

# Dubbeldiagnose - verstandelijke beperking

## Een gemeenschappelijke visie vanuit de Vlaamse Intersectorale Stuurgroep voor personen met een Dubbeldiagnose (VISDD)

Deze tekst omschrijft een gemeenschappelijke visie op gedeelde zorg voor (jong)volwassenen met een dubbeldiagnose. Deze werd opgesteld door leden uit de sector van personen met een handicap (VAPH) en de sector geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en kwam tot stand in samenspraak met een ouder van een kind met een dubbeldiagnose verstandelijke beperking.

Deze visietekst wil ook inspirerend zijn voor professionals uit andere sectoren die met deze doelgroep in aanraking komen. De noden van deze personen stoppen immers niet aan de deur van de hulpverlening in deze twee sectoren.

### De Vlaamse Intersectorale Stuurgroep Dubbeldiagnose (VISDD) als eerste aanspreekpunt en adviesraad voor de doelgroep dubbeldiagnose

De VISDD coördineert de intersectorale opvolging van (jong)volwassenen met een verstandelijke beperking en bijkomende psychische, psychiatrische en/of gedragsproblemen (dubbeldiagnose). Ze verbindt praktijk, beleid en onderzoek en stimuleert samenwerking over sectoren en regio's heen. De VISDD signaleert knelpunten, formuleert beleidsaanbevelingen, bevordert kennis en expertise via opleidingen, studiedagen en uitwisseling van goede praktijken, en ondersteunt intersectorale initiatieven.

# 1 ●●● (Jong)volwassenen met een verstandelijke beperking en geestelijke gezondheidsproblemen

Deze visietekst focust op (jong)volwassenen met een verstandelijke beperking en geestelijke gezondheidsproblemen, en op hun netwerk. Naar de personen met een verstandelijke beperking en bijkomende psychische, psychiatrische en/of gedragsproblemen, wordt verder ook verwezen als personen met een 'dubbeldiagnose'. Een uitgebreide omschrijving van deze heterogene doelgroep wordt geformuleerd in het advies van de Hoge Gezondheidsraad (Hoge Gezondheidsraad, 2015).

## 1.1 Prevalentie en cijfers in Vlaanderen

De prevalentie van geestelijke gezondheidsproblemen is hoger bij volwassenen met een verstandelijke beperking dan bij de algemene bevolking (Arnold et al., 2025; Wagner et al., 2025). Volgens recente schattingen heeft 33.6% van de (jong)volwassenen met een verstandelijke beperking een comorbide psychiatrische problematiek (Mazza, 2020). Ter vergelijking: in de algemene volwassen bevolking in Vlaanderen voldeed meer dan één op de vijf volwassenen in 2023 aan de criteria voor minstens één psychische stoornis (Bruffaerts et al., 2024).

Het vaststellen van geestelijke gezondheidsproblemen bij personen met een verstandelijke beperking wordt mogelijk bemoeilijkt door 'diagnostische overschaduwning'. Dit betekent dat symptomen en gedragingen automatisch worden toegeschreven aan de verstandelijke beperking, waardoor onderliggend psychisch lijden niet of onvoldoende wordt herkend. De symptomen zijn bovendien vaak atypisch en aspecifiek. Hoewel het aanbod aan valide en betrouwbare instrumenten de laatste jaren is toegenomen, blijft het gebruik ervan in de praktijk niet altijd optimaal. Hierdoor bestaat niet alleen het risico op onderdiagnostiek, maar ook op overdiagnostiek zonder adequate en specialistische screening. Dit laatste kan leiden tot het toekennen van labels die niet steeds accuraat zijn of weinig bijdragen aan een gepaste begeleiding en behandeling.

Beschikbare onderzoeksgegevens laten toe om een voorzichtige raming te maken over hoeveel personen dit gaat in Vlaanderen.

**Tabel 1: Geschatte prevalentie-percentages en aantal volwassenen (18+) met een verstandelijke beperking en een dubbeldiagnose in het Vlaams Gewest (Statbel, 2025; VAPH, 2025)<sup>1</sup>.**

Aantal volwassenen met een verstandelijke beperking t.o.v. het totaal aantal volwassenen in het Vlaams Gewest	0,56%
Inschatting aantal volwassenen met een verstandelijke beperking in het Vlaams Gewest in 2025	31.002 personen
Inschatting aantal volwassenen met een dubbeldiagnose in het Vlaams Gewest in 2025	12.055 personen

[1] De cijfers in deze tabel zijn schattingen. Het jaarverslag van het VAPH (2025) omvat enkel personen die een VAPH-ondersteuning ontvingen, waardoor het werkelijke aantal personen met een verstandelijke beperking en/of dubbeldiagnose waarschijnlijk hoger is.

