

De zorg die bij mij past: Aandacht voor mensen met een licht verstandelijke beperking in Mentale Gezondheidsnetwerken

Iris Linden¹
 Anneke van Dijk²
 Ruth Dalemans³
 Albine Moser⁴
 Roger Bastiaens⁵
 Loes van Bokhoven⁶

¹ Postdoctoraal onderzoeker, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht – i.linden@maastrichtuniversity.nl

² Universitair docent, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht

³ Lector, Bijzonder Lectoraat Begrijpelijk Communiceren, Hogeschool Zuyd Heerlen

⁴ Lector, Bijzonder Lectoraat Samen Beslissen met verpleegkundigen, Hogeschool Zuyd Heerlen

⁵ Manager mentale gezondheid, zorggroep Meditta

⁶ Hoogleraar, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht

SAMENVATTING

Mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) hebben een verhoogd risico op psychische problemen maar ervaren vaak belemmeringen in de toegang tot passende zorg. De eerstelijnszorg sluit onvoldoende aan door beperkte herkenning, communicatieproblemen en knelpunten in samenwerking en doorverwijzing. Dit participatief actieonderzoek richtte zich op het beter laten aansluiten van een mentaal gezondheidsnetwerk (i.e., het Uniform Instroommodel Mentale Gezondheid) in Zuid-Limburg bij de zorgbehoeften van mensen met een LVB met psychische klachten. Eerst zijn de ervaren knelpunten bij eerstelijnszorgverleners in herkenning, communicatie, samenwerking en doorverwijzing in kaart gebracht. Vervolgens zijn in co-creatie twee interventies ontwikkeld: 1) een interprofessionele scholing voor huisartsenpraktijken gericht op het herkennen en omgaan met een LVB, 2) de inzet van visuele hulpmiddelen om verkennende gesprekken begrijpelijker te maken en verwijzingen te ondersteunen. De eerste evaluaties suggereren dat de interventies bijdragen aan meer bewustzijn, verbeterde communicatie en meer regie voor mensen met een LVB. Tegelijkertijd blijven er uitdagingen, zoals tijdsdruk, organisatorische randvoorwaarden en acceptatie van nieuwe werkwijzen. De bevindingen benadrukken dat passende zorg voor mensen met een LVB niet alleen vraagt om praktische interventies, maar ook om een bredere beweging naar inclusieve, interprofessionele samenwerking, waarin ook ervaringskennis een cruciale rol speelt.

INLEIDING

De beperkte toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) staat momenteel volop in de aandacht en vormt een belangrijke pijler binnen het Integraal Zorgakkoord (IZA). Al jarenlang kampen veel regio's met oplopende wachttijden, hoge instroom in de gespecialiseerde GGZ en onvoldoende doorstroom naar passende zorgtrajecten. Hierdoor blijven mensen met psychische klachten vaak te lang zonder adequate behandeling of raken zij verstrikt in een 'draaideureffect' tussen huisarts en GGZ. Om deze knelpunten te doorbreken zijn in Nederland zogenoemde mentale gezondheidsnetwerken opgezet, waarin huisartsen, GGZ-instellingen en het sociaal domein

intensief samenwerken om de aansluiting van zorg te verbeteren (Mentale gezondheidsnetwerken, z.d.). In de regio Zuid-Limburg is dit vormgegeven in het Uniform Instroommodel Mentale Gezondheid (UIM) (Limburg UIMZ, 2025). Speerpunt binnen dit UIM is het verkennend gesprek: een gesprek met de patiënt, waarbij samen met een professional uit de tweedelijns-GGZ en een professional uit het sociaal domein de hulpvraag wordt geanalyseerd en een passend vervolgtraject wordt geformuleerd.

Hoewel het UIM beoogt de toegang tot de GGZ te verbeteren, is tot op heden niet onderzocht in hoeverre het aansluit bij de specifieke behoeften van mensen met een

licht verstandelijke beperking (LVB). Mensen met een LVb hebben een aanzienlijk verhoogd risico op psychische problemen in vergelijking met de algemene bevolking: zij ontwikkelen drie tot vier keer vaker psychische klachten, en minstens twee derde ervaart moeite met zelfredzaamheid (Mazza et al., 2020). Factoren zoals beperkte copingvaardigheden, een klein sociaal netwerk en instabiele thuissituaties dragen hier substantieel aan bij (Mazza et al., 2020).

Ondanks deze kwetsbaarheid sluit de huidige eerstelijnszorg onvoldoende aan op de behoeften van mensen met een LVb en psychische klachten (Mazza et al., 2020). Zo wordt de LVb vaak onvoldoende herkend in de huisartsenpraktijk. Omdat een LVb vaak niet officieel is vastgesteld, wordt er ook onvoldoende rekening gehouden met de specifieke communicatiebehoeften van deze patiënten (Pouls et al., 2023). Dit belemmert een juiste beoordeling van hun psychische problemen. Huisartsen geven aan zich onvoldoende competent te voelen in het bieden van passende zorg aan mensen met een LVb en psychische klachten (Shemtob et al., 2021).

Toegang tot gespecialiseerde GGZ is eveneens een knelpunt in de zorg voor mensen met een LVb. Zij worden relatief vaak naar de GGZ verwezen, maar ondervinden lange wachttijden en ervaren dat het ontbreekt aan gespecialiseerde expertise om de zorg goed af te stemmen op hun specifieke behoeften (Shemtob et al., 2021). Dit resulteert regelmatig in geen of inadequate behandeling, waarna zij zonder een structurele oplossing terugkeren naar de huisarts (Pouls et al., 2023).

Het doel van dit onderzoek is het vormgeven en evalueren van praktische verbeteringen om het UIM beter te laten aansluiten bij de behoeften van mensen met een LVb. Het gaat om het hele proces van herkennen, analyseren, verwijzen en registreren.

METHODEN

Setting

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in de Oostelijke en Westelijke Mijnstreek van Zuid-Limburg. Het UIM is vanaf januari 2024 opgezet in deze regio. Aansluiten bij de behoeften van mensen met een LVb is in het bijzonder relevant in de regio Zuid-Limburg waar het aantal mensen met een LVb vermoedelijk relatief hoog is ten opzichte van het landelijk gemiddelde, omdat de regio te maken heeft met sociaaleconomische achterstanden en een verhoogde

kwetsbaarheid voor gezondheidsproblemen (Regiobeeld Zuid Limburg, z.d.; Woittiez et al., 2019). Om het UIM op deze doelgroep af te stemmen, is dit project gestart vanuit een samenwerking van huisartsenzorggroep Meditta (regio Westelijke Mijnstreek), Universiteit Maastricht, Hogeschool Zuyd en MEE Zuid-Limburg.

Onderzoeksdesign

Dit onderzoek betreft een participatief actieonderzoek waarbij onderzoekers, zorgprofessionals, en mensen met een LVb het onderzoeksproces gezamenlijk vormgeven. De Plan-Do-Check-Act cyclus is toegepast om het UIM aan te passen voor mensen met een LVb (Moen, 2009). Dit is een iteratief proces waarbij onderzoekers samen met de doelgroep gezamenlijk problemen onderzoeken, acties uitvoeren, de resultaten evalueren en op basis daarvan het proces herhalen om continu te verbeteren (Bradbury & Reason, 2003). Dit design is geschikt omdat het wetenschappelijke kennisontwikkeling combineert met praktijkgerichte verbeteringen. Bovendien vergroot de actieve betrokkenheid van mensen met een LVb de relevantie en toepasbaarheid van de uitkomsten.

Exploratiefase (Plan): Knelpuntenonderzoek

In de exploratiefase is inzicht verkregen in de behoeften en ervaren knelpunten van eerstelijnszorgverleners omtrent het bieden van passende zorg voor mensen met een LVb en psychosociale problemen. In negen huisartsenpraktijken in Zuid-Limburg hebben semigestructureerde groepsinterviews plaatsgevonden. Deelnemers werden geworven via regionale huisartsenzorggroepen. Er werd gestreefd naar variatie in locaties van huisartsenpraktijken en het te verwachten aantal mensen met een LVb in de populatie van de huisartsenpraktijk. Deelnemers dienden werkzaam te zijn als huisarts, praktijkondersteuner of doktersassistent. Verder waren er geen inclusie- of exclusiecriteria. Deelnemers waren huisartsen ($n=10$), doktersassistentes ($n=6$), praktijkondersteuners GGZ ($n=6$) en een praktijkondersteuner somatiek ($n=1$).

Alle interviews duurden tussen de 30 en 60 minuten. De gesprekken zijn opgenomen, getranscribeerd en geanalyseerd volgens een thematische inhoudsanalyse (Naeem et al., 2023). Interviewbevindingen zijn vertaald in een lijst van knelpunten die richting gaven aan de co-design fase. De knelpunten die door de interviewdeelnemers het meest urgent werden geacht, zijn meegenomen in het vaststellen van de verbeteringen.

Co-designfase (Plan): Design

De co-designfase had als doel om samen manieren te ontwikkelen waardoor het UIM beter past bij de zorg voor mensen met een LVB en psychosociale problemen. Dit werd gedaan op basis van de bevindingen in de exploratiefase en door het betrekken van mensen met een LVB als co-onderzoekers. Zij dachten actief mee, deelden hun ervaringen en gaven samen met onderzoekers en professionals richting aan het ontwerp, de uitvoering en de evaluatie van het onderzoek. De ervaringsdeskundigen met een LVB (n=4) zijn geworven via STERKplaats Heerlen van Hogeschool Zuyd. In de STERKplaats worden jongeren met een beperking opgeleid tot ervaringsdeskundige, hetgeen hen in staat stelt om mee te denken in wetenschappelijk onderzoek (Zuyd Hogeschool, 2025). Om te zorgen dat de STERKstudenten volledig tot hun recht kwamen tijdens deze bijeenkomsten, bespraken zij de bijeenkomst voor met de STERKcoach en ontvingen zij voorafgaand aan een bijeenkomst een duidelijk overzicht van de tijdsindeling, de doelen van de bijeenkomst en de context van deze doelen in eenvoudige taal, ondersteund met afbeeldingen of pictogrammen. Tijdens de bijeenkomsten werd regelmatig gecheckt of iedereen de inhoud begreep, kreeg iedere STERKstudent een beurt om zijn of haar mening te formuleren en vond er onderlinge discussie plaats. Regelmatig is ook een pauze ingelast om voldoende verwerkingstijd te garanderen.

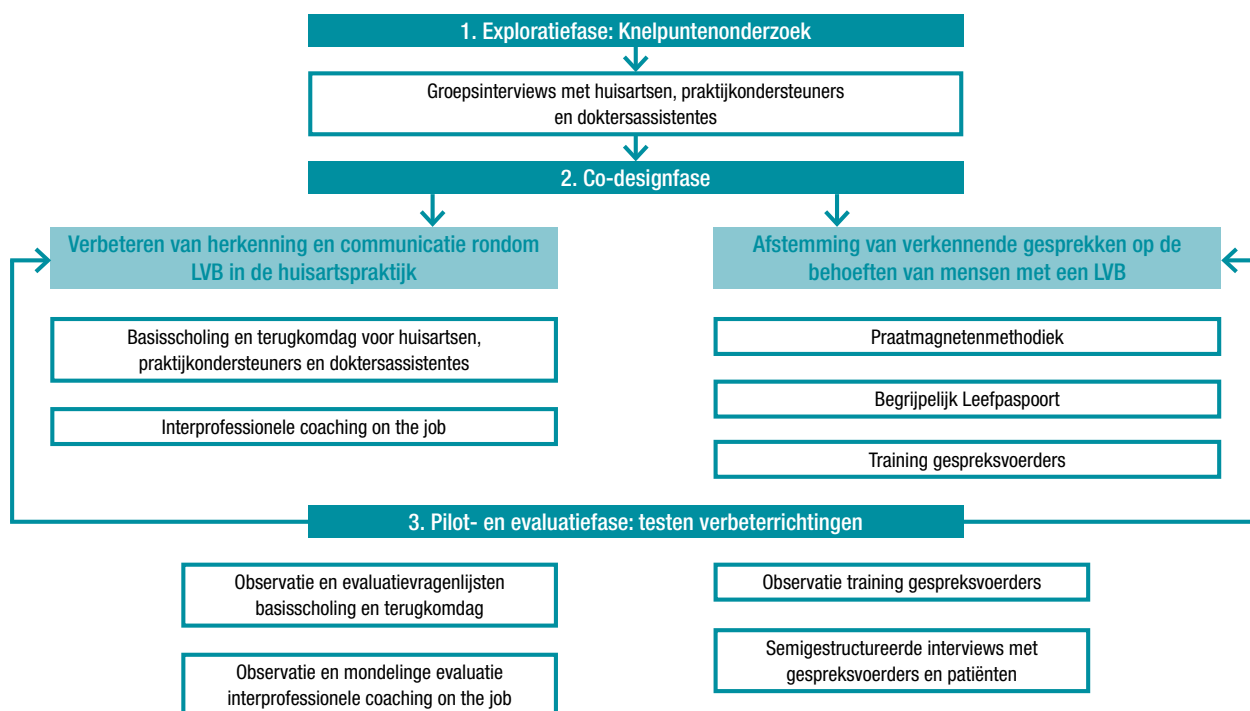
Onderzoekers maakten aantekeningen tijdens de bijeenkomsten, vatten deze narratief samen en vertaalden ze naar concrete ontwikkelstappen, die vervolgens aan de ervaringsdeskundigen werden voorgelegd.

Pilot- en evaluatiefase (Do, Check & Act): testen verbeteringen

De pilot- en evaluatiefase had tot doel om na te gaan hoe bruikbaar de verbeteringen en interventies waren en welke impact zij hadden op zorgverleners en mensen met een LVB. Evaluatie van de interventies vond plaats aan de hand van observaties, vragenlijsten (o.a., waardering voor de training als geheel, verwachtingen, toepassingen van het geleerde in de praktijk) en semigestructureerde interviews met zorgverleners en mensen met een LVB. De verzamelde data zijn narratief samengevat en dienden als input voor de doorontwikkeling van de interventies. Observatieverslagen en semigestructureerde interviews werden samengevat om de belangrijkste bevindingen en ervaringen van de deelnemers te beschrijven. De vragenlijstgegevens werden descriptief geanalyseerd.

RESULTATEN

Figuur 1 geeft een overzicht van de stappen uit de projectfasen.



Figuur 1: Flowchart exploratie, co-design, pilot- en evaluatiefase.

Exploratiefase (Plan): Knelpuntenonderzoek

Uit de groepsinterviews in de negen huisartsenpraktijken kwamen zeven thema's naar voren die inzicht gaven in ervaren behoeften en knelpunten in de zorg voor mensen met een LVB (zie Tabel 1).

Tabel 1: Overzicht van ervaren knelpunten van zorgprofessionals in de eerste lijn uit de semigestructureerde interviews

Knelpunten voor passende zorg voor mensen met een LVB liggen in:	
1.	het beperkt herkennen en registreren van een LVB
2.	de complexiteit van eenvoudig communiceren
3.	de wisselende samenwerking en kennisdeling tussen professionals
4.	het ontbreken van passende doorverwijsmogelijkheden bij psychosociale problematiek
5.	het gebrek aan vertrouwen en behoefte aan continuïteit van zorgverleners bij patiënten
6.	de noodzaak van flexibiliteit en zorg op maat, die moeilijk te realiseren is
7.	de voortdurende noodzaak van bewustzijn van een LVB

Hieronder worden de vier thema's gepresenteerd die het meest richting hebben gegeven aan de co-designfase:

1. Beperkte herkenning en registratie van een LVB

Zorgverleners gaven aan zich vaak onvoldoende bekwaam te voelen in het herkennen van een LVB.

"Het zijn er waarschijnlijk veel meer dan dat ik me bewust van ben" (huisarts).

Bij een vermoeden op LVB voelden zorgverleners zich voor een dilemma geplaatst. Registratie kon enerzijds meerwaarde hebben voor de continuïteit van zorg en het beperken van overvraging van patiënten. Tegelijk ontbrak er vaak een diagnose en vonden zorgverleners het lastig om een vermoeden van een LVB bespreekbaar te maken, onder andere vanwege onzekerheid over hoe dit op een respectvolle manier te communiceren en angst voor stigmatisering van de patiënt.

2. Eenvoudig communiceren is complex

Zorgverleners herkenden de noodzaak van begrijpelijk communiceren voor mensen met een LVB, maar gaven aan dat ze dit in de praktijk lastig vonden toe te passen. Ze vonden het ingewikkeld om hun taalgebruik voldoende eenvoudig te maken zonder betuttelend over te komen, en om tijdens gesprekken goed zicht te krijgen op de werkelijke hulpvraag van de patiënt. Bovendien benadrukten ze

dat LVB vaak een 'verborgen' beperking is, waardoor het moeilijk was om in te schatten of taalgebruik begrepen werd en of extra aandacht voor communicatie nodig was.

"Soms is het heel lastig te achterhalen wat de hulpvraag van de patiënt is" (doktersassistente).

3. Wisselende samenwerking en kennisdeling

Samenwerking in de zorg voor mensen met een LVB werd door de zorgverleners als wisselend ervaren. Tijdens de interviews bleek dat zorgverleners binnen de huisartsenpraktijk weinig inzicht hadden in elkaars expertise rondom zorg aan mensen met een LVB. Signalen van een LVB werden onderling niet vaak gedeeld. Om hier verandering in te brengen, gaven zorgverleners aan behoefte te hebben aan een aanpak waarin alle praktijkmedewerkers gezamenlijk betrokken worden. Samenwerken met zorgverleners buiten de praktijk werd als goed ervaren wanneer de lijnen kort waren en men zicht had op het regionale aanbod.

4. Gebrek aan passende doorverwijsmogelijkheden bij psychosociale problematiek

Zowel praktijkondersteuners GGZ als huisartsen gaven aan barrières te ervaren in het vinden van passende verwijsmogelijkheden bij psychosociale problematiek. Dit had te maken met wachtlijsten bij gespecialiseerde GGZ voor LVB en beperkte toegang tot reguliere GGZ.

"Het is zo'n grote bevolkingsgroep, hoezo zou je die allemaal buiten de poort houden?" (praktijkondersteuner GGZ).

Een veelgenoemd knelpunt was de eis van een formele LVB-diagnose om toegang te krijgen tot passende zorg. Dit zou niet alleen herkenning en de moed om de LVB bespreekbaar te maken vereisen, maar ook aanzienlijke investeringen in tijd, geld en energie. Het overwinnen van al deze drempels werd als een uitdaging ervaren.

Co-designfase (Plan)

Gebaseerd op de geïdentificeerde knelpunten in de exploratiefase zijn twee verbeteringen gekozen: 1) het verbeteren van de herkenning en communicatie rondom LVB in de huisartsenpraktijk, en 2) het beter afstemmen van verkennende gesprekken op de behoeften van mensen met een LVB.

VERBETERING 1. Verbeteren van de herkenning en communicatie rondom LVB in de huisartsenpraktijk

Uit de exploratiefase kwam naar voren dat huisartsenpraktijken behoefte hadden aan ondersteuning bij het signaleren, registreren en omgaan met mensen met een LVB. Specifieke verbeterpunten waren: a) het verbeteren van signalering en registratie van een LVB, b) het vergroten van bewustzijn omtrent begrijpelijke communicatie, c) het maken van gezamenlijke afspraken binnen de praktijk over de zorg voor mensen met een LVB, en d) het vergroten van inzicht in de sociale kaart van LVB-zorg.

Op basis hiervan is een tweedelig scholingstraject ontwikkeld voor huisartsen, praktijkondersteuners en doktersassistenten:

- A) **Basisscholing met terugkombijeenkomst:** per beroepsgroep is scholing aangeboden gericht op het herkennen en adequaat omgaan met mensen met een LVB. Deze scholing is opgezet aan de hand van bestaande trainingen van MEE Zuid-Limburg en aangepast om beter aan te sluiten bij de context van de huisartsenpraktijk. De basisscholing bestond uit een theoretisch deel en werkvormen om bewustzijn van een LVB en begrijpelijke communicatie te bevorderen. De terugkombijeenkomst bevatte een theoretische opfrisser, casuïstiek en de inbreng van een ervaringsdeskundige. De duur van de scholing was drie uur met een terugkommoment na drie maanden.
- B) **Interprofessionele coaching on the job:** In dit type scholing werken huisartsen, praktijkondersteuners en doktersassistenten in de eigen praktijksetting gezamenlijk aan casuïstiek rondom een LVB. Deze coaching is gebaseerd op het basismodel voor intervisie (Ramaekers & Farla, 2015), bedoeld om praktijkgerichte inzichten en afspraken te ontwikkelen die direct toepasbaar zijn binnen de eigen organisatie. De coaching werd begeleid door professionals werkzaam bij organisaties met LVB-expertise of met uitgebreide kennis van de sociale kaart in de betreffende regio. Hiermee richtte de coaching on the job zich ook op het versterken van interprofessionele samenwerking en het verkorten van de lijnen tussen eerstelijnszorg, het sociaal domein en de (specialistische) GGZ. De duur van coaching on the job was ongeveer een uur en vond plaats in de desbetreffende huisartsenpraktijk. Deelnemers brachten een casus uit hun eigen praktijk in ter bespreking.

VERBETERING 2. Afstemming van verkennende gesprekken op de behoeften van mensen met een LVB

Om de verkennende gesprekken, afgenomen door een GGZ-professional en een professional uit het sociaal domein, beter af te stemmen op de behoeften van mensen met een LVB, hebben we gewerkt aan de inzet van visuele hulpmiddelen. Deze middelen waren enerzijds bedoeld om de communicatie tijdens het gesprek te bevorderen en anderzijds zorg te dragen voor begrijpelijke verslaglegging na het gesprek waarbij de hulpvrager ook eigenaarschap ervaart van het verslag.

Er is gestart met een inventarisatie van bestaande instrumenten om voorkeuren en behoeften van mensen die communicatiekwetsbaar zijn in kaart te brengen tijdens een gesprek met een hulpverlener. Deze zijn voorgelegd aan de ervaringsdeskundigen. De Yucelmethode (Yucel-methode, z.d.) en de eenvoudige variant van de Positieve Gezondheid vragenlijst (Institute for Positive Health [IPH], z.d.) werden als meest positief beoordeeld. De principes van deze methoden zijn gebruikt om de methodiek van *Praatmagneten* te ontwikkelen. Deze methodiek houdt in dat gespreksvoerders (i.e., verkenner) en patiënten een gesprek voeren over één of meerdere thema's in het leven van de persoon (bijvoorbeeld de domeinen van positieve gezondheid). Deze thema's worden in beeld gebracht door gekleurde magneten met bijbehorende woorden of afbeeldingen logisch op te stellen. De hulpvrager en de verkenner bepalen samen de vorm van de opstelling waardoor deze aangepast kan worden aan de communicatievoorkeuren van de hulpvrager. Het resultaat biedt de hulpvrager eenvoudig zicht op de dingen die helpen en op de dingen die moeilijk zijn (zie [Figuur 2](#)). Het materiaal en de werkvorm zijn in verschillende sessies getest en verfijnd samen met de ervaringsdeskundigen. Ook een gespreksvoerder met LVB-expertise is tijdens de ontwikkeling bevraagd op de bruikbaarheid van de methodiek.

Uit gesprekken met ervaringsdeskundigen bleek dat het tastbaar maken van gespreksuitkomsten essentieel is voor het versterken van eigenaarschap en zelfregie. Daarom is gewerkt aan een nieuwe vorm van begrijpelijke verslaglegging, gebaseerd op de leidraad Begrijpelijk Leefplan (Zuyd Hogeschool, z.d.). Dit heeft geleid tot de ontwikkeling van het *Begrijpelijk Leefpaspoort*. Hierin worden de wensen en behoeften van de persoon met een LVB overzichtelijk vastgelegd, evenals een concreet actieplan gericht op gezondheid, welzijn en eigen kracht.

scholing en de terugkomdag positief te worden geëvalueerd. Huisartsen en praktijkondersteuners ($n=8$) waardeerden de training als geheel gemiddeld met een 8,8, de doktersassistenten ($n=42$) met een 8,0. Huisartsen en praktijkondersteuners gaven aan dat het hen meer inzicht en bewustzijn in een LVB heeft opgeleverd. De doktersassistenten gaven aan dat het waardevol is om te begrijpen dat bepaald gedrag bij mensen met een LVB niet voortkomt uit onwil, maar uit onvermogen. Verder werd genoemd dat de scholing aanzette tot nadenken over mogelijke veranderingen in de praktijk waarmee meer duidelijkheid wordt geboden aan mensen met een LVB.

B) Interprofessionele coaching on the job: Tot op heden hebben coaching on the job-sessies plaatsgevonden in vijf huisartsenpraktijken, met deelname van doktersassistenten ($n=18$), praktijkondersteuners somatiek ($n=7$), praktijkondersteuners GGZ ($n=4$), huisartsen ($n=12$) en praktijkmanagers ($n=2$). Uit de observaties ($n=4$) en mondelinge evaluaties bleek dat zorgverleners het prettig vinden om gezamenlijk met alle praktijkmedewerkers na te denken over LVB-casuïstiek in hun praktijk. Ze waardeerden vooral de laagdrempelige manier van leren, het uitwisselen van ervaringen omtrent casuïstiek uit de praktijk met collega's en het ontvangen van praktische handvatten die direct toepasbaar waren in de dagelijkse praktijk. In drie van de vijf praktijken leidde dit tot het maken van concrete afspraken rondom interne communicatie en registratie van een LVB.

“Wij zijn er nog meer bewust van dan voorheen dat veel mensen LVB zijn, zonder dat je dit direct aan hen ziet. We proberen ook vaker een memo of episode aan te maken om iedereen ervan bewust te maken dat een patiënt een LVB heeft, zodat hiermee rekening kan worden gehouden in de communicatie naar de betreffende patiënt toe” (huisarts).

Uit de observaties bleek dat participatie niet gelijk verdeeld was tussen de beroepsgroepen. Huisartsen en praktijkondersteuners waren relatief vaker aan het woord dan doktersassistenten.

VERBETERING 2. Afstemming van verkennende gesprekken op de behoeften van mensen met een LVB

Tot op heden zijn 12 gespreksvoerders getraind in het gebruik van de *Praatmagneten*methodiek en het *Begrijpelijk Leefpaspoort*.

*Uit de observaties en evaluatie van de training ($n=4$) en de semigestructureerde interviews met gespreksvoerders ($n=8$) en cliënten ($n=1$) kwamen belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie van de *Praatmagneten* en het *Begrijpelijk Leefpaspoort* naar voren.*

Bevorderende factoren

Waardering voor de methodiek

Gespreksvoerders die gebruik hebben gemaakt van de *Praatmagneten* in een verkennend gesprek ($n=3$) gaven aan dat de inzet van de *Praatmagneten* hielp om structuur en focus te houden tijdens het gesprek, en zij ervoeren dat dit de aansluiting bij het taalgebruik van de cliënt verbeterde. Ook een cliënt gaf aan dat de methodiek bijdroeg aan overzicht en rust, doordat duidelijk werd waar hij zelf aan kon werken en waar ondersteuning nodig was.

“Het was zichtbaar helpend voor de cliënt om een gestructureerd overzicht te hebben van wat er zich allemaal afspeelt in zijn hoofd” (gespreksvoerder).

“Het overzicht heeft me inzicht gegeven in waar ik zelf al aan kan werken, dat geeft veel rust” (cliënt met een LVB).

Oefenen met ervaringsdeskundigen

De observatie en evaluatie van de training ‘*Verkennde gesprekken bij LVB*’ toonden aan dat deelnemers de training positief waardeerden, met name de inbreng van ervaringsdeskundigen maakte veel indruk. Vooral het oefenen met de *Praatmagneten* in interactie met een ervaringsdeskundige werd als zeer leerzaam en waardevol ervaren. Het bood gespreksvoerders de mogelijkheid om in een veilige setting te oefenen met de methodiek en directe feedback te ontvangen vanuit het perspectief van de doelgroep.

Belemmerende factoren

Aannames

Sommige gespreksvoerders gaven aan het idee te hebben dat zij de methodiek niet nodig hadden om een gesprek soepel te laten verlopen of de hulpvraag van de cliënt goed te kunnen achterhalen. Daarnaast leefde bij sommigen de zorg dat cliënten de inzet van *Praatmagneten* zouden interpreteren als een teken dat zij niet serieus genomen werden of dat hun cognitieve vaardigheden werden onderschat.

“Ik ben bang dat de client denkt dat ik hem niet serieus neem als ik dit [praatmagneten] gebruik” (gespreksvoerder).

Daarnaast hadden gespreksvoerders het idee dat huisartsen en andere vervolgzorgverleners het *Begrijpelijk Leefpaspoort* niet als een waardevol verslagleggingsinstrument zouden beschouwen. Gespreksvoerders hadden het idee dat ze hun expertise rondom de desbetreffende problematiek hier niet in kwijt konden, waardoor ze mogelijk minder serieus werden genomen door de huisarts.

Handelingsverlegenheid

Gespreksvoerders benoemden dat het gebruik van visualiserende methodieken nieuw voor hen was. Zij gaven aan dat zij gewend zijn om vooral talig te werken, waardoor het inzetten van de *Praatmagneten* soms niet vanzelfsprekend voelde. Dit leidde tot onzekerheid en terughoudendheid: het kost tijd en energie om de methodiek eigen te maken, en in gesprekken voelden gespreksvoerders vaak te weinig ruimte om hiermee te experimenteren.

“Ik ben het niet gewend om in een gesprek te visualiseren. Dit doen we nooit in gesprekken met cliënten. Ik ben daarin heel talig. Dit vraagt echt iets anders. Ik denk er vaak niet aan en ik durf het soms ook niet om het tijdens een gesprek erbij te pakken, omdat ik me er nog niet comfortabel bij voel” (gespreksvoerder).

Daarnaast gaven gespreksvoerders aan dat er voorafgaand aan een verkennend gesprek vaak niet duidelijk was dat er sprake was een LVB. Dit belemmerende het inzetten van de methodiek volgens de gespreksvoerders, omdat na de realisatie dat iemand er mogelijk baat bij zou hebben, te weinig tijd overbleef om het in te zetten.

“Als ik van tevoren niet weet dat er mogelijk sprake is van LVB belemmert tijdsdruk het inzetten van de methodieken. Halverwege het gesprek kom je pas tot de realisatie dat visualiseren handig zou zijn. Er is tijd nodig voor deze realisatie” (gespreksvoerder).

Complexiteit implementatie

De implementatie van zowel de *Praatmagneten* als het *Begrijpelijk Leefpaspoort* binnen het UIM werd als complex ervaren. Gespreksvoerders noemden praktische obstakels, zoals het integreren van het *Leefpaspoort* in

het medisch dossier en het ontbreken van printmogelijkheden. Daarnaast werd tijdens de trainingen duidelijk dat er bij gespreksvoerders nog onduidelijkheid was over welke taken en verantwoordelijkheden zij hebben in het UIM. Verkenner gaven aan dat ze zich daardoor minder vrij voelden om aan de slag te gaan met deze nieuwe vorm van verslaglegging, omdat dit niet strookte met hoe zij hun eigen taak of verantwoordelijkheid zagen.

Gespreksvoerders gaven aan dat het lastig was een nieuwe methodiek toe te passen wanneer hun duo-partner hierin niet getraind was. Het voelde onnatuurlijk om een nieuwe aanpak te hanteren terwijl de ander er niet mee vertrouwd was.

DISCUSSIE

Dit participatief actieonderzoek laat zien dat een mentaal gezondheidsnetwerk zoals het UIM in Zuid-Limburg door middel van een co-designproces kan worden aangepast om beter aan te sluiten bij de zorgbehoeften van mensen met een LVB. De combinatie van exploratieve interviews, co-creatie met mensen met een LVB en een pilotimplementatie binnen de Plan-Do-Check-Act cyclus leidde tot twee interventies: 1) een scholingstraject voor zorgverleners in de huisartsenpraktijk gericht op herkenning en communicatie, 2) het inzetten van visuele hulpmiddelen om zowel tijdens als na het verkennend gesprek te ondersteunen. De eerste evaluaties laten zien dat deze aanpassingen bijdragen aan meer bewustzijn en passende communicatie met mensen met een LVB, maar dat implementatie in de praktijk ook gepaard gaat met belemmeringen zoals tijdsdruk, organisatorische factoren en acceptatie door professionals.

De bevindingen uit de exploratiefase sluiten aan bij eerder onderzoek (Pouls et al., 2024) en laten zien dat een LVB in de eerstelijnszorg vaak niet wordt herkend. Ook communicatie met mensen met een LVB en tussen zorgprofessionals vormt een structurele uitdaging (Pouls et al., 2022). Dit bevestigt de noodzaak om LVB structureel te agenderen in samenwerkingsverbanden zoals mentale gezondheidsnetwerken. Binnen deze netwerken is er aandacht voor kennisdeling, signalering en coördinatie van zorg, thema's die juist voor mensen met een LVB en psychosociale problemen van groot belang zijn, omdat zij vaak lange trajecten doorlopen voordat passende zorg beschikbaar komt (Pouls et al., 2022).

Daarnaast laten de uitgesproken behoefte aan interprofessionele scholing en de positieve evaluatie hiervan

zien dat interprofessioneel samenwerken en leren waardevol is in de context van psychosociale zorg voor mensen met een LVB. Interprofessionele scholing heeft de potentie om kennis te verhogen, onderlinge rolverheldering te versterken en gedeeld eigenaarschap over complexe zorgvragen te stimuleren (Heath et al., 2015; Tarzi et al., 2024).

Tegelijkertijd laat dit onderzoek zien dat het implementeren van interventies (i.e., de *Praatmagneten* en het *Begrijpelijk Leefpaspoort*) binnen een reeds lopende innovatie, zoals het UIM, extra complex is. Zorgverleners moesten nog wennen aan hun nieuwe rol als verkenner binnen het mentaal gezondheidsnetwerk. Als zorgverleners in zo'n veranderde context worden geconfronteerd met nieuwe verantwoordelijkheden, kan de innovatiebereidheid voor aanvullende veranderingen beperkt zijn (Van den Hoed et al., 2022). Bovendien vraagt het gebruik van visuele hulpmiddelen als ondersteuning in een verkennend gesprek, zoals de *Praatmagneten*, om een fundamentele omslag in denken en handelen, omdat professionals moeten leren om informatie niet alleen verbaal, maar ook visueel uit te vragen en te structureren. Dat vereist een gedragsverandering, die energie, aandacht, durf en de opbouw van vertrouwen vragen in een context waarin zorgverleners al tijdsdruk en organisatorische beperkingen ervaren. Daarmee rijst de vraag of het introduceren van een dubbele innovatie, zowel een nieuwe netwerkstructuur als aanvullende gespreksmethodieken, wenselijk en haalbaar is, of dat dit juist het implementatievermogen van zorgverleners onder druk zet.

Het doel van dit onderzoek was niet alleen interventies ontwikkelen voor betere zorg voor mensen met een LVB, maar dat juist ook sámen met hen doen. Het betrekken van de ervaringsdeskundigen met een LVB bij het ontwikkelen van de *Praatmagneten*methodiek, het *Begrijpelijk Leefpaspoort* én bij het verzorgen van de trainingen voor gespreksvoerders zorgde niet alleen voor interventies die goed aansloten bij hun behoeften en ervaringen, maar leidde ook tot meer draagvlak bij de zorgprofessionals die gingen werken met de methodiek. De ervaringskennis van mensen met een LVB werd daarmee daadwerkelijk benut als volwaardige bron van expertise (Brett et al., 2014). Tegelijkertijd werden ook allerlei implementatieproblemen ervaren. Deze bevindingen laten zien dat ook het betrekken van zorgverleners in de co-designfase cruciaal is. Ondanks dat een van de verkenners, met affiniteit met mensen met een LVB, betrokken was bij het ontwikkelproces, bleken er nog allerlei knelpunten te bestaan in de

toepasbaarheid van de *Praatmagneten* en het *Begrijpelijk Leefpaspoort*. Het toont aan dat inzet van zorgverleners met uiteenlopende achtergronden, innovatiebereidheid en competenties noodzakelijk is om de praktische haalbaarheid en toepasbaarheid van interventies te vergroten. In de context van het UIM, waar zorgverleners hun nieuwe rol als verkenner ontwikkelen en waar verantwoordelijkheden en werkwijzen nog in beweging zijn, blijkt dit een complex proces. De variatie in perspectieven en ervaringen van zowel mensen met een LVB als zorgverleners vormt daarom een belangrijke voorwaarde voor implementatie en borging van innovaties in de praktijk.

Een beperking van dit onderzoek is dat in de exploratiefase uitsluitend interviews met zorgverleners zijn afgenomen om richting te geven aan de daaropvolgende co-designfase. Het betrekken van mensen met een LVB in deze vroege fase had aanvullende en waardevolle inzichten kunnen opleveren over hun behoeften en ervaringen, die de verdere ontwikkeling van de interventies hadden kunnen verrijken. In het huidige project zijn wel interviews gehouden met mensen met een LVB en een psychosociale hulpvraag, maar door vertraging in de werving konden deze niet meer worden benut om de co-designfase te informeren. Het onderzoeksproject bevindt zich nog in uitvoering, waardoor deze aanvullende perspectieven in vervolgonderzoek alsnog kunnen worden meegenomen.

In dit project lag de nadruk op implementatie in de praktijk en in mindere mate op systematisch wetenschappelijk onderzoek. Dit betekent dat de gebruikte methoden en resultaten in dit artikel relatief beknopt zijn beschreven en niet de diepgang hebben die in een meer klassieke onderzoeksopzet gebruikelijk is. Hoewel de bevindingen waardevolle inzichten bieden voor de ontwikkeling en toepassing van interventies in de praktijk, dienen de resultaten daarom met enige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

CONCLUSIE

Het onderzoek bevestigt enerzijds de structurele uitdagingen rond herkenning van een LVB en implementatie, maar toont anderzijds dat door middel van co-design, interprofessionele scholing en de inzet van ervaringskennis betekenisvolle stappen kunnen worden gezet richting passende zorg. Tegelijkertijd maakt de studie duidelijk dat succesvolle implementatie van innovaties in een complexe context, zoals psychosociale zorg voor mensen met een LVB, afhankelijk is van structurele randvoorwaarden

zoals organisatorische steun, tijd en ruimte voor zorgprofessionals, en voortdurende evaluatie en bijsturing. Dit participatief actieonderzoek laat zien dat het verbeteren van zorg voor mensen met een LVB binnen een mentaal gezondheidsnetwerk niet enkel vraagt om het ontwikkelen van praktische interventies, maar vooral om een bredere beweging richting inclusieve en interprofessionele zorginnovatie. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op het in kaart brengen van condities waaronder visuele gesprekshulpmiddelen duurzaam ingebed kunnen worden in de psychosociale zorg, en hoe daarbij optimaal gebruikgemaakt kan worden van de samenwerking tussen zorgverleners en ervaringsdeskundigen.

Dankwoord

We willen alle deelnemers bedanken voor hun tijd en het delen van hun ervaringen. In het bijzonder willen we de STERKstudenten en Judith Schobben (aandachtsfunctionaris LVB bij Meditta) bedanken. Zorginstituut Nederland heeft dit implementatieproject in de periode december 2023 tot december 2025 gefinancierd. Dit onderzoek is niet WMO-plichtig bevonden door de Medisch Ethisch Toetsingscommissie Zuyderland/Zuyd (METC-Z nummer: METCZ20240026).

LITERATUUR

- Brett, J., Staniszewska, S., Mockford, C., Herron-Marx, S., Hughes, J., Tysall, C., & Suleman, R. (2014). A systematic review of the impact of patient and public involvement on service users, researchers and communities. *Patient*, 7(4), 387–395. <https://doi.org/10.1007/s40271-014-0065-0>
- Bradbury, H., & Reason, P. (2003). Action research: An opportunity for revitalizing research purpose and practices. *Qualitative Social Work*, 2(2), 155–175. <https://doi.org/10.1177/1473325003002002003>
- Heath, O., Church, E., Curran, V., Hollett, A., Cornish, P., Callanan, T., Bethune, C., & Younghusband, L. (2015). Interprofessional mental health training in rural primary care: Findings from a mixed methods study. *Journal of Interprofessional Care*, 29(3), 195–201. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.966808>
- Institute for Positive Health [IPH]. (z.d.). *Eenvoudige tool: Mijn Positieve Gezondheid*. Geraadpleegd op 1 september 2025, van <https://www.iph.nl/eenvoudige-tool-mijn-positieve-gezondheid/>
- Limburg UIMZ. (2025, 21 februari). *Regionale samenwerking mentale gezondheid Zuid Limburg*. Geraadpleegd op 1 september 2025, van <https://uimzl.nl/>
- 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.
- Mentale Gezondheidsnetwerken. (z.d.). Geraadpleegd op 10 oktober 2025, van <https://www.mentalegezondheidsnetwerken.nl/>
- Moen, R. (2009, september). Foundation and history of the PDSA cycle. In *Asian Network for Quality Conference, Tokyo*. Geraadpleegd van <https://www.praxisframework.org/files/pdsa-history-ron-moen.pdf>
- Naeem, M., Ozuem, W., Howell, K., & Ranfagni, S. (2023). A step-by-step process of thematic analysis to develop a conceptual model in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 22. <https://doi.org/10.1177/16094069231205789>
- Pouls, K. P. M., Cuypers, M., Mastebroek, M., Wieland, J., Koks-Leensen, M. C. J., Leusink, G. L., & Assendelft, W. J. J. (2023). Mental healthcare for adults with mild intellectual disabilities: Population-based database study in Dutch mental health services. *BJPsych Open*, 9(2), e48. <https://doi.org/10.1192/bjo.2023.31>
- Pouls, K. P. M., Koks-Leensen, M. C. J., Assendelft, W. J. J., Mastebroek, M., & Leusink, G. L. (2022). Primary mental healthcare for adults with mild intellectual disabilities: A Dutch database study. *European Journal of General Practice*, 28(1), 234–241. <https://doi.org/10.1080/13814788.2022.2142936>
- Pouls, K. P. M., Mastebroek, M., Ligthart, S. A., Assendelft, W. J. J., Koks-Leensen, M. C. J., & Leusink, G. L. (2024). Primary mental health care for adults with mild intellectual disabilities: A focus group study of care professionals' perspectives. *BJGP Open*, 8(4). <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2023.0247>
- Ramaekers, S., & Farla, J. (2015, 11 juni). *Basismodel voor intervisiegesprekken*. Universiteit Utrecht. Geraadpleegd op 1 september 2025, van https://teaching-and-learning-collection.sites.uu.nl/knowledge_item/een-basismodel-voor-intervisiegesprekken/

- Regiobeeld Zuid Limburg. (z.d.). *De vijf belangrijkste uitdagingen in beeld*. Geraadpleegd op 1 september 2025, van <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/programmas/integraal-zorgakkoord/iza-onderdelen/regionale-samenwerking/regiobeelden-en-plannen/>
- Shemtob, L., Ramanathan, R., & Courtenay, K. (2021). Learning disability registers: Known unknowns and unknown unknowns. *British Journal of General Practice*, 71(705), 153–154. <https://doi.org/10.3399/bjgp21X715325>
- Tarzi, G., Thakur, A., Bobbette, N., Pilatzke, M., Lefkowitz, G., Thomson, K., Thatcher, A., Hasan, S., Fogle, A., Blake, M., Hines, A., & Lunskey, Y. (2024). Evaluation of an interprofessional educational intervention in mental health and intellectual and developmental disability for health and social service trainees. *Academic Psychiatry*, 48(6), 581–586. <https://doi.org/10.1007/s40596-024-02063-w>
- van den Hoed, M. W., Backhaus, R., de Vries, E., Hamers, J. P., & Daniëls, R. (2022). Factors contributing to innovation readiness in health care organizations: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 22(1), 997. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08185-x>
- Woittiez, I., Eggink, E., & Ras, M. (2019). *Het aantal mensen met een licht verstandelijke beperking: een schatting*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Yucelmethode. (z.d.). *Yucelmethode*. Geraadpleegd op 1 september 2025, van <https://www.yucelmethode.nl>
- Zuyd Hogeschool. (2025, 1 september). *STERKplaats Heerlen*. Geraadpleegd op 1 september 2025, van <https://www.zuyd.nl/over-zuyd/sterkplaats-heerlen/sterkplaats-heerlen>
- Zuyd Hogeschool. (z.d.). *Begrijpelijk Communiceren*. Geraadpleegd op 1 september 2025, van <https://www.zuyd.nl/onderzoek/lectoraten/begrijpelijk-communiceren>