



Expertisepoli LVB & Psychiatrie



Wouter Groen, MD, PhD
psychiater
senior researcher



Wie wij zijn

dr. Sammy Roording

klinisch neuropsycholoog

dr. Wouter Groen

psychiater

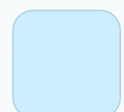
Multidisciplinair

samen met GZ-psycholoog, en zo
nodig logopedist, kinderneuroloog,
etc

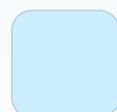




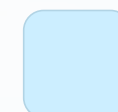
Ontstaansgeschiedenis



Voorzitter Academische
Werkplaats KAJAK



Richtlijnen
Psychiatrie & LVB



Handboek LVB en
Psychiatrie, Casusboek

Om in te komen: 2 casus





Pas als je het weet, zie je het

Casus: meisje van 11, aanvalsgewijs misselijk voor school.

Wordt angstig, kan dan steeds minder prikkels verdragen

Gaat braken op school, ziet dingen. Wat te doen?

Assumption is the mother of all ****-ups

Casus jongen van 9, ouders krijgen begeleiding vanwege hun LVB

Stagneert op school. School houdt al rekening met LVB in lesprogramma, maar loopt didactisch toch vast. Wat te doen?





Expertisepoli: wat we doen



Snelle, uitgebreide klinische en neuropsychologische diagnostiek en advies in één dag



Aanvulling op bestaande zorg – soms ter vervanging



Voor vastgelopen of complexe casussen



Landelijke toegankelijkheid en korte wachttijd

Opzet Expertisepoli



Doelgroep



- Leeftijd tot 18 jaar (uitloop tot 21)
- IQ < 70/85
- Second opinion na vastlopen elders
- Psychiatrische symptomen complex of atypisch
- Doorverwijzing uit heel Nederland

Waarom één dag?



Kind centraal, belasting minimaal



Alle specialisten (KJP en KNP) aan één tafel



Snelle terugkoppeling aan ouders & verwijzer (mondeling en per brief)



Korte wachttijden, veel gezinnen bedienen



Van intake tot advies in 6-8 uur, gericht op handelingsadvies

Dagprogramma



Ochtend:

- ontvangst & uitleg aan ouders/kind
- anamnese, heteroanamnese, ontwikkelingsanamnese, gestandaardiseerde vragenlijsten
- parallel: psychiatrisch onderzoek (gedragsobservatie in spel & gesprek) & neuropsychologisch onderzoek

Middag:

- uitwerken testen, collegiaal overleg. Op indicatie ook overleg met kinderneuroloog, logopedist, verwijzer, gespecialiseerde collega (b.v. genetische syndromen)

Einde dag:

- adviesgesprek uitgebreid (digitaal) aan kind, ouders en liefst ook verwijzer/systeem

In de week erop:

- schriftelijke verslaglegging

psychiatrisch onderzoek

gesprek/spelobservatie door psychiater (45 min)
gericht op cognitieve, affectieve en conatieve functies
op indicatie ook ouder-kind-interactie



