



# Tijdschrift LVB Onderzoek & Praktijk

---

- De zorg die bij mij past
- Woonhygiënische problematiek
- Column: Uitvallers in het onderwijs
- Op weg naar zelfstandig wonen
- Op de zeepkist: Zonder werk vaart niemand wel
- Interview: Rick Kwekkeboom over kunst en eenzaamheid
- Oratie- en promotienieuws
- Handreiking Zelfrapportage LVB
- Samenvattingen workshops Jubileumcongres

## 2

Najaar 2025, jaargang 23, nr 2

**Tijdschrift van professionals**  
die werken voor sociaal kwetsbare  
mensen met cognitieve beperkingen



## **LVB Onderzoek & Praktijk**

*Tijdschrift van professionals die werken voor sociaal kwetsbare mensen met cognitieve beperkingen  
is een uitgave van de stichting Landelijk Kenniscentrum LVB*

LVB Onderzoek & Praktijk verschijnt tweemaal per jaar.

---

### **Hoofredactie:**

Mariët van der Molen

### **Redactie:**

Anika Bexkens

Annematt Collot D'Escury-Koenigs

Jolanda Douma

Valerie Fictorie

Annie de Groot

Hendrien Kaal

Marnix Loer

Gabriëlle Mercera

Maroesjka van Nieuwenhuijzen

Andries Schilperoord

### **Tekstcorrecties:**

Jolanda Douma

### **Vormgeving:**

Renate Siebes – Proefschrift.nu

### **Vermenigvuldiging:**

Nezzo print en creatie – Druten

[www.nezzo.nl](http://www.nezzo.nl)

---

### **Correspondentie en kopij:**

Landelijk Kenniscentrum LVB

t.a.v. Redactie LVB Onderzoek & Praktijk

Postbus 519

3500 AM Utrecht

tel. 030-7400400

[redactie@kenniscentrumlvb.nl](mailto:redactie@kenniscentrumlvb.nl)

[www.kenniscentrumlvb.nl](http://www.kenniscentrumlvb.nl)

ISSN printversie 2950-6409

ISSN online/pdf-versie e-ISSN nr 2950-6417

# LVB Onderzoek & Praktijk

Najaar 2025  
Jaargang 23 – nummer 2

## Inhoud

|                                                                |    |                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Van der Molen                                                  | 2  | Voorwoord                                                                                                             |
| Linden, Van Dijk, Dalemans, Moser,<br>Bastiaens & Van Bokhoven | 3  | De zorg die bij mij past: aandacht voor mensen met een licht verstandelijke beperking in Mentale Gezondheidsnetwerken |
| Kaal, Gast & Scholte ter Horst                                 | 16 | Woonhygiënische problematiek bij mensen met een LVB: Prevalentie, risico's en aanknopingspunten voor begeleiding      |
| <i>Column</i>                                                  |    |                                                                                                                       |
| De Groot                                                       | 21 | (Niet) gék dat passend onderwijs uitvallers oplevert                                                                  |
| <i>Uit de praktijk</i>                                         |    |                                                                                                                       |
| Douma                                                          | 23 | Prinsenstichting: 9 appartementen voor jongeren/jongvolwassenen met een LVB op weg naar zelfstandigheid               |
| <i>Op de zeepkist</i>                                          |    |                                                                                                                       |
| Collot d'Escury                                                | 28 | Zonder werk vaart niemand wel                                                                                         |
| <i>Interview</i>                                               |    |                                                                                                                       |
|                                                                | 30 | Rick Kwekkeboom over kunst en eenzaamheid                                                                             |
| <i>Oratie- en promotienieuws</i>                               |    |                                                                                                                       |
|                                                                | 33 |                                                                                                                       |
| <i>Publicatie</i>                                              |    |                                                                                                                       |
|                                                                | 43 | Nieuwe publicatie van het Landelijk Kenniscentrum LVB: Handreiking zelfrapportage LVB                                 |
|                                                                | 44 | Terugblik op de workshops van het Jubileumcongres                                                                     |

## Voorwoord

**Mariët van der Molen – hoofdredacteur LVB Onderzoek & Praktijk**

Mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) lopen nog vaak tegen drempels aan in de geestelijke gezondheidszorg. In het openingsartikel van deze editie laten Linden en collega's zien hoe praktijk, onderzoek en ervaringskennis samen kunnen helpen deze kloof te verkleinen. Door te werken aan betere herkenning, communicatie en samenwerking in de eerstelijnszorg, ontstaat stap voor stap een zorgnetwerk dat inclusiever en toegankelijker is.

Naast geestelijke gezondheid besteden we in dit nummer ook aandacht aan een ander vaak onderbelicht thema: woonhygiënische problematiek bij mensen met een LVB. Verzamelgedrag en woningvervuiling komen vaker voor dan verwacht en kunnen ingrijpende gevolgen hebben voor zowel cliënten als begeleiders. Kaal en collega's laten zien hoe complex deze situaties zijn en hoe belangrijk het is een balans te vinden tussen autonomie en veiligheid.

Deze editie staat verder vol interessante bijdragen: rubrieken over passend onderwijs en werk, zelfstandig wonen, kunst en eenzaamheid, samenvattingen van een oratie en vijf promoties, de Handreiking zelfrapportage LVB, én de congresbundel van het jubileumcongres van het Landelijk Kenniscentrum LVB met daarin samenvattingen van de workshops van die dag.

We hopen dat dit nummer u inspireert om met open blik te blijven leren, samenwerken en vernieuwen binnen de LVB-zorg.

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

Iris Linden<sup>1</sup>  
 Anneke van Dijk<sup>2</sup>  
 Ruth Dalemans<sup>3</sup>  
 Albine Moser<sup>4</sup>  
 Roger Bastiaens<sup>5</sup>  
 Loes van Bokhoven<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Postdoctoraal onderzoeker, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht – i.linden@maastrichtuniversity.nl

<sup>2</sup> Universitair docent, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht

<sup>3</sup> Lector, Bijzonder Lectoraat Begrijpelijk Communiceren, Hogeschool Zuyd Heerlen

<sup>4</sup> Lector, Bijzonder Lectoraat Samen Beslissen met verpleegkundigen, Hogeschool Zuyd Heerlen

<sup>5</sup> Manager mentale gezondheid, zorggroep Meditta

<sup>6</sup> 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 ( $n=10$ ), doktersassistenten ( $n=6$ ), 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.

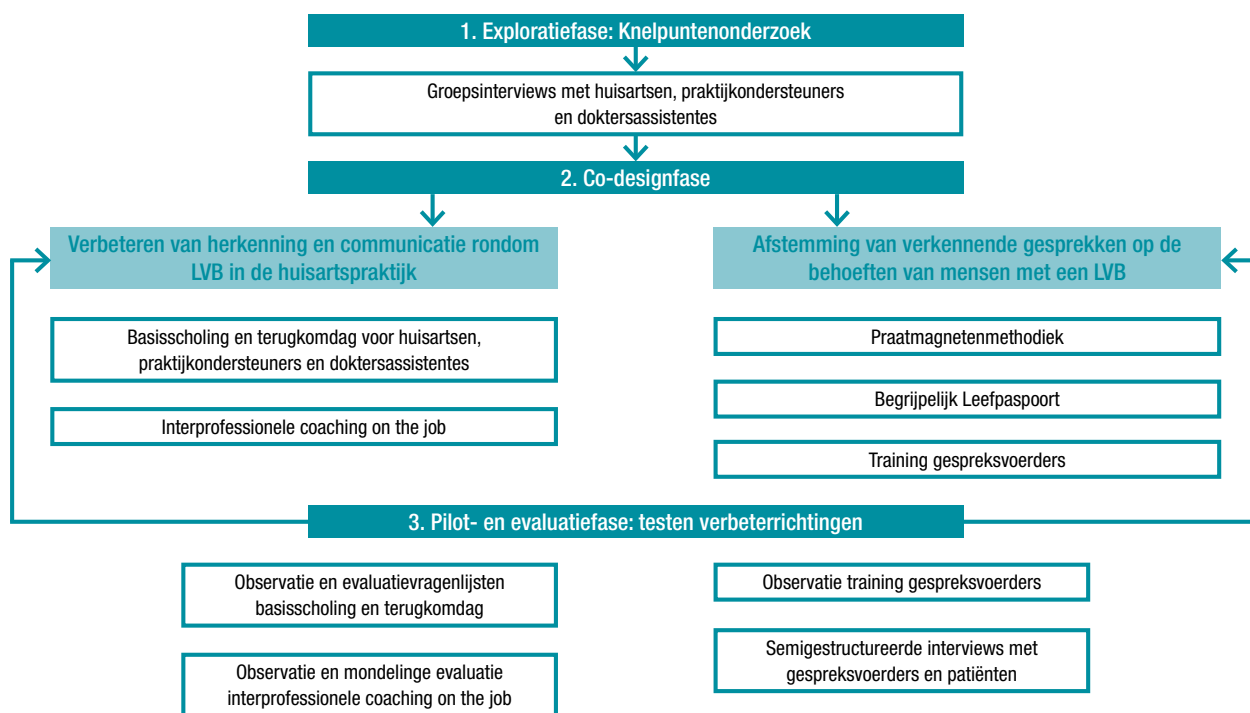
Onderzoekers maakten aantekeningen tijdens de bijeenkomsten, vatten deze narratief samen en vertaalden ze naar concrete ontwikkelstappen, die vervolgens aan de ervaringsdeskundigen werden voorgelegd.

### 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:

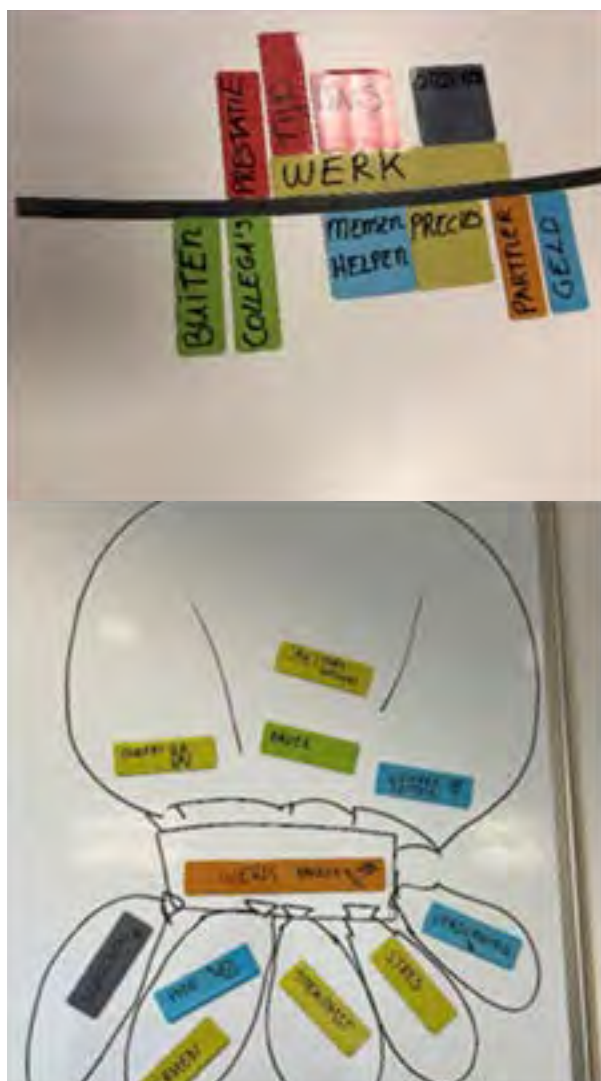
- A) **Basisscholing met terugkombijeenkomst:** per beroepsgroep is scholing aangeboden gericht op het herkennen en adequaat omgaan met mensen met een LVB. Deze scholing is opgezet aan de hand van bestaande trainingen van MEE Zuid-Limburg en aangepast om beter aan te sluiten bij de context van de huisartsenpraktijk. 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.



Figuur 2: Voorbeeldopstellingen *Praatmagneten*.

(zie Figuur 3). Er wordt gebruikgemaakt van foto's van de opstellingen van de *Praatmagneten* tijdens het gesprek. Het format is in verschillende sessies getest door ervaringsdeskundigen en op basis daarvan verfijnd.

Om de *Praatmagneten* en het *Begrijpelijk Leefpaspoort* daadwerkelijk te implementeren in de praktijk, zijn gesprekvoerders (uit het sociaal domein en GGZ) getraind in het gebruik ervan. STERKstudenten vervulden een actieve rol in deze training: zij droegen bij met werkvormen die bewustzijn creëren rondom een LVB en oefenden samen met de verkenner de toepassing van de methodiek.

Figuur 3: Actiepagina uit het *Begrijpelijk Leefpaspoort*.

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

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

##### Verbeteren van de herkenning van LVB in de huisartsenpraktijk

A) **Basisscholing met terugkombijeenkomst:** Tot op heden hebben aan de basisscholing 46 doktersassistenten, drie huisartsen en vijf praktijkondersteuners deelgenomen verdeeld over twee trainingsbijeenkomsten. Aan de terugkomdag hebben zeven doktersassistenten deelgenomen. Veel praktijkondersteuners in de regio van Zorggroep Meditta waren al eerder getraind.

Uit de observaties (2 basisscholingen, 1 terugkomdag) en evaluatievragenlijsten ( $n=50$ ) bleken de basis-

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/](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., & Lunsy, 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/s12913-022-08480-0>
- 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>

# Woonhygiënische problematiek bij mensen met een LVB: Prevalentie, risico's en aanknopingspunten voor begeleiding

Hendrien Kaal<sup>1</sup>

David Gast<sup>2</sup>

Jacob Scholte ter Horst<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Lector, Hogeschool Leiden – kaal.h@hsleiden.nl

<sup>2</sup> Gedragsdeskundige, MEE Plus

<sup>3</sup> Specialistisch begeleider, Middin

## SAMENVATTING

*Woonhygiënische problematiek – zoals verzamelgedrag en woningvervuiling – bij cliënten met een licht verstandelijke beperking (lvb) lijkt vooralsnog weinig aandacht te krijgen, hoewel de gevolgen soms groot zijn en veel begeleiders onmacht ervaren. Dit onderzoek laat zien dat deze problematiek relatief vaak voorkomt bij mensen met een lvb. Van 437 cliënten van Middin voldeed 13,8% aan de criteria voor verzamelproblematiek en leefde 8,4% in een vervuilde woning. De gevolgen kunnen ingrijpend zijn: bijna een derde van de cliënten met woonhygiënische problematiek heeft ooit te maken (gehad) met (dreigende) uithuiszetting, en bij 45% van hen wordt de woning door de begeleider als ongezond of gevaarlijk beoordeeld. In veel gevallen is er sprake van beperkt probleeminzicht. De bevindingen lijken erop te wijzen dat het standaard zorgaanbod niet altijd voldoende is om escalatie te voorkomen. Begeleiders staan vaak voor complexe afwegingen tussen respect voor autonomie en het borgen van veiligheid. Het gebruik van gestandaardiseerde instrumenten kan helpen om problematiek tijdig en objectief te signaleren en passende maatregelen te nemen. Vraagstukken rondom begeleiding, samenwerking met ketenpartners en juridische handelingsruimte verdienen nadere aandacht in de toekomst.*

## INLEIDING

*Mireille is een vrouw van eind 30 met een licht verstandelijke beperking, die zelfstandig woont in een semi-ambulante zorglocatie. Hoewel ze dagelijkse begeleiding kan invoeren, laat ze slechts sporadisch iemand toe in haar woning. Ze zorgt intensief voor haar moeder, die onofficieel bij haar is ingetrokken. Ze is daarnaast veel bezig met het ophalen van herinneringen aan haar overleden broer. De combinatie van rouw, zorgbelasting en eenzaamheid lijkt samen te komen in haar huis: elke knuffel, elk dekbedovertrek of plastic tasje heeft voor haar een emotionele waarde, waardoor ze vrijwel niets kan wegdoen. Haar appartement is overvol en ernstig vervuild met spinnenwebben, schimmelplekken en verstopte afvoeren. Toch ervaart Mireille zelf geen probleem; ze vertelt regelmatig dat ze heeft schoongemaakt, terwijl begeleiders het tegendeel zien. Ze houdt de ramen gesloten en schijnt zich af van bemoeienis van buiten. De begeleiding probeert haar in kleine stapjes te ondersteunen, maar Mireille fluit hen regelmatig terug als ze zich bedenkt. Ondertussen stapelen de zorgen zich op: gezondheidsklachten als astma en misselijkheid lijken verband te houden met*

*haar leefomgeving. Binnenkort staat er onderhoud gepland waarvoor de woning moet worden leeggeruimd, een ingreep die op gespannen voet staat met Mireilles behoefte aan autonomie.*

Sinds 2021 werken Middin en Hogeschool Leiden samen aan praktijkgericht onderzoek naar het omgaan met risicovol gedrag bij mensen met een licht verstandelijke beperking (lvb). Tijdens deze samenwerking stuitte we op een vorm van risicogedrag waar begeleiders zich regelmatig machteloos bij voelen: verzamel- en vervuilingproblematiek. De eerste aanleiding was een aflevering van de podcast Studio LVB over risicovol gedrag, waarin een casus werd besproken van een cliënt met verzamelproblematiek (Middin, 2022). Deze casus riep de vraag op hoe vaak dergelijke problematiek voorkomt.

Bij een hoarding- of verzamelstoornis is er sprake van een hardnekkige moeite om spullen weg te doen, ongeacht



hun waarde, waarbij een zodanige opeenhoping ontstaat dat het gebruik van de woning ernstig wordt belemmerd (American Psychiatric Association, 2013; Fournier & Korteweg, 2016). Vaak is er ook sprake van een buitensporige drang tot het verwerven van spullen, via kopen, verzamelen of het aannemen van gratis objecten. Omdat het bij mensen met een lvb niet altijd duidelijk is of het verzamelen voortkomt uit een stoornis of uit onvermogen, spreken we in dit onderzoek niet van een verzamelstoornis, maar van verzamelproblematiek. De termen vervuilde leefomstandigheden of woningvervuiling worden vaak gebruikt wanneer een opeenhoping van afval en viezigheid in huis leidt tot zorgen over gezondheid, veiligheid of kwaliteit van leven, of wanneer de situatie gevoelens van afkeer oproept bij bezoekers (Snowdon et al., 2007 in Snowdon & Halliday, 2011; Snowdon et al., 2012 in Aamodt et al., 2015). Woonhygiënische problematiek is de verzamelterm die we in dit artikel gebruiken voor verzamelproblematiek en woningvervuiling.

De eerste signalen uit de praktijk brachten ons ertoe dit thema nader te verkennen. Hiervoor interviewden we 13 begeleiders en 4 cliënten van Middin over hun ervaringen met woonhygiënische problematiek. Op basis van deze interviews beschreven we 9 casussen die een rijk beeld geven van de diversiteit aan situaties waarmee professionals in de zorg voor mensen met een lvb te maken kunnen krijgen (zie voor een uitgebreide beschrijving Kaal & Gast, 2023). Dit vooronderzoek liet zien dat woonhygiënische problematiek in verschillende vormen en gradaties voorkomt in de zorg voor mensen met een lvb. Zo vonden we verzamelproblematiek zonder woningvervuiling, zoals bij Thijs, die zijn woning tot aan het plafond had volgestapeld met spullen voor verschillende hobby's. Alles stond netjes opgestapeld, maar zijn bed was niet bruikbaar en de badkamer onbegaanbaar. We vonden woningvervuiling zonder verzamelgedrag, zoals bij Esther, in wiens huis hopen afval, uitwerpselen en braaksel van de kat, bedorven etensresten en ongedierte te vinden waren. En we vonden combinaties van beide, zoals in de bovenbeschreven casus van Mireille.

De casussen lieten diverse factoren zien die bij leken te dragen aan de problematiek:

- **Familiaire invloed:** meerdere cliënten met verzamelgedrag vertelden over vergelijkbare problematiek in de familie. Onderzoek toont aan dat verzamelproblematiek deels genetisch bepaald is (Chasson & Siev, 2018),

maar ook voort kan komen uit geleerde patronen en opvoeding.

- **Beperkt probleeminzicht en motivatie:** in veel casussen zagen de cliënten niet wat de risico's waren van hun gedrag, ervoeren zij zelf weinig hinder van hun leefomstandigheden of zagen zij opruimen als onnodig of zelfs ongewenst.
- **Vaardigheidstekorten:** sommigen misten de kennis of structuur om schoon te maken, anderen misten de copingvaardigheden om tot actie over te gaan en op te ruimen.
- **Sociale context:** een beperkt netwerk en eenzaamheid speelden een rol. Sommige cliënten ervoeren hun spullen als troostend, anderen ruimden tijdelijk op voor gepland bezoek. In enkele gevallen versterkten huisgenoten of familieleden juist het probleem door bijvoorbeeld het gedrag aan te moedigen.
- **Psychische en fysieke problematiek:** in veel van de casussen was sprake van psychische problematiek, waaronder depressie, trauma, verslaving en autisme. Ook fysieke beperkingen, zoals chronische vermoeidheid of mobiliteitsproblemen, konden de uitvoering van huishoudelijke taken ernstig belemmeren.
- **Huisdieren:** urine, uitwerpselen en braaksel van huisdieren bleven soms langdurig liggen, waardoor een problematische situatie verslechterde.
- **Functie van het gedrag:** voor sommige cliënten vervulde het verzamelen een sociaal of emotioneel doel, zoals structuur, zingeving of het dempen van een gevoel van leegte. Het gedrag was dan niet alleen een probleem, maar ook een bron van betekenis voor de cliënt.

De effecten van woonhygiënische problematiek blijken soms ingrijpend. In meerdere casussen waren essentiële ruimtes, zoals de slaapkamer, de badkamer of het toilet, niet bruikbaar doordat ze zo vol waren met spullen of viezigheid. Dit leidde soms tot ongezonde alternatieven, zoals slapen op de bank of het gebruik van incontinentiemateriaal. Begeleiders uitten zorgen over gezondheidsrisico's door schimmels, bedorven voedsel en stof bij cliënten met luchtwegproblemen. In sommige gevallen kwam ongedierte voor; bij één cliënt leidde dit tot een professionele ontruiming. De sociale impact varieerde: sommige cliënten vermeden bezoek uit schaamte, anderen zeiden zich niets aan te trekken van andermans oordeel. Overlast voor omwonenden werd zelden genoemd, maar kwam voor in

de vorm van geur, rommel in gedeelde ruimten of meldingen bij de woningcorporatie. Ingrijpen door begeleiding of woningcorporatie leidde soms tot verlies van dierbare bezittingen, gevoelens van wantrouwen en zelfs woningverlies. Tenslotte werd de zorgverlening zelf soms belemmerd doordat begeleiders weerstand ervoeren tegen het betreden van de woning.

Wat dit vooronderzoek niet liet zien, was hoe vaak woonhygiënische problematiek voorkomt binnen de zorg voor mensen met een lvb, of wat de kenmerken zijn van de verschillende typen bewoners met woonhygiënische problematiek. Om dat in kaart te brengen hebben we binnen Middin een systematisch onderzoek naar prevalentie en kenmerken opgezet. Dit onderzoek en de resultaten beschrijven we in dit artikel.

## METHODE

Het onderzoek werd in de periode januari tot mei 2023 uitgevoerd bij Middin. Hierbij waren 13 woonlocaties (geclusterd in één voorziening of gespiegeld in de wijk) en 2 ambulante teams die primair zorg bieden aan mensen met een lvb betrokken. Bij dit onderzoek vulden medewerkers van de zorgorganisatie (doorgaans de begeleider, soms de gedragsdeskundige) met kennis over de woning en de cliënt voor elke cliënt een vragenlijst in over de woning(en) en enkele kenmerken van hun cliënt(en). Zij deden dit op basis van eerdere observaties en gesprekken gedurende de begeleiding, waardoor het onderzoek geen extra huisbezoeken of interviews vereiste. Het onderzoeksontwerp werd goedgekeurd door de privacy officer van Middin en door de Commissie Ethiek van Onderzoek van Hogeschool Leiden op 13 december 2022 (dossiënummer: CEO 12/2022). (Zie voor een uitgebreidere beschrijving van de methode Kaal et al., 2025).

## Schalen

De vragenlijst bestond uit een drietal schalen, aangevuld met enkele vragen specifiek voor dit onderzoek.

- Voor het meten van verzamelproblematiek werd gebruikgemaakt van een bewerking van de Hoarding Rating Scale-Interview (HRS-I) (Tolin et al., 2018), in de vertaling van Van Beers and Hoogduin (2012). Dit is een instrument waarmee de 5 kernelementen van verzamelgedrag gescoord worden op een 9-puntschaal. De vragenlijst is oorspronkelijk gemaakt om cliënten te bevragen. In onze studie zijn de vragen (met

toestemming van de auteur) omgevormd in vragen naar de inschatting van de begeleider. Voor dit onderzoek hebben we de afkapscore overgenomen die door de oorspronkelijke auteurs wordt aanbevolen ( $HRS-I \geq 14$ ; Tolin, Frost et al., 2010) voor het vaststellen van problematisch verzamelgedrag.

- Voor het vaststellen van woningvervuiling hebben we de Environmental Cleanliness and Clutter Scale (ECCS) (Halliday & Snowdon, 2009) gebruikt, wederom in de vertaling van Van Beers en Hoogduin (2012). Deze schaal bestaat uit 10 items waarmee de hygiëne van de woning op een 4-puntschaal gescoord wordt. Bij 13 punten of meer wordt gesproken van woningvervuiling.
- Voor het vaststellen van de hoeveelheid rommel in de woning werd de Clutter Image Rating (CIR; Frost et al., 2008) gebruikt. Deze bestaat uit drie sets van 9 plaatjes waarmee de hoeveelheid rommel kan worden vastgesteld. De auteurs stellen dat bij er een score van 4 of hoger sprake is van significante rommel, die klinische aandacht vereist.

Voor zes deelnemers waren er een of meer ontbrekende waarden op de HRS-I en voor 30 deelnemers waren er ontbrekende waarden op de ECCS. Voor drie deelnemers met ontbrekende HRS-I-gegevens en 24 met ontbrekende ECCS-gegevens bleek dat het invullen van de minimum- of maximumscore voor de ontbrekende waarde(n), de uiteindelijke categorisatie in het wel of niet aanwezig zijn van problematiek niet veranderde. Hoewel de totaalscore van deze schalen dus ontbrak, werden de categorisaties van deze deelnemers wel in de analyse meegenomen.

Aanvullend op de drie genoemde schalen werden meerkeuzevragen gesteld naar de mate van probleeminzicht van de cliënt, de dreiging van uithuiszetting, het oordeel van de begeleider over de woningvervuiling (ernst en risico), lichamelijke en psychische gezondheid en frequentie van bezoek en een open vraag over de aanwezigheid van huisdieren.

## Populatie en respons

Voor de 13 woonlocaties en 2 ambulante teams werd vanuit de centrale administratie een lijst geleverd met gegevens van 636 cliënten. Cliënten werden geëxcludeerd als hun IQ niet tussen de 50 en de 85 lag ( $n=52$ ), ze jonger waren dan 18 ( $n=3$ ), niet in hun eigen woning woonden (bijv. dakloos) ( $n=26$ ) of minder dan drie maanden in hun

huidige woning woonden ( $n=20$ ). 21 cliënten bleken niet meer in zorg te zijn bij het betreffende team ten tijde van het onderzoek. De overgebleven 514 cliënten werden geïnformeerd over het onderzoek en kregen de mogelijkheid om aan te geven dat ze niet wilden dat gegevens over hun woonsituatie gebruikt werden voor het onderzoek; 27 cliënten maakten van deze mogelijkheid gebruik. Voor zes cliënten gaven de begeleiders aan dat ze nooit in de woning van de cliënt zijn geweest, en daar dus ook niets over konden delen. 44 vragenlijsten werden om onbekende reden niet ingevuld. Dit alles leidde ertoe dat er gegevens werden verzameld over 437 woningen van cliënten, een responsepercentage van 85%. Enkele kenmerken van de steekproef zijn te vinden in [Tabel 1](#).

**Tabel 1: Sociaal-demografische kenmerken**

|                                                                                                           | <i>n</i> | %    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------|
| Gender ( $N=437$ )                                                                                        |          |      |
| Vrouw                                                                                                     | 176      | 40,3 |
| Man                                                                                                       | 261      | 59,7 |
| IQ-score ( $N=437$ )                                                                                      |          |      |
| 50–75                                                                                                     | 330      | 75,5 |
| 76–85                                                                                                     | 90       | 20,6 |
| Exacte IQ-score onbekend, maar tussen 50–85                                                               | 17       | 3,9  |
| Leeftijd ( $N=435$ )                                                                                      |          |      |
| 18–25 jaar                                                                                                | 60       | 13,8 |
| 26–40 jaar                                                                                                | 166      | 38,2 |
| 41–60 jaar                                                                                                | 163      | 37,5 |
| 60+ jaar                                                                                                  | 46       | 10,6 |
| Zorg-/woonsituatie ( $N=433$ )                                                                            |          |      |
| Woonlocatie                                                                                               | 168      | 38,8 |
| Gespikkeld wonen                                                                                          | 109      | 25,2 |
| Eigen woning, ambulante zorg                                                                              | 156      | 36,0 |
| Zorgfinanciering ( $N=433$ )                                                                              |          |      |
| WMO                                                                                                       | 114      | 26,3 |
| Wlz                                                                                                       | 297      | 68,6 |
| IFZO                                                                                                      | 22       | 5,1  |
| Woonduur in huidige woning ( $N=437$ )                                                                    |          |      |
| 3–12 maanden                                                                                              | 29       | 6,6  |
| 1–2 jaar                                                                                                  | 74       | 16,9 |
| 2–5 jaar                                                                                                  | 149      | 34,1 |
| >5 jaar                                                                                                   | 185      | 42,3 |
| Fysieke problemen die het schoonmaken van het huis beïnvloeden, beoordeeld door de begeleider ( $N=363$ ) | 43       | 11,8 |
| (Vermoede) psychische problemen, beoordeeld door de begeleider ( $N=366$ )                                | 131      | 64,2 |

## RESULTATEN

Van de geïncludeerde bewoners voldeed 13,8% ( $n=60$ ) aan de criteria voor verzamelproblematiek en leefde 8,4% ( $n=36$ ) in een vervuilde woning ([Tabel 2](#)). De gemiddelde totaalscore op de HRS-I was 5,2 ( $SD=7,7$ ) en de gemiddelde totaalscore op de ECCS was 4,2 ( $SD=5,2$ ). Ten slotte

was de gemiddelde score op de CIR 0,4 ( $SD=2,0$ ). Deze gemiddelden zijn ruimschoots onder het niveau dat problematisch geacht wordt ( $HRS \geq 14$ ,  $ECCS \geq 13$  en  $CIR \geq 4$ ). In 9% van de woningen ( $n=39$ ) gaf de CIR een niveau van rommel aan dat interventie vereiste. In totaal was er bij 16,8% ( $n=72$ ) van de bewoners sprake van woonhygiënische problematiek (i.e., verzamelproblematiek en/of woningvervuiling). Er was aanzienlijke overlap tussen de twee problemen: bij 23 bewoners was sprake van een combinatie (5,3% van de totale steekproef en 31,9% van degenen met een vorm van woonhygiënische problematiek). De prevalentie van de drie vormen van woonhygiënische problematiek (verzamen, vervuiling en de combinatie) verschilde niet als we keken naar de verschillende de woon-/zorgsituaties (wonen, gespikkeld, ambulant;  $p=.619$ ); de zorgfinanciering (WMO vs Wlz;  $p=.120$ ); het geslacht ( $p=.829$ ) of de IQ-groep ( $IQ \leq 75$  vs  $IQ > 75$ ;  $p=.340$ ).

**Tabel 2: Prevalentie van verzamelproblematiek, woningvervuiling en rommel in de woningen van mensen met een lvb in zorg**

|                                                               | <i>n</i> | %    |
|---------------------------------------------------------------|----------|------|
| Verzamelproblematiek ( $HRS \geq 14$ ; $N=434$ )              | 60       | 13,8 |
| Matige/ernstige woningvervuiling ( $ECCS \geq 13$ ; $N=431$ ) | 36       | 8,4  |
| Rommel, reden tot ingrijpen ( $CIR \geq 4$ ; $N=433$ )        | 39       | 9,0  |

[Tabel 3](#) geeft een overzicht van het aantal scores boven klinisch niveau op de verschillende items van de drie schalen. Hier zien we bijvoorbeeld dat er meer mensen moeite hebben met het wegdoen van spullen (14,1%) dan dat er mensen hierdoor moeite hebben met het gebruik van de woning (10,8%) of beperkingen in het leven ervaren (9,4%). De keuken blijkt relatief vaak onhygiënisch (12,0%), terwijl de woonkamer relatief vaak rommel bevat (14,4%). Bij twee items bevatte de vragenlijst een vervolgvraag naar de soort vervuiling: bij ophoping van voorwerpen en bij aanwezigheid van ongedierte. De ECCS vraagt beoordelaars om de soorten voorwerpen van weinig waarde die in woningen zijn verzameld te specificeren. Hierbij werd kleding het vaakst genoemd ( $n=130$ , 29,7%), gevolgd door plastic tassen vol met spullen ( $n=86$ , 19,7%), kranten en folders ( $n=82$ , 18,8%) en elektrische apparatuur ( $n=62$ , 14,2%). Binnen de categorie 'overige' ( $n=36$ , 8,2%) werden speelgoed/knuffels ( $n=14$ , 3,2%) en prullaria ( $n=12$ , 2,7%) het vaakst genoemd. De ECCS vraagt ook het soort ongedierte nader te specificeren. Ongedierte was relatief zeldzaam; in slechts zes woningen was er sprake

van zichtbaar bewijs van de aanwezigheid van ongedierte (bijvoorbeeld keutels en aangevreten kranten) (score = 2;  $n=3$ ) of een plaag (dode en/of levende dieren in grote aantallen) (score = 3;  $n=3$ ). In die gevallen werd er gesproken over vliegen ( $n=5$ ), maden ( $n=2$ ), muizen ( $n=1$ ), vlooiën ( $n=1$ ) en ratten ( $n=1$ ).

**Tabel 3: Aantal en percentage van de itemscores boven een klinisch relevant niveau in de totale steekproef**

|                                                                            | <i>n</i> | %    |
|----------------------------------------------------------------------------|----------|------|
| HRS: Moeite gebruik woning door rommel $\geq 4$ ( $N=436$ )                | 47       | 10,8 |
| HRS: Moeite met wegdoen van spullen $\geq 4$ ( $N=433$ )                   | 61       | 14,1 |
| HRS: Probleem met verzamelen/kopen $\geq 4$ ( $N=435$ )                    | 58       | 13,3 |
| HRS: Emotioneel van streek door verzamelen/spullen $\geq 4$ ( $N=434$ )    | 49       | 11,3 |
| HRS: Beperkingen in het leven door verzamelen/spullen $\geq 4$ ( $N=437$ ) | 41       | 9,4  |
| ECCS: Toegankelijkheid $\geq 2$ ( $N=436$ )                                | 22       | 5,0  |
| ECCS: Opeenhoping van voorwerpen van weinig waarde $\geq 2$ ( $N=436$ )    | 56       | 12,7 |
| ECCS: Ophoping van vuilnis/afval $\geq 2$ ( $N=434$ )                      | 37       | 8,5  |
| ECCS: Hygiëne van vloer en tapijt $\geq 2$ ( $N=435$ )                     | 40       | 9,2  |
| ECCS: Hygiëne van muren, meubels en vensterbanken $\geq 2$ ( $N=433$ )     | 45       | 10,4 |
| ECCS: Hygiëne van badkamer en toilet $\geq 2$ ( $N=416$ )                  | 41       | 9,9  |
| ECCS: Hygiëne van keuken en voedsel $\geq 2$ ( $N=424$ )                   | 51       | 12,0 |
| ECCS: Geur $\geq 2$ ( $N=434$ )                                            | 29       | 6,7  |
| ECCS: Ongedierte $\geq 2$ ( $N=433$ )                                      | 6        | 0,7  |
| ECCS: Slaapvertrek $\geq 2$ ( $N=431$ )                                    | 34       | 7,9  |
| CIR: Slaapkamer $\geq 4$ ( $N=428$ )                                       | 47       | 11,0 |
| CIR: Keuken $\geq 4$ ( $N=429$ )                                           | 36       | 8,4  |
| CIR: Woonkamer $\geq 4$ ( $N=430$ )                                        | 62       | 14,4 |

Tabel 4 laat zien dat de begeleiding inschat dat meer dan de helft van de bewoners met verzamelproblematiek en woningvervuiling weinig inzicht in hun problematiek heeft. Slechts 10,9% van de personen met verzamelproblematiek en 25,0% van de personen met woningvervuiling had volgens de begeleiding goed of uitstekend inzicht in de problematiek.

**Tabel 4: Probleembesef bij verzamelproblematiek en woningvervuiling, volgens de begeleiding**

|                    | Besef van verzamelproblematiek, onder verzamelaars ( $N=55$ ) |      | Besef van vervuiling, bij bewoners met woningvervuiling ( $N=36$ ) |      |
|--------------------|---------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------|------|
|                    | <i>n</i>                                                      | %    | <i>n</i>                                                           | %    |
| Uitstekend inzicht | 1                                                             | 1,8  | 1                                                                  | 2,8  |
| Goed inzicht       | 5                                                             | 9,1  | 8                                                                  | 22,2 |
| Matig inzicht      | 18                                                            | 32,7 | 8                                                                  | 22,2 |
| Slecht inzicht     | 24                                                            | 43,6 | 11                                                                 | 30,6 |
| Gebrek aan inzicht | 7                                                             | 12,7 | 8                                                                  | 22,2 |

In de ogen van de begeleiding, leefden 60 bewoners (13,8%) in een (ernstig) vervuilde omgeving (Tabel 5). De mening van de begeleiding vertoonde een significante correlatie met de totale ECCS-score ( $r=.883$ ,  $p<.001$ ). In 23 gevallen was de begeleiding van mening dat er sprake was van een vervuilde omgeving, hoewel er hun antwoorden op de items van de ECCS niet op woningvervuiling wezen (6,0%); in twee gevallen was de begeleiding van mening dat er geen of een beetje vervuiling was waar de ECCS wel woningvervuiling indiceerde (5,6%).

**Tabel 5: Begeleiding over de ernst van de vervuiling, de veiligheid van woningen en de dreiging van uithuiszetting, bij bewoners met verzamelproblematiek, woningvervuiling, een combinatie of geen van beide**

| Vervuilde omgeving, volgens begeleiding                                                      |                       |       |                       |       |                       |       |                      |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|----------------------|-------|
|                                                                                              | Verzamelen ( $N=35$ ) |       | Vervuiling ( $N=13$ ) |       | Combinatie ( $N=23$ ) |       | Geen WHP ( $N=358$ ) |       |
| Niet/een beetje                                                                              | 28                    | 80,0% | 2                     | 15,4% | 0                     | 0,0%  | 342                  | 95,5% |
| Ja/ernstig                                                                                   | 7                     | 20,0% | 11                    | 84,6% | 23                    | 100%  | 16                   | 4,5%  |
| Onveilige of ongezonde leefomstandigheden voor bewoners of bezoekers, volgens begeleiding    |                       |       |                       |       |                       |       |                      |       |
|                                                                                              | Verzamelen ( $N=35$ ) |       | Vervuiling ( $N=13$ ) |       | Combinatie ( $N=23$ ) |       | Geen WHP ( $N=360$ ) |       |
| Niet/mogelijk                                                                                | 28                    | 80,0% | 7                     | 53,8% | 4                     | 17,4% | 358                  | 99,4% |
| Aanzienlijk/erg                                                                              | 7                     | 20,0% | 6                     | 46,2% | 19                    | 82,6% | 2                    | 0,6%  |
| Actuele of historische (dreiging van) uithuiszetting als gevolg van verzamelen of vervuiling |                       |       |                       |       |                       |       |                      |       |
|                                                                                              | Verzamelen ( $N=35$ ) |       | Vervuiling ( $N=12$ ) |       | Combinatie ( $N=22$ ) |       | Geen WHP ( $N=358$ ) |       |
| Nooit sprake van geweest                                                                     | 28                    | 80,0% | 10                    | 83,3% | 10                    | 45,5% | 352                  | 98,3% |
| Ooit/huidige (dreiging) uithuiszetting                                                       | 7                     | 20,0% | 2                     | 16,7% | 12                    | 55,5% | 6                    | 1,7%  |

Bij 36 bewoners (8,3%) zag de begeleiding een aanzienlijk of ernstig veiligheidsrisico of gezondheidsgevaar voor bewoners of bezoekers als gevolg van het verzamelen van goederen of woningvervuiling (risico op brand, verwonding of gezondheidsproblemen, of onveilig om woning te betreden). Een hoog risico werd het meest gezien bij een combinatie van verzamelproblematiek en woningvervuiling (Tabel 5). De mate waarin de woning als onveilig beschouwd werd, correleerde significant met zowel verzamelproblematiek ( $r=.708$ ,  $p<.001$ ) als woningvervuiling ( $r=.776$ ,  $p<.001$ ).

Van alle onderzochte cliënten werd 6,7% op enig moment met uitzetting bedreigd vanwege verzamelen of vervuiling. Tabel 5 laat zien dat (dreiging van) uitzetting aanzienlijk vaker voorkwam bij cliënten met een combinatie van problematisch verzamelgedrag en woningvervuiling. Van alle cliënten met verzamelproblematiek en/of woningvervuiling had 31% te maken gehad met/de dreiging van uitzetting; voor cliënten met een combinatie van verzamelproblematiek en woningvervuiling is dit maar liefst 55%. Een actuele dreiging of geplande uitzetting werd alleen in de laatste categorie gerapporteerd en alleen onder cliënten met ambulante zorg.

## DISCUSSIE

Deze studie suggereert dat verzamelproblematiek en woningvervuiling relatief vaak voorkomen onder mensen met een lvb die in zorg zijn: respectievelijk bij 13,8% en 8,4% van de cliënten in het onderzoek. Ter vergelijking: Postlethwaite et al. (2019) rapporteren een prevalentie van 2,5% voor hoarding in de algemene westerse bevolking, en Norton et al. (2024) vinden 0,85% voor vervuiling in huishoudens in het Verenigd Koninkrijk. Net als in de algemene populatie worden verzamelproblematiek en woningvervuiling ook in deze studie regelmatig gecombineerd aangetroffen, waarbij de twee problematieken elkaar lijken te versterken (Luu et al., 2018; zie ook Tabel 5). Voor hoarding is een belangrijk verschil met eerder onderzoek dat hier begeleiders gevraagd werden om antwoord te geven op de vragen van de HRS, in plaats van de cliënten zelf. Dit kan invloed hebben gehad op de gevonden prevalentie. Wel is gebruikgemaakt van gestandaardiseerde meetinstrumenten, waarbij de afkapscores zijn overgenomen van de oorspronkelijke auteurs van deze instrumenten, om subjectieve vertekening zoveel mogelijk te beperken.

Alle cliënten in deze studie ontvangen een vorm van zorg. Kennelijk is het standaard zorgaanbod niet altijd vol-

doende om woonhygiënische problematiek te voorkomen. Daarbij werden geen systematische verschillen gevonden tussen bijvoorbeeld woonlocaties en ambulante woonvormen of IQ-groep. Een beperkt probleeminzicht bij cliënten blijkt een belangrijk knelpunt, iets wat ook elders wordt beschreven (Tolin, Fitch et al., 2010). Dit geldt niet alleen voor cliënten met een lvb, maar bemoeilijkt wel het bieden van passende ondersteuning. De balans tussen autonomie en ingrijpen blijkt in veel casussen bijzonder complex.

Het verkennende onderzoek liet al zien dat verzamelproblematiek en woningvervuiling aanzienlijke gevolgen kunnen hebben, zeker wanneer ze gecombineerd voorkomen. Denk aan gezondheidsrisico's, overlast, conflicten met woningbouwcorporaties, en in sommige gevallen zelfs (dreigende) uithuiszetting. Deze studie bevestigde dat: we vonden dat bij 45,1% van de cliënten met woonhygiënische problematiek de woonsituatie onveilig of ongezond werd beoordeeld, en dat bij 30% van deze groep ooit sprake was geweest van (dreigende) uithuiszetting vanwege woonhygiënische problematiek. Het onderzoek bevestigt daarmee de noodzaak aandacht te hebben voor deze problematiek.

Hoewel de verdere analyse van cliëntkenmerken nog onderwerp van studie is, wijzen deze eerste bevindingen op enkele mogelijke aanknopingspunten. Cliënten met woonhygiënische problematiek lijken gemiddeld wat ouder te zijn en langer in hun huidige woning te verblijven, wat kan duiden op een geleidelijke escalatie van de situatie. Daarnaast signaleren begeleiders relatief vaak fysieke klachten die huishoudelijke taken belemmeren, en een patroon van sociale isolatie. Vervuiling lijkt vaker samen te gaan met de aanwezigheid van dieren. Deze indicaties vragen om nader onderzoek, maar geven al richting aan factoren waar begeleiding alert op kan zijn.

Er is nog veel te leren over hoe deze problematiek het best kan worden aangepakt. Hier willen we op verschillende manieren aan bijdragen. Via een Delphi-studie onderzoeken we momenteel of er consensus is over wat goede zorg aan mensen met een lvb en woonhygiënische problematiek behelst. Daarnaast voert Middin sinds 2023 met Hogeschool Leiden een actiegericht onderzoek uit, dat eind 2025 wordt afgerond. Daarin wordt onder meer gekeken naar de signalering van woonhygiënische problematiek: het verkennende onderzoek liet zien dat begeleiders niet altijd wisten wanneer zij hiervan moesten spreken. In het actieonderzoek worden instrumenten uitgeprobeerd die kunnen helpen bij het objectiever vaststellen



van woonhygiënische problematiek, daaraan gerelateerde risico's, en de aanwezigheid van benodigde vaardigheden. Vanwege het vaak beperkte probleeminzicht wordt ook gekeken naar de inzet van motiverende gespreksvoering. En omdat veel begeleiders worstelen met vragen rondom hun rol en verantwoordelijkheid ("wat kunnen, mogen en moeten we?") is er tevens aandacht voor de juridische handelingsruimte van begeleiders en organisaties. Samen met studenten van de VU en met Hogeschool Leiden, zal bij 's Heeren Loo vanaf najaar 2025 worden gewerkt aan een verdieping van de aanpak van verzamelproblematiek bij mensen met een lvb. Tot slot willen we in toekomstig onderzoek aandacht besteden aan samenwerking met ketenpartners. Deze studie ondersteunt dat in zowel zorgpraktijk, beleid als onderzoek, meer aandacht voor woonhygiënische problematiek bij mensen met een lvb hard nodig is.

## LITERATUUR

- Aamodt, W. A., Terracina, K. A., & Schillerstrom, J. E. (2015). Cognitive profiles of elder adult protective services clients living in squalor. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 27(1), 65–73. <https://doi.org/10.1080/08946566.2014.952484>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Chasson, G. S., & Siev, J. (2018). *Hoarding disorder*. Hogrefe Publishing GmbH.
- Fournier, M., & Korteweg, M. (2016). *Behandelprotocol Verzamelstoornis: Handleiding voor de therapeut en werkboek voor de cliënt*. Boom.
- Frost, R. O., Steketee, G., Tolin, D. F., & Renaud, S. (2008). Development and validation of the Clutter Image Rating. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 30(3), 193–203. <https://doi.org/10.1007/s10862-007-9068-7>
- Halliday, G., & Snowden J. (2009). The Environmental Cleanliness and Clutter Scale (ECCS). *International Psychogeriatrics*, 21(6), 1041–1050. <https://doi.org/10.1017/S1041610209990135>
- Kaal, H., & Gast, D. (2023). Woonhygiënische problematiek in de zorg voor mensen met een lvb. *Sozio-special LVB*, 9–19.
- Kaal, H., Gast, D., & Scholte ter Horst, J. (2025). Prevalence and characteristics of hoarding behaviour and domestic squalor among adults with mild intellectual disability receiving residential or outpatient care. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 38(4), e70089. <https://doi.org/10.1111/jar.70089>.
- Luu, M., Lauster, N., Bratitotis, C., Edsell-Vetter, J., & Woody, S. R. (2018). Squalor in community-referred hoarded homes. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 19(October), 66–71. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2018.08.005>
- Middin (Host) (2022, 13 juni). Lvb en risicovol gedrag – Met Hendrien en Michiel (#20). [Audio podcast episode]. In *Studio lvb – door Middin*. <https://open.spotify.com/episode/OPWhnmJwTF4vdro02hqhvl?si=Y0wUT-tsQvGNzsC6Qz77lw>
- Norton, M., Kellett, S., Huddy, V., & Simmonds-Buckley, M. (2024). Household factors and prevalence of squalor: Meta-analysis and meta-regression. *BMC Public Health*, 24(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17983-3>
- Postlethwaite, A., Kellett, S., & Mataix-Cols, D. (2019). Prevalence of hoarding disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 256(January), 309–316. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.004>
- Snowdon, J., & Halliday, G. (2011). A study of severe domestic squalor: 173 cases referred to an old age psychiatry service. *International Psychogeriatrics*, 23(2), 308–314. <https://doi.org/10.1017/S1041610210000906>.
- Tolin, D. F., Fitch, K. E., Frost, R. O., & Steketee, G. (2010). Family informants' perceptions of insight in compulsive hoarding. *Cognitive Therapy and Research*, 34(1), 69–81. <https://doi.org/10.1007/s10608-008-9217-7>
- Tolin, D., Frost, R. O., & Steketee, G. (2010). A brief interview for assessing compulsive hoarding: The Hoarding Rating Scale-Interview. *Psychiatry Research*, 178(1), 147–152. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.05.001>
- Tolin, D. F., Gilliam, C. M., Davis, E., Springer, K., Levy, H. C., Frost, R. O., Steketee, G., & Stevens, M. C. (2018). Psychometric properties of the Hoarding Rating Scale-Interview. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 16(January), 76–80. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2018.01.003>
- Van Beers, J., & Hoogduin, K. (2012). *Problematische verzamelers*. Boom.



## COLUMN

### *(Niet) gék dat passend onderwijs uitvallers oplevert*

*De schrijver van een column kan een gedragswetenschapper, leerkracht, onderzoeker, beleidsmaker en/of een ouder zijn. Wat zij gemeen hebben zijn hun ervaringen met mensen met een licht verstandelijke beperking. In deze LVB Onderzoek & Praktijk geven wij het woord aan Annie de Groot. Zij was vanaf 1976 tot haar pensioen in 2019 betrokken bij het Emaus College in Ermelo als leerkracht, orthopedagoog, directeur en beleidsadviseur. Ook heeft ze jarenlang gewerkt voor het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE). Van 2019 tot 2024 was ze als gedragskundige werkzaam in een Samenwerkingsverband van de scholen voor passend onderwijs en sinds 2019 werkt ze aan haar proefschrift over ouderbetrokkenheid bij de LVB-doelgroep. Daarnaast is ze al jarenlang lid van de redactie van LVB Onderzoek & Praktijk.*

*“Vind je het gek dat er vele uitvallers zijn in onze samenleving, die bedacht en ingericht is voor en door HBO+ niveau. En dan zijn we verbaasd dat een grote groep het niet meer begrijpt, afhaakt, vastloopt en soms langdurige zorg nodig heeft. We lijken niet erg bereid om bij de start van het beleid rekening te houden met verschillen in mogelijkheden van mensen.”*

Aan het woord is Maartje Timmermans, directeur van het Landelijk Kenniscentrum LVB, in het interview met haar in het laatste voorjaarsnummer van dit Tijdschrift.

*“Vind je het gek dat er vele uitvallers zijn in passend onderwijs, dat is bedacht door HBO+ niveau?”*

#### **EEN SYSTEEM OP MAAT VAN DE BELEIDSMAKER, NIET VAN DE LERAREN EN LEERLINGEN**

Het onderwijscurriculum is de laatste 20 jaar flink uitgebreid. Er zijn vakken bijgekomen waar we tot voor kort het bestaan niet van wisten. Gezonde voeding, leefstijl, zorg voor het milieu, kunst en cultuur, digitale vaardigheden, burgerschap, natuurwandelingen, jeugdjournaal, sport en bewegen. Ik denk niet dat ik volledig ben. De tijd die over blijft voor de basisvaardigheden is beperkt en dan moet er in een hoog tempo heel wat gebeuren. De docent moet zich verdiepen in alle leerlingen, in alle vakken, lesstof aanbieden op maat, instructie geven op verschillende niveaus en dan nog alle sociale interacties begeleiden als daar tenminste nog tijd voor is.

Meerdere keren was ik in de gelegenheid in de keuken van dit passend onderwijs te kijken. Opvallend vond ik dat vele leerlingen in staat zijn in dit systeem te overleven en er zelfs vrolijk en ontspannen onder blijven. Maar ik zag ook leerlingen die het niet konden volgen. Vooral de theoretische vakken, de vele wisselingen, interacties en het hoge tempo, leverden spanning en frustraties op. Gedragsproblemen en verwijzingen naar het speciaal onderwijs lagen op de loer.

#### **TE VEEL, TE SNEL, TE INGEWIKKELD**

Zijn de eisen voor het onderwijscurriculum te hoog en te veel bedacht door beleidsmakers? Al die nieuwe vakken en thema's, waardevol – zeker – maar ze nemen kostbare tijd in beslag en dan komen de basisvaardigheden in de verdrinking. Dat geldt zeker voor leerlingen die iets meer tijd, aandacht en instructie nodig hebben. Terwijl we nu juist willen dat passend onderwijs ruimte biedt aan alle leerlingen: makkelijk lerend, moeilijk lerend, gemotiveerd, minder gemotiveerd, stilzitters en druktemakers.

Het speciaal onderwijs groeit (en daarmee de kosten) en vangt leerlingen op die hebben geleden onder de toegenomen prestatiedruk, het hoge tempo en het niet bij kunnen benen. Ze hebben gehoord dat ze niet mee kunnen komen en dat ze meer aandacht en begeleiding nodig hebben dan dat het regulier onderwijs kan bieden. Ze moeten naar een aparte school. Wat doet dat met het zelfbeeld en het zelfvertrouwen? Sommige leerlingen bloeien op binnen het speciaal onderwijs, krijgen nieuwe kansen,

genieten van de aandacht en kunnen in hun eigen tempo ontwikkelen. Anderen ervaren falen en tekortschieten en kunnen hun ontwikkelingsmogelijkheden nog steeds niet benutten. Daarnaast, wat denken de leerlingen en leraren van de reguliere school waar leerlingen uitvallen? Vinden zij het normaal dat het onderwijs leerlingen laat uitvallen? Ervaren de leraren dat ze te kortschieten? Wat gebeurt er met leraren die overvraagd worden en uitgeput raken. *Tijdens het eerste jaar van een lerarenopleiding vallen twee- tot driemaal zoveel studenten uit als bij andere opleidingen.* Ook veel beginnende leraren stoppen al na enkele jaren vanwege de hoge werkdruk. Het *is niet gék dat er leraren én leerlingen uitvallen met een systeem, dat de grillige eisen van de samenleving volgt en onvoldoende rekening houdt met de leraren en leerlingen in de klas.*

## ONDERWIJS ALS OEFENPLAATS VOOR HET LEVEN

Leerlingen moeten binnen het onderwijs leren met anderen om te gaan, zwart en wit, slim en minder slim, sociaal en minder sociaal en vele andere schakeringen. Het doel van het onderwijs is leerlingen de ruimte te geven zich te ontwikkelen tot verantwoordelijke personen in de samenleving. Verantwoordelijk als persoon voor jezelf als lid van een gezin, werknemer en als burger in de maatschappij. Iedereen mag meedoen en niemand wordt buitengesloten. Het onderwijs moet zó zijn ingericht dat we het niet gek vinden dat leerlingen anders zijn, anders leren en zich anders ontwikkelen. De leraren moeten de kans krijgen de talenten, de beperkingen en de daaruit voortvloeiende behoeften van de leerlingen, te leren kennen. De leraren en leerlingen moeten zelf meedenken en meewerken om deze expertise in de eigen praktijk in te kunnen zetten. We leren de verschillen te begrijpen en ermee om te gaan. Minder nieuwe vakken en thema's, meer ruimte en rust voor de basis. Dan kunnen de hoog- en de laagbegaafden gewoon op school blijven en kunnen we de vraag "*Vind je het gek dat er vele uitvallers zijn in passend onderwijs?*" niet meer stellen, simpelweg omdat er dan niet meer vele uitvallers zijn.

## UIT DE PRAKTIJK

### *Prinsenchting: 9 appartementen voor jongeren/jongvolwassenen met een LVB op weg naar zelfstandigheid*

*De overgang van wonen op een behandelgroep naar zelfstandig wonen kan een grote uitdaging zijn voor jongeren met een LVB. Prinsenchting heeft daarvoor een tussenstap gerealiseerd. In een appartementencomplex aan het Regioplein<sup>1</sup> in Schagen huurt Prinsenchting 9 appartementen voor deze jongeren die in zorg zijn bij Behandelcentrum De Schar<sup>2</sup> en toe zijn aan een volgende stap. In een eigen appartement wordt een jongere gedurende 3 jaar gecoacht richting zoveel mogelijk zelfstandig wonen.*

*“Juist op het moment dat je denkt dat een jongere zijn plafond heeft bereikt, blijkt er met een eigen appartement en gerichte coaching vaak nog veel meer mogelijk dan gedacht.”*

Tijdens een online overleg tussen een aantal deelnemers van het Landelijk Kenniscentrum LVB, waaronder Prinsenchting, kwamen deze appartementen aan het Regioplein ter sprake. De andere gesprekspartners waren zeer geïnteresseerd in hoe het tot stand gekomen was en hoe de jongeren worden ondersteund in het steeds meer zelfstandig wonen in hun appartement. Jolanda Douma van het Landelijk Kenniscentrum LVB heeft daarom Anneke Keijzer (Accountmanager Wlz, JW, Wmo, Zvw, Business Controller JW) en Melissa Bemelmans (coach op het Regioplein) van Prinsenchting hierover bevraagd. Beiden zijn (vrijwel) vanaf het begin betrokken geweest bij de realisatie van de appartementen en de coaching van de jongeren die er wonen. Dit artikel is een samenvatting van deze gesprekken. Lees hieronder meer over het hoe en waarom van de appartementen, wat daarvoor belangrijk is (geweest), welke jongeren doorstromen vanuit Behandelcentrum De Schar naar een appartement aan het Regioplein, hoe deze jongeren worden gecoacht naar een zoveel mogelijk zelfstandigheid, de doorstroom na Regioplein, en hoe de contacten met de gemeenten Schagen en Purmerend en met de Wooncompagnie worden onderhouden.

#### BEHANDELCENTRUM DE SCHAR EN REGIOPLEIN

De oorsprong van de 9 appartementen aan het Regioplein ligt bij Behandelcentrum De Schar, onderdeel van Prinsenchting. Dit is een 3-milieusvoorziening in Schagen voor kinderen en jongeren tot 23 jaar met een (L)VVB en meestal bijkomende gedragsproblematiek. De jongeren wonen daar met een verblijfsindicatie vanuit de Jeugdwet of Wlz. De Schar bestaat ongeveer 11 jaar en bestaat uit 6 groepen waarin deze jongeren o.a. worden begeleid naar het zo zelfstandig mogelijk leren leven.

Na afronding van de behandeling op De Schar stroomt een deel van de jongeren door naar een passende woonlocatie van Prinsenchting of andere organisatie, maar een ander deel heeft als perspectief het uitstromen naar een zelfstandige woonruimte (al dan niet met begeleiding vanuit de Wmo). Tot 2021 was die uitstroombemoeienheid naar meer zelfstandigheid er echter niet. Te lang op de behandelgroep blijven biedt niet altijd perspectief en bij een instabiele thuissituatie is terugkeren naar huis niet mogelijk. Deze jongeren hadden een veilige tussenstap nodig. Prinsenchting heeft zich ingezet om iets te creëren voor deze jongeren die toe zijn aan het zelfstandig gaan wonen. Dat zijn uiteindelijk de 9 appartementen aan het Regioplein geworden.

<sup>1</sup> <https://www.prinsenchting.nl/locaties/regioplein-100-tm-124/>

<sup>2</sup> <https://www.prinsenchting.nl/behandelcentrum-de-schar/>

## HOE DE APPARTEMENTEN TOT STAND ZIJN GEKOMEN

*“De sleutel tot het realiseren van deze appartementen was dat de gemeente het belang ervan inzag én dat wij vanaf het begin duidelijk maakten wat er nodig was en hoe we het samen zouden aanpakken.”*

Om deze woonplekken van grond te krijgen, was het heel belangrijk om de hiervoor relevante partijen en personen mee te nemen in deze wens en hen kennis te laten maken met jongeren met een LVB en met de zorg. Vanuit Prinsensichting is daarom contact gelegd met de gemeente en de Wooncompagnie (de woningcorporatie in Schagen e.o.). Vervolgens is een bijeenkomst belegd waarin meerdere jongeren, die toe waren aan een volgende stap in hun ontwikkeling, een presentatie hebben gegeven waarin ze zichzelf hebben voorgesteld en hun situatie hebben uitgelegd. Dit heeft de wethouder en de Wooncompagnie ervan overtuigd dat het belangrijk was om deze jongeren de kans te geven om zelfstandig te gaan wonen. Voor dergelijke initiatieven is het dus belangrijk zowel de inhoudelijk als financieel relevante partijen te betrekken. Veelal gaat het om gemeenten, woningcorporaties en zorgkantoren.

Omdat het doel van de appartementen is om de jongeren steeds zelfstandiger te laten worden, biedt dit proces niet alleen kansen voor jongeren maar ook voor gemeenten, zorgkantoren en woningcorporaties. Bij uitstroom naar zelfstandig wonen betekent dit dat er afgeschaald kan gaan worden in zorg en daarmee in zorgkosten. Voor woningcorporaties betekent het dat er een band wordt opgebouwd met deze jongeren en daarmee met mogelijke toekomstige huurders van hun andere appartementen/woningen.

Vanzelfsprekend hadden de gemeente en de Wooncompagnie ook allerlei vragen over mogelijke risico's en wat er zou gebeuren als het toch niet zou lukken met een jongere en die bijvoorbeeld voor overlast zou gaan zorgen. Daarover zijn afspraken met elkaar gemaakt. Zo ligt de verantwoordelijkheid bij Prinsensichting voor de beoordeling van welke jongeren vanuit De Schar kunnen instromen. De coach en de gedragsdeskundigen hebben daarin een heel belangrijke rol. Daarnaast is er een terugkeergarantie. Als de stap te groot is en het in de praktijk niet goed werkt op het Regioplein kan hij<sup>3</sup> weer terecht bij Prinsensichting. Ook is met elkaar afgesproken dat het

niet om een permanente woonplek gaat, maar dat het een tijdelijke plek is voor een jongere om in drie jaar door te groeien naar meer zelfstandigheid.

Op basis van de gemaakte afspraken hebben de drie partijen besloten het project te starten. Op dat moment werd er al gebouwd in Schagen en was er al een plan voor een wooncomplex met 46 appartementen. Prinsensichting gaf aan dat ze graag 9 daarvan wilde gaan huren voor de uitstroom van de jongeren en dat is uiteindelijk ook gerealiseerd. Dit proces heeft overigens wel een jaar of twee in beslag genomen. Prinsensichting heeft sinds 2021 een huurovereenkomst voor deze appartementen met de Wooncompagnie. Jongeren vanaf 18 jaar (met een Wlz-indicatie) kunnen instromen naar deze appartementen. Vanuit die indicatie worden ook de huur en de coaching betaald.

## WELKE JONGEREN KUNNEN DOORSTROMEN VANUIT DE SCHAR NAAR HET REGIOPLEIN?

In het Startdocument Regioplein staat aangegeven welke vaardigheden een jongere van De Schar moet hebben en waar hij verder aan moet voldoen om in aanmerking te komen voor het Regioplein. Dit gaat over een bepaalde mate van zelfstandigheid of de potentie daarvoor. Ook moet een jongere minimaal 3 dagen per week werk of dagbesteding hebben, wat ook vrijwilligerswerk kan zijn. Een jongere is dan actief bezig, werkt aan zijn toekomst, leert mensen kennen en bouwt aan een sociaal netwerk.

Melissa is, samen met de gedragsdeskundigen, nauw betrokken bij de selectie van de jongeren die in aanmerking komen voor het Regioplein. Ze kent de jongeren op De Schar en weet als coach van het Regioplein als geen ander wat belangrijk is voor die verdere groei naar zelfstandigheid. De jongeren die vanuit De Schar zouden kunnen doorstromen pikt ze er dan ook zo uit. Dat zijn degenen die praatjes maken met mensen, die sociale interacties hebben, maar die ook openstaan voor coaching.

*“Belangrijk is dat een jongere openstaat voor gesprek en coaching. Een grote mond is geen probleem – vaak verdwijnt dat vanzelf zodra ze op het Regioplein wonen en merken dat ze een eigen plek en perspectief hebben.”*

Maar jongeren kunnen de coaches vervolgens nog aange-naam verrassen in hun mogelijkheden.

<sup>3</sup> Waar 'hij' staat, kan ook 'zij', 'hen' of 'die' gelezen worden.

*“Er was een jongere op De Schar die er een bende van maakte in zijn kamer. Toch hebben we hem geselecteerd voor Regioplein, omdat we een bepaalde potentie zagen. We hebben hem de kans gegeven om naar het Regioplein te verhuizen om zich van daaruit verder te ontwikkelen. En nu heeft hij daar een fantastisch appartement en ontwikkelt hij zich goed.”*

De verhuizing naar het Regioplein of het vooruitzicht daarop geeft een jongere meer zelfvertrouwen, een doel en een perspectief. Dit is vaak anders dan wat ze hun hele leven hebben gehoord en ervaren, namelijk dat ze iets niet kunnen, dat ze anders zijn en niet slim genoeg zijn om voor zichzelf te zorgen. Als ze dan te horen krijgen dat ze zo’n goede ontwikkeling hebben doorgemaakt dat ze naar Regioplein mogen verhuizen, zijn sommigen in eerste instantie verbaasd en bang dat ze het niet kunnen. Maar als ze er eenmaal voor gaan, dan zie je ze vaak een stuk volwassener worden en zich verder ontwikkelen binnen dat traject van zelfstandig wonen in hun appartement.

Gedragsproblemen zijn geen contra-indicatie. Volgens Melissa komen die altijd ergens vandaan. Er zijn genoeg professionals (behandelaren) om zo’n jongere heen om hem daarbij te helpen en na te gaan waar die vandaan komen en de passende behandeling te geven. Vaak zijn deze jongeren ook enorme overlevers.

*“Als je iets verandert in het leven van een jongere op De Schar en in het patroon waarin ze zitten en je geeft ze de kans om zelfstandiger te worden door een verhuizing naar Regioplein, dan kun je soms een gigantische omslag in hun gedrag zien.”*

Naast deze kenmerken is de indicatie van een jongere belangrijk voor de financiering van de huur van het appartement en de coaching. De jongeren stromen vrijwel allemaal in met een Wlz-indicatie (LVG, soms VG). Na ongeveer een jaar is er meestal wel een indruk ontstaan van hoe een jongere zich ontwikkelt en kan bepaald worden in hoeverre er afgeschaald kan gaan worden in coaching. Richting het einde van hun verblijf (in de laatste maanden tot het laatste jaar) wordt zo’n LVG-indicatie vaak omgezet naar een Wmo-indicatie of Wlz VG MPT (Modulair Pakket Thuis). De indicaties worden gemonitord door medewerkers van verschillende afdelingen (zorginhoud, indicaties, contracten etc.).

## DE OVERGANG VAN EEN BEHANDELGROEP NAAR EEN APPARTEMENT – DE ROL VAN EEN COACH

De overgang van wonen op een behandelgroep naar zelfstandig wonen (met coaching) in een eigen appartement is groot. Op de groep wordt veel voor de jongeren gedaan en geregeld en er zijn altijd begeleiders aanwezig. In een appartement woont een jongere zelfstandig en moet hij veel zelf gaan regelen en doen.

*“Natuurlijk laat je ze, zeker in het begin, niet helemaal los. In het begin is de coaching daarom nog intensief en blijf je nabij. Je neemt alles wat ze allemaal moeten gaan regelen samen door. Maar we laten ze het wel allemaal zelf doen.”*

De jongeren geven bijvoorbeeld zelf door aan de huisarts en de gemeente dat ze verhuisd zijn. Een coach staat naast een jongere, maar neemt niet over, want zo leren ze zelf dingen op te pakken. Het ‘loslaten’ van een jongere verloopt gefaseerd en is ook afhankelijk van de ontwikkeling en de behoefte van de jongere zelf. Als een jongere net verhuisd is, ziet een coach hem elke dag. Ook is er veel contact via de telefoon of WhatsApp. Een jongere woont dus alleen, maar wordt goed begeleid (en krijgt behandeling daar waar nodig). Het is wel belangrijk dat een jongere dat gevoel heeft van zelfstandig wonen.

*“Het is belangrijk deze jongeren het gevoel te geven dat je er vertrouwen in hebt dat ze zelfstandig kunnen wonen. Als je continu aanwezig bent, verandert er niets. En deze jongeren hebben vaak ook genoeg van de constante aanwezigheid van begeleiding en het gevoel continu gecontroleerd te worden.”*

Ook al is een jongere verhuisd en woont die niet meer op De Schar, toch staat de deur altijd voor hem open, bijvoorbeeld voor een kop koffie of om mee te eten. Bij Prinsensichting vormt Gentle Teaching als ondersteuningsvisie hierbij de rode draad: onvoorwaardelijke relaties, veiligheid en verbondenheid. Zo weten jongeren dat de deur openblijft, ook als ze de stap naar zelfstandiger wonen zetten.

*“Het moet voor de jongere duidelijk zijn dat de verhuizing naar Regioplein is omdat hij daar vanuit zijn ontwikkeling klaar voor is. Maar ook moet duidelijk zijn dat we (vanuit de Schar) er nog steeds voor hem zijn.”*



Van die mogelijkheid om nog steeds naar de Schar te kunnen gaan, ook al wonen ze er niet meer, maken de jongeren verschillend gebruik. De ene jongere doet dat vrijwel niet en geniet van de rust in zijn appartement. De ander gaat, zeker in het begin, nog elke dag naar De Schar. Die vindt het dan nog wat moeilijker om dat los te laten. Maar op een gegeven moment doen ze precies wat je wil dat ze gaan doen, namelijk zelf afstand nemen van De Schar. Dat is hetzelfde proces als van een kind dat uit huis gaat. Die komt ook in het begin nog thuis, voor de was, om mee te eten, maar dat wordt op een gegeven moment ook minder.

Als een jongere iets nog wat moeilijker vindt, wordt hij daarop gecoacht en wordt met elkaar gezocht naar mogelijke oplossingen. Zo vinden sommige jongeren het moeilijk om alleen maar voor zichzelf te koken in plaats van voor alle jongeren op de behandelgroep. Daarbij worden ze dan ondersteund. Een coach kan voorstellen om samen te gaan koken of voorstellen: “Jij kookt vanavond en dan kom ik bij je eten.” Door het zo positief te benaderen, blijven ze gemotiveerd. Maar de jongeren uit de appartementen kunnen ook gestimuleerd worden om voor elkaar te koken en samen te eten.

Een coach heeft een andere rol en insteek dan een begeleider op een behandelgroep. Een coach moet de nodige kennis van en ervaring met jongeren/jongvolwassenen met een LVB hebben. Het vraagt ook bepaalde (motiverende) gesprekstechnieken om een jongere te stimuleren om dingen zelf te gaan doen. Maar een coach moet ook naast een jongere kunnen gaan staan, zich gelijkwaardig opstellen, ervan overtuigd zijn dat een jongere zich verder kan ontwikkelen en dit ook naar hem uitstralen. Positieve bekrachtiging van wat de jongere al heeft gedaan en bereikt is zeer belangrijk. Hopelijk gaat een jongere dat zelf dan ook zien, wat een belangrijke motivator is voor zijn verdere ontwikkeling.

### CONTACT MET DE BUREN

In het appartementencomplex zijn 9 appartementen gereserveerd voor de jongeren van Prinsensichting. Andere appartementen zijn met name sociale huurappartementen. Voordat de eerste jongeren verhuisden naar hun appartement, is hun komst bekendgemaakt bij de andere bewoners. Er is bewust niet gekozen voor het organiseren van een bijeenkomst. Het hebben van een LVB geeft een jongere al vaak een stempel. Dat weet en voelt een jongere zelf ook. Door daarover een aparte bijeenkomst te organiseren, wordt het een nog groter stempel. Omdat

deze jongeren juist het perspectief hebben van uiteindelijk behoorlijk zelfstandig gaan wonen, net als bewoners van de andere appartementen, moet de nadruk niet op de LVB gelegd worden.

In het startdocument van Regioplein is er wel aandacht voor goed burgerschap en hoe goed om te gaan met de burens. Als een jongere gaat verhuizen, hoort daar ook bij dat hij zich voorstelt aan de burens als nieuwe buur, maar niet als jongere met een LVB. Dat wordt allemaal van tevoren met een jongere besproken en de meeste jongeren doen dat ook. Soms spreken burens zelf een jongere aan als die nieuw is en dan ontstaat er een gesprek. Die contacten verlopen op een hele natuurlijke manier. En als er problemen zijn met één van de burens, moet een jongere dat zelf gaan oplossen, waarbij een coach natuurlijk wel kan ondersteunen.

### DE DOORSTROOM VANUIT EEN APPARTEMENT NAAR EEN ZELFSTANDIGE WOONRUIMTE

Het traject binnen Regioplein duurt ongeveer 3 jaar. In het tweede jaar wordt het woonperspectief van een jongere vastgesteld en na het derde jaar stroomt een jongere uit. Als het woonperspectief van een jongere is dat hij zelfstandig kan gaan wonen, wordt hij ingeschreven voor een eigen woning bij de gemeente waar hij wil gaan wonen. Veelal is dat de gemeente waar de jongere een netwerk of systeem heeft. Tot nu toe zijn dat de gemeenten Schagen en Purmerend geweest. Er zijn criteria opgesteld waaraan een jongere moet voldoen om uit te kunnen stromen naar een zelfstandige woning, al dan niet met begeleiding vanuit de Wmo. Hiervoor is een draaiboek met scoringskaarten ontwikkeld, dat als monitoringsinstrument wordt gebruikt. Dit gaat bijvoorbeeld over het kunnen omgaan met geld, de sociale omgang met anderen, dingen kunnen regelen, voor je huis kunnen zorgen, maar ook om hulp kunnen vragen als dat nodig is. Een jongere moet op de meeste onderdelen ongeveer 70% scoren om door te kunnen stromen, maar dit zijn geen harde afvinkcriteria.

De ontwikkeling van een jongere wordt gedurende die 3 jaar elke 3 maanden doorgesproken met de coach en de jongere zelf in zijn appartement. De leerdoelen worden besproken en de coaching wordt daar verder op afgestemd. Bij de ontwikkeling naar zelfstandigheid, de benodigde aanvullende behandelingen en de beslissing voor uitstroom is altijd een gedragsdeskundige betrokken. Bij deze 3-maandelijke evaluaties zijn ook 2 medewerkers vanuit de Wooncompagnie aanwezig. Zij kennen hierdoor

de jongeren van Regioplein goed. En ook als er klachten zijn van buurtbewoners, loopt dat via deze 2 medewerkers. Die samenwerking en korte lijntjes tussen de jongeren, de coaches en de Wooncompagnie zijn daarmee heel belangrijk en per individu afgestemd. Voor de Wooncompagnie betekent dit ook dat zij mogelijke toekomstige bewoners van hun sociale huurwoningen al van tevoren kennen.

Doordat de samenwerking met de Wooncompagnie heel goed onderhouden wordt, is er ook veel onderling vertrouwen en denkt de Wooncompagnie ook mee. Zo belt degene die woningen toewijst vaak voor de toewijzing van een woning eerst de coach van Regioplein om te overleggen of die woning geschikt is voor die bepaalde jongere. Dat hoeft de Wooncompagnie niet te doen, maar dat doen ze wel. Met beide gemeenten en woningcorporaties zijn er afspraken gemaakt over hoe jongeren door kunnen stromen naar een zelfstandige woning. De werkwijze hiervoor verschilt per gemeente. Als een jongere naar een andere gemeente wil uitstromen, moeten met deze gemeenten ook afspraken gemaakt gaan worden.

Met de gemeente Schagen is afgesproken dat Prinsentichting ongeveer een half jaar van tevoren aan de gemeente en Wooncompagnie meldt dat een jongere klaar is voor zelfstandig wonen. De jongere wordt dan op een urgentielijst gezet. Wooncompagnie zoekt vervolgens in de gemeente Schagen naar een woning die maximaal 10 kilometer van het centrum van Schagen ligt. Dit is omdat veel jongeren afhankelijk zijn van het openbaar vervoer. Voor de gemeente Purmerend heeft Prinsentichting een convenant gesloten (in het kader van Wonen en Zorg). Hierdoor is het mogelijk om per jaar 6 jongeren of andere cliënten, die toe zijn aan zelfstandigheid, aan te melden in het systeem voor een urgentiewoning. De aangesloten woningcorporaties pikken de aanmeldingen uit het systeem op en bieden een woning aan. Deze regeling is ook ontstaan om de doorstroom van zorg naar zelfstandigheid te faciliteren. De wachttijd is ongeveer 1,5 jaar. Dus tijdige aanmelding is nodig.

Tegen de tijd dat het Regiopleintraject er bijna op zit, gaat een jongere veelal over van een Wlz-indicatie naar een Wmo-indicatie of naar een Wlz MPT. Zolang ze nog op het Regioplein wonen moeten ze een Wmo-indicatie hebben, want daar wordt de coaching van gefinancierd. Als jongeren vervolgens ook echt uitstromen, dan mogen ze zelf aangeven of ze die Wmo-indicatie willen behouden. Daardoor kan er nog ondersteuning worden geboden, al is dat dan wel door een andere coach/consulent dan van het

Regioplein. De coaches van het Regioplein geven hierin ook advies.

Het uitstroomtraject (tot nu toe) is dus een woning van de Wooncompagnie in Schagen of in Purmerend, met of zonder Wmo. Daarnaast hebben sommige jongeren nog een mentor en/of bewindvoering. Vanzelfsprekend is dat in samenspraak met de jongere zelf besloten.

In de afgelopen jaren zijn 6 jongeren uitgestroomd naar een zelfstandige woning in Schagen of in Purmerend. De meesten hebben Wmo-begeleiding, maar een enkeling heeft geen begeleiding.

Regioplein laat zien dat het loont om lef te tonen en partijen te verbinden: met de juiste coaching, vertrouwen en huisvesting kunnen jongeren met een LVB stappen zetten die voorheen vrijwel ondenkbaar waren. Zo ontstaan perspectief, zelfstandigheid én een duurzamere inzet van zorgmiddelen.

### MEER WETEN?

Wil je meer weten over het Regioplein of over de samenwerking met de gemeenten en de Wooncompagnie?

Voor financiële/organisatorische vragen, neem contact op met Anneke Keijzer (Accountmanager Wlz, JW, Wmo, Zvw bij Prinsentichting) via [an.keijzer@prinsentichting.nl](mailto:an.keijzer@prinsentichting.nl).

Voor inhoudelijke en organisatorische vragen, neem contact op met Melissa Bemelmans (coach op het Regioplein) via [m.bemelmans@prinsentichting.nl](mailto:m.bemelmans@prinsentichting.nl).

## OP DE ZEEPKIST: INSPIRATIE UIT DE PRAKTIJK

*De rubriek 'Op de zeepkist: Inspiratie uit de praktijk' praktijk' is bedoeld voor mensen werkzaam in de zorg voor mensen met een LVB die hun enthousiasme willen delen over een bepaalde werkwijze, methode, bejegening of activiteit. Het doel van de rubriek is het inspireren van de lezer. In deze LVB Onderzoek & Praktijk geven wij het woord aan Annematt Collot d'Escury, GZ-psycholoog, K & J specialist bij Mind@Work.*



### Zonder werk vaart niemand wel

Kwetsbare jongeren kunnen de sprong van school en opleiding naar arbeid vaak niet maken. Daar hebben zowel de jongere als de werkgever hulp bij nodig. Met INTOWork springen de meeste jongeren van mismatch naar maatwerk. PRO-leerlingen in Almere, die de stap van school naar arbeid nog niet kunnen maken, worden *voor* het verlaten van school aangemeld bij INTOWork. INTOWork is een schakel tussen school en werk die in beide contexten ondersteuning biedt. Hiermee wordt voorkomen dat de jongeren in het gat tussen school en arbeid belanden (Sociaal-Economische Raad, 2009). INTOWork is een samenwerkingsproject tussen onderwijs (Praktijkschool en Voortgezet Speciaal Onderwijs – PRO & VSO) en Mind@Work, gefinancierd door de gemeente Almere.

Werk en school zijn belangrijke factoren voor algemeen welzijn, sociaal welzijn, intellectueel welzijn en algemeen leefklimaat. Uitval in het traject van school naar werk is een belangrijke voorspeller van maatschappelijke uitval, criminaliteit, gezondheidsproblemen en psychiatrische, relatie- en gezinsproblematiek.

In een werksetting wordt een (pro)actieve bijdrage van de werknemer verwacht en verantwoordelijkheid voor een product, zorg, of dienst. Dat vereist werkspecifieke vaardigheden en werkgerelateerde vaardigheden (Van Hamond & Haccou, 2006). Werkspecifieke vaardigheden zijn de vaardigheden die nodig zijn bij het uitvoeren van een specifieke taak, zoals het spiegelen van producten in een supermarkt. Werkgerelateerde vaardigheden zijn algemene vaardigheden die in elke werksetting nodig zijn, zoals communiceren en plannen. Uit Europees onderzoek is gebleken dat werkgevers met name de werkgerelateerde vaardigheden belangrijk vinden (Van Hamond & Haccou, 2009) en dan met name sociale vaardigheden, zorgvuldigheid en discipline. De reden daarvoor is dat

werkspecifieke vaardigheden 'on the job' kunnen worden aangeleerd (dat willen werkgevers vaak zelf, want dan kunnen zij het precies zo aanleren als het bij hun op het werk wordt gedaan). Werkgerelateerde vaardigheden zijn minder makkelijk onderweg bij te spijkeren. Bovendien zijn de werkspecifieke vaardigheden in de 21<sup>e</sup> eeuw voortdurend aan verandering onderhevig, waardoor iets wat op school of opleiding geleerd is, al snel weer achterhaald is.

Jongeren met een LVB hebben moeite met beide typen vaardigheden. De werkgevers hebben vooral moeite met de beperktere werkgerelateerde vaardigheden. Een jongere met een LVB kan bijvoorbeeld minder snel denken dan een jongere met een gemiddeld intelligentieniveau, maar beschikt ook over minder vermogen tot zelfregulatie en reflectie en heeft minder communicatieve vaardigheden. Problematiek op het terrein van sociale competenties, zoals: communicatie, het aangaan van relaties, stressbestendigheid, het kunnen maken en nakomen van afspraken, hebben een grote voorspellende waarde voor problematiek en uitval op het werk, misschien nog wel

een grotere voorspellende waarde dan de meer werkspecifieke vaardigheden.

INTOWork is gericht op de sprong van school naar werk en gebaseerd op een nauwe samenwerking tussen onderwijs en arbeid (docenten en werkgevers). Alle jongeren op het PRO in Almere met het advies arbeid of BBL stromen in bij INTOWork. De jongere blijft onderwijs volgen op school. De begeleiding richting arbeid loopt parallel aan het reguliere scholingstraject. Een goede leerwerkervaring en tevredenheid op stage zijn belangrijke voorspellers van 'persistence' en generalisatie van de vaardigheden die zijn geleerd op de stage. De Sociaal-Economische Raad (2009) beveelt daarom aan kwetsbare jongeren, waaronder jongeren met een LVB, op te vangen *in en voor* de overgang van school naar werk. Hoe eerder die steun wordt inzet, hoe beter. Dit is op zich goed bedacht en is deel van INTOWork, maar werkgevers weten weinig over een LVB. "Hoe begeleid je een jongere met een LVB? Wat kan ik vragen en wat niet?" Om kwetsbare jongeren te begeleiden naar duurzame integratie in het arbeidsveld is de werkgever net zo belangrijk als de werknemer. De Sociaal-Economische Raad vult niet voor niets aan: *en de continuïteit van de ondersteuning* te verbeteren. INTOWork begeleidt naar werk, op werk, de jongeren maar ook de werkgever.

Bij INTOWork wordt er geschakeld op vier borden:

1. Op de reguliere school met het zoeken van een stage. En dat begint bij: "Wat wil ik?" Onderzoeken wat je wil en of kan is iets wat deze jongeren maar al te graag vermijden. Samen met INTOWork onderzoekt de jongere dat. Voor iedere jongere wordt een persoonlijk plan van aanpak opgesteld, gebaseerd op de persoonlijke motivatie (wat wil ik), beroepsinteresse (wie ben ik) en het opleidingsprofiel, een sterkte- en zwakteprofiel in competenties en coping van de jongere (wat kan ik).
2. Solliciteren moet je leren. Samen met INTOWork oefenen de jongeren solliciteren. Met INTOWork onderzoekt de jongere wat een werkgever wil (een vacature is daar lang niet altijd zo duidelijk in).
3. Selecteren moet je leren. Werkgevers selecteren doorgaans op de werkspecifieke vaardigheden. Dat werkgerelateerde vaardigheden minstens zo belangrijk zijn, weten ze niet, vergeten ze en of ze weten niet hoe uit te vragen bij een sollicitatie. INTOWork begeleidt de werkgevers met algemene kennis, werkgerelateerde kennis en kennis over de jongere.
4. Steun het systeem: Alle jongeren hebben steun nodig thuis en op het werk. Kwetsbare jongeren vaak iets meer. INTOWork begeleidt de werkgevers bij het begeleiden van de jongeren op het werk, maar steunt ook een werkgever in hoe, wanneer en waarom die werkgever het systeem kan betrekken bij de ondersteuning van de jongere. Voorbeeld uit de bouw: normaal gesproken vertrekt de bouwploeg, waar Kees onderdeel van is, van plek X met een busje naar de bouw. Omdat er de volgende dag specifiek materiaal mee moet, vertrekt de bus voor die keer vanaf een andere plek. De werkgever belt of stuurt daarom een appje naar de ouders, partner, huisgenoot of collega van Kees om hen te vragen of zij Kees aan die andere vertreklocatie kunnen herinneren op de avond daarvoor of in de ochtend om zo een ongewilde no-show, en een boze jongere en boze voorman te voorkomen.

INTOwork draait nu 20 jaar. Over het algemeen zijn de ervaringen van werkgevers en jongeren positief. 70–75% van de jongeren sluit het INTOWork-traject af met een reguliere baan, ruim 67% behoudt die baan. Is dat bijzonder? Ja, want na twee jaar verliest een werkgever overheidssteun bij het bieden van werk aan 'jongeren met een afstand tot de arbeidsmarkt'. In die periode hebben de jongeren een plek veroverd in het bedrijf. Sterker nog, sommige werkgevers vinden al die steunaanvragen maar gedoe: "De jongere doet het toch goed?" INTOWork willen zij wel graag behouden.

#### Correspondentieadres

Wilco Foppen, [Wilco.Foppen@mindatwork.org](mailto:Wilco.Foppen@mindatwork.org)

website: <https://www.blikopwerk.nl>

website: <https://www.mindatwork.org>

#### LITERATUUR

- Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (2007). Self-regulation, ego depletion, and motivation. *Social and Personality Psychology Compass*, 1(1), 115–128. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2007.00001.x>
- Hamond, B. van, & Haccou, R. (Eds.). (2009). *Gaining and proving yourself in social competence: The Altas way*. Garant.
- Sociaal-Economische Raad. (2009). *Advies: Een kwestie van gezond verstand; breed preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties* (Publicatienummer 2, 17 april 2009). Auteur. <https://www.ser.nl/-/media/ser/downloads/adviezen/2009/preventiebeleid-arbidsorganisaties.pdf>

## INTERVIEW

### Rick Kwekkeboom over kunst en eenzaamheid

*Aan het eind van deze zomer ging Rick Kwekkeboom, lector Langdurige Zorg en Ondersteuning aan de Hogeschool van Amsterdam, met pensioen en nam zij na ruim 40 jaar afscheid van werk in loondienst als onderzoeker op het (brede) terrein van de langdurige zorg en ondersteuning. Daarmee stopte zij na ruim 10 jaar ook als lid van de Raad van Advies van het Landelijk Kenniscentrum LVB. Dit was voor het kenniscentrum een goede aanleiding om met Rick terug, maar vooral ook vooruit te kijken naar wat zij boeiend vindt aan de wereld van mensen met een licht verstandelijke beperking.*

#### Hoe kwam jij in aanraking met mensen met een verstandelijke beperking?

Ik maakte pas echt kennis met de wereld van mensen met een verstandelijke beperking toen ik in 2003 bij Avans Hogescholen begon als lector Vermaatschappelijk. Ik werd daarvoor verbonden aan de sociaal-werkopleidingen, in het bijzonder Sociaal Pedagogische Hulpverlening (SPH). Ik kreeg de opdracht om, in samenwerking met de regionale instellingen voor zowel de geestelijke gezondheidszorg als de gehandicaptenzorg, onderzoek te doen naar de mogelijkheden voor en gevolgen van de tendens dat mensen met een beperking/aandoening gestimuleerd werden om thuis/zelfstandig in de maatschappij te blijven wonen, of om vanuit de instituten (terug) te verhuizen naar kleinschalige woonvoorzieningen in steden of dorpen, de zogenoemde 'deinstitutionalisering'. Omdat lectoren aan hogescholen zijn verbonden betekende dat ook dat ik en mijn collega's de uitkomsten van dit onderzoek moesten vertalen naar de opleidingen: wat betekenden deze veranderingen voor het werk van de professionals en wat moesten zij daarvoor kennen en kunnen? Professionals in de gehandicaptenzorg, met name de sociaal professionals, kregen echt een andere rol. Zie ook dit interview op de website van Movisie: Over 'zorg thuis'.

#### Hoe stond men daar toen tegenover, dat mensen met een beperking gestimuleerd werden om thuis/in de maatschappij te blijven of (weer) te gaan wonen, in plaats van op een instellingsterrein?

Bij mijn kennismaking met de sector van mensen met een verstandelijke beperking merkte ik al snel dat er rond dat

(langer) zelfstandig wonen een felle discussie gaande was. Naast de voorstanders die de nadruk legden op een betere integratie in de samenleving en het (door)ontwikkelen van de vaardigheden waarover ook mensen met een verstandelijke beperking beschikken, waren er de tegenstanders die vooral wezen op de nadelige gevolgen als uitsluiting en, als gevolg daarvan, eenzaamheid. Dat was dan ook de reden om in het grote onderzoek dat ik, samen met de grootste zorgaanbieders in West-Brabant en Zeeland, ging uitvoeren óók nadrukkelijk aandacht te vragen voor de ervaren eenzaamheid van de cliënten die (al dan niet begeleid) zelfstandig wonen.

#### Wat kwam er uit dat onderzoek?

Een belangrijke uitkomst was ten eerste dat mensen met een verstandelijke beperking die in de maatschappij woonden zich niet per se eenzamer voelden dan mensen die in een instelling woonden. Maar wat ik zelf een belangrijkere uitkomst vond, was dat juist de wat oudere deelnemers met een licht verstandelijke beperking die zelfstandig woonden en werkten wél aangaven zich eenzaam te voelen. Eenzamer dan jongeren met een licht verstandelijke beperking die nog op school zaten. Blijkbaar werd bij het ouder worden het verschil met de mensen zonder beperking beter voelbaar en daardoor dan ook het gevoel 'er toch niet bij te horen' sterker. Voor meer details zie het rapport Een eigen huis van Kwekkeboom et al. (2006) en het rapport Meedoen en gelukkig zijn van Kwekkeboom en Van Weert (2008).



**Dat zijn belangrijke en zorgelijke bevindingen. Heb je op basis van die bevindingen ook adviezen voor zorg-professionals?**

Deze uitkomsten versterkten bij mij ook de overtuiging dat de professionals in de gehandicaptenzorg en dan met name de begeleiders een cruciale rol vervullen in het kunnen realiseren van het vermaatschappelijkings- of deinstitutionaliseringbeleid. En dat daarmee de opleidingen – zoals de sociaal-werkopleidingen – nadrukkelijk aandacht moeten besteden aan de toerusting tot het (kunnen) bevorderen van integratie en inclusie van mensen met een (licht) verstandelijke beperking.

Als lector ga je natuurlijk ook op bezoek bij al die instellingen. En zo ging ik, op aanraden van een collega, ook eens naar een atelier van Amarant, een van de grotere zorgaanbieders Brabant. Daar maakte ik kennis met een cliënt/bezoeker die, ondanks zijn visuele én verstandelijke beperking indruk op mij maakte met zijn beelden (vooral bedoeld om te ‘voelen’ in plaats van te zien) en zijn muzikale talenten. Verder zag ik de prachtige tekeningen en schilderijen van andere cliënten/bezoekers en begon ik in te zien dat kunstzinnige talenten niet alleen toebedeeld worden aan mensen die níet met een beperking te kampen hebben. Die overtuiging werd versterkt door mijn kennis-making, via een docent, met Tiuri waarvan de deelnemers mij overdonderden met hun theaterpersoonlijkheden en acteer- en danstalenten.

**Dus de thema's waar jij je mee bezig hield waren het langer thuis/zelfstandig wonen van mensen met een beperking, eenzaamheid die daarmee kan ontstaan voor met name de volwassenen met een LVB én kunstzinnige talenten van mensen met een beperking. In 2010 ben je van Avans Hogeschool overgestapt naar de Hogeschool van Amsterdam. Ben je je daar met dezelfde thema's bezig blijven houden?**

Op de Hogeschool van Amsterdam werd ik als lector Community Care opnieuw verbonden aan de opleiding sociaal werk. Een paar jaar daarna werd ik ook lid van de Raad van Advies van het Landelijk Kenniscentrum LVB. Dat leverde mij extra input voor het blijven benadrukken van het belang van sociaal werkers in de zorg en ondersteuning van mensen met een (licht) verstandelijke beperking, of zij nu zelfstandig wonen of begeleid in een instelling. Ik vind het daarom ook heel moeilijk om bij mijn afscheid als lector te moeten constateren dat met het verdwijnen van het SPH-profiel in de sociaal-werkopleidingen steeds

minder aandacht komt voor de hulp aan mensen met een beperking.

En inderdaad, ook na mijn overstap bleef ik geboeid door de kunstbeoefening door mensen met een (licht) verstandelijke beperking. Ik maakte kennis met (bijv.) Theater LeBelle, waarvan ik de productie Cardiac Output jarenlang aan de studenten van de door HvA-docenten en mij ontwikkelde minor Community Care als inspirerend voorbeeld van 'inclusie door kunst' vertoonde. Samen met Special Arts organiseerden wij in 2013 op de bovenste etage van het Kohnstammhuis van de HvA een tentoonstelling ter gelegenheid van de publicatie van Tinteling waarin de tentoongestelde kunstwerken als illustratie waren opgenomen. Daarnaast hebben mijn collega's en ik een paar keer, samen met kunstateliers van ook instellingen voor gehandicaptenzorg, aanvragen ingediend voor onderzoeksprojecten naar de inkluderende effecten van kunstbeoefening door mensen die dan wel met een beperking te kampen hebben, maar ontegenzeggelijk kunstzinnig zijn. En dus maakten we kennis met gezelschappen en ateliers als Misiconi, Theatergroep Eenhoorn, Total Loss, Bijzonder Amsterdams en nog zo veel meer.

In 2021 werd ik gevraagd om als jurylid mee te denken over de Gehandicaptenzorgprijs, die dat jaar als thema 'Eenzaamheid' had. Tussen de initiatieven die werden aangemeld waren er opvallend veel – vond ik dan toch – waarbij mensen met een licht verstandelijke beperkingen de kans kregen om te laten zien wat zij aan kunstzinnig talent in huis hadden. En ikzelf vond het daarom ook fantastisch dat niet alleen de 'vakjury' maar ook het publiek uiteindelijk vond dat het initiatief voor een mixed abilities traject van het kunstatelier van Aveleijn de winnaar van deze prijs moest zijn. Op de website van de VGN is hier meer over te lezen (red.: zie onderaan dit interview voor de link).

**Wat mooi hoe die twee thema's waarmee jij je zolang bezig hebt gehouden; eenzaamheid en kunst, in die prijsuitreiking bij elkaar kwamen!**

Ja, toen viel bij mij ook het kwartje: het stimuleren van kunstbeoefening kan ook (of zelfs juist?) bij het verminderen van eenzaamheid onder mensen met een (licht) verstandelijke beperking een belangrijke rol spelen. Ik heb dat – met succes – ingebracht in de Adviescommissie Een tegen Eenzaamheid waarvan ik vanaf de start lid ben geweest, zodat aandacht voor kunstbeoefening ook door mensen met een beperking nu ook aanbevolen wordt als deel van een integraal Eenzaamheidsbeleid (zie het



Advies Eenzaamheidsbeleid). Ik hoop van harte dat de lokale overheden, samen met plaatselijke ateliers, ook dit onderdeel van het advies in hun eigen 'eenzaamheidsbeleid' gaan opnemen.

**Aan jouw enthousiasme en inzet zal het niet liggen, Rick. Je bent dus net met pensioen, of met emeritaat zoals ook wel gezegd wordt bij hoogleraren en lectoren. Ik vermoed dat je op de een of andere manier betrokken blijft bij deze thema's. Klopt dat?**

Ja, dat klopt zeker. Zowel bij het NWO Programma Eenzaamheid, met daarbinnen een apart project rond eenzaamheid bij mensen met een licht verstandelijke beperking, én bij Special Arts waar ik als vrijwilliger werk, blijf ik betrokken. Op deze manier komen mijn twee belangrijkste aandachtspunten als het gaat om de wereld van mensen met een licht verstandelijke beperking op een haast organische manier samen. En wie weet wat er nog meer op mijn pad komt.

#### VERWIJZINGEN/LINKS NAAR WEBSITES

- Advies Eenzaamheidsbeleid – <https://www.eente-geneenzaamheid.nl/documenten/2025/04/10/advies-eeenzaamheidsbeleid>
- Bijzonder Amsterdams – <https://bijzonderamsterdams.nl/>
- Cardiac Output – <https://siteforms.cordaan.nl/nieuws/dansproductie-cardiac-output-premi%C3%A8re> | <https://www.youtube.com/watch?v=DhEGkX7gjb4>
- Misiconi – <https://misiconi.nl/>
- NWO Programma Eenzaamheid – <https://www.nwo.nl/nieuws/vijf-projecten-gehonoreerd-binnen-nwa-call-eeenzaamheid>
- Over zorg thuis – <https://www.movisie.nl/artikel/zorg-aan-huis-bieden-geen-bezuiniging-maar-teken-emancipatie>
- Special Arts – <https://www.specialarts.org/>
- Theatergroep Eenhoorn – <https://theatergroepeenhoorn.nl/>
- Theater LeBelle – <https://www.cordaan.nl/lerenen-werken/kunst-en-cultuur/theater-lebelle/>
- Tinteling – <https://cargocollective.com/tinteling/De-driehoek-onderzoek-onderwijs-praktijk-in-evenwicht>
- Tiuri – [www.tiuri.nl](http://www.tiuri.nl)
- Total Loss – <https://theatertotaal.org/muziek/>
- VGN – <https://www.vgn.nl/nieuws/met-dit-initiatief-won-aveleijn-de-vgn-gehandicaptenzorgprijs>

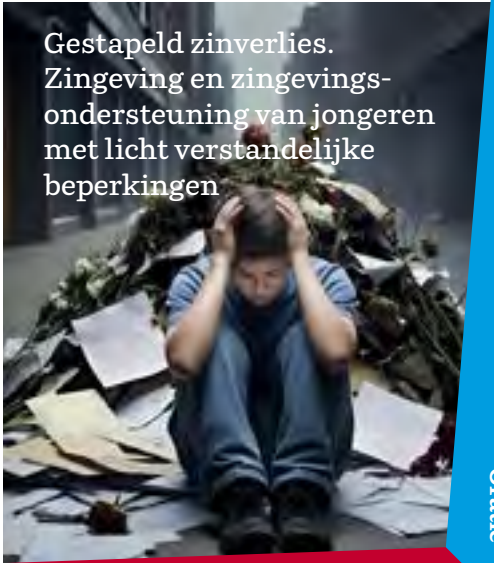
#### VERWIJZINGEN NAAR RAPPORTEN

- Kwekkeboom, M. H., de Boer, A. H., van Campen, C., & Dorrestein, A. E. G. (2006). *Een eigen huis...: Ervaringen van mensen met verstandelijke beperkingen of psychiatrische problemen met zelfstandig wonen en deelname aan de samenleving*. Sociaal en Cultureel Planbureau. Op 6 oktober 2025 verkregen van <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29355-27-b1.pdf>
- Kwekkeboom, M. H., & van Weert, C. M. C. (2008). *Meedoen en gelukkig zijn: Een verkennend onderzoek naar de participatie van mensen met een verstandelijke beperking of chronische psychiatrische problemen*. Sociaal en Cultureel Planbureau. Op 6 oktober 2025 verkregen van <https://www.hva.nl/binaries/content/assets/subsites/kc-mr/publicaties/publicaties-community-care/meedoen-en-gelukkig-zijn2.pdf>

## ORATIE- EN PROMOTIENIEUWS


rijksuniversiteit  
 groningen


**Prof. dr. André Mulder**



**Gestapeld zinverlies.  
 Zingeving en zingevings-  
 ondersteuning van jongeren  
 met licht verstandelijke  
 beperkingen**

Oratie

16 mei 2025

### ANDRÉ MULDER

Op 16 mei 2025 sprak André Mulder, senior onderzoeker inclusie en levensbeschouwing van mensen met een verstandelijke beperking aan de Protestantse Theologische Universiteit in Utrecht, zijn inaugurele rede uit getiteld *Gestapeld Zinverlies. Zingeving en zingevingsondersteuning van jongeren met licht verstandelijke beperking*. Daarmee aanvaardde hij het ambt van Hoogleraar Levensbeschouwing en Geestelijke Volksgezondheid met bijzondere aandacht voor Jongeren en Zingeving aan de Rijksuniversiteit Groningen, bij de faculteit Religie, Cultuur en Maatschappij. Deze bijzondere leerstoel is ingesteld door het Kenniscentrum Levensbeschouwing en Geestelijke Volksgezondheid KSGV, die de studie van de relatie tussen levensbeschouwing en geestelijke volksgezondheid nastreeft vanuit de overtuiging dat aandacht zingeving een belangrijke component is in de kwaliteit van leven. Hieronder volgt de samenvatting. De tekst van de oratie

is via deze digitale link te lezen: <https://books.ugp.rug.nl/ugp/catalog/book/221>

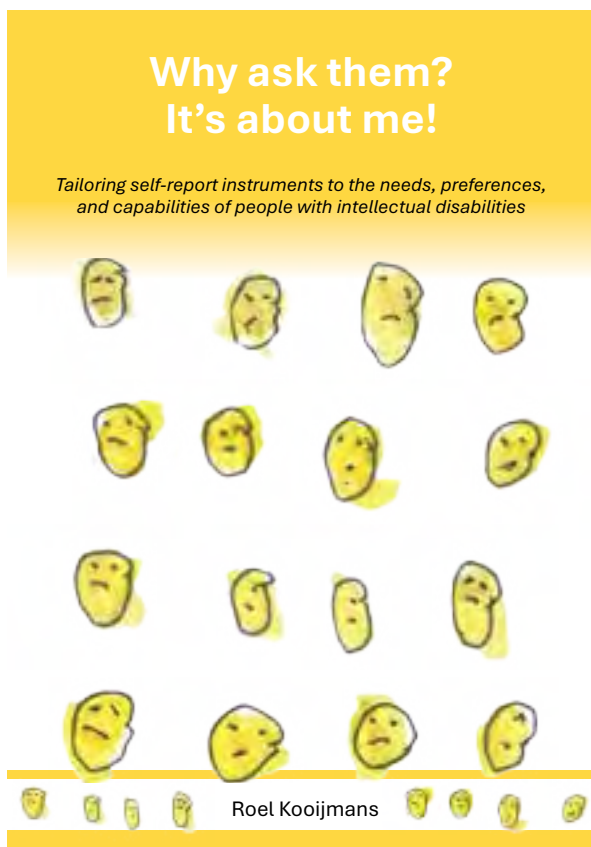
In zijn oratie betoogt André Mulder dat jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB) om verschillende redenen het risico lopen van verlies aan zingeving. Hij laat aan de hand van feiten zien dat mensen met een VB significant hoger scoren op een lange lijst met somatische aandoeningen, die een negatieve impact hebben op de kwaliteit van leven. Hetzelfde geldt voor het risico op psychische aandoeningen: jongeren met een LVB zijn tenminste tweemaal zo gevoelig voor het ontwikkelen van een aandachtsstoornis, ADHD, autisme, angststoornis en depressie. Kijken we naar gedragsproblemen en emotionele problemen, dan zien we een verhoogd risico voor oppositioneel-opstandig gedrag, destructief gedrag, zelfbeschadiging, antisociaal gedrag en delinquentie. Slachtofferschap ligt eveneens eerder op de loer, bijvoorbeeld voor seksuele uitbuiting, financiële problemen en verslavingen. Jongeren met een VB hebben vaker gedachten over suïcide en vertonen vaker suïcidaal gedrag dan andere jongeren.

Vanuit het bio-psychosociaal model stelt Mulder de vraag of er voldoende bij de situatie van jongeren met een LVB passende ondersteuning is om, ondanks deze risico's, een zinvol bestaan op te bouwen. Hij meent dat dat niet het geval is vanwege diverse vormen van achterstelling en uitsluiting. Om dat uit te leggen introduceert hij de term intersectionaliteit. In een intersectioneel perspectief wordt vanuit diverse maatschappelijke posities gekeken naar het individu. Het is niet alleen vanwege de beperking, die stigmatisering oplevert (validisme), dat jongeren moeite hebben met het opbouwen van een voor hen betekenisvol bestaan, maar ook door andere sociale posities waar sprake is van achterstelling. Mulder beschrijft hoe validisme samengaat met kansenongelijkheid door economische positie (armoede), gender of seksuele oriëntatie. Dit wordt zichtbaar in cijfers over gezondheid, maar ook over arbeidsparticipatie, educatie en zelfredzaamheid.

Mensen willen graag een zinvol leven leiden. Mulder gebruikt het model van Derkx om zingeving concreet te

maken in de context van de jongeren en noemt doelgerichtheid, morele rechtvaardiging, eigenwaarde, competentie, begrijpelijkheid, verbondenheid en transcendentie als zeven behoeften die, als deze worden vervuld, bijdragen aan de ervaring van betekenis. Daarbij maakt hij onderscheid tussen alledaagse zinervaring en existentiële zinervaringen. De laatste komen op als het alledaagse leven stroever gaat, spaak loopt en levensvragen oproept. Mulder toont aan dat als je de kenmerken van de jongeren (de beperking, de risico's qua gezondheid en de gedragsproblematiek) en de gevolgen van intersectionele achterstelling in verband brengt met de zeven zingevingsbehoeften, dat jongeren met een LVB een groot risico lopen op gestapeld zinverlies: allerlei factoren belemmeren ervaringen van erbij horen, autonomie, eigenwaarde en competentie. Dat maakt dat er vragen over het waarom en waartoe van dit leven met een beperking opkomen die op allerlei manieren in soms risicovol gedrag (verslaving, geweld, suicidaliteit) worden beantwoord.

Mulder vraagt nadrukkelijk om het leven van jongeren met een LVB te bezien in het licht van zingeving en begeleiding niet alleen te richten op veiligheid, participatie en gezondheid, maar op het opdoen van zinervaringen. Hij pleit voor verder onderzoek naar de zingevingsbronnen van jongeren en hoe die ingezet kunnen worden in de begeleiding; naar de rol die geestelijk verzorgers kunnen spelen en naar integraal zingevingsgericht werken binnen instellingen. Met zijn leerstoel draagt hij daar graag een steentje aan bij.



#### ROEL KOOIJMANS

Op 24 oktober 2025 verdedigde Roel Kooijmans zijn proefschrift *'Why ask them? It's about me!'*. De promotie vond plaats aan de Universiteit van Amsterdam. Hieronder volgt een samenvatting. Het proefschrift is via deze digitale link te lezen: <https://hva-uva.cloud.panopto.eu/Panopto/Pages/Viewer.aspx?id=de84ae14-6f18-4239-a6ce-b355009a8e4a>

Vaak zijn zelfrapportagevragenlijsten die we gebruiken bij diagnostiek of wetenschappelijk onderzoek zo ingewikkeld dat er twijfels zijn of mensen met een verstandelijke beperking betekenisvolle antwoorden kunnen geven. Als we willen dat zoveel mogelijk kinderen en volwassenen met een verstandelijke beperking *zelf* kunnen vertellen wat ze voelen, denken en belangrijk vinden, dan moet dat veel makkelijker! Maar hoe moeten de vragen er dan uitzien? Wat is begrijpelijke taal? Hoe kunnen begeleiders het beste ondersteunen als dat nodig is? Onze ervaring was dat ontwikkelaars en onderzoekers zich bij het maken van aanpassingen vooral baseerden op hun eigen praktijkervaring of enkele, vaak verouderde, wetenschappelijke bronnen. Daarom vonden we het tijd om de *evidence base* te inventariseren en uitbreiden!

Er waren voor ons twee belangrijke onderliggende redenen om dit onderwerp bij de kop te pakken in een promotie-onderzoek. In de eerste plaats was dit omdat mensen met een verstandelijke beperking het recht hebben om betrokken te worden bij alles wat voor hen belangrijk is in plaats van dat groepsleiding of een ouder of broer namens de persoon vertelt wat belangrijk is. Daarnaast weten we uit wetenschappelijk onderzoek dat mensen met een verstandelijke beperking het meestal ook beter zelf kunnen vertellen dan anderen, vooral als het gaat om door mensen zelf ervaren gevoelens, belevingen en gedachten. Vandaar dat de titel van het proefschrift luidt *'Why ask them? It's about me!'*.

Het proefschrift is opgebouwd uit drie delen. In het eerste deel onderzochten we door middel van een systematische review wat eerder al was onderzocht en wat we al wisten, om te komen tot voorlopige aanbevelingen. In het tweede deel werd door middel van empirisch onderzoek wetenschappelijke kennis toegevoegd over onderwerpen waarover nog weinig of niets bekend was. In het derde deel werd de bestaande en nieuwe kennis toegepast en werd onderzocht of dat leidde tot betere uitkomsten. Bij het uitvoeren van de onderzoeken betrokken we mensen met een verstandelijke beperking zo veel mogelijk, waar dat kon en passend was.

### Wat het onderzoek in dit proefschrift heeft opgeleverd

Als eerste de belangrijkste conclusie: het helpt echt om de onderbouwde aanbevelingen uit dit promotie-onderzoek toe te passen om vragenlijsten makkelijker te maken. Aanpassen van vragenlijsten zorgde in ons onderzoek ervoor dat meer mensen de vragen zelf kunnen invullen en dat de antwoorden betekenisvoller waren. Daarnaast bewogen de scores van de participanten en begeleiders naar elkaar toe. Ze waren het, meer dan bij de oorspronkelijke lijst, met elkaar eens over wat de participanten zelf kunnen en waar ze hulp bij nodig hebben. Een overzicht van de belangrijkste praktische aanbevelingen om vragenlijsten eenvoudiger te maken vind je door de QR-code te scannen.

Scan de QR-code voor een poster met belangrijke tips om vragen makkelijker te maken:



We ondervonden tijdens de onderzoeken dat het voor sommige professionals en verwanten helemaal niet vanzelfsprekend is dat hun cliënt kind of broer zelf kan vertellen wat hij belangrijk vindt. Maar in ons onderzoek vonden we op bijna alle bezwaren en twijfels wel een antwoord waaruit bleek dat ze dat vaak wel degelijk zelf kunnen, mits je vorm, taal en houding afstemt op de ontvanger! Hieronder staan bezwaren die we vaak hoorden en ons antwoord daarop.

*“Dit is veel te moeilijk voor hem, ik doe het wel namens hem.”*

We hebben gezien dat aanpassingen ervoor zorgen dat meer mensen betekenisvolle antwoorden kunnen geven, maar dan moeten ze hiertoe wel de kans krijgen! We bevelen aan om mensen die de vragenlijst zelf of met hulp in willen vullen het altijd zelf te laten proberen. Als je samen een oefenvraag of de eerste twee vragen van een vragenlijst invult, dan kun je goed inschatten of iemand het zelf of met hulp kan. Als het echt niet lukt dan kun je samen kijken wie de vragen dan het beste kan beoordelen over de persoon.

*“Hij kan dit helemaal niet zelf, ik help hem wel.”*

We kunnen er niet omheen dat sommige mensen met een verstandelijke beperking hulp nodig hebben bij het invullen van vragenlijsten. We zagen dat begeleiders die helpen op allerlei ongewenste manieren de antwoorden beïnvloedden. Dat gebeurt vooral als de persoon die geholpen wordt afhankelijk is van de persoon die hem of haar helpt. Dit is nog een reden om zoveel mogelijk mensen de kans te geven het zelf te proberen. En als er hulp nodig is, schakel dan ‘onpartijdige’ hulp in of laat de persoon zelf kiezen wie hem mag helpen.

*“Aparte vragenlijsten voor mensen met een verstandelijke beperking maken, kost tijd en moeite. Bovendien kunnen we de resultaten niet meer vergelijken.”*

Klopt! Dan maken we toch *inclusieve* lijsten? Door vanaf het begin van de ontwikkeling mensen met een verstandelijke beperking – en andere communicatieve of cognitieve beperkingen! – te betrekken, zorgen we ervoor dat *ieder- een* de vragen kan beantwoorden. Zo hoeven we geen aparte versie te maken voor mensen met een beperking.



### ROBIN KRANENDONK

Op 26 juni 2025 promoveerde Robin Kranendonk aan de Vrije Universiteit Amsterdam (VU) op haar proefschrift *Recognizing and interviewing suspects with intellectual disability*. Het onderzoek komt voort uit een samenwerking tussen de VU en het Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving (NSCR). Hieronder volgt een samenvatting. Het volledige proefschrift is via deze digitale link te lezen: <https://research.vu.nl/en/publications/recognizing-and-interviewing-suspects-with-intellectual-disability>

Mensen met een licht verstandelijke beperking of zwakbegeerdheid (hierna: LVB) zijn oververtegenwoordigd binnen de strafrechtketen. Naar schatting heeft één op de drie verdachten die wordt verhoord door de politie een LVB. Deze beperking wordt vaak niet herkend door politie en andere strafrechtprofessionals, doordat 'streetwise' of meegaand gedrag onjuist wordt geïnterpreteerd. Het uitblijven van tijdige herkenning vergroot het risico dat er tijdens verhoren niet op de behoeften van verdachten met een LVB wordt ingespeeld. Er wordt dan geen rekening gehouden met het feit dat zij hun rechten vaak niet begrijpen, gevoelig zijn voor suggestie en de neiging hebben om

op alle vragen 'ja' te antwoorden. Verhoren die niet zijn afgestemd op de cognitieve beperkingen van verdachten kunnen leiden tot onvolledige of onjuiste verklaringen, en zelfs tot valse bekentenissen. Dit kan resulteren in onterechte veroordelingen, inadequate afdoeningen of het uitblijven van passende hulp. Kennis over LVB in politieverhoren is daarom cruciaal voor een eerlijk en doelmatig strafproces.

Dit proefschrift brengt, op basis van een literatuurstudie en 53 interviews met LVB-experts en strafrechtprofessionals (rechercheurs, officieren van justitie en advocaten), inzichten in kaart over het herkennen en bejegenen van verdachten met een LVB tijdens politieverhoren. Een daaropvolgende veldanalyse van de Nederlandse verhoorpraktijk in zwaardere en veelvoorkomende criminaliteitszaken (VVC) laat zien hoe verhoorders een LVB signaleren, welke verhoortechnieken zij toepassen, en hoe deze de inhoud van verklaringen beïnvloeden bij verdachten met en zonder een (vermoedelijke) LVB.

Volgens professionals is het *signaleren van een LVB* vóór het verhoor essentieel. Informatie-uitwisseling tussen politie en zorginstanties wordt echter bemoeilijkt door tijdsdruk en privacywetgeving. Wanneer voorinformatie ontbreekt, kunnen verhoorders persoonlijke vragen stellen die mogelijk leiden tot indicatoren voor een LVB. Doorvragen is volgens professionals cruciaal, maar ontbreekt vaak in VVC-zaken vanwege het gebruik van standaard verhoorplannen.

Observaties van 80 persoonsgerichte politieverhoren laten zien hoe verhoorders specifieke onderwerpen aansneden om een LVB te herkennen en welke indicatoren van kwetsbaarheid daarbij naar voren kwamen. Verhoorders met een specialistische verhooropleiding en voorkennis van een LVB richtten zich vaker op thema's die helpen bij de signalering van een LVB (opleiding, hulpverlening), en vroegen vaker door dan basispolitieverhoorders zonder aanvullende opleiding. Deze laatste groep richtte zich vooral op algemene onderwerpen (werk, verslaving), die vaak op routinematige wijze werden besproken. Waarschijnlijk blijft een LVB daardoor vaak onopgemerkt: bij slechts 3% van de verdachten in de onderzochte basispolitieverhoren was een LVB vooraf bekend. Tegelijkertijd vertoonde 44% van de overige verdachten duidelijke signalen van een LVB (zoals praktijkonderwijs, hulpverlening of dagbesteding). Verhoorders pasten dan zelden de beschermende maatregelen voor kwetsbare verdachten toe. Driekwart van de verdachten met een mogelijke LVB



zag af van rechtsbijstand, zonder dat zij over de gevolgen van deze keuze werden geïnformeerd. Dit roept de vraag op in hoeverre verhoorders hun verhooraanpak daadwerkelijk aanpassen bij signalen van LVB.

Volgens professionals is het *aanpassen van de verhooraanpak* aan LVB-gerelateerde beperkingen essentieel, aangezien elk type vraag risico's met zich meebrengt voor de volledigheid en accuraatheid van verklaringen. Bijna een derde van de professionals gaf aan in het verleden een valse bekentenis te hebben meegemaakt.

De analyse van 90 zaakgerichte politieverhoren liet slechts kleine verschillen zien tussen de verhooraanpak voor verdachten met een vermoedelijke LVB en die zonder indicatoren van een LVB. Dit impliceert dat verhoorders signalen van een LVB niet hebben opgemerkt of hun verhooraanpak niet hebben aangepast aan de verdachte. Opgelichte verhoorders die verdachten met een LVB verhoorden, pasten hun aanpak wel aan: zij gebruikten eenvoudigere taal, namen pauzes, legden rechten uit en controleerden of deze begrepen werden. Ze investeerden meer in het opbouwen van een werkrelatie en gebruikten minder 'harde' confrontaties. Tegelijkertijd gebruikten zij vaker sturende technieken, soms met de bedoeling verdachten te ondersteunen bij het geven van informatie. Dit stimuleerde verdachten tot het afleggen van verklaringen, maar het blijft onzeker of deze voortkwamen uit sturing of verhoogde volgzzaamheid. Specifieke en suggestieve vragen leidden tot gerichte antwoorden op vragen. Bij alle verdachten, met en zonder een LVB, leidde een open vraagstelling, een actief luisterende houding en het verifiëren en samenvatten van antwoorden tot meer zaakgerichte informatie. De hoeveelheid informatie in deze antwoorden was weliswaar beperkter bij verdachten met een LVB, maar dergelijke technieken stimuleerden hen wel om zonder sturing van verhoorders hun eigen verhaal te vertellen.

Tijdens de verhoren hadden veel verdachten met een (vermoedelijke) LVB moeite met het begrijpen van hun rechten, het beantwoorden van gestelde vragen en het geven van relevante informatie. Sommigen bekenden zelfs andere misdrijven zonder de gevolgen hiervan te overzien. Naast 'streetwise', opstandig of meegaand gedrag vielen vooral hun beïnvloedbaarheid en beperkte of soms ongepaste taalgebruik op. De wens om naar huis te gaan stimuleerde het afleggen van een verklaring.

De bevindingen van dit proefschrift hebben belangrijke implicaties voor onderzoek, beleid en praktijk. De verhoren laten zien waar risico's mogelijk kunnen worden beperkt,

hoe verhoren kunnen worden verbeterd en hoe betrouwbare informatie kan worden verkregen. Omdat verhooropleidingen aantoonbaar bijdragen aan herkenning en maatwerk, is structurele inbedding van het thema LVB in de opleidingen van politie, advocatuur en justitie essentieel, ook in relatie tot slachtoffers en getuigen. Daarnaast is samenwerking tussen politie, justitie en het zorgdomein cruciaal voor tijdige een signalering van een LVB en een zorgvuldige behandeling van verdachten. Het proefschrift doet aanbevelingen voor het standaard evalueren van kwetsbaarheid en de versterking van procedurele waarborgen. Door de Nederlandse verhoorpraktijk te vergelijken met internationale richtlijnen draagt dit onderzoek bij aan verdere professionalisering van (inter)nationale verhoorpraktijken. Het onderzoek ondersteunt zo een eerlijk strafproces waarin de verhoorkwaliteit en rechtsbescherming van alle verdachten centraal staan.



### SUZANNE LOKMAN

Op 27 juni 2025 promoveerde Suzanne Lokman op haar proefschrift *Towards optimal support for people with mild intellectual disabilities and severe challenging behaviour: Unconditional, contextual and safe*. Haar promotie vond plaats aan Tilburg University, waar zij haar promotieonderzoek uitvoerde aan de Academische werkplaats Leven met een verstandelijke beperking (promotoren prof. dr. Petri Embregts en prof. dr. Robert Didden). Hieronder volgt een korte samenvatting. Het proefschrift is via deze digitale link te lezen: <https://www.awvb.nl/onderzoek/pro-intensieve-ondersteuning-binnen-een-orthopedagogische-behandelcontext/>

Een deel van de mensen met een licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid, psychische problematiek en ernstige gedragsproblemen (LVB+) krijgt herhaaldelijk te maken met overplaatsingen tussen (forensische) zorginstellingen of detentie. Zij ervaren gevoelens van wanhoop en verlies van toekomstperspectief door sterke vrijheidsbeperkingen en handelingsverlegenheid van zorgprofessionals. In dit proefschrift staat de vraag centraal hoe residentiële zorgorganisaties en hun externe stakeholders een ondersteunende context kunnen creëren

die de kwaliteit van leven van mensen met LVB+ vergroot en overplaatsingen helpt voorkomen.

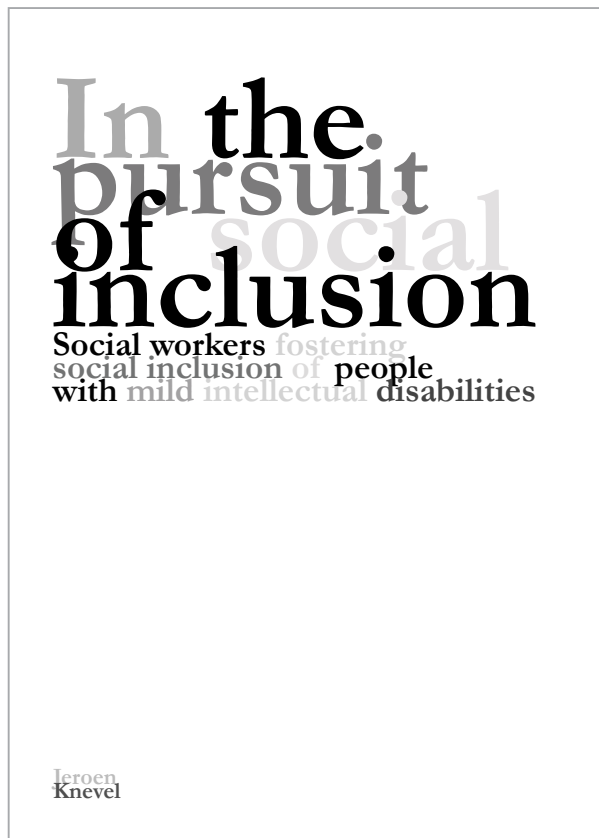
Het onderzoek vond plaats binnen Pro, een project dat in 2017 startte met steun van het ministerie van VWS. Pro is een samenwerkingsverband tussen drie zorgorganisaties voor mensen met LVB+ (ASVZ, Pluryn en Trajectum), twee zorgkantoren (VGZ en Zilveren Kruis) en het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE). Voor het project selecteerden de zorgkantoren 24 mensen met LVB+.

Om richting te geven aan het verbeteren van hun kwaliteit van leven, heeft Pro acht uitgangspunten geformuleerd. Deze punten gaan onder andere over onvoorwaardelijkheid in verblijf en in de ondersteuning, aansluiten bij de behoeften van mensen met LVB+, en een zo gewoon mogelijk leven bieden. In het proefschrift is onderzocht wat in de praktijk belangrijk is om te kunnen werken volgens de Pro-uitgangspunten en hoe zorgorganisaties deze punten toepassen. Daarbij was er specifieke aandacht voor het thema veiligheid – zowel voor cliënten als voor medewerkers binnen zorgorganisaties en voor de maatschappij.

De resultaten laten zien dat voor het in de praktijk brengen van de Pro-uitgangspunten onder meer belangrijk is dat zorgorganisaties de tijd nemen voor een goede voorbereiding, waarbij cliënten en begeleiders vroegtijdig met elkaar kennismaken. Ook zijn aandacht voor een veilig en positief teamklimaat, onderlinge steun, een stabiel team en medewerkers die zich op *alle* niveaus in de organisatie verbinden aan de visie van onvoorwaardelijkheid van belang.

Bij het toepassen van de uitgangspunten speelde investeren in relaties een belangrijke rol. Op verschillende niveaus bleken betere relaties gevoelens van veiligheid te vergroten, zowel bij mensen met LVB+ als bij hun omgeving. Teamleiders, managers en behandelaars kunnen bijvoorbeeld bijdragen aan het gevoel van veiligheid van begeleiders door nauwe betrokkenheid en praktische en emotionele steun. Daarnaast liet het onderzoek zien dat een intensievere samenwerking tussen zorgorganisaties en politie kan leiden tot betere processen voor het managen van risico's bij het meedoen van cliënten met LVB+ in de samenleving.

Samenvattend onderstreepte het onderzoek dat, hoewel de zorg en ondersteuning voor mensen met LVB+ complex en uitdagend is, het essentieel blijft om uit te gaan van onvoorwaardelijkheid, een contextuele aanpak en veiligheid.



### JEROEN KNEVEL

Op 9 april 2025 promoveerde Jeroen Knevel aan de Universiteit voor Humanistiek op zijn proefschrift *In the pursuit of social inclusion: Social workers fostering social inclusion of people with mild intellectual disabilities*. Hieronder volgt zijn samenvatting. Het proefschrift is via deze digitale link te lezen: [https://research.uvh.nl/ws/portalfiles/portal/65323378/PROEFSCHRIFT\\_-\\_JEROEN\\_KNEVEL.pdf](https://research.uvh.nl/ws/portalfiles/portal/65323378/PROEFSCHRIFT_-_JEROEN_KNEVEL.pdf)

Sommigen noemen het VN-verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap ook wel het inclusieverdrag. Het zet in op inclusie als doel en tegelijkertijd fungeert het als een leidend beginsel voor alle andere rechten in het verdrag. Daarbij kijkt het VN-verdrag vanuit de bril van het sociale model. Dat wil zeggen, de beperking is niet alleen een kenmerk van een individu; vooral de wisselwerking met hoe onze samenleving is georganiseerd beïnvloedt hoe sterk een beperking een rol speelt in het leven van de persoon met een beperking. Het sociaal werk is één van de beroepsgroepen die samenwerkt met personen met een beperking. Deze beroepsgroep heeft daarbij de opdracht om de rechten van personen met een beperking te bewaken en te bevorderen. Denk hierbij aan de toegankelijkheid van informatie of publieke voorzieningen,

zelf beslissingen te nemen over zaken die iemands eigen leven aangaan, de mogelijkheid om ongehinderd en zelfstandig te reizen met openbaar vervoer, de keuze om zelfstandig te kunnen wonen in de maatschappij, het hebben van waardig werk enzovoorts. De vraag van dit proefschrift was hoe sociaal werkers binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg de inclusie van volwassenen met een licht verstandelijke beperking kunnen bevorderen.

Om antwoord te geven op de onderzoeksvraag is gekozen voor een inclusief actie- en ontwerponderzoek. Op drie locaties in Nederland (Wageningen, Amersfoort en Amsterdam) zijn ontwikkelwerkplaatsen ingericht. Hier kwamen gedurende twee jaar, elke zes tot acht weken, sociaal werkers (zoals begeleiders, coaches en managers) en mensen met een verstandelijke beperking samen. In deze bijeenkomsten werden praktijkvraagstukken rond inclusie besproken. De deelnemers kozen gezamenlijk relevante kwesties en ontwikkelden mogelijke antwoorden, die in de praktijk werden getest en geëvalueerd. In totaal vonden 47 bijeenkomsten plaats met 22 deelnemers. De methode is intensief en tijdrovend, maar bleek zeer leerzaam en inspirerend voor alle betrokkenen.

### Inclusie moeten we genereren

Voornaamste bevindingen uit het onderzoek zijn samen te vatten in statements. De eerste luidt: inclusie moeten we genereren. Net zoals Artificial Intelligence met behulp van talloze beschikbare data allerlei teksten en beelden weet te produceren – gangbare term in de AI wereld is ‘genereren’ – zo kunnen sociaal werkers inclusie maken met behulp van kennis en ervaring, inclusief de ervaringskennis. Sommige praktijken die inclusie genereren hebben opvallende, terugkerende kenmerken die in het onderzoek zijn geclusterd in drie paraplutermen, namelijk belangenbehartiging (opkomen voor jezelf en de ander), intrapreneurschap (ondernemendheid) en actorschap (doelgericht regie hebben op jouw werk en leven). Dat noem ik generatieve praktijken: concrete alledaagse social work praktijken die een vorm van sociale inclusie opwekken.

### We hebben nadrukkelijk(er) inclusieve en inclusiegerichte competenties nodig in het sociaal werk

Generatieve praktijken bestaan uit een combinatie van competenties en leiden tot het inzicht dat sociaal werk nadrukkelijk inclusiegerichte vaardigheden vereist, benaderd vanuit een mensenrechtenperspectief. Sociaal werk gaat verder dan hulpverlening op basis van goede bedoe-

lingen; het draait ook om het actief vormgeven en waarborgen van rechten. Die rechten zijn niet alleen juridisch verankerd, maar krijgen betekenis door hoe we ze in de praktijk realiseren.

Inclusie is zowel een mensenrecht als een dagelijkse praktijk. Competenties zoals betrokkenheid, verstaan, beoordelen, interveniëren, versterken en ontwikkelen zijn bekend, maar krijgen een andere invulling wanneer ze bewust worden gekoppeld aan inclusie. Zo betekent interveniëren niet alleen het beperken van risico's, maar ook het actief optreden tegen discriminatie of stigmatisering van mensen met een verstandelijke beperking.

### Inclusie is en blijft dynamisch

Wellicht een open deur, maar wat zijn de krachtenvelden waarin je je als sociaal werker begeeft? Werken aan inclusie betekent altijd werken aan verandering, beïnvloed door variabelen zoals het maatschappelijk klimaat, sociaaleconomisch beleid, bestuurskeuzes, organisatiecultuur, teamfunctioneren, individuele motivatie. Die factoren kunnen zowel ondersteunend als belemmerend zijn.

Inclusiegericht werken vraagt om echte, invloedrijke participatie – en die is lang niet altijd vanzelfsprekend. Vaak is participatie slechts symbolisch: tokenisme. En in die dynamiek mogen we intersectionaliteit niet vergeten. Inclusie draait niet om één identiteitsaspect (zoals de beperking), maar om het geheel: gender, geloof, kleur, klasse, opleiding enzovoorts. Die zijn minstens zo belangrijk – zo niet belangrijker – dan de beperking zelf. Focussen op enkel de beperking is essentialistisch en daarmee niet inclusief.

Wat zijn nu toepassingsmogelijkheden van deze bevindingen? Voor onderzoek en beleid bieden de resultaten houvast als analysekader. Voor deskundigheidsbevordering (onderwijs en trainingen) biedt het inspiratie voor trainingsmateriaal alsook voor herziening van curricula van opleidingen die inclusiegerichtheid hoog in het vaandel (willen) hebben. Verder kan het de praktijk stimuleren om de competentieprofielen en functieprofielen nog eens onder de loep te nemen; in hoeverre zijn deze inclusiegericht, zouden deze inclusiegerichter kunnen zijn? En de bevindingen kunnen benut worden als reflectietool op de praktijk. Het sociaal werk kan in ieder geval een stuk inclusiever en inclusiegerichter.



### WOUTER DE WIT

Op 17 juni 2025 promoveerde Wouter de Wit op zijn proefschrift *Supporting sexual health: The perspectives of people with mild intellectual disabilities, relatives and support staff on sexual health, sex support and sex education*. De promotie vond plaats aan de Tilburg University. Hieronder volgt de samenvatting. Het proefschrift is via een link op deze pagina te lezen: <https://www.awvb.nl/onderzoek/attitudes-ten-aanzien-van-seksualiteit-en-mensen-met-een-verstandelijke-beperking/>

Seksuele gezondheid is voor iedereen belangrijk, ook voor mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB). Zij hebben vaak dezelfde seksuele behoeften en verlangens als ieder ander, maar vergeleken met mensen zonder beperking hebben zij vaak minder seksuele kennis, minder seksuele ervaringen en minder relaties. Ook hebben zij een hoger risico op seksueel misbruik. Om met deze uitdagingen om te gaan zijn zij vaak afhankelijk van de mogelijkheden die naasten en begeleiders bieden om seksuele ervaringen en kennis te hebben. Naasten en begeleiders zijn zich bewust van hun rol om seksuele ondersteuning en voorlichting aan te bieden, maar zij zijn vaak onzeker hoe ze dit het beste kunnen doen; door seksuele ervarings-

gen te ondersteunen of door bescherming te bieden tegen mogelijk negatieve gevolgen.

Om de seksuele ondersteuning en voorlichting goed af te stemmen op de behoeften van mensen met een LVB, is onderzoek gedaan naar 1. positieve en negatieve attitudes ten aanzien van seksuele gezondheid bij mensen met een LVB, 2. naar wat mensen met een LVB, naasten en begeleiders verstaan onder seksuele gezondheid en 3. wat volgens experts belangrijk is voor de ondersteuning en voorlichting van seksuele gezondheid. Het onderzoek vond plaats bij de Academische Werkplaats Leven met een verstandelijke beperking (AWVB; Tranzo, Tilburg University) door Wouter de Wit, onder begeleiding van prof. dr. Petri Embregts, dr. Noud Frielink en dr. Diana Roeg, en mede mogelijk gemaakt door Zuidwester en het Zorgondersteuningsfonds

Uit een systematische literatuurstudie bleek dat mensen met een LVB, naasten en begeleiders zowel positieve als negatieve attitudes hebben ten aanzien van seksueel gedrag, identiteit, relaties, barrières, ondersteuning en voorlichting. De seksuele ondersteuning en voorlichting dient aangepast te worden aan de individuele verschillen tussen mensen met een LVB. Naasten en begeleiders onderschrijven het belang van seksuele ondersteuning én voorlichting. Zij wensen duidelijke richtlijnen hoe dit aan te kunnen bieden.

Een concept mapping studie gaf inzicht in hoe mensen met een LVB, naasten en begeleiders seksuele gezondheid conceptualiseren. Allen waren het erover eens dat seksuele ervaringen belangrijk zijn voor seksuele gezondheid, zoals zoenen, vrijen, knuffelen, strelen, maar ook abstinentie. Zij vonden het belangrijk dat mensen met een LVB zelf mogen bepalen hoe zij zich seksueel uitdrukken. Daarnaast waren seksuele toestemming en elkaars wensen en grenzen respecteren belangrijke thema's voor alle respondenten. Binnen hun concept van seksuele gezondheid vonden mensen met een LVB relaties een cruciaal thema. Naasten en begeleiders benadrukten juist seksuele ondersteuning en voorlichting, zodat de doelgroep kan leren wat gezonde en ongezonde seksualiteit is. Voor naasten lag daarbij meer de nadruk op sociale seksualiteit (hoe om te gaan met anderen op seksueel vlak) en voor begeleiders de seksuele identiteit (LHBTIQ+ en fetisjen).

Ten slotte werd met een Delphi-studie overeenstemming gezocht onder experts over de voorwaarden voor seksuele ondersteuning en voorlichting. De experts waren ervaringsdeskundigen met een LVB, naasten, begeleiders,

gedragsdeskundigen en seksuologen. De deelnemende experts omschreven een positieve en accepterende houding ten aanzien van seksuele gezondheid als een noodzakelijke houding voor seksuele ondersteuning en voorlichting. Ze omschreven verschillende vereisten, zoals een duidelijk beleid, training en voldoende middelen. Ten aanzien van seksuele ondersteuning en voorlichting is het volgens de experts belangrijk dat alomvattende informatie wordt geboden in een open, informatief en niet-oordelend gesprek, waarbij overbescherming wordt vermeden. Begeleiders werden gezien als de meest geschikte aanbieders daarvan, vanwege hun dagelijkse contact met mensen met een LVB. Daarnaast kunnen zij bij specifieke seksuele problemen experts raadplegen, zoals een seksuoloog. De seksuele ondersteuning en voorlichting wordt bij voorkeur geboden in een behandelkamer of een neutrale ruimte in de buurt van de woning, waarbij de timing van de ondersteuning en voorlichting zowel proactief als reactief kan zijn. Tot slot werd een effectieve samenwerking met het netwerk van de persoon met een LVB als cruciaal gezien, waarbij mensen met een LVB zelf betrokken worden bij de besluitvorming.