## 1.2 Aandacht voor transitieleeftijd

Hoewel 'jong' hierboven tussen haakjes staat, willen we zeker aandacht hebben voor de transitieleeftijd van 16 tot 25 jaar. Jongvolwassenen met een dubbeldiagnose zijn immers extra kwetsbaar, onder meer omdat er in de transitie grote risico's zijn op breuken in de continuïteit van ondersteuning (Totsika et al., 2022; De Backer et al., submitted). Recente inzichten uit het rapport van de Commissie voor de Geestelijke Gezondheidszorg voor Kinderen en Jongeren (COMGGK) onderstrepen het belang van een geïntegreerde benadering voor deze doelgroep en bieden een basis en inzichten om de ondersteuning tijdens de transitiefase verder te versterken.

## 1.3 Complexiteit en intersectorale samenwerking

De eigenheden, mate van complexiteit en intensiteit van de verschillende problematieken zorgen ervoor dat personen met een dubbeldiagnose en hun omgeving niet in één vakje passen. Zorg en ondersteuning vraagt altijd inzet van partners uit diverse sectoren (GGZ, VAPH, welzijn, onderwijs, justitie, jeugdhulp, werk, thuiszorg, ...), met samenwerking over disciplines, organisaties en sectoren heen.

## 2 ••• Wat is er nodig?

Net zoals voor ieder van ons heeft een goede levenskwaliteit een positieve invloed op de geestelijke gezondheid en het emotioneel welbevinden van mensen uit deze doelgroep en vice versa (Morisse & Vandeveld, 2021).

We kunnen hieraan bijdragen door een aangepaste en deskundige ondersteuningsstijl en een afgestemde organisatie van de zorg.

## 2.1 Aangepaste en deskundige ondersteuning

Elke persoon met een dubbeldiagnose heeft een persoonlijke benadering nodig, waardoor de hulpverlener zijn ondersteuning moet aanpassen aan de noden en de eigenheid van de persoon. Deze benadering richt zich zowel op de individuele persoon als op zijn natuurlijke én professionele context.

### 2.1.1 Meervoudige bril: cliënt, familie/context en professionele netwerken

Bij het begeleiden van personen met een dubbeldiagnose staat de dialoog centraal, wat inhoudt dat interventies afgetoetst worden bij zowel de cliënt als bij zijn/haar natuurlijk én professioneel netwerk. Het continu samenwerken, overleggen en afstemmen leidt tot wederzijds begrip en het adequaat inschatten van mogelijkheden en moeilijkheden binnen beide netwerken, wat de cliënt ten goede komt.

Een goede ondersteuning van het natuurlijk en professioneel netwerk op zich is bovendien noodzakelijk. Personen met een dubbeldiagnose zijn immers afhankelijk van anderen die cruciaal en bepalend zijn in hun leven.

Het werken met deze doelgroep en dialoog vraagt qua intensiteit van ondersteuning extra tijd en middelen. Men werkt immers zowel met het natuurlijk als professioneel netwerk en vraagt doorgaans ook meer en intensievere begeleidingstijd, resulterend in langdurige en blijvende begeleidingen.

### 2.1.2 Interdisciplinaire en integratieve benadering

Het werken met personen met een dubbeldiagnose vraagt een specifieke benadering waarbij men breed moet blijven kijken, er heel wat vertaalwerk nodig is en alle disciplines intensief samen moeten werken. Elk van de betrokkenen heeft een eigen deskundigheid en ervaring. Hoewel de bundeling van deze expertises (tijds)intensief kan zijn, ligt net hier de kracht van de dialoog en een holistische blik op de diverse levensdomeinen.

### 2.1.3 Inschatting van emotionele ontwikkeling

Bij de meeste personen met een dubbeldiagnose zijn een aantal aspecten van de ontwikkeling niet in evenwicht, waardoor ze vaak over- of onderschat worden, resulterend in over- of ondervraging. Het correct inschatten van de emotionele ontwikkeling maakt het voor hulpverleners meestal makkelijker om hen te benaderen, aan te spreken en te ondersteunen op een niveau dat passend is bij de draagkracht en de leefwereld. Hierbij is het essentieel dat hulpverleners en diensten zich aanpassen aan de doelgroep, en niet andersom.

#### 2.1.4 Aanpassen van de omgeving

Aanpassingen in de omgeving, of het nu thuis, ambulant of residentieel is, kunnen aanleiding geven tot het minder ontwikkelen van gedragsproblemen.

Manieren om de omgeving betekenisvoller en explicieter te maken, zijn bijvoorbeeld: ruimtes herinrichten, dagschema's en planning visueel maken, activiteiten aanpassen en stress en verwachtingen verminderen. Allicht liggen er meer kansen in het aanpassen van de omgeving (met inbegrip van begeleidingstijl en -verwachtingen) dan in het willen 'veranderen' van de cliënt.

#### 2.1.5 Speciale aandacht voor Vrijheidsbeperkende Maatregelen (VBM)

Omdat personen met een dubbeldiagnose vaak moeilijk te begrijpen gedrag vertonen waarbij veiligheid soms in het gedrang komt, grijpen ondersteuners vaak (te) snel naar vrijheidsbeperkende maatregelen, zoals fixatie, isolatie, dwang en off-label gebruik van psychofarmaca. We moeten ons ervan bewust zijn dat elk gebruik van deze maatregelen veelal resulteert uit onmacht, een sterke impact heeft op de kwaliteit van leven en enkel vanuit een goed overwogen voorzorgsprincipe kan worden ingezet.

#### 2.1.6 Medisch-psychiatrische kennis: expertise in psychopathologie, diagnostiek, psychotherapie, medicatie, ...

Het begeleiden van deze doelgroep vraagt een uitgebreide en gespecialiseerde psychiatrische kennis op vlak van psychopathologie, diagnostiek en psychotherapie.

Niet zelden zien we bij de doelgroep ook de inzet van psychofarmaca als interventiemiddel. Bij het off-label gebruik van medicatie is extra waakzaamheid geboden wegens een gebrek aan wetenschappelijk kader (Hoge Gezondheidsraad, 2022). Het vraagt de nodige ervaring en expertise in psychopathologie en hantering van psychofarmaca om hierbij de juiste keuzes te maken. Bovendien merken we bij deze doelgroep, die vaak nog onderliggende medische aandoeningen heeft, dat psychofarmaca een heel particulier effect kunnen hebben. Paradoxe reacties komen regelmatig voor en bijwerkingen zijn frequenter en intensiever. Er is dan ook extra aandacht nodig voor het opvolgen en evalueren van opgestarte medicatie, zowel tijdens als na een opnameverblijf.

## 2.2 Afgestemde organisatie van de zorg

### 2.2.1 Voldoende en flexibele zorg

Personen met een dubbeldiagnose worden het best ondersteund in of dicht bij hun woonplek en netwerk. Dit vraagt een breed en gevarieerd netwerk van ondersteuningsdiensten, met een ruime waaier aan zorgvormen die op diverse en veranderende noden kunnen inspelen.

Daarbij komen zowel reguliere als meer gespecialiseerde zorgvormen in aanmerking, afhankelijk van wat voor de persoon nodig en passend is. Binnen dit netwerk is het essentieel dat er voldoende kennis en expertise aanwezig is, zowel op de eerste lijn als binnen meer gespecialiseerde organisaties.

Uitgaande van het principe *“gewoon waar mogelijk, gespecialiseerd of bijzonder wanneer nodig”* moet er inzake de zorgnood van de persoon met een dubbeldiagnose binnen dit netwerk snel geschakeld kunnen worden. Dit vraagt onder andere een korte en flexibele lijn tussen de VAPH- en de GGZ-partners als kernactoren in de ondersteuning, alsook met de eerstelijnsdiensten.

Continuïteit van zorg en ondersteuning staan voorop: breuken zijn te vermijden. Het gaat bovendien altijd om gedeelde zorg, ideaal gezien ook met een gedeeld budget. We hanteren het principe van *“samen delen”* in plaats van *“verdelen”*.

We ijveren voor voldoende kennis van de doelgroep op de eerste lijn en voldoende aanbod binnen de gespecialiseerde VAPH- en GGZ-organisaties.

Daarnaast is er nood aan ruimte voor innovatieve en *out-of-the-box* benaderingen of projecten die inspelen op lacunes in het bestaande aanbod en nieuwe vormen van ondersteuning verkennen. Mensen met een dubbeldiagnose passen nu eenmaal vaak niet binnen het bestaande aanbod en vallen daardoor vaak tussen de mazen van het net.

