

GGZ Standaarden

Deze pdf is gepubliceerd op 30-10-2025 om 08:59. Bekijk de meest actuele versie op
<https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychische-stoornissen-en-een-laag-iq>

Auteur: Akwa GGZ Autorisatiedatum: 29-10-2025 Beoordelingsdatum: 29-10-2025

Zorgstandaard

Psychische stoornissen en een laag IQ

Psychische stoornissen en een laag IQ

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Introductie	5
1.1 Introductie	5
2. Over psychische stoornissen en een laag IQ	6
2.1 Over welke mensen gaat deze standaard?	6
2.1.1 Wat bedoelen we met laag IQ, zwakbegaafdheid en LVB?	6
2.1.2 Wat is adaptief functioneren?	8
2.2 Psychische stoornissen bij patiënten met een laag IQ	9
2.2.1 Hoe zorg je voor de juiste afstemming met patiënten met een laag IQ?	10
2.2.2 Risicofactoren voor psychische stoornissen bij mensen met een laag IQ	11
2.3 Leeswijzer	12
2.3.1 Hoe deze standaard te gebruiken?	12
2.3.2 Hoe deze standaard te lezen?	13
3. Herkennen, screenen en afstemmen	14
3.1 Herkennen	14
3.2 Screenen	16
3.3 Afstemmen en communiceren	17
3.3.1 Hoe kun je een goed gesprek voeren?	17
3.3.2 Hoe kun je schriftelijke communicatie afstemmen?	18
3.3.3 Hoe vind je de juiste bejegening?	18
4. Aanmelden en verwijzen	20
4.1 Aanmelden en verwijzen	20
4.1.1 Patiënt in de huisartsenpraktijk	20
4.2 Wel of niet verwijzen?	20
4.3 Intakegesprek in de ggz	21
4.4 Exploreren van klachten	22
4.5 Interpretieren van klachten	24
5. Diagnosticeren	26
5.1 Diagnostiek	26

5.2 Gebruik van diagnostisch materiaal	27
5.3 Beschrijvende diagnose	28
5.4 Voorbeelden van aandachtspunten bij de diagnostiek van psychische symptomen bij patiënten met een laag IQ	29
6. Indiceren	30
6.1 Indiceren	30
6.2 Opstellen van een behandelplan	31
7. Behandelen	32
7.1 Behandelen	32
7.2 Afstemmen van behandeling op mensen met een laag IQ	32
7.3 Psychotherapie	33
7.4 Vaktherapie	34
7.5 Medicatie	35
7.6 Herstelondersteunende zorg	37
7.7 Aanvullende tips	39
8. (Be)handelen bij acute zorg, crisis en suïcidaliteit	40
8.1 Een crisis	40
8.2 Acute zorg	40
8.3 Crisisbeoordeling en crisisinterventies	41
8.4 Suïcidaliteit	41
9. Monitoren en Evalueren	43
9.1 Monitoren	43
9.2 Evalueren	43
10. Afsluiten	44
10.1 Afsluiten	44
11. Organisatie van zorg	45
11.1 Organisatie van zorg	45
11.1.1 Wie wordt waar behandeld in de ggz?	45
11.1.2 Welke professionals zijn betrokken bij de zorg voor mensen met een laag IQ?	49
11.1.3 Welke competenties hebben professionals nodig?	49
11.1.4 Aan welke kwaliteitsnormen moet de zorg voldoen?	50
11.1.5 Welke wetgeving is van belang bij onvrijwillige/verplichte zorg?	51

11.1.6 Wat is de rol van naasten, en hoe zit het met mentorschap, bewindvoering en curatorschap?	52
11.1.7 Financiering van zorg	53
11.2 Samenwerking	54
12. Kwaliteitsindicatoren	56
12.1 Kwaliteitsindicatoren	56
13. Achtergronddocumenten	57
13.1 Verdieping behandelingen	57
13.1.1 Resourcegroepen	57
13.1.2 Behandel- en begeleidingsmodules ter inspiratie	58
13.1.3 Te raadplegen boeken	59
13.2 Verdieping signaleringsplan	59
13.3 Verdieping financiën	60
13.3.1 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg	60
13.4 Werkgroep patiënten	61
14. Referentielijst	63

1. Introductie

Autorisatiedatum 29-10-2025 Beoordelingsdatum 29-10-2025

1.1 Introductie

In deze zorgstandaard vind je informatie over psychische stoornissen bij mensen met een laag IQ. Ze richt zich op volwassenen met psychische stoornissen en een laag IQ met een focus op mensen met zwakbegaafdheid.

Deze zorgstandaard beschrijft het traject in de ggz van patiënten met psychische stoornissen en een laag IQ. Deze groep is oververtegenwoordigd in kwetsbare populaties zoals mensen met een lage sociaaleconomische status, armoede, laaggeletterdheid, beperkte gezondheidsvaardigheden en, somatische- of psychische problemen. ^{1 2 3 4 5 6}

Je leest hoe je kunt afstemmen op patiënten met een laag IQ, waardoor de beste behandelopties worden bepaalt en welke aanpassingen je kunt maken binnen bestaande behandelingen. Bijvoorbeeld op het gebied van communicatie, bejegening en attitude.

De zorgstandaard is vastgesteld in 2025.

- Lees hier de [Samenvatting](#) van de standaard voor een overzicht van alle fasen van het zorgproces.
- De [Algemene visie op zorg](#) vormt de basis van de zorgstandaard.
- De zorgstandaard is ontwikkeld door een werkgroep van zorgverleners, patiënten en hun naasten. In het document [Totstandkoming en methoden](#) staat een overzicht van de werkgroep, de doelstelling van de standaard.
- De standaard is goedgekeurd door beroepsorganisaties en organisaties voor patiënten en hun naasten.
- Op [Thuisarts vind je de patiënteninformatie](#) voor deze zorgstandaard.

De zorgstandaard gebruiken:

-Op het tabblad [Hulpmiddelen](#) vind je aanvullende hulpmiddelen voor het gebruik van deze standaard.

-Met een [TeamTalk](#) over laag IQ kun je gratis deskundigheidsbevordering door een expert aanvragen. De expert komt langs bij jouw team, of verzorgt een online sessie. Akwa GGZ organiseert dit voor je.

2. Over psychische stoornissen en een laag IQ

Autorisatiedatum 29-10-2025 Beoordelingsdatum 29-10-2025

2.1 Over welke mensen gaat deze standaard?

Deze zorgstandaard gaat over volwassen patiënten in de ggz met een (vermoeden van) een laag IQ en (beginnende) psychische stoornissen.

Dit is een grote en zeer diverse groep patiënten* met uiteenlopende mogelijkheden en problemen. Ze zijn of komen in zorg bij de ggz vanwege psychische stoornissen. Het lagere IQ interfereert, in meer of mindere mate, met deze psychische stoornissen.

Voor zowel patiënten als voor behandelaren is het uiterst belangrijk om deze interferentie zo vroeg mogelijk in een behandeltraject te onderkennen. Niet om deze patiënten uit te sluiten van ggz-behandeling, niet om hen te stigmatiseren, wel om als hulpverlener zo goed mogelijk af te stemmen. En zo hun psychische stoornissen zo effectief mogelijk te kunnen behandelen.

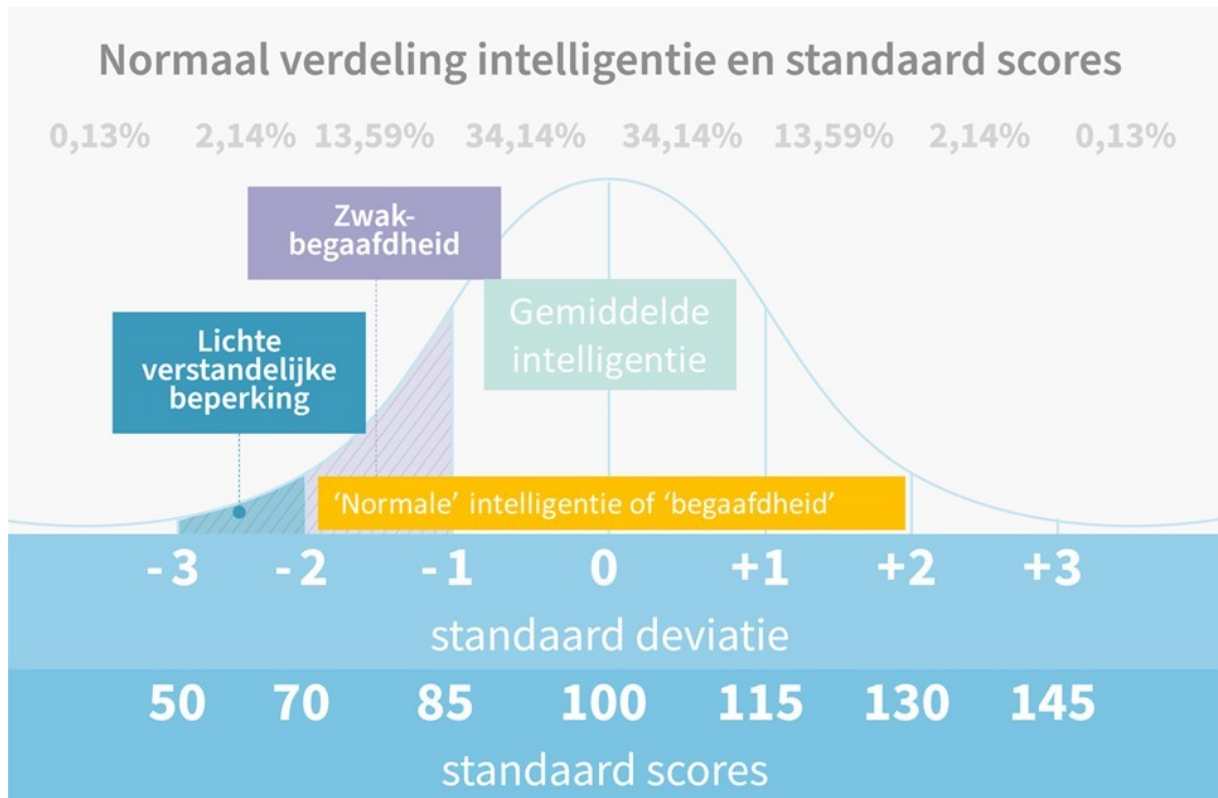
Laag IQ-LVB-Zwakbegaafdheid

In de zorgstandaard is gekozen voor de term mensen met een laag IQ. Het gebruik van de term 'laag IQ' is een noodgreep, die de lading niet dekt als we de doelgroep waarover het gaat willen omschrijven. Zoals we verder zullen zien, geldt dit ook voor de in Nederland veel gebruikte term LVB. Een eenduidige, passende benaming is lastig te vinden.

* Toelichtingen

patiënten: Deze zorgstandaard richt zich niet op patiënten die op latere leeftijd, bijvoorbeeld vanwege niet aangeboren hersenletsel of ten gevolge van een ernstige psychiatrische stoornis, hun oorspronkelijke niveau van functioneren verliezen. Elementen uit deze zorgstandaard kunnen bruikbaar zijn voor deze groepen mensen. Hetzelfde geldt voor patiënten uit andere groepen, bijvoorbeeld jongeren met een laag IQ of ouderen die adaptieve problemen ervaren.

2.1.1 Wat bedoelen we met laag IQ, zwakbegaafdheid en LVB?



Laag IQ

Bovenstaande figuur toont de normaalverdeling van intelligentie. In deze zorgstandaard verwijst laag IQ naar een score van ongeveer 85 of lager op een gestandaardiseerde intelligentietest.

Op basis van deze verdeling:

- haalt ongeveer 16% van de Nederlandse bevolking een IQ onder de 85;
- scoort zo'n 13,6% een IQ tussen 70 en 85 (1 en 2 standaarddeviaties onder het gemiddelde).

In de DSM 5-TR wordt *zwakbegaafdheid* niet als een stoornis of beperking gezien, maar valt het onder de V-codes. Qua IQ gaat het om mensen met een IQ tussen 70 en 85. De omschrijving in de DSM5-TR is wat abstract. In de context van de ggz kunnen we stellen dat de term zwakbegaafdheid verwijst naar mensen met een IQ- range en met adaptieve problemen.

Bij mensen met een Totaal IQ score lager dan 70 en adaptieve problemen is sprake van een *verstandelijke beperking*: die kan variëren van licht tot matig of ernstig.

Zwakbegaafdheid of een verstandelijke beperking leidt niet perse tot psychische stoornissen. Wel is bekend dat mensen met een laag IQ een grotere kans hebben op het ontwikkelen van een psychische stoornis.

Zie ook [Risico en beschermende factoren](#).

LVB (Licht verstandelijke beperking)

In Nederland wordt de afkorting LVB (licht verstandelijk beperking) ook gebruikt voor de brede groep mensen die adaptieve problemen ervaren en op een gestandaardiseerde IQ- test een score onder de 85 halen. De keuze om ook mensen met een laag normaal IQ (zwakbegaafdheid) onder de term LVB te

laten vallen, is vooral op praktische gronden gemaakt.

Daardoor kreeg deze groep toegang tot ondersteuning die anders alleen beschikbaar zou zijn voor mensen met een verstandelijke beperking. Tegelijkertijd zien we dat in de GGZ het label LVB juist leidt tot buitensluiting. Een wetenschappelijke onderbouwing voor deze brede definitie ontbreekt. Daarnaast sluit het label LVB niet aan bij de internationale definities van Mild Intellectual Disability (lichte verstandelijke beperking) en Borderline Intellectual Functioning (zwakbegaafdheid).

2.1.2 Wat is adaptief functioneren?

Met adaptief functioneren bedoelen we het vermogen om zich aan te kunnen passen aan de eisen van de samenleving oftewel de sociaal culturele standaarden van persoonlijke onafhankelijkheid en sociale verantwoordelijkheid, of de mate waarin een persoon sociaal (zelf)redzaam is. Omdat beperkingen in het adaptief functioneren in belangrijke mate bepalen welke ondersteuning iemand nodig heeft in het dagelijkse leven, is dit bij een verstandelijke beperking bepalend voor de classificatie van de ernst van de verstandelijke beperking.⁷

Adaptieve vaardigheden omvatten volgens de DSM-5-TR 3 domeinen:

1. het conceptuele domein*, denk bijvoorbeeld aan lezen, schrijven, rekenen, abstract denken en plannen;
2. het sociale domein*, waaronder de communicatie, het reguleren van emoties en- sociaal oordeelsvermogen;
3. het praktische domein*, zoals het organiseren van het huishouden, school en werk, omgaan met gezondheid en het contact met instanties.

Er is een relatie tussen adaptieve vaardigheden en IQ, maar ook andere factoren van beïnvloeden op op het adaptief functioneren. Een belangrijk voorbeeld hiervan is de aanwezigheid van psychische stoornissen. Vooral bij mensen met zwakbegaafdheid kunnen bijkomende psychische problemen een grote impact hebben op hun adaptief functioneren.⁸

* Toelichtingen

het conceptuele domein: Het conceptuele (onderwijs)domein omvat onder andere competenties op het gebied van het geheugen, taal, lezen, schrijven, rekenkundig redeneren, het verwerven van praktische kennis, probleemoplossingen en het beoordelen van nieuwe situaties.

het sociale domein: Het sociale domein omvat onder andere het besef van de gedachten, gevoelens en ervaringen van anderen (empathie- mentaliseren), interpersoonlijke communicatieve vaardigheden, het vermogen om vriendschap te sluiten en het sociale oordeelsvermogen. Mensen met een laag IQ kunnen op al deze gebieden extra kwetsbaar zijn.

het praktische domein: Het praktisch domein omvat het leervermogen en zelfmanagement in verschillende levenssituaties, zoals zelfverzorging, werkverantwoordelijkheden, geldbeheer, vrijetijdsbesteding, gedragsregulatie en het plannen van taken op school en/of werk.

2.2 Psychische stoornissen bij patiënten met een laag IQ

De meeste mensen met een laag IQ hebben geen psychische problemen.

Bij het al dan niet ontwikkelen van psychische stoornissen speelt het geheel van iemands mogelijkheden een rol. Zoals veerkracht, context en omstandigheden. Voor veel mensen is het hebben van een laag IQ dan ook geen probleem. Met de juiste ondersteuning kunnen zij zich goed redden.

Een laag IQ leidt dus niet per se tot psychische stoornissen*, maar vormt wel een kwetsbaarheid voor de ontwikkeling ervan.

Prevalentie van psychische stoornissen bij mensen met een laag IQ

Er zijn weinig goede onderzoeken naar de prevalentie van psychische stoornissen bij mensen met een laag IQ. De studies die er wel zijn, tonen consequent hogere prevalenties in de algemene bevolking.^{9 10 11 12 13}

Deze hogere prevalentie ontstaat doordat er bij deze mensen met een laag IQ:

- meer risicofactoren spelen*^{14 15 16}
- minder beschermende factoren worden gezien

Uit onderzoek blijkt dat mensen met een laag IQ:

- een hoger risico hebben op stemmings- en angststoornissen, psychotische stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, trauma gerelateerde stoornissen en middelenafhankelijkheid^{17 18 19}
- te maken hebben met gestapelde problematiek: (meerdere) psychische problemen in combinatie met psychosociale en somatische problemen^{20 21 22 23}

Hoe vaak komt een laag IQ voor in de ggz?

Veel patiënten die onder behandeling zijn in de ggz hebben een laag IQ.

Mensen met een laag IQ zijn oververtegenwoordigd in alle onderdelen van de ggz. Onderzoek laat zien dat een aanzienlijk deel van de EPA-patiënten een laag IQ heeft.²⁴

Het percentage patiënten met een laag IQ varieert van 17,5 % bij nieuw aangemelde patiënten op een algemene polikliniek tot 67% op long-stay afdelingen in de gespecialiseerde ggz. Deze prevalenties liggen aanzienlijk hoger dan de percentages waarbij een laag IQ officieel is vastgesteld, geclassificeerd en vastgelegd in het elektronisch patiëntendossier. Dit betekent dat veel meer mensen onder behandeling in de GGZ een laag IQ hebben dan behandelaars zich realiseren. ^{25 26 27}

* Toelichtingen

psychische stoornissen: Met psychische stoornissen worden in deze zorgstandaard de stoornissen bedoeld die in de DSM-5-TR staan.

risicofactoren spelen: hoger risico op verwaarlozing, mishandeling, misbruik, opgroeien onder slechte socio-economische omstandigheden, meer problemen op school, minder vrienden, meer problemen met werk, meer schulden en een slechtere algemene gezondheid.

2.2.1 Hoe zorg je voor de juiste afstemming met patiënten met een laag IQ?

Zorg voor tijdige herkenning van een laag IQ

Een laag IQ kan voor de patiënt en de behandelaars in de ggz vanaf het begin duidelijk zijn of al eerder zijn vastgesteld. Toch wordt het vooral bij patiënten met zwakbegaafdheid – niet altijd direct benoemd door verwijzers en behandelaars in de ggz. Hierdoor kunnen de keuzes die aan de patiënt worden voorgesteld evenals de manier waarop de behandeling wordt uitgevoerd, onvoldoende aansluiten bij zijn of haar mogelijkheden. Dit met alle gevolgen van dien voor de patiënt en zijn behandelaars.

Zorg voor een brede kijk op psychische stoornissen

In de ggz is een beweging gaande waarbij de focus breder wordt getrokken dan alleen het kijken naar klachten. Er is meer aandacht voor context, krachten, talenten en herstelmogelijkheden. De benadering van gespreksvoering vanuit deze visie heeft in het land verschillende namen. Op meerdere plekken zijn inmiddels goede ervaringen opgedaan met deze gespreksvoering bij mensen met een laag IQ.

Ook het gedachtengoed van [de positieve gezondheid](#) past in deze ontwikkeling. Van de bijbehorende tool bestaat een [versie voor minder taalvaardige mensen](#).

Een van de gemene delers in deze nieuwe ontwikkelingen is [een bredere kijk op psychische stoornissen](#). Deze zorgstandaard sluit hier volledig op aan.

Leidend in het beschrijven van de organisatie van zorg is het Integraal Zorgakkoord (IZA 2022). Hierin wordt als eerste opgave geformuleerd: 'te zorgen voor gelijke toegang tot zorg - van goede kwaliteit- voor alle groepen in de samenleving'. Daarbij rekening houdend met de diversiteit van de bevolking. Dit betekent dat deze zorgstandaard relevant is voor alle ggz-professionals. Het includeren van patiënten met een laag IQ in de ggz is geen keuze maar een plicht.