Concluderend zien we in ons onderzoek dat mensen met een LVB beperking, naasten en begeleiders seksuele gezondheid zien als een breed begrip waar veel thema's onder vallen, waaronder seksueel gedrag, identiteit, relaties, barrières, ondersteuning en voorlichting. Vanwege individuele verschillen tussen mensen met een LVB is een zorgvuldige afstemming van seksuele ondersteuning en voorlichting op hun seksuele en onderwijsbehoeften nodig. De drie deelnemende groepen bleken verder op cruciale punten van elkaar te verschillen in wat zij belangrijke thema's vinden ten aanzien van seksuele gezondheid. Hierdoor ontstaat een risico dat de geboden seksuele ondersteuning en voorlichting onvoldoende aansluit op de seksuele behoeften van de mensen met een LVB. Het blijkt daarbij van belang om seksuele gezondheid op een positieve manier te benaderen.

Voor de praktijk is het van belang om uitgebreide seksuele ondersteuning en voorlichting aan te bieden, waarbij relaties een centrale plek innemen in tegenstelling tot het voorkomen van seksuele risico's. Ook is samenwerking tussen mensen met een LVB, naasten en begeleiders cruciaal. Welke thema's je bespreekt, hoe en wanneer dient aangepast te worden aan de seksuele behoeften, kennis en ervaringen van de persoon met een LVB. Voor naasten en begeleiders is een positieve en accepterende houding



ten aanzien van seksuele gezondheid cruciaal, waarin zij zich gesteund voelen in beleid en training. Omdat veel naasten en begeleiders een dilemma ervaren tussen ondersteunen of beschermen, kan gespreksvoering die de seksuele zelfbeschikking van mensen met een LVB ondersteunt cruciaal blijken.

## PUBLICATIE

### Nieuwe publicatie van het Landelijk Kenniscentrum LVB: Handreiking zelfrapportage LVB

Douma, J., Moonen, X., Ovsiannikova, K., & Noordhof, L. (2025). *Handreiking zelfrapportage LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en afnemen van (diagnostische) instrumenten bij mensen met een licht verstandelijke beperking*. Landelijk Kenniscentrum LVB.



In het verleden werd in (diagnostisch) onderzoek naar, over of ten behoeve van mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) vaak gebruikgemaakt van zogeheten ‘proxies’: mensen die namens en over de persoon met een LVB informatie geven, zoals ouders, leerkrachten en begeleiders. Toen ging men er nog van uit dat mensen met een LVB niet of onvoldoende in staat zijn om zelf betrouwbare of betekenisvolle informatie te geven, omdat ze de vragen niet goed zouden begrijpen en hun antwoorden niet goed zouden kunnen verwoorden. In de laatste decennia is dat gelukkig veranderd. Nu is het uitgangspunt dat dit onderzoek juist wel bij de persoon met een LVB zelf uitgevoerd moet worden. Hij kan immers zelf het beste aangeven wat hij kan, lastig vindt, voelt, denkt, wilt etc. Wetenschappelijk onderzoek onderschrijft dit en toont aan dat het wel degelijk mogelijk is om op betrouwbare en valide wijze (diagnostisch) onderzoek te doen bij mensen met een LVB en dat zij in staat zijn tot zelfrapportage als er tijdens de ontwikkeling en afname van een (diagnostisch) instrument maar rekening wordt gehouden met de LVB.

Hoe er rekening gehouden kan worden met de LVB, stond al beschreven in de Richtlijn diagnostisch onderzoek LVB, die in 2012 door het Landelijk Kenniscentrum LVB is uitgegeven. Onlangs is de volledig geactualiseerde versie ervan verschenen, maar onder een andere titel, namelijk Handreiking zelfrapportage LVB. We hebben dit aangepast omdat de oorspronkelijke hoofdtitel te veel de indruk wekte dat zou worden aangegeven hoe er diagnostisch onderzoek naar een LVB gedaan kan worden en welke instrumenten daarvoor ingezet kunnen worden. Dat is echter niet het geval.

De handreiking staat in het teken van het bevorderen van zelfrapportage door mensen met een LVB of, met andere woorden, hoe we de inbreng van mensen met een LVB zelf in (diagnostisch) onderzoek zo waardevol mogelijk kunnen

laten zijn. We besteden daarbij aandacht aan de constructie van een instrument (vragenlijst en test), aan het afnemen van een instrument bij iemand met een LVB, en aan het verwerken van de verkregen antwoorden of resultaten.

De handreiking is daarmee relevant voor: 1. ontwikkelaars van vragenlijsten en tests die bedoeld zijn voor afname bij mensen met een LVB en 2. degenen die een test of vragenlijst bij iemand met een LVB gaan afnemen.

Voor deze update is er in 2023–2024 (wederom) een beknopte literatuurstudie gedaan om de inzichten in de oorspronkelijke versie te toetsen, te onderbouwen en te actualiseren. Daarnaast zijn er interviews gehouden met psychodiagnostisch medewerkers, testontwikkelaars en ervaringsdeskundigen.

In de handreiking staat een uitvoerige beschrijving van de ‘kenmerken’ van een LVB die het doen van ‘standaard’ (diagnostisch) onderzoek compliceren. Vervolgens doen we concrete aanbevelingen over hoe met deze kenmerken rekening kan worden gehouden bij het ontwikkelen of aanpassen van (diagnostische) instrumenten die afgenomen gaan worden bij mensen met een LVB. Daarbij gaat het o.a. over de inhoud van een instrument, het taalgebruik en over de vormgeving van een instrument. Tot slot beschrijven we hoe tijdens de afname van een test of vragenlijst zo goed mogelijk kan worden aangesloten op de LVB van de respondent. Hierbij gaat het bijvoorbeeld over de testruimte, over communicatie en bejegening en over het gebruik van visuele ondersteuning.

In het laatste hoofdstuk staan de aanbevelingen nog een keer beknopt weergegeven. Deze samenvatting is ook als los document te downloaden.

De handreiking en de samenvatting zijn gratis te downloaden via <https://kenniscentrumlvb.nl/product/handreiking-zelfrapportage-lvb/>

## TERUGBLIK OP DE WORKSHOPS VAN HET JUBILEUMCONGRES

*Op 26 juni jl. vond het Jubileumcongres van het Landelijk Kenniscentrum LVB (LKC LVB) plaats vanwege haar 25-jarig bestaan. De ochtend was gevuld met inspiratielezingen door Sharon Stellaard en Mark Mieras en een optreden van Theatergroep Kraak. Het middagdeel bestond uit workshops die werden ingevuld door de deelnemers (aangesloten (zorg) organisaties) van het LKC LVB, Academische Werkplaats Kajak en door het LKC LVB zelf.*

*Hieronder volgt een samenvatting van deze workshops. De bijbehorende slides, met dezelfde workshopnummering, zijn hier te downloaden: <https://www.kenniscentrumlvb.nl/jubileum-congres-2025/>*

### KIND IN GEZOND SYSTEEM (KINGS): EEN BEHANDELPROGRAMMA VOOR HET HELE GEZIN (WORKSHOP 1.1A)

Diana Hartogs – Regiebehandelaar bij Koraal  
Karin Taphoorn – Regiebehandelaar bij Koraal

KINGS is een intensief, gezinsgericht behandelprogramma dat 10 jaar geleden ontwikkeld is door Accare. In maart 2023 is Koraal gestart met het aanbieden van KINGS, in samenwerking met Accare.

KINGS richt zich op gezinnen die ingrijpende ervaringen hebben meegemaakt en in het dagelijks leven te maken hebben langdurige, meervoudige problematiek. Tijdens KINGS verblijft het hele gezin 8 weken in een woning van Koraal en ontvangen alle gezinsleden, afzonderlijk en gezamenlijk, behandeling. De gezinsbehandeling richt zich op traumaverwerking bij ouders en kinderen en op het vergroten van de sensitiviteit, responsiviteit en opvoedvaardigheden van ouders. Het doel is dat kinderen opgroeien in een gezond systeem en dat uithuisplaatsing kan worden voorkomen. De methode is afgestemd op gezinnen waarbij sprake is van een LVB bij één of meerdere gezinsleden.

De KINGS-behandeling bestaat uit 3 fasen. In fase 1 staan veiligheid, het aanbrengen van structuur en begrip krijgen voor gedrag, centraal. In fase 2 vinden intensieve traumabehandeling van de ouder en de voorbereiding van de traumabehandeling van het kind plaats. In fase 3 richt de ouder zich op de bestaande patronen en het doorbreken hiervan, door het versterken van de opvoedvaardigheden. Daarnaast start de traumabehandeling van het kind. Tot slot is aandacht voor de nazorg essentieel, zodat het geleerde kan worden vastgehouden.

Bij 18 gezinnen zijn op een voor-, tussentijdse en nameting de ervaren traumaklachten, de opvoedbelasting en de psychosociale problemen in kaart gebracht, bij zowel ouders als kinderen. Daarnaast vindt na drie maanden een follow-up plaats. De belangrijkste conclusies uit deze metingen zijn:

- Er is een significante afname van traumaklachten bij ouders.
- Er is een afname van de opvoedbelasting bij ouders.
- Er is een sterke afname van traumaklachten bij de kinderen.
- Er is een vermindering van psychosociale klachten bij kinderen, m.n. op het gebied van emotionele problemen en aandachtstekort/hyperactiviteit.

Dit toont aan dat gezinnen met een betekenisvolle vooruitgang hebben kunnen boeken door middel van KINGS.

Het is aan te bevelen om ouders en kinderen gezamenlijk te behandelen, in plaats van ieder afzonderlijk, waarbij aandacht voor de levensgeschiedenis van deze gezinnen van belang is om te kunnen begrijpen waar de disfunctionele gezinspatronen vandaan komen. Tot slot zijn goede nazorg en lokale samenwerking met ketenpartners essentieel om zo een duurzame verandering te bewerkstelligen en intergenerationele patronen uiteindelijk te doorbreken.

#### Meer informatie

- <https://www.accare.nl/child-study-center/onderzoeken/kind-in-gezond-systeem-kings>
- KINGS: trauma-behandeling voor kwetsbare gezinnen: <https://www.kaponline.nl/magazine-artikelen/kings-trauma-behandeling-voor-kwetsbare-gezinnen/>

## NIKA ALS GEHECHTHEIDSINTERVENTIE BIJ DE LVB-DOELGROEP (WORKSHOP 1.1B)

**Ellen Visscher – Orthopedagoog-generalist en NIKA practitioner i.o. bij Ambiq**

**Rianne Veurink – Orthopedagoog en NIKA practitioner bij Ambiq**

Uit diverse richtlijnen (waaronder die van de Richtlijnen jeugdhulp & jeugdbescherming en die van AW Kajak) komt naar voren dat jeugdigen met een LVB een verhoogd risico hebben op een problematische gehechtheid en een grotere kans op een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie. Dit kan leiden tot diverse problemen op gebied van zelfbeeld, zelfstandigheid en emotieregulatievaardigheden. Dit zien we ook terug bij de jeugdigen met een LVB bij Ambiq.

Het verbeteren van de ouder-kindrelatie is belangrijk voor het welzijn van de jeugdigen en het verminderen en voorkomen van deze problemen. Ambiq heeft daarom gekozen om NIKA op te nemen in haar behandelaanbod. In deze workshop is NIKA toegelicht en de mate waarin het ook in te zetten is bij cliënten met een licht verstandelijke beperking (LVB).

NIKA is een (beschermde) methodiek ontwikkeld door N. Draaisma en K. Zuidgeest en door het NJi beoordeeld als theoretisch goed onderbouwd. NIKA wordt ingezet bij kinderen van ongeveer 6 maanden tot ongeveer 12 jaar. Er wordt onderscheid gemaakt tussen NIKA en NIKA-ouderbegeleiding. NIKA is bedoeld voor gezinnen waarbij er vragen zijn over de band tussen ouder en kind en met name voor gezinnen die onder druk staan, bijvoorbeeld door stress, ingrijpende gebeurtenissen of moeite met het hanteren van emoties en het verplaatsen in de ander. Voor deze gezinnen kan NIKA betekenen dat de ouder beter leert begrijpen wat de invloed van de eigen problemen is op het ouder- en het kindgedrag. Vanuit begrip wordt gewerkt aan verandering. Hierbij wordt gebruikgemaakt van video-feedback en zijn er visuele werkkaarten om ouders stap voor stap vaardigheden aan te leren om sensitief en responsief te zijn naar hun kind.

Nadat een aantal collega's binnen Ambiq waren opgeleid in NIKA hebben we onderzocht of de methodiek aansluit bij onze doelgroep (kinderen en/of ouders met een LVB) d.m.v. panelgesprekken, literatuuronderzoek en interviews met cliënten. Hierover komt nog een artikel van J. Nolten in het tijdschrift *Kind & Adolescent Praktijk*. Samengevat is de conclusie dat NIKA toepasbaar is bij cliënten met een LVB waarbij er inhoudelijk geen aanpassingen in de

methodiek gedaan hoeven te worden, maar je wel maatwerk levert door rekening te houden met de LVB. Maatwerk bestaat bijvoorbeeld uit extra visuele ondersteuning toevoegen, tempo aanpassen wat per sessie besproken/geoefend wordt, en taalgebruik versimpelen. Daarnaast zal het accent vaak liggen op meer sessies ouderbegeleiding.

We hebben gezien dat ouders en kinderen profiteren van NIKA. Ouders geven aan dat ze meer inzicht krijgen in de impact van hun eigen hechtingsgeschiedenis. De werkkaarten geven ouders houvast en duidelijkheid. Kinderen genieten als ouders met interesse naar hen kijken en laten merken dat ze hun kind zien en begrijpen.

Ambiq heeft sinds juni 2025 de NIKA-licentie ontvangen. De komende periode gaan we NIKA verder implementeren binnen onze organisatie. We bevelen het andere organisaties die werken met ouders en/of kinderen met een LVB van harte aan.

### Meer informatie

- [www.nika-nederland.nl](http://www.nika-nederland.nl)
- Handreiking problematische gehechtheid en LVB van Academische Werkplaats Kajak: <https://www.academischewerkplaatskajak.nl/handreiking-problematische-gehechtheid-en-lvb/>

## YUCELMETHODE: PRAKTISCH GEBRUIK BIJ DE LVB-DOELGROEP (WORKSHOP 1.2A)

**Ruth Naus – Verpleegkundig Specialist bij GGZ Eindhoven, eenheid OPSY**

**Maartje Lucassen – GZ-psycholoog bij GGZ Eindhoven, eenheid OPSY**

De Yucelmethode is een gesprekmethode ontwikkeld door Mehmet Yucel, waarbij gebruikgemaakt wordt van blokken. De cliënt bouwt zelf een opstelling waarin krachten en lasten uit zijn/haar leven of op een specifiek thema worden gevisualiseerd. Het is een doeltreffende en effectieve manier om complexe onderwerpen bespreekbaar te maken en de cliënt te ondersteunen om inzicht te krijgen in het huidige functioneren/omgaan met thema's en nieuwe perspectieven te vinden. De zelfgebouwde opstelling zorgt ervoor dat cliënt meer begrip, inzicht en overzicht krijgt en geprikkeld wordt tot verandering. Door te vertragen ontstaat verdieping in het gesprek.

Belangrijke elementen van de Yucelmethode zijn dat cliënt zelf regie heeft en eigenaarschap ervaart. De focus

ligt op het uitpluizen van de krachten in plaats van de klachten. Er is sprake van gelijkwaardigheid in de relatie, waarbij de cliënt wordt uitgenodigd tot dialoog en geprikkeld tot verandering. Doordat de cliënt zelf aan de slag is met blokken is er sprake van een dynamisch, visueel en tactiel proces.

Het materiaal bestaat uit een koffer met vier themabalken, krachtblokken (t-blokken) en lastblokken. Er wordt gebruikgemaakt van etiketten waarop tekst of een tekening komt om het blok betekenis te geven.

Uit casusvoorbeelden blijkt hoe cliënten aan de slag gaan met de blokken, hierin eigenaarschap nemen en tot inzichten en veranderwensen komen. Elke client doet dit op zijn eigen manier.

Concluderend kan gesteld worden dat de Yucel-methode een effectieve methode is om met cliënten in gesprek te gaan over moeilijke thema's. Het vergroot eigen regie, een gevoel van gelijkwaardigheid en positiviteit, omdat de focus ligt op krachten.

Belangrijk bij cliënten met een LVB is om een goede balans te vinden tussen enerzijds eigen regie en ruimte geven en anderzijds helpen verwoorden, concretiseren en structureren. Dit vraagt om een nieuwsgierige houding waarbij de denkwijze van de cliënt gevolgd wordt.

#### Meer informatie

- Over de Yucelmethode: <https://www.yucelmethode.nl/>
- Yucel toegepast bij mensen met een LVB: <https://www.yucelmethode.nl/toepassingen/lvb/>

#### WAT KAN PRESENTIEBENADERING DOEN VOOR JONGEREN MET EEN LVB? (WORKSHOP 1.2B)

Naomi van Schaik – Gedragswetenschapper bij Levvel  
Tesja van Dijk – Leerbegeleider Presentiebenadering bij Levvel

Presentie is de basis van de ondersteuning van jongeren en gezinnen binnen Levvel. Op deze manier wordt getracht om voor ieder kind en iedere ouder zorgvuldig te onderzoeken wat goede zorg is. Dit doen we door in contact te gaan, als professional en als mens, door perspectiefwisseling; hoe ziet het erg eigenlijk uit als ik in de schoenen van die ander ga staan, en door ons bewust te zijn van onze aannames, voorkeuren en vanzelfsprekende manieren van doen.

Relationeel werken (als belangrijkste basis van de presentiebenadering) met kinderen en volwassenen met een licht verstandelijke beperking (LVB) vraagt een hoge mate van reflectief kijken naar je professionele handelen. Tijdens deze workshop zijn er inzichten over relationeel werken met jongeren met een LVB gedeeld. Want waar woorden soms tekortschieten, spreken houding, gedrag en toon des te meer. Jongeren met een LVB 'lezen' je intenties niet alleen via taal, maar vooral via je aanwezigheid, afstemming en echtheid.

Relationeel werken betekent zeker bij jongeren met een LVB: afstemmen op het ontwikkelingsniveau, niet alleen op kalenderleeftijd. Een jongere van 17 jaar oud kan in bepaalde situaties of momenten sociaal-emotioneel functioneren op een niveau dat overeenkomt met dat van een 3-jarige. Zijn kalenderleeftijd zegt: zelfstandigheid, vrijheid, zelf keuzes maken. Maar zijn ontwikkelingsniveau vraagt om nabijheid, structuur en begrenzing.

Dat vraagt om dubbele afstemming: meebewegen met beide kanten tegelijk. Vrijheid bieden en veiligheid creëren, maar ook ruimte geven en begrenzen. Dat levert soms spanning op voor de jongere en voor ons als professionals. Maar juist daar ligt de sleutel: blijven zoeken naar wat nú nodig is in taal die past, in aanpak die klopt, in vertrouwen dat groeit.

Een belangrijk onderdeel van de workshop was een perspectiefwisselingsoefening. Hoe kijken jongeren eigenlijk zelf? Wat zien en ervaren zij? Wat staat er voor hen op het spel? Deze oefening hielp om even los te komen van onze eigen bril en echt te proberen de wereld te zien door hun ogen. Daarbij behoorde de vraag: Wat heb ik nu begrepen van de ander en wat ga ik hierdoor morgen anders doen?

Relationeel werken is geen methode, maar een houding. Een manier van kijken naar jezelf en de ander, en telkens opnieuw kiezen: Wat is hier, nu, bij dit kind, deze jongere, het goede om te doen?

Dat vraagt iets van wie je bent als professional, niet alleen van wat je doet. Het is zoeken, soms twijfelen, maar altijd met de jongere als vertrekpunt. Tijdens de workshop hebben we getracht inzicht te geven in hoe het relationele werken verweven is in alle facetten in de zorg die we binnen Levvel bieden.



## HET BELANG VAN EEN MULTIDISCIPLINAIRE AANPAK BIJ OBESITASBEHANDELING VOOR MENSEN MET EEN LVB (WORKSHOP 1.3A)

Joan Winkelhof – GZ-psycholoog bij Abrona  
Eveline Hoving – Lifestyle-arts bij Abrona

Obesitas is wereldwijd een groeiend probleem. Mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) lopen een verhoogd risico, terwijl reguliere zorg vaak onvoldoende aansluit. Diagnostiek is complex en comorbiditeit komt veel voor. Om deze kloof te dichten, startte Abrona in oktober 2023 in de regio Utrecht een Multidisciplinaire Poli voor Obesitas, speciaal voor volwassenen met een LVB. Dankzij een subsidie van de NZa loopt dit initiatief drie jaar. De poli streeft ernaar hét expertisecentrum te worden voor (ernstige) obesitas bij deze doelgroep met als doel: verbetering van gezondheid en kwaliteit van leven.

### Multidisciplinaire en persoonsgerichte zorg

De behandelaren van de obesitaspoli kijken naar meerdere factoren die bijdragen aan ongezond gewicht, waaronder medische, mentale, fysieke en sociale factoren. Het team bestaat uit diëtisten, psychologen, leefstijlcoaches, fysiotherapeuten en (VG-)artsen. Samen met de cliënt en diens netwerk wordt een behandelplan opgesteld waarbij motivatie en persoonlijke doelen centraal staan. Het 7-factorenmodel, waarin de oorzaken van obesitas beschreven worden, vormt de basis. Omdat obesitas vaak leidt tot andere aandoeningen, zoals diabetes, hart- en vaatziekten en psychische klachten, is een brede aanpak noodzakelijk. Soms betekent dit dat eerst andere behandelingen nodig zijn, zoals traumatherapie of slaapapneuszorg, voordat er gestart kan worden met de obesitasbehandeling.

De directe omgeving van de cliënt (familie en begeleiders) speelt een cruciale rol in het bevorderen van een gezonde leefstijl. Binnen de poli helpt de leefstijlcoach bij het oefenen en vasthouden van nieuwe gewoontes. Daarnaast wordt cognitieve gedragstherapie (CGT) in groepsverband ingezet waarbij cliënten strategieën leren om hun eet- en beweegpatroon blijvend te veranderen. Samenwerking tussen disciplines is hierbij essentieel.

### Voorlopige resultaten

De eerste resultaten – die zorgvuldig gemonitord worden – zijn veelbelovend. We zien gewichtsverlies en afname van buikomvang; verbeterde mobiliteit en zelfstandigheid;

gezondere voeding en minder medicatiegebruik; toegenomen zelfvertrouwen en kwaliteit van leven.

### Uitdagingen en toekomst

Ondanks deze successen zijn er uitdagingen. Hoe kan de opgedane kennis worden opgeschaald naar woning-, instelling-, regio- en landelijk niveau? En hoe blijft persoonlijke aandacht gewaarborgd in een zorgsector die onder druk staat? Preventie krijgt steeds meer aandacht, met als doel obesitas vroegtijdig te signaleren en behandelen.

### Conclusies

1. Een multidisciplinaire aanpak leidt tot aantoonbare gezondheidswinst en verhoogde kwaliteit van leven.
2. Zorg op maat, afgestemd op de LVB-doelgroep, is essentieel voor duurzame gedragsverandering.
3. Betrokkenheid van de omgeving versterkt het effect van de behandeling.