### 2.2.2 Duurzame zorg

Eens personen met een dubbeldiagnose toegang gevonden hebben tot een dienst/voorziening is het ook belangrijk om deze zorg te consolideren: *“wat er ook gebeurt, we blijven je ondersteunen”*. Dit vraagt van de medewerkers een blijvende, aanhoudende en aanklampende manier van werken, zowel met de cliënt als met het professioneel én natuurlijk netwerk.

## 3 ... Aanbevelingen

Onderzoek toont aan dat het werkklimaat van medewerkers in belangrijke mate het leefklimaat van cliënten bepaalt (Van Der Helm, 2022). Een kwaliteitsvol werkklimaat vertaalt zich in de kwaliteit van de ondersteuning voor deze kwetsbare doelgroep. Die kwaliteit hangt samen met de basishouding en deskundigheid van de hulpverleners én met de betrokkenheid van het natuurlijk en sociaal netwerk. Tegelijk is het begeleiden van personen met een dubbeldiagnose bijzonder intensief en veeleisend. Hulpverlening aan deze cliënten wordt wel eens vergeleken met topsport.

Om deze behandeling en ondersteuning te kunnen bieden en vol te houden, hebben medewerkers en teams nood aan specifieke competenties, zoals aandacht en aanwezigheid (presentie), gedrag lezen, co-reguleren, mentaliseren, voldoende stevigheid, ... Daarnaast vraagt dit werk om structurele ondersteuning van teams én om een sterke omkadering van het natuurlijk netwerk.

### 3.1 Teamondersteuning en -ontwikkeling

#### 3.1.1 Specifieke en blijvende opleiding, training en coaching

Basisopleidingen besteden nog te weinig aandacht aan de problematiek van dubbeldiagnose. Begeleiders weten weinig over psychiatrische aspecten en/of probleemgedrag en geestelijke gezondheidswerkers onvoldoende over de verstandelijke beperking. De eigenheid van de doelgroep vraagt juist een integratie van GGZ-expertise, agogische expertise, gespecialiseerde training en advies van andere professionals. Verder is het belangrijk om personeel werkzaam met deze doelgroep permanent te blijven opleiden, te ondersteunen bij agressie en mogelijkheden van nazorg te bieden.

Tot op heden zijn er te weinig psychiaters en huisartsen met voldoende kennis van de doelgroep, waardoor het steeds moeilijker wordt om gericht door te verwijzen. Gerichte coaching en expertiseopbouw bij deze beroepsgroepen zijn dan ook noodzakelijk.

Ook binnen de academische wereld zijn er weinig vakgroepen of leerstoelen die zich richten op de doelgroep dubbeldiagnose. Naar analogie van andere landen is het een noodzakelijke evolutie om te investeren in een academische leerstoel/werkplaats voor personen met een verstandelijke beperking en geestelijke gezondheidsproblemen zodat praktijkmedewerkers, onderzoekers, cliënten en familieleden de handen in elkaar kunnen slaan.

#### 3.1.2 Aantrekkelijke werkplaats met *coaching on the job*

Personen met een dubbeldiagnose vragen een intensieve, complexe en langdurige begeleiding, wat ook veel vraagt van de hulpverleners. Onderzoek leert ons dat hulpverleners die zich kunnen afstemmen op basale emotionele behoeften van cliënten – door emotionele beschikbaarheid, stressregulatie en mentaliseren – een positieve impact hebben op probleemgedrag, op de geestelijke gezondheid en kwaliteit van leven van cliënten, op het eigen welzijn en op de relatie tussen cliënt en zijn/haar omgeving. Zoals eerder aangegeven, vertrekt ondersteuning in belangrijke mate vanuit een afgestemde omgeving. Voor deze competenties is behalve vorming, ook en vooral *coaching on the job* een belangrijke voorwaarde (Morisse et al., 2016; Morisse & Vandeveldde, 2021; Morisse et al., 2025). We denken hierbij aan processen van overdracht en tegenoverdracht en parallele processen.

Aangezien de specifieke benadering die voor deze doelgroep vereist is, is het wenselijk om de medewerkers op een gelijk(w)aardige manier te verlonen, ongeacht de sector waarin ze werken.

Internationale cijfers wijzen op een noodzakelijke verzwaringfactor voor de personeelsomkadering. De begeleidingen zijn intensiever en complexer, waarvoor meer personeel en middelen ingezet moeten worden. Tegelijk is investeren in een positieve beeldvorming essentieel. De doelgroep vormt een uitdaging, en net dat kan aantrekkelijk zijn voor begeleiders, zeker wanneer duidelijk is dat er effectief wordt ingezet op vorming, supervisie en coaching.

## 3.2 Ondersteunen van natuurlijk en sociaal netwerk

### 3.2.1 Opbouwen van en versterken van het sociaal en natuurlijk netwerk

Het in kaart brengen van het niet-professioneel netwerk rond de cliënt brengt vaak de realiteit van grote eenzaamheid en veel te weinig positief steunende mensen rond hen naar boven.

Het opbouwen van een niet-professioneel netwerk dat – aanvullend op de professionele hulpverlening – de persoon kan omringen en zo de nodige nabijheid kan bieden, is binnen de hulpverlening een onmisbaar element. Het ontwikkelen en onderhouden van een dergelijk netwerk vraagt dan weer de nodige contextuele expertise en ondersteuning, zodat het netwerk duurzaam en in verbinding met de professionele hulpverlening kan functioneren.

### 3.2.2 Positie van het natuurlijk netwerk en coaching

De problemen en de intensiteit van de ondersteuning van de cliënt hebben een erg grote impact op de gezinsdynamiek. Familieleden zijn een niet te missen en evenwaardige partner in zowel de beeldvorming en diagnostiek, als partner in het ondersteunings-/behandeltraject.

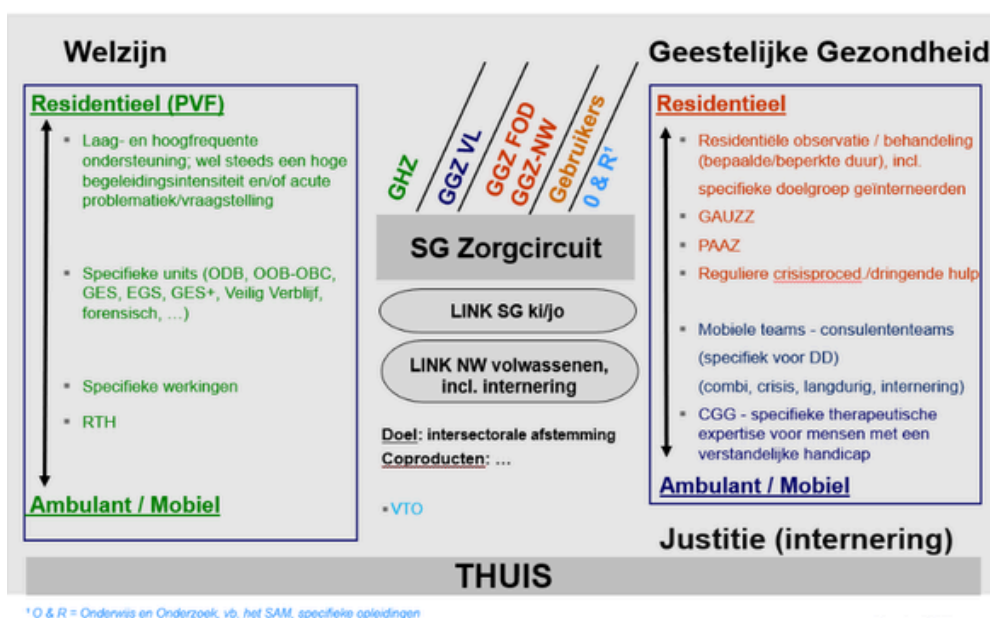
Families hebben, net zoals de professionele hulpverleners, nood aan coaching en toegankelijke kennis over de problematiek waarmee zij geconfronteerd worden.

## 3.3 Realisatie van het zorgcircuit: gedeelde zorg

Begeleiding in de thuiscontext vormt de veilige basis. Indien meer specialistische hulp nodig is, kan ambulante, mobiel-outreachinge ondersteuning of dagtherapie ingeschakeld worden. Soms is een opname nodig, in het ziekenhuis of in een voorziening voor personen met een beperking. Een residentieel verblijf is slechts één onderdeel van een ruimer en intersectoraal zorgcircuit waarin vlot geschakeld moet worden en de cliënt blijvend wordt vastgehouden.

Om dit zorgcircuit te garanderen is er nood aan gedeelde erkenning en gedeeld budget in de samenwerking tussen verschillende sectoren (cf. forensische VAPH-units, verknopingsunits), in een regelluw kader. De kracht van deze samenwerking is een goed functionerend netwerk waarin elke partner zijn specifieke opdracht kan uitvoeren onder de vorm van gedeelde zorg en verantwoordelijkheid.

Afbeelding 1: Zorgcontinuüm personen met een verstandelijke beperking en bijkomende psychiatrische en/of gedragsproblemen (Hoge Gezondheidsraad, 2015).



## 4 ••• Referentielijst

- Arnold, S. R., Huang, Y., Srasuebku, P., Cvejic, R. C., Michalski, S. C., & Trollor, J. N. (2025). Prevalence of psychiatric conditions in people with intellectual disability: A record linkage study in New South Wales, Australia. *Australian & New Zealand Journal Of Psychiatry*, 59(5), 433–447. <https://doi.org/10.1177/00048674251324824>
- Bruffaerts, R. et al. (2024). De mythes bevestigd. Resultaten van de Public Mental Health Monitor 2023. Zorgnet-Icuro.
- De Backer, H., Martens, N., Bakker, J., Van den Broeck, K., Van Amelsvoort, T., & Glazemakers, I. (submitted). Identifying needs and challenges in transitional mental health care: A scoping review on the perspectives of health and social care professionals.
- Hoge Gezondheidsraad. (2015). *Advies van de Hoge Gezondheidsraad nr. 9203: Behoeften betreffende dubbele diagnose (verstandelijke beperking en bijkomende problemen op het vlak van geestelijke gezondheid: probleemgedrag en/of psychiatrische stoornissen) in België*. Hoge Gezondheidsraad. <https://www.hgr-css.be/nl/advies/9203/behoeften-betreffende-dubbele-diagnose-verstandelijke-beperking-en-bijkomende-problemen-op-het-vlak>
- Hoge Gezondheidsraad. (2022). *Advies van de Hoge Gezondheidsraad nr. 9657: Richtlijnen voor off-label gebruik van psychofarmaca bij volwassenen met een verstandelijke beperking*. Hoge Gezondheidsraad. <https://www.hgr-css.be/nl/advies/9657/richtlijnen-off-label-gebruik-van-psychofarmaca-bij-volwassen-met-een-verstandelijke-beperking>
- Mazza, M. G., Rossetti, A., Crespi, G., & Clerici, M. (2020). *Prevalence of co-occurring psychiatric disorders in adults and adolescents with intellectual disability: A systematic review and meta-analysis*. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 33(2), 126–138. <https://doi.org/10.1111/jar.12654>
- Morisse, F., De Belie, E., Blontrock, M., Verhasselt, J. & Claes, C. (2016). *Emotionele ontwikkeling in verbinding. Coachingsmethodiek voor begeleiders van cliënten met probleemgedrag*. Antwerpen: Garant.
- Morisse, F., & Vandeveld, S. (Eds.). (2021). *Emotionele ontwikkeling bij personen met een verstandelijke beperking en geestelijke gezondheidsproblemen: theorie, onderzoek en praktijk*. Antwerpen: Gompel&Svacina.
- Morisse, F., Claes, L., De Neve, L., Marreceau, J., Ronsse, E., Vangansbeke, T. & Vermeulen N. (Red.). (2025). *Emotionele ontwikkeling van personen met een verstandelijke beperking*. Antwerpen: Gompel&Svacina.

Statbel (Algemene Directie Statistiek – Statistics Belgium). (2025). *Bevolking naar woonplaats, nationaliteit, burgerlijke staat, leeftijd en geslacht: België 2025 [Dataset]. be.STAT*. <https://bestat.statbel.fgov.be/bestat/crosstable.xhtml?view=161080d2-d411-4e40-9a0f-a27db5e2b6e1>

Totsika, V., Liew, A., Absoud, M., Adnams, C., & Emerson, E. (2022). *Mental health problems in children with an intellectual disability. The Lancet Child & Adolescent Health*, 6. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(22\)00067-0](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(22)00067-0)

Van Der Helm, P. (2022). *Leefklimaat! Voor jeugd en volwassenen*. <https://doi.org/10.36254/978-90-8560-139-5>

Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. (2025). *Het VAPH in cijfers 2024 (jaarverslag)*. <https://publicaties.vlaanderen.be/view-file/77186>

Wagner, G. A., Gerum, P. C. L., Martins, L. F., Silva, H. R. S., Lima, M., Duraes, F. R., & Covolan, L. (2025). *Prevalence and predictors of depression and other mental health disorders in Brazilian adults with intellectual disabilities: a population based secondary analysis. BMJ Open*, 15(10), e104089. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-104089>