2.2.2 Risicofactoren voor psychische stoornissen bij mensen met een laag IQ

Zoals we eerder in de zorgstandaard beschreven is een laag IQ geen beperking of stoornis. Wel hebben mensen met een laag IQ vaker te maken met psychische problemen. Verschillende factoren kunnen hierbij een rol spelen. (Zie ook [Exploreren van klachten](#)).

Voor patiënten met een laag IQ geldt dat ze meer risicofactoren hebben en minder beschermende factoren. Onderstaande risicofactoren gelden in het algemeen voor alle patiënten:

- Lichamelijke risicofactoren*
- Psychologische en psychosociale risicofactoren*
- Contextuele en maatschappelijke risicofactoren*

Voorbeelden van beschermende factoren zijn:

- een stabiele en ondersteunende omgeving
- toegang tot zorg en ondersteuning
- gezonde leefgewoonten
- positieve sociale interacties en
- mogelijkheden voor persoonlijke ontwikkeling ²⁸

* Toelichtingen

Lichamelijke risicofactoren: Een ongezonde leefstijl, zoals problematisch alcohol- en drugsgebruik, gebrek aan gezonde voeding en lichaamsbeweging, moeite met het volhouden van een gezond dag-nachtritme en daarmee samenhangende somatische problematiek; genetische kwetsbaarheid voor psychische stoornissen. Psychische stoornissen als een bijkomend aspect van- of risicofactor bij een bepaald syndroom. Voorbeelden van syndromen die gepaard gaan met een laag IQ en geassocieerd zijn met psychische stoornissen zijn bijvoorbeeld het 22q11-deletiesyndroom, het fragiele X syndroom, het tubereuze sclerosecomplex en het Prader-Willi syndroom. Klinisch genetisch onderzoek is de laatste jaren in toenemende mate onderdeel geworden van diagnostisch onderzoek (Vermeulen & Vogels, 2019).

Psychologische en psychosociale risicofactoren: · 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: · 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; · ontbreken van sociaal netwerk, bureaucratie en/of verschotting bij voorzieningen instanties; · klein netwerk.

2.3 Leeswijzer

Deze zorgstandaard beschrijft het traject van patiënten met psychische stoornissen en een laag IQ in de ggz. Een traject dat in principe niet verschilt van dat van andere patiënten in de ggz.

2.3.1 Hoe deze standaard te gebruiken?

- De zorgstandaard richt zich op volwassenen met psychische stoornissen en een laag IQ met een focus op mensen met zwakbegaafdheid.
- De zorgstandaard biedt behandelaars in de ggz concrete handvatten voor het de onderkennen van een laag IQ en het toepassen van bestaande stoornis specifieke zorgstandaarden. Met relatief kleine aanpassingen kunnen deze ook toepasbaar zijn voor deze doelgroep.
- Deze zorgstandaard gaat in op begeleiding, monitoring, terugvalpreventie en herstel van de psychische stoornissen bij patiënten met een laag IQ.
- De zorgstandaard biedt tips hoe in te spelen op de interferentie tussen psychische stoornissen en laag IQ. Hiermee draagt deze zorgstandaard bij aan verdere professionalisering en het bevorderen van passende zorg voor patiënten met psychische stoornissen en een laag IQ binnen algemene ggz instellingen of ggz praktijken.
- De standaard is ook geschikt voor gebruik in andere sectoren waar psychische stoornissen bij patiënten met een laag IQ worden behandeld. Denk aan de forensische zorg (LVB+),

verslavingszorg en expertisecentra binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.

- De zorgstandaard biedt een kader ter bevordering van goede samenwerking tussen de verschillende sectoren* en versterking van goede verwijslijnen.
- Daar waar het gaat om de professional als doelgroep betreft dit de GGZ doelgroep. Deze standaard bevat ter lezing voor de POH GGZ en de huisarts tips en handvaten om de samenwerking en verwijzing te optimaliseren.

*** Toelichtingen**

verschillende sectoren: De doelgroep kunnen vaak tegelijkertijd problemen op verschillende gebieden zoals sociaal-maatschappelijk, gezondheidsproblemen, lichamelijke klachten, armoede, werk-gerelateerde problematiek. Verbinding, afstemming en samenwerking tussen instanties, professionals, de patiënt en zijn naasten zijn hierbij essentieel voor het welzijn van de patiënt.

2.3.2 Hoe deze standaard te lezen?

In de ggz wordt wisselend gebruik gemaakt van de termen cliënt en patiënt. Deze zorgstandaard hanteert de term patiënt, in lijn met het taalgebruik van alle zorgstandaarden van AkwaGGZ.

Met naasten worden de naastbetrokkenen van de patiënt bedoeld. Hieronder vallen familieleden, partners, ouders, kinderen of andere mensen die bij de patiënt betrokken zijn.

Met professionals bedoelen we alle zorgverleners die betrokken zijn of werken met bij patiënten met een laag IQ. Wanneer het expliciet om ggz-behandeling gaat, spreken we van behandelaar.

In deze standaard is het patientenperspectief meegenomen in de beschrijving van interventies. Uitkomsten van de werkgroep zijn opgenomen in de herziening. Zie ook [Achtergrondinformatie patientenperspectief](#).

3. Herkennen, screenen en afstemmen

Autorisatiedatum 29-10-2025 Beoordelingsdatum 29-10-2025

3.1 Herkennen

Voor een effectieve behandeling van psychische stoornissen bij patiënten met een laag IQ is het van groot belang dat het laag IQ zo vroeg mogelijk in het ggz-traject wordt herkend. Pas als het laag IQ in beeld is, kan de behandelaar er rekening mee houden in de communicatie en bejegening. Alleen dán kan de behandelaar goed afstemmen op de patiënt, diens hulpvraag helder krijgen en een passend behandel aanbod voorstellen.²⁹

Bij de tot standkoming van de zorgstandaard Psychische stoornissen en ZB/LVB hebben patiënten in een focusgroep aangegeven wat zij belangrijk vinden*. Zie

[Bijlage totstandkoming en methoden](#) voor meer informatie over de focusgroep.

Mogelijke signalen

Of een patiënt een laag IQ heeft, is meestal niet zichtbaar aan uiterlijke kenmerken. Ook de presentatie en het gedrag vallen lang niet altijd direct op. Herkennen begint daarom bij de alertheid van de behandelaar; en het besef dat patiënten met een laag IQ in de ggz relatief vaak voorkomen.

Daarnaast zijn er wel signalen die deze alertheid kunnen aanscherpen. Afzonderlijk is elk signaal natuurlijk geen sluitend bewijs voor een laag IQ, maar een aantal signalen bij elkaar kunnen de alertheid van de behandelaar voeden hierop in te spelen. De bejegening en communicatie kunnen hier direct op worden afgestemd. Bij het herkennen van signalen is het belangrijk om door te vragen op de begrippen die de patiënt gebruikt. Zo wordt duidelijk welke betekenis hij eraan geeft. Een bijkomend voordeel is dat de patiënt zich hierdoor beter gehoord voelt.

*Wees alert op signalen binnen de volgende gebieden:*³⁰

- taalgebruik en taalbegrip*
- schoolloopbaan*
- werk carrière*
- netwerk*
- adaptieve vaardigheden*

* Toelichtingen

wat zij belangrijk vinden: Patiënten hechten onder andere veel waarde aan passende communicatie en een transparante behandelrelatie. Net als het overgrote deel van de patiënten in Nederland willen ook patiënten met een laag IQ actief meedenken over keuzes in de behandeling. Dat kan alleen als de behandelaar zijn informatie afstemt op de ontvanger. Ze geven de voorkeur aan een overzichtelijk aantal mogelijkheden, in begrijpelijke taal en visueel ondersteund.

taalgebruik en taalbegrip: Wees vanaf het begin alert op het taalgebruik en het taalbegrip van de patiënt. Soms valt in het taalgebruik niets direct op, maar let op signalen die aangeven of de patiënt je daadwerkelijk begrijpt. Het kan ook opvallen dat de patiënt moeite heeft met het maken van een heldere tijdslijn of het formuleren van een hulpvraag.

schoolloopbaan: Vraag door over de schoolcarrière of loopbaan. Een schoolcarrière in het speciaal onderwijs wordt soms al genoemd in een verwijsbrief en kan een aanwijzing zijn voor het bestaan van een lager IQ. Hetzelfde geldt voor n weinig plezier in school, veel wisselen of blijven zitten, het behalen van deelcertificaten en het volgen van praktisch onderwijs.

werk carrière: Vraag door over iemands loopbaan. Bepaalde patronen in iemands werkgeschiedenis worden soms al genoemd in een verwijsbrief en kunnen een aanwijzing zijn voor een lager IQ. Hetzelfde geldt voor het hebben van weinig plezier in werk, veel wisselen of beëindigen van banen en uitval op het werk. Denk ook aan het vragen naar de inzet van een jobcoach of ervaring binnen een sociale werkvoorziening.

netwerk: Navraag over het netwerk kan ook aanwijzingen opleveren. Opvallend is dat deze patiënten vaak een klein netwerk hebben. Het is niet vanzelfsprekend dat er voldoende mensen zijn om hen te steunen. Vraag daarom ook naar een mogelijk professioneel netwerk, zoals begeleiders vanuit het sociale domein. Dit kunnen (woon)begeleiders zijn, maar ook (langdurige) ondersteuning door instanties zoals de woningcorporaties, financiële coaches of de kerk.

adaptieve vaardigheden: Sommige adaptieve vaardigheden kunnen meteen opvallen. Het missen van een afspraak kan bijvoorbeeld voortkomen uit moeite met klokkijken en tijdsbegrip, planningsproblemen, moeite met onthouden, reizen, oriënteren of het lezen van een uitnodigingsbrief. Het is belangrijk te voorkomen dat een patiënt onterecht een gebrek aan motivatie wordt toegedicht. Daarnaast ontbreken vaak praktische middelen, zoals een vervoermiddel, geld voor het OV, oppas voor de kinderen of een mailaccount vanwege de complexiteit ervan. Ook kan iemand afhankelijk zijn van wifi buitenshuis voor internet en digitale berichtenservices zoals WhatsApp.

3.2 Screenen

Ga op zoek naar informatie of signalen die kunnen wijzen op een laag IQ. Als hulpmiddel kan bij voorkeur aan het begin van het (diagnostisch) traject worden gescreend op intelligentie. Dit kan al in de huisartsenpraktijk maar ook tijdens het intakeproces bij de ggz. Hiervoor is de Screener voor Intelligentie en licht verstandelijke beperking (**SCIL**)* ontwikkeld.³¹

Naast intelligentie is adaptief functioneren een belangrijke factor bij een eventueel lager IQ. In aanvulling op de SCIL kan de SCreener voor het Adaptief Functioneren en licht verstandelijke beperking (SCAF) worden ingezet. De **SCAF*** geeft een eerste indruk van de adaptieve vaardigheden.³²

Kanttekeningen bij het gebruik:

- De SCIL en SCAF zijn beide screeningsinstrumenten en **geen** vervanging voor gedegen diagnostiek. Voor het vaststellen (classificeren) van een laag IQ of het in kaart brengen van adaptief functioneren is uitgebreid diagnostisch onderzoek nodig. Dergelijk onderzoek is kostbaar (de kosten worden niet altijd vergoed vanuit de ziektekostenverzekering), belastend en niet overal eenvoudig uit te voeren. Een intelligentieonderzoek is ook lang niet altijd nodig om te weten hoe u zich - vanuit een vermoeden van een lager IQ - moet afstemmen in de behandeling van de psychische stoornis. Belangrijk is dat de behandelaar een onderbouwd vermoeden gebruikt om zijn communicatie en bejegening hierop af te stemmen.
- Elke professional kan en mag deze instrumenten afnemen, mits hij zich strikt aan de voorgeschreven instructies en tekst houdt. Het is verstandig om dit een aantal keer te oefenen voordat een professional deze screeningsinstrumenten in de praktijk toepast.

Hoe ga je het gesprek aan als je de SCIL wil afnemen?

Hieronder een aantal voorbeeldzinnen:

- 'Wij willen u graag de juiste zorg bieden. Daarvoor moeten we wel weten wat uw kennis en mogelijkheden zijn: we moeten begrijpen waar u goed in bent en wat u lastig vindt. Dat kunnen we duidelijk krijgen door het invullen van een korte vragenlijst, de SCIL.'
- 'We zien hier vaker mensen van wie we de indruk hebben dat ze meer moeite hebben met leren. Om hen goed te helpen, onderzoeken we dat soms verder. We denken daarbij ook aan u. Komt het u bekend voor dat leren soms lastig is? Dat kunnen we duidelijk krijgen door het invullen van een korte vragenlijst.'

Hoe ga je het gesprek aan over de uitkomst van de SCIL of SCAF?

- Uit het onderzoek blijkt dat u wat meer tijd en uitleg nodig heeft om dingen te begrijpen. Soms is iets lastig, zoals het lezen van brieven of het plannen van uw werk.
- Uit de test die u heeft gedaan, zien we dat u uw best doet en het graag goed wilt doen. Maar sommige dingen blijven moeilijk, zoals begrijpen wat iemand zegt of het organiseren van uw dag. Misschien helpt het als iemand u extra uitleg geeft of helpt bij moeilijke brieven. Herkent u dit?

Zie ook:

- gebruik de [beslisboom van GGNet](#)
- bekwaam afnemen [training voor afname SCIL](#)
- [de werkkaart Aansluiten bij LVB](#)

*** Toelichtingen**

(SCIL): 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+). Het gebruik van de SCIL is helpend bij het indiceren van verder onderzoek en ondersteunt bij verwijzing naar de best passende instantie. Bij aanwijzingen voor een laag IQ op grond van screening kan de behandelaar hiermee rekening houden wat de effectiviteit van de behandeling van de psychische stoornis ten goede komt.

[Meer informatie](#)

SCAF: De SCAF is een betrouwbaar screeningsinstrument om de adaptieve vaardigheden in kaart te brengen. De SCAF dekt de 3 domeinen van adaptief functioneren; het sociale, het conceptuele en het praktische domein.

3.3 Afstemmen en communiceren

Het is belangrijk om al bij het eerste vermoeden van een laag IQ rekening te houden in de communicatie. Dit gaat verder dan alleen taal. Hieronder volgen enkele tips om behandelaars op weg te helpen. Overigens zijn deze tips niet exclusief voor patiënten met een laag IQ.

3.3.1 Hoe kun je een goed gesprek voeren?

Wat van belang is om tot een prettig gesprek te komen, is per patiënt verschillend.

- **Algemene tips voor een prettig gesprek: Stel de patiënt centraal.** Stem de gesprekslengte, inhoud en het aantal onderwerpen af op wat de patiënt kan verwerken. Check regelmatig of dit nog passend is.
- **Patiëntregie en prioriteiten.** Geef de patiënt ruimte om zelf de regie te nemen en stel prioriteiten samen vast voor het gesprek.
- **Betrek naasten.** Als de patiënt dat wil, betrek naasten op een manier die voor hem of haar prettig is.
- **Visualiseer en ondersteun geheugen.** Gebruik visualisaties en bespreek welke hulpmiddelen kunnen helpen om informatie te onthouden, zoals notities en foto's.
- **Stimuleer vragen.** Moedig de patiënt nadrukkelijk aan om vragen te stellen en te reflecteren op de aanpak.
- **Positieve feedback.** Geef vertrouwen en positieve feedback. Deel hoe het verhaal van de patiënt op je overkomt.
- **Duidelijkheid en bereikbaarheid.** Zorg dat de patiënt weet hoe en wanneer je bereikbaar bent en waarvoor contact kan worden opgenomen.

Deze algemene tips gelden voor elk gesprek in de ggz. In die zin doe je niets anders dan je gewend bent.

Gesprekstechnische tips:

- Benoem zo duidelijk mogelijk wie je bent en wat het doel is van het gesprek.
- Breng structuur aan in het gesprek.
- Vermijd jargon en moeilijke woorden. Stel korte, concrete en open vragen.
- Blijf doorvragen tot je de patiënt begrijpt.
- Kijk en luister goed naar de patiënt. Wees alert op signalen die erop kunnen wijzen dat je niet begrepen wordt. Gebruik [de terugvraagmethode](#) om te controleren wat de patiënt heeft gehoord.
- Vraag naar concrete voorbeelden* uit het dagelijks leven van je patiënt.

*** Toelichtingen**

concrete voorbeelden: 'Wanneer was je deze week zo in paniek?' 'Wat gebeurde er die dag?'
'Hoe ging het toen verder?'

3.3.2 Hoe kun je schriftelijke communicatie afstemmen?

Schriftelijke informatie speelt op verschillende momenten tijdens het traject van de patiënt in de ggz een rol. Denk aan de informatie op de website, de uitnodigingsbrief, het behandelplan en geschreven behandelprogramma's.

Tips voor schriftelijke communicatie:

- Bedenk vooraf goed wat je wilt bereiken met je tekst.
- Eenvoudig taalgebruik is niet hetzelfde als kinderachtig taalgebruik.
- Gebruik concrete en actieve taal.
- Bied niet te veel informatie tegelijk aan.
- Lettertype minimaal 12, met ruimte tussen de regels.
- Gebruik korte zinnen.
- Zet informatie op één A4.
- Maak duidelijke kopjes.
- Gebruik illustraties.

Zie ook:

- [Ondersteuningsadviezen Pharos](#)
- [Taal voor allemaal](#)
- De app [Duidelijke taal](#)

3.3.3 Hoe vind je de juiste bejegening?

De bejegening van patiënten met een laag IQ in de ggz vraagt een zorgvuldige van de behandelaar. Naast communicatie speelt attitude een belangrijke rol. De juiste bejegening vraagt om nieuwsgierigheid naar en sensitiviteit voor de leefwereld van deze patiënten.

Tips voor bejegening: ³³

- Wees je bewust van je eigen achtergrond als behandelaar en de invloed daarvan op je manier van communiceren.
- Toon geduld en geef de patiënt de tijd om zich op zijn gemak te laten voelen.
- Stem als behandelaar af op de patiënt. Andersom is dit veel moeilijker.
- Wees "losjes professioneel".
- Wees respectvol sturend bij het geven van keuzes en informatie.
- Bied ruimte voor de inbreng van naasten maar praat nooit over het hoofd van de patiënt met andere aanwezigen.
- Wees beschikbaar en bereikbaar.
- Soms is het prettig het gesprek 'al doende' te voeren in de leefsituatie van de patiënt.

Zie ook:

- Tips over aandacht voor de [leefwereld van de patiënt](#)
- [Toolkit interventies bij patiënten met LVB in de \(ambulante\)ggz.](#)

4. Aanmelden en verwijzen

Autorisatiedatum 29-10-2025 Beoordelingsdatum 29-10-2025

4.1 Aanmelden en verwijzen

Het traject van een patiënt met een laag IQ in de ggz begint in veel gevallen bij de huisarts.

4.1.1 Patiënt in de huisartsenpraktijk

Het is belangrijk dat de huisartsenpraktijk goed toegankelijk is voor mensen met een laag IQ. Dit kan, bijvoorbeeld door het aanpassen van het wachtkamerscherf en de website en door rekening te houden met de tips over schriftelijke communicatie, gespreksvoering, ondersteuningsbehoefte en bejegening zoals beschreven in de [paragraaf afstemmen en communiceren](#). Het is ook effectief om alle medewerkers te scholen in het herkennen van een laag IQ en het trainen van communicatievaardigheden. Dit vergroot het wederzijds begrip.

Mensen met een laag IQ hebben vaker beperkte gezondheidsvaardigheden*.

Mensen met een laag IQ houden zich moeilijker staande in de steeds complexer wordende maatschappij en zijn daarom vaker afhankelijk van hulp van anderen, zoals naasten of begeleiders. Voor hen is het belangrijk om te weten wie deze personen zijn en dat zij bij de behandeling betrokken worden.

Zie ook:

- [Screenen](#)
- [Signalenkaart LVB](#)

* Toelichtingen

gezondheidsvaardigheden: Persoonlijke gezondheidsvaardigheden gaan over hoe goed mensen in staat zijn om informatie over gezondheid te verkrijgen, deze te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheidgerelateerde beslissingen. Het is belangrijk om geen aannames te doen over wat patiënten weten of kunnen. Daarnaast is het goed om schijnbaar basale zaken na te vragen, zoals wat een temperatuurverhoging of koorts betekent en hoe je die meet.

4.2 Wel of niet verwijzen?

Een laag IQ verhoogt het risico op psychische, maar ook psychosociale en somatische problemen. Al deze problemen kunnen leiden tot overvraging, wat kan leiden tot nieuwe klachten of eerder klachten kan onderhouden of verergeren. Om te kunnen differentiëren tussen lichamelijke, psychische en/of meer psychosociale klachten, is een brede blik in verkennende gesprekken helpend. Op het moment dat er sprake lijkt van overvraging en/of bij een stapeling van (psychosociale) problemen kan ondersteuning organiseren vanuit het netwerk en/of het sociaal domein een belangrijke eerste stap zijn. Als er

daarnaast sprake is van een (duidelijk vermoeden op) een psychische stoornis is een verwijzing naar de ggz geïndiceerd.

Ga na of er andere professionals, vrijwilligers, een mentor, curator of bewindvoerder bij de patiënt betrokken zijn en vermeldt dit in de verwijzing naar de ggz. Zie ook [Organisatie van zorg](#).

4.3 Intakegesprek in de ggz

Idealiter wordt in een verwijsbrief van de huisarts vermeld als er bij de patiënt sprake is van een (vermoeden van) laag IQ. De behandelaar in de ggz kan hier dan vanaf het begin rekening mee houden. Deze informatie is echter lang niet altijd vooraf bekend. Wees daarom alert op de mogelijkheid van een laag IQ en communiceer vanaf het begin in heldere taal.

Aandachtspunten bij het intakegesprek:

- Houd de uitnodigingsbrief eenvoudig en overzichtelijk.
- Ondersteun waar nodig het formuleren van de hulpvraag.
- Moedig patiënten aan om een naaste of betrokken professional uit een ander domein mee te naar het gesprek. (Zie ook de zorgstandaard [Naasten](#)).
- Bel de patiënt op als deze niet op de eerste afspraak verschijnt. Onderzoek samen welke reden hierachter schuil gaat*.
- Stem je communicatie af op de patiënt*. [Zie ook de communicatietips](#).
- Als er een vermoeden is van een laag IQ bij de patiënt dat nog niet is onderbouwd, overweeg dan het afnemen van de [SCIL en/of de SCAF](#).
- Structureer het gesprek*.
- Overvraag de aandachtspanne van de patiënt niet*.
- Bedenk dat meedenken niet betekent dat je het gesprek overneemt*.

* Toelichtingen

welke reden hierachter schuil gaat: Is de uitnodiging niet goed aangekomen of begrepen? Is het vervoer een probleem, speelt werk een rol of iets anders? Bespreek samen wat de patiënt nodig heeft om te kunnen komen. Denk aan een extra herinnering vooraf, opvang bij de voordeur of - als dat mogelijk is - een huisbezoek.

Stem je communicatie af op de patiënt: Neem aan het begin van het gesprek tijd om de patiënt op zijn gemak te stellen. Sluit aan bij de beleavingswereld van de patiënt, vooral als deze jonger overkomt dan zijn kalenderleeftijd doet vermoeden. Check of de patiënt negatieve ervaringen heeft opgedaan in eerdere contacten met behandelaars of instanties. Dat is bij patiënten met een laag IQ helaas geen uitzondering en kan bijdragen aan een verhoogd stressniveau of wantrouwen bij een nieuwe intake. Het opbouwen van een positieve werkrelatie begint bij het ophalen in de wachtkamer en is belangrijker dan het streven om in het eerste gesprek alle benodigde informatie volledig af te vinken.

Structureer het gesprek: Vertel wie je bent, wat de patiënt kan verwachten van het gesprek, wat er aan de orde komt, hoe lang het gaat duren, enz. Bied visuele ondersteuning, zoals papier, een whiteboard of een methodiek zoals de netwerkintake.

Overvraag de aandachtspanne van de patiënt niet: Een uur kan te lang of te intensief zijn. Bied zo nodig een pauze, of plan een vervolg-intakegesprek.

Bedenk dat meedenken niet betekent dat je het gesprek overneemt: Als een patiënt met een laag IQ moeite heeft om zijn hulpvraag te formuleren, hoeft dit niet te betekenen dat de patiënt niet gemotiveerd is of geen hulpvraag heeft. Mocht de patiënt het lastig vinden om zijn hulpvraag te verwoorden, betrek dan naasten of denk als behandelaar actief mee op basis van de informatie die je hebt gekregen van bijvoorbeeld de huisarts. Soms vinden patiënten het lastig om hoofd- en bijzaken te scheiden, belangrijke gebeurtenissen in de tijd te plaatsen of gaan abstracte begrippen een eigen leven leiden. Ook kan er sprake zijn van beperkingen in zelfreflectie of het vermogen zich in anderen te verplaatsen. Hulp van naasten is daarom belangrijk.

4.4 Exploreren van klachten

Psychische stoornissen bij mensen met een laag IQ uiten zich veelal met dezelfde symptomen en voldoen aan dezelfde criteria als bij mensen met een gemiddelde of bovengemiddelde intelligentie.

Heb aandacht voor interferentie en gestapelde problematiek :

Het is belangrijk om de interferentie tussen (het ontstaan van) een laag IQ en de ontwikkeling van psychische klachten in kaart te brengen. Dit komt doordat deze ontwikkeling en verhouding van invloed zijn op het cognitief en adaptief functioneren.³⁴ Hiervoor is een brede- of multidimensionele blik* noodzakelijk.

In dat licht is het van belang tenminste onderstaande punten uit te vragen:

- de ontwikkelingsgeschiedenis van de klachten bij de hulpvraag *
- het levensverhaal/de familiegeschiedenis*
- de sfeer vroeger thuis*^{35 36}
- de dagelijkse context* van de patiënt
- sterke kanten en ambities*

* Toelichtingen

multidimensionele blik: De brede biopsychosociale of multidimensionele blik: Om de klachten van een patiënt met een laag IQ te kunnen begrijpen zijn een goed begrip van de context, de ontstaansgeschiedenis en de impact op het dagelijks functioneren belangrijk. Daarbij geeft een laag IQ deze elementen een eigen kleur. In de diagnostische fase wordt breed gekeken. Niet alleen naar de klachten (psychisch, medisch, sociaal), maar ook naar de context en beschermende factoren. Voor deze brede manier van kijken naar de klachten gebruiken we de term multidimensionele blik (Wieland e.a. 2020). Passend binnen deze multidimensionele blik is er, naast aandacht voor het cognitieve en adaptieve functioneren en de psychische symptomen, ook aandacht nodig voor de psychosociale omstandigheden en eventuele somatische (en/of) genetische aandoeningen.

klachten bij de hulpvraag : Zijn de klachten er van jongs af aan geweest? Hoe is het verloop in de tijd? Deze informatie geeft richting aan eventueel vervolgonderzoek. Bijvoorbeeld of angst- of dwangklachten al vanaf jonge leeftijd aanwezig waren (denk aan ASS) of recent zijn ontstaan.

het levensverhaal/de familiegeschiedenis: Het levensverhaal en de familieanamnese kunnen richting geven aan verdere diagnostiek. Vraag naast familiale belasting qua psychische stoornissen ook naar familieleden die mogelijk moeite hadden met leren. Vragen naar het verloop van zwangerschap, inclusief alcohol-, en drugsgebruik door de moeder, kunnen aanwijzingen geven voor bijvoorbeeld het Foetaal Alcohol Syndroom. Bij FAS is er vaak sprake van een laag IQ en psychiatrische klachten die lijken op ASS of ADHD (link FAS). Naast het bevragen van de patiënt kunnen ook bijzondere uiterlijke (dysmorfie) kenmerken wijzen op genetische afwijkingen of FAS. Voorbeelden van syndromen die gepaard gaan met zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking en die geassocieerd zijn met psychische stoornissen zijn het 22q11-deletiesyndroom, het fragile X syndroom, het tubereuze sclerosecomplex en het Prader-Willi syndroom.

de sfeer vroeger thuis: Vraag naar de sfeer en het opvoedingsklimaat in het gezin van herkomst. Hoe was het thuis? Heeft de patiënt ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt? Is patiënt gepest? (Vroegkinderlijk) trauma en PTSS komen significant vaker voor bij patiënten met een lager IQ (Hassiotis e.a. 2019, Noorthoorn e.a. 2021). Gericht vragen naar traumatische ervaringen en PTSS-symptomen is nodig, omdat patiënten zich niet altijd bewust zijn van de link tussen negatieve ervaringen en de huidige klachten. Ze kunnen zich schamen, afhankelijk zijn van hun omgeving of niet beter weten dan dat wat hen overkwam 'normaal' was.

de dagelijkse context: Denk aan regelmaat, hygiëne, financiën, woonsituatie, werk- of dagbesteding (of het ontbreken daarvan) en contacten met instanties. Doen de psychische klachten zich overal voor, of alleen in een specifieke context? Check of er lichamelijke problemen spelen en breng de leefstijl in kaart. Hoe staat het met toegang tot en gebruik van gezonde voeding (denk aan een gebrek aan vitamines) en beweging/sport. Zijn er bijzondere gewoontes? Is er kennis over de risico's van energiedrank, alcohol of drugs gezondheid en over voeding en gezonde gewoontes. Naast uiterlijke kenmerken kan juist de combinatie van lichamelijke en psychische klachten wijzen op neurologische en of genetische bijzonderheden. Denk ook aan somatische aandoeningen die psychische symptomen kunnen veroorzaken, zoals suikerziekte, schildklierproblemen of pijn. Tenslotte: check of sprake is van een (paradoxe) reactie op voorgeschreven of zelf gekochte medicatie.

sterke kanten en ambities: Breng sterke kanten en ambities van de patiënt in kaart. Waar liggen mogelijkheden bij de patiënt zelf of zijn omgeving voor ontwikkeling en herstel.

4.5 Interpreteren van klachten

Ook bij het interpreteren van de klachten, zeker bij gestapelde problematiek, wordt gebruik gemaakt van een multidimensionele blik. Dat betekent concreet dat psychische klachten vanuit alle relevante invalshoeken worden bekeken, inclusief de invalshoek van een laag IQ.

Er zijn verschillende methoden en modellen die hierbij behulpzaam kunnen zijn*.

Een risico bij de interpretatie van de psychische klachten bij patiënten met een laag IQ is het fenomeen 'diagnostische overschaduwing*'. Kijken met een multidimensionele blik verkleint de kans op deze diagnostische overschaduwing.

Er is altijd sprake van een wisselwerking tussen een laag IQ en een psychische stoornis, de zogenaamde interferentie. Hoe sterker deze interferentie, des te complexer het probleem. Hoe die interferentie er uitziet, is richtinggevend voor de verwijzing. De duur van de behandeling en de benodigde inzet vanuit de ggz moet aansluiten bij deze complexiteit.

* Toelichtingen

Er zijn verschillende methoden en modellen die hierbij behulpzaam kunnen zijn: Denk aan: Het model van 4 vragen, zoals voorgesteld door Jim van Os (2014) Mijn Positieve Gezondheid Transdiagnostisch denken en het International Classification of Functioning model (WHO, 2001) Transactionele-ontwikkelingsmodel (In: Handboek Psychiatrie en lichte verstandelijke beperking, Didden et. al 2016) of Integratieve benadering van psychische stoornissen (Dosen, 2014)

[Meer informatie](#)

'diagnostische overschaduwing': Dit houdt in dat er te sterk wordt toegeschreven aan één specifieke factor bij de interpretatie van de klachten. Dit kan betekenen dat klachten te snel worden toegeschreven aan een psychische stoornis, waarbij een laag IQ over het hoofd wordt gezien. Het kan ook andersom: dat klachten worden toegeschreven aan een laag IQ, terwijl een onderliggende psychische stoornis wordt gemist.

5. Diagnosticeren

Autorisatiedatum 29-10-2025 Beoordelingsdatum 29-10-2025

5.1 Diagnostiek

In dit hoofdstuk staan we stil bij de stap van de klachteninventarisatie naar het opstellen van een beschrijvende diagnose van de psychische stoornis, rekening houdend met (de interferentie met) een laag IQ. Voor de grootste groep mensen met een laag IQ is de diagnostiek niet anders dan voor mensen met een gemiddelde of bovengemiddelde intelligentie. Het in kaart brengen van een laag IQ is daarbij van belang. (Zie [Bejegening](#).)

Diagnostiek van een laag IQ

Zoals genoemd is het gebruik van de term laag IQ een noodgreep. Bij het typeren van de groep patiënten die in deze zorgstandaard centraal staan, gaat het niet alleen om een IQ- score, maar zeker ook om het niveau van [adaptief functioneren](#).

Uitgebreid diagnostisch onderzoek naar het intellectuele en adaptieve functioneren is lang niet altijd nodig bij het behandelaars van psychische stoornissen bij mensen met een laag IQ. Vaak is de wetenschap dát er sprake is van een laag IQ voldoende voor behandelen. Het is van belang om de psychische problematiek en de interferentie in kaart te brengen en te begrijpen. Zie [herkennen, screenen en afstemmen](#) voor hoe dit vermoeden door screening van zowel het IQ als het adaptief functioneren onderbouwd kan worden.

Voor het vaststellen en classificeren van zwakbegaafdheid of een verstandelijke beperking is onderzoek met een gestandaardiseerde individuele IQ-test noodzakelijk, naast het in kaart brengen van het niveau van adaptief functioneren. In Nederland is de WAIS de meest gebruikte intelligentietest. Adaptief functioneren kan met specifieke instrumenten in kaart worden gebracht, zoals de ADAPT en de ABAS-3*.

Afname van een IQ-test is niet wenselijk wanneer sprake is van een acute ernstige psychische stoornis, zoals een psychotische stoornis, suïcidaliteit, een vermoeden van een dementieel beeld of een manische ontregeling. In dergelijke situaties is het aannemelijk dat er geen betrouwbaar beeld van de intellectuele capaciteiten kan worden verkregen kan worden. Tijdelijk kan de classificatie 'Ongespecificeerde verstandelijke beperking' worden gebruikt.

Diagnostiek van psychische stoornissen bij patiënten met een laag IQ

Bij de [diagnostiek](#) van psychische stoornissen bij patiënten met een laag IQ worden de adviezen uit de stoornis specifieke zorgstandaarden gevolgd. Dit leidt tot een beschrijvende diagnose en een DSM 5-TR classificatie.

Zie voor **aandachtspunten** psychiatrische diagnostiek ook [het Leids zakkaartje](#).

Zie ook: [Voorbeelden van aandachtspunten bij de diagnostiek van psychische symptomen](#).

* Toelichtingen

de ADAPT en de ABAS-3: ABAS-3 (Kreemers, Maljaars et al., 2020). 3 versies: 0-4 jaar, 5-17 jaar, 18-80 jaar. Met de ABAS kan op een valide en betrouwbare manier het adaptieve gedrag van kinderen en volwassenen in kaart worden gebracht. De ABAS-3 meet vaardigheden die belangrijk zijn voor diverse gebieden in het dagelijks leven, zoals: communicatie en sociaal contact, vrijetijdsbesteding, het zorg voor de eigen gezondheid en veiligheid, en het uitvoeren van activiteiten in een thuis- of schoolomgeving. ADAPT (Jonker, F & Nijman, H., 2021) De ADAPT is een korte observatievragenlijst om adaptieve vaardigheden van volwassenen (16+) in kaart te brengen. De ADAPT meet vaardigheden die belangrijk zijn voor het (onafhankelijk) functioneren in onze maatschappij, zoals vaardigheden op het gebied van persoonlijke hygiëne, sociale contacten of het omgaan met geld en post.

5.2 Gebruik van diagnostisch materiaal

Het advies is om het diagnostische materiaal te gebruiken zoals geadviseerd in de zorgstandaarden en beschikbaar binnen de eigen ggz-instelling.

Reguliere diagnostische instrumenten - zoals beschreven in de betreffende zorgstandaarden zijn bruikbaar, mits er rekening wordt gehouden met een laag IQ. Zie ook [Afstemmen en communiceren](#).

Tips bij gebruik van diagnostisch materiaal:

- Taalgebruik*
- Setting*
- Functioneren*

Als regulier diagnostisch materiaal niet aansluit, is er ook diagnostisch materiaal beschikbaar dat zich richt op gebruik bij mensen met een verstandelijke beperking. Zie: [Welke instrumenten zijn er?](#)

* Toelichtingen

Taalgebruik: Moeite met de vraagstelling: te lange en/of complexe zinnen beïnvloeden de betrouwbaarheid. Kies eenvoudige bewoordingen. Taalgebruik en woordkeuze zoals in gebruik bij kinderen en jeugdigen kan helpend zijn, mits niet op kinderachtige toon. Vermijd gebruik van moeilijke woorden en complexe formuleringen, zoals dubbele ontkenningen. Vraag naar concrete, dagelijkse voorbeelden. Vaardigheden wat betreft perspectiefname en empathisch/reflecterend/mentaliserend vermogen zijn vaak beperkt. Tijdsbegrip en tijdsbesef zijn voor veel patiënten ingewikkeld. Vraag door naar concrete, liefst recente gebeurtenissen. Vermijd beeldspraak en metaforen. Vermijd suggestieve vragen, deze worden vaak automatisch met 'ja' beantwoord. Bied liever 2 of 3 concrete antwoordmogelijkheden waaruit de patiënt kan kiezen.

Setting: Houd rekening met een beperkte concentratiespanne. Geef de patiënt langer de tijd voor het invullen van vragenlijsten of deel het onderzoek op in kleinere tijdseenheden. Check of de patiënt met de voorgeschreven antwoordcategorieën uit de voeten kan, licht deze toe en pas ze zo nodig aan. Bijvoorbeeld als de patiënt het woord 'zelden' zelf zelden gebruikt, kan gekozen worden voor 'bijna nooit'. ·Print eventueel antwoordcategorieën uit en leg die voor de patiënt op tafel. Besteed zo nodig wat extra aandacht aan de praktische organisatie: zorg dat de patiënt weet waar hij wanneer bij wie moet zijn voor een diagnostisch onderzoek. Geadviseerd wordt om lijsten samen in te vullen, zodat de behandelaar ziet wanneer een vraag niet begrepen wordt of - bijvoorbeeld bij negatief geformuleerde vragen - de patiënt niet het antwoord aankruist dat hij bedoelt. Wanneer een patiënt onvoldoende goed kan lezen, lees dan de vragen voor.

Functioneren: Minder presteren door faalangst of omdat de onbekende omgeving en situatie als bedreigend wordt ervaren, wat spanning veroorzaakt. Neiging om sociaal wenselijke antwoorden te geven door faalangst en onzekerheid. · Onvoldoende begrip van de reden van het onderzoek en de mogelijke consequenties. Tips: Stel de patiënt gerust en benadruk dat het niet gaat om 'goed of fout'. Zorg dat een bekende de patiënt kan ondersteunen of vragen kan uitleggen zonder de patiënt te sturen in de antwoorden).

5.3 Beschrijvende diagnose

Het brede onderzoek naar de klachten, de context en de ontstaansgeschiedenis ervan bij patiënten met een laag IQ mondt uit in een beschrijvende diagnose. Een classificatie is het toekennen van een codering aan de psychische stoornis en het lage IQ. In Nederland wordt hiervoor de DSM-5-TR gebruikt.

Een brede en volledige beschrijvende diagnose* is van groot belang voor het opstellen van een realistisch behandelplan dat past bij de mogelijkheden van de patiënt. Dit voorkomt ook [diagnostische overschaduw](#). Naast een beschrijvende diagnose worden binnen de ggz zowel de psychische stoornis als het laag IQ geclassificeerd. Een classificatie is de toekenning van een codering op basis van clusters van symptomen en gedragingen. In Nederland wordt hiervoor de DSM-5 TR gebruikt.

* Toelichtingen

volledige beschrijvende diagnose: In de beschrijvende diagnose is - naast de symptomen van de psychische stoornis - nadrukkelijk ook plaats voor de krachten van een patiënt en voor elementen in het functioneren die vermoedelijk zijn toe te schrijven aan de gevolgen van het lagere IQ. Dit omvat onder andere het premorbide niveau van functioneren, de adaptieve mogelijkheden (inclusief bijvoorbeeld sociaal-emotioneel functioneren) en invloeden vanuit de context.

5.4 Voorbeelden van aandachtspunten bij de diagnostiek van psychische symptomen bij patiënten met een laag IQ

- *Ziektebesef, ziekte-inzicht:* Gerelateerd aan het lagere IQ kan er sprake zijn van verminderd ziektebesef en -inzicht. Klachten worden hierdoor bijvoorbeeld niet altijd spontaan gemeld door patiënten. Soms is er sprake van een verminderd introspectief vermogen of ervaren mensen een verminderd vermogen om vanuit het perspectief van de ander naar zichzelf te kijken.
- *Benoemen van klachten:* Dit kan lastig zijn als mensen daar niet de juiste woorden voor kennen. Denk aan het omschrijven van rumineren, dwanggedachten of psychotische klachten. Soms wordt (vak)jargon gebruikt, overgenomen van eerdere hulpverleners of naasten, maar in een andere betekenis.
- *Tijdslijnen:* Bijvoorbeeld het aangeven van hoe lang of hoe vaak iemand ergens last van heeft, kunnen moeilijk zijn. Zie ook [Afstemmen en communiceren](#).
- *Stemming, angst en andere emoties:* Het uitvragen van stemming, angst en andere emoties gaat vaak gepaard met het gebruik van veel jargon. Check bij de patiënt welke taal hij gebruikt voor complexe emoties. Bij mensen met een lager IQ is de stemming vaker afhankelijk van het moment (grotere reactiviteit). Er is mogelijk minder vaak sprake van een langdurige of persisterende stemming. Somberheid uit zich vaker in irritabiliteit en agitatie dan bij mensen met een gemiddelde of bovengemiddelde intelligentie.³⁷
- *(Pseudo)hallucinaties:* Het maken van onderscheid tussen hallucinaties, pseudohallucinaties en eigen gedachten vraagt meer aandacht van de onderzoeker.
- *Wanen:* Wanen kunnen eenvoudiger en minder uitgesproken zijn, waardoor ze niet direct als wanen worden herkend. Omgekeerd kunnen overtuigingen waanachtig overkomen, terwijl ze in feite voortkomen uit onvoldoende begrip van de werkelijkheid of een verminderd besef van het onderscheid tussen gedachten en feiten.
- *Dwanghandelingen:* Deze gaan niet altijd gepaard met (heldere) obsessieve gedachten. Gedachten worden minder vaak als egodystoon (ik-vreemd) ervaren.
- *Persoonlijkheidsontwikkeling versus persoonlijkheidsproblematiek:* Kennis van normale ontwikkeling vanuit de ontwikkelingspsychologie en kennis van de gevolgen van een ontwikkelingsstoornis zijn belangrijk. Dit helpt om een tekortschietende, onvolkomen of onrijpe persoonlijkheidsontwikkeling te onderscheiden van persoonlijkheidsproblematiek.^{38 39 40}

6. Indiceren

Autorisatiedatum 29-10-2025 Beoordelingsdatum 29-10-2025

6.1 Indiceren

Deze paragraaf gaat over de stap van de beschrijvende diagnose naar de indicatiestelling voor een concrete ggz-behandeling. Deze stap wordt samen met de patiënt en diens naasten gezet en verloopt bij patiënten met een laag IQ niet anders dan bij andere patiënten.

Centrale vragen in deze fase zijn*:

- Wat wil de patiënt bereiken?
- Wat is hiervoor nodig?
- Wat wordt het plan van aanpak?

Als na de brede interpretatie van de klachten ([zie vorige paragraaf](#)) een ggz-behandeling geïndiceerd is, bespreekt de behandelaar de behandelmogelijkheden* met de patiënt en zijn naasten. Zie ook [Samenwerking](#).

Aandachtspunten bij het indiceren van behandelingen bij patiënten met een laag IQ:

- Controleer de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van de behandeling. Is het duidelijk wat de behandeling inhoudt en hoe deze verloopt?
- Prioriteer informatie over de behandeling met de patiënt. Begin met het belangrijkste en bewaar de rest voor later. Bespreek samen hoeveel keuzemogelijkheden de patiënt prettig vindt of aankan. Overvraag zijn werkgeheugen niet en maak zo nodig een vervolgspraak.
- Gebruik de [communicatietips](#) uit deze zorgstandaard: maak de communicatie visueel en vermijd vakjargon.
- Bespreek met de patiënt welke problemen wel en niet binnen de behandeling kunnen worden aangepakt.

Let op: Indien een patiënt met een laag IQ zelf ter zake niet wilsbekwaam is, is toestemming van de wettelijk vertegenwoordiger nodig voor het starten van een behandeling. Betrek -indien aanwezig- begeleiding of andere betrokken ondersteuners of hulpverleners.

Ggz- professionals hebben binnen de wetgeving ruimte om zelf een inschatting te maken van de wilsbekwaamheid en kunnen samen met de patiënt te besluiten welke informatie wordt gecommuniceerd. Zie voor verdere toelichting de beschrijvingen op [goedvertegenwoordigd.nl](#) en zie ook [Welke wetgeving is van belang bij onvrijwillige/ verplichte zorg](#).

* Toelichtingen

Centrale vragen in deze fase zijn: Hiermee sluiten we aan bij wat in de zorgstandaard Diagnostiek hierover wordt beschreven. De diagnose, in combinatie met de wensen en behoeften van de patiënt, kan leiden tot een indicatie voor zorg: in de ggz (binnen of buiten de eigen zorgorganisatie), buiten de ggz (zoals het sociaal domein), een combinatie van beiden of geen indicatie van zorg. Dit is afhankelijk van de aard, inhoud en omvang van de klachten en problemen.

bespreekt de behandelaar de behandelmogelijkheden: De behandelaar geeft voorlichting over de aard van de behandelmogelijkheden, de mogelijke prioritering in relatie tot de gestelde doelen en de beschikbaarheid van het geïndiceerde zorgaanbod, zoals beschreven in de zorgstandaard Diagnostiek.

6.2 Opstellen van een behandelplan

Veel elektronische patiëntendossiers hebben een standaardformat voor een behandelovereenkomst. Deze zijn zorgvuldig opgebouwd, maar voor minder taalvaardige patiënten vaak onleesbaar. De behandelaar kan, naast de verplichte versie, een vereenvoudigde versie overwegen. Ook is het mogelijk om het format van de eigen instelling te gebruiken, maar dan met aangepast taalgebruik zodat het behandelplan in begrijpelijke taal is geformuleerd.

Het behandelplan

Aan een behandelplan worden [kwaliteitseisen gesteld](#). Het behandelplan wordt in samenspraak met de patiënt opgesteld. In het plan worden de doelen van de behandeling en hersteldoelen beschreven evenals de manier waarop aan deze doelen gewerkt zal worden. Ook wordt een aantal praktische afspraken vastgelegd. Denk aan zaken als wie het aanspreekpunt is voor de patiënt gedurende de behandeling, de vermoedelijke duur van de behandeling, de evaluatiemomenten, het no-show beleid, de communicatie met verwijzers en adviezen over hoe te handelen bij crisis. (Zie ook de [zorgstandaard Herstelondersteuning](#)).

De patiënt bepaalt samen met de behandelaar de behandeldoelen. Overleg met de patiënt in welke vorm (ik- of andere vorm) het behandelplan geschreven kan worden. Wees bedacht op grote en misschien voorlopig onbereikbare doelen zoals 'zelfvertrouwen krijgen', 'niet meer boos worden', of 'zich goed voelen'. De patiënt heeft niet altijd een helder beeld van de stappen die nodig zijn om dergelijke doelen te bereiken. Ook zijn niet alle doelen die een patiënt noemt haalbaar binnen een ggz-behandeling. Sommige doelen kunnen wellicht effectiever binnen andere domeinen worden aangepakt (bijvoorbeeld begeleiding vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)).

7. Behandelen

Autorisatiedatum 29-10-2025 Beoordelingsdatum 29-10-2025

7.1 Behandelen

Voor psychische klachten van patiënten met een laag IQ gelden dezelfde zorgstandaarden en richtlijnen als voor patiënten met een gemiddelde, bovengemiddelde of hoge intelligentie. Er is geen reden om aan te nemen dat psychotherapeutische interventies of medicatie bij deze doelgroep niet of minder effectief zijn. Dat geldt zowel voor individuele- als voor groepsbehandelingen, mits je [voldoende afstemt op je patiënt](#).

In dit hoofdstuk beschrijven we hoe je in de behandeling kunt afstemmen op een patiënt met een laag IQ. Er worden voorbeelden van behandelingen benoemd, zonder de pretentie volledig te zijn. Er staan tips over medicamenteuze behandeling, het monitoren van het effect van een behandeling, resource groepen en acute zorg (crisisinterventie en suïcidaliteit). Tot slot worden tips voor het evalueren en afronden van een behandeling gegeven.

7.2 Afstemmen van behandeling op mensen met een laag IQ

Om psychologische interventies bij patiënten met een laag IQ effectief in te zetten, is afstemming op maat nodig. Aanpassingen betreffen zowel de houding van de therapeut als de vorm waarin de interventies worden aangeboden.

De houding van de behandelaar is bij patiënten met een laag IQ soms wat meer sturend en directiever. Een behandeling kan in zichzelf overvragend zijn. Om dit te voorkomen helpt het als de behandelaar beschikt over een brede beschrijvende diagnose waarin niet alleen de psychische stoornis wordt beschreven, maar ook de gevolgen van een laag IQ, de context en eventuele andere factoren die een rol spelen.

Het afstemmen van de behandeling is geprotocolleerd maatwerk*. Het cognitieve en adaptieve niveau van functioneren van de patiënt is leidend bij het aanpassen van geprotocolleerde behandelingen. Dit niveau kan per patiënt verschillen.⁴¹

Algemene aandachtspunten voor aanpassing van reguliere protocollen

- Wees flexibel met hoe je protocollen gebruikt. Let bijvoorbeeld goed op hoeveel er in één sessie wordt behandeld.
- Gebruik voorbereidende trainingen als je twijfelt of een module voldoende aansluit bij jouw patiënt. Met behulp van deze trainingen kunnen basisconcepten worden uitgelegd en kan worden ervaren of de stof aansluit bij de patiënt. (Zie ook [Diagnosticeren](#)).
- Maak communicatie eenvoudiger, zowel mondeling als schriftelijk. Wees concreet en vat kort samen waar mogelijk. (Zie ook [Communicatie](#)).
- Houd de inhoud zo concreet mogelijk. Probeer elk stukje theorie te koppelen aan concrete ervaringen van de patiënt uit diens (recente) dagelijks leven. Werk daarbij bij voorkeur van ervaring naar theorie in plaats van van theorie naar ervaring.
- Betrek het ondersteuningssysteem van de patiënt, bijvoorbeeld bij huiswerk, ondersteuning van

transfer en generalisatie, aanpassen van procedures en het behouden van therapeutische doelen in het dagelijks leven.

- Pas de mate van autonomie aan op de patiënt. Te hoge verwachtingen kunnen de stoornis verergeren, terwijl het bevorderen van autonomie het welzijn kan verbeteren.

* Toelichtingen

geprotocolleerd maatwerk: reguliere protocollen worden op de inhoud gevolgd. Waar nodig worden in de vorm aanpassingen aangebracht, op maat. Om goede aanpassingen te kunnen maken, is uitgebreide kennis van de originele protocollen essentieel. Immers het aanpassen van de vorm mag niet ten koste gaan van de rationale van het protocol of de methodiek.

7.3 Psychotherapie

Voor veel patiënten zijn de verschillende vormen van psychotherapie met geprotocolleerd maatwerk goed bruikbaar. Wanneer de standaardprotocollen toch te hoog gegrepen zijn of wanneer de behandelaar moeite heeft met de afstemming, zijn er inmiddels steeds meer behandelprotocollen aangepast voor gebruik bij mensen met een laag IQ.

Aanpassingen op bestaande behandelprotocollen ontstaan veelal in de praktijk. Ze worden steeds meer gedeeld, zodat er steeds meer materiaal beschikbaar komt. Het betreft steeds meer behandelprotocollen, denk aan cognitieve gedragstherapie (CGT), systeemtherapie, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Mentalisation Based Treatment (MBT), Acceptance and Commitment Therapy (ACT), sociale vaardigheids-, assertiviteits en agressiehanteringstrainingen, zelfmanagementtraining, psycho-educatie en [mindfulness](#). ^{42 43 44}

Patiënten met een laag IQ zijn, door hun achtergrond en problematiek, kwetsbaarder voor het ontwikkelen van verslavingsproblematiek. Vanuit de Academische Werkplaats Kajak zijn de Handreiking Middelengebruik en verslaving bij mensen met een laag IQ beschikbaar en de overzichtskaart [Weten wat werkt](#).

Ook voor de behandeling van patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA), een laag IQ en verslaving zijn specifiek interventies ontwikkeld. Hierbij kan groepstherapie in het kader van peer-support van meerwaarde zijn. Start een aangepaste groepsbehandeling voor patiënten met een laag IQ. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een herstelgroep, een groep gericht op emotieregulatie (denken, voelen, doen groep), een verslavingsgroep of zelfbeeldtraining.

- Om verslaving in beeld te krijgen kan [de SumID-Q](#) worden gebruikt. Eerst wordt onderzocht welke middelen de patiënt kent, daarna volgt doorvragen naar kennis, attitude, omgevingsgebruik, eigen gebruik, gevolgen van gebruik en veranderingsbereidheid.
- Vervolgens kan de training '[Sterker dan de kick](#)' worden ingezet, om de patiënt te motiveren tot gedragsverandering. Deze training richt zich op mensen die verslaafd zijn aan genotsmiddelen, gamen of internetten, of die door overmatig gebruik hiervan in de problemen komen. Het doel is om hen te motiveren tot nieuw gedrag, zodat zij niet vervallen in oude gewoontes.
- Voor emotieregulatie kun je denken aan [de module Denken, voelen, doen](#).
- Voor verdere behandeling is de [CGT+](#) ontwikkeld, een cognitief gedragstherapeutische

behandeling van problematisch middelengebruik bij mensen met een laag IQ. Het doel van CGT+ is om de verslaving te doorbreken en een terugval in middelengebruik te voorkomen. Dit wordt bereikt door middel van psycho-educatie, het oefenen met nieuwe gedragspatronen en het belonen van successen.

Zie [Resource groepen](#) en [Behandel- en begeleidingsmodules](#).

Zie ook [Behandel- en begeleidingsmodules ter inspiratie](#).

7.4 Vaktherapie

Er is een goede wetenschappelijke onderbouwing voor het gebruik van vaktherapie* bij mensen met een laag IQ. Deze ervaringsgerichte behandelinterventies*, waarbij het verbale en cognitieve aspect minder op de voorgrond staan, sluiten vaak goed aan.

Binnen de ggz worden vaktherapieën ingezet voor uiteenlopende doelen*, bijvoorbeeld bij de behandeling van eetstoornissen, depressie, angst, persoonlijkheidsstoornissen en schizofrenie. 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59

Zie ook de zorgstandaard [Vaktherapie](#).

* Toelichtingen

vaktherapie: Voor beeldende therapie is er een systematische review met enige bewijskracht. Er is onderzoek met deels sterke bewijskracht voor muziektherapie gericht op spanning en stress. Ook is er onderzoek met deels sterk bewijs voor psychomotorische therapie (PMT) met betrekking tot emotieregulatie, angst, depressie en agressief gedrag. Specifiek voor PMT is de lichamelijke insteek een meerwaarde in de behandeling van deze doelgroep. Lichaamsbewustzijn speelt binnen deze behandeling een centrale rol, zowel bij de aanpak van (seksueel) trauma, als bij de behandeling van agressief gedrag.
[Meer informatie](#)

ervaringsgerichte behandelinterventies: In vaktherapie wordt ervaringsgericht gewerkt met een verscheidenheid aan (grotere) materialen. Daarbij wordt gebruik gemaakt van voordoen en nadoen (spiegelen) en worden woorden gekoppeld aan ervaringen door a) specifieke instructies te geven, b) meer sturend op te treden en c) de cliënt te laten parafraseren. (Elias et al., 2009)

uiteenlopende doelen: Bijvoorbeeld om gebeurtenissen uit het verleden te verwerken, inzicht te krijgen in gedrag patronen, sociale vaardigheden te verbeteren of meer zelfvertrouwen te krijgen. Specifiek voor mensen met een laag IQ zijn er 3 gebieden beschreven waarop vaktherapie wordt geïndiceerd ter verbetering bij het functioneren bij psychische problemen: lichaamsbeleving (spanning en angst), intrapersoonlijk (zelfbeeld, impulsiviteit, emotieregulatie, inzicht in eigen gedrag) en interpersoonlijk (omgaan met doelen en grenzen, interactie met anderen, invloed op en van anderen) (Verdonschot et al., 2018). De activiteiten binnen vaktherapie maken gebruik van muziek, drama/rollenspelen, beeldende/creatieve elementen, dans, lichaamservaringen of beweging/sport als medium om te werken aan de behandeldoelen. Niet de activiteit op zich, maar de rol van de therapeut is hierbij cruciaal.

7.5 Medicatie

Ook bij de behandeling met medicatie is het uitgangspunt dat reguliere richtlijnen leidend zijn. Dit geldt zowel voor de keuze tussen psychotherapie en medicatie, de keuze voor het soort medicatie, als voor doseringen, somatische controle en screening.

Belangrijke aandachtspunten bij het voorschrijven van medicatie aan mensen met een laag IQ liggen vooral in het 'hoe' van het starten en stoppen van medicijnen en veel minder in het wat.⁶⁰

Checklist bij het voorschrijven van medicatie aan patiënten met een laag IQ:

- somatische en medicatie voorgeschiedenis en interacties
- praktische uitleg
- starten en opvolgen van de behandeling met medicatie
- therapietrouw
- starten en stoppen

1. Somatische en medicatie voorgeschiedenis en interacties

Zorg voor een overzicht van de medische geschiedenis en het medicijngebruik, inclusief vrij verkrijgbare middelen. Denk aan stoppen met medicijnen zonder duidelijke reden. Vermijd dat er te veel verschillende medicijnen tegelijkertijd worden gebruikt. Vraag ook naar het gebruik van cafeïne, energiedrankjes en (designer)drugs*.

2. Praktische uitleg

Pas de hoeveelheid informatie aan op wat de patiënt nodig heeft om de medicatie correct te gebruiken. Maak gebruik van hulpbronnen: naasten, tekenen, opschrijven*. Houd contact, bespreek opbouw en afbouw concreet, tijdstip van innemen* (voor het middageten en voor het slapen in plaats van 2 maal daags). Bespreek verwachtingen en mogelijke effecten*. Het kan zinvoller zijn om scoringslijstjes te gebruiken.

3. Starten en opvolgen

Start low go slow is vaak een goede tip bij het starten van medicatie bij mensen met een laag IQ. Begin met een lage dosering, maar zorg ervoor dat je niet onder doseert. Vraag expliciet naar veel voorkomende bijwerkingen omdat mensen deze niet altijd spontaan vermelden en vraag goed door.

4. Therapietrouw

Therapietrouw vergt een aantal praktische vaardigheden. Bespreek daarom met jouw patiënt de praktische routines in het gebruik van medicatie, inclusief de eventuele waarschuwingen die erop vermeld staan. Denk hierbij aan instructies over het bewaren, het op tijd innemen, wat te doen bij een vergeten dosis en het aanvragen van herhaalrecepten. Overweeg het gebruik van medicijnzakjes (bijvoorbeeld Baxter), een afhaalkuisje of een (automatische) medicijndispenser. Deze laatste wordt door de wijkzorg ingeregeld, ook bij wijziging van medicatie.

5. Starten en stoppen

Bespreek met de patiënt adviezen over de duur van gebruik en het belang van afbouwen*. Stimuleer de patiënt om veranderingen in het medicatiegebruik altijd te bespreken of het te melden. Besteed bij het afsluiten van de behandeling aandacht aan de overdracht van het medicatievoorschrift aan de huisarts. Benoem expliciet wanneer en hoe vaak de medicatie geëvalueerd dient te worden en maak duidelijke afspraken over wanneer en op welke wijze de medicatie weer kan worden afgebouwd.

Tip: Er zijn mooie websites en apps die mensen kunnen ondersteunen bij het gebruik van psychofarmaca*.

* Toelichtingen

gebruik van cafeïne, energiedrankjes en (designer)drugs: Patiënten met een laag IQ krijgen vaker medicatie voorgeschreven. Dit kan zijn voor somatische problemen, psychische stoornissen, maar ook zonder duidelijke indicatie. Het is aan te bevelen om vóór het starten met medicatie een goed overzicht te maken van de somatische en medicatievoorgeschiedenis, inclusief vrij verkrijgbare medicatie en om eventuele interacties te controleren. Overweeg om medicatie waarvan de indicatie ontbreekt of waarvan het effect onduidelijk is af te bouwen. Probeer polyfarmacie zoveel mogelijk te voorkomen. Vraag ook expliciet naar het gebruik van middelen (inclusief cafeïne, energydrink en het gebruik van (designer) drugs. De link tussen het gebruik van middelen en (somatische) klachten en symptomen wordt niet altijd gelegd door de patiënt.

naasten, tekenen, opschrijven: Bij het starten van medicatie gaan artsen vaak uit van veel voorkennis en wordt er in korte tijd veel informatie gegeven. Het kan helpen om gebruik te maken van hulpbronnen zoals het meekomen van een vertrouwd persoon en het tekenen en opschrijven van belangrijke punten. In de eerste periode na het starten kan het zinvoller zijn om laagdrempelig en frequent contact te houden dan om in één keer te veel informatie te geven.

tijdstip van innemen: Belangrijke onderdelen van de praktische uitleg over medicatie zijn bijvoorbeeld het verloop en de duur van eventuele bijwerkingen en het moment waarop het effect van de medicatie inzet. Ook het opbouwschema, het tijdstip van inname (bijvoorbeeld 's ochtends, 's avonds of voor het slapengaan), de dosering en het aantal pillen, alsmede tips over het bewaren en het innemen van de medicatie zijn belangrijke punten om samen door te nemen.

Bespreek verwachtingen en mogelijke effecten: Bij het starten van medicatie is het goed om samen met de patiënt en diens naasten stil te staan bij de verwachtingen over de effecten van de medicatie. De verwachtingen kunnen irreëel zijn of sterk uiteenlopen. Om de effecten over de tijd te monitoren, is het nuttig om samen met de patiënt en zijn naasten te overwegen om een lijstje bij te houden met de belangrijkste gewenste effecten en bijwerkingen.

belang van afbouwen: Het is de ervaring dat er bij het voorschrijven van medicatie niet altijd besproken wordt hoe lang iemand medicatie moet blijven gebruiken. Dit kan ertoe leiden dat patiënten veel te lang of onnodig medicijnen gebruiken of te vroeg of te snel met medicijnen stoppen.

gebruik van psychofarmaca: Zie bijvoorbeeld websites als <https://www.thuisarts.nl/> en <https://www.steffie.nl/> en de app Kijksluite – <https://www.kijksluite.nl/#>

7.6 Herstelondersteunende zorg

Indien er sprake is van ernstige psychiatrische problematiek, al dan niet gecombineerd met verslavingsproblematiek en verminderd algemeen functioneren na 2 jaar behandeling in de ggz, wordt

gesproken van een *ernstige psychiatrische aandoening* (EPA). Dit geldt ook voor patiënten met een laag IQ.^{61 62}

In de (outreaching) ambulante setting, waarin teams vaak werken volgens de FACT-methodiek, zijn veel patiënten met een EPA en een laag IQ in behandeling*. Deze patiënten willen het liefst ook gewoon meedoen in de maatschappij en hebben wensen en dromen. Het bereiken van deze doelen vraagt echter om extra inspanning en een goede onderlinge samenwerking tussen alle betrokken partijen*.⁶³

In gesprek over herstel

In gesprek gaan met patiënten met een laag IQ gaat niet alleen over hun klachten. Het gaat juist ook over wat helpt en welke krachten iemand heeft, omdat dit bijdraagt aan herstel. Het werkboek '[Herstel, hoe dan wel](#)' kan een hulpmiddel zijn om het gesprek hierover aan te gaan. Daarnaast gaat herstel ook over het [leren begrijpen van je klachten en van je eigen beperking](#). Ook dit kan bijdragen aan het herstelproces.

Spelenderwijs

In de ggz wordt veel gebruik gemaakt van verbale communicatie. Andere manieren van communiceren* kunnen een waardevolle aanvulling zijn om patiënten met een laag IQ beter te helpen zich te concentreren.^{64 65 66}

* Toelichtingen

veel patiënten met een EPA en een laag IQ in behandeling: Volgens onderzoek van Seelen-De Lang et al. (2019) en Nieuwenhuis et al 2019 heeft ruim 40% van de patiënten in zorg bij FACT mogelijk een lager IQ waarbij 20 % aanwijzing heeft voor een lichte verstandelijke beperking.

betrokken partijen: Immers sommige dingen die nodig zijn voor herstel worden niet tot de kerntaak van de ggz gerekend (denk aan het oefenen van een sollicitatiegesprek of het leren reizen met het openbaar vervoer). Goede samenwerking met andere partijen, zoals ambulante woonbegeleiding binnen de ggz of verstandelijk gehandicaptenzorg, gemeenten, wijkteams en het UWV) is daarom belangrijk.

Andere manieren van communiceren: Spelmethode bijvoorbeeld zoals: - Het Herstelspel, een bordspel dat is ontwikkeld voor mensen met een laag IQ om in gesprek te gaan over wat wel of niet helpt bij herstel; - Doe Je Mee? een bordspel voor mensen met een lichte verstandelijke beperking en hun omgeving over meedoen in de samenleving, gebaseerd op het spel Een steekje los. - Yucelmethode - "Een taal erbij"

7.7 Aanvullende tips

Wil je ook andere informatiebronnen raadplegen ter verdieping zie dan:

- [Overzicht van informatiebronnen LVB en Psychiatrie](#)
- [Te raadplegen boeken](#)

8. (Be)handelen bij acute zorg, crisis en suïcidaliteit

Autorisatiedatum 29-10-2025 Beoordelingsdatum 29-10-2025

8.1 Een crisis

Een crisis kan de adaptieve vaardigheden van mensen met een laag IQ fors onder druk zetten. Deze wordt niet alleen veroorzaakt worden door overvraging, maar kan daar ook toe leiden. Om een crisis goed te begrijpen en te behandelen is het van groot belang om zowel het lage IQ als de psychische stoornis te herkennen.

We weten dat een laag IQ vaker voorkomt bij mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen en dat deze groep vaker te maken krijgt met verplichte opnames en verplichte zorg.^{67 68 69} Ook [suïcidaal gedrag](#) komt vaker voor bij deze groep.^{70 71 72}

Onderzoek naar acute zorg, crisisinterventie en suïcidaal gedrag bij mensen met een laag IQ is schaars. Intelligentie wordt niet vaak uitgevraagd of vastgelegd in de acute zorg.

8.2 Acute zorg

Voor mensen met een laag IQ gelden dezelfde stappen als voor mensen met een gemiddelde of bovengemiddelde intelligentie. Voor algemene kennis over de inhoud en organisatie van acute hulpverlening voor personen in een crisissituatie. (Zie zorgstandaard [Acute psychiatrie](#))

Rekening houden met het laag IQ doe je met behulp van de volgende aandachtspunten:

- Patiënt en naastbetrokkenen kunnen meer moeite hebben met het signaleren van eerste tekenen van ontregeling of met het herkennen van uitlokkende factoren.
- Extra informatie is nuttig bij de start van de crisisbeoordeling door de acuut psychiatrische hulpverlening*.
- Bij een patiënt in crisis met een laag IQ is altijd sprake van interferentie tussen een laag IQ en de psychische stoornis. [Diagnostische overschaduw](#)ing, ofwel het onterecht toeschrijven van een psychiatrische crisis aan een laag IQ of andersom: het onterecht toeschrijven van een crisis door overvraging aan een psychische stoornis komt regelmatig voor.
- Naast het inschatten van de psychische stoornis is daarom aandacht nodig voor de invloed van [eventuele overvraging](#). Zeker bij plotselinge en/of forse overvraging kunnen symptomen optreden zoals verwardheid, suïcidaal gedrag of agressie zonder dat er sprake hoeft te zijn van een psychische stoornis. Deze symptomen kunnen heftig zijn, moeilijk te reguleren en lang aanhouden.
- Ook somatische aandoeningen kunnen bij mensen met een laag IQ soms leiden tot overvraging en/of symptomen van emotionele verwarring of cognitieve desintegratie*.⁷³

* Toelichtingen

de acuut psychiatrische hulpverlening: Te denken valt aan gegevens over het IQ en de adaptieve vaardigheden; of de persoon begeleid wordt, vanuit welke instantie en of er een gedragsdeskundige betrokken is; of er somatische aandoeningen zijn en of er een arts VG betrokken is; of er al crisisafspraken gemaakt zijn; juridisch kader en of er adviezen bekend zijn over passende afstemming.

cognitieve desintegratie: Cognitieve desintegratie is een desorganisatie van denken en handelen waarbij mensen niet meer helder kunnen denken, niet weten hoe te handelen en overspoeld worden door emoties.

8.3 Crisisbeoordeling en crisisinterventies

Aandachtspunten bij het beoordelen van een crisis en het plannen van interventies:

- Beoordeel de patiënt bij voorkeur thuis, in hun eigen omgeving. Bespreek van tevoren welke naastbetrokkenen aanwezig zullen zijn en wat hun rol is in het gesprek.
- Investeer in het maken van contact. Maak hierbij gebruik van het principe 'start low, go slow': neem de tijd om aan te sluiten bij de patiënt door bijvoorbeeld eerst onderwerpen te bespreken die minder beladen zijn.
- Het principe KISS (Keep It Super Simple) en [andere adviezen rondom communicatie](#) zijn bij een patiënt met een laag IQ in crisis nog belangrijker.
- Overweeg, naast het inzetten van psychiatrische hulpverlening, ook ondersteuning of begeleiding vanuit het maatschappelijk domein of de zorg voor mensen met een beperking als die er nog niet is ingezet.
- Geef, als je medicatie overweegt, geen startadvies zonder stopadvies.
- Zorg naast informatie aan de huisarts ook voor een warme overdracht aan een eventueel betrokken gedragsdeskundige of arts VG.
- Laat de patiënt niet los voordat een ander hem vastheeft.

8.4 Suïcidaliteit

Voor algemene kennis verwijzen wij naar de zorgstandaard Diagnostiek en [behandeling van suïcidaal gedrag](#).

Aandachtspunten in de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag bij mensen met een laag IQ:

- Het patroon van suïcidaal gedrag is bij patiënten met een laag IQ hetzelfde als bij andere patiënten. Een laag IQ op zichzelf is geen risicofactor; er bestaat dus niet zoiets als suïcidaliteit die voortkomt uit een laag IQ. Wel komen bekende risicofactoren* vaker voor bij deze groep. Protectieve factoren* voor suïcidaal gedrag zijn mogelijk juist minder aanwezig.
- Mensen met een laag IQ zijn mogelijk nog minder dan andere mensen geneigd om zelf te beginnen over suïcidale ideaties of intenties. Vraag daarom concreet en expliciet naar de

aanwezigheid van suïcidaliteit. In een aanzienlijk deel van de gevallen zijn naastbetrokkenen ook niet op de hoogte van de suïcidaliteit. Als je er niet naar vraagt, dan weet je het niet.

- De ernst van de suïcidepoging zegt niets over de ernst van de suïcidaliteit. ⁷⁴
- Psychiatrische stoornissen zijn vaak wel aanwezig maar worden lang niet altijd expliciet benoemd en mensen zijn lang niet altijd onder behandeling voor hun psychische problemen.

Zie ook [vertelplaten ter voorkoming](#) en [factsheet suïcidaliteit en LVB](#).

* Toelichtingen

bekende risicofactoren: o.a. psychische stoornissen zoals depressie, mishandeling, misbruik en armoede) komen vaker voor bij mensen met een laag IQ.

Protectieve factoren: Onder andere veerkracht, gevoel van verbondenheid, probleemoplossend vermogen en goede coping mechanismen en omgevingsfactoren als goed sociaal netwerk, positieve ouderrol etc.

9. Monitoren en Evalueren

Autorisatiedatum 29-10-2025 Beoordelingsdatum 29-10-2025

9.1 Monitoren

Het is van belang het effect van de behandeling te monitoren en regelmatig te evalueren. Hieronder staat waarmee rekening mee moet worden gehouden.

In de ggz worden diverse instrumenten ingezet om het effect van een behandeling te volgen. Gebruik waar mogelijk de vragenlijsten die beschikbaar zijn in de eigen organisatie. Als deze instrumenten niet afdoende zijn, raadpleeg dan de tips bij [passende afstemming](#) en de [diagnostische cyclus](#).

Voorbeelden van vragenlijsten die onderzocht en goed bruikbaar zijn, zijn de Brief Symptom Inventory (BSI) ⁷⁵ en de Symptom questionair-48 (SQ-48). ^{76 77 78}

9.2 Evalueren

Behandelingen in de ggz worden op gezette tijden met de patiënt en - eventueel diens naasten - geëvalueerd. Bij patiënten met een laag IQ kan het verstandig zijn de frequentie hiervan wat hoger te leggen. Bijvoorbeeld door doelen wekelijks, maandelijks of eens in de 6 weken te evalueren, afhankelijk van het doel en de patiënt. Het halfjaarlijks of jaarlijks evalueren is functioneel voor het behandelplan, maar voor de patiënt is deze periode vaak moeilijk te overzien.

Bevestig elke stap in de goede richting - een voordeel van concrete doelen en korte evaluatieperiodes- en vier behaalde successen.

Besprek regelmatig de afspraken in het behandelplan en de afronding van de behandeling. Dit helpt om verwachtingen te managen en te voorkomen dat een patiënt zich afgewezen voelt wanneer de afronding nadert. ⁷⁹

10. Afsluiten

Autorisatiedatum 29-10-2025 Beoordelingsdatum 29-10-2025

10.1 Afsluiten

Ook de afronding van een ggz-behandeling kan bij patiënten met een laag IQ een [multidimensioneel karakter](#) hebben. Maak concrete afspraken over nazorg en in welke gevallen opnieuw een beroep gedaan kan worden op de ggz. Betrek hierbij zowel de patiënt, diens naasten als andere betrokken professionals bij. Het is aan te bevelen om afspraken op papier mee te geven, bijvoorbeeld in een afrondende brief en om de in de behandeling opgestelde plannen met signalering hierin mee te nemen.

Soms is het ook zinvol om samen met de patiënt een terugvalpreventie-plan te maken met de patiënt.

Aandachtspunten bij terugvalpreventie:

1. **Continuïteit van zorg** - Zorg ervoor dat de overgang tussen behandelingen soepel verloopt.
2. **Signaleringsplan** - Zorg dat er een actueel signaleringsplan is, zodat patiënten en naasten terugval kunnen herkennen en voorkomen.
3. **Naasten betrekken** - Een ondersteunend netwerk is vaak van grote waarde tijdens en na de behandeling.
4. **Voldoende ondersteuning bij zelfstandigheid** - Ondersteuning na behandeling helpt patiënten om vaardigheden toe te passen in het dagelijks leven. Het is raadzaam om deze ondersteuning al tijdens de behandeling te regelen, zodat er geen gat ontstaat. Denk bijvoorbeeld aan ondersteuning in zelfstandigheid vanuit de gehandicaptenzorg.
5. **Nazorg aansluiten bij communicatie en bejegening van de behandeling** - Mensen die nazorg verlenen stemmen hun communicatie en bejegening bij voorkeur af op de werkwijze die tijdens de behandeling is gehanteerd.
6. **Goede overdracht** - Zorg voor een heldere en warme overdracht met duidelijke instructies voor de huisarts en/of het sociaal domein. Zie ook [Organisatie van zorg](#) en [Resource groepen](#) voor het betrekken van naasten bij generalisatie en transfer naar het dagelijks leven.

11. Organisatie van zorg

Autorisatiedatum 29-10-2025 Beoordelingsdatum 29-10-2025

11.1 Organisatie van zorg

De organisatie van zorg voor mensen met een laag IQ en psychische stoornissen is gebaseerd op 2 beleidskaders: het Integraal Zorg akkoord (IZA) en het Kader Passende zorg.

In het [Integraal Zorg Akkoord](#) staat de opdracht 'te zorgen voor gelijke toegang tot zorg, van goede kwaliteit, voor alle groepen in de samenleving'. Hierbij moet rekening worden gehouden met de diversiteit van de bevolking. Dat betekent dat het geen keuze meer is om wel of niet te streven naar een inclusieve organisatie binnen de ggz. Het is een plicht, vastgelegd in de sociale grondrechten. Met andere woorden: mensen met een psychische stoornis en een laag IQ hebben recht op toegang tot de ggz.

Het Kader Passende zorg* beschrijft 4 basisprincipes voor passende zorg:

1. Passende zorg is doelmatig, waardegedreven en effectief.
2. Passende zorg zet in op gezondheid in plaats van op ziekte.
3. Passende zorg komt samen met de patiënt tot stand.
4. Passende zorg wordt dichtbij georganiseerd.

Passende zorg is dus inclusief georganiseerd. Dat draagt bij aan het verkleinen van gezondheidsverschillen en het vergroten van een eerlijke kans op een gezond leven.

In de praktijk betekent passende zorg dat het van belang is om samen met de patiënt te kijken welke vraag of onderdeel van zijn hulpvraag* het eerste beantwoord dient te worden.

Via de [test van Pharos](#) kan je in beeld brengen hoe inclusief jouw organisatie is. Via de [monitor plus](#) kun je kijken hoe toegankelijk je organisatie is voor patiënten met een laag IQ.

* Toelichtingen

Passende zorg: Passende zorg kent 4 basisprincipes: 1) is doelmatig, waarde gedreven en effectief, 2) zet in op gezondheid in plaats van ziekte, 3) komt samen met de patiënt tot stand, en 4) wordt dichtbij georganiseerd

onderdeel van zijn hulpvraag: Is dat de behandeling of herstel van een psychiatrische stoornis? Dan is de ggz als eerste aan zet met evidence of practice based behandelingen.

11.1.1 Wie wordt waar behandeld in de ggz?

In principe kunnen de meeste patiënten met een psychische stoornis en een laag IQ binnen de ggz

worden geholpen. Waar een patiënt met een laag IQ het best behandeld kan worden, kan globaal worden bepaald op basis van een aantal wijzigingen: ⁸⁰

1. Mate van complexiteit en ernst van de psychische stoornis.
2. Mate van complexiteit en ernst van de zwakbegaafdheid of de verstandelijke beperking.
3. Mate van interferentie tussen beiden.

Route basis ggz

Patiënten met een lage ernst en complexiteit met betrekking tot het lage IQ en met een lichte tot ernstige psychische stoornis volgen dezelfde route in de ggz als iemand met een gemiddelde intelligentie. De interferentie met het lage IQ is aanwezig, maar slechts in geringe mate. De behandelaar kan zijn behandeling hierop afstemmen.

Deze patiënten volgen het reguliere aanbod. De organisatie en behandelaar stemmen de communicatie en de bejegening af op de laagbegaafdheid van de patiënt. (Voor geprotocolleerd maatwerk zie ook [Behandeling](#) en [Diagnostiek](#)).

Voorbeeld casuïstiek voor de reguliere route basisggz

Casus 1

K. is een jongedame die bij de huisarts komt omdat ze sinds 3 maanden steeds angstiger is om haar huis te verlaten. Ze heeft verder geen psychiatrische voorgeschiedenis, een stabiele relatie en al jaren hetzelfde werk. Zodra ze naar buiten gaat en haar straat doormoet, krijgt ze herbelevingen van een traumatische gebeurtenis 2 maanden geleden waarbij ze is aangerand. Ze krijgt het warm en benauwd, begint te 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 slecht en wordt ze 's nachts vaak wakker door nachtmerries. De POH-GGZ concludeert na de intake dat er bij deze zwakbegaafde vrouw vermoedelijk sprake is van PTSS.

De huisarts verwijst K. door naar een ggz- praktijk in de buurt met het verzoek om traumabehandeling. Hij vermeldt dat hij denkt dat haar zwakbegaafdheid niet zozeer interfereert met de PTSS, maar dat het belangrijk is om tijdens de behandeling rekening te houden met haar mogelijkheden. Zo weet hij bijvoorbeeld dat het helpt als afspraken voor K. duidelijk worden opgeschreven. Hij verwacht een intensief maar kortdurend traject. De ggz start een EMDR-behandeling en kijkt samen met K. wie haar kan ondersteunen bij deze behandeling vanuit haar eigen netwerk.

Casus 2

R. is een zwakbegaafde man die al jaren vastloopt op alle gebieden in zijn leven. Hij meldt zich regelmatig met suïcidale gedachten bij de huisarts, neemt soms hulp aan, maar weigert die uiteindelijk net zo vaak. Hij verwondt zichzelf, heeft veel problemen in zijn relaties met anderen en belandt vaak in gevechten in het uitgaansleven, waardoor hij in aanraking komt met de politie. Hij is al lange tijd werkloos, gebruikt al jaren in periodes veel drugs en alcohol en heeft diverse somatische klachten, waaronder suikerziekte en obesitas. De huisarts meldt R. aan bij een specialistische ggz-instelling met de vraag om diagnostiek en behandeling op basis van het vermoeden van een persoonlijkheidsstoornis cluster B. Na een eerste intake wordt R. verwezen naar de ggz met specifieke aandacht voor een mogelijke persoonlijkheidsstoornis.

Men classificeert een borderline persoonlijkheidsstoornis en constateert dat de zwakbegaafdheid nauwelijks interfereert met zijn psychische stoornis. De behandeling zal plaatsvinden binnen de behandelmodule Dialectische gedragstherapie (DGT). Er wordt gekozen voor een individuele behandeling in plaats van een groepsbehandeling, zodat rekening kan worden gehouden met het tempo en taalgebruik. Daarnaast consulteert het behandelteam een afdeling voor hoogspecialistische ggz voor mensen met psychiatrie en een laag IQ om zich te informeren over eventuele aanpassingen.

Route naar specialistische ggz voor mensen met laag IQ

Deze route is bedoeld voor mensen met psychische problematiek en een laag IQ, waarbij sprake is van een hoge mate van complexiteit in het samenspel tussen klachten, het intelligentieniveau en het adaptief functioneren.

Dit betreft een kleine groep patiënten. Voor hen is hoog specialistische ggz nodig, waarbij zowel kennis van psychiatrie als het laag IQ aanwezig is. De behandeling wordt aangeboden door een multidisciplinair team. Het kan zinvol zijn samenwerking te zoeken met een behandelteam vanuit de gehandicaptenzorg om duiding geven van de klachten en samen vorm te geven aan adequate behandeling.

Voorbeeld casuïstiek route naar naar specialistisch ggz voor mensen met een laag IQ

O. is een man met laag IQ (disharmonisch profiel tussen de 50 en 70). Hij heeft beperkte adaptieve vaardigheden, is bekend met autisme en woont al jaren zelfstandig 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 dat hij sinds enige weken weer bij zijn ouders woont. Zodra hij alleen is gaat hij 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 Arts VG van de instelling heeft hem op psychofarmaca ingesteld, maar zonder effect.

De huisarts verwijst O. door naar een ggz-instelling met een afdeling voor mensen met psychiatrie en verstandelijke beperking. Hij heeft een vermoeden van een acute angststoornis dan wel een psychotische stoornis in combinatie met een laag IQ. De huisarts vraagt om een diagnostiektraject en behandeling. Bij de intake wordt besloten de gedragswetenschapper en de Arts VG van de begeleidende instelling 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 aanpassingen in de farmacotherapie en een aangepaste cognitieve gedragstherapie (CGT) behandeling. De begeleiders van de cliënt besluiten om deze cliënt iedere dag contactmomenten aan te bieden en samen zijn dagelijkse structuur weer vorm te geven. Wanneer hij eenmaal is ingesteld op passende medicatie en langere tijd stabiel is, draagt de ggz hem over aan de VG-instelling met een duidelijk signaleringsplan en het aanbod om waar nodig vooral de ggz te consulteren.

Route naar begeleiding buiten de ggz vanuit de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking of sociaal domein

Bij patiënten bij wie er sprake is van een verstandelijke beperking of een complex (disharmonisch) intelligentieprofiel, en een lage complexiteit van de psychische problematiek, kan overwogen worden om begeleiding vanuit de gehandicaptenzorg in te zetten. In deze gevallen is de interferentie tussen het lage IQ en de psychische stoornis groot. Daarom is intensieve samenwerking en/of uiteindelijk een verwijzing naar behandel- of begeleidingsteams binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking vaak de meest passende route. De nadruk ligt meestal op begeleiding. Ook hier blijft de mogelijkheid bestaan de ggz te consulteren wanneer de complexiteit en de ernst van de psychische klachten veranderen.

Voorbeeld casuïstiek route naar begeleiding vanuit de VG of sociaal domein

S. is een jongedame functionerend op de grens van zwakbegaafdheid en een lichte verstandelijke beperking.

Ze woont sinds een jaar op zichzelf zonder begeleiding. Sinds enkele weken gaat ze 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, begint te trillen en keert weer om. Thuis vermaakt ze zich met films kijken en computerspelletjes. Ze doet niets meer aan het huishouden, vertelt ze. De huisarts verwijst haar door naar de POH-GGZ van zijn praktijk. De POH-GGZ stelt vast dat alle taken die behoren bij het zelfstandig wonen S. langzaam boven het hoofd zijn gegroeid. Nu ze op het werk ook nog een nieuwe leidinggevende en nieuwe taken heeft gekregen is ze helemaal van slag geraakt en vermijdt ze het werk. Hoewel er angstklachten zijn voldoen deze niet aan de DSM-criteria en lijkt de kern van de klachten op dit moment 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 een lager IQ 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. Mochten de angstklachten erger worden ondanks de vermindering van de overvraging dan zal zij toch worden aangemeld bij de ggz voor een behandeling. De POH-GGZ houdt een vinger aan de pols met een laagfrequent contact.

11.1.2 Welke professionals zijn betrokken bij de zorg voor mensen met een laag IQ?

Patiënten met psychische stoornissen en een laag IQ doen een beroep op alle vormen van ggz. Professionals in alle geledingen van de zorg komen met deze groep in contact: huisartsen, praktijkondersteuners GGZ (POH GGZ) werkzaam binnen de huisartspraktijken, de behandelaars in ggz-instellingen en FACT-teams. Daarnaast krijgen ze zorg in vrijgevestigde praktijken, RIBW's, de forensische zorg en de verslavingszorg.

Het is van belang is dat binnen al deze organisaties de toegang voor patiënten met een laag IQ vanzelfsprekend is en dat professionals passende zorg bieden. Aanbieders moeten een aannemelijk budget beschikbaar krijgen voor scholing van professionals en het op peil houden van het kennisniveau.

11.1.3 Welke competenties hebben professionals nodig?

Het is belangrijk dat professionals zich beter bewust worden - en blijven - van het feit dat zij vaak al voldoende bekwaam zijn om mensen met een laag IQ te behandelen. De kennis en vaardigheden die zij bij alle patiënten inzetten, kunnen ze immers ook toepassen bij deze groep. De ervaring leert dat professionals in de ggz vaak bekwaamer zijn dan zij zelf denken.

De volgende competenties zijn van belang:

- bewustzijn van de eigen bekwaamheid om mensen met een laag IQ te kunnen behandelen;
- [herkennen](#) van zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking;
- [afstemmen van de communicatie](#);
- cultuursensitief kunnen reflecteren op de invloed van de eigen educatieve en maatschappelijke positie ten opzichte van de patiënt;
- betrekken van alle dimensies (bio-psychosociaal) bij de analyse van de hulpvraag;
- het bieden van geprotocolleerd maatwerk voor iedere patiënt. (Zie ook [Diagnosticeren](#) en [Behandelen](#)).

Welke (bij)scholing is nodig voor groter bewustzijn over het eigen kunnen?

Het is bijzonder belangrijk dat de opleidingen van ggz-professionals op geïntegreerde wijze kennis aanreiken* over deze patiëntengroep. Dit vergroot het zelfvertrouwen van (toekomstige) professionals en neemt misverstanden weg over het idee dat professionals mensen met een laag IQ niet kunnen behandelen.

Professionals die nu al in de ggz werken, kunnen via het bijscholingsbeleid van hun organisatie meer zelfvertrouwen ontwikkelen. Dat vraagt van organisaties om een heldere visie op de inclusie van patiënten met een laag IQ in de ggz.

* Toelichtingen

op geïntegreerde wijze kennis aanreiken: Dat gebeurt op dit moment nog vrijwel niet. Dat maakt behandelaars onzeker en voedt de indruk dat men niet capabel zou zijn om deze patiënten in de ggz te behandelen. Tevens wordt daarmee ten onrechte de indruk gewekt dat patiënten met laag IQ niet of nauwelijks voorkomen in de ggz. Dat leidt weer tot het onterecht afwijzen of doorverwijzen van patiënten naar andere hulpverleners of sectoren.

11.1.4 Aan welke kwaliteitsnormen moet de zorg voldoen?

Het [Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ](#) beschrijft de kwaliteitsnormen waaraan een zorgaanbieder moet voldoen om de zorg voor de individuele cliënt in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) te organiseren. De nadruk ligt daarbij op de rollen, taken en verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar en van andere zorgverleners in de verschillende onderdelen van het zorgproces. Ook formuleert het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ kwaliteitsnormen op het gebied van leren en verbeteren. Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* is van toepassing op deze zorgstandaard.

Kwaliteit van zorg bij behandelcentra voor mensen met een verstandelijke beperking

In de afgelopen jaren zijn er binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking ook behandelcentra ontstaan. Met het oog op de bewaking van de kwaliteit van de zorg en de juiste betrokkenheid van de patiënt en zijn naasten, is het van belang dat de door deze centra geleverde geestelijke gezondheidszorg georganiseerd, ingericht en uitgevoerd gaan worden volgens de kwaliteitseisen van de GGZ zorg (conform LKS 4.0). Hierbij dient opgemerkt te worden dat de beroepsgroepen en rollen binnen de gehandicaptensector anders ingevuld kunnen zijn, zoals vastgelegd in het eigen kwaliteitsstatuut.

*** Toelichtingen**

Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ: Alle zorgaanbieders binnen de ggz moeten beschikken over een door het Zorginstituut Nederland goedgekeurd kwaliteitsstatuut. In het model Kwaliteitsstatuut voor de ggz staat beschreven wat zorgaanbieders in de ggz geregeld moeten hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording om zorg te kunnen verlenen in het kader van de Zorgverzekeringswet. Het door de zorgaanbieder ingevulde kwaliteitsstatuut borgt dat: de juiste hulp wordt geboden, op de juiste plaats en door de juiste zorgprofessional binnen een professioneel en kwalitatief verantwoord netwerk. De zorgaanbieder bevordert hiermee gepaste zorg. Het doel van het kwaliteitsstatuut is om inzichtelijk en toetsbaar vast te leggen hoe een aanbieder de integrale zorg voor de individuele patiënt heeft georganiseerd. Dit omvat met name: de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de betrokken zorgverleners, de onderlinge verhoudingen tussen deze zorgverleners, het stimuleren van de autonomie en regie van de patiënt en het waarborgen van de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorgverlening.

11.1.5 Welke wetgeving is van belang bij onvrijwillige/verplichte zorg?**Van vrijwillige naar verplichte- of onvrijwillige zorg**

Als er sprake is van onvrijwillige zorg zijn er meerdere wetten van toepassing. De 2 meest relevante wetten zijn de Wet verplichte GGZ (Wvggz) en de Wet zorg en dwang ([Wzd](#)).

1. Wet verplichte GGZ- verplichte zorg bij psychische aandoeningen

Voor patiënten met een psychische stoornis in de ggz is de Wvggz de voorliggend wet bij verplichte zorg.^{81 82 83} Deze wet regelt de rechten van mensen die te maken hebben met verplichte zorg vanwege een psychische aandoening. De wet is ingericht voor mensen bij wie een psychische stoornis leidt tot gedrag dat ernstig nadeel (gevaar) veroorzaakt voor henzelf of anderen.

Als ggz-professional is het goed je te realiseren dat er binnen de wetgeving ook ruimte is om zelf een inschatting te maken van de wilsbekwaamheid terzake en samen met de patiënt te besluiten welke informatie wordt gecommuniceerd.

- Informatie voor professionals: zie [kernboodschap](#) en [dwang in de zorg](#).
- Informatie voor patiënten en naasten: zie [ik krijg verplicht een behandeling voor mijn psychische klachten](#).

2. Wet zorg en Dwang- Onvrijwillige zorg bij verstandelijke beperking of dementie

De [Wet zorg en dwang](#) regelt de rechten bij onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname van mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een psychogeriatrische aandoening (zoals dementie).

Een patiënt valt onder de Wzd als onvrijwillige zorg nodig is in verband met een verstandelijke beperking, als de persoon beschikt over een CIZ voor langdurige zorg vanwege de verstandelijke beperking of een daaraan gelijkgestelde aandoening, zoals Korsakov, de ziekte van Huntington of NAH).

- Informatie voor professionals: zie de website [dwang in de zorg](#) en informatie van de [Inspectie Gezondheidszorg en jeugd](#).
- Zie voor verdere toelichting de beschrijvingen op [goedvertegenwoordigd.nl](#)

Voor meer informatie:

- De zorgstandaard [Assertieve en verplichte zorg](#), een [overzicht van de wetgeving in het kort](#) (zie 3.1.2).
- [Diverse andere relevante wetgevingen](#) die in bepaalde situaties van toepassing kunnen zijn.
- [Handreiking](#) over de samenloop van de Wzd en de WvGgz.
- Informatie over [het perspectief van patiënten en naasten](#) bij (dreigende) verplichte zorg.
- [Vormen van verplichte zorg](#) binnen de WvGgz;
- [Zorgmachtiging](#) bij WvGgz.
- [Crisismaatregel](#) bij WvGgz.

zie ook:

- [Beslisboom beslisvaardigheid en wilsbekwaamheid](#)
- [Verdiepend onderzoek WvGGZ](#)

11.1.6 Wat is de rol van naasten, en hoe zit het met mentorschap, bewindvoering en curatorschap?

Naasten zijn vaak van groot belang in het leven van de patiënt en kunnen in de behandelsetting binnen de ggz globaal [4 rollen hebben](#): ⁸⁴ ⁸⁵

1. als informatiebron voor diagnostiek en monitoring;
2. als begeleider die als co-behandelaar in het behandelplan van de patiënt participeert;
3. als mantelzorger voor persoonlijke zorg, praktische hulp of emotionele ondersteuning;
4. als zorgvrager, bijvoorbeeld vanwege overbelasting.

De patiënt bepaalt in principe welke naasten er bij de behandeling worden betrokken en op welke manier.

Er zijn 3 uitzonderingssituaties waarin de patiënt dit niet meer zelf bepaalt:

1. de rechter benoemt een vertegenwoordiger in het geval de patiënt niet wilsbekwaam ter zake is(mentor, curator);
2. er is sprake van (tijdelijke) wilsbekwaamheid waarbij ook familie kan optreden als vertegenwoordiger (in het kader van de WGBO);
3. de keuze van de patiënt voor een bepaalde naaste is schadelijk voor het herstel en de patiënt is door zijn psychische toestand niet in staat om hier op adequate wijze over te oordelen.

In deze gevallen kan worden overwogen om een van de onderstaande vormen van bindende zorg aan te vragen. Een naaste kan deze zorg ook zelf op zich nemen, maar dit brengt ook nadelen met zich mee, zoals rolverwarring en mogelijke schade aan de relatie.

[Een mentor](#) neemt beslissingen op persoonlijke vlak, zoals verzorging, verpleging, behandeling en begeleiding en kan daarnaast inzage krijgen in het medisch dossier. Belangrijk hierbij is dat het mentorschap door een rechter wordt benoemd en dat er wordt gestreefd naar toestemming van de betrokkene voor inzage in het medisch dossier door de mentor.

Een bewindvoerder beheert bepaalde goederen en/of het geld van de patiënt. Een bewindvoerder wordt aangesteld door de kantonrechter en neemt geen beslissingen over de gezondheid of behandeling van de patiënt en mag het medisch dossier niet inzien.

Een curator behartigt zowel de financiële als persoonlijke belangen van een patiënt en combineert daarmee de rollen van mentor en bewindvoerder. Wanneer een curator is aangesteld, mag de patiënt zelf vrijwel geen beslissingen meer nemen. Volgens de wet is hij dan handelingsonbekwaam.

Voor professionals is het raadzaam om bij aanvang te controleren of er een mentor of curator betrokken is. Zij moeten op de hoogte zijn van de afspraak en bij voorkeur aanwezig zijn bij de intake.

11.1.7 Financiering van zorg

De financiering van de zorg en begeleiding van mensen met een psychische stoornis en een laag IQ vindt plaats vanuit verschillende wetten:

1. Vanuit de zorgverzekeringswet (Zvw) worden de curatieve zorg voor een psychische stoornis en de begeleiding die onlosmakelijk onderdeel is van de psychiatrische behandeling betaald.
2. Overige begeleiding en ondersteuning vinden plaats op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).
3. Als mensen een (verstandelijke) beperking hebben die tot een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24-uurszorg leidt ontvangen zij hulp in het kader van de Wet langdurige zorg (Wlz).

In de afgelopen jaren zijn er enkele waardevolle systeemveranderingen doorgevoerd die een meer passende financiering mogelijk maken:

- Iemand met een psychische stoornis en een laag IQ kan nu zorg ontvangen vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz). Hierdoor kan de eis van eerst 3 jaar behandelen van de stoornis worden gepasseerd.
- Enkele gemeentes en zorgverzekeraars hebben voor mensen met gestapelde problematiek doorbraakprojecten opgezet. Binnen deze doorbraakprojecten wordt voor een specifiek gezin of deel van een wijk geld vrijgemaakt m zorgkosten te besparen.
- Zorg aan mensen met een laag IQ vraagt afstemming met betrokken naasten en andere zorgverleningspartijen rondom de persoon. Deze afstemmings- en overlegtijd is soms meer dan bij mensen zonder laag IQ. Hiervoor moet passende financiering beschikbaar zijn*.
- Zorg aan mensen met een laag IQ vraagt soms een andere aanpak*. De financiering moeten hierop aansluiten. Zo moet bijvoorbeeld het consulteren van de arts VG mogelijk moet zijn.

Zie ook Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg.

* Toelichtingen

Hiervoor moet passende financiering beschikbaar zijn: In de huidige tarieven in het ZPM is in de opslag van indirecte tijd onvoldoende rekening gehouden met de extra tijd afstemmings- en overlegtijd die deze doelgroep vraagt.

andere aanpak: Dit komt door allerlei factoren zoals meer overlegtijd, hogere kans op comorbiditeit, langere behandeltime, andere eisen aan nazorg.

11.2 Samenwerking

Samenwerken: samen staan we naast de patiënt, en laten we niet los tot een ander vasthoudt.

Voor passende zorg is samenwerken essentieel, zowel met collega's binnen de ggz als met collega's uit andere sectoren. Bij patiënten met een laag IQ betreft dit met name huisartsen, organisaties die zorg en ondersteuning bieden aan mensen met een verstandelijke beperking, maar ook alle vormen van begeleiding en ondersteuning vanuit de Wmo.

Samenwerking kan verschillende vormen aannemen zoals: eenmalige of structurele consultatie, het combineren van behandelingen, periodieke betrokkenheid, eenvoudige toegang tot behandelingen en kennisdeling en educatie.

Voor een optimale samenwerking zijn de volgende aandachtspunten essentieel:

- duidelijkheid over wederzijdse verwachtingen, taken en verantwoordelijkheden;
- duidelijkheid over behandeldoelen en het behandelplan;
- bereidheid om elkaars expertise te benutten en elkaar te leren kennen door 'in elkaars keuken' te kijken.

Tips voor ggz behandelaars:

- Neem het initiatief voor kennismaking en samenwerking.
- Organiseer gezamenlijke overleggen, bijvoorbeeld rondom ervaren problemen met de toegang tot zorg.
- Wees toegankelijk en bereikbaar.
- Maak samenwerkingsverbanden ook naar buiten toe bekend.
- Stel je creatief op in de samenwerking, ondanks belemmeringen door wet- en regelgeving en financieringsstromen.
- Neem niet alleen de doelen van de patiënt op in het behandelplan, maar ook de doelen van andere betrokken hulpverleners.
- Vermeld op je website in begrijpelijke taal dat je zorg verleent aan deze patiëntengroep.
- Zorg voor continuïteit van zorg bij deze patiëntengroep, waarbij een 'warme' overdracht bij verwijzingen wordt toegepast*.

* Toelichtingen

wordt toegepast: Dit betekent doelgerichte, efficiënte informatieoverdracht met mondeling en schriftelijk contact en sluitende afspraken over het overdragen en overnemen van verantwoordelijkheid, met een terugvaloptie.

12. Kwaliteitsindicatoren

Autorisatiedatum 29-10-2025 Beoordelingsdatum 29-10-2025

12.1 Kwaliteitsindicatoren

De uitkomst van metingen op kwaliteitsindicatoren vormen een maatstaf voor de kwaliteit van de geleverde zorg. De keuze van indicatoren hangt af van het doel van de zorg en de patiënt. Niet alle indicatoren zijn per definitie geschikt voor alle organisaties van de zorg, voor alle type professionals of voor alle typen patiënten. De professional en de zorgaanbieder bepalen welke indicatoren zij gebruiken om het zorgproces te verbeteren.

Kwaliteitsindicatoren worden onderverdeeld in 3 categorieën: uitkomst-, proces- en structuurindicatoren. Uitkomstindicatoren weerspiegelen de uitkomst van het behandelproces. Procesindicatoren zijn een maat voor de uitvoering van het behandelproces. Structuurindicatoren zijn een maat voor de kwaliteit van de (keten)organisatie.

Procesindicator:

1. Het aantal patiënten bij wie een laag IQ is vastgesteld in de verkennende, triage, diagnostische dan wel behandelfase binnen de curatieve ggz.

Structuurindicatoren:

1. De hoeveelheid medewerkers/teamleden die scholing heeft gevolgd op gebied van laag IQ.
2. De mate waarin professionals competent zijn in de signalering en begeleiding van psychische stoornissen en laag IQ, en dit kunnen overdragen naar collega-professionals binnen of buiten de ggz.
3. De mate waarin op organisatieniveau (tussen organisaties en teams onderling) afspraken zijn gemaakt over samenwerking op het gebied van psychische stoornissen en laag IQ.
4. De mate waarin (keten)organisaties in de psychische hulpverlening binnen hun visie en beleid aandacht besteden aan laag IQ, bejegening en adaptieve vaardigheden.
5. De mate van beschikbaarheid en toegankelijkheid van onderzoeksmateriaal voor screening en testen op laag IQ.
6. De mate waarin de professional en of organisatie betrouwbare en begrijpelijke informatie beschikbaar stelt over en voor patiënten met psychische stoornissen en een laag IQ.

Uitkomstindicatoren:

1. Het percentage patiënten en naasten dat een afname van klachten ervaart na het inzetten van behandelinterventies gedurende de behandelperiode.
2. De mate waarin patiënten en naasten het gevoel hebben dat zij vraagstukken aan de orde kunnen stellen, zich gehoord voelen en ruimte ervaren voor dat wat onoplosbaar is.
3. De mate van ervaren zingeving en kwaliteit van leven, gemeten aan de hand van bijvoorbeeld een van de instrumenten genoemd onder [Monitoring](#).

13. Achtergronddocumenten

Autorisatiedatum 29-10-2025 Beoordelingsdatum 29-10-2025

13.1 Verdieping behandelingen

13.1.1 Resourcegroepen

Vanuit de visie 'Herstellen doe je samen' is er de laatste jaren steeds meer aandacht voor het werken met *resourcegroepen* bij patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen. Een resourcegroep* bestaat uit mensen die voor de patiënt belangrijk zijn, door de patiënt zelf zijn uitgekozen, en hem helpen om persoonlijke, zelfgekozen hersteldoelen te bereiken. Resourcegroepen kunnen een onderdeel zijn van *netwerkpsychiatrie*. Netwerkpsychiatrie streeft ernaar een stabiel (in)formeel netwerk rondom de patiënt te creëren waardoor er meer herstel en continuïteit van zorg mogelijk is. Netwerkpsychiatrie stimuleert eigen regie en empowerment van patiënten/burgers, in samenwerking met naasten en over de domeinen heen (ggz en sociaal domein).⁸⁶

Op meerdere plekken in het land zijn eerste ervaringen opgedaan met het werken met resourcegroepen bij patiënten met een laag IQ. Onderzoek laat nog op zich wachten. Resourcegroepen lijken juist voor patiënten met een laag IQ een meerwaarde te hebben omdat deze aansluiten bij de behoefte aan langdurige ondersteuning en het creëren van een vangnet rondom de patiënt. Aandachtspunten in het werken met resourcegroepen bij mensen met een laag IQ staan hier. *

* Toelichtingen

resourcegroep: Basiskenmerken: · De patiënt heeft eigenaarschap en regie; · Naasten worden structureel bij de behandeling betrokken en nemen actief deel; · De zelfgekozen hersteldoelen van de cliënt staan centraal; · Samenwerking vindt plaats tussen het formele en informele netwerk. Naasten krijgen een verdiepingsgesprek aangeboden om ruimte te geven aan hun ervaringen, en na een startbijeenkomst komt de resourcegroep iedere 3 maanden bij elkaar om aan de doelen te werken.

resourcegroepen bij mensen met een laag IQ staan hier. : Gebruik de taal van de patiënt, zoals: hulpgroep, samenwerkingsgroep, of ondersteuningsgroep. · Neem meer tijd en betrek de patiënt bij iedere stap die wordt gezet. Gebruik begrijpelijke taal, schrijf dingen op en, controleer of alles begrepen is. · Kom als behandelaar ook zelf met suggesties om mensen uit te nodigen om deel te nemen als dit nodig is, of het formuleren van een hersteldoel. · Als behandelaar neem je meer over en heb je meer een voortrekkersrol, en ben je in overleg en met toestemming de (ondersteunend) voorzitter van de groep. · Bespreek met de patiënt wat deze zelf wil en kan doen en maak hier ruimte voor; · Houd tijdens de bijeenkomsten rekening met de concentratie en spanningsboog van de patiënt, zeker als je met meer mensen zit. Beperk ook het aantal deelnemers per keer (afhankelijk van welke doelen worden besproken, nodig je de deelnemers uit). · Vaker een korte bijeenkomst houden is veelal effectiever. · Eigen regie is niet iets wat aanwezig is, maar waar je zoveel mogelijk naar toe werkt met blijvende aandacht voor de ondersteuningsbehoefte van de patiënt. · Blijf alert op de draagkracht van naasten en het afstemmen met naasten. Mogelijk kan hier ook sprake van zijn van beperkingen in cognitie en probleemoplossend vermogen.

13.1.2 Behandel- en begeleidingsmodules ter inspiratie

[Handleidingen en werkboeken CGT voor de behandeling van mensen met psychiatrische problematiek en zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking:](#)

[Behandelmodules Kristal - GGZ Rivierduinen](#)

[Stabilisatie module en de ERT-module Poli+](#)

[Handreiking CGT bij jeugdigen met een LVB en een psychische stoornis](#)

[Helpers en Helden: SFT voor LVB - KFZ](#)

[Handreiking Psychofarmaca bij jeugdigen en jongvolwassenen met een LVB en psychische stoornissen](#)

[Handreiking Trauma en LVB - Academische Werkplaats Kajak](#)

[Handreiking suïcidepreventie bij jongeren met een LVB](#)

[Toolkit aandachtspunten aanpassingen interventies bij patiënten met LVB in de \(ambulante\) GGZ](#)

[Sterker dan de kick: Methode Cognitieve gedragstherapie-plus](#)

[Sterker dan de kick: training over verslaving - AWVB](#)

[Handreiking Middelengebruik en verslaving bij mensen met een LVB](#)

[Handreiking 'je ziet het als je weet waar je op moet letten' GG Net](#)

[Informatiebronnen GGZ&LVB - LKC](#)

[Seeking Safety werkboek en handreiking](#)

[Gedachten Uitpluizen protocol voor mensen met laag IQ](#)

[Richtlijn Effectieve interventies LVB](#)

13.1.3 Te raadplegen boeken

- [Behandeling van patiënten met een laag IQ in de GGZ](#)

Dit boek helpt professionals in de ggz om met vertrouwen patiënten met een laag IQ te herkennen, psychische stoornissen te diagnosticeren en te behandelen. Het biedt theoretische en praktische handvatten om direct aan de slag te gaan, met veel aandacht voor een passende bejegening en communicatie. Nieuw is de Monitor Plus die organisaties helpt om de toegang tot de zorg te verbeteren.

[Verstandelijke beperking en psychiatrie](#)

Dit boek koppelt de ruime klinische ervaring van artsen, psychologen, orthopedagogen en andere medewerkers in de betrokken sector aan een neurowetenschappelijke benadering. Hierdoor worden differentiaaldiagnostiek en de beantwoording van hulpvragen verder verbeterd, zowel op psychiatrisch, psychofarmacologisch, agogisch, psychologisch als psychotherapeutisch vlak.

[Handboek Psychiatrie en verstandelijke beperking](#)

Dit handboek bundelt de huidige kennis uit vakgebieden als genetica, cognitie- en neuropsychologie, systeembenaderingen bij gezins- en residentiële behandeling, farmacotherapie en orthopedagogiek.

Het biedt een overzicht van richtlijnen, instrumenten en methoden voor diagnostiek en behandeling. Daarnaast bespreekt het veranderingen in de wetgeving en visies op zorg binnen verschillende werkelden, waaronder de ggz, gehandicaptenzorg, verslavingszorg, (speciaal) onderwijs en forensische zorg.

[Psychiatry of Intellectual Disability](#)

Een verstandelijke beperking (ID) is een levenslange aandoening met een heterogene etiologie, die gepaard gaat met beperkingen in het intellectueel functioneren (IQ).

Het Oxford Textbook of the Psychiatry of Intellectual Disability biedt up-to-date, evidence-based kennis over de beoordeling, diagnose en behandeling van psychische problemen bij mensen met een verstandelijke beperking. De hoofdstukken behandelen belangrijke onderwerpen zoals de ontwikkelingsaspecten van ID, psychische stoornissen in de kindertijd en gedragsfenotypen, lichamelijke gezondheid, dementie en ouderdomsgerelateerde stoornissen.

- [Textbook of Psychiatry for Intellectual Disability and Autism Spectrum Disorder](#)

Dit boek bevat gedetailleerde beschouwingen over etiopathogenetische factoren, klinische kenmerken, beoordelingsprocedures, diagnostische criteria, behandeling en prognose. Het biedt een breed overzicht en is interessant voor een breed scala aan professionals.

13.2 Verdieping signaleringsplan

Een voorbeeld van een handleiding voor het opstellen van [een signaleringsplan](#) bij patiënten met laag IQ

en psychische stoornissen en tevens een aantal voorbeelden van dergelijke plannen is te vinden op www.de-borg.nl.

Zie ook www.cce.nl voor een voorbeeld signaleringsplan.

13.3 Verdieping financiën

13.3.1 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg

Er is geen wetenschappelijk onderzoek bekend naar de kosteneffectiviteit en doelmatigheid van de curatieve zorg voor patiënten met psychische stoornissen en een laag IQ. Omdat deze patiënten momenteel niet allemaal passende diagnostiek en/of zorg ontvangen kan wel worden ingeschat dat de zorg niet kosteneffectief is. Dat heeft verschillende oorzaken:

1. Er zijn veel meer patiënten met een laag IQ in zorg bij de ggz dan wordt aangenomen maar deze groep wordt nog niet goed herkend.
2. Psychische stoornissen binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking worden nog vaak gemist.
3. Het verplichte eigen risico heeft tot gevolg dat patiënten soms zorg mijden (een voorbeeld daarvan lees je in deze casus*).
4. De curatieve ggz zorg voor mensen met laag IQ is nog niet algemeen beschikbaar.

Aannemelijk is dat dit leidt tot verergering van klachten en stapeling van problematiek. Dit resulteert onherroepelijk in extra zorg- en maatschappelijke kosten.

Onderzoek naar de mogelijke kostenbesparing als gevolg van een betere herkenning van een laag IQ bij patiënten met psychische stoornissen is aan te bevelen. Daarnaast is het zinvol te onderzoeken in hoeverre meer passende behandelingen - en daarmee betere kwaliteit van zorg - met heldere afstemming en samenwerking tussen verschillende domeinen kan leiden tot een doelmatiger inzet van de (schaarse) beschikbare middelen en mogelijk ook tot lagere kosten. Wees extra alert op het feit dat deze mensen vaak een laag inkomen hebben, waardoor zorgkosten een grotere rol spelen bij het

vragen om zorg. Het verplichte eigen risico heeft tot gevolg dat patiënten soms zorg mijden. Dit risico is groter bij mensen met een laag IQ omdat zij vaker in een lagere inkomstencategorie vallen.

* Toelichtingen

voorbeeld daarvan lees je in deze casus: M. komt de laatste maanden steeds vaker bij de huisarts. Bij deze jonge vrouw met een laag IQ is eerder vastgesteld dat zij forse PTSS-klachten heeft. Op dit moment heeft zij weinig mogelijkheden haar emoties zelf te reguleren. De gesprekken bij de huisarts en de POH-GGZ zijn voor haar gratis. De afspraken voor EMDR-behandeling bij de ggz komt zij echter vaak niet na, omdat zij daarvoor te vaak moet verzuimen van haar werk en bang is dat ze daardoor geen vast contract zal krijgen. Als ze hoort dat ze in het nieuwe jaar opnieuw haar eigen risico kwijt zal zijn, wil ze überhaupt niet verder met de behandeling. Ook haar begeleiding heeft ze opgezegd vanwege de 17,50 euro die haar dit per maand kost.

13.4 Werkgroep patiënten

Werkgroep patiënten - Uitgangsvragen per thema (eerste versie van deze zorgstandaard)

De werkgroep formuleerde 14 uitgangsvragen waar de Generieke Module psychische stoornissen en ZB/LVB antwoord op geeft. Deze vragen zijn beantwoord door het raadplegen van experts, systematisch literatuuronderzoek en focusgroepen.

Kwaliteitscriteria vanuit patiënten perspectief

We organiseerden 2 *focusgroepen* over kwaliteit van zorg, waaraan in totaal 10 patiënten met een of meer psychische stoornissen en laag IQ. Zij ontvingen ten tijde van het onderzoek begeleiding en behandeling in een ambulante (n = 5) of intramurale setting (n = 5) binnen 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 de Basisset kwaliteitscriteria ggz voor hen betekenden en welke prioriteit zij de verschillende bouwstenen gaven. Voor de interviewgide hebben we de definities zo geformuleerd dat ze begrijpelijk waren voor patiënt

De deelnemers aan de *focusgroepen* gaven de volgende betekenis en prioriteit aan de bouwstenen van de 'Basissetkwaliteitscriteria ggz'.

1. *Patiënt centraal.* Het is belangrijk om goed geïnformeerd te worden over de behandeling en begeleiding, zodat je zelf keuzes kunt maken. Patiënten willen op basis van een vertrouwensrelatie en als individu benaderd worden, niet vanuit een *groepsgewijze* benadering, een benadering gericht op de beperking of louter op basis van het dossier.
2. *Professionele zorg.* Emotionele ondersteuning is essentieel. Patiënten willen gelijkwaardig en eerlijk behandeld worden, waarbij er naar hen geluisterd wordt en begrip wordt getoond. Richtlijnen en procedures kunnen een obstakel vormen: patiënten ervaren dat werken 'volgens het boekje' ten koste gaat van de flexibiliteit van de hulpverleners en het hulpverleningsproces.
3. *ransparante zorg.* Patiënten lijken over het algemeen niet goed op de hoogte van de kwaliteit, het aanbod en de kosten van zorg. Zij hebben hierover ook geen expliciete wensen. Zij vinden een transparante werkwijze van hulpverlener in het contact wel belangrijk. Dit houdt in: in gezamenlijkheid afspraken maken en niet te rigide hanteren, het zorg- of behandelplan bespreken, duidelijkheid over het delen van persoonlijke informatie met andere hulpverleners). Wanneer hulpverleners inzicht geven in hun beslissingen en dit op een betrouwbare manier en participatieve manier doen, 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 vormen de input voor de behandeling. Hierbij is met name de huidige situatie het uitgangspunt en moet er in samenwerking tussen patiënt en behandelaar op deze klachten worden ingespeeld. Ook de toegankelijkheid van zorg is van belang, al blijft de effectiviteit van de behandeling voorop staan.
5. *Zorg in triade.* Patiënten verschillen in wie zij tot hun systeem rekenen en in hoeverre zij wensen dat hun systeem wordt ingezet of betrokken bij de behandeling. Belangrijk is dat zij zelf kiezen wie zij willen betrekken, met de ondersteuning van de behandelaar. Het kan ook helpend zijn om het systeem informatie te geven over hoe zij de patiënt kunnen ondersteunen.
6. *Integrale zorg.* Patiënten benoemen veelal negatieve ervaringen met de ketenzorg en netwerkzorg, waaronder het veelvuldig doorverwijzen en onjuiste informatie in dossiers.

Samenwerking tussen professionals zou soepel moeten verlopen, waarbij de zorg continu en zoveel mogelijk binnen dezelfde setting geboden wordt.

Goed contact

Op grond van deze bevindingen lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat patiënten met psychische stoornissen en een laag IQ vooral veel waarde hechten aan een goed contact (oftewel een goede relatie) met hun hulpverlener(s). Daarbij staan regie over de zorg, emotionele ondersteuning en een transparante werkwijze voorop. Hierin verschillen zij niet wezenlijk van andere patiënten met psychische stoornissen. Kwaliteitskenmerken zoals kosten van zorg en samenwerking tussen hulpverleners zijn voor patiënten met een psychische stoornis en Laag IQ belangrijke randvoorwaarden. Deze dragen eraan bij dat het contact tussen patiënt en hulpverlener - als fundament voor goede zorg - optimaal tot zijn recht kan komen. Deze uitkomsten zijn te begrijpen in het licht van eerder onderzoek^{87 88 89 90} 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.^{91 92 93 94 95}

Gezamenlijke besluitvorming

Op basis van de *focusgroepen* concludeert de *werkgroep* dat patiënten met psychische stoornissen en een laag IQ net als de meerderheid van de patiënten in Nederland (70%) actief betrokken willen zijn bij belangrijke beslissingen rondom hun begeleiding en behandeling.⁹⁶ Uit onderzoek blijkt dat gezamenlijke besluitvorming vaak tot gunstige resultaten leidt bij zowel patiënten als hulpverleners.⁹⁷

Dit geldt ook voor patiënten met een laag IQ. Goede afstemming verbetert de kwaliteit van de zorg.

⁹⁸ Hoe gezamenlijke besluitvorming het beste kan plaatsvinden is echter nog niet onderzocht.

14. Referentielijst

1. Shaw, S. (2008). Borderline Intellectual Functioning: Rejecting an Outmoded Classification or Ignoring Critical Challenges? *Psihologie. Pedagogie Specială. Asistență Socială*, (12), 53-78.
2. Hassiotis, A., Strydom, A., Hall, I., Ali, A., Lawrence-Smith, G., Meltzer, H., ... & Bebbington, P. (2008). Psychiatric morbidity and social functioning among adults with borderline intelligence living in private households. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(2), 95–106.
3. Gigi, K., Werbeloff, N., Goldberg, S., Portuguese, S., Reichenberg, A., Fruchter, E., & Weiser, M. (2014). Borderline intellectual functioning is associated with poor social functioning, increased rates of psychiatric diagnosis and drug use – A cross-sectional population-based study. *European Neuropsychopharmacology*, 24(11), 1793–1797. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2014.07.016>
4. Wieland, J., & Zitman, F.G. (2016). It is time to bring borderline intellectual functioning back into the main fold of classification systems. *BJPsych Bulletin*, 40(4), 204–206. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.052993>
5. Wieland, J. (2019). Focus on borderline intellectual functioning in mental health care. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 61(11), 761-765.
6. McManus, S., Ali, A., Bebbington, P. E., Brugha, T., Cooper, C., Rai, D., Saunders, C., Strydom, A. & Hassiotis, A. (2018). Inequalities in health and service use among people with borderline intellectual impairment. *NatGen Social Research*.
7. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). Washington, DC: Author.
8. Jonker, F., Didden, R., Goedhard, L., Korzilius, H., & Nijman, H. (2021). The Adaptive Ability Performance Test (ADAPT): A new instrument for measuring adaptive skills in people with intellectual disabilities and borderline intellectual functioning. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 34(4), 1156–1165. <https://doi.org/10.1111/jar.12865>
9. Didden, R., Troost, P., Moonen, X., & Groen, W. (Eds.). (2016). *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking*. Utrecht: De Tijdstroom.
10. Gigi, K., Werbeloff, N., Goldberg, S., Portuguese, S., Reichenberg, A., Fruchter, E., & Weiser, M. (2014). Borderline intellectual functioning is associated with poor social functioning, increased rates of psychiatric diagnosis and drug use—A cross sectional population based study. *European Neuropsychopharmacology*, 24(11), 1793-1797.
11. Hassiotis, A., Strydom, A., Hall, I., Ali, A., Lawrence-Smith, G., Meltzer, H., ... & Bebbington, P. (2008). Psychiatric morbidity and social functioning among adults with borderline intelligence living in private households. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(2), 95-106.
12. Mosk, K., & Degraeve, G. (2019). Psychiatrische stoornissen bij mensen met een lichte verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid: Een inleiding. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 61(11), 751–755.
13. Nouwens P.J.G., Lucas, R., Smulders N.B.M, Embregts, P.J.C.M. & Nieuwenhuizen, C. van (2017). Identifying classes of persons with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: A latent class analysis. *BMC Psychiatry*, 17(1), 257. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1406-5>
14. Peltopuro, M., Ahonen, T., Kaartinen, J., Seppälä, H., & Närhi, V. (2014). Borderline intellectual functioning: A systematic literature review. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 52(6), 419–443. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-52.6.419>
15. Gigi, K., Werbeloff, N., Goldberg, S., Portuguese, S., Reichenberg, A., Fruchter, E., & Weiser, M. (2014). Borderline intellectual functioning is associated with poor social functioning, increased rates of psychiatric diagnosis and drug use—A cross sectional population based study. *European*

- Neuropsychopharmacology, 24(11), 1793-1797.
16. Hassiotis, A., Strydom, A., Hall, I., Ali, A., Lawrence-Smith, G., Meltzer, H., ... & Bebbington, P. (2008). Psychiatric morbidity and social functioning among adults with borderline intelligence living in private households. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(2), 95–106.
 17. Hassiotis, A., Strydom, A., Hall, I., Ali, A., Lawrence-Smith, G., Meltzer, H., ... & Bebbington, P. (2008). Psychiatric morbidity and social functioning among adults with borderline intelligence living in private households. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(2), 95-106.
 18. Wieland, J., Haan, S.K.D., & Zitman, F.G. (2014). Psychiatric disorders in outpatients with borderline intellectual functioning: comparison with both outpatients from regular mental health care and outpatients with mild intellectual disabilities. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(4), 213-219. <https://doi.org/10.1177/070674371405900406>
 19. Wieland, J., Brink, A. van den & Zitman, F.G. (2015). The prevalence of personality disorders in psychiatric outpatients with borderline intellectual functioning: Comparison with outpatients from regular mental health care and outpatients with mild intellectual disabilities. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(8), 599-604. <https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1019925>
 20. Hassiotis, A., Strydom, A., Hall, I., Ali, A., Lawrence-Smith, G., Meltzer, H., ... & Bebbington, P. (2008). Psychiatric morbidity and social functioning among adults with borderline intelligence living in private households. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(2), 95-106.
 21. Gigi, K., Werbeloff, N., Goldberg, S., Portuguese, S., Reichenberg, A., Fruchter, E., & Weiser, M. (2014). Borderline intellectual functioning is associated with poor social functioning, increased rates of psychiatric diagnosis and drug use—A cross sectional population based study. *European Neuropsychopharmacology*, 24(11), 1793-1797.
 22. Wieland, J., Haan, S.K.D., & Zitman, F.G. (2014). Psychiatric disorders in outpatients with borderline intellectual functioning: comparison with both outpatients from regular mental health care and outpatients with mild intellectual disabilities. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(4), 213-219.
 23. Snell, M.E., Luckasson, R., Bradley, V., Buntinx, W.H., Coulter, D.L., Craig, E.P.M., ... & Yeager, M.H. (2009). Characteristics and needs of people with intellectual disability who have higher IQs. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47(3), 220-233.
 24. Nieuwenhuis, J.G., Lepping, P., Mulder, N.L., Nijman, H.L.I., Veereschild, M., & Noorthoorn, E.O. (2021). Increased prevalence of intellectual disabilities in higher-intensity mental healthcare settings. *BJPsych Open*, 7(3), e83. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.28>
 25. Wieland, J., van Hout, T.P., van Els, B., & Bogers, J.P.A.M. (2020). Onderkennen van zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 62(8), 613–620.*
 26. Nieuwenhuis, J.G., Lepping, P., Mulder, N.L., Nijman, H.L.I., Veereschild, M., & Noorthoorn, E.O. (2021). Increased prevalence of intellectual disabilities in higher-intensive mental health settings. *BJPsych Open*, 7(3), e83.*
 27. Nieuwenhuis, J.G., Noorthoorn, E.O., Nijman, H.L.I., Naarding, P., & Mulder, C.L. (2017). A blind spot? Screening for mild intellectual disability and borderline intellectual functioning in admitted psychiatric patients: Prevalence and associations with coercive measures. *PLOS ONE*, 12(2), e0168847. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168847>
 28. Iwanaga, K., Wu, J.R., Chan, F., Rumrill, P., Wehman, P., Brooke, V.A., ... & Taylor, J. (2021). A systematic review of systematic reviews of secondary health conditions, health promotion, and employment of people with intellectual disabilities. *The Australian Journal of Rehabilitation Counselling*, 27(1), 13–40. <https://doi.org/10.1017/jrc.2020.16>
 29. Wieland, J., Aldenkamp, E., & Brink, A. van den (2022). Behandeling van patiënten met een laag IQ in de GGZ: theorie en praktijk. Springer Nature.

30. Wieland, J., Aldenkamp, E., & Brink, A. van den (2022). *Behandeling van patiënten met een laag IQ in de GGZ: theorie en praktijk*. Springer Nature.
31. Kaal, H.L., Nijman, H.L.I. & Moonen, X.M.H. (2017). *SKIL Handleiding*
32. Moonen, X.M.H. (2022). *SCAF*
33. Wieland, J., Aldenkamp, E., & Brink, A. van den (2022). *Behandeling van patiënten met een laag IQ in de GGZ*. Springer Nature.
34. Jonker, F., Didden, R., Goedhard, L., Korzilius, H., & Nijman, H. (2021). The Adaptive Ability Performance Test (ADAPT): A new instrument for measuring adaptive skills in people with intellectual disabilities and borderline intellectual functioning. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 34(4), 1156–1165. <https://doi.org/10.1111/jar.12865>
35. Hassiotis, A., Brown, E., Harris, J., Helm, D., Munir, K., Salvador-Carulla, L., ... & Emerson, E. (2019). Association of borderline intellectual functioning and adverse childhood experience with adult psychiatric morbidity: Findings from a British birth cohort. *BMC Psychiatry*, 19(1), 387. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2397-7>
36. Noorthoorn, E.O., Smits, H.J.H., Penterman, E.J.M., Seelen-de Lang, B.L., Nieuwenhuis, J.G., & Nijman, H.L.I. (2021). The associations of quality of life and general functioning with trauma, borderline intellectual functioning and mild intellectual disability in outpatients with serious mental illness. *Research in Developmental Disabilities*, 115, 103988. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.103988>
37. Wieland, J. (2016). *Psychopathology in borderline intellectual functioning: Explorations in secondary mental health care* [Proefschrift, Universiteit Leiden].
38. Wieland, J., Aldenkamp, E., & Brink, A. van den (2022). *Behandeling van patiënten met een laag IQ in de GGZ: theorie en praktijk*. Springer Nature.
39. Didden R., Troost P., Moonen X. & Groen W. (eds.)(2016).*Handboek Psychiatrie en lichte verstandelijke beperking*. Utrecht: De Tijdstroom
40. Fletcher, R.J., Barnhill, L.J., & Cooper, S.A. (2016). *The Diagnostic Manual–Intellectual Disability (DM-ID-2): A textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability*. Kingston, NY: NADD Press.
41. Wieland, J., Aldenkamp, E. & Brink, A. van den (2022). *Behandeling van patiënten met een laag IQ in de GGZ: theorie en praktijk*. Springer Nature.
42. Mevissen, L., Didden, R., Korzilius, H. & Jongh, A. de (2017). Eye movement desensitisation and reprocessing therapy for post-traumatic stress disorder in a child and an adolescent with mild to borderline intellectual disability: A multiple baseline across subjects study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, december; Volume 30 (Supplement 1), pagina's 34-41, DOI: 10.1111/jar.12335.
43. Karatzias, T., Brown, M., Taggart, L., Truesdale, M., Sirisena, C., Walley, R., Mason-Roberts, S., Bradley, A., & Paterson, D. (2019). A mixed-methods, randomized controlled feasibility trial of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) plus Standard Care (SC) versus SC alone for DSM-5 Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(2), 379–389. <https://doi.org/10.1111/jar.12570>
44. Dekker, M. (Ed.). (2020). *Gezinsbehandeling*. Retrieved from <https://www.academischewerkplaatskajak.nl/wp-content/uploads/2020/11>
45. Bellemans, T., Didden, R., van Busschbach, J.T., Hoek, P.T., Scheffers, M.W., Lang, R.B., & Lindsay, W.R. (2019). Psychomotor therapy targeting anger and aggressive behaviour in individuals with mild or borderline intellectual disabilities: A systematic review. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 44(1), 121–130. <https://doi.org/10.3109/13668250.2017.1374936>
46. Bellemans, T., Didden, R., Korzilius, H.P., & van Busschbach, J.T. (2022a). Psychometric

- properties of the ABSI-id, an adapted measure for anger-related interoceptive awareness in individuals with mild intellectual disabilities or borderline intellectual functioning. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 47(2), 97–106.
<https://doi.org/10.3109/13668250.2020.1838691>
47. Bellemans, T., Peters-Scheffer, N., Didden, R., Traas, R., & van Busschbach, J.T. (2022b). Psychomotor therapy for individuals with mild intellectual disabilities or borderline intellectual functioning presenting anger regulation problems and/or aggressive behaviour: A qualitative study on clients' experiences. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 47(1), 74–86.
<https://doi.org/10.3109/13668250.2020.1844870>
 48. Bosgraaf, L., Spreen, M., Pattiselanno, K., & Hooren, S. van (2020). Art therapy for psychosocial problems in children and adolescents: A systematic narrative review on art therapeutic means and forms of expression, therapist behavior, and supposed mechanisms of change. *Frontiers in Psychology*, 11, 2389. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02389>
 49. Bouvet, C., & Coulet, A. (2016). Relaxation therapy and anxiety, self-esteem, and emotional regulation among adults with intellectual disabilities: A randomized controlled trial. *Journal of Intellectual Disabilities*, 20(3), 228–240. <https://doi.org/10.1177/1744629516637117>
 50. Witte, M. de, Bellemans, T., Tukker, K., & Hooren, S. van (2016). Vaktherapie. In J. de Bruijn, J. Vonk, A. van den Broek, & B. Twint (Eds.), *Handboek emotionele ontwikkeling en verstandelijke beperking* (pp. 277–290). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
 51. Witte, M. de, Lindelauf, E., Moonen, X., Stams, G.J., & Hooren, S. van (2020). Music therapy interventions for stress reduction in adults with mild intellectual disabilities: Perspectives from clinical practice. *Frontiers in Psychology*, 11, 572549. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.572549>
 52. Witte, M. de, Pinho, A.D.S., Stams, G.J., Moonen, X., Bos, A.E. & Hooren, S. van (2022). Music therapy for stress reduction: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*, 16(1), 134-159. <https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1846580>
 53. Elias, C., Seebregts, A., Swennenhuis, P. & Bouma, G. (2009). Traumabehandeling bij kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking. Naar een methodiek voor de behandeling van getraumatiseerde kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking (Eindrapport). Tilburg/Leeuwarden: Fontys Hoogeschool / Tjallinga Hiem.
 54. Freitas, M., & Santos, S. (2018). Adaptive Behavior and Quality of Life of adults with intellectual disabilities: Psychomotor Therapy as support. *Journal of Novel Physiotherapy and Physical Rehabilitation*, 5(2), 31-28. <https://doi.org/10.17352/2455-5487.000059>
 55. Hooren, S. van, Witte, M.J. de, Didden, R. & Moonen, X. (2016). Vaktherapie. In R. Didden, W. Groen, X. Moonen & P. Troost, *Handboek Psychiatrie en licht verstandelijke beperking*. (pp. 277–290). Utrecht: de Tijdstroom.
 56. Jacinto, M., Monteiro, D., Oliveira, J., Diz, S., Frontini, R., Matos, R. & Antunes, R. (2023). The Effects of Physical Activity, Exercise, and Sports Programs on Depressive Symptoms in Individuals with Disabilities: A Systematic Review with Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(12), 6134. <https://doi.org/10.3390/ijerph20126134>
 57. Moonen, X.M.H. (2015). Is inclusie van mensen met een verstandelijke beperking vanzelfsprekend? (lectorale rede) Heerlen: Zuyd Hogeschool.
 58. Poquérousse, J., Azhari, A., Setoh, P., Cainelli, S., Ripoli, C., Venuti, P. & Esposito, G. (2018). Salivary α -amylase as a marker of stress reduction in individuals with intellectual disability and autism in response to occupational and music therapy. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62(2), 156-163. <https://doi.org/10.1111/jir.12454>
 59. Verdonschot, M., Berghs, M., Krantz, B., Bootsma, M., Hooren, S.A.H. van, & Moonen, X. (2018). De rol van de vaktherapeut in ambulante ggz-behandelteams: Resultaten van het project ' (Be)Leef in de wijk' . *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 2018(4), 7-13.

60. Wieland, J., Aldenkamp, E. & Brink, A. van den (2022). Behandeling van patiënten met een laag IQ in de GGZ: theorie en praktijk. Springer Nature.
61. Delespaul, Ph. (2013). de consensusgroep EPA. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. Tijdschr Psychiatr. 55(6):427-438.
62. Parabiaghi, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., Lasalvia, A., & Leese, M. (2006). Severe and persistent mental illness: A useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(6), 457–463. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0048-0>
63. Pellemans- van Rooijen, R., Vervoort- Schel, J., Mercera, G., Kalis, T. & Moonen, X.H.L. (2021). [Geen titel of publicatiegegevens opgegeven].
64. Berger, I., Bruineberg, A., Ewijk, M. van, Jong, L. de, Hout, M. van der, Weeghel, J. van & Meer, L. van der (2023). Developing a recovery-oriented intervention for people with severe mental illness and an intellectual disability: design-oriented action research. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1184798. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1184798>
65. Berger, I., Hout, M. van der, Hoogenboom, A., Berger, E. & Mulder, C.L. (2019). Aanpassingen in behandeling van patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen en een licht verstandelijke beperking. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 61(6):375-83.
66. Seelen-De Lang, B., Smits, H., Penterman, B., Noorthoorn, E., Nieuwenhuis, J. & Nijman, H. (2019). Screening for intellectual disabilities and borderline intelligence in Dutch outpatients with severe mental illness. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32, 1096-1102. <https://doi.org/10.1111/jar.12599>
67. Hassiotis, A., Ukoumunne, O., Tyrer, P., Piachaud, J., Gilvarry, C., Harvey, K., & Fraser, J. (1999). Prevalence and characteristics of patients with severe mental illness and borderline intellectual functioning: report from the UK700 randomised controlled trial of case management. *The British Journal of Psychiatry*, 175(2), 135-140.
68. Nieuwenhuis J.G., Noorthoorn E.O., Nijman H.L.I., Naarding P. & Mulder C.L. (2017). A Blind Spot? Screening for Mild Intellectual Disability and Borderline Intellectual Functioning in Admitted Psychiatric Patients: Prevalence and Associations with Coercive Measures PLOS ONE 2017 DOI:10.1371
69. Seelen-de Lang, B.L., Smits, H.J.H., Penterman, B.J.M., Noorhoorn, E.O., Nieuwenhuis, J.G. & Nijman, H.L.I. (2019). Screening for intellectual disabilities and borderline intelligence in Dutch outpatients with severe mental illness. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jar.12599>
70. Hassiotis, A., Tanzarella, M., Bebbington, P., & Cooper, C. (2011). Prevalence and predictors of suicidal behaviour in a sample of adults with estimated borderline intellectual functioning: results from a population survey. *Journal of affective disorders*, 129(1-3), 380-384. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.09.017>
71. Lunsy, Y., Raina, P., & Burge, P. (2012). Suicidality among adults with intellectual disability. *Journal of affective disorders*, 140(3), 292-295. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.02.010>
72. 113 Zelfmoordpreventie. (2024). Factsheet Pogingen. https://www.113.nl/sites/default/files/113/113%20in%20media/Factsheet_pogingen_final_09042024_
73. Wieland, J., Aldenkamp, E.A., Brink, A. van den (2022). Behandeling van patiënten met een laag IQ in de GGZ. Theorie en Praktijk, Bohn, Stafleu en van Loghum.
74. Merrick, J., Merrick, E., Lunsy, Y. & Kandel, I. (2005). Suicide behavior in persons with intellectual disability. *The Scientific World Journal*, 5(1), 729-735. <https://doi.org/10.1100/tsw.2005.92>
75. Heijden, R.A. van der, Zutven, K. van, Verhagen, I.P., Venhorst, R., Nieuwenhuis, J.G., Korzilius, H.P., ... & Didden, R. (2024). Psychometric properties of the Symptom Questionnaire-48 in adults with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning in mental health care. *Journal of*

- Mental Health Research in Intellectual Disabilities, 17(2), 123–138.
76. Wieland, J., Wardenaar, K.J., Fontein, E. & Zitman, F.G. (2012). Utility of the Brief Symptom Inventory (BSI) in psychiatric outpatients with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(9), 843–853. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2012.01590.x>
 77. Heijden, R.A. van der, Zutven, K. van, Verhagen, I.P., Venhorst, R., Nieuwenhuis, J.G., Korzilius, H.P., ... & Didden, R. (2024). Psychometric properties of the Symptom Questionnaire-48 in adults with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning in mental health care. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 17(2), 1–15. <https://doi.org/10.1080/19315864.2024.2416697>
 78. Heijden, R.A. van der, Zutven, K. van, Verhagen, I.P., Venhorst, R., Nieuwenhuis, J.G., Korzilius, H.P., & Didden, R. (2025). Psychometric properties of the Symptom Questionnaire-48 in adults with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning in mental health care. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 18(3), 265–279. <https://doi.org/10.1080/19315864.2024.2416697>
 79. Merrick, J., Merrick, E., Lunsy, Y., & Kandel, I. (2005). Suicide behavior in persons with intellectual disability. *The Scientific World Journal*, 5(1), 729–735. <https://doi.org/10.1100/tsw.2005.92>
 80. Wieland, J. et al (2022). *Behandeling van patiënten met een laag IQ in de GGZ: Theorie en praktijk*. Springer Nature.
 81. Dwang in de Zorg. (z.d.). Kernboodschappen Wet verplichte ggz (Wvggz). <https://www.dwangindezorg.nl/documenten/publicaties/implementatie/ketenproducten/kernboodschappen>
 82. GGZ Standaarden. (z.d.). Zorg voor naasten, samenwerking en ondersteuning. <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/samenwerking-en-ondersteuning-naasten-vanmensen-met-psychische-problematiek/zorg-voor-naasten-samenwerking-en-ondersteuning/informer-en-betrekken-van-naasten-vanuit-de-wvggz>
 83. <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/assertieve-en-verplichte-zorg/organisatie-vanzorg-rondom-assertieve-en-verplichte-zorg/samenwerking-binnen-netwerken/complexiteit>
 84. <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/samenwerking-en-ondersteuning-naasten-vanmensen-met-psychische-problematiek/zorg-voor-naasten-samenwerking-en-ondersteuning/informer-en-betrekken-van-naasten-vanuit-de-wvggz>
 85. <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/assertieve-en-verplichte-zorg/organisatie-vanzorg-rondom-assertieve-en-verplichte-zorg/samenwerking-binnen-netwerken/complexiteit>
 86. Leeman, E., Tjaden, C., Bovenberg, F., Mulder, N., & Kienhorst, G. (2021). *Praktijkboek resourcegroepen: Herstellen doe je samen*. Utrecht: Uitgeverij Boom | De Tijdstroom.
 87. Reuzel, E.A.A., Embregts, P.J.C.M., Bosman, A., Nieuwenhuizen, M. van de, & Jahoda, A. (2016). Perceptions and expectations of regular support meetings between staff and people with an intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 41(4), 356–364.*
 88. Embregts, P.J.C.M. (2011). *Zie mij als mens! In: Menslievende professionalisering in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking: Aansluiten bij cliënten en hun ouders*. Arnhem: HAN University Press.
 89. Oorsouw, W.M. van, Embregts, P.J.C.M., & Bosman, A.M. (2013). Evaluating staff training: Taking account of interactions between staff and clients with intellectual disability and challenging behaviour. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 38(4), 356–364.*
 90. Jahoda, A., & Wanless, L.K. (2005). Knowing you: The interpersonal perceptions of staff towards aggressive individuals with mild to moderate intellectual disabilities in situations of conflict. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(8), 544–551.
 91. Reuzel, E.A.A., Embregts, P.J.C.M., Bosman, A., van de Nieuwenhuizen, M., & Jahoda, A. (2016). Perceptions and expectations of regular support meetings between staff and people with an

- intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 41(4), 356–364.
92. Embregts, P.J.C.M. (2011). *Zie mij als mens! In: Menslievende professionalisering in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking: Aansluiten bij cliënten en hun ouders*. Arnhem: HAN University Press.
93. Oorsouw, W.M. van, Embregts, P.J.C.M., & Bosman, A.M. (2013). Evaluating staff training: Taking account of interactions between staff and clients with intellectual disability and challenging behaviour. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 38(4), 356–364.*
94. Jahoda, A., & Wanless, L.K. (2005). Knowing you: The interpersonal perceptions of staff towards aggressive individuals with mild to moderate intellectual disabilities in situations of conflict. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(8), 544–551.*
95. Reinders, H. (2010). The importance of tacit knowledge in practices of care. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(Suppl. 1), 28–37.*
96. Staveren R. van (2011). Gezamenlijke besluitvorming in de praktijk. *Patiëntgerichte gespreksvaardigheden*. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 155:A3777.
97. Stacey, D., Légaré, F., Col, N.F., Bennett, C.L., Barry, M. ., Eden, K.B., ... & Thomson, R. (2014). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(1), CD001431. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub4>
98. Frielink, N., Schuengel, C., Kroon, A. & Embregts, P.J. (2015). Pretreatment for substance-abusing people with intellectual disabilities: Intervening on autonomous motivation for treatment entry. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(12), 1168–1182. <https://doi.org/10.1111/jir.12208>