### Aanbevelingen

1. Veranker deze aanpak structureel binnen instellingen en regio's.
2. Investeer in preventie en vroegsignalering van obesitas bij mensen met een LVB.
3. Stimuleer kennisdeling en samenwerking tussen zorgprofessionals en beleidsmakers.

### Meer informatie

- <https://www.abrona.nl/behandeling-en-expertise/obesitas-poli/>

## TAKE IT PERSONAL!+ (WORKSHOP 1.3B)

Lotte Gosens – Onderzoeker en psycholoog in opleiding tot GZ-psycholoog bij Pluryn  
Esther Hesselink – Onderzoeker bij Pluryn

Tijdens deze workshop hebben deelnemers informatie gekregen over de achtergrond en inhoud van Take it Personal!+. Dit is een gepersonaliseerde verslavingsbehandeling voor mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) en problematisch gebruik van alcohol, cannabis, XTC, cocaïne of speed. Het doel van de behandeling is stoppen of verminderen van middelengebruik. De behandeling richt zich op het versterken van zelfcontrole en is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering.

Vernieuwend aan de behandeling is dat het wordt afgestemd op het persoonlijkheidsprofiel van de cliënt (negatief denken, angstgevoeligheid, impulsiviteit en sensatie zoeken). De behandeling bestaat uit 22 bijeenkomsten van 45 minuten die in principe 2x per week plaatsvinden. In de tweede bijeenkomst sluit een vertrouwenspersoon van de cliënt aan.

Tijdens de workshop hebben we ook kort stilgestaan bij het onderzoek naar Take it Personal!+, dat eerste aanwijzingen toonde voor de effectiviteit van de behandeling. Tenslotte hebben deelnemers informatie gekregen over het implementatie onderzoek dat op dit moment loopt.

### Conclusies

- Take it Personal!+ is een gepersonaliseerde behandeling gebaseerd op motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie, aangepast aan de beperkingen en behoeften van mensen met een LVB.
- Er zijn eerste aanwijzingen voor effectiviteit van de behandeling in vermindering van middelengebruik.
- Ervaringen van cliënten en vertrouwenspersonen met Take it Personal!+ zijn positief.

### Aanbevelingen voor de praktijk

- Inzetten van Take it Personal!+ kan middelengebruik bij mensen met een LVB verminderen.
- Het is belangrijk om behandeling voor mensen met een LVB te personaliseren.
- Behandelaren met achtergrond in de CGT kunnen de behandeling inzetten aan de hand van de handleiding.

### Literatuur

- Gosens, L. C. F., et al. (2024). Evaluating the effectiveness of Take it Personal!+ in people with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning and substance use disorder: A multiple baseline single-case experimental study. *Behavior Therapy*, 55(2), 331-346. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.07.007>
- Gosens, L. C. F., et al. (2025). Experiences with Take it Personal!+ from people with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning and substance use disorder and their confidants: A qualitative study. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 18(2), 221-238. <https://doi.org/10.1080/19315864.2025.2459418>

### Nederlandse vertaling van de studie naar de effectiviteit van Take it Personal!+:

- Gosens, L. C. F., et al. (2024). Effectiviteit van Take it Personal!+, een behandeling voor problematisch middelengebruik bij mensen met een LVB. *Gedragstherapie*, 57(3), 226-253. [https://www.tijdschriftgedragstherapie.nl/inhoud/tijdschrift\\_artikel/TG-2024-3-2/Effectiviteit-van-Take-it-Personal-een-behandeling-voor-problematisch-middelengebruik-bij-mensen-met-een-LVB](https://www.tijdschriftgedragstherapie.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/TG-2024-3-2/Effectiviteit-van-Take-it-Personal-een-behandeling-voor-problematisch-middelengebruik-bij-mensen-met-een-LVB)

### Meer info?

Stuur een mailtje naar [takeitpersonalplus@pluyn.nl](mailto:takeitpersonalplus@pluyn.nl).

### LVB & PSYCHOSE: VALKUILEN & TIPS T.A.V. DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING VAN KINDEREN, JEUGDIGEN EN JONGVOLWASSENEN BINNEN DE GGZ EN (L)VB-ZORG (WORKSHOP 1.4)

Michel van den Bogaard – Klinisch psycholoog en psychotherapeut bij Reinier van Arkel

Marielle Dekker – Onderzoeker en programmaleider bij de Academische Werkplaats Kajak

Kinderen, jeugdigen en jongvolwassenen met een LVB-profiel lopen een grotere kans op een psychotische stoornis dan normaalbegaafde leeftijdgenoten. Zij lopen tegelijkertijd een hoger risico in de reguliere zorg tussen wal en schip te vallen, omdat deze in de regel niet op een LVB-profiel toegerust is. Expertise op het gebied van zowel de GGZ als de (L)VB-zorg is dan nodig, maar deze combinatie is in de klinische praktijk eerder uitzondering dan regel, juist bij een relatief weinig voorkomende stoornis als psychose.

Om bruggen tussen wal en schip te helpen slaan, is op initiatief van de *Academische Werkplaats Kajak* een handreiking over dit onderwerp geschreven die (op dit moment) in concept gereed is. Namens de werkgroep hebben wij daarvan een voorproefje gegeven, bedoeld om belangstellenden over de rode draden te informeren en input bij hen op te halen om de laatste punten op de i te zetten.

Zoals dit filmpje van *Psychosenet* laat zien (<https://www.youtube.com/watch?v=Pi-Vu5KeUCI>), gaat het bij psychose om een breed spectrum. Het kent grote individuele verschillen. Bij de één staan bijvoorbeeld hallucinaties en wanen op de voorgrond, gelinkt aan familiale belasting en een lange voorgeschiedenis. Terwijl bij de ander een

klein aantal druppels de emmer plotseling doen overlopen en tot kortdurende ontregeling of juist tot langdurige problemen leiden.

Het maakt de diagnostiek en behandeling er niet eenvoudiger op. Een van de valkuilen daarbij betreft onderdiagnostiek (fout-negatief). Psychotische symptomen worden dan ten onrechte aan iets anders toegeschreven, zoals aan een jonge ontwikkelingsleeftijd, wat tot uiting komt in bijvoorbeeld hardop tegen zichzelf praten, imaginaire vriendjes en/of magisch denken. De tweede valkuil heeft juist betrekking op overdiagnostiek (fout-positief), zoals achterdocht, excentriek gedrag en/of intrusies door psychotraumata die met psychotische symptomen verward worden. De derde is de behandeling onvoldoende LVB-proof maken en het netwerk onvoldoende betrekken.

Hoe daar in de klinische praktijk mouwen aan gepast kan worden, wordt in de Handreiking en vier interactieve cases uiteengezet. Uitgebreidere informatie over de workshop, inclusief tips en verwijzingen, is (ook) in de pdf van de presentatie van deze workshop te vinden.

Tot slot: De Handreiking verschijnt begin 2026. Er zijn als vervolg daarop plannen om er een e-learning van te maken, net als bij eerder verschenen handreikingen van AW Kajak is gedaan.

### Meer informatie

- Over de werkgroep psychosespectrumstoornissen van AW Kajak: <https://www.academischewerkplaatskajak.nl/werkgroep-psychose-spectrum-stoornissen-bij-jonge-mensen-met-een-lvb/>
- Een overzicht van de handreikingen van AW Kajak: <https://www.academischewerkplaatskajak.nl/overzicht-handreikingen-producten/>

### VERBINDING VERBREKEN DOOR VERBINDING TE MAKEN (WORKSHOP 1.5)

Femke van de Lustgraaf – Projectleider bij het Landelijk Kenniscentrum LVB

Lorena Julio – Junior projectmedewerker bij het Landelijk Kenniscentrum LVB

In een Wereldcafé-setting zijn we met de deelnemers in gesprek gegaan over de situatie van Alex (fictief persoon) op basis van 3 stellingen. Lees meer over Alex zijn situatie in de slides van deze workshop.

*Alex is een man van 37 jaar, waarbij er vermoedens zijn van een LVB. Hij kwam op zijn 15e voor het eerst in aanraking met criminaliteit (winkeldiefstal). Na het goed afronden van zijn Halt-straft haalde hij net zijn examens en begon een niveau 2-opleiding. Op 21-jarige leeftijd werkte hij in de bouw, kreeg een relatie met Liza en samen kregen ze een kind. Door financiële problemen en spanningen thuis ontstonden veel ruzies. Alex kwam opnieuw in contact met oude, verkeerde vrienden en begon criminele klusjes te doen om rond te komen. De criminaliteit nam toe. Tijdens een gewelddadige overval mishandelde hij een slachtoffer, waarna hij in de gevangenis belandde. Liza verliet hem vanwege zijn gedrag, ruzies en de criminele activiteiten. Alex staat er nu alleen voor en krijgt hulp van de reclassering.*

In deze terugblik werken we de discussie over de eerste stelling uit. Die luidde:

*“Zolang hulpverleners, reclassering, wijkteams en gemeenten langs elkaar heen werken, blijft recidive onvermijdelijk. Wat kunnen jullie samen doen voor Alex?”*

De deelnemers zijn uiteindelijk op de volgende drie kernelementen uitgekomen:

1. Het startpunt is Alex. Dat wil zeggen dat Alex actief betrokken wordt bij de hulpverlening en ook aan tafel zit bij het opstellen van een plan.
2. Er moet een analyse van de huidige situatie en het toekomstperspectief van Alex worden gemaakt. De huidige situatie is dat Alex nu in detentie zit, geen woning en geen inkomsten heeft. Ook is zijn relatie verbroken, waarbij er aandacht moet zijn voor het zoontje van Alex en zijn ex-partner. Tot slot komt daar een cannabisverslaving bij. Aanbevelingen bij het maken van de analyse zijn:
  - a. Breng de wensen, krachten en draaglast in kaart.
  - b. Kijk naar het systeem en de steunfiguren van Alex. Mogelijk kan er gewerkt worden volgens de JIM-methode.
  - c. Besteed ook aandacht aan de periode(s) in het leven van Alex toen er geen problemen leken te zijn. Wat maakte dat het goed genoeg ging?
  - d. Een kritische vraag die werd gesteld is: Wie had er als eerste kunnen of moeten signaleren dat Alex baat had bij een vorm van (lichte) ondersteuning? Had het onderwijs hier mogelijk ook een rol?

3. Vanuit de analyse moet duidelijk worden waar Alex mee geholpen is, waarbij er één coördinator is vanuit de hulpverlening. Aanbevelingen die genoemd zijn door de professionals zijn:
  - a. Zinnvolle daginvulling. Een jobcoach kan ondersteunen in het vinden van passend werk voor Alex.
  - b. Een Forensisch FACT LVB Team (ForFact) kan Alex ondersteunen.
  - c. Langdurige ondersteuning van Alex of een vorm van waakvlamondersteuning. Een kritische vraag die gesteld is: Kunnen we iedereen preventief hulp bieden in deze vorm?
  - d. In het vervolg is het wenselijk dat mensen weten dat en waar zij laagdrempelig hulp kunnen krijgen, bijvoorbeeld bij de gemeente. Dan kan een opeenstapeling van problematiek worden verminderd.

### HET IS DE ERVARING DIE TELT: SAMEN LEREN DOOR DOEN (WORKSHOP 2.1A)

Inge Zomervrucht – Psychomotorisch therapeut en onderzoeker bij de afdeling Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek (PWO) van Alliade

De workshop richtte zich op Psychomotorische Gezinstherapie (PMGT). Dit is een combinatie van systeemtherapie en psychomotorische therapie. Deze therapievorm wordt steeds vaker ingezet bij gezinnen met een kind met een licht verstandelijke beperking (LVB), waar vaak sprake is van complexe gezinsdynamieken. In plaats van praten, werken gezinnen via ervaringsgerichte opdrachten aan het verbeteren van hun onderlinge relaties. Bij de Friese zorgorganisatie Alliade is onderzocht hoe gezinnen deze therapie ervaren en wat het hen oplevert.

#### Belangrijkste conclusies

- PMGT leidt tot een significante verbetering in de interactie tussen ouder en kind, vooral op het gebied van acceptatie.
- Gezinnen ervaren meer rust in huis als gevolg van de verbeterde interactie en samenwerking.
- Gezinnen en behandelaren ervaren doen en beleven als effectiever dan praten.

#### Belangrijkste aanbevelingen

- Zorg voor goede transfer naar de thuissituatie door gezinsbegeleiders en gezinshulpverleners actiever te betrekken.
- Zorg voor duidelijke communicatie over wat PMGT inhoudt en stem de inzet af met het gezin en betrokken hulpverleners.
- Creëer praktische randvoorwaarden, zoals therapie-ruimtes dichtbij huis, passende frequentie van sessies en goede afstemming met andere hulpverleners.

#### Meer informatie

- In het najaarsnummer van 2024 van het tijdschrift LVB Onderzoek & Praktijk staat een uitgebreid artikel met de resultaten van het onderzoek. [https://191.wpcdnnode.com/kenniscentrumlvb.nl/wp-content/uploads/2024/11/zomervrucht\\_et\\_al\\_2024-lvb-oenp-jg-22-nr-2.pdf](https://191.wpcdnnode.com/kenniscentrumlvb.nl/wp-content/uploads/2024/11/zomervrucht_et_al_2024-lvb-oenp-jg-22-nr-2.pdf)
- Voor andere informatie over dit onderzoek en PMGT, zie [www.alliade.nl/pwo/pmgt](http://www.alliade.nl/pwo/pmgt)

### SYSTEEMGERICHTE GEZINSCOACHING (WORKSHOP 2.1B)

Marny Aretz – Gedragkundige bij Amerpoort

Ilse Ragbourn-Hoorn – Gezinscoach bij Amerpoort

Systeemgerichte gezinscoaching is ontwikkeld door Stichting Amerpoort. Het is een door het NJi erkende interventie voor de ondersteuning van gezinnen (ambulant of in 24-uurs zorg) met minimaal één ouder met een licht verstandelijke beperking (LVB) van wie een of meer kinderen een bedreigde of vertraagde ontwikkeling laten zien of bij zorgen rondom het ongeboren kind. De ouders beschikken over onvoldoende of gebrekkige opvoedingsvaardigheden en sensitiviteit naar hun kinderen en zij ervaren stress als gevolg van bijkomende problemen, zoals psychische problemen, schulden, een moeizame partnerrelatie en beschikken over weinig sociale steun. Er is sprake van multiproblematiek.

#### Korte samenvatting van de interventie

Systeemgerichte gezinscoaching is een vorm van thuis-hulp. Een gezinscoach werkt gedurende de interventiefase van 12–24 maanden 6 uur per week gestructureerd en doelgericht aan het vergroten van de opvoedingsvaardigheden en sensitiviteit van de ouders, aan het verminderen van stress als gevolg van financiële en andere praktische

problemen, aan het vragen en aanvaarden van hulp door de ouders en aan het vergroten van de sociale steun. De werkalliantie met de gezinsleden is hiervoor de basis. De gezinscoach werkt aan verandering vanuit de opgebouwde werkalliantie, staat model, geeft passende en eenvoudige uitleg, oefent nieuwe vaardigheden in verschillende situaties die zich voordoen en bekrachtigt deze via complimenten. De interventie maakt deel uit van langdurige betrokkenheid van de gezinscoach om het geleerde vast te houden, terugval te signaleren en te voorkomen en te monitoren of de opvoeding goed genoeg blijft.

Het hoofddoel van Systeemgerichte gezinscoaching is dat de kinderen zich ontwikkelen passend bij hun leeftijd en/of bij beperking/problematiek doordat het gezinsfunctioneren is verbeterd; de ouders bieden hun kinderen veiligheid en voeden ze 'goed genoeg' op. Subdoelen hierbij zijn: de opvoedingsvaardigheden van de ouders zijn verbeterd, de ouders ervaren minder stress doordat de bijkomende problemen op orde zijn gebracht, ze vragen en aanvaarden hulp van anderen en de gezinsleden hebben een steunend netwerk.

De interventie wordt gevolgd door langdurige betrokkenheid van de gezinscoach bij het gezin, om terugval te voorkomen en te monitoren of de opvoedingssituatie nog veilig en 'goed genoeg' is. Indien dit laatste niet het geval is kan de interventie opnieuw worden ingezet.

Systeemgerichte gezinscoaching biedt een langdurige intensieve begeleiding van deze ouders waardoor vroegtijdige uithuisplaatsing van een of meer kinderen minder nodig is. Om hier meer bekendheid aan te geven, is meer scholing aan (met name) buurtteams en voogden over LVB en opvoedproblematiek is gewenst. Veel gezinnen met deze problematiek zijn niet in beeld, maar komen door zorgmeldingen bij buurtteams en voogden terecht.

De financiering van de interventie zou beter geborgd moeten worden. Langdurige ondersteuning is vaak noodzakelijk, wat pleit voor een pluscomponent op de Wlz voor de opvoedondersteuning van deze ouders met daarnaast eventueel een JW-indicatie voor de eigen problematiek van de kinderen. Wij zijn van mening dat daarmee veel bespaard kan worden op de kosten van uithuisplaatsing en latere behandeling van problematiek ontstaan in de kindertijd.

#### Meer informatie over de interventie

- <https://www.amerpoort.nl/zorgaanbod/ondersteuning-thuis/gezinscoaching>

- <https://www.nji.nl/interventies/systeemgerichte-gezinscoaching>

#### EXPOSURE BIJ LVB: GEWOON DOEN! (WORKSHOP 2.2A)

**Annika de Bourgraaf** – GZ-psycholoog i.o. tot Specialist bij Karakter

**Marijn Wijers** – GZ-psycholoog i.o. tot Specialist bij Karakter

Angststoornissen behoren tot de meest voorkomende psychische stoornissen bij jongeren. Bij jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB) ligt de prevalentie zelfs nog hoger dan bij normaalbegaafde leeftijdsgenoten. Cognitieve gedragstherapie (CGT) met exposure wordt internationaal erkend als een van de meest effectieve behandelmethoden bij het behandelen van angststoornissen. Er zijn steeds meer aanwijzingen dat ook jongeren met een LVB hiervan kunnen profiteren, maar dit vereist aanpassingen om optimaal aan te sluiten bij de doelgroep.

Vanuit Karakter Kinder- en Jeugdpsychiatrie is 'Dapper Door Doen – LVB' ontwikkeld. Dit is een intensief behandelprogramma waarin jongeren met een LVB gedurende drie weken, drie dagdelen per week, intensieve exposure-therapie volgen. Dit vindt plaats in de omgeving waar de angst zich daadwerkelijk voordoet: thuis, op school, in het openbaar vervoer of in de supermarkt. Ouders/verzorgers worden actief betrokken, zodat zij na de behandelperiode in staat zijn hun kind in het geleerde te ondersteunen en te consolideren.

De eerste onderzoeksresultaten zijn bemoedigend. 58% van de deelnemers laat een significante vermindering van angstklachten zien, met een duidelijke toename in psychisch welbevinden. Deze uitkomsten zijn vergelijkbaar met resultaten over normaalbegaafde jongeren. Dit benadrukt dat exposure ook bij jongeren met een LVB effectief en haalbaar is, mits goed aangepast aan hun cognitieve mogelijkheden en leefomgeving.

Toch wordt deze behandelvorm nog weinig ingezet en wanneer het wel aangeboden wordt, gebeurt dat vaak op suboptimale wijze. Uit onderzoek van Langthorne et al. (2023) blijkt dat therapeuten exposure minder vaak toepassen door gebrek aan training, een theoretische achtergrond buiten de CGT, of door negatieve opvattingen, zoals de vrees dat exposure te belastend zou zijn. Hierdoor wordt exposure soms in afgezwakte of suboptimale vorm aangeboden, waardoor de effectiviteit afneemt.



Onze ervaringen laten zien dat deze terughoudendheid ongegrond is. Belangrijk is wél dat exposure bij jongeren met een LVB zorgvuldig wordt afgestemd op hun ontwikkelingsniveau. Dit betekent concreet: weinig praten en veel doen, oefenen 'on the spot', herhalen van oefeningen en variëren in context, gebruik van eenvoudige en visuele communicatie en een gestructureerde opbouw in tempo en intensiteit. Daarnaast is een integrale, systeemgerichte aanpak essentieel. Zonder actieve betrokkenheid van ouders en begeleiders is generalisatie van het geleerde naar de dagelijkse praktijk erg lastig.

Exposure vraagt bovendien om een zekere moed van behandelaars. Het confronteren van jongeren met situaties die spanning oproepen, zonder onmiddellijk te sussen of veiligheidsgedrag toe te staan, kan ook voor therapeuten ongemakkelijk zijn. Maar juist hierin ligt de kern van de effectiviteit: jongeren leren dat hun gevreesde catastrofale verwachtingen niet uitkomen en ontwikkelen het vertrouwen dat zij de confrontatie met hun angst aankunnen.

Onze boodschap is helder: **exposure bij jongeren met een LVB is niet alleen mogelijk, maar ook effectief, mits goed uitgevoerd.** Want uiteindelijk geldt: als we jongeren leren hun angst onder ogen te zien, geven we hen de kans om écht dapper te worden.

#### Meer informatie

- De onderzoeksresultaten van Langthorne et al. (2023) zijn hier gepubliceerd: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36974519/>

#### HERSTELGERICHT WERKEN VANUIT EEN CONTEXTUELE BLIK: CONSTRUCTIONELE GEDRAGSTHERAPIE EN NARRATIEVE EXPOSURE THERAPIE VOOR MENSEN MET EEN LVB (WORKSHOP 2.2B)

Chantal Duisters – Junior onderzoeker bij Lunet en promovenda aan de Radboud Universiteit

Arjan Muller – Hoofd behandeling LVB/Cognitief Gedragstherapeut VGCT bij Lunet

Mentale gezondheidsproblemen komen vaker voor bij mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB). Psychotherapeutische behandeling richt zich traditioneel op klachtvermindering. Tegelijkertijd krijgt herstelgericht werken, vanuit een contextuele benadering, steeds meer aandacht. Twee interventies die de context expliciet

integreren in de behandelsessies zijn de Constructionele Gedragstherapie en Narratieve Exposure Therapie (NET).

Constructionele gedragstherapie richt zich op het bevorderen van klachtenvrij functioneren binnen de context van de cliënt. De therapie sluit aan bij de individuele leergeschiedenis van de cliënt en beoogt het versterken van vaardigheden en persoonlijke groei. De therapie is actiegericht en maakt gebruik van operante conditionering. Tijdens de therapie worden klachten wel gehoord, maar niet bekrachtigd. Na het uitdoven van de klachten in de sessie wordt gevraagd naar situaties waarbinnen de cliënt klachtenvrij functioneert en wordt de focus verlegd. De constructionele gedragstherapie staat binnen de zorg aan mensen met een (L)VB nog aan het begin. Bij Lunet is nagegaan of mensen met een LVB hun blik kunnen verleggen van klacht naar de context. Uit de resultaten blijkt dat 85,4% de focus kan verleggen en dat 95% van deze groep de positieve consequentie daarvan begreep.

NET is een traumabehandeling ontwikkeld voor cliënten met PTSS na meervoudige traumatisering. Verschillende meta