Psychodiagnostiek: verkort IQ

- ☐ Verkorte IDS-II of WNV
- ☐ Zo nodig Bayley voor < 7 jr



Neuropsychologisch onderzoek

Werkgeheugen & executieve functies

Aandacht continu & selectief

Verwerkingssnelheid & mentale flexibiliteit

Emotieregelingstaken indien geïndiceerd



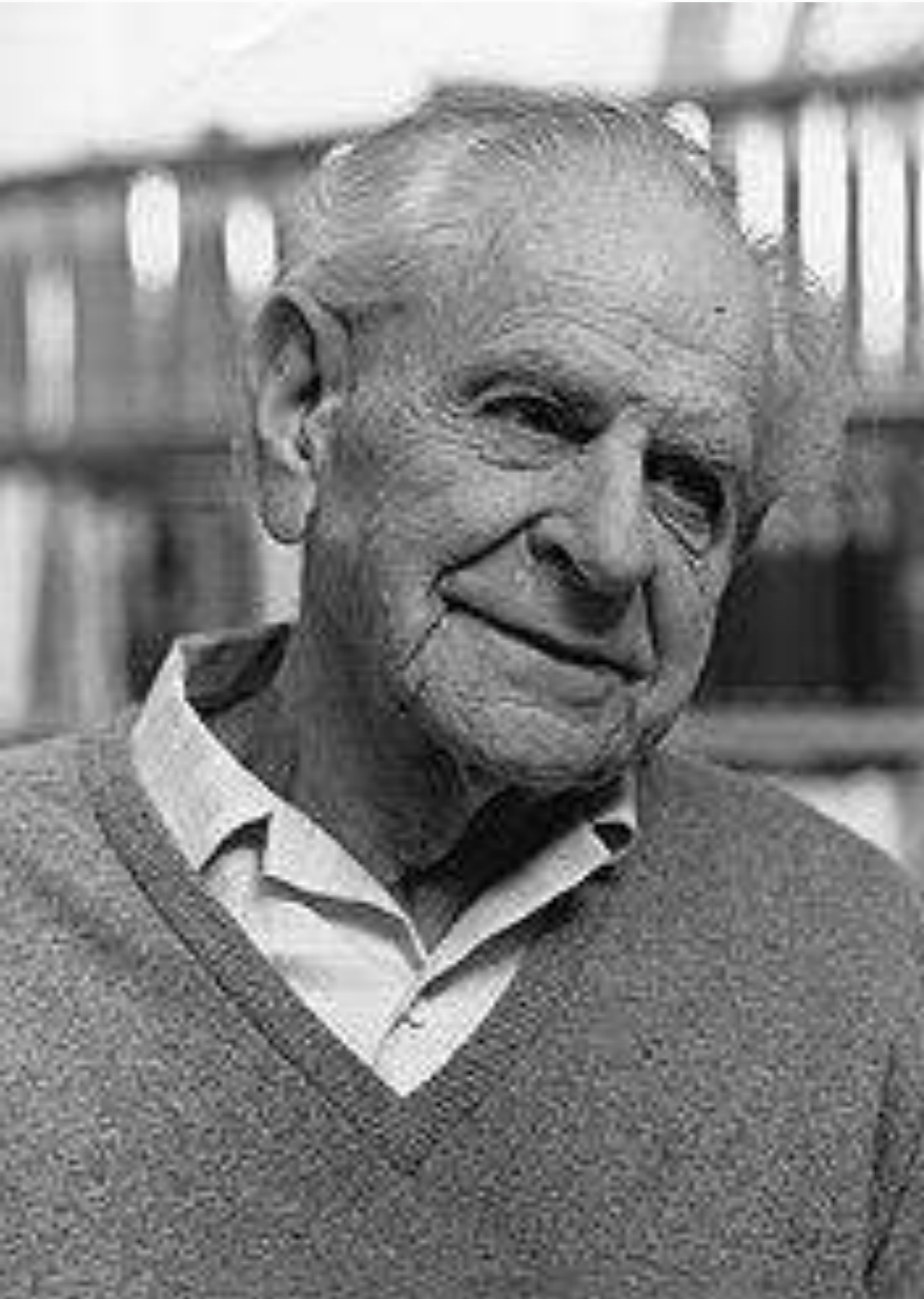
adaptief functioneren

adaptief functioneren is het aanpassingsvermogen
(IQ toegepast in de wereld)
sociaal, praktisch, conceptueel domein (DSM-5)
vragenlijst ABAS-3 ouders



Niet is zo praktisch als...





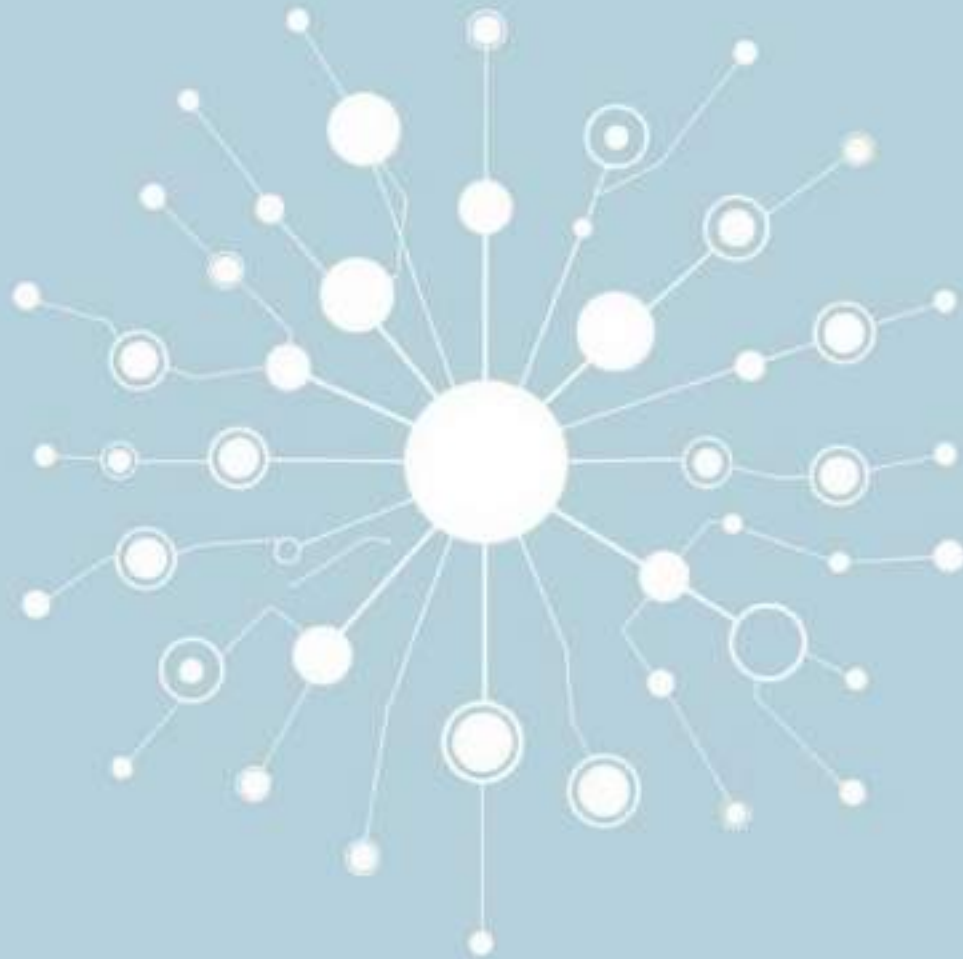
theoretisch kader van de expertisepoli

- filosoof Karl Popper: wetenschappelijke methode met inductie versus deductive
- huidig denken: transdiagnostisch (o.a. emotieregulatie, mentale flexibiliteit, sociale interactie, etc.) & diagnostisch (DSM-5)
- voorbeeld diagnostisch: aanvalsgewijze misselijkheid voor school (migraine)

diagnostisch ← versus → transdiagnostisch

diagnostisch & naast & transdiagnostisch

theoretisch kader van de expertisepoli (hou vol!)

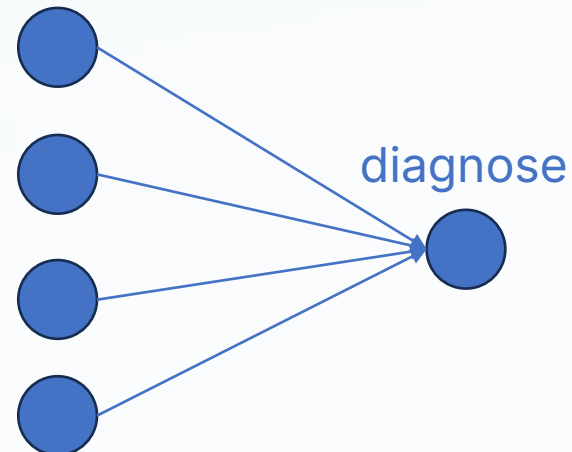


Klinische diagnostiek (DSM-5) door psychiater: reductionistisch. Van veel klachten naar 1 diagnose.

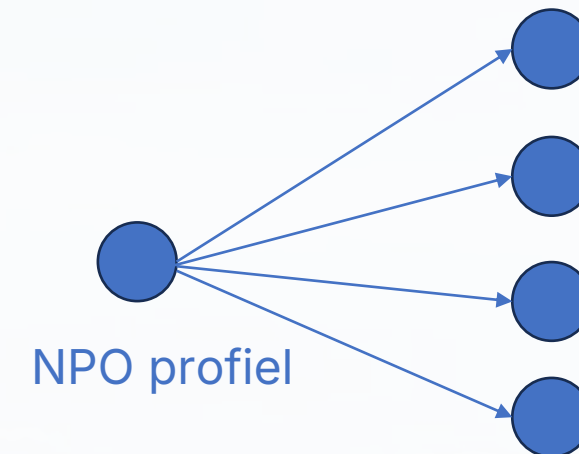
Neuropsychologische diagnostiek: anti-reductionistisch (inductie). Van 1 NPO profiel naar veel specifieke handelingsadviezen op maat in de specifieke situatie.

Combinatie klinisch en transdiagnostisch levert behandelrichting (ook afhankelijk van het beeld)

klachten



handelingsadviezen



Korte klinisch les



Achtergrond Wat is LVB?

- IQ < 70 ($\pm$ 5) plus adaptief tekort
- Aanvang vóór 18 jaar
- Prevalentie theoretisch 2,5 %. In praktijk (veel) hoger door syndromen
- Ontwikkelingsplafond ~ 9 jaar
- Context bepaalt expressie bij aanpassingsproblemen



Zwakbegaafdheid

IQ 70-85 met adaptieve beperkingen

Prevalentie: 15% inclusief LVB. Dus 4 kinderen in een reguliere basisschoolklas van 28

Onzichtbaar. Zelfde problematiek als bij LVB



Trend & maatschappij

Flynn-effect stijging IQ 20e eeuw (3 punten per 10 jaar sinds ca 1900)

Recente plateau/daling in Westen (reverse Flynn effect) sinds 1980-1990 (-5 punten per 10 jaar) in landen met gelijke toegang tot onderwijs en voeding (mn Noord-Europa)



LVB is deels contextueel bepaald

Maatschappelijke eisen continue hoger

Lezen vereist voor vrijwel elke baan

Weinig beschermde werkplekken

LVB daardoor deels contextueel

Diagnostiek psychiatrie bij LVB in de praktijk

- Bepaal mentale leeftijdsequivalent
- Plaats klacht in ontwikkelingscontext: zet de psychische klachten op tegen de ontwikkelingsleeftijd, niet de biologische leeftijd
- Ontwikkelingsleeftijd schatten met ratio-IQ
- Ontwikkelingsplafond: b.v. 9 jaar bij IQ 70; 2-4 jaar bij IQ <50.



Overvraging begrijpen

Heel veel voorkomend bij LVB: chronisch te hoge te hoge eisen vanuit de omgeving leidt tot tot chronische stress

ADHD-achtig gedrag kan signaal zijn

Model 'zwemmen in moeras' als metafoor

Psychiatrische symptomen maskeren overvraging en andersom

Passieve overvraging: moeilijke taal, tempo

Overvraging leren herkennen & verminderen



Onder-vraging signaleren

Normaalbegaafd kind met LVB-ouders

Verminderde stimulansen door beperkte omgeving kan leiden tot achterblijven ontwikkeling binnen eigen ontwikkelingslijn

Doel: optimale, niet maximale belasting

Behandelprincipes

Pedagogiek vóór didactiek: sociaal-emotionele veiligheid eerst

Less is more bij stagnatie: gerichte, sequentiële leerdoelen (niet alles tegelijk)

Leren vanuit ontspanning & succeservaring

Zo nodig tijdelijk dagbesteding



Omgevingsbreed advies

- De omgeving altijd betrekken bij adviezen: ouders, broers/ zussen, opa/oma
- Schoolteam & intern begeleider
- Gemeente
- Zorg- en logeerboerderijen
- Samen één verhaal, één plan
- Visuele samenvatting mee op papier



Tot slot



Conclusie

- Consultatieve, multidisciplinaire topzorg
- Eendags-diagnostiek bespaart wachttijd, begeleiding kan effectief verder
- Transdiagnostisch + klinisch diagnostisch = sterke combi, zeker bij LVB
- Context begrijpen om klachten te duiden
- Omgeving betrekken bij advi



Toegift



Medicatie-weetjes

ADHD + LVB: respons 40 % i.p.v. 80 %

Bijwerkingen sneller uitgesproken

Risperidon: kortdurend effectief, lange-termijn risico

Heldere instructie bij vloeibare dosering

Check therapietrouw via opvoeders

Start laag, titratie langzaam

Casus 1 (onder-vraging)

Jongen 9 jr, TIQ 75

LVB-ouders, lage schoolverwachting

Onrust, concentratieproblemen → gemist ADHD

Methylfenidaat → drastisch leer- en gedragswinst

Voorbeeld van onderschatting potentieel

Samenwerking school cruciaal

Casus 2 (over-vraging)

Meisje 14 jr, LVB, kind in gymnasium-gezin

Schooldruk → slapeloosheid, paranoia

Voldaan aan DSM-criteria psychose

Structuurherstel + drukverlaging → klachtenvrij

Geen antipsychoticum nodig

Illustratie contextueel denken

Casus 4 (neuropsychologisch)

Meisje 7 jr, cerebrale parese met lichte spastische diplegie

Executieve functiezwakte ↓ frustratietolerantie

Ouders dachten: “ADHD”

Gerichte EF-training + fysio, geen medicatie

Overprikkeling voorkomt escalatie

Integraal advies werpt vruchten af