



NIET ONGEMOTIVEERD, MAAR OVERVRAAGD

Hoe de ggz stap voor stap LVB-proof wordt

‘Hij komt niet opdagen.’ ‘Hij maakt zijn opdrachten niet.’ ‘Hij lijkt niet gemotiveerd.’ In de spreekkamer zijn het conclusies die snel getrokken kunnen worden. Toch blijkt de werkelijkheid soms heel anders. De patiënt begrijpt de uitleg niet, raakt de draad kwijt of weet simpelweg niet wat er van hem wordt verwacht. Niet uit onwil, maar omdat sprake is van een licht verstandelijke beperking (LVB). En juist die blijft in de ggz nog te vaak onopgemerkt. Hoe kan de ggz beter aansluiten op mensen met een LVB?

“DE KLINISCHE BLIK IS NIET ALTIJD GENOEG”

Volgens onderzoek van Jeanet Nieuwenhuis¹ heeft ongeveer veertig procent van de patiënten in de specialistische ggz aanwijzingen voor een LVB. Desondanks wordt daar in behandel-
lingen lang niet altijd rekening mee gehouden. Het gevolg: verkeerde diagnoses, behandelingen die niet aanslaan en patiënten die opnieuw ervaren dat ze tekortschieten. “We behandelen mensen soms alsof ze ongemotiveerd zijn, terwijl we ze eigenlijk overvragen”, zegt Laura Neijmeijer van Kenniscentrum Phrenos. Samen met Jane de Bont en Marleen Cremers van Reinier van Arkel vertelt ze hoe de ggz stap voor stap LVB-proof kan worden.

EEN BLINDE VLEK IN DE GGZ

“De ggz heeft jarenlang nauwelijks oog gehad voor mensen met een lager cognitief en adaptief niveau”, vertelt Laura. “Sterker nog: vroeger werd soms expliciet gezegd dat deze doelgroep niet bij de ggz hoorde, maar bij de gehandicap-
tenzorg.” Volgens haar is dat een historische ontwikkeling. De afgelopen decennia lag de nadruk sterk op zorgstan-
daarden, protocollen en wetenschappelijk onderzoek. Juist mensen met een LVB werden daarin vaak uitgesloten. “We ontwikkelden kennis voor de gemiddelde patiënt. Deze doelgroep viel daardoor letterlijk buiten beeld. Daar heeft de ggz echt een inhaalslag te maken.”

Ook in de praktijk bleef de LVB vaak onzichtbaar. “Je ziet het meestal niet aan de buitenkant”, zegt Marleen. “Mensen kunnen verbaal sterk overkomen. Daardoor worden hun beperkingen op andere gebieden niet altijd direct her-
kend.” Jane ziet dat regelmatig terug in de spreekkamer. “Behandelaren voelen zich handelingsverlegen. Ze weten niet altijd goed hoe ze een vermoeden van een LVB bespreekbaar kunnen maken of hoe ze hun behandeling daarop kunnen aanpassen. Tegelijkertijd vertrouwen behandelaren soms te veel op hun eigen klinische blik. Die klinische blik is niet altijd genoeg om een LVB te herkennen.”

HIJ BEGREEP HET GEWOON NIET

Jane herinnert zich een patiënt die ogenschijnlijk prima functioneerde. “Hij leek op gemiddeld niveau te func-
tioneren”, vertelt Jane. “Hij had een mbo-opleiding gevolgd, werkte in de logistiek en presenteerde zich verbaal sterk.

SCIL en SCAF: snel signaleren

SCIL Een korte screeningslijst die aanwijzingen geeft voor een LVB.

SCAF Een korte screeningslijst die in kaart brengt hoe iemand zich redt in het dagelijks leven.

Met de SCIL en SCAF kunnen behandelaren een LVB vroeg signaleren. Daardoor kan de behandeling vanaf het begin beter worden afgestemd op de patiënt.

Gaandeweg merkten we dat hij eigenlijk niet begreep waar we het over hadden. Hij liep vast in gesprekken en in het dagelijks leven, maar durfde niet te zeggen dat hij ons niet kon volgen.” Pas na aanvullend onderzoek bleek sprake van een LVB. “Toen viel alles op zijn plek. We beseften dat we hem voortdurend overvraagd hadden. Niet alleen met onze interventies, maar ook met de manier waarop we met hem communiceerden.”

Dat heeft grote gevolgen, vertellen de drie. Wanneer patiënten afspraken missen of opdrachten niet uitvoeren, wordt al snel gedacht dat ze onvoldoende gemotiveerd zijn. “Terwijl het heel goed kan zijn dat iemand simpelweg niet begrijpt wat er wordt gevraagd”, zegt Jane. “Het is geen onwil, maar onkunde.”

Laura ziet hetzelfde. “Veel mensen met een LVB hebben al een leven vol faalervaringen achter de rug. Vervolgens komen ze in behandeling en lukt het opnieuw niet. Ga maar na: als er steeds meer van je wordt gevraagd dan je aankunt, wat doe je dan? Je gaat vermijden. Vervolgens denken wij: de patiënt wil niet. Terwijl de lat simpelweg veel te hoog ligt.” Volgens Marleen kan dat zelfs schadelijk zijn. “Je bevestigt opnieuw het gevoel dat iemand faalt. Ze horen een taal die ze niet spreken, maar schamen zich om dat te zeggen.”

METEN IS WETEN

De vraag is natuurlijk: hoe doorbreek je zo’n patroon? Hoe zorg je ervoor dat behandelaren een LVB eerder herkennen én hun behandeling daarop aanpassen? Vanuit die behoefte startten Kenniscentrum Phrenos en VGGNet in 2024 het tweejarige Doorbraakproject LVB in de ggz. Tien teams uit ggz-organisaties gingen aan de slag met betere screening met behulp van de SCIL en SCAF (zie kader), aangepaste behandelmethoden – zoals LVB-specifieke CGT-modules en visuele hulpmiddelen – en betere samenwerking binnen en buiten de organisatie.

Het project leidde niet alleen tot meer kennis, maar veranderde ook de dagelijkse praktijk binnen de deelnemende teams. Jane ziet dat binnen het Forensisch FACT-team van Reinier van Arkel duidelijk terug. “Bij vrijwel iedere nieuwe patiënt nemen we nu een screening af. We varen

niet meer alleen op ons klinisch oordeel. Daardoor weten we veel eerder welke behandeling of begeleiding het beste past.”

CGT KAN JUIST HEEL GOED WERKEN

Betekent een LVB dat cognitieve gedragstherapie niet mogelijk is? Integendeel. Wel vraagt het om maatwerk. “Je moet alleen goed kijken wat iemand aankan”, zegt Marleen. “Er zijn inmiddels aangepaste modules waarmee je eerst kunt onderzoeken of iemand de basisprincipes van CGT begrijpt. Soms blijkt dat gedragsmatige inter-
venties beter passen.” Ook Jane ziet dat verschil. “Bij mensen met een LVB richten we ons vaker op concreet gedrag. Minder praten over gedachten, meer oefenen. We gebruiken eenvoudige taal, herhalen vaker en betrekken het systeem veel intensiever.” Dat laatste is volgens Marleen essentieel. “Veel mensen met een LVB hebben moeite om wat ze tijdens de behandeling leren thuis toe te passen. Daarom betrekken we veel vaker een partner, ouder of begeleider. Juist buiten de behandel-
kamer gebeurt het.” Laura ziet daarin een bredere veran-
dering. “Herstel betekent bij iemand met een LVB iets anders. We verwachten minder dat iemand alles zelfstandig kan oplossen. We kijken juist hoe we de omgeving kunnen aanpassen en focussen op wat iemand wél kan.”

HET VERSCHIL IS MERKBAAR

Binnen het Forensisch FACT-team van Reinier van Arkel zit volgens Jane de grootste winst in de vroege signalering. “We zien minder uitval, omdat we vanaf het begin beter kunnen aansluiten bij patiënten.” Marleen ziet binnen het LVB&P-team een vergelijkbare ontwikkeling. “De angst is verdwenen. Behandelaren durven veel sneller het gesprek aan te gaan. De handelingsverlegenheid is echt afgenomen.” Volgens haar groeit daarmee ook het ver-

Drie tips om LVB-proof te werken

- 1. Screen standaard:** vertrouw niet alleen op je klinisch oordeel, maar neem bij nieuwe patiënten standaard een screeningsinstrument af, zoals de SCIL en SCAF.
- 2. Vraag naar iemands biografie:** vraag niet alleen naar klachten, maar ook naar iemands levensloop. Hoe verliep school? Welk werk heeft iemand gedaan? Hoe gaat het thuis en in het dagelijks leven? De antwoorden kunnen aanleiding zijn om verder te screenen op een LVB.
- 3. Pas je behandeling aan:** gebruik eenvoudige taal, neem meer tijd, herhaal belangrijke informatie en werk met visuele hulpmiddelen. Betrek waar mogelijk ook een partner, ouder of begeleider bij de behandeling.

Laura Neijmeijer

Laura is senior kenniswerker, onder-
zoeker en projectleider bij Kennis-
centrum Phrenos. Daarnaast is ze ook
projectleider van het Doorbraakpro-
ject LVB in de ggz en heeft ze ervaring
als zorgprofessional, cliënt en naaste
in de ggz.



Jane de Bont

Jane is klinisch psycholoog en
praktijkopleider gz-opleiding bij
het Forensisch FACT van Reinier
van Arkel. Ze nam vanuit haar team
deel aan het Doorbraakproject LVB
in de ggz.



Marleen Cremers

Marleen is gz-psycholoog en praktijk-
opleider bij team LVB&P van Reinier
van Arkel. Ze is ook projectleider van
het Doorbraakproject binnen Reinier
van Arkel.



trouwen dat mensen met een LVB binnen de regu-
liere ggz goed geholpen kunnen worden, mits de
behandeling aansluit bij hun mogelijkheden.

HET BEGINT MORGEN

Laura verwijst behandelaren die morgen willen
beginnen naar het Landelijk Kenniscentrum LVB.
Op de website staan praktische video’s, materialen
en handvatten waarmee je direct aan de slag kunt.
“Het begint met nieuwsgierigheid”, besluit ze. “Kijk
niet alleen naar de diagnose, maar vooral naar de
persoon.” Marleen sluit zich daarbij aan. “Mensen
denken vaak: help, een patiënt met een LVB. Terwijl
het juist een ontzettend leuke doelgroep is. Zodra je
weet waar je op moet letten, merk je hoeveel verschil
je kunt maken.”

*Meer weten? Scan de QR-code voor diverse relevante
kennisproducten van de VGCT.*



VGCT Kennisnet.

Bron

1. Nieuwenhuis, J. (2022). *A blind spot?* Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam.