het dossier.
2. Professionele zorg. Emotionele ondersteuning is van belang. Het gaat erom dat je gelijkwaardig en eerlijk behandeld wordt, dat er geluisterd wordt en begrip getoond wordt. Richtlijnen en procedures kunnen hierbij een obstakel vormen, waarbij het 'volgens het boekje' werken

volgens patiënten ten koste gaat van de flexibiliteit van de hulpverleners en het hulpverleningsproces.

3. Transparante zorg. Patiënten lijken in het algemeen niet op de hoogte te zijn van de kwaliteit, het aanbod en de kosten van zorg en hier ook geen expliciete wensen toe te hebben. Zij vinden een transparante werkwijze van de hulpverlener in het contact belangrijk (in gezamenlijkheid afspraken maken en niet te rigide hanteren, het zorg- of behandelplan bespreken, transparantie over het delen van persoonlijke informatie met andere hulpverleners). Wanneer hulpverleners inzicht geven in de beslissingen die ze nemen en ze doen dit in samenspraak en op een betrouwbare manier, dan heeft dit een positieve uitwerking op de behandeling. Patiënten voelen zich dan gehoord en gelijkwaardig.
4. Adequate zorg. Het is bovenal belangrijk dat de behandeling resultaat heeft voor de ervaren klachten. Deze klachten zijn de input voor de behandeling. Hierbij is met name de huidige situatie het uitgangspunt, waarbij vanuit een gezamenlijkheid (patiënt en behandelaar) ingespeeld dient te worden op deze klachten. De toegankelijkheid van zorg is tevens van belang, waarbij evenwel de effectiviteit van de behandeling voorop blijft staan.
5. Zorg in triade. Patiënten verschillen in wie zij tot hun systeem rekenen en in hoeverre zij wensen dat het systeem wordt ingezet of betrokken bij de behandeling. Belangrijk is dat zij zelf de keuzes maken voor het inzetten en betrekken van hun systeem, waarbij ondersteuning vanuit de hulpverlener gewenst is. Het kan ook helpend zijn, om het systeem informatie te geven over hoe zij de patiënt kunnen steunen.
6. Integrale zorg. Patiënten benoemen veelal negatieve ervaringen met de keten/netwerkgzorg, waaronder het veelvuldig doorverwijzen en onjuiste informatie in dossiers. Samenwerking tussen hulpverleners zou soepel moeten verlopen, waarbij de zorg continu en zoveel mogelijk in eenzelfde setting geboden wordt.

Goed contact

Op grond van deze bevindingen lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat patiënten met psychische stoornissen en ZB/LVB met name veel waarde hechten aan een goed contact (ofwel een goede relatie) met de hulpverlener(s), waarbij regie over de zorg, emotionele ondersteuning en een transparante werkwijze voorop staan. Zij verschillen hierin niet wezenlijk van andere patiënten met psychische stoornissen. Kwaliteitskenmerken zoals kosten van zorg of samenwerking tussen hulpverleners zijn voor patiënten met een psychische stoornis en ZB/LVB van belang als randvoorwaarden voor de geboden zorg. Daarmee kan het contact tussen patiënt en hulpverlener (als fundament voor goede zorg) optimaal tot zijn recht komen. Deze uitkomsten zijn te begrijpen in het licht van eerder onderzoek

Bron: Reuzel E.A.A., Embregts P.J.C.M., Bosman A., van de Nieuwenhuizen M., Jahoda A. Perceptions and expectations of regular support meetings between staff and people with an intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability* 2016; 1-9.

Zie ook:

Embregts P.J.C.M. Zie mij als mens! In: Embregts P.J.C.M., editor. *Menslievende professionalisering in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking: aansluiten bij cliënten en hun ouders*. Arnhem: HAN University Press; 2011.

van Oorsouw W.M., Embregts P.J., Bosman A.M. Evaluating staff training: taking account of interactions between staff and clients with intellectual disability and challenging behaviour. *J Intellect Dev Disabil* 2013; 38: 356-64.

Jahoda A., Wanless L.K. Knowing you: the interpersonal perceptions of staff towards aggressive individuals with mild to moderate intellectual disabilities in situations of conflict. *J Intellect Disabil Res* 2005; 49: 544-51.

in de gehandicaptenzorg waaruit bleek dat de kwaliteit van de relatie tussen patiënt en zorgverlener een belangrijke factor is in de tevredenheid over de begeleiding en behandeling die deze patiënten ontvangen.

Bron: Reuzel E.A.A., Embregts P.J.C.M., Bosman A., van de Nieuwenhuizen M., Jahoda A. Perceptions and expectations of regular support meetings between staff and people with an intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability* 2016; 1-9. Zie ook:

Embregts P.J.C.M. Zie mij als mens! In: Embregts P.J.C.M., editor. *Menslievende professionalisering in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking: aansluiten bij cliënten en hun ouders*. Arnhem: HAN University Press; 2011.

van Oorsouw W.M., Embregts P.J., Bosman A.M. Evaluating staff training: taking account of interactions between staff and clients with intellectual disability and challenging behaviour. *J Intellect Dev Disabil* 2013; 38: 356-64.

Jahoda A., Wanless L.K. Knowing you: the interpersonal perceptions of staff towards aggressive individuals with mild to moderate intellectual disabilities in situations of conflict. *J Intellect Disabil Res* 2005; 49: 544-51.

Reinders H. The importance of tacit knowledge in practices of care. *J Intellect Disabil Res* 2010; 54 Suppl 1: 28-37.

Gezamenlijke besluitvorming

Op basis van de focusgroepen concludeert de werkgroep dat patiënten met psychische stoornissen en ZB/LVB net als de meerderheid van de patiënten in Nederland (70%) actief betrokken willen zijn bij belangrijke beslissingen rondom hun begeleiding en behandeling.

Bron: van Staveren R. Gezamenlijke besluitvorming in de praktijk. Patiëntgerichte gespreksvaardigheden. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2011; 155:A3777.

Uit onderzoek blijkt dat gezamenlijke besluitvorming vaak tot gunstige resultaten leidt bij zowel patiënten als hulpverleners.

Bron: Stacey D., Legare F., Col N.F., Bennett C.L., Barry M.J., Eden K.B. et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev 2014; CD001431. Zie ook voetnoot 23.

Dit geldt ook voor patiënten met ZB/LVB.

Bron: Frielink N., Schuengel C., Kroon A., Embregts P.J. Pretreatment for substance-abusing people with intellectual disabilities: intervening on autonomous motivation for treatment entry. J Intellect Disabil Res 2015; 59: 1168-82.

Goede afstemming verbetert de kwaliteit van de zorg.

Bron: Frielink N., Schuengel C., Kroon A., Embregts P.J. Pretreatment for substance-abusing people with intellectual disabilities: intervening on autonomous motivation for treatment entry. J Intellect Disabil Res 2015; 59: 1168-82.

Hoe gezamenlijke besluitvorming het beste kan plaatsvinden is echter nog niet onderzocht.

Passende communicatie en bejegening

Duidelijk is dat patiënten veel belang hechten aan passende communicatie en bejegening en een transparante werkwijze. Hierover meer in [Psychotherapeutische interventies](#) en [Competenties](#).

Patiënten met een ZB/LVB zijn over het algemeen niet gebaat bij teveel of te ingewikkelde keuzemogelijkheden. Zij kunnen zich overvraagd voelen als zij in hun eentje besluiten moeten

nemen. Daarom stellen zij het vaak op prijs als hun steunsysteem bij de behandeling wordt betrokken en waarderen zij een advies van de behandelaar. Patiënten vinden het belangrijk dat zij deel uit maken van de besluitvorming en dat de verschillende keuzemogelijkheden zó worden voorgelegd dat zij daadwerkelijk weloverwogen een keuze kunnen maken. Bijvoorbeeld door gebruik te maken van visuele hulpmiddelen.

5. Zorg rondom psychische stoornissen ZB en LVB

Autorisatiedatum 25-01-2018 Beoordelingsdatum 25-01-2018

5.1 Inleiding

5.1.1 Multidimensionale benadering

Voor passende zorg is (h)erkenning van zowel de zwakbegaafdheid/lichte verstandelijke beperking (ZB/LVB) als de psychische stoornis van belang. Daarnaast is aandacht nodig voor de interactie tussen (het ontstaan en beloop van) de psychische stoornis en de ZB/LVB. Dit vergt een multidimensionale benadering wat betekent dat er in de diagnostiek en behandeling oog is voor alle aspecten van de patiënt, inclusief het cognitieve, sociaal-emotionele en adaptieve functioneren, de context en het ontwikkelingsperspectief.

Bron: Dosen A. Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap. Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen. Assen: Van Gorcum BV; 2014.

Wieland J., Aldenkamp E., van den Brink A. Een laag IQ in de GGZ. Beperkt begrepen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2017.

Belangrijk is om hier te vermelden dat het veld van wetenschap en praktijk momenteel volop in ontwikkeling is en dat er rond het begrip emotioneel functioneren verschillende stromingen en meningen bestaan. Dit begrip is niet wetenschappelijk gevalideerd en de DSM-5 spreekt alleen van sociaal functioneren. De werkgroep kiest op dit moment voor de term sociaal-emotioneel functioneren en benadrukt daarmee het belang van aansluiting van de zorg bij het emotioneel functioneren van patiënten. Hierbij moet rekening gehouden worden met de context want het emotioneel functioneren is niet stabiel over tijd.

Er zijn verschillende methoden en modellen voor het in kaart brengen van alle aspecten die van belang zijn voor de diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen bij (potentiële) patiënten met ZB/LVB. Voorbeelden zijn integratieve diagnostiek, transdiagnostisch denken en het International Classification of Functioning (ICF) model van de WHO.

Bron: Dosen A. Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap. Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen. Assen: Van Gorcum BV; 2014.
Zie ook:

Wieland J., Aldenkamp E., van den Brink A. Een laag IQ in de GGZ. Beperkt begrepen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2017.

WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health. 2001. Geneva, World Health Organization.

Didden R., Troost P., Moonen X., Groen W. Handboek Psychiatrie en lichte verstandelijke beperking. Utrecht: De Tijdstroom; 2016.

Deze modellen gaan er alle van uit dat de hele patiënt goed in beeld moet zijn om een psychische stoornis te kunnen classificeren en om te kunnen starten met de behandeling. Afhankelijk van de complexiteit van enerzijds de psychische stoornis en anderzijds de ZB/LVB zal gaandeweg blijken of intensievere diagnostiek nodig is (zie [Preventie](#)).

Bron: Van Gennep A. Richtlijnen voor de praktijk van onderzoek en diagnostiek van problemen met de geestelijke gezondheid bij volwassenen met een verstandelijke beperking. Utrecht: LKNG; 2002.

Smiley E., Cooper S.A., Finlayson J., Jackson A., Allan L., Mantry D. et al. Incidence and predictors of mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prospective study. Br J Psychiatry 2007; 191: 313-9.

Bij complexe problematiek is parallel interdisciplinair samenwerken altijd aangewezen.

5.2 Vroege onderkenning en preventie

5.2.1 Definities

Vroege onderkenning is het systematisch nalopen van een aantal aandachtspunten om een mogelijke aandoening vast te stellen. Dit kan zowel gericht zijn op individuen als op groepen. Vroege onderkenning gaat over het duiden van beginnende klachten maar kan ook het actief opsporen van het risico op een aandoening betreffen. Preventie gaat over het voorkómen van een aandoening of het beperken van de schade ervan. Preventie richt zich op het beïnvloeden van risicofactoren en het versterken van beschermende factoren. Er wordt onderscheid gemaakt tussen universele preventie (voor de gehele bevolking), selectieve preventie (voor specifieke doelgroepen) en geïndiceerde preventie (voor individuen met beginnende verschijnselen van een stoornis).

Bron: Didden R., Troost P., Moonen X., Groen W. Handboek Psychiatrie en lichte verstandelijke beperking. Utrecht: De Tijdstroom; 2016.

Wieland J., Aldenkamp E., van den Brink A. Een laag IQ in de GGZ. Beperkt begrepen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2017.

In [Vroege onderkenning en preventie](#) beschrijven we met name selectieve en geïndiceerde preventie.

5.2.2 Vroege onderkenning

We beschrijven hier zowel de vroege onderkenning van de zwakbegaafdheid/lichte verstandelijke beperking (ZB/LVB) bij mensen die zich presenteren met een psychische stoornis als de vroege onderkenning van een psychische stoornis bij mensen met ZB/LVB. Voor geïndiceerde preventie maar ook voor passende diagnostiek en behandeling van deze stoornissen is onderkenning van zowel de ZB/LVB als de psychische stoornis noodzakelijk. Voor mensen waarbij zowel de ZB/LVB als de psychische stoornis (nog) onbekend zijn (subgroep 1 uit [Figuur de vier subgroepen waar deze module zich op richt](#)) zijn de aanwijzingen voor vroege onderkenning van beide categorieën relevant.

5.2.3 Herkenning ZB/LVB

Op het moment dat iemand zich met psychische klachten bij de huisarts of een andere hulpverlener meldt, is het belangrijk dat eventuele signalen van ZB of LVB vroeg herkend worden. Mensen met ZB/LVB hebben geen specifieke uiterlijke kenmerken en zijn niet altijd snel te herkennen aan hun presentatie of gedrag. Soms vallen er in de loop van het gesprek dingen op bijvoorbeeld in het taalgebruik of in het gedrag maar het herkennen van ZB/LVB vraagt ervaring. Er zijn brochures en handreikingen die ondersteunen bij de signalering bijvoorbeeld de [Handreiking vroegsignalering LVB](#).

Bron: Hoekman J. Handreiking vroegsignalering van een LVB. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB; 2015.

Ook kan informatie over schoolopleiding, diplomes, diploma's en het (niet) vinden van werk aanwijzingen geven voor een eventuele ZB/LVB. Andere indicatoren kunnen zijn: afspraken niet nakomen of opdrachten niet begrijpen en/of niet maken.

Op het moment dat er psychische klachten zijn en signalen van ZB/LVB verdient het aanbeveling om deze signalen nader te verkennen en te screenen op ZB/LVB. Dit kan met behulp van de SCreener voor Intelligentie en Licht verstandelijke beperking (SCIL).

Bron: Kaal H.L., Nijman H.L.I., Moonen X.M.H. SCIL. Voor volwassenen (SCIL 18+) en jongeren van 14 tot en met 17 jaar (SCIL14-17). Handleiding. Amsterdam: Hogrefe; 2015.

De SCIL is een korte vragenlijst. De afname duurt 10 minuten. Er is een versie voor jongeren in de leeftijd van 14-17 jaar (SCIL 14-17) en een versie voor volwassenen (SCIL 18+). Voor het afnemen van de SCIL-vragenlijsten zijn geen specifieke kwalificaties vereist. Op indicatie van de huisarts kan de POH-GGZ de lijst afnemen. Let wel, de SCIL vormt geen vervanger voor diagnostiek. Voor het vaststellen van ZB of LVB is uitgebreid diagnostisch onderzoek nodig. Het gebruik van de SCIL kan wel helpen bij het indiceren van verder onderzoek en ondersteunen bij het formuleren van de juiste verwijzing.

5.2.4 Herkenning psychische stoornis

Psychische stoornissen worden bij mensen met ZB/LVB op dezelfde manier geclassificeerd als bij mensen met een gemiddelde of bovengemiddelde intelligentie. Dezelfde DSM-criteria zijn van toepassing en bestaande richtlijnen gelden ook voor mensen met ZB/LVB. Voor een vroege onderkenning van een psychische stoornis is voldoende kennis van de betreffende psychische symptomen en de verschillende in de DSM-5 beschreven stoornissen dus noodzakelijk. Tegelijkertijd is vooral ervaring nodig met de wijze waarop psychische symptomen van patiënten met een ZB/LVB zich kunnen manifesteren. De Diagnostic Manual – Intellectual Disability-2 (DM-ID-2) biedt hulp bij de DSM classificatie bij patiënten met (verschillende mate van) verstandelijke beperking.

Bron: Fletcher R.J., Barnhill L.J., C, per S.A. The diagnostic manual intellectual disability 2 (DM-ID-2). A textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability. Kingston: NY: NADD Press; 2016.

Voor de groep patiënten met LVB geldt dat de aanpassingen vaak niet groot zijn, maar de adviezen wel belangrijk. Voor patiënten met ZB zijn dergelijke aanpassingen nog niet beschreven.

5.2.5 Signaleren van psychische symptomen

Voor het herkennen van psychische symptomen of een eventuele psychische stoornis bij mensen met ZB/LVB is alertheid van adequaat opgeleide zorgprofessionals van groot belang. Goed kunnen observeren en luisteren, ook naar verwanten en begeleiders, is een basis vereiste. Zij moeten signalen herkennen van zowel ZB/LVB voor zover die nog niet is vastgesteld en de signalen van de psychische stoornis herkennen, ook als deze in minder duidelijke bewoordingen gepresenteerd worden of in gedrag en gedragsveranderingen tot uiting komen. Tabel 1 geeft een overzicht met voorbeelden van aandachtspunten voor het signaleren van psychische symptomen bij mensen met ZB/LVB.

Voorbeelden van aandachtspunten voor het signaleren van psychische symptomen bij mensen met

ZB/LVB

Bron: Wieland J., Aldenkamp E., van den Brink A. Een laag IQ in de GGZ. Beperkt begrepen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2017.

Zie ook:

Didden R., Troost P., Moonen X., Groen W. Handboek Psychiatrie en lichte verstandelijke beperking. Utrecht: De Tijdstroom; 2016.

Fletcher R.J., Barnhill L.J., C, per S.A. The diagnostic manual intellectual disability 2 (DM-ID-2). A textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability. Kingston: NY: NADD Press; 2016.

- Ziektebesef, ziekte inzicht: Kan beperkt zijn door verminderd introspectief vermogen of ontbreken van het vermogen om vanuit het perspectief van de ander naar zichzelf te kijken. Mensen benoemen niet altijd spontaan waar ze last van hebben. Het bewustzijn dat bepaalde ervaringen niet 'normaal' zijn en dat niet iedereen ze heeft, kan ontbreken.
- (Pseudo)hallucinaties: Onderscheid maken tussen hallucinaties, pseudohallucinaties en bijvoorbeeld eigen gedachten kan moeilijk zijn.
- Wanen: Waanachtig denken kan heel beperkt zijn. Wanen kunnen eenvoudiger zijn en minder uitgesproken, waardoor ze niet direct als waanachtig herkend worden. Andersom kunnen mensen overtuigingen hebben die heel waanachtig overkomen, maar die in feite een gevolg zijn van onvoldoende begrip van de werkelijkheid.
- Dwanghandelingen gaan niet altijd gepaard met (heldere) obsessieve gedachten. En gedachten worden minder vaak als egodystoon (ik-vreemd) ervaren.
- Stemming en emoties: Differentiëren tussen complexe emoties kan moeilijk zijn. Ook reguleren van emoties en doseren van reacties is vaak slechter ontwikkeld.
- Gedrag: Psychische symptomen kunnen zich uiten als gedrag. Bijvoorbeeld woedeaanvallen kunnen de – ogenschijnlijk enige – uiting zijn van een posttraumatische stressstoornis. Maar problematisch of moeilijk verstaanbaar gedrag is niet altijd het signaal van een psychische stoornis. Zo kan bijvoorbeeld agressie of zelfbeschadigend gedrag ook het gevolg zijn van overvraging of onderstimulering, onjuist aangeleerd gedrag of een onderliggende somatische aandoening.
- Tijdslijnen en bijvoorbeeld het aangeven van hoe lang of hoe vaak iemand ergens last van heeft kan moeilijk zijn.
- Benoemen van klachten kan lastig zijn als mensen daar niet de juiste woorden voor kennen. Soms wordt (vak)jargon gebruikt, maar in een andere betekenis.

5.2.6 Systeem betrekken

Het kan de zorgprofessional helpen om het systeem van mensen met ZB/LVB zoals partner, familie of professionele begeleiders expliciet te betrekken om meer zicht te krijgen op de mogelijke signalen. Zij merken de veranderingen in gedrag en beleving vaak als eerste. De patiënt moet hier uiteraard mee instemmen en er kunnen ook goede redenen zijn om het systeem niet te betrekken. Zie hiervoor

ook de generieke module [Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek](#). Als de patiënt een mentor, curator of wettelijk vertegenwoordiger heeft moet deze geïnformeerd en betrokken worden. In veel gevallen moeten zij ook toestemming geven.

Om goed te kunnen signaleren moet het systeem in staat zijn om psychische symptomen te herkennen en hun belang te begrijpen.

Bron: Wieland J., Kapitein-de H.S., Zitman F.G. Psychiatric disorders in outpatients with borderline intellectual functioning: comparison with both outpatients from regular mental health care and outpatients with mild intellectual disabilities. *Can J Psychiatry* 2014; 59: 213-9.

Vaak zullen gezins- en/of familieleden weinig kennis van psychische symptomen hebben en soms hebben zij zelf ook een ZB/LVB. Bovendien kan het systeem meer gericht zijn op externaliserende dan op internaliserende symptomen.

Bron: Moss S., Prosser H., Ibbotson B., Goldberg D. Respondent and informant accounts of psychiatric symptoms in a sample of patients with learning disability. *J Intellect Disabil Res* 1996; 40 (Pt 5): 457-65.

Dit kan er toe leiden dat meer geïnternaliseerde symptomen van bijvoorbeeld angst en depressie gemist worden. Om signalen zo goed mogelijk te interpreteren is het belangrijk dat behandelaars daarom altijd naar feiten vragen en (psychologiserende) interpretaties onderkennen. Zij moeten nagaan of belangrijke termen voor het systeem dezelfde betekenis hebben als voor de behandelaar. Zo kan familie een term als 'psychotisch' of 'depressief' soms gebruiken om aan te geven dat iemand gedrag vertoont dat voor de omgeving moeilijk te begrijpen is of dat iemand minder goed meedoet dan normaal. Ook kijken verschillende betrokken zorgverleners vanuit hun eigen visie, ervaring en expertise naar de patiënt en is het belangrijk dit te onderkennen. Zie daarvoor [Organisatie van zorg rondom psychische stoornissen en ZB/LVB](#).

De meeste Nederlandstalige instrumenten voor screening op een psychische stoornis zijn niet of onvoldoende onderzocht voor het gebruik bij mensen met ZB/LVB.

Bron: Wieland J., Kapitein S., Baas R.W.J. ROM voor mensen met een laag IQ: welke instrumenten zijn er en welke gebruikt men? *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2009; 51: P-27.

Reguliere screeningsinstrumenten - zoals beschreven in de betreffende zorgstandaarden - zijn bruikbaar, mits er rekening wordt gehouden met de beperkingen. Extra aandacht is nodig voor moeilijke woorden en complexe formuleringen (bijvoorbeeld dubbele ontkenningen). Zie ook

[Monitoring.](#)

5.2.7 Preventie

In principe spelen bij mensen met zwakbegaafdheid/lichte verstandelijke beperking (ZB/LVB) dezelfde risicofactoren voor de ontwikkeling van een psychische stoornis een rol als bij andere mensen. De ZB/LVB is daarbij wel zelf een risicofactor voor het ontstaan van psychische stoornissen. Veel lichamelijke, psychologische, maatschappelijke en sociale risicofactoren komen bij mensen met ZB/LVB vaker voor.

Bron: Dosen A. Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap. Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen. Assen: Van Gorcum BV; 2014.
Zie ook:

Schuengel C., Janssen C.G.C. People with Mental Retardation and Psychopathology: Stress, Affect Regulation and Attachment: A Review. International Review of Research in Mental Retardation. Academic Press; 2006. p. 229-60.

Wallander J.L., Dekker M.C., Koot H.M. Risk factors for psychopathology in children with intellectual disability: a prospective longitudinal population-based study. J Intellect Disabil Res 2006; 50: 259-68.

Emerson E. Health Inequalities and People with Intellectual Disabilities. New York: Cambridge University Press; 2013.

Dosen A. Integrative treatment in persons with intellectual disability and mental health problems. J Intellect Disabil Res 2007; 51: 66-74.

Hieronder een beschrijving van een aantal belangrijke risicofactoren voor mensen met ZB/LVB. De bedoeling hiervan is om een idee te geven van factoren die aangepakt kunnen worden in het kader van preventie van psychische stoornissen bij mensen met ZB/LVB. Ook het onderkennen en versterken van mogelijk beschermende factoren kan daaraan bijdragen.

Bron: Walburg J.A. Positieve gezondheid, naar een bloeiende samenleving. Bohn Stafleu van Loghum; 2015.

Zie ook:

Wiegant F., Bakker M., Dijk W., Prins H., Huber M.A.S. The challenge of measuring health as the ability to adapt. Adaptive Medicine 2013; 5: 93-105.

Huber M., Knottnerus J.A., Green L., van der Horst H., Jadad A.R., Kromhout D. et al. How should we define health? BMJ 2011; 343: d4163.

Oog hebben voor een zo goed mogelijke kwaliteit van bestaan vormt het vertrekpunt bij preventie. Daarnaast is het aan te bevelen nadrukkelijk aandacht te besteden aan mogelijke risicofactoren, bijvoorbeeld bij periodiek overleg (over het zorg-/begeleidingsplan) met en van mensen met een beperking.

Relevante en/of veel voorkomende risicofactoren voor psychische stoornissen bij mensen met ZB/LVB

Lichamelijke risicofactoren, bijvoorbeeld:

- een ongezonde leefstijl, zoals problematisch alcohol- en drugsgebruik, gebrek aan gezonde voeding en lichaamsbeweging, moeite met het handhaven van een gezond dag-nachtritme en daarmee samenhangende somatische problematiek;
- genetische kwetsbaarheid voor psychische stoornissen.

Psychologische en psychosociale risicofactoren, bijvoorbeeld:

- problemen met executieve functies zoals aandacht-, geheugen- en planningsproblemen;
- problemen met het herkennen en reguleren van (negatieve maar ook positieve) emoties;
- gebrek aan zelfvertrouwen en zelfwaardering; veelvuldige faalervaringen;
- geen aansluiting kunnen vinden met leeftijdsgenoten, gebrek aan eigen netwerk en vriendschappen, pestervaringen, eenzaamheid;
- gehechtheidsproblemen vanwege bijvoorbeeld verminderde sensitiviteit van de ouders, uithuisplaatsing en/of overmatig veel personeelwisseling in de zorg;
- een langdurige, niet adequate afstemming van anderen op de cognitieve, sociale en emotionele mogelijkheden van de patiënt zoals over- of ondervraging, te drukke of juist te weinig stimulerende omgeving, te veel of te weinig regie over het eigen leven;
- het wegvallen van een bestaand steunsysteem, bijvoorbeeld vanwege overlijden van partner/ouders;
- traumatisering door pedagogische verwaarlozing, misbruik en mishandeling, slachtofferschap; huiselijk geweld.

Contextuele en maatschappelijke risicofactoren, bijvoorbeeld:

- gebrek aan (passend) onderwijs, werk en dagbesteding, vrijetijdsbesteding/clubjes;

- gebrek aan financiële middelen, werk en een leefbare woning en/of buurt;
- stigmatisering, discriminatie;
- gebrek aan passende zorg of ondersteuning;
- problemen in samenwerking hulpverlening, ouders, patiënten;
- digitalisering van de maatschappij waardoor de toegankelijkheid van maatschappelijke voorzieningen en processen afneemt.

5.2.8 Aanpak van lichamelijke risicofactoren

Een goede en tijdige somatische anamnese is belangrijk voor de preventie van psychische stoornissen bij mensen met ZB/LVB. Daarnaast is in de zorg, op het werk en op school aandacht nodig voor de leefstijl van mensen met ZB/LVB. Met name alertheid op eventueel middelengebruik en stoornissen in het gebruik van middelen is van belang met het oog op de preventie van psychische stoornissen.

5.2.9 Aanpak van psychologische en psychosociale risicofactoren

Een goede en tijdige inschatting van het adaptieve functioneren en dus ook het sociaal-emotioneel functioneren van mensen met ZB/LVB en het aanbieden van daarop aansluitende ondersteuning kan psychische stoornissen bij hen voorkomen (zie ook [Diagnostiek van ZB/LVB bij patiënten met een psychische stoornis](#)). Vanuit de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking zijn methoden ontwikkeld voor het in kaart brengen van de adaptieve vaardigheden en bijbehorende gesprekstechnieken en omgangsvaardigheden (bijvoorbeeld Balans-in-beeld).

Bron: Rot E.J.W. Handreiking Balans in Beeld. Jongeren met een licht verstandelijke beperking uitdagen zonder hen te overvragen of ondervragen. 2013.

Deze methoden zijn veelal specifiek ontwikkeld voor LVB maar zijn ook een belangrijk hulpmiddel voor hulpverleners die veel te maken krijgen met mensen met ZB.

In de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is ook veel aandacht voor het versterken van competenties en veerkracht door bijvoorbeeld oplossingsgericht begeleiden, het creëren van positieve ervaringen en het stimuleren van positieve gedachten. Er zijn trainingen gericht op positieve zelfgedachten, versterken van het gevoel van competentie en het onder ogen zien van de realiteit van de beperking in een positief kader.

Bron: Wehmeyer M.L. The Oxford handbook of positive psychology and disability. Oxford: University Press; 2013.

Een voorbeeld hiervan is: LVB: Weet wat je kan.

Bron: Weet wat je kan, in gesprek over LVB. Trajectum, 2015.

Voor het in kaart brengen van overvraging op het gebied van praktische taken (bijvoorbeeld huishouden, financiën, omgaan met instanties) kunnen vragenlijsten zoals de Vineland en de INVRA-wonen zinvol zijn (zie ook [Diagnostiek van ZB/LVB bij patiënten met een psychische stoornis](#)). Voor de groep mensen met ZB/LVB die zelfstandig wonen geldt dat overvraging ook zit in praktische taken die zij moeten uitvoeren zoals omgaan met instanties. Als instanties en gemeentelijke overheden (Wmo-loket, wijkteams) ZB/LVB eerder herkennen kunnen zij sneller passend ondersteunen. Bovendien is het belangrijk dat gemeenten hun inwoners wijzen op het recht op cliëntondersteuning.

Interventies gericht op het sociale systeem kunnen eveneens psychologische risicofactoren in positieve zin beïnvloeden. Denk hierbij aan:

- het voorkomen van overvraging vanuit het systeem en het vergroten van sociale steun door psycho-educatie over ZB/LVB, trainingen in de omgang met ZB/LVB, training en deskundigheidsbevordering van medewerkers en focus op bejegening die aansluit bij het ontwikkelingsniveau (voorbeeld Begeleiders in beeld);
- het bevorderen van veilige, steunende relaties. Dit krijgt met name vorm door het beperken van personeelsswisselingen op groepen of in de ambulante begeleiding, het sensitief beantwoorden van gehechtheidsgedrag van patiënten en het verminderen of goed begeleiden van uithuisplaatsingen of door psycho-educatie van het systeem;
- het vergroten van het netwerk en het inzetten van passende hulpverlening en begeleiding.

Deze orthopedagogische interventies zijn per definitie gericht op het optimaliseren van de sociale omgeving en het versterken en verbeteren van de relaties tussen de patiënt en de betrokkenen in diens omgeving.

Bron: Roos J., Didden R., Steenbergen B. Vakwerk! Handboek voor begeleiders 24-uurs-zorg die werken met cliënten met een lichte verstandelijke beperking en ernstige gedragsstoornissen en/of psychiatrische aandoeningen. Den Dolder/Nijmegen: De Borg/HAN VDO; 2010. Zie ook:

Twint B., de Bruijn J. Handboek verstandelijke beperking. 24 succesvolle methoden. Uitgeverij Boom; 2014.

van Wouwe H., van de Weerd D. Het gewone leven ervaren. Triple-C in theorie en praktijk. Sliedrecht: ASVZ; 2015.

Tijdige behandeling van klachten die voortkomen uit traumatische ervaringen kan eveneens bijdragen aan de preventie van psychische stoornissen.

5.2.10 Aanpak van contextuele en maatschappelijke factoren

Als zorgverleners en andere betrokkenen bij mensen met ZB/LVB, zoals naasten, leerkrachten, werkgevers, oog hebben voor de (verbetering van de) maatschappelijke omstandigheden van mensen met ZB/LVB kan dat het ontstaan van psychische stoornissen bij hen helpen voorkomen. Een goede daginvulling in de vorm van passend betaald of vrijwilligerswerk, deelname aan maatschappelijke activiteiten en een stevig sociaal en professioneel netwerk zijn belangrijke protectieve factoren. Daar waar mensen onvoldoende in staat zijn om dit zelf te organiseren en te onderhouden is passende begeleiding nodig. Met name zorgverleners binnen wijknetwerken en bij gemeentelijke diensten hebben hier een taak in. Een onafhankelijk cliëntondersteuner kan hierbij hulp bieden.

Naast activiteiten van zorgverleners kunnen ook beleidsmaatregelen van rijksoverheid, gemeenten en zorgorganisaties bijdragen aan de preventie van psychische stoornissen bij mensen met ZB/LVB. Voorbeelden hiervan zijn:

- toegankelijkheid van openbare en publieke voorzieningen, conform het VN-verdrag voor mensen met een beperking;
- zorgbeleid binnen instellingen met aandacht voor het voorkomen van materiële en psychosociale omgevingsnadelen zoals slechte huisvesting, misbruik, materiële deprivatie (oftewel een tekort aan geld en goederen om normaal te kunnen leven), huiselijk geweld en omgevingsgeweld;
- duidelijke verwijzingslijnen, goede afstemming en samenwerking van betrokken hulpverleners resulterend in een integratief zorgaanbod; tijdig doorverwijzen naar meer gespecialiseerde zorg zoals arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG) of psychiater; denk aan psychische stoornis als gevolg van verwaarloosde diabetes, overbehandeling van psychosomatische klachten;
- tijdig inzetten van hulpverlening bij schulden/financiële problemen;
- (geestelijk) gezondheidsbeleid: proactieve voorlichting over gezonde leefstijl, voeding, alcohol en drugsgebruik en actieve ondersteuning bij het veranderen van de leefstijl. Dit kan bijvoorbeeld door het organiseren van psycho-educatie, weerbaarheids- en zelfredzaamheidstraining; in de intramurale zorg aandacht voor voeding en voldoende beweging.

Let op: De aanbevelingen ten aanzien van de diverse risicofactoren kunnen met elkaar in conflict zijn. Zo is snel ingrijpen bij misbruik of mishandeling misschien in conflict met voorkomen van uithuisplaatsing en is het stimuleren van sociale vaardigheden en positief zelfbeeld in conflict met het advies dat iemand niet zelfstandig moet gaan wonen omdat dit te hoog gegrepen is. Dat is kenmerkend voor deze doelgroep en zijn veelvoorkomende dilemma's. Soms leidt dit in instellingen of bij hulpverleners tot handelingsverlegenheid omdat hierdoor lastig te bepalen is wat het beste is voor de patiënt.

5.3 Diagnostiek

Adequate diagnostiek van zowel de zwakbegaafdheid/lichte verstandelijke beperking (ZB/LVB) als de psychische stoornis is nodig voor een passende behandeling van psychische stoornissen bij patiënten met ZB/LVB. Ook bij aanwijzingen voor ZB/LVB op grond van screening kan een passende behandeling van de psychische stoornis gestart worden. Indien de behandeling vastloopt is nadere diagnostiek van de ZB/LVB nodig. Deze paragraaf gaat afzonderlijk in op de diagnostiek van ZB/LVB indien de psychische stoornis bekend is (subgroep 2, [figuur: de vier subgroepen waar deze module](#)

[zich op richt](#)) en diagnostiek van de psychische stoornis indien de ZB/LVB bekend is (subgroep 3, [figuur: de vier subgroepen waar deze module zich op richt](#)). Indien geen van beide bekend is, kunnen beide paragrafen van toepassing zijn als een eerste screening hiertoe aanleiding geeft.

5.3.1 Diagnostiek van ZB/LVB bij patiënten met een psychische stoornis

Vaststelling van LVB bij patiënten met een psychische stoornis gebeurt volgens de criteria van de DSM-5. Voor jeugdigen is ook de richtlijn Diagnostisch onderzoek LVB

Bron: Douma J. Richtlijn diagnostisch onderzoek LVB: aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en afnemen van diagnostische instrumenten bij mensen met een verstandelijke beperking. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG; 2012.

van belang en voor de forensische psychiatrie de inventarisatie Diagnostiek bij LVB.

Bron: Douma J. Richtlijn diagnostisch onderzoek LVB: aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en afnemen van diagnostische instrumenten bij mensen met een verstandelijke beperking. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG; 2012.

Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. Inventarisatie Diagnostiek bij LVB. 2013.

Volgens de DSM-5 begint LVB gedurende de ontwikkelingsperiode met beperkingen in zowel het intellectueel als het adaptieve functioneren. ZB valt in de DSM-5 onder de V-codes dat wil zeggen de categorie 'Andere problemen die een reden voor zorg kunnen zijn'. Deze V-code is van toepassing wanneer ZB de reden van zorg is of wanneer deze iemands behandeling of prognose negatief beïnvloedt. Welke criteria gelden voor het vaststellen van ZB vermeldt de DSM-5 niet. Daarom gebruiken wij in deze module aanvullend op de V-code ZB in DSM-5 de criteria voor ZB zoals deze geformuleerd zijn in eerdere edities van de DSM: een IQ tussen 70 en 85. Er worden in de DSM-5 ook geen criteria geformuleerd voor het vaststellen van het adaptief functioneren bij ZB maar de praktijk laat zien dat het adaptieve functioneren ook bij ZB in beeld gebracht moet worden.

Intellectueel functioneren

Voor het vaststellen en classificeren van ZB/LVB is onderzoek noodzakelijk met een gestandaardiseerde individuele IQ-test. Er zijn verschillende IQ-testen beschikbaar (Zie tabel: Relevante en/of veel voorkomende risicofactoren voor psychische stoornissen bij mensen met ZB/LVB hieronder). Volgens DSM-5 is sprake van een verstandelijke beperking op het moment dat iemand globaal 2 of meer standaard deviaties (SD) onder het gemiddelde 100 scoort. Dit komt overeen met een IQ van ongeveer 70 of minder. De ernst van de verstandelijke beperking wordt bepaald aan de hand van het adaptieve functioneren oftewel het aanpassingsvermogen. Op het

moment dat iemand een IQ heeft van 1-2 SD onder het gemiddelde, tussen de 70 en de 85, spreken we van ZB. Afname van een IQ-test is niet wenselijk op het moment dat sprake is van een acute ernstig psychische stoornis (bijvoorbeeld bij een psychotische stoornis of een manische ontregeling). Tijdelijk kan dan eventueel de classificatie ongespecificeerde verstandelijke beperking bruikbaar zijn.

Adaptief functioneren

De ernst van een verstandelijke beperking wordt bepaald door de tekorten in het adaptieve functioneren. De DSM-5 onderscheidt daarbij drie domeinen: het conceptuele domein, het sociale domein en het praktische domein. Er zijn op dit moment nog geen instrumenten die het adaptief functioneren betrouwbaar en valide in kaart brengen, maar de meetinstrumenten uit de tabel hieronder kunnen helpen bij het maken van een inschatting. Hoewel de DSM-5 alleen het sociale domein benoemt, vermelden we hier ook instrumenten voor het vaststellen van het bredere sociaal-emotioneel functioneren.

Aanbevolen instrumenten om intellectueel en adaptief functioneren in te schatten.

Tabel: Relevante en/of veel voorkomende risicofactoren voor psychische stoornissen bij mensen met ZB/LVB

Intellectueel functioneren	Adaptief functioneren
<i>Intelligentie tests:</i>	<i>Conceptuele vaardigheden:</i>
➤ Wechsler Adult Intelligence Scale-IV (WAIS-IV; de Wit 2011) ➤ Wechsler Intelligence Scale for Children-III (WISC-III; Embregts 2015) ➤ Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WPPSI-III; Embregts 2006) ➤ Kaufmann Adolescent and Adult Intelligence Test (KAIT; Vereenoooghe 2013) ➤ Snijders-Oomen Niet-verbale intelligentietest 6-40 (SON; Wieland 2017) ➤ Wechsler Non-Verbal (WNV)	➤ BRIEF (Executief functioneren) (de Wit 2011) ➤ SCPD (4-18 j.) ➤ SCVT (4-12 j.) (Whitehouse 2006) ➤ SIVT (8-12 j.)
	<i>Sociaal-emotionele vaardigheden:</i>
	➤ SEO-R2 (Sturmey 2006) ➤ ESSEON-R (Didden 2006) ➤ ZALC (ego ontwikkeling) ➤ BSA (4-23 j.)
	<i>Praktische vaardigheden:</i>
	➤ Vineland-II (Frielink, 2013) ➤ SRZ-i ➤ SRZ-P ➤ INVRA-Wonen ➤ Participatieladder ➤ Zelfredzaamheidsmatrix

Deze indeling geeft een indicatie voor welke vaardigheden de betreffende instrumenten gebruik kunnen worden, sommige instrumenten meten echter meerdere vaardigheden.

Hieronder beschrijven we kort de drie domeinen zoals de DSM-5 die beschrijft en de beperkingen die horen bij de classificatie van LVB.

Let op:

1. De beperkingen zoals hieronder beschreven zijn vrijwel letterlijk overgenomen uit de DSM-5. De werkgroep had enkele van de formuleringen graag anders gezien.
2. Het feit dat DSM-5 geen adaptieve beperkingen beschrijft voor patiënten met ZB wil niet zeggen dat deze er niet zijn. Anderzijds is de grote groep patiënten met ZB onvoldoende in beeld om deze beperkingen te kwantificeren.

Conceptuele domein

Problemen met (het aanleren van) vaardigheden zoals lezen, schrijven, klok kijken en omgaan met geld. Begeleiding is nodig om te voldoen aan leeftijd gerelateerde verwachtingen. Daarnaast is bij volwassenen met LVB sprake van beperkingen in abstract denken, executief functioneren (plannen, strategisch denken, prioriteiten stellen en cognitieve flexibiliteit) en het korte-termijn geheugen.

Sociale domein

Mensen met LVB gedragen zich onvolwassen in sociale interacties. Ze hebben bijvoorbeeld moeite om sociale signalen te herkennen en hun taalgebruik is concreet en onvolwassen. Er is sprake van beperkingen in de emotieregulatie en impulscontrole die ook opgemerkt worden door de sociale omgeving. Daarnaast zijn mensen met een LVB kwetsbaar voor misbruik en manipulatie vanwege een beperkte risicoschatting van sociale situaties en sociaal wenselijk gedrag ('erbij willen horen').

Praktische domein

Begeleiding is nodig bij complexe dagelijkse activiteiten zoals boodschappen doen, vervoer, organisatie van de thuissituatie, voedselbereiding en financiën. Ook bij vrijetijdsbesteding is begeleiding nodig, met name vanwege gebrekkige organisatorische vaardigheden. Werkzaamheden waarbij geen conceptuele vaardigheden vereist zijn kunnen goed worden uitgevoerd. Ondersteuning is nodig bij beslissingen omtrent gezondheidszorg en juridische problemen en bij het aanleren van vaardigheden.

5.3.2 Diagnostiek van psychische stoornissen bij mensen met ZB/LVB

Diagnostiek (en behandeling) van psychische stoornissen is een belangrijke taak van de ggz, ook als het gaat om mensen met zwakbegaafdheid/lichte verstandelijke beperking (ZB/LVB). Dit vraagt om aanpassingen binnen deze sector. Patiënten met ZB/LVB hebben namelijk een multidimensionale benadering nodig die rekening houdt met de sociaal-emotionele ontwikkeling en de conceptuele en praktische vaardigheden van de patiënt. Hoe complexer de psychische stoornis, de ZB/LVB en de interactie tussen beide, des te meer is een dergelijke multidimensionale blik nodig. Het Handboek Psychiatrie en lichte verstandelijke beperking en de gids voor Behandeling van patiënten met een laag IQ in de GGZ geven hiervoor praktische aanwijzingen.

Bron: Didden R., Troost P., Moonen X., Groen W. Handboek Psychiatrie en lichte verstandelijke beperking. Utrecht: De Tijdstroom; 2016.

Wieland J., Aldenkamp E., van den Brink A. Een laag IQ in de GGZ. Beperkt begrepen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2017.

De hulpvraag

Mensen met ZB/LVB die met psychische klachten bij de huisarts komen en/of naar de ggz worden verwezen, hebben niet altijd een duidelijk geformuleerde hulpvraag. Consultatie van een gedragsdeskundige, (gespecialiseerde) POH-GGZ, psychiater of arts verstandelijk gehandicapten (AVG) kan nodig zijn als de verduidelijking van de hulpvraag complex blijkt. Als de presentatie van de klachten niet helder is, kan dit leiden tot een verkeerde of onduidelijke verwijzing.

Het steunsysteem

Net als bij de vroege onderkenning van psychische stoornissen is het steunsysteem belangrijk voor de diagnostiek van deze stoornissen. Naarmate het voor de patiënt moeilijker is zijn of haar klachten te verwoorden is voor de anamnese meer informatie van het systeem wenselijk. Maar het contact met het systeem mag niet ten koste gaan van het contact met de patiënt. Praat eerst met de patiënt zelf. Vraag altijd toestemming om met aanwezige anderen over de patiënt te praten. Voorkom dat meegekomen familie, begeleiding of professionals voor de patiënt antwoorden. Zie verder de aandachtspunten bij [Vroege onderkenning](#).

De context

De invloed van de context op het ontstaan of in stand houden van de psychische stoornis kan groot zijn. Kennis over de context van de patiënt helpt daarom bij de interpretatie van de klachten. Denk aan gebrek aan regelmaat, hygiëne, financiële mogelijkheden of wooncomfort. Daarnaast kan het patiënten ontbreken aan werk of andere zinvolle dag- en vrijetijdsbesteding of hebben ze te maken met zorgketten die niet goed op elkaar afgestemd zijn. Voor een goed begrip is het belangrijk om na te gaan of de symptomen zich in alle contexten voordoen of alleen in bepaalde contexten (op het werk, bij familie of juist als iemand alleen thuis is).

Differentiaal diagnose

Psychische symptomen kunnen passen bij een psychische stoornis, maar symptomen of gedragingen kunnen ook andere oorzaken hebben. Bij patiënten met ZB/LVB is er in de differentiaal diagnose extra aandacht nodig voor somatische aandoeningen, met name als deze ook psychische symptomen kunnen veroorzaken zoals suikerziekte of schildklierproblemen. Mensen met ZB/LVB hebben een verhoogd risico op aandoeningen die samenhangen met slechte sociaal-economische omstandigheden, een ongezonde levensstijl en/of risicovol gedrag. Mensen met ZB/LVB zijn zich niet altijd bewust van de risico's of de effecten van middelen zoals energiedrankjes, alcohol of drugs.

Bron: van der Nagel J. Is it just the tip of the Iceberg? Substance use and misuse in Intellectual Disability (SumID). Nijmegen: Radboud University, 2016.

Als laatste kunnen psychische stoornissen onderdeel zijn van een bepaald syndroom. Voorbeelden van syndromen die gepaard gaan met ZB/LVB en geassocieerd zijn met psychische stoornissen zijn het 22q11-deletiesyndroom, het fragiele X syndroom, het tubereuzesclerosecomplex en het Prader-Willi syndroom.

Bron: Braam W., van Duinen-Maas M.J., Festen D.A.M., van Gelderen I., Huisman S.A., Tonino M.A.M. Medische zorg voor patiënten met een verstandelijke beperking. Houten: Prelum; 2014.

Classificatie

Voor het classificeren van een psychische stoornis volgens de DSM moet voldaan worden aan de DSM-criteria. Zoals eerder vermeld in de paragraaf over [Vroege onderkenning](#) kan bij patiënten met ZB/LVB sprake zijn van een andere subjectieve beleving en het anders uiten van symptomen, afhankelijk van het sociaal-emotionele en cognitieve ontwikkelingsniveau.

De Diagnostic Manual for Intellectual Disability-2 (DM-ID-2) is een hulpmiddel bij het classificeren van psychische stoornissen bij mensen met een verstandelijke beperking.

Bron: Fletcher R.J., Barnhill L.J., C, per S.A. The diagnostic manual intellectual disability 2 (DM-ID-2). A textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability. Kingston: NY: NADD Press; 2016.

De DM-ID-2 richt zich niet op ZB maar kan ook voor deze doelgroep handvatten bieden. Voorgestelde aanpassingen van de criteria zijn bijvoorbeeld:

- hanteren van de leeftijdsgrens van 21 jaar in plaats van 18 jaar bij het classificeren van een persoonlijkheidsstoornis;
- ontbreken van duidelijke dwanggedachten bij een obsessieve compulsieve stoornis.

Daarnaast zijn er aandachtspunten bij specifieke diagnoses bijvoorbeeld:

- patiënten met PTSS kunnen soms angstige dromen hebben zonder herkenbare inhoud;
- depressieve stoornissen uiten zich mogelijk vaker in geïrriteerde stemming in plaats van een sombere stemming;
- patiënten met een paniekstoornis kunnen het soms heel moeilijk vinden om frequentie van de paniekaanvallen helder aan te geven.

Vóór het classificeren van een psychische stoornis is het belangrijk onderscheid te maken tussen enerzijds gedrag dat past bij het ontwikkelingsniveau en anderzijds symptomen die duiden op een psychische stoornis.

Bron: Dosen A. Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap. Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen. Assen: Van Gorcum BV; 2014.

Dit onderscheid is niet altijd eenvoudig te maken. Daarom is het formuleren van een heldere beschrijvende diagnose nog belangrijker dan de classificatie. De diagnose beschrijft de verschillende dimensies zoals het cognitieve ontwikkelingsniveau en het adaptieve en sociaal-emotionele functioneren, de systemische en contextuele factoren. Beschrijvende diagnose beschrijft het oorspronkelijke niveau van functioneren en de invloed van de psychische stoornis op het functioneren. Dit is van belang voor het opstellen van een realistisch behandelplan dat de patiënt overvraagt.

5.4 Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie

Voor patiënten met zwakbegaafdheid/lichte verstandelijke beperking (ZB/LVB) gelden in principe dezelfde zorgstandaarden en richtlijnen als voor patiënten met een gemiddelde of bovengemiddelde intelligentie. Er is geen reden om aan te nemen dat psychotherapeutische interventies of medicatie bij deze doelgroep niet of minder effectief zijn. Wel moet er rekening gehouden worden met de ZB/LVB.

Bron: de Wit M., Moonen X., Douma J. Richtlijn effectieve interventies LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG; 2011.

Dit betekent dat aanpassing van behandelprotocollen aan de mogelijkheden en beperkingen van de patiënt met ZB/LVB nodig is (zie [Psychotherapeutische interventies](#)). Onderzoek naar het gebruik van dergelijke aangepaste behandelvormen vindt in toenemende mate plaats maar er is nog beperkte wetenschappelijke evidentie voor veel behandelingen. Gedeelde praktijkervaringen van behandelaars vormen daarom de basis van deze paragraaf.

Belang van zelfmanagement

Zelfmanagement gaat over het voeren van regie door de patiënt over preventie, behandeling en zorg voor aandoeningen en beperkingen. Het concept zelfmanagement benadrukt de dynamiek, de kracht en de regie van mensen. Zelfmanagement kan voor patiënten met een psychische stoornis een uitdaging zijn, zeker als er sprake is van bijkomende ZB/LVB. Ondersteunen van maximaal haalbaar

zelfmanagement vergt aanpassingen in de uitleg en uitvoering van de behandeling.

Bron: Embregts P.J.C.M., van Oorsouw W.M.W.J. Aandacht voor het gebruik van cognitieve gedragstherapie bij mensen met een (licht) verstandelijke beperking. Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk 2015; 331-9.

Dit start bij een goede gezamenlijke besluitvorming en het opstellen van een behandelplan in de taal van de patiënt, waar nodig gebruik makend van visualisaties of beeld. Stappen in de ontwikkeling van zelfmanagement zijn het leren stellen van doelen, het leren selecteren van strategieën om de doelen te bereiken, het registreren van eigen gedrag en het leren evalueren van de consequenties van gedrag.

Bron: Embregts P. Toepassing van procedures van zelfmanagement bij jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking. In: Didden R., editor. In perspectief. Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2006.

Let op: Indien een patiënt met ZB/LVB zelf ter zake niet wilsbekwaam is, is toestemming van de wettelijk vertegenwoordiger nodig voor het starten van behandeling.

5.4.1 Psychotherapeutische interventies

Hoewel de [Wetenschappelijke evidentie](#) nog beperkt is blijkt uit een aantal internationale onderzoeken dat psychologische en psychotherapeutische interventies bij patiënten met zwakbegaafdheid/lichte verstandelijke beperking (ZB/LVB) effectief zijn, mits aangepast aan de mogelijkheden van de patiënt.

Bron: Vereenoghe L., Langdon P.E. Psychological therapies for people with intellectual disabilities: a systematic review and meta-analysis. Res Dev Disabil 2013; 34: 4085-102.

Zie ook:

Lew M., Matta C., Tripp-Tebo C., Watts D. Dialectical Behavior Therapy (DBT) for individuals with intellectual disabilities: A program description. Mental Health Aspects of Developmental Disabilities 2006; 9: 1-13.

Harper S.K., Webb T.L., Rayner K. The effectiveness of mindfulness-based interventions for supporting people with intellectual disabilities: a narrative review. Behav Modif 2013; 37: 431-53.

Beail N. Psychological therapies and people who have intellectual disabilities. The British Psychological Society; 2016.

Brown M., Marshall K. Cognitive behaviour therapy and people with learning disabilities: implications for developing nursing practice. J Psychiatr Ment Health Nurs 2006; 13: 234-41.

Deze aanpassingen betreffen zowel bejegening en houding van de therapeut als het proces van de therapie en de inhoud van de interventies. The British Psychological Society publiceerde recent [een overzicht van aangepaste psychotherapeutische interventies, afgeleid van verschillende reguliere psychotherapeutische behandelingen](#). Dat geeft een overzicht van de benodigde aanpassingen van de meest gebruikte psychotherapeutische behandelingen en het beschikbare internationale bewijs daarvoor. Er is vooral onderzoek gedaan naar de toepasbaarheid van aangepaste cognitieve gedragstherapie, met positief resultaat. In eigen land zijn tal van behandelaars in de praktijk bezig met het ontwikkelen van aangepaste, van reguliere protocollen afgeleide, [Psychotherapeutische behandelingen](#).

De houding van de therapeut

Investeren in het contact is in elke psychotherapeutische relatie belangrijk. De houding van de therapeut is bij deze doelgroep soms meer sturend en directiever dan bij andere patiënten. Verder zijn aandacht, betrokkenheid en compassie belangrijk en het formuleren van realistische en haalbare doelen. Daarvoor is het nodig om een goed beeld te hebben van het oorspronkelijke niveau van functioneren en een idee te hebben van de leerbaarheid van de patiënt. Voorkom dat de behandeling zelf overvragend is.

Aanpassingen in geprotocolleerde behandelingen

Leidraad bij de aanpassingen van geprotocolleerde behandelingen is het cognitieve, sociaal-emotionele en adaptieve niveau van functioneren van de patiënt. Aanpassing van het taalgebruik, concretisering en aanbieden van de adviezen in kleine stappen is nodig. Dat kan bij elke patiënt anders zijn, ook wel geprotocolleerd maatwerk genoemd.

Bron: Wieland J., Aldenkamp E., van den Brink A. Een laag IQ in de GGZ. Beperkt begrepen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2017.

Ook de Richtlijn effectieve Interventies van het Landelijk Kenniscentrum LVB kan hier inspiratie bieden.

Bron: de Wit M., Moonen X., Douma J. Richtlijn effectieve interventies LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG; 2011.

Geprotocolleerd maatwerk houdt in dat reguliere zorgstandaarden en richtlijnen gevolgd worden maar dat daarbinnen protocollen en methodieken aangepast worden aan de patiënt. Hiervoor is een goede kennis van de originele zorgstandaarden, richtlijnen en protocollen noodzakelijk. Immers het aanpassen van de vorm mag niet ten koste gaan van de kern van het protocol of de methodiek. Hieronder een overzicht van aandachtspunten voor aanpassing van reguliere protocollen voor het gebruik bij patiënten met ZB/LVB.

Aandachtspunten voor aanpassing van reguliere protocollen voor gebruik bij patiënten met ZB/LVB

- Wees flexibel in het gebruik van de procedure.
- Zet een voorbereidende training in om basisconcepten uit te leggen en te toetsen of de patiënt met die begrippen kan werken.
- Vereenvoudig de communicatie. Vermijd jargon. Maak oefeningen concreet. Maak gebruik van bevestiging en korte samenvattingen waar mogelijk.
- Overweeg inzet en betrokkenheid van het steunsysteem van de patiënt: bij huiswerkopdrachten, voor ondersteuning van de generalisatie, voor hulp bij het aanpassen van de procedures en voor behoud en implementatie van bereikte therapeutische doelen in het dagelijks leven.
- Patiënten met ZB/LVB zijn in grote mate afhankelijk van de kennis en attitudes ten aanzien van behandeling die bij het steunsysteem aanwezig zijn. Bij jongeren betekent dit ook dat voorlichting in de klas op school kan zorgen voor meer begrip en ondersteuning.
- De bereidheid van de therapeut om zich aan te passen aan de patiënt is een basale voorwaarde voor succesvolle behandeling.

Het kan zinvol zijn om protocollaire behandelingen voor psychische stoornissen bij normaalbegaafde kinderen en jongeren te gebruiken als uitgangspunt voor een aangepaste behandeling van volwassenen met ZB/LVB. Hierbij is aanpassing van de kinderlijke belevingswereld aan die van volwassenen vereist. Volwassen patiënten gaan bijvoorbeeld niet meer naar school en er zijn niet altijd vanzelfsprekend ouders bij hen betrokken. Ook eventueel beeldmateriaal (plaatjes/visualisaties) moeten worden aangepast.

Het tempo van de behandeling kan lager liggen bij patiënten met ZB/LVB. Het werkgeheugen kan

beperkt zijn en de informatieverwerking trager. Vaak is meer herhaling nodig. Stapsgewijs leren door te doen en te ervaren slaat vaak beter aan dan uitsluitend 'praten over'. Het kan daarbij voor patiënten met ZB/LVB moeilijk zijn om informatie die ze in de ene situatie hebben opgedaan, toe te passen in een andere situatie. Met andere woorden, er is aandacht nodig voor de generalisatie. Om die reden kan het soms aan te raden zijn om mensen uit het systeem (familie, begeleiding) te betrekken bij (onderdelen van) de therapeutische behandeling. Daarvoor is een goede afstemming nodig met het systeem, met heldere afspraken bijvoorbeeld over informatie uitwisseling, samenwerking en evaluatiemomenten.

Adviezen voor behandelaars

- Wees concreet, benoem dingen duidelijk en gebruik geen 'bedekte termen', metaforen, dubbele ontkenningen of spreekwoorden, stel concrete vragen en vraag door.
- Visuele hulpmiddelen, werkboeken, zelfgemaakte tekeningen geven houvast en structuur aan de sessies.
- Wees bedacht op beperkingen in lees- en schrijfvaardigheid. De woordenschat is vaak klein en milieu- en cultuurgebonden.
- Maak gebruik van non-verbale oefeningen, samen doen in plaats van praten over.
- Probeer elk stukje theorie te koppelen aan concrete ervaringen van de patiënt uit diens (recente) dagelijks leven.
- Houd rekening met de mate van autonomie. Mogelijkheden tot organiseren, plannen en het probleemoplossend vermogen zijn beperkt. Teveel autonomie verwachten zal de psychische problemen versterken. Tegelijkertijd zal het bevorderen van autonomie, daar waar het mogelijk is, het welbevinden verbeteren.
- Pas het tempo aan, neem kleine stapjes en wees altijd bereid om te herhalen.
- Betrek waar mogelijk belangrijke anderen bij de therapie met het oog op huiswerk en de generalisatie.
- Probeer faalervaringen te minimaliseren, maak doelen concreet en haalbaar.

5.4.2 Medicamenteuze behandeling

Medicatie is in eerste instantie minder intensief dan alternatieve behandelopties, maar de verwachting is dat juist deze alternatieve behandelopties op de langere termijn resulteren in betere effecten.

Bij het voorschrijven van medicatie aan patiënten met zwakbegaafdheid/lichte verstandelijke beperking (ZB/LVB) gelden in principe dezelfde richtlijnen als in de algemene bevolking. Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de medicamenteuze behandeling van psychische stoornissen bij patiënten met ZB/LVB. Medicatie is bij hen vaak niet getest. Toch krijgen patiënten met ZB/LVB vaker een medicamenteuze dan een psychotherapeutische behandeling.

Bron: Hassiotis A., Strydom A., Hall I., Ali A., Lawrence-Smith G., Meltzer H. et al.
Psychiatric morbidity and social functioning among adults with borderline intelligence living in private households. J Intellect Disabil Res 2008; 52: 95-106.

Patiënten met ZB/LVB hebben een verhoogd risico op bijwerkingen van medicatie.

Bron: Simonoff E., Taylor E., Baird G., Bernard S., Chadwick O., Liang H. et al. Randomized controlled double-blind trial of optimal dose methylphenidate in children and adolescents with severe attention deficit hyperactivity disorder and intellectual disability. J Child Psychol Psychiatry 2013; 54: 527-35.

Het advies is om terughoudend te zijn bij het voorschrijven van medicatie omdat er beperkt bewijs is en patiënten met ZB/LVB vaak langdurig (meerdere) medicijnen voorgeschreven krijgen zonder heldere indicatie of goede evaluatie.

Bron: de Kuijper G., venhuis H., inderaa R.B., oekstra P.J. Effects of controlled discontinuation of long-term used antipsychotics for behavioural symptoms in individuals with intellectual disability. J Intellect Disabil Res 2014; 58: 71-83.

Het off-label voorschrijven van medicijnen dient zo veel mogelijk beperkt te blijven en conform de regels voor [Off-label voorschriften van de KNMG](#) te verlopen. Kennis over eerder medicijngebruik (bijvoorbeeld paracetamol, maagzuurremmers) is belangrijk. Er kunnen bijzondere bijwerkingen optreden bij een normale dosering of er kan juist een hogere dosering nodig zijn. [Cytochrom P450 \(CYP\) polymorfismen](#), een afwijkende werking van enzymen die betrokken zijn bij de afbraak van medicatie, komen regelmatig voor, ook bij patiënten met ZB/LVB.

Bron: Braam W., Keijzer H., Struijker B.H., Didden R., Smits M., Curfs L. CYP1A2 polymorphisms in slow melatonin metabolisers: a possible relationship with autism spectrum disorder? J Intellect Disabil Res 2013; 57: 993-1000.

Starten van medicatie

Voor patiënten met ZB/LVB gelden dezelfde adviezen en protocollen voor lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek als voor andere patiënten. Extra aandacht verdient comorbiditeit en eventuele polyfarmacie omdat het starten met psychofarmaca invloed kan hebben op reeds ingesteld medicatiebeleid, bijvoorbeeld wanneer de patiënt anti-epileptica gebruikt. Een langzaam opbouwschema van medicatie is vaak gewenst om ernstige bijwerkingen te voorkomen dan wel eerder te herkennen. Zo kan het de overweging zijn om SSRI's in druppelvorm te starten om te voorkomen dat de angst aan het begin van de behandeling zo toeneemt dat deze niet meer hanteerbaar is.

Als bij lage dosering reeds bijwerkingen optreden of als er helemaal geen effect lijkt te zijn van de medicatie is spiegelbepaling en/of bepaling van CYP-polymorfismen het advies. Mogelijk spelen

CYP-poymorfismen een rol. Heroverweging van de diagnostiek is nodig als de spiegel therapeutisch is en het effect uitblijft.

Het is belangrijk terughoudend te zijn met benzodiazepines. Patiënten met ZB/LVB hebben veel vaker paradoxale reacties en zijn gevoeliger voor bijwerkingen van langwerkende benzodiazepinen of langdurig gebruik (concentratieproblemen, geheugenproblemen, verstoring dag-nachtritme).

Bron: Mancuso C.E., Tanzi M.G., Gabay M. Paradoxical reactions to benzodiazepines: literature review and treatment options. *Pharmacotherapy* 2004; 24: 1177-85.

Zie ook:

Kalachnik J.E., Hanzel T.E., Sevenich R., Harder S.R. Brief report: clonazepam behavioral side effects with an individual with mental retardation. *J Autism Dev Disord* 2003; 33: 349-54.

Scheifes A., Walraven S., Stolker J.J., Nijman H.L., Egberts T.C., Heerdink E.R. Adverse events and the relation with quality of life in adults with intellectual disability and challenging behaviour using psychotropic drugs. *Res Dev Disabil* 2016; 49-50: 13-21.

Indien de patiënt klachten heeft die mogelijk zijn terug te voeren op bijwerkingen van benzodiazepinen is afbouwen wenselijk.

Extra uitleg aan zowel de patiënt als het systeem over mogelijke effecten en bijwerkingen is nodig om irreële verwachtingen te temperen. Geef de informatie ook in schriftelijke vorm mee, uiteraard in begrijpelijke taal. Het [Kenniscentrum Pharos](#) heeft criteria opgesteld voor gezondheidsvoorlichting aan mensen met laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden; deze criteria kunnen helpen bij het opstellen van de informatie. Ook goed bruikbaar is de [cliëntenfolder Waarvoor zijn medicijnen?](#), die u op het Kennisplein Gehandicaptensector kunt downloaden. Vaak speelt het systeem ook een rol in de evaluatie van het medicatie-effect. Houdt er wel rekening mee dat de omgeving het effect van de medicatie mogelijk niet evalueert op basis van objectieve maatstaven. Om die reden is systematische evaluatie binnen het betrokken behandelteam noodzakelijk waar mogelijk aangevuld door vragenlijsten.

Medicatieveiligheid

Om onzorgvuldig gebruik en incidenten te voorkomen moet de arts voor het starten van de behandeling het verantwoordelijkheidsniveau met de patiënt en eventueel zijn naasten bespreken. Eventueel kan hij hiervoor gebruik maken van een [coderingssysteem](#).

Afbouwen van medicatie

Documenteer bij het verminderen van de klachten hoe lang de medicatie voortgezet dient te worden en hoe de afbouw van de medicatie na deze periode zal verlopen. Documenteer ook een eventuele indicatie voor langdurig gebruik. Dit dient twee doelen:

1. Het voorkomt dat patiënten met ZB/LVB, zeker wanneer zij in een instelling wonen, te lang medicatie gebruiken omdat zij het gebruik zelf niet ter discussie stellen. Mogelijk benoemen zij het bijvoorbeeld niet omdat zij de routine rondom het innemen van de medicatie als prettig ervaren (elke avond een pilletje bij de yoghurt);
2. Het verschaft duidelijkheid in een situatie waarin de patiënt de medicatie wil afbouwen maar begeleiders of ouders hier angstig voor zijn vanwege het risico op terugval of probleemgedrag.

Onderhoudsbehandeling

Voor onderhoudsbehandeling gelden dezelfde richtlijnen en protocollen als voor mensen met psychische problemen zonder ZB/LVB. Bij patiënten met ZB/LVB is wel extra en blijvende aandacht nodig voor therapietrouw en het juist gebruiken van medicatie. Metabole screening is belangrijk gezien het verhoogde risico bij patiënten met ZB/LVB op een metabool syndroom.

Bron: De Kuijper G., Mulder H., Evenhuis H., Visser F., Hoekstra P.J. Effects of controlled discontinuation of long-term used antipsychotics on weight and metabolic parameters in individuals with intellectual disability. J Clin Psychopharmacol 2013; 33: 520-4.

Zie ook:

Rojo L.E., Gaspar P.A., Silva H., Risco L., Arena P., Cubillos-Robles K. et al. Metabolic syndrome and obesity among users of second generation antipsychotics: A global challenge for modern psychopharmacology. Pharmacol Res 2015; 101: 74-85.

Young S.L., Taylor M., Lawrie S.M. "First do no harm." A systematic review of the prevalence and management of antipsychotic adverse effects. J Psychopharmacol 2015; 29: 353-62.

Het advies is ook om alert te zijn op een verhoogd prolactine. Dit kan onder andere consequenties hebben voor de bottenbouw op latere leeftijd. Ook is het belangrijk alert te zijn op bewegingsstoornissen zoals bewegingsonrust. Besteed waar nodig extra aandacht aan lichaamsbeweging, gezonde voeding en een goede vitamine D status. Evalueer het medicatiegebruik jaarlijks, bijvoorbeeld volgens de STRIP (Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing) methode.

Specifieke aandachtspunten bij kinderen

Kinderen met ZB/LVB zijn [extra kwetsbaar](#) bij gebruik van psychofarmaca vergeleken met kinderen uit de algemene bevolking. Houd er rekening mee dat medicatie een effect kan hebben op de groei en ontwikkeling van het kind. Antipsychotica kunnen tot gewichtstoename en overgewicht leiden. Betrek zowel het gewicht van het kind als de lichaamsbouw (met name bij genetische syndromen) bij het bepalen van het verdelingsvolume voor het medicijn. Niet alleen het gewicht maar ook de verhouding tussen spierweefsel en vetweefsel is hiervoor belangrijk. Conform wet-en regelgeving over hulpverlening aan kinderen tot 16 jaar geven ouders/voogd mede toestemming voor behandeling.

5.4.3 Vaktherapie

Vaktherapie is een verzamelnaam voor behandelvormen die op methodische wijze beeldende, dans-, drama-, muzikale, lichaamsgerichte en bewegingsgerichte interventies inzetten in de behandeling. Het gaat om ervaringsgerichte interventies. Gesprekken over de ervaringen maken deel uit van de behandeling. Taalvaardigheid en cognitie zijn ondergeschikt aan de ervaring. Daarnaast spelen het opdoen van succeservaringen en het ervaren van trots en plezier bij alle vaktherapeutische interventies een centrale rol. Deze aspecten maken vaktherapie zeer geschikt voor mensen met een ZB/LVB. Vaktherapieën kunnen ingezet worden bij de aanpak van de gedragsmatige aspecten van de psychische stoornis. Ook kunnen ze de psychotherapie ondersteunen door bijvoorbeeld aangeleerde vaardigheden uit de psychotherapie te oefenen.

Er zijn verschillende vaktherapieën onderzocht en zinvol gebleken bij de behandeling van een psychische stoornis bij mensen met een verstandelijke beperking. Zo kunnen drama- en muziektherapie helpen de emotie- en agressieregulatie te verbeteren.

Bron: Savarimuthu D., Bunnell T. The effects of music on clients with learning disabilities: a literature review. *Complement Ther Nurs Midwifery* 2002; 8: 160-5.

Zie ook:

de Witte M. Muziektherapie en emotieregulatie: een pilootstudie bij forensische patiënten met een licht verstandelijke beperking. *Tijdschrift voor vaktherapie* 2014; 10: 13-21.

Oliver-Africano P., Murphy D., Tyrer P. Aggressive behaviour in adults with intellectual disability: defining the role of drug treatment. *CNS Drugs* 2009; 23: 903-13.

Folostina R., Tudorache L., Michel T., Erzsébet, Duta N. Using drama therapy and storytelling in developing social competences in adults with intellectual disabilities of residential centers. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2015; 186: 1268-74.

Uit een recente systematische literatuurstudie blijkt ook dat psychomotorische therapie (PMT) veelbelovend is bij het verminderen van agressief gedrag bij mensen met LVB.

Bron: Bellemans T., Hoek P., Scheffers M., van Busschbach J., Didden R. Psychomotorische therapie bij mensen met een licht verstandelijke beperking en problemen met emotie- en agressieregulatie. *Directieve therapie* 2016; 36: 148-68.

Daarnaast kan PMT angst en depressieve symptomen bij deze groep verminderen.

Bron: Bouvet C., Coulet A. Relaxation therapy and anxiety, self-esteem, and emotional regulation among adults with intellectual disabilities: A randomized controlled trial. J Intellect Disabil 2016; 20: 228-40.

Zie ook:

Carraro A., Gobbi E. Effects of an exercise programme on anxiety in adults with intellectual disabilities. Res Dev Disabil 2012; 33: 1221-6.

Carraro A., Gobbi E. Exercise intervention to reduce depressive symptoms in adults with intellectual disabilities. Percept Mot Skills 2014; 119: 1-5.

Beeldende therapie kan bijdragen aan de verbetering van gedragsproblemen en gevoelens van hulpeloosheid

Bron: Gilroy A. Art therapy, research, and evidence based practice. London: SAGE Publishing; 2007.

en het verminderen van traumagerelateerde symptomen en depressieve klachten.

Bron: Schouten K.A., de Niet G.J., Knipscheer J.W., Kleber R.J., Hutschemaekers G.J. The effectiveness of art therapy in the treatment of traumatized adults: a systematic review on art therapy and trauma. Trauma Violence Abuse 2015; 16: 220-8.

Zie voor meer informatie over vaktherapie de [generieke module Vaktherapie](#).

5.4.4 Begeleiding

Voor veel patiënten met zwakbegaafdheid/lichte verstandelijke beperking (ZB/LVB) en een psychische stoornis is passende begeleiding een belangrijke voorwaarde voor het slagen van de behandeling in de ggz. Deze begeleiding vindt meestal plaats vanuit de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking maar ook als verpleegkundige ondersteuning in de ggz. Patiënten in de ggz met ZB/LVB krijgen niet altijd begeleiding vanuit de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking of vanuit hun sociale netwerk (familie, vrijwilligers). Deze begeleiding is echter van cruciaal belang bij de behandeling van psychische stoornissen. De eerste stap bij de behandeling van psychische stoornissen is dan ook ervoor zorgen dat deze begeleiding er komt. Begeleiding valt te onderscheiden in praktische begeleiding en agogische begeleiding.

Praktische begeleiding

Praktische begeleiding van de patiënt kan nodig zijn om behandeling mogelijk en zinvol te maken.

Bron: Roos J., Didden R., Steenbergen B. Vakwerk! Handboek voor begeleiders 24-uurs-zorg die werken met cliënten met een lichte verstandelijke beperking en ernstige gedragsstoornissen en/of psychiatrische aandoeningen. Den Dolder/Nijmegen: De Borg/HAN VDO; 2010.

Denk hierbij aan begeleiding vanwege:

- Financiële zaken. Met name het verplichte eigen risico kan een belemmering vormen voor patiënten met een ZB/LVB om te kiezen voor behandeling. Soms is het beheer van de financiën niet haalbaar voor de patiënt en is een bewindvoerder nodig.
- Basale levensbehoeften. Denk aan het dag- en nachtritme, eten en drinken, lichamelijke verzorging, gezondheid, hygiëne van de omgeving, veiligheid en invulling van werk en vrije tijd.
- Nakomen van afspraken. Denk aan herinneren van de patiënt aan afspraken, meegaan naar de afspraken of het samen oefenen van de weg ernaar toe of het gebruik van openbaar vervoer.
- Herinneren aan en ondersteunen bij huiswerkopdrachten en oefeningen die horen bij de behandeling.
- Ondersteunen bij medicatie-inname.
- Praktisch meedenken is wenselijk (Wat is een goed moment? Heeft iemand hulp nodig? Hoe uitgebreid moet het huiswerk?).

Agogische begeleiding ter ondersteuning van de behandeling

Bij agogische vorm van begeleiding werken agogisch begeleiders doelgericht mee aan het behandelplan dat de behandelaar van de psychische stoornis heeft opgesteld.

Bron: De Weerd D., Slaa S., Muste E. Handboek sociotherapie. Theorie en praktijk voor hulpverleners in het sociaal-agogisch werkveld. Amsterdam: Boom Uitgevers; 2013.

Het kan zinvol zijn dat agogisch begeleiders (deels) aanwezig zijn bij de behandeling. Agogische begeleiding bestaat uit:

- Vormgeven van basisklimaat als voorwaarde voor succesvolle behandeling.
- Agogische begeleiding ter ondersteuning van de behandeling vraagt allereerst om ondersteuning in rust en ordening van het dagelijkse woon- en werkklimaat van patiënten met ZB/LVB. Pas wanneer de meest basale levensbehoeften vervuld zijn is er ruimte voor groei en ontwikkeling door behandeling. Deze basisconditie omvat onder meer een veilige relatie tussen de begeleider en patiënt. Patiënten met een LVB vinden het belangrijk dat begeleiders: een relatie opbouwen (bijvoorbeeld interesse en respect tonen); ondersteuning bieden (bijvoorbeeld bij het maken van keuzes in het dagelijkse leven); communiceren (transparant en gelijkwaardig) en kennis hebben over de patiënt (weten wat iemand wel/niet kan en wat bij iemand past). Deze wensen zijn generiek en

kunnen beschouwd worden als voorwaardelijke condities voor succesvolle ondersteuning van de behandeling.

- Ondersteunen bij de generalisering van hetgeen in de therapie is geleerd naar het dagelijks leven, bijvoorbeeld door het helpen herkennen van moeilijke situaties en het oefenen van nieuwe vaardigheden.
- Positieve bekrachten van nieuwe ervaringen die nog onwennig/onzeker kunnen aanvoelen. Let wel: dit vereist dat begeleiders sensitief zijn voor en adequaat weten te reageren op gewenst gedrag van patiënten.
- De behandelaar helpen bij het evalueren van de behandeling en indien nodig bijstellen van de doelen of het behandelplan.
- Behouden van de behandelresultaten en voorkomen van terugval, bijvoorbeeld observeren van gedrag en gedragsverandering door samen met de patiënt en de omgeving een signaleringsplan te maken en te gebruiken.
- Borgen van behandelresultaten door betrekken, behouden, versterken en uitbreiden van het sociale netwerk van de patiënt. Mensen met ZB/LVB hechten grote waarde aan de kwaliteit van het contact met hun professionele begeleiders en hebben daarnaast vaak een relatief klein netwerk. Versterking van het eigen netwerk, mogelijkheden creëren voor borging van de behandelresultaten op de lange termijn en sociale inclusie van de patiënt stimuleren.
- Bewaken van de balans tussen ruimte bieden/verantwoordelijkheid geven enerzijds en het beschermen tegen risico's en faalervaringen anderzijds.

Ondersteuning en coaching van het systeem ter ondersteuning van de behandeling

Familie en professionele begeleiders kunnen behoefte hebben aan ondersteuning in het beter (leren) omgaan met patiënten met ZB/LVB en een bijkomende psychische stoornis.

De ondersteuning van het systeem kan gericht zijn op:

- inzicht krijgen in/het verminderen van factoren die de psychische stoornis (mede) hebben veroorzaakt en/of in stand houden;
- versterken van kennis over het aansluiten bij de behoeften van de patiënt, zoals interpreteren van gedragssignalen, voorkomen van over- of ondervraging;
- versterken van kennis over het aansluiten bij de gewijzigde, eventueel tijdelijke, behoeften/zorgvraag vanwege de psychische stoornis;
- versterken van de veerkracht van het steunsysteem om de duur en kwaliteit van de ondersteuning te kunnen waarborgen en uithuisplaatsing of opname waar mogelijk te voorkomen.

Een (GZ-)psycholoog, psychotherapeut of een in ZB/LVB gespecialiseerde verpleegkundige kan deze psycho-educatie en ondersteuning bieden als dit in het kader van de behandeling noodzakelijk is. Daarnaast kan ondersteuning van het steunsysteem ook plaatsvinden in het kader van Wet maatschappelijke ondersteuning met het oog op het voorkomen van overbelasting van mantelzorgers. Ook oplossingsgerichte coachingsgesprekken of begeleiding met videoanalyse die gebruikelijk zijn in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, zijn een mogelijkheid.

Zie ook [Practice-based begeleidingsmethodieken](#).

5.4.5 Terugvalpreventie

Bij patiënten met zwakbegaafdheid/lichte verstandelijke beperking (ZB/LVB) blijft na herstel van een psychische stoornis net als bij andere patiënten een kwetsbaarheid bestaan voor terugval. Overdracht naar een vaste persoon of organisatie uit het ondersteunend systeem kan voorkomen dat patiënten met ZB/LVB te laat opnieuw hulp inschakelen als de situatie verslechtert.

Signaleringsplan

Het is sterk aan te bevelen dat de behandelaar na volledig of gedeeltelijk herstel van een psychische stoornis samen met de patiënt en zijn ondersteunend systeem een plan opstelt voor terugvalpreventie. Dit plan is toegespitst op de individuele patiënt en zijn persoonlijke situatie. Het bevat concrete adviezen voor patiënt en systeem hoe zij een terugval kunnen voorkomen en het evenwicht weer kunnen herstellen. Het beschrijft de context van wonen en werken, de aard en oorzaak van de stoornis en de rol die het systeem kan en wil spelen bij het voorkomen van terugval. Dit [signaleringsplan](#) bevat ook een lijst van aandachtspunten die zijn onderverdeeld in lichamelijke (goed eten, slaapritme, medicatie- en middelengebruik), psychologische (omgaan met stress en teleurstellingen, ontspanning, positieve gedachten) en sociale (contacten onderhouden, behoud van werk (woon-)begeleiding) aspecten. Ook staat erin welke voorwaarden of aanpassingen in de sociale of fysieke context noodzakelijk of wenselijk zijn om de kans op terugval te verkleinen. En tenslotte wat er gedaan moet worden bij een terugkeer van de stoornis. Gebruik van kleuren, of andere aansprekende symbolen kan het plan duidelijk en concreet maken voor de patiënt en bevorderen dat hij goed met het plan kan (leren) werken. Bij belangrijke veranderingen (verhuizing, wisseling van behandelaar, veranderingen in functioneren, veranderingen in de context) of na een terugval dient er een update van het plan te worden gemaakt.

Bij mensen die intramuraal wonen binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking dient er goede afstemming te zijn over hoe dit plan voor terugvalpreventie zich verhoudt tot het begeleidingsplan. In principe is het een vast onderdeel van het begeleidingsplan. Het begeleidingsplan van veel bewoners van instellingen voor zorg aan mensen met een verstandelijke beperking is opgebouwd aan de hand van fasen van spanningsopbouw. Begeleiders kunnen het dagprogramma en de begeleidingsstijl aanpassen al naar gelang de mate van spanning. De signalen van spanningsopbouw kunnen samenvallen met vroege signalen van een psychische stoornis maar dit hoeft niet het geval te zijn.

Ondersteuning en coaching van het systeem bij terugvalpreventie

Oplossingsgerichte coachinggesprekken of video-interactie begeleiding zijn in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking beproefde methoden voor het ondersteunen van het systeem. Deze methoden kunnen het systeem mogelijk ook helpen bij het (leren) voorkomen van een terugval bij de patiënt. Daarvoor is verder nodig:

- inzicht in factoren die de psychische stoornis hebben veroorzaakt, in stand houden of kunnen doen terugkeren;
- aanpassing van de begeleidingsstijl en de context om die factoren te veranderen of te elimineren;
- versterking van de veerkracht van het steunsysteem om het risico op terugval door contextgebonden risicofactoren te doen afnemen.

Doorbehandelen met medicatie

Soms is doorbehandeling met psychofarmaca aangewezen om een terugval te voorkomen. Een indicatie voor doorbehandelen en de hoogte van de onderhoudsdosering dient te zijn vastgesteld door een specialist. Dit is niet enkel te bepalen op basis van de DSM diagnose. De stoornisspecifieke richtlijnen en zorgstandaarden zijn hierin leidend. Ook de reactie op medicamenteuze behandeling, de oorzaak van de psychische ontregeling en de ernst hiervan dienen te worden meegewogen.

GGz behandeling voortzetten of afsluiten

Wanneer een psychische stoornis is behandeld in de ggz en adviezen zijn gegeven voor de ondersteuning en het medicatiegebruik komt de zorgverantwoordelijkheid weer bij de huisarts, de AVG en/of de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking te liggen.

Bij patiënten die langere tijd zeer crisisgevoelig blijven kan langdurige ondersteuning vanuit de ggz nodig zijn. Vaak gebeurt dit vanuit een wijkteam of een FACT-team. Zo'n FACT-team kan snel zorg opschalen bij dreigende crisis en voorkomen dat opnieuw een crisis ontstaat. FACT-team's die betrokken zijn bij patiënten met ZB/LVB en psychische stoornissen moeten vanzelfsprekend specialistische kennis hebben op beide gebieden.

5.5 Monitoring

Routine Outcome Monitoring (ROM) van het effect van de behandeling is een verplichting binnen het kwaliteitsstatuut. In de curatieve zorg bestaat het ROM-instrumentarium voor volwassen patiënten met name uit zelfrapportage vragenlijsten, die niet zelden online worden aangeboden. Deze vragenlijsten houden geen rekening met de mogelijke interferentie van de zwakbegaafdheid/lichte verstandelijke beperking (ZB/LVB). Van de meeste vragenlijsten die voor ROM in de GGz worden gebruikt, is de betrouwbaarheid en validiteit bij patiënten met ZB/LVB niet bekend. Een uitzondering is de Brief Symptom Inventory.

Bron: Wieland J., Kapitein S., Baas R.W.J. ROM voor mensen met een laag IQ: welke instrumenten zijn er en welke gebruikt men? Tijdschrift voor Psychiatrie 2009; 51: P-27.

Ook andere ROM-vragenlijsten zijn vermoedelijk bruikbaar maar bij deze doelgroep nog niet psychometrisch onderzocht. Ga bij afname van ROM instrumenten na of de patiënt zelfstandig en zonder hulp de ROM vragenlijsten in kan vullen. Indien nodig kan iemand uit het steunsysteem of de behandelaar helpen door de vragenlijst samen in te vullen.

Naast de veel gebruikte ROM-vragenlijsten in de ggz zijn er andere manieren om effecten van de behandeling te meten bij patiënten met ZB/LVB. Instrumenten zoals een signaleringsplan, de CDOI (SRS en ORS) of meer moderne zelfregistratiemiddelen (bijvoorbeeld op de computer of een tablet) kunnen hierin ondersteunen. Afhankelijk van de uitkomsten uit de monitoring wordt het behandelbeleid in overleg met de patiënt voortgezet of aangepast.

5.6 Herstel, participatie en re-integratie

Psychische aandoeningen doen een aanslag op de identiteit, het zelfgevoel en het zelfvertrouwen van een persoon. Ze hebben ingrijpende gevolgen voor de sociale relaties en rollen van mensen. Herstel is niet alleen verbonden met vermindering van ziekteverschijnselen maar ook met herstel van identiteit, zelfgevoel en eigen kracht, en met herstel van sociale relaties en rollen. Voor patiënten met zwakbegaafdheid/lichte verstandelijke beperking (ZB/LVB) kan herstel redelijk eenvoudig verlopen bijvoorbeeld als zij voor het ontstaan van de psychische stoornis al begeleid werden op het werk. Begrippen zoals identiteit en zelfvertrouwen kunnen ook meer gerelateerd zijn aan het hier en nu dan aan gebeurtenissen uit het verleden.

Anderzijds kan herstel moeizaam verlopen op het moment dat patiënten voor het ontstaan van de psychische stoornis al langer beperkte sociale rollen hadden en een klein steunsysteem. Dan kan er mogelijk levenslange en brede ondersteuning nodig zijn. Samenwerking tussen alle sectoren waarmee mensen met psychische stoornissen (in remissie) en ZB/LVB contact hebben is daarbij essentieel.

Vanuit de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is er veel ervaring en expertise op het gebied van integratie en participatie en zijn verschillende practice-based methodieken beschikbaar. Begeleiders en behandelaren in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking kunnen patiënten met ZB/LVB ondersteunen bij het ervaren van het gewone leven door samen met hen te werken aan:

- erkennen van (gewone) menselijke behoeften;
- heldere doelen;
- goede, steunende relaties;
- betrekken van het netwerk bij de zorg;
- een betekenisvolle dagbesteding;
- herstel van gezondheid, rollen en persoon.

6. Organisatie van zorg

Autorisatiedatum 25-01-2018 Beoordelingsdatum 25-01-2018

6.1 Betrokken zorgverleners

Patiënten met psychische stoornissen (jeugdigen en volwassenen) en een zwakbegaafdheid/lichte verstandelijke beperking (ZB/LVB) zoeken en krijgen vaak hulp vanuit verschillende zorgsectoren zoals huisartsenzorg, zorg van instellingen en praktijken voor ggz, verslavingszorg, forensisch psychiatrische zorg, zorg van instellingen en praktijken voor mensen met een verstandelijke beperking, gespecialiseerde centra voor psychiatrie en verstandelijke beperking, gemeentelijke voorzieningen zoals maatschappelijke ondersteuning (inclusief beschermd en begeleid wonen) en jeugdhulp, en de kinder- & jeugdpsychiatrie. Zorgverleners uit al deze sectoren kunnen te maken krijgen met patiënten met ZB/LVB en een psychische stoornis. Hoewel afstemming in de praktijk vaak lastig is, vereist goede zorg dat bij patiënten betrokken zorgverleners en sectoren samenwerken en profiteren van elkaars kennis en expertise. In tabel 6 geven we enkele praktijkvoorbeelden van de wijze waarop de samenwerking tussen verschillende sectoren bij een specifieke patiënt, namelijk een patiënt met angstklachten, eruit kan zien.

6.1.1 Beschrijvingen van betrokken hulpverleners

Bij vier verschillende patiëntsituaties:

Casus 1

S. is een jongedame met een onderkende LVB. Ze woont sinds een jaar op zichzelf zonder begeleiding. Sinds enkele weken gaat S. niet meer naar haar werk en verblijft het liefst thuis. Thuis voelt ze zich goed maar zodra ze de deur uit gaat krijgt ze het benauwd, gaat trillen en keert weer om. Thuis vermaakt ze zich met films kijken en computer spelletjes. Ze doet niets aan het huishouden, vertelt ze. De huisarts verwijst haar door naar de POH-GGZ van zijn praktijk. De POH-GGZ stelt samen met de huisarts vast dat alle taken die behoren bij het zelfstandig wonen S. langzaam boven het hoofd zijn gegroeid. Nu ze op het werk een nieuwe leidinggevende en nieuwe taken heeft gekregen is ze helemaal van slag geraakt en vermijdt ze het werk. Hoewel er angstklachten zijn voldoen ze niet aan de DSM criteria en lijkt de kern van de klachten te liggen in de overvraging.

De POH-GGZ voert een aantal gesprekken met S. waarin ze haar motiveert om samen begeleiding aan te gaan vragen bij het sociale wijkteam. Ze kiezen iemand met kennis van LVB die werkzaam is vanuit een instelling voor zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. Samen met S. pakt deze begeleidster de veranderingen binnen het werk op (samen leggen ze uit aan de leidinggevende wat haalbaar is voor S.) en kijken ze wat S. nodig heeft om overzicht te houden op alle taken.

Casus 2

K. is een jongedame die bij de huisarts komt omdat ze sinds drie maanden steeds angstiger is om

haar huis te verlaten. Patiënte heeft voor het overige een blanco psychiatrische voorgeschiedenis, heeft een stabiele relatie en al jaren hetzelfde werk. De POH-GGZ concludeert na de intake dat bij deze zwakbegaafde dame vermoedelijk sprake is van PTSS. Zodra ze naar buiten komt en haar straat door moet krijgt ze herbelevingen van een traumatische gebeurtenis twee maanden geleden waarbij zij aangerand is. Ze krijgt het warm en benauwd, gaat trillen en keert weer om, soms is ze weer thuis zonder dat ze weet hoe ze daar gekomen is, zo geeft ze aan. Ook slaapt ze 's avonds slecht omdat ze vaak wakker wordt door nachtmerries.

De huisarts verwijst S. door naar een reguliere ggz praktijk in de buurt met de vraag voor traumabehandeling. Hij vermeldt dat hij denkt dat de zwakbegaafdheid niet zozeer interfereert met de PTSS maar dat het fijn is dat men rekening houdt in de behandeling met haar mogelijkheden. Zo weet hij bijvoorbeeld dat hij afspraken voor S. goed op moet schrijven. Hij denkt aan generalistische basis ggz intensief of eventueel gespecialiseerde ggz.

Casus 3

R. is een zwakbegaafde man die al jaren vastloopt op alle gebieden in zijn leven. Momenteel staan angstklachten voorop bij de aanmelding bij de huisarts. R. meldt zich met regelmaat met suïcidale gedachten bij de huisarts, neemt soms hulp aan maar weigert het uiteindelijk even vaak, verwondt zichzelf, heeft veel problemen in de relaties met anderen, belandt ook vaak in gevechten in het uitgaansleven en komt zo in aanraking met de politie, is al lange tijd zonder werk, gebruikt al jaren veel drugs en alcohol en heeft veel somatische klachten waaronder suikerziekte en obesitas. De huisarts meldt R. aan bij een gespecialiseerde ggz-instelling in de buurt met de vraag diagnostiek en behandeling op basis van het vermoeden van een persoonlijkheidsstoornis cluster B. R. wordt na een eerste intake verwezen naar de hoogspecialistische afdeling persoonlijkheidsstoornissen.

Men stelt de diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis vast en constateert dat de zwakbegaafdheid nauwelijks interfereert met de persoonlijkheidsstoornis. De behandeling hiervan zal binnen de behandelmodule Dialectische gedragstherapie (DGT) gaan plaatsvinden. De keuze gaat uit naar een individuele behandeling en geen groepsbehandeling. Men wint inlichtingen in bij een afdeling voor hoogspecialistische ggz voor mensen met psychiatrie en een verstandelijke beperking om te kijken of men de aangepaste DGT kan inzetten.

Casus 4

O. is een man met LVB die al jaren zelfstandig woont met enige begeleiding. De begeleiding ontvangt hij vanuit een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking. Als hij met zijn begeleidster bij de huisarts komt is hij extreem angstig. Hij geeft aan dat hij niet meer naar zijn werk kan en hij woont sinds enige weken weer bij zijn ouders. Zodra hij alleen is gaat hij sterk piekeren en heeft hij het gevoel dat hij doodgaat. Hij heeft de afgelopen weken de huisarts regelmatig bezocht met allerlei somatische klachten. Daarbij merkt de begeleidster dat hij de afgelopen week vaak in zichzelf lijkt te praten, zichzelf nauwelijks meer verzorgt en heftig wantrouwend is geworden naar de buurvrouw die hem wat zou willen aandoen. De AVG van de instelling heeft hem op medicatie ingesteld, maar zonder effect.

De huisarts verwijst O. door naar een ggz-instelling met een hoogspecialistische afdeling voor mensen met psychiatrie en verstandelijke beperking op basis van een vermoeden van een acute angststoornis dan wel een psychotische stoornis. Dit vraagt om uitgebreide multidimensionale

diagnostiek en behandeling. Bij de intake wordt besloten de gedragswetenschapper en de AVG van de begeleidende instantie nauw bij het gehele traject te betrekken. Vanaf de start wordt gekeken op welke wijze de omgeving van deze man aangepast kan worden aan wat hij nu aan kan. Wanneer de hoogspecialistische ggz de diagnose heeft gesteld wordt met O. en de begeleiders het behandelplan besproken. Dit bestaat vanuit de ggz uit farmacotherapie en een aangepaste cognitieve gedragstherapie (CGT) behandeling. De begeleiding besluit om deze cliënt iedere dag contactmomenten aan te bieden en samen zijn dagelijkse structuur weer vorm te geven.

De verschillende zorgsectoren die te maken hebben met patiënten met psychische stoornissen en ZB/LVB kennen elk hun eigen indelingen om de zorg te structureren. We beschrijven ze hieronder.

6.1.2 Curatieve zorg

Met curatieve zorg bedoelen we diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen gericht op genezing en herstel. Deze zorg is in Nederland geregeld via de Zorgverzekeringswet (Zvw). We beschrijven de zorg vanuit het perspectief van de patiënten ongeacht hun verblijfsplaats in de wetenschap dat deze zogeheten curatieve zorg voor psychische stoornissen in de verschillende sectoren kan plaatsvinden.

De indeling van de curatieve zorg voor volwassenen met psychische stoornissen vindt plaats op basis van ernst- en duurcriteria. Aanwezigheid van ZB is geen criterium binnen deze indeling. LVB wordt genoemd binnen het criterium complexiteit. De behandelaar kan dan aangeven of de verstandelijke beperking wel of niet interfereert met de behandeling van de hoofddiagnose. Omdat LVB en ook ZB altijd in meer of mindere mate interfereert met de diagnostiek en behandeling van de psychische stoornis zou het passender zijn om te beschrijven in welke mate de ZB/LVB interfereert met de behandeling. In de triage zou er dan rekening gehouden kunnen worden met de ernst en complexiteit van de psychische stoornis, de ernst en complexiteit van de ZB/LVB en de mate van interactie.

Bron: De Weerd D., Slaa S., Muste E. Handboek sociotherapie. Theorie en praktijk voor hulpverleners in het sociaal-agogisch werkveld. Amsterdam: Boom Uitgevers; 2013.

Op basis daarvan kan dan verwezen worden naar de generalistische basis ggz of naar de gespecialiseerde ggz. Voor patiënten met ZB/LVB en een hoge mate van ernst en/of comorbiditeit en/of complicaties is volgens een [advies van de Gezondheidsraad uit 2014](#) (zie ook [hoogspecialistische ggz](#)) op zijn plaats. Gespecialiseerde centra voor Psychiatrie en ZB/LVB bieden dergelijke multidimensionale interdisciplinaire zorg.

Op dit moment is de curatieve zorg voor volwassenen met een psychische stoornis en ZB/LVB als volgt binnen de Zvw geregeld:

- Wanneer iemand psychische klachten of gedragsproblemen heeft, een DSM-stoornis met lichte lijdensdruk en disfunctioneren of een stabiele DSM-stoornis die geen directe behandeling behoeft, dan kan hij terecht bij de huisarts of de POH-GGZ van de huisarts. Dit geldt ook voor patiënten met ZB/LVB. De huisarts kan soms ook (terug)verwijzen naar een (expertisecentrum binnen een)

instelling voor zorg aan mensen met een verstandelijke beperking (of een ander relevant echelon) waar een gz-psycholoog of orthopedagoog en/of AVG de behandeling of ondersteuning kan oppakken.

- Wanneer patiënten wel een DSM-stoornis hebben maar geen hoog risico en geen hoge complexiteit dan kunnen zij van de huisarts een verwijzing krijgen naar behandelaars binnen de generalistische basis ggz. Dit geldt ook voor patiënten met ZB/LVB. Volgens de huidige verwijscriteria dient er geen forse interferentie van de LVB met de behandeling te zijn. Als de patiënt (ook) begeleiding ontvangt van een instelling voor zorg aan mensen met een verstandelijke beperking dan is goede samenwerking met deze begeleiding noodzakelijk. Ondersteunende begeleiding is immers belangrijk voor het succes van de behandeling en de terugvalpreventie (zie ook bij Begeleiding).
- Als iemand een DSM-stoornis heeft waarbij sprake is van een hoog risico en complexiteit en waarbij de ZB/LVB fors interfereert met de behandeling kan de huisarts verwijzen naar behandelaars binnen de gespecialiseerde ggz, waar mogelijk een specialistisch centrum of praktijk voor multidimensionale interdisciplinaire diagnostiek en behandeling (Psychiatrie en ZB/LVB). Ook hier geldt dat bij patiënten die (ook) begeleiding ontvangen van een instelling voor zorg aan mensen met een verstandelijke beperking goede samenwerking met deze begeleiding om dezelfde redenen noodzakelijk is.

Kinderen en jongeren met ZB/LVB kunnen terecht bij de huisarts en POH-GGZ. Jeugdigen met psychische klachten die niet afdoende in de huisartsenzorg te behandelen zijn kunnen voor verdere behandeling terecht bij de jeugd-ggz en de orthopedagogische behandelcentra. Beide vormen van zorg zijn onderdeel van de Jeugdhulp. Zie hiervoor verder de Generieke module Organisatie kind en jongere.

6.1.3 Klinische opname

Als iemand een DSM-stoornis heeft waarbij sprake is van een hoog risico of waarbij de ZB/LVB fors interfereert met de stoornis kan een opname in een gespecialiseerde psychiatrische voorziening voor patiënten met ZB/LVB geïndiceerd zijn. Dit geldt ook bij een hoge mate van ernst en/of comorbiditeit, complicaties of complexe systeemomstandigheden.

6.1.4 Begeleiding, behandeling en ondersteuning binnen de Wet langdurige zorg (Wlz)

Wanneer genezing van de psychische stoornis niet (meer) op de voorgrond staat kunnen patiënten in het kader van de Wlz toch een behandelcomponent toebedeeld krijgen. Zij ontvangen dan CSLM-zorg: continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire zorg. Dit gebeurt bij complexe (multi)problematiek waarvoor specifieke deskundigheid nodig is van bijvoorbeeld een AVG, een gedragswetenschapper of een paramedicus. Het behandeldoel is het voorkomen van gevolgen/complicaties van de aandoening of het ontstaan van een met de aandoening gerelateerde stoornis.

6.1.5 Begeleiding binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

Begeleiding en ondersteuning van zelfstandig wonende patiënten met lichte psychische klachten en ZB/LVB vindt in principe plaats vanuit het wijkteam of door een maatwerkvoorziening (Wmo). De intensiteit wisselt van enkele uren per maand tot dagelijkse ondersteunende contacten. Criteria voor

begeleiding en ondersteuning verschillen per gemeente. Ook de POH-GGZ kan zo nodig begeleiding en ondersteuning bieden.

6.2 Samenwerking

Afspraken tussen aanbieders van ggz, zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, forensisch psychiatrische zorg, verslavingszorg, jeugdhulp en maatschappelijke ondersteuning (inclusief beschermd en begeleid wonen) over de zorg voor patiënten met een psychische stoornis en zwakbegaafdheid/lichte verstandelijke beperking (ZB/LVB) zijn belangrijk en dienen te worden opgenomen in het zorgplan. Dit betreft met name zorg met financiering vanuit de verschillende zorgwetten (zie [Financiering](#)) en vanuit verschillende echelons. Voor een optimale samenwerking gelden de volgende aandachtspunten.

- Het is belangrijk dat de verschillende hulpverleners vanaf het begin betrokken zijn bij de behandeling en dat ieders taken en verantwoordelijkheden duidelijk zijn.
- Wees helder over de behandeldoelen.
- Regelgeving en procedures kunnen verschillen per gemeente maar ook per zorginstelling of zelfs per zorgverlener. Het is belangrijk deze verschillen in regels te kennen en samen te kijken naar manieren om ze te uniformeren.
- Verwijzers dienen op de hoogte te zijn van bereikbaarheid, aanmeldingsprocedure en wachttijden van ggz-organisaties.
- Continuïteit van zorg is bij deze patiëntengroep van groot belang. Bij verwijzingen geldt altijd het principe van 'warme' overdracht, dat wil zeggen doelgerichte, efficiënte informatieoverdracht waarbij ook de relatie met de patiënt stap voor stap wordt overgedragen. Bij een overdracht hebben partijen ook mondeling contact en maken zij sluitende afspraken over het overdragen en -nemen van de verantwoordelijkheid.

Binnen de verschillende sectoren zijn initiatieven om de samenwerking te verbeteren. Zo verscheen begin 2017 een handreiking om de samenwerking tussen zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en de verslavingszorg te verbeteren.

Bron: Van der Nagel J, van Dijk EL, Kemna L, Barendregt EM, Wits E. (H)erkend en juist behandeld. Handreiking voor implementatie en uitvoering van een LVB-vriendelijke intake in de verslavingszorg. 2017. Utrecht, Perspectief.

Eveneens kwam in 2017 een training beschikbaar gericht op het verbeteren van de samenwerking tussen medewerkers uit de ggz en begeleiders van mensen met een LVB.

Bron: Vallenga D, van Ginkel L. Samenwerking als verstandelijk beperkte mensen een psychiatrische stoornis hebben. 2017. GGZ Centraal en 's Heeren Loo.

6.3 Competenties

Om goede curatieve zorg te kunnen bieden aan patiënten met een psychische stoornis en zwakbegaafdheid/lichte verstandelijke beperking (ZB/LVB) hebben behandelaars zowel kennis en ervaring met mensen met ZB/LVB nodig als kennis en ervaring op het gebied van het diagnosticeren en behandelen van psychische stoornissen. Ook moeten behandelaars oog hebben voor de manier waarop ZB/LVB en psychische stoornissen interacteren. Een goede behandelrelatie vergt daarnaast een bij de groep ZB/LVB passende communicatie en bejegening. Ook voor andere hulpverleners die betrokken zijn bij patiënten met een psychische stoornis en ZB/LVB is deze kennis in min of meerdere mate van belang. Vanuit de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking zijn verschillende van deze competenties beschreven voor LVB.

Bron: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN). Competentieprofiel voor beroepskrachten in het primaire proces van de gehandicaptenzorg die behandeling en begeleiding bieden aan mensen met een licht verstandelijke beperking met gedragsproblemen. Utrecht: VGN; 2015.

Voor patiënten met ZB zijn deze competenties evenzeer van toepassing. Hoewel niet vanuit dat oogpunt ontwikkeld zijn deze [Competenties](#) voor een groot deel passend binnen de visie op curatieve zorg voor psychische stoornissen bij deze patiëntengroep.

Het is wenselijk dat er in alle sectoren meer aandacht komt voor de geestelijke gezondheid van mensen met ZB/LVB. Daarvoor dient kennisoverdracht vanuit de hoogspecialistische expertisecentra en praktijken naar de reguliere ggz en de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking plaats te vinden. Ook binnen de opleidingen en nascholing is hiervoor meer aandacht nodig. Huisartsen, POH-GGZ, hulpverleners binnen de ggz, jeugdhulp- en werkers in de wijkteams hebben behoefte aan specifieke vaardigheden en kennis voor het herkennen, diagnosticeren, behandelen en begeleiden van (jonge) mensen met een ZB/LVB. Andersom hebben zorgverleners in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking kennis en vaardigheden nodig voor het screenen, diagnosticeren, behandelen en begeleiden van patiënten met een psychische stoornis.

6.4 Kwaliteitsbeleid

Vanaf 1 januari 2017 moeten alle zorgaanbieders van curatieve ggz, dat wil zeggen generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz binnen de Zorgverzekeringswet, een door het Zorginstituut Nederland goedgekeurd Kwaliteitsstatuut hebben (opgenomen in het Kwaliteitsregister op grond van artikel 66b van de Zorgverzekeringswet).

In het model Kwaliteitsstatuut voor de GGZ staat aangegeven wat zorgaanbieders in de ggz geregeld moeten hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording om curatieve ggz in het kader van de Zorgverzekeringswet te kunnen verlenen. Het door de zorgaanbieder ingevulde kwaliteitsstatuut borgt dat de zorgaanbieder bewerkstelligt dat de juiste hulp, op de juiste plaats en door de juiste zorgprofessional, binnen een professioneel en kwalitatief verantwoord netwerk, wordt geleverd. De zorgaanbieder bevordert daarmee gepaste zorg.

Het doel van het kwaliteitsstatuut is dat het beschrijft en vastlegt op welke wijze een aanbieder in de ggz de integrale zorg voor de individuele patiënt heeft georganiseerd, in het bijzonder de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de betrokken (andere) zorgverleners en hun onderlinge verhoudingen, op een zodanige manier dat de autonomie en regie van de patiënt zoveel mogelijk worden gestimuleerd en de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorgverlening inzichtelijk en toetsbaar zijn.

Behandeling van een psychische stoornis bij patiënten met zwakbegaafdheid/lichte verstandelijke beperking (ZB/LVB) vindt binnen de ggz plaats maar ook binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking of in de andere echelons. Met het oog op de bewaking van kwaliteit van de zorg en de juiste betrokkenheid van de patiënt en zijn naasten, is het raadzaam dat ook deze behandelaars getoetst kunnen worden op de eisen vanuit het kwaliteitsstatuut. Daarnaast geldt voor deze sector uiteraard het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0.

Bron: Blom M., Driessen M, Heijnen-Kaales Y., Toonen R. Kwaliteitskader gehandicaptenzorg. Visiedocument 2.0. Utrecht: VGN; 2013.

6.5 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg

Er is geen wetenschappelijk onderzoek verricht naar de kosteneffectiviteit en doelmatigheid van de curatieve zorg voor patiënten met psychische stoornissen en zwakbegaafdheid/lichte verstandelijke beperking (ZB/LVB). Hierover zijn dus geen concrete gegevens bekend. Wel weten we dat veel meer patiënten met ZB/LVB in zorg zijn bij de ggz dan wordt aangenomen en dat deze groep op dit moment onvoldoende herkend worden.

Bron: Wieland J. Psychopathology in borderline intellectual functioning. Explorations in secondary mental health care. Universiteit Leiden, 2016.

Nieuwenhuis J., e.a. A blind spot? Screening for mild and borderline intellectual disabilities in admitted psychiatric patient: a study on the prevalence and associations with coercive measures. Plos One 2017; In press.

Tegelijkertijd weten we dat psychische stoornissen binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking nog vaak gemist worden en dat curatieve zorg niet op alle plekken beschikbaar is.

Op dit moment lopen mensen met ZB/LVB hierdoor het risico dat diagnostiek en behandeling niet passend zijn of onvoldoende aansluiten. Aannemelijk is dat dit leidt tot extra kosten.

Onderzoek naar de kostenbesparing als gevolg van beter herkennen van ZB/LVB en het beter

herkennen van psychische stoornissen is nog niet gedaan. Daarnaast is onderzoek zinvol naar de mate waarin meer passende behandeling (en daarmee betere kwaliteit van zorg) met heldere afstemming en samenwerking tussen de verschillende echelons kan leiden tot lagere kosten.

6.6 Financiering

6.6.1 Algemeen

Een kwaliteitsstandaard beschrijft wat goede zorg is, ongeacht de financieringsbron (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de cliënt/patiënt). Onderschrijving van de kwaliteitsstandaard door een financier, dan wel opname in het Register van Zorginstituut Nederland, betekent niet dat de beschreven zorg per definitie vergoed wordt door een financier.

Voor vergoeding van de beschreven zorg heeft de patiënt/cliënt mogelijk een aanspraak op een van de financiers. In het geval van de Zvw is het echter aan het Zorginstituut Nederland om te duiden wat verzekerde zorg is binnen het basispakket. Hetgeen betekent dat de goede zorg beschreven in de kwaliteitsstandaard niet gelijk staat aan verzekerde zorg conform het basispakket.

6.6.2 Specifiek

De financiering van de zorg en begeleiding van mensen met een psychische stoornis en zwakbegaafdheid/lichte verstandelijke beperking (ZB/LVB) is complex want deze vindt plaats vanuit verschillende wetten. Volwassenen ontvangen curatieve zorg voor een psychische stoornis op basis van de Zvw. Begeleiding die onlosmakelijk onderdeel is van de psychiatrische behandeling valt ook onder de Zvw. Overige begeleiding en ondersteuning vindt plaats op grond van de Wmo. Als mensen een (verstandelijke) beperking hebben die tot blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24-uurszorg nabij leidt ontvangen zij hulp in het kader van de Wlz.

Het financieringsstelsel voor Jeugdhulp, waar de kinder- en jeugdpsychiatrie onder valt, is de afgelopen jaren onderhevig geweest aan grote veranderingen. Jeugdigen tot 18 jaar met een psychische stoornis krijgen curatieve zorg op basis van de Jeugdwet. Ook ondersteuning van de ouders van patiënten valt onder de [Jeugdwet](#). De zorg voor kinderen met ernstige verstandelijke, lichamelijke of meervoudige beperkingen valt onder de Wlz. Ook de zorg voor sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk beperkten (SVLVG) is onderdeel van de Wlz. Op de leeftijd van 18 jaar wordt de zorg voor jongeren geregeld vanuit de wettelijke kaders voor volwassenen.

Passende financiering houdt in dat er voldoende mogelijkheid is om de zorg voor patiënten met psychische stoornissen en ZB/LVB goed vorm te geven. Dit betekent concreet dat er financiële ruimte is voor uitgebreidere diagnostiek en extra behandelijd als dat nodig is. Ook is ruimte nodig voor passende behandelvormen zoals thuisbehandeling en nonverbale therapieën. Daarnaast is het belangrijk dat geregeld multidisciplinair overleg en contact met familie en betrokken begeleiding, gedragswetenschapper en AVG mogelijk is. Deze behoefte aan passende financiering geldt zowel binnen de generalistische basis ggz als in de gespecialiseerde ggz.

Kritische aandacht van de overheid is nodig voor de schotten die er momenteel bestaan tussen de financiering van zorg voor mensen met psychische stoornissen en ZB/LVB.

7. Kwaliteitsindicatoren

Autorisatiedatum 25-01-2018 Beoordelingsdatum 25-01-2018

7.1 Algemeen

Akwa GGZ begeleidt het project 'doorontwikkeling ROM' waarin gekeken wordt hoe de professional de patiënt kan monitoren. Afhankelijk van de in het individueel zorgplan opgenomen doelen, kunnen patiënt en behandelaar samen beslissen hoe en wanneer er geëvalueerd wordt. Dit evalueren kan aan de hand van een set indicatoren en bijhorende meetinstrumenten.

7.2 Specifiek

Aanbevolen wordt kwaliteitsindicatoren in te zetten om te toetsen of er aandacht is voor de mogelijke zwakbegaafdheid of lichte verstandelijke beperking enerzijds of psychische stoornis anderzijds (procesindicator) en of de hiervoor benodigde processen, kennis en vaardigheden aanwezig zijn (structuurindicator en uitkomstindicator). Er wordt aangesloten bij de generieke set indicatoren die door het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ wordt ontwikkeld.

8. Implementatieplan

Autorisatiedatum 09-07-2019 Beoordelingsdatum 09-07-2019

8.1 Kwaliteitsstandaarden

Volgens de definitie van Zorginstituut Nederland beschrijft een kwaliteitsstandaard in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Zowel richtlijnen, zorgstandaarden als generieke modules vallen onder de verzamelnaam 'kwaliteitsstandaard'.

'kwaliteitsstandaard': Kwaliteitsstandaarden zijn niet statisch maar worden periodiek beoordeeld of aanpassing c.q. uitbreiding nodig is. Vanaf publicatie van een standaard vindt jaarlijks een eenvoudige beoordeling plaats waarbij (kleine) aanpassingen waar nodig worden verwerkt. Eens in de 4 jaar start een volledige revisiebeoordeling van iedere standaard.

Een zorgstandaard biedt voor álle professionals, patiënten en hun naasten een kapstok door te beschrijven hoe integrale zorg bij een bepaalde aandoening er uit ziet vanuit het perspectief van de patiënt (beschrijving optimale zorg). Een zorgstandaard beschrijft het complete zorgcontinuüm (ofwel alle fases waar een patiënt mee te maken krijgt of kan krijgen) voor een bepaalde psychische aandoening. In een zorgstandaard komt niet alleen een groot aantal mogelijke zorgproblemen aan de orde, maar wordt ook expliciet de organisatie van het zorgproces beschreven. Dat alles gezien vanuit het perspectief van de patiënt.

Een richtlijn is een document met aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met psychische aandoeningen, gebruikmakend van wetenschappelijk onderzoek aangevuld met expertise en ervaringen van professionals, patiënten en naasten. Voor specifieke situaties gebruiken professionals de richtlijnen die relevant zijn voor hun specifieke beroepsgroep en specifiekere dan de zorgstandaard ingaan op wat er op dát moment aan zorg geleverd kan worden (beschrijving minimale zorg). Aan één zorgstandaard kunnen dus meerdere richtlijnen ten grondslag liggen (bijvoorbeeld de NHG-richtlijnen van huisartsen, een MDR opgesteld en geautoriseerd door psychiaters en psychologen, richtlijnen voor verpleegkundigen, etc.).

Een generieke module biedt, net als een zorgstandaard, professionals, patiënten en naasten een kapstok door te beschrijven hoe integrale zorg er uit ziet vanuit het perspectief van een patiënt. Het verschil tussen een zorgstandaard en een generieke module is dat een zorgstandaard stoornis specifiek is en een generieke module juist zorgcomponenten of zorgonderwerpen beschrijft die relevant zijn voor meerdere psychische aandoeningen. De zorg die wordt beschreven in een generieke module kan, afhankelijk van de aandoening, in één of meerdere fases van het zorgproces van toepassing zijn.

Zorgstandaarden, richtlijnen en generieke modules vormen een eenheid. Hiermee kunnen de

professional en de patiënt samen de behandeling vormgeven.

8.2 Gebruik van kwaliteitsstandaarden

Zorgstandaarden en generieke modules vormen samen met multidisciplinaire richtlijnen, wet- en regelgeving en beroepsethiek de basis voor de zorgprofessional om tot goede zorg te komen (de professionele standaard).

(de professionele standaard): De professionele standaard in de gezondheidszorg is het geheel van professionele medische normen dat beschrijft wat in een bepaalde situatie 'goed handelen' is. De professionele standaard zorgt ervoor dat zorgverleners goede, veilige en verantwoorde zorg leveren. De professionele standaard is als zodanig geen regel, maar een 'kapstok', die nader is uitgewerkt in wetten, richtlijnen, protocollen, beroepscode, uitspraken van de tuchtrechter, kwaliteitsstandaarden, gedragsregels en handreikingen. De professionele standaard kan dus gezien worden als de gedeelde waarden en normen binnen een beroepsgroep.

[Meer informatie](#)

De zorgprofessional kan er beargumenteerd van afwijken als - naar zijn oordeel en in samenspraak met de patiënt - de belangen van de patiënt daarmee beter zijn gediend vanwege diens specifieke situatie en voorkeuren.

De toepassing van professionele standaarden komt voort uit het [Burgerlijk wetboek, artikel 453](#). Daarin staat dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden 'de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen en daarbij handelt in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard.'

professionele standaard.: Artikel 1 van de Zorgverzekeringswet geeft de definitie van een professionele standaard: een richtlijn, module, norm, zorgstandaard dan wel organisatiebeschrijving, die betrekking heeft op het gehele zorgproces of een deel van een zorgproces. Een professionele standaard legt vast wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de patiënt goede zorg te verlenen en is in een openbaar register opgenomen.

[Meer informatie](#)

Een kwaliteitsstandaard beschrijft in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Kwaliteitsstandaarden zijn echter geen doel op zich. Zij hebben een functie in het proces van kwaliteitsbevordering. Kwaliteitsstandaarden vervullen een onmisbare functie in de kwaliteitscyclus. In die context bevorderen ze de [kwaliteit en doelmatigheid van de zorg](#). Op welke wijze zorgaanbieders en financiers, maar ook patiënten/burgers en zorgverzekeraars kwaliteitsstandaarden gebruiken in de respectievelijk zorginkoopmarkt en zorgverzekeringsmarkt, is

aan hen om in te vullen.

8.2.1 Monitoring van de implementatie

Eén van de taken van Akwa GGZ is het evalueren van het gebruik van kwaliteitsstandaarden en het inzichtelijk maken hoe de kwaliteit van zorg in de ggz zich ontwikkelt. In de tweede helft van 2019 bouwt Akwa GGZ een structuur op waarmee de implementatiegraad van de kwaliteitsstandaarden kan worden gemeten.

8.3 Bestaande praktijk en vernieuwingen

Een kwaliteitsstandaard beschrijft grotendeels de bestaande praktijk ten aanzien van de zorg voor mensen met psychische klachten en aandoeningen. In de standaard zijn verwijzingen opgenomen naar onderliggende richtlijnen en veldnormen van de afzonderlijke beroepsgroepen. Zo is de standaard voor een groot deel al ingebed in het dagelijks werk van de zorgprofessional.

Deels bevat de kwaliteitsstandaard nieuwe elementen, of komen bestaande elementen prominenter naar voren in de inhoud en organisatie van zorg. De kwaliteitsstandaard is geschreven vanuit het perspectief van de patiënt en diens naaste. Aandacht voor herstel en eigen regie komen daardoor nadrukkelijker aan bod dan in bijvoorbeeld richtlijnen; gezamenlijke besluitvorming over de behandeling door patiënt en professional vormt in alle standaarden een kernelement. Andere elementen zijn bijvoorbeeld de wijze waarop de verschillende zorgonderwerpen met elkaar in verband gebracht worden (multidisciplinair en integraal), het betrekken van naasten en ervaringsdeskundigen en het monitoren van de behandeling. De opstellers van deze kwaliteitsstandaard zijn zich ervan bewust dat de implementatie van deze elementen een transitie betekent die een gemeenschappelijke inspanning vraagt van zorgverleners, zorgaanbieders, patiënten en financiers. Al deze partijen zetten zich gezamenlijk in om deze kwaliteitsstandaard zo goed en zo snel mogelijk te implementeren.

8.4 Bestaande afspraken

Zorgprofessionals en zorgaanbieders in de 'brede ggz' zijn nu aan zet. Zij moeten kennisnemen van de inhoud van deze kwaliteitsstandaard en vervolgens aan de slag gaan met de implementatie ervan. Zorgprofessionals en zorgaanbieders hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor implementatie in hun eigen organisatie. Koepel-, branche en beroepsorganisaties helpen hun leden hierbij.

Een aantal algemene thema's speelt bij de implementatie van (vrijwel) alle standaarden een rol. Dit zijn thema's waar in algemene zin aandacht voor moet zijn én aandacht voor moet blijven om de kwaliteit van de zorg steeds verder te verbeteren. Het gaat om de zes thema's bewustwording en kennisdeling, samenwerking, capaciteit, behandelaanbod, financiering en ICT. Dit zijn ook thema's waar in sommige gevallen zorgen over zijn en knelpunten worden gezien bij implementatie van de standaarden. Implementatie-activiteiten voor deze zes thema's moeten geen losstaande actiepunten zijn. In de meeste gevallen zijn deze actiepunten al onderdeel van bestaande afspraken zoals onder andere verwoord in het [Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg \(ggz\) 2019 t/m 2022](#) en [Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019 t/m 2022](#). Landelijke implementatie van de

kwaliteitsstandaarden in het veld is daarmee direct gekoppeld aan de planning en gemaakte afspraken in deze bestuurlijk akkoorden. Daarom koppelen we de planning van implementatie van deze standaard aan de looptijd van de bestuurlijk akkoorden.

Concreet betekent dit dat de partijen uit de brede ggz zich inzetten om alle kwaliteitsstandaarden voor de ggz op 31 december 2022 volledig geïmplementeerd te hebben.

8.5 Algemene implementatie thema's

De implementatie van de kwaliteitsstandaard vraagt tijd en energie van alle partijen. Maar dat is niet voor niks: werken volgens kwaliteitsstandaarden biedt ook kansen voor effectievere en doelmatiger behandelingen.

De afspraken in het algemene deel van het plan richten zich daarom vooral op uitvoerbaarheidsissues die een landelijke aanpak vragen om implementatie op lokaal/regionaal niveau mogelijk te maken. Iedere regio en iedere zorgaanbieder is anders. De mate van wat er nog geïmplementeerd moet worden en hoe dat het beste gedaan kan worden, verschilt per situatie. Op lokaal niveau moet implementatie verder worden ingevuld, bijvoorbeeld in de vorm van een (lokaal) uitvoeringsplan.

8.5.1 Bewustwording en kennisdeling

Verandering begint bij bewustwording. Ook in de ggz. De zorgstandaarden en generieke modules stellen, meer dan zorgverleners tot nu toe gewend waren van professionele standaarden, expliciet het perspectief van patiënten centraal. Dat kan misschien wel tot een ander gesprek in de behandelkamer leiden, waarin via gezamenlijke besluitvorming mogelijk ook andere keuzes voor behandeling en begeleiding worden gemaakt. Kennisdeling en bewustwording zijn de sleutelwoorden om deze verandering te realiseren.

Kennisdeling draagt bij aan het beter begrijpen van de impact die psychische aandoeningen op een patiënt hebben, en van hun wensen en ideeën over behandeling en herstel. Kennis delen gebeurt op verschillende niveaus: in de (basis)opleiding tot zorgprofessionals, tijdens bij- en nascholing van professionals maar kan ook bijvoorbeeld via een landelijke campagne. Het delen van kennis kan hierdoor bijdragen aan bijvoorbeeld:

- het verminderen van stigma over mensen met psychische aandoeningen, in de zorg maar ook daarbuiten;
- het realiseren van een cultuuromslag in eigen organisatie;
- het creëren van draagvlak voor het gebruik en de inhoud van de standaard;
- oog hebben voor specifieke problematiek;
- oog hebben voor eventuele risico's.

Landelijke afspraken

Iedere professional zorgt ervoor dat hij de kwaliteitsstandaarden kent die voor uitoefening van zijn beroep nodig zijn. Zorgaanbieders faciliteren hun medewerkers, zodat zij deel kunnen nemen aan de benodigde bij- en nascholing.

Het bestuurlijk akkoord bevat een groot aantal actiepunten die kennisdeling over en bewustwording van de kwaliteitsstandaarden stimuleren:

- Partijen benadrukken dat het belangrijk is dat professionals kunnen werken volgens de geldende kwaliteitsstandaarden. Daartoe moeten professionals voldoende in de gelegenheid worden gesteld om bij- en nascholing te volgen. De financiering daarvan is onderdeel van de contracteringsafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
- Partijen hebben met elkaar afgesproken dat beroepsgroepen structureel de doorontwikkeling van opleidingen borgen die betrekking hebben op ggz en begeleiding (opleidingseisen en -structuren, onderwijsprogramma's en examinering). De zorgstandaarden worden ingebed in de opleidingen.
- Het akkoord bevat afspraken over bijvoorbeeld het beschikbaar stellen van extra opleidingsplaatsen voor gz-psychologen en het in beeld brengen van de personele capaciteitsbehoefte.

Deze afspraken ten aanzien van opleiding dragen bij aan het verankeren van kennis over en gebruik van kwaliteitsstandaarden in de praktijk. Onderstaande partijen zetten zich in voor uitvoering van deze afspraken op landelijk niveau.

Lokale oplossingsrichtingen

Professionals in de ggz hebben de 'verantwoordelijkheid' om hun collega's in aanpalende domeinen daar waar nodig kennis bij te brengen over psychische aandoeningen en over de (inhoud van) de daarbij behorende kwaliteitsstandaard. Denk hierbij aan het organiseren van een cursus of voorlichting over psychische aandoeningen aan collega's van de somatische afdelingen in het ziekenhuis of een informatie-bijeenkomst over jeugd-ggz aan gemeenten.

8.5.2 Samenwerking

Zorgverleners functioneren in professionele netwerken binnen de gezondheidszorg en het sociale domein. Vaak zijn er meerdere professionals betrokken bij de behandeling en is een duidelijke rolverdeling tussen die professionals (binnen en tussen organisaties) nodig. Voor een goede implementatie van kwaliteitsstandaarden maken professionals (in en buiten de ggz), aanbieders, financiers en andere betrokkenen duidelijke samenwerkingsafspraken zodat de continuïteit en kwaliteit van de zorg niet in het geding komt. Goede en snelle informatie-uitwisseling (met respect voor privacy-wetgeving) en toegankelijkheid van informatie zijn daarbij belangrijke randvoorwaarden om de samenwerking goed te laten verlopen. Het [Landelijk Schakelpunt](#), waarin zorgverleners met toestemming van de patiënt eenvoudig inzicht hebben in het medicatieoverzicht van de patiënt, is een voorbeeld van een hulpmiddel voor uitwisseling van en toegang tot informatie. Steeds meer GGZ-instellingen sluiten zich hier al bij aan.

Landelijke afspraken

Het bestuurlijk akkoord bevat een aantal actiepunten die de benodigde samenwerking in het kader van implementatie van de kwaliteitsstandaarden stimuleren: in de (door)ontwikkeling van opleidingen die betrekking hebben op ggz en begeleiding (opleidingseisen en -structuren, onderwijsprogramma's en examinering) wordt meer aandacht besteed aan samenwerking tussen verschillende domeinen en het organiseren van integrale zorg.

Ondertekende partijen schatten in dat de invoering van het kwaliteitsstatuut en de afspraken over

samenwerking in het bestuurlijk akkoord voldoende helder zijn en dat voor implementatie van de standaard geen aanvullende afspraken nodig zijn.

Lokale oplossingsrichtingen

Zowel zorgprofessionals, zorgaanbieders als samenwerkingspartners besteden nu al veel aandacht aan lokale en regionale samenwerking. Dankzij deze samenwerking kunnen zij onnodige en dure zorg voorkomen. Iedere professional werkt binnen de eigen lokale en regionale context uiteraard samen met collega's, maar ook met partners zoals huisartsen, jeugdzorg, wijkteams, gemeenten, ziekenhuis, school, woningcoöperaties of UWV.

Als leidraad voor deze samenwerkingafspraken dienen:

- De Landelijke GGZ Samenwerkingsafspraken: deze vormen de basis van afspraken tussen huisartsen, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ.
- Het kwaliteitsstatuut: hierin staan werkafspraken die de zorgaanbieder maakt over het vormgeven van de afstemming en samenwerking tussen professionals, over op- en afschalen en over een goede overdracht.
- In het kader van het bestuurlijk akkoord maken gemeenten en zorgverzekeraars stapsgewijs regionale afspraken over beleid en financiering ten aanzien van integrale zorg: maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie. Zorgaanbieders en gemeenten maken afspraken over de betrokkenheid van ggz-hulpverleners bij het wijknetwerk.
- In het bestuurlijk akkoord is ook vastgelegd dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken over de manier waarop de zorgprofessional voldoende ruimte en tijd krijgt voor goede samenwerking en afstemming.

8.5.3 Capaciteit

Een succesvolle uitvoering van de kwaliteitsstandaarden vereist voldoende capaciteit en tijd van professionals. In de huidige praktijk staan beschikbare tijd en capaciteit van professionals onder druk. Waar in sommige gevallen sprake is van een personeelstekort, is in andere gevallen sprake van problemen met optimale inzet van bepaalde professionals. Het organiseren en leveren van de zorg zoals beschreven in de kwaliteitsstandaarden kan resulteren in extra druk op bepaalde beroepsgroepen, verschuiving van inzet van de ene naar de andere beroepsgroep, maar mogelijk ook in minder werkdruk doordat de standaard goed wordt uitgevoerd en/of professionals beter samenwerken.

Ook blijken er in de praktijk behoorlijk wat problemen te zijn bij verwijzingen, met name veel te lange wachttijden voor patiënten met ernstige psychische aandoeningen die verwezen worden naar de S GGZ.

Landelijke afspraken

In het bestuurlijk akkoord is benoemd dat op dit moment sprake is van (ernstige) arbeidsmarktproblematiek. Voor zorg en welzijn wordt in 2022 een groot personeelstekort verwacht. De bestuurlijk akkoorden (ggz en huisartsenzorg) bevatten hiervoor een aantal actiepunten:

- Bestaande (behandel)capaciteit kan beter ingezet via vermindering van administratieve lasten en

een betere taakverdeling, beter benutten van de mogelijkheden die functiedifferentiatie en taakherschikking bieden, alsook het opleiden van professionals in de ggz, bijvoorbeeld door het beschikbaar stellen van extra opleidingsplaatsen voor gz-psychologen en het in gericht in beeld brengen van de personele capaciteitsbehoefte.

- (Tijdelijk) verruimen van capaciteit van regiebehandelaren en investeren in optimaal gebruik van (behandel)capaciteit door mee te werken aan actieprogramma 'werken in de zorg'.
- Meer inzet van praktijkondersteuners ggz of consultatie van ggz-expertise in de huisartsenpraktijk.

Met de acties zoals beschreven in de bestuurlijk akkoorden en inzicht in de juiste capaciteitsbehoefte, wordt een basis gelegd voor de aanpak van de arbeidsmarktknelpunten in de ggz.

8.5.4 Behandelaanbod

Landelijke afspraken

De ggz-sector kent een divers zorgaanbod: grote en kleinere ggz-instellingen met eigen personeel en een groot aantal vrijgevestigde zorgverleners. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken gezamenlijk afspraken over het benodigde behandelaanbod in de regio. Gemeenten bepalen zelf de omvang van het budget voor zorg maar ook de manier waarop zij de verschillende onderdelen van het sociaal domein willen organiseren. Als blijkt dat zorgaanbieders te maken hebben met capaciteitsproblemen of budgetplafonds, dan moet het voor patiënten helder zijn waar zij terecht kunnen voor zorg. Zorgaanbieders en financiers in de regio hebben gezamenlijk de verantwoordelijkheid om de wachttijden aan te pakken. Als er te weinig behandelaars zijn, dan is het de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders om mensen te wijzen op de zorgbemiddeling

zorgbemiddeling: Zie hiervoor ook het document Q&A Wachttijden Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg, november 2018.

[Meer informatie](#)

door hun eigen zorgverzekeraar. Hierover zijn ook afspraken gemaakt in het bestuurlijk akkoord.

Lokale oplossingsrichtingen

Betere samenwerking tussen ggz-instellingen in de regio, bijvoorbeeld als het gaat om het draaien van ANW-diensten. Een voorbeeld: in sommige regio's worden ANW-diensten bijna geheel door een klein clubje psychiaters in vaste dienst gedaan, terwijl ook psychiaters niet in vaste dienst bereid zijn mee te draaien in deze diensten. Door hier goede afspraken over te maken, kan er voldoende capaciteit en aanbod geregeld worden in de regio.

8.5.5 Financiering

Landelijke afspraken

In het 'Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg (GGZ) 2019 t/m 2022' hebben alle betrokken

partijen de ambitie uitgesproken om de kwaliteit van zorg in Nederland verder te verbeteren en eraan bij te dragen dat zorg zowel nu als op de lange termijn fysiek, tijdig én financieel toegankelijk blijft voor iedereen die dat nodig heeft. Ook is afgesproken er naar te streven op termijn de kosten in de zorg niet sneller te laten stijgen dan de economische groei.

Lokale oplossingsrichtingen

Het bestuurlijk akkoord regelt dat gemeenten en zorgverzekeraars samen met zorgaanbieders in de 'brede ggz' stapsgewijs regionaal afspraken maken over beleid en financiering ten aanzien van integrale zorg: maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie. Het cliënt- en familieperspectief is hierbij vertegenwoordigd. De volgende thema's zullen, afhankelijk van de regionale situatie, in meerdere of mindere mate aan de orde zijn:

- Preventie en vroegsignalering.
- De aanpak van personen met verward gedrag.
- Brede triage en consultatie.
- De opbouw van ambulante zorg en ondersteuning.
- De bekostiging van samenwerking tussen het zorgdomein en het sociaal domein.
- De benodigde aanpak met betrekking tot de (financiering van) EPA / multiproblematiek-doelgroep.
- Overgang 18-/18+.
- De invulling van crisis- en ANW-uren.
- De rol en bekostiging van herstelacademies en zelfregiecentra.

Hoewel afspraken zijn gemaakt om toe te werken naar regionale afspraken over integrale zorg en daaruit volgend een integrale bekostiging, zijn we daar nu nog niet. Dat is ook te merken aan de knelpunten ten aanzien van financiering die worden genoemd rondom implementatie van de kwaliteitsstandaarden:

- Hoe is de continuïteit van zorg én bekostiging te borgen, bijvoorbeeld bij de overgang 18-/18+, continueren van dagbesteding als de behandeling stopt of het financieren van contingentie management bij verslaving.
- Hoe kunnen we komen tot integrale bekostiging bij specifieke doelgroepen zoals kwetsbare ouderen, mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) of mensen met zowel somatische als psychiatrische problematiek?
- Hoe kunnen we komen tot een passende bekostiging voor bijvoorbeeld inzet ervaringsdeskundigen, inzet op preventie, zorg voor mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) of zwakbegaafdheid (ZB), zorg aan patiënten met eetstoornissen in een gespecialiseerd centrum of inzet diëtist bij deze groep patiënten.

In het bestuurlijk akkoord zijn afspraken gemaakt over hoe deze vraagstukken de komende jaren kunnen worden opgelost. Zo hebben partijen zich gecommitteerd aan afspraken uit het actieprogramma Zorg voor de Jeugd voor wat betreft het inzetten van acties gericht op het soepel verlopen van de overgang naar volwassenheid (18-/18+). En subsidieert VWS op dit moment preventiecoalities, bedoeld om structurele samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten op het gebied van preventieactiviteiten voor risicogroepen te stimuleren en activeren.

8.5.6 ICT

(Goede en snelle) informatie uitwisseling en toegankelijkheid van informatie, waarbij de privacy van de patiënt optimaal wordt geborgd, zijn belangrijke randvoorwaarden voor samenwerking tussen zorgprofessionals binnen hun professionele netwerk. De implementatie van kwaliteitsstandaarden vraagt om verdere optimalisatie van gegevensuitwisseling via ICT.

Landelijke afspraken

In het zorgbrede '[Actieplan \(Ont\)Regel de zorg](#)' is een sectoraal actieplan curatieve ggz vastgesteld. Daar waar stroomlijning van gegevensuitwisseling bij ICT-toepassingen niet mogelijk of wenselijk is treden partijen met elkaar in overleg in het Informatieberaad Zorg en kunnen partijen gezamenlijk tot besluitvorming komen. Ook besteedt het actieplan aandacht aan vermindering van administratieve last als gevolg van het EPD en aan ICT-problematiek.

Daarnaast wordt er door het ministerie van VWS geïnvesteerd in het [Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional \(VIPP\) GGZ](#). Het gaat om een budget voor instellingen die Zvw-zorg leveren om de informatievoorziening in de curatieve geestelijke gezondheidszorg te verbeteren, door het implementeren van standaarden voor gegevensuitwisseling tussen patiënt en professional, het beschikbaar stellen van deze informatie aan de patiënt, het veilig verstrekken van (informatie over) medicatie en de inzet van eHealth bij de behandeling.

Lokale oplossingsrichtingen

Welke informatie, voor welke professionals, bij welke doelgroepen, bij welke aanbieders nodig is, is een keuze die lokaal gemaakt dient te worden. Of informatie over een eerdere suïcidepoging of informatie over medicatiegebruik en mogelijke bijwerkingen bijvoorbeeld standaard beschikbaar moet zijn óf dat alle informatie over een patiënt ook voor vaktherapeuten en huisartsen via het ICT systeem van de instelling te raadplegen moet zijn, zijn keuzes die binnen het professionele netwerk en met betrokken zorgaanbieders worden gemaakt. Dát zorgprofessionals (snel) toegang moeten hebben tot (goede) informatie gegeven bestaande werkafspraken (zie hiervoor het Kwaliteitsstatuut waar iedere zorgaanbieder over dient te beschikken) én beschikbare ICT toepassingen om de continuïteit én de kwaliteit van de zorg die men met elkaar nastreeft te waarborgen, is hierbij het uitgangspunt. Dit zou bijvoorbeeld gerealiseerd kunnen worden via een zorginfrastructuur of schakelpunt.

8.6 Specifieke implementatie thema's

8.6.1 Bewustwording en kennisdeling

ZB of LVB mogen geen exclusiecriteria zijn om zorg te ontvangen in de ggz. De realiteit leert dat dit in de praktijk wel gebeurt. Om dit te voorkomen moeten professionals weten op welke manier zij zorg op maat kunnen realiseren voor patiënten met ZB of LVB: er is namelijk geen reden om aan te nemen dat psychotherapeutische interventies of medicatie bij deze doelgroep niet of minder effectief zijn. De diagnostiek vraagt een multidimensionale benadering. Er moet in de diagnostiek en behandeling oog zijn voor alle aspecten van de patiënt, inclusief het cognitieve, sociaal-emotionele en adaptieve functioneren, de context en het ontwikkelingsperspectief. Professionals moeten de leefomgeving van de patiënt (nog) beter gaan betrekken. De leefomgeving van de patiënt met LVB of ZB is vaak complex doordat de interactie tussen de patiënt, zijn omgeving en zijn familie vaak ingewikkeld is.

Landelijke afspraken De [landelijke afspraken](#) zoals vermeld in het algemene deel van het implementatieplan bieden voldoende antwoord op dit implementatievraagstuk. Speciale aandacht is nodig voor (h)erkenning van zwakbegaafdheid/lichtverstandelijke beperking, passende communicatie, diagnostiek en het op maat snijden van de richtlijnen, protocollen en kwaliteitsstandaarden voor deze doelgroep.

8.6.2 Samenwerking

Er zijn geen specifieke knelpunten gesignaleerd ten aanzien van dit thema voor de implementatie van de kwaliteitsstandaard.

8.6.3 Capaciteit

Er zijn geen specifieke knelpunten gesignaleerd ten aanzien van dit thema voor de implementatie van de kwaliteitsstandaard.

8.6.4 Behandel aanbod

In de huidige praktijk zijn er te weinig specialistische behandelcentra die patiënten met ZB of LVB en een psychische stoornis kunnen behandelen. Hierdoor is er een bottleneck bij het doorverwijzen van deze patiënten naar de ggz.

Lokale oplossingsrichtingen

1. Aanbieders uit de ggz en gehandicaptenzorg kunnen op regionaal/lokaal niveau onderzoeken of het samenstellen van een triageteam met professionals uit zowel de ggz als de gehandicaptenzorg dat bepaalt of een patiënt beter in de ggz of gehandicaptenzorg behandeld kan worden, mogelijk uitkomst biedt bij dit knelpunt.
2. Aanbieders specialiseren zich op het gebied van patiënten met een psychische stoornis en ZB of LVB.

8.6.5 Financiering

Patiënten met ZB of LVB kunnen goed in de GB GGZ geholpen worden, maar naar verwachting is voor hun behandeling gemiddeld meer inzet nodig dan beschikbaar is binnen de huidige prestaties, waardoor de huidige producten niet goed passen.

Landelijke afspraken

Aanbieders en verzekeraars overleggen over of, en zo ja hoe de producten in de generalistische basis ggz passend gemaakt moeten worden voor patiënten met zwakbegaafdheid (ZB) of een lichte verstandelijke beperking (LVB)?

8.6.6 ICT

Er zijn geen specifieke knelpunten gesignaleerd ten aanzien van dit thema voor de implementatie van de kwaliteitsstandaard.

9. Achtergronddocumenten

Autorisatiedatum 25-01-2018 Beoordelingsdatum 25-01-2018

9.1 Samenstelling werkgroep

De module is ontwikkeld door een multidisciplinaire werkgroep met afgevaardigden van verschillende beroepsverenigingen en experts. De inbreng van patiënten- en familie(organisaties) kreeg vorm via de focusgroepen en de landelijke commentaarronde.

Werkgroep

Werkgroep: Op het moment van publicatie is deze generieke module nog niet geautoriseerd door de LVVP. InEen en NVKG hebben afgezien van autorisatie.

De prioriteit van Ineen ligt bij onderwerpen die betrekking hebben op bestuurlijke en organisatorische aspecten van eerstelijnszorg. Deze module is vooral zorginhoudelijk. Met de hoeveelheid zorgstandaarden en modules die op dit moment aan ons voorgelegd worden, zijn wij genoodzaakt prioriteiten te stellen. Wij zien daarom af van het beoordelen en autoriseren van deze module.

De NVKG heeft niet geparticipeerd in deze standaard en de inhoud hiervan is minder relevant voor de dagelijkse praktijk van de klinisch geriater; daarom heeft deze standaard de autorisatieprocedure van de NVKG niet doorlopen.

Voorzitter: Prof. Dr. P. C. J. M. (Petri) Embregts

Vice voorzitter: Dr. J. (Jannelien) Wieland

Organisatie	Vertegenwoordiger
Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVPP)	Drs. Erica Aldenkamp
Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie en haar specialismen (NVGzP)	Drs. Annemarie van den Brink
Nederlandse Vereniging van Pedagogen en onderwijskundigen (NVO)	Drs. Carmen van Bussel
Persoonlijke titel	Drs. Marleen Grimbé du Bois
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)	Drs. Koos de Haan
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)	Drs. Sara Kapitein-de Haan
Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)	Dr. Sandra Mergler
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)	Drs. Karlijn Vermeulen
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	Dr. Arno Willems

Adviesgroep

Organisatie	Vertegenwoordiger
Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB)	Drs. Tina Bellemans
Persoonlijke titel	Drs. Mariet Clerkx
Persoonlijke titel	Drs. Peter Deman
Nederlandse Vereniging van Psychiateren (NVvP)	Dr. Mascha ten Doesschate
Landelijk Kenniscentrum LVB	Dr. Jolanda Douma
Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE)	Drs. Peter Koedoot
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	Drs. Suzan Möller
Nederlandse Vereniging van Psychiateren (NVvP)	Drs. Jeanet Nieuwenhuis
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)	Chantal Oonincix
Persoonlijke titel	Prof. dr. Carlo Schuengel
Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie en haar specialismen (NVGzP)	Drs. Emma van der Sluis

Met dank aan drs. Kim van den Bogaard, drs. Judith Austin en Lucienne Heerkens van de *Academische Werkplaats Leven met een verstandelijke beperking* voor de organisatie en verslaglegging van de focusgroepen ten behoeve Patiëntenperspectief.

De werkgroep werd methodisch ondersteund door het Trimbos-instituut.

- Drs. Els Bransen, projectleider van 15 augustus 2016 tot 1 september 2017
 - Drs. Peter van Splunteren, projectleider van 1 juni 2015 tot 15 augustus 2016
 - Dr. Marlous Tuithof, wetenschappelijk medewerker
-

Stuurgroep

De initiatiefnemers van het project waren het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en Kristal. Zij vormden de stuurgroep van het project en waren verantwoordelijk voor de voortgang van het proces.

- Drs. I (Irma) Höfte, senior Beleidsmedewerker Kwaliteit NIP
 - Drs. R. (Rachel) Polman, Beleidsadviseur Zorgontwikkeling, GGZ Rivierduinen (tot 1 dec 2016)
 - Drs. C (Christine) Façchin, Beleidsadviseur Zorgontwikkeling, GGZ Rivierduinen (vanaf 1 december 2016)
-

9.2 Referenties

- Nouwens P., Lucas R., Embregts P., van Nieuwenhuizen C. In plain sight but still invisible: A structured case analysis of people with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning. *Journal of Intellectual Developmental Disability* 2016; DOI: 10.3109/13668250.2016.1178220.
- de Wit M., Moonen X., Douma J. Richtlijn effectieve interventies LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG; 2011.
- Multidisciplinaire richtlijn probleemgedrag en gedragsstoornissen bij volwassenen met verstandelijke beperkingen. Enschede: NVAVG; 2017.
- Wieland J. Psychopathology in borderline intellectual functioning. *Explorations in secondary mental health care*. Universiteit Leiden, 2016.
- Ras M, Verbeek-Oudijk D, Eggink E. Lasten onder de loep. De kostengroei van de zorg voor verstandelijk gehandicapten ontrafeld. 2013. Den Haag, SCP.
- Woittiez I., Putman L., Eggink E., Ras M. Zorg beter begrepen. Verklaringen voor de groeiende vraag naar zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Den Haag: SCP; 2014.
- Sheehan R., Hassiotis A., Walters K., Osborn D., Strydom A., Horsfall L. Mental illness, challenging behaviour, and psychotropic drug prescribing in people with intellectual disability: UK population based cohort study. *BMJ* 2015; 351: h4326.
- Hassiotis A., Strydom A., Hall I., Ali A., Lawrence-Smith G., Meltzer H. et al. Psychiatric morbidity and social functioning among adults with borderline intelligence living in private households. *J Intellect Disabil Res* 2008; 52: 95-106.
- Wieland J., Kapitein-de H.S., Zitman F.G. Psychiatric disorders in outpatients with borderline intellectual functioning: comparison with both outpatients from regular mental health care and outpatients with mild intellectual disabilities. *Can J Psychiatry* 2014; 59: 213-9.
- Gigi K., Werbeloff N., Goldberg S., Portuguese S., Reichenberg A., Fruchter E. et al. 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.
- Emerson E., Einfeld S., Stancliffe R.J. The mental health of young children with intellectual disabilities or borderline intellectual functioning. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010; 45: 579-87.
- Einfeld S.L., Piccinin A.M., Mackinnon A., Hofer S.M., Taffe J., Gray K.M. et al. Psychopathology in young people with intellectual disability. *JAMA* 2006; 296: 1981-9.
- Nieuwenhuis J., e.a. A blind spot? Screening for mild and borderline intellectual disabilities in admitted psychiatric patient: a study on the prevalence and associations with coercive measures. *Plos One* 2017; In press.
- Neijmeijer L., Moerdijk L., Veneberg G., Muusse C. Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ.

Een verkennend onderzoek. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010.

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- Sturmey P., Didden R. Evidence based practice and intellectual disabilities. London: Wiley-Blackwell; 2014.
- Taylor L., Lindsay W., Hastings R., Hatton C. Psychological therapies for adults with intellectual disabilities. Chichester: Wiley-Blackwell; 2013.
- Martens M., Hesselink A., Ulrich P., Neijenhuis J. Basisset Kwaliteitscriteria GGZ. Geformuleerd van uit cliënten- en familieperspectief. Landelijk Platform GGZ; 2015.
- GGZ Nederland. Meerjarenvisie GGZ Nederland 2013-2020. De GGZ in beweging. 2016. Amersfoort, GGZ Nederland.
- Langdon P.E., Talbot T.J. Locus of control and sex offenders with an intellectual disability. Int J Offender Ther Comp Criminol 2006; 50: 391-401.
- Wehmeyer M.L., Palmer S.B. Perceptions of control of students with and without cognitive disabilities. Psychol Rep 1997; 81: 195-206.
- Donner B., Mutter R., Scior K. Mainstream in-patient mental health care for people with intellectual disabilities: Service user, carer and provider experiences. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 2010; 23: 214-24.
- van den Bogaard K., Austin J., Heerkens L., Embregts P. Psychische stoornissen en een lichte verstandelijke beperking: het cliëntperspectief op kwaliteit en begeleiding en behandeling. Universiteit van Tilburg, Tranzo; 2016.
- Reuzel E.A.A., Embregts P.J.C.M., Bosman A., van de Nieuwenhuizen M., Jahoda A. Perceptions and expectations of regular support meetings between staff and people with an intellectual disability. Journal of Intellectual and Developmental Disability 2016; 1-9.
- Embregts P.J.C.M. Zie mij als mens! In: Embregts P.J.C.M., editor. Menslievende professionalisering in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking: aansluiten bij cliënten en hun ouders. Arnhem: HAN University Press; 2011.
- van Oorsouw W.M., Embregts P.J., Bosman A.M. Evaluating staff training: taking account of interactions between staff and clients with intellectual disability and challenging behaviour. J Intellect Dev Disabil 2013; 38: 356-64.
- Jahoda A., Wanless L.K. Knowing you: the interpersonal perceptions of staff towards aggressive individuals with mild to moderate intellectual disabilities in situations of conflict. J Intellect Disabil Res 2005; 49: 544-51.
- Reinders H. The importance of tacit knowledge in practices of care. J Intellect Disabil Res 2010; 54 Suppl 1: 28-37.
- van Staveren R. Gezamenlijke besluitvorming in de praktijk. Patiëntgerichte gespreksvaardigheden. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2011; 155:A3777.
- Stacey D., Legare F., Col N.F., Bennett C.L., Barry M.J., Eden K.B. et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev 2014; CD001431.
- Frielink N., Schuengel C., Kroon A., Embregts P.J. Pretreatment for substance-abusing people with intellectual disabilities: intervening on autonomous motivation for treatment entry. J Intellect Disabil Res 2015; 59: 1168-82.
- Willems A., Embregts P., Wijnants T., Hendriks L., Bosman A. Dynamic patterns of three staff members interacting with a client with an intellectual disability and challenging behaviour: suggestions for coaching. Submitted 2016.
- Dosen A. Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap. Een integratieve

benadering bij kinderen en volwassenen. Assen: Van Gorcum BV; 2014.

- Wieland J., Aldenkamp E., van den Brink A. Een laag IQ in de GGZ. Beperkt begrepen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2017.
- WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health. 2001. Geneva, World Health Organization.
- Didden R., Troost P., Moonen X., Groen W. Handboek Psychiatrie en lichte verstandelijke beperking. Utrecht: De Tijdstroom; 2016.
- Van Gennep A. Richtlijnen voor de praktijk van onderzoek en diagnostiek van problemen met de geestelijke gezondheid bij volwassenen met een verstandelijke beperking. Utrecht: LKNG; 2002.
- Smiley E., Cooper S.A., Finlayson J., Jackson A., Allan L., Mantry D. et al. Incidence and predictors of mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prospective study. Br J Psychiatry 2007; 191: 313-9.
- van den Berg M., Schoenmaker C.G. Effecten van preventie. Deelrapport van de VTV 2010. Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM; 2010.
- Hoekman J. Handreiking vroegsignalering van een LVB. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB; 2015.
- Kaal H.L., Nijman H.L.I., Moonen X.M.H. SCIL. Voor volwassenen (SCIL 18+) en jongeren van 14 tot en met 17 jaar (SCIL14-17). Handleiding. Amsterdam: Hogrefe; 2015.
- Fletcher R.J., Barnhill L.J., C, per S.A. The diagnostic manual intellectual disability 2 (DM-ID-2). A textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability. Kingston: NY: NADD Press; 2016.
- Moss S., Prosser H., Ibbotson B., Goldberg D. Respondent and informant accounts of psychiatric symptoms in a sample of patients with learning disability. J Intellect Disabil Res 1996; 40 (Pt 5): 457
- Wieland J., Kapitein S., Baas R.W.J. ROM voor mensen met een laag IQ: welke instrumenten zijn er en welke gebruikt men? Tijdschrift voor Psychiatrie 2009; 51: P-27.
- Schuengel C., Janssen C.G.C. People with Mental Retardation and Psychopathology: Stress, Affect Regulation and Attachment: A Review. International Review of Research in Mental Retardation. Academic Press; 2006. p. 229-60.
- Wallander J.L., Dekker M.C., Koot H.M. Risk factors for psychopathology in children with intellectual disability: a prospective longitudinal population-based study. J Intellect Disabil Res 2006; 50: 259-68.
- Verhulst F.C., Koot H.M. Epidemiology of child and adolescent psychopathology. Oxford: Oxford Press; 1995.
- Emerson E. Health Inequalities and People with Intellectual Disabilities. New York: Cambridge University Press; 2013.
- Dosen A. Integrative treatment in persons with intellectual disability and mental health problems. J Intellect Disabil Res 2007; 51: 66-74.
- Walburg J.A. Positieve gezondheid, naar een bloeiende samenleving. Bohn Stafleu van Loghum; 2015.
- Wiegant F., Bakker M., Dijk W., Prins H., Huber M.A.S. The challenge of measuring health as the ability to adapt. Adaptive Medicine 2013; 5: 93-105.
- Huber M., Knottnerus J.A., Green L., van der Horst H., Jadad A.R., Kromhout D. et al. How should we define health? BMJ 2011; 343: d4163.
- van der Nagel J., Kiewik M., Didden R. Iedereen gebruikt toch. Utrecht: Boom psychologie; 2013.
- Naaldenberg J., Kuijken N., van D.K., van Schrojenstein Lantman de Valk. Topics, methods and

challenges in health promotion for people with intellectual disabilities: a structured review of literature. Res Dev Disabil 2013; 34: 4534-45.

- Schaefer, G. B. (2016). Clinical Genetic Aspects of ASD Spectrum Disorders. Int J Mol Sci, 17(2). doi:10.3390/ijms17020180
- Schaefer, G. B. (2016). Clinical Genetic Aspects of ASD Spectrum Disorders. Int J Mol Sci, 17(2). doi:10.3390/ijms17020180.
- Rot E.J.W. Handreiking Balans in Beeld. Jongeren met een licht verstandelijke beperking uitdagen zonder hen te overvragen of ondervragen. 2013.
- Wehmeyer M.L. The Oxford handbook of positive psychology and disability. Oxford: University Press; 2013.
- Weet wat je kan, in gesprek over LVB. Trajectum, 2015.
- van Asselt-Goverts A.E., Embregts P.J.C.M., Hendriks A.H.C. Evaluation of a social network intervention for people with mild to borderline intellectual disabilities. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 2017; In press.
- Roos J., Didden R., Steenbergen B. Vakwerk! Handboek voor begeleiders 24-uurs-zorg die werken met cliënten met een lichte verstandelijke beperking en ernstige gedragsstoornissen en/of psychiatrische aandoeningen. Den Dolder/Nijmegen: De Borg/HAN VDO; 2010.
- Twint B., de Bruijn J. Handboek verstandelijke beperking. 24 succesvolle methoden. Uitgeverij Boom; 2014.
- van Wouwe H., van de Weerd D. Het gewone leven ervaren. Triple-C in theorie en praktijk. Sliedrecht: ASVZ; 2015.
- Douma J. Richtlijn diagnostisch onderzoek LVB: aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en afnemen van diagnostische instrumenten bij mensen met een verstandelijke beperking. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG; 2012.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. Inventarisatie Diagnostiek bij LVB. 2013.
- Pearson. WAIS-IV-NL. Theoretisch model en aanpassingen ten opzicht van de WAIS-III-NL. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.; 2012.
- Kort W., Schittekatte M., Bosmans N., Compaan E.L., Dekker P.H., Vermeir G. et al. WISC-III-NL. Wechsler Intelligence Scale for Children. Derde editie NL. Handleiding en verantwoording. Amsterdam: Harcourt Test Publishers/Nederlands Instituut voor Psychologen; 2005.
- Hendriksen J., Hurks P. Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence - Third Edition - Nederlandstalige versie (WPPSI-III NL). Pearson Assessment and Information B.V, 2010.
- Mulder J.L., Dekker R., Dekker P.H. Kaufman - Intelligentietest voor adolescenten en volwassenen (KAIT). Nederlandstalige bewerking van de Kaufman Adolescent and Adult Intelligence Test: Handleiding. Leiden: PITS; 2004.
- Tellegen P.J., Laros J.A. SON-R 6-40: Snijders-Oomen niet-verbale intelligentietest. I. Verantwoording. Amsterdam: Hogrefe uitgevers; 2011.
- Smidts D.P., Huizinga M. BRIEF: Executieve functies gedragsvragenlijst: handleiding. Amsterdam: Hogrefe; 2009.
- van Manen T.G., Prins P., Emmelkamp P.M.G. SCVT Sociaal Cognitieve Vaardigheden Test Handleiding. Bohn Stafleu van Loghum; 2009.
- Morisse F., Dosen A. SEO-R2: Schaal voor Emotionele Ontwikkeling van mensen met een verstandelijke beperking - revised. Antwerpen-Apeldoorn: Garant; 2016.
- Hoekman J., Miedema A., Otten B., Gielen J. ESSEON: Experimentele schaal voor beoordeling van het sociaal-emotionele ontwikkelingsniveau. Handleiding en verantwoording. Leiden: Pits B.V.; 2007.
- Sparrow S.S., Cicchetti D.V., Balla D.A. Vineland Adaptive Behavior Scales. Second edition. Circle

Pines, MN: American Guidance Service; 2005.

- van der Nagel J. Is it just the tip of the Iceberg? Substance use and misuse in Intellectual Disability (SumID). Nijmegen: Radboud University, 2016.
- Braam W., van Duinen-Maas M.J., Festen D.A.M., van Gelderen I., Huisman S.A., Tonino M.A.M. Medische zorg voor patiënten met een verstandelijke beperking. Houten: Pream; 2014.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- Embregts P.J.C.M., van Oorsouw W.M.W.J. Aandacht voor het gebruik van cognitieve gedragstherapie bij mensen met een (licht) verstandelijke beperking. Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk 2015; 331-9.
- Embregts P. Toepassing van procedures van zelfmanagement bij jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking. In: Didden R., editor. In perspectief. Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2006.
- Vereenoghe L., Langdon P.E. Psychological therapies for people with intellectual disabilities: a systematic review and meta-analysis. Res Dev Disabil 2013; 34: 4085-102.
- Lew M., Matta C., Tripp-Tebo C., Watts D. Dialectical Behavior Therapy (DBT) for individuals with intellectual disabilities: A program description. Mental Health Aspects of Developmental Disabilities 2006; 9: 1-13.
- Harper S.K., Webb T.L., Rayner K. The effectiveness of mindfulness-based interventions for supporting people with intellectual disabilities: a narrative review. Behav Modif 2013; 37: 431-53.
- Beail N. Psychological therapies and people who have intellectual disabilities. The British Psychological Society; 2016.
- Brown M., Marshall K. Cognitive behaviour therapy and people with learning disabilities: implications for developing nursing practice. J Psychiatr Ment Health Nurs 2006; 13: 234-41.
- Whitehouse R.M., Tudway J.A., Look R., Stenfert Kroese B. Adapting individual psychotherapy for adults with intellectual disabilities: A comparative review of the cognitive behavioural and psychodynamic literature. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 2006; 19: 55-65.
- Sturmey P. On some recent claims for the efficacy of cognitive therapy for people with intellectual disabilities. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 2006; 19: 109-17.
- Didden R. Gedragsanalyse en gedragstherapie bij mensen met een lichte verstandelijke beperking: Een tussenbalans. In perspectief: Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperkingen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2006. p. 101-26.
- Frielink N., Embregts P. Modification of motivational interviewing for use with people with mild intellectual disability and challenging behaviour. J Intellect Dev Disabil 2013; 38: 279-91.
- Stenfert Kroese B., Jahoda A., Pert C., Trower P., Dagnan D., Selkirk M. Staff expectations and views of cognitive behaviour therapy (CBT) for adults with intellectual disabilities. J Appl Res Intellect Disabil 2014; 27: 145-53.
- Taylor J. CBT for people with intellectual disabilities. BABCP Magazine 2005.
- Simonoff E., Taylor E., Baird G., Bernard S., Chadwick O., Liang H. et al. Randomized controlled double-blind trial of optimal dose methylphenidate in children and adolescents with severe attention deficit hyperactivity disorder and intellectual disability. J Child Psychol Psychiatry 2013; 54: 527-35.
- de Kuijper G., venhuis H., inderaa R.B., oekstra P.J. Effects of controlled discontinuation of long-term used antipsychotics for behavioural symptoms in individuals with intellectual disability. J Intellect Disabil Res 2014; 58: 71-83.
- Braam W., Keijzer H., Struijker B.H., Didden R., Smits M., Curfs L. CYP1A2 polymorphisms in slow

melatonin metabolisers: a possible relationship with autism spectrum disorder? J Intellect Disabil Res 2013; 57: 993-1000.

- Mancuso C.E., Tanzi M.G., Gabay M. Paradoxical reactions to benzodiazepines: literature review and treatment options. Pharmacotherapy 2004; 24: 1177-85.
- Kalachnik J.E., Hanzel T.E., Sevenich R., Harder S.R. Brief report: clonazepam behavioral side effects with an individual with mental retardation. J Autism Dev Disord 2003; 33: 349-54.
- Scheifes A., Walraven S., Stolker J.J., Nijman H.L., Egberts T.C., Heerdink E.R. Adverse events and the relation with quality of life in adults with intellectual disability and challenging behaviour using psychotropic drugs. Res Dev Disabil 2016; 49-50: 13-21.
- Kenniscentrum Pharos.
- de Kuijper G., Mulder H., Evenhuis H., Visser F., Hoekstra P.J. Effects of controlled discontinuation of long-term used antipsychotics on weight and metabolic parameters in individuals with intellectual disability. J Clin Psychopharmacol 2013; 33: 520-4.
- Rojo L.E., Gaspar P.A., Silva H., Risco L., Arena P., Cubillos-Robles K. et al. Metabolic syndrome and obesity among users of second generation antipsychotics: A global challenge for modern psychopharmacology. Pharmacol Res 2015; 101: 74-85.
- Young S.L., Taylor M., Lawrie S.M. "First do no harm." A systematic review of the prevalence and management of antipsychotic adverse effects. J Psychopharmacol 2015; 29: 353-62.
- Savarimuthu D., Bunnell T. The effects of music on clients with learning disabilities: a literature review. Complement Ther Nurs Midwifery 2002; 8: 160-5.
- de Witte M. Muziektherapie en emotieregulatie: een pilootstudie bij forensische patiënten met een licht verstandelijke beperking. Tijdschrift voor vaktherapie 2014; 10: 13-21.
- Oliver-Africano P., Murphy D., Tyrer P. Aggressive behaviour in adults with intellectual disability: defining the role of drug treatment. CNS Drugs 2009; 23: 903-13.
- Folostina R., Tudorache L., Michel T., Erzsébet, Duta N. Using drama therapy and storytelling in developing social competences in adults with intellectual disabilities of residential centers. Procedia - Social and Behavioral Sciences 2015; 186: 1268-74.
- Bellemans T., Hoek P., Scheffers M., van Busschbach J., Didden R. Psychomotorische therapie bij mensen met een licht verstandelijke beperking en problemen met emotie- en agressieregulatie. Directieve therapie 2016; 36: 148-68.
- Bouvet C., Coulet A. Relaxation therapy and anxiety, self-esteem, and emotional regulation among adults with intellectual disabilities: A randomized controlled trial. J Intellect Disabil 2016; 20: 228-40.
- Carraro A., Gobbi E. Effects of an exercise programme on anxiety in adults with intellectual disabilities. Res Dev Disabil 2012; 33: 1221-6.
- Carraro A., Gobbi E. Exercise intervention to reduce depressive symptoms in adults with intellectual disabilities. Percept Mot Skills 2014; 119: 1-5.
- Gilroy A. Art therapy, research, and evidence based practice. London: SAGE Publishing; 2007.
- Schouten K.A., de Niet G.J., Knipscheer J.W., Kleber R.J., Hutschemaekers G.J. The effectiveness of art therapy in the treatment of traumatized adults: a systematic review on art therapy and trauma. Trauma Violence Abuse 2015; 16: 220-8.
- de Weerd D., Slaa S., Muste E. Handboek sociotherapie. Theorie en praktijk voor hulpverleners in het sociaal-agogisch werkveld. Amsterdam: Boom Uitgevers; 2013.
- Roeleveld E., Embregts P., Hendriks M.C.P., van den Bogaard K. Zie mij als mens! Noodzakelijke competenties voor begeleiders volgens mensen met een verstandelijke beperking. Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk 2011; 50: 195-207.
- Forrester-Jones R., Carpenter J., Coolen-Schrijner P., Cambridge P., Tate A., Beecham J. The

social networks of people with intellectual disability living in the community 12 years after resettlement from long-stay hospitals. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2006; 19: 285-95.

- van Asselt-Goverts A.E., Embregts P.J., Hendriks A.H. Structural and functional characteristics of the social networks of people with mild intellectual disabilities. *Res Dev Disabil* 2013; 34: 1280-8.
- Crouzen M. Handleiding Client Directed Outcome Information (CDOI). 2010.
- Gezondheidsraad. Advies over hoogspecialistische GGZ. 2014.
- van der Nagel J, van Dijk EL, Kemna L, Barendregt EM, Wits E. (H)erkend en juist behandeld.
- Handreiking voor implementatie en uitvoering van een LVB-vriendelijke intake in de verslavingszorg. 2017. Utrecht, Perspectief.
- Vallenga D, van Ginkel L. Samenwerking als verstandelijk beperkte mensen een psychiatrische stoornis hebben. 2017. GGZ Centraal en 's Heeren Loo.
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN). Competentieprofiel voor beroepskrachten in het primaire proces van de gehandicaptenzorg die behandeling en begeleiding bieden aan mensen met een licht verstandelijke beperking met gedragsproblemen. Utrecht: VGN; 2015.
- Blom M., Driessen M, Heijnen-Kaales Y., Toonen R. Kwaliteitskader gehandicaptenzorg. Visiedocument 2.0. Utrecht: VGN; 2013.
- Buckles J., Luckasson R., Keefe E. A Systematic Review of the Prevalence of Psychiatric Disorders in Adults With Intellectual Disability, 2003–2010. *Journal of Mental Health Reserach in Intellectual Disabilities* 2013; 6: 181-207.
- Hwang Y.S., Kearney P. A systematic review of mindfulness intervention for individuals with developmental disabilities: long-term practice and long lasting effects. *Res Dev Disabil* 2013; 34: 314-26.
- Jennings C., Hewitt O. The use of cognitive behaviour therapy to treat depression in people with learning disabilities: a systematic review. *Tizard Learning Disability Review* 2015; 34: 314-26.
- Gilderthorp R.C. Is EMDR an effective treatment for people diagnosed with both intellectual disability and post-traumatic stress disorder? *J Intellect Disabil* 2015; 19: 58-68.
- Jennett H.K., Hagopian L.P. Identifying empirically supported treatments for phobic avoidance in individuals with intellectual disabilities. *Behav Ther* 2008; 39: 151-61.
- Gustafsson C., Öjehagen A., Hansson L., Sandlund M., Nyström M., Glad J. et al. Effects of psychosocial interventions for people with intellectual disabilities and mental health problems: a survey of systematic reviews. *Research on Social Practice* 2009; 19: 281-90.
- Flynn A.G. Fact or faith?: on the evidence for psychotherapy for adults with intellectual disability and mental health needs. *Curr Opin Psychiatry* 2012; 25: 342-7.
- Bhaumik S., Gangadharan S., Hiremath A., Russell P.S. Psychological treatments in intellectual disability: the challenges of building a good evidence base. *Br J Psychiatry* 2011; 198: 428-30.
- van der Nagel J., Kiewik M. Handleiding CGT+. Cognitief gedragstherapeutische behandeling van problematisch middelengebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. Stichting Resultaten Scoren; 2016.
- Egberts C. Driehoekskunde. Samenwerken in de driehoek cliënt, ouders en begeleider. Utrecht: 2012.
- Movisie. Transitie jeugdzorg: een overzicht.

9.3 Verdieping

9.3.1 Epidemiologie van psychische stoornissen bij mensen met ZB/LVB

Door methodologische en praktische problemen bij het uitvoeren van epidemiologisch onderzoek bij mensen met ZB/LVB, zijn gegevens over de incidentie (het aantal nieuwe gevallen) en de prevalentie (vóórkomen) van psychische stoornissen bij volwassenen met ZB/LVB beperkt. Er is geen recent Nederlands onderzoek en verschillende internationale onderzoeken laten een grote variatie in cijfers zien. Verschillen in onderzoekopzet, bijvoorbeeld wat betreft de doelgroep (alleen LVB versus LVB en zwakbegaafdheid) en de definitie van psychische stoornissen (soms inclusief gedragsproblemen) spelen hierbij een rol, evenals problemen met het diagnosticeren van een psychische stoornis in deze groep.

Bron: Sturmey P., Didden R. Evidence based practice and intellectual disabilities. London: Wiley-Blackwell; 2014.

Buckles J., Luckasson R., Keefe E. A Systematic Review of the Prevalence of Psychiatric Disorders in Adults With Intellectual Disability, 2003–2010. Journal of Mental Health Reserach in Intellectual Disabilities 2013; 6: 181-207.

9.3.2 Uitgangsvragen per thema

De werkgroep formuleerde 14 uitgangsvragen waar de generieke module antwoord op geeft. Deze vragen zijn beantwoord door middel van expert raadpleging, systematisch literatuuronderzoek en focusgroepen.

A. Epidemiologie
Wat is de prevalentie en incidentie:
➤ van patiënten/patiënten met LVB en een psychische stoornis in de GGz (huisartsenzorg, jeugdhulp, generalistische basisGGz en gespecialiseerde GGz)
➤ van patiënten/patiënten met een psychische stoornis in de VG sector en Wmo?
B. Signalering van een ZB/LVB of psychische stoornis
B1. Welke signalen wijzen op het samen voorkomen van een LVB en een psychische stoornis?
B2. Welk instrument (klinisch interview, screener, vragenlijst) is bij uitstek geschikt voor screening van LVB bij kinderen/jongeren/volwassenen met psychische stoornissen?
B3. Welk instrument (klinisch interview, screener, vragenlijst) is bij uitstek geschikt voor screening van psychische stoornissen bij kinderen/jongeren/volwassenen met een LVB?
C. Preventie van psychische stoornissen (inclusief signaleren van risicofactoren)
C1. Welke risicofactoren moeten tijdig worden gesignaleerd voor preventie van psychische stoornissen bij kinderen/jongeren/volwassenen met een LVB?
C2. Welke methoden zijn beschikbaar om deze risicofactoren te beïnvloeden?
D. Diagnostiek
D1. Welke (aanpassingen van) diagnostische processen en instrumenten ter vaststelling van psychische stoornissen bij kinderen/jongeren/volwassenen met een LVB zijn essentieel?
D2. Welke (aanpassingen van) diagnostische processen en instrumenten ter vaststelling van een LVB zijn essentieel bij kinderen/jongeren/volwassenen met een psychische stoornis?
E. Behandeling, begeleiding en herstel van psychische stoornissen
E1. Welke (eventueel aangepaste) psychosociale interventies ter behandeling van psychische stoornissen zijn bij uitstek geschikt voor kinderen/jongeren/ volwassenen met een LVB?
E2. Wat is er bekend over (benodigde aanpassingen) in de medicamenteuze behandeling van psychische stoornissen bij kinderen/ jongeren/volwassenen met een LVB?
E3. Welke aanpassingen van het behandelproces zijn essentieel voor passende en acceptabele behandeling (duur & frequentie van het contact, locatie, betrokkenheid belangrijke anderen) van psychische stoornissen bij kinderen/jongeren/volwassenen met een LVB?
E3a. Hoe kan Shared Decision Making (voor keuzes rond medicatie en overige behandel- en begeleidingsinterventies) worden toegepast en op welke manier kan dit het beste worden ingevuld?
E4. Welke (aanpassingen in) kennis, vaardigheden, attitude en bejegening van hulpverleners in huisartsenzorg, jeugdhulp, basisGGz, gespecialiseerde GGz en verstandelijk gehandicaptenzorg zijn essentieel bij de behandeling en begeleiding voor kinderen/jongeren/volwassenen met een LVB en een psychische stoornis?
E5. Wat zijn goede voorbeelden van de laatste drie jaar van begeleidingsmethoden en interventies gericht op herstel (werk, leren, sociale contacten, wonen, dagbesteding, antistigma) voor (kinderen/jongeren)/volwassenen met een LVB en een psychische stoornis?

9.3.3 De basisset kwaliteitscriteria GGZ

De Basisset kwaliteitscriteria GGZ (2015) bevat drie domeinen (context, proces en structuur). Elk domein bestaat uit 2 bouwstenen en elke bouwsteen uit 3 kwaliteitskenmerken:

Domein	Bouwsteen	Kwaliteitskenmerk
Context	Patiënt centraal	Regie over zorg
		Informatie en educatie
		Persoonlijk verhaal
	Zorg in triade	Inzet steunsysteem
		Systeemaanpak
		Psycho-educatie
Proces	Adequate zorg	Effectieve en efficiënte zorg
		Veilige en toegankelijke zorg
		Zorg op maat
	Integrale zorg	Keten/netwerkzorg
		Zorg en welzijn (levensbreed)
		Continuïteit van zorg
Structuur	Professionele zorg	Emotionele ondersteuning
		Clientgerichte omgeving
		Richtlijnen en procedures
	Transparante zorg	Kwaliteit van transparante zorg
		Kosten van transparante zorg
		Aanbod van transparante zorg

9.3.4 Literatuurverkenning psychotherapeutische interventies

Ter ondersteuning van het onderdeel [psychotherapeutische interventies](#) is een literatuurverkenning uitgevoerd, waarbij de volgende hoofdvraag centraal stond: Welke (eventueel aangepaste) psychosociale interventies ter behandeling van psychische stoornissen zijn bij uitstek geschikt voor de behandeling van volwassenen met ZB/LVB?

- Selectie van studies

De literatuursearch werd uitgevoerd in de databases PsychInfo, PubMed, CINCAHL en Cochrane Database of systematic reviews tot januari 2016. Er werden 128 systematische reviews en meta-analyses (vanaf inception) gevonden en 276 RCT's (vanaf inception).

De belangrijkste redenen voor exclusie van studies waren niet de juiste patiëntengroep (bijvoorbeeld dementie of autisme), niet het juiste onderwerp (bijvoorbeeld agressie of gedragsproblemen in het

algemeen) of geen psychosociale interventie gericht op de patiënt (bijvoorbeeld medicamenteuze behandeling of training van de ouders of begeleiders).

Aan de hand van de samenvattingen en titels van systematische reviews werd een selectie gemaakt van 4 reviews.

Bron: Vereenoghe L., Langdon P.E. Psychological therapies for people with intellectual disabilities: a systematic review and meta-analysis. Res Dev Disabil 2013; 34: 4085-102.

Zie ook:

Hwang Y.S., Kearney P. A systematic review of mindfulness intervention for individuals with developmental disabilities: long-term practice and long lasting effects. Res Dev Disabil 2013; 34: 314-26.

Jennings C., Hewitt O. The use of cognitive behaviour therapy to treat depression in people with learning disabilities: a systematic review. Tizard Learning Disability Review 2015; 34: 314-26.

Gilderthorp R.C. Is EMDR an effective treatment for people diagnosed with both intellectual disability and post-traumatic stress disorder? J Intellect Disabil 2015; 19: 58-68.

Er is ook gezocht naar losse RCT's op gebieden die nog niet gedekt waren door de reviews of van een meer recente datum waren, maar deze werden niet gevonden. Daarnaast zijn referentielijsten doorzocht, naar aanleiding hiervan is 1 review toegevoegd.

Bron: Jennett H.K., Hagopian L.P. Identifying empirically supported treatments for phobic avoidance in individuals with intellectual disabilities. Behav Ther 2008; 39: 151-61.

- Cognitieve gedragstherapie

Jennings en Hewitt bespreken 5 studies naar het gebruik van cognitieve gedragstherapie (CGT) bij depressie.

Bron: Jennings C., Hewitt O. The use of cognitive behaviour therapy to treat depression in people with learning disabilities: a systematic review. Tizard Learning Disability Review 2015; 34: 314-26.

De studies zijn heterogeen en de kwaliteit van de studies is beperkt (slechts 1 RCT), maar de resultaten wijzen erop dat CGT bij patiënten met een LVB en depressie de symptomen van

depressie kan verminderen. Dit sluit aan bij de bevindingen van Vereenhooghe waarin het effect van CGT op boosheid, depressie en interpersoonlijk functioneren werd bekeken op basis van 22 studies (slechts 3 studies met betrekking tot depressie, allen RCTs).

Bron: Vereenhooghe L., Langdon P.E. Psychological therapies for people with intellectual disabilities: a systematic review and meta-analysis. *Res Dev Disabil* 2013; 34: 4085-102.

Deze meta-analyse liet zien dat CGT een matig tot groot effect heeft op de depressieve klachten. Onderzoek naar CGT bij volwassenen met een angststoornis en een LVB werd niet gevonden.

- Gedragsinterventies

De review van Jennett en Hagopian bespreekt 12 case studies die erop wijzen dat gedragsinterventies met meerdere componenten effectief kunnen zijn bij de behandeling van specifieke fobie bij patiënten met een LVB.

Bron: Jennett H.K., Hagopian L.P. Identifying empirically supported treatments for phobic avoidance in individuals with intellectual disabilities. *Behav Ther* 2008; 39: 151-61.

Met name blootstelling en bekrachtiging hadden een positief effect, er is geen bewijs gevonden voor de effectiviteit van relaxatie of systematische desensitisatie. Gedragsinterventies zijn niet onderzocht met betrekking tot andere angststoornissen of stemmingsstoornissen.

- Andere behandelmethoden

Twee reviews, voornamelijk gebaseerd op case studies, laten zien dat zowel mindfulness bij psychische klachten in het algemeen als EMDR bij post-traumatische stressstoornis resulteren in een verbetering van de klachten.

Bron: Hwang Y.S., Kearney P. A systematic review of mindfulness intervention for individuals with developmental disabilities: long-term practice and long lasting effects. *Res Dev Disabil* 2013; 34: 314-26.

Gilderthorp R.C. Is EMDR an effective treatment for people diagnosed with both intellectual disability and post-traumatic stress disorder? *J Intellect Disabil* 2015; 19: 58-68.

Hoewel de validiteit en betrouwbaarheid van deze bevindingen zeer beperkt is gezien het onderzoeksdesign, wijzen de resultaten wel op klinische relevantie en het belang van verder onderzoek. Naar andere behandelmethoden, zoals gedragsactivatie of zintuiglijke interventies, is het onderzoek zeer beperkt en er kunnen daardoor geen uitspraken gedaan worden over de effectiviteit.

Bron: Sturmey P., Didden R. Evidence based practice and intellectual disabilities. London: Wiley-Backwell; 2014.

- Conclusie

In overeenstemming met andere overzichtsartikelen kan geconcludeerd worden dat de wetenschappelijke onderbouwing voor de effectiviteit van behandeling voor psychische stoornissen bij LVB zwak is.

Bron: Gustafsson C., Öjehagen A., Hansson L., Sandlund M., Nyström M., Glad J. et al. Effects of psychosocial interventions for people with intellectual disabilities and mental health problems: a survey of systematic reviews. Research on Social Practice 2009; 19: 281-90.

Flynn A.G. Fact or faith?: on the evidence for psychotherapy for adults with intellectual disability and mental health needs. Curr Opin Psychiatry 2012; 25: 342-7.

Het sterkste bewijs gevonden is voor CGT en componenten daarvan, maar ook daar is behoefte aan meer RCTs. Van andere behandelmethoden (waaronder ook psychodynamische behandeling) moet soms ook de klinische relevantie nog aangetoond worden. Bovendien richten vrijwel alle studies zich op LVB, de psychosociale behandeling van psychische stoornissen bij zwakbegaafde volwassenen is nauwelijks onderzocht.

Bron: Bhaumik S., Gangadharan S., Hiremath A., Russell P.S. Psychological treatments in intellectual disability: the challenges of building a good evidence base. Br J Psychiatry 2011; 198: 428-30.

9.3.5 Interventies ontwikkeld in de praktijk

Tal van behandelaren ontwikkelen aangepaste, van reguliere protocollen afgeleide, psychotherapeutische interventies ter behandeling van een psychische stoornis bij mensen met een ZB/LVB. Inmiddels zijn behandelingen beschikbaar die zich richten op een breed scala aan psychische stoornissen en stoornissen in het gebruik van middelen. Een voorbeeld is de aangepaste CGT behandeling voor stoornissen in het gebruik van middelen.

Bron: Van der Nagel J., Kiewik M. Handleiding CGT+. Cognitief gedragstherapeutische behandeling van problematisch middelengebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. Stichting Resultaten Scoren; 2016.

Zij maken gebruik van verschillende therapievormen zoals cognitieve gedragstherapie, psycho-educatie of EMDR. Ook is er aandacht voor de ontwikkeling van online behandelaanbod en interventies in de vorm van serious gaming en virtual reality.

Naast interventies die specifiek gericht zijn op de behandeling van een psychische stoornis, zijn ook interventies beschikbaar die zich richten op ondersteuning, ontwikkeling, gedrag en context. Bijvoorbeeld door te werken aan competenties of door de sociale omgeving te versterken of via practice-based begeleidingsmethodieken. Deze interventies worden veelal vanuit de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking ingezet en kunnen een belangrijke rol spelen in de preventie van psychische stoornissen, ondersteuning bij herstel en of (re)integratie en participatie.

Een aantal interventies zijn beoordeeld door Erkeningscommissies en mogelijk ook onderzocht op effectiviteit. Erkende interventies kunt u vinden in de databank voor geschikte interventies in de gehandicaptenzorg van Vilans of in de databank Effectieve jeugdinterventies van het Nederlands Jeugd Instituut.

Uit een inventarisatie onder expertisecentra gericht op ZB/LVB en psychiatrie blijkt dat er naast de erkende interventies nog veel meer interventies beschikbaar zijn. Veel van de centra hebben hun eigen behandeling voor verschillende psychische stoornissen ontwikkeld. In de meeste gevallen zijn van deze interventies intern goede beschrijvingen beschikbaar, in enkele gevallen staat op de site van het centrum ook een beschrijving van de ontwikkelde interventies. Wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van de interventies bij de doelgroep ontbreekt meestal nog, maar indien beschikbaar staat dit ook op de betreffende site beschreven.

9.3.6 Off-label voorschriften KNMG

Volgens het KNMG is off-label voorschrijven van medicatie toegestaan in 5 situaties:

1. Het geneesmiddel is geregistreerd voor een indicatie, waarbij het gebruik beperkt is als derde of vierde keuze, en men wil het als eerste- of tweede keuzemiddel gebruiken.
2. Het geneesmiddel wordt voorgeschreven bij een andere patiëntengroep dan waarvoor de indicatie bedoeld is.
3. Er zijn onvoldoende gegevens om het middel voor te schrijven bij patiënten met een ernstige stoornis, terwijl die gegevens er wel zijn bij patiënten met een geringe stoornis.
4. Het kan zijn dat kinderen voor een indicatie worden uitgesloten omdat er geen wetenschappelijke gegevens, geen passende toedieningsvorm en dosering beschikbaar zijn.
5. Het geneesmiddel wordt voor een hele andere indicatie gebruikt.

Regels voor het off-label voorschrijven:

- Bij bovenstaande eerste drie situaties hoeven geen uitgebreide behandelprotocollen aanwezig te

zijn en kan men volstaan met gedocumenteerde gegevens van de beroepsgroep. Voorbeelden hiervan zijn de richtlijnen van het Landelijk Overlegorgaan Kankercentra, werkgroepen geriatrie of het kinderformularium.

- In de overige situaties zijn landelijke richtlijnen gewenst. Als die er (nog) niet zijn, moet de arts over het off-label voorschrift overleggen met de apotheker, voordat deze het aflevert.
- De arts informeert de patient dat hij een off-label geneesmiddel krijgt voorgeschreven. De patient verleent daarvoor zijn toestemming (informed consent). Het is aan te raden dit zorgvuldig te documenteren.
- De arts moet nagaan of een acceptabele andere behandeling met een voor die aandoening geregistreerd geneesmiddel beschikbaar is.
- De arts maakt een goede afweging tussen eventuele risico's en het nut van het off-label geneesmiddel. Wetenschappelijke verenigingen van specialisten die veel off-label voorschrijven, dienen hun leden over deze regels en afspraken voor te lichten.

9.3.7 Cytochroom P450 enzymen

Cytochroom P450 enzymen (CYP) zijn in de lever betrokken bij het omzetten van medicijnen. Hun genetische opmaak kan verschillen, wat leidt tot een veranderd metabolisme. Het metabolisme kan hierbij op twee manieren afwijken: de afbraak van medicatie wordt 1) vertraagd waardoor bij lage dosering al veel bijwerkingen optreden of 2) versneld waardoor het therapeutisch effect uitblijft bij een normale of hoog-normale dosering en geen bijwerkingen optreden bij hoge doseringen.

Binnen de populatie met ZB/LVB is nooit gericht onderzoek gedaan naar de prevalentie van het CYP-polymorfisme. Klinische ervaring leert dat zowel vertraagde als versnelde afbraak regelmatig voorkomen.

9.3.8 Codering medicijngebruik

Onderstaande, of een soortgelijke, codering kan opgenomen worden in het zorgplan om de veiligheid rondom medicatiegebruik te vergroten:

Code 1: De patiënt is zelfstandig

- De patiënt is verantwoordelijk voor het zorgvuldig opbergen, inname, gebruik en bestelling van geneesmiddelen.

Code 2: De begeleiding is verantwoordelijk voor bestellingen

- De patiënt krijgt de bestelling van de begeleiding.
- De patiënt is verantwoordelijk voor het zorgvuldig opbergen, inname en gebruik van geneesmiddelen.

Code 3: De begeleiding is verantwoordelijk voor bestellingen en opbergen medicatie

- De begeleiding geeft dagelijks medicatie voor de hele dag aan de patiënt.
- De patiënt is per dag verantwoordelijk voor zorgvuldig beheer, inname en gebruik medicatie.

Code 4: De begeleiding is verantwoordelijk voor bestellingen en ter hand stellen per tijdstip.

- De begeleiding geeft de patiënt per tijdstip van de dag medicatie.
- De patiënt is verantwoordelijk voor juiste inname en juist gebruik per tijdstip.

Code 5: De patiënt heeft geen verantwoordelijkheden

- De begeleiding is verantwoordelijk voor het bestellen, zorgvuldig opbergen, inname en gebruik van medicatie per tijdstip.

9.3.9 Gebruik psychofarmaca bij kinderen

Een recente RCT laat zien dat bij kinderen met LVB en ADHD het middel van eerste keuze (Methylfenidaat) minder effectief is dan in de algemene bevolking: namelijk bij 40% in plaats van 70%.

Bron: Simonoff E., Taylor E., Baird G., Bernard S., Chadwick O., Liang H. et al.
Randomized controlled double-blind trial of optimal dose methylphenidate in children and adolescents with severe attention deficit hyperactivity disorder and intellectual disability. J Child Psychol Psychiatry 2013; 54: 527-35.

Hoewel dezelfde bijwerkingen als in de algemene bevolking werden gezien, werden deze vaker gerapporteerd. Het is onduidelijk in hoeverre dit generaliseerbaar is naar andere medicijnen en of aandoeningen, zoals bijvoorbeeld Risperidon dat frequent bij kinderen met autisme spectrum stoornissen wordt voorgeschreven. De klinische ervaring leert dat ook bij andere indicaties/medicijnen kinderen met een ZB/LVB kwetsbaar zijn om bijwerkingen te ontwikkelen en soms al op zeer lage doseringen baat hebben bij de medicatie.

9.3.10 Signaleringsplan

Een voorbeeld van een handleiding voor het opstellen van een signaleringsplan bij patiënten met ZB/LVB en psychische stoornissen, en tevens een aantal voorbeelden van dergelijke plannen, is te vinden op www.de-borg.nl.

Zie: www.cce.nl voor een overzicht van mogelijke signaleringsplannen en de voor- en nadelen van het werken ermee.

9.3.11 Practice-based begeleidingsmethodieken

Bestaande practice-based begeleidingsmethodieken die aansluiten bij de vaardigheden en kwetsbaarheden van deze doelgroep zijn bijvoorbeeld:

- Triple-C , Weet-wat-je-kan
- Balans-in-beeld
- Samenwerken in de driehoek patiënt, familie en begeleiding.

9.3.12 Hoogspecialistische GGz

Hoogspecialistische GGz betreft naar analogie van de algemene gezondheidszorg derdelijns zorg, zoals geleverd door universitaire medische centra en top-klinische opleidingsziekenhuizen. De positie van de hoogspecialistische GGz is echter nog niet duidelijk omlind. Wel ontvingen inmiddels meer dan 40 afdelingen en centra het keurmerk TOPGGz van de Stichting Topklinische GGz. Er is nog geen keurmerk TOPGGz op het gebied van psychiatrie en verstandelijke beperking.

9.3.13 Competenties

Vanuit de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking zijn verschillende van deze competenties beschreven voor LVB.

Bron: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN). Competentieprofiel voor beroepskrachten in het primaire proces van de gehandicaptenzorg die behandeling en begeleiding bieden aan mensen met een licht verstandelijke beperking met gedragsproblemen. Utrecht: VGN; 2015.

De hieronder beschreven competenties gaan over vraaggericht werken, communicatie, passende behandeling en omgaan met grenzen. Deze competenties gelden vaak ook indien er geen sprake is van ZB/LVB, maar zijn voor de huidige doelgroep van nog groter belang.

Vraaggericht werken

- De ondersteuningsbehoefte van de patiënt duidelijk krijgen. Bijvoorbeeld door deze via klinisch onderzoek, in gesprek met de betrokkenen of via vragenlijstonderzoek te objectiveren en in kaart te brengen en te onderscheiden van subjectieve wensen van de betrokkene.
- Het perspectief van de patiënt staat centraal. Ook indien de behandelaar zich probeert in te leven in de patiënt, zal hij of zij niet per definitie dezelfde inschatting maken als de patiënt zelf.

Communicatie

- Een betrouwbare relatie met de patiënt opbouwen, zodat de patiënt zich gehoord, veilig en op zijn gemak voelt. Hierbij geldt: duidelijk zeggen wat je doet en doen wat je zegt. Beschikbaarheid, ook bij tegenslag of ongewenst gedrag, is van belang.
- Aandacht hebben voor het persoonlijk netwerk van de patiënt door dit netwerk in beeld te brengen, na te gaan in hoeverre het netwerk voor ondersteuning zorgt en het netwerk te betrekken bij de behandeling.
- Verschillende methoden en technieken inzetten en de communicatie en bejegening afstemmen op de mogelijkheden van de patiënt. Bijvoorbeeld door tempo en taal aan te passen en af te stemmen op het lagere IQ, te structureren en visualiseren, en aan te sluiten bij het sociaal-emotionele functioneren en daarbij recht te doen aan de hang naar autonomie.
- Schriftelijke of digitale verslaglegging in aangepaste vorm, zodat de patiënt het zelf ook goed begrijpt. Denk ook aan gebruik van smart phone (video opname van afspraken bijvoorbeeld t.b.v. ondersteuningsplan); Whatsapp communicatie (direct en snel contact met begeleider / behandelaar)

en relevante vormen van E-health.

Passende behandeling

- Kennis over ZB/LVB en het effect op het ontstaan en beloop van psychische stoornissen.
- Kennis van adequate diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen bij patiënten met ZB/LVB. Dat wil zeggen, goede kennis van de bestaande richtlijnen en protocollen en kennis over de manier waarop deze kunnen worden aangepast voor patiënten met ZB/LVB en vertalen van symptomen en gedragingen van de patiënt naar vragen en behandeldoelen, de behandeling afstemmen op de situatie en het vermogen van de patiënt, de leefomgeving gebruiken als leersituatie, en negatieve denk- en gedragspatronen veranderen.

Omgaan met grenzen

- Eigen grenzen bepalen in de omgang met de patiënt en daarnaar handelen, hierdoor weet de patiënt waar hij aan toe is.
- Op respectvolle en heldere wijze optreden bij agressie, onverwachte, lastige en/of crisissituaties, zodat de patiënt leert van de gebeurtenis en/of zijn omgeving geen gevaar loopt. Van belang is het inschatten van risicosituaties en het preventief handelen, maar ook om daarna de relatie te herstellen in plaats van te vertrekken of af te wijzen.

Regie en coördinatie: samenwerken in een behandelteam en hierbij zorgen voor een goede overdracht van informatie.

9.3.14 Jeugdwet

Sinds 1 januari 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor jeugdzorg. Hieronder vallen: jeugdbescherming, jeugdreclassering, jeugdzorgPlus (voorheen: gesloten jeugdzorg), jeugd-GGz (geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen) en jeugd-LVB (zorg voor jeugd met een licht verstandelijke beperking). De gemeenten waren al langer verantwoordelijk voor preventief lokaal jeugdbeleid, jeugdgezondheidszorg en ondersteuning bij (lichte) opvoedingsvragen.

De gemeenten waren al langer verantwoordelijk voor preventief lokaal jeugdbeleid, jeugdgezondheidszorg en ondersteuning bij (lichte) opvoedingsvragen.: Movisie.

Transitie jeugdzorg: een overzicht. 2015

[Meer informatie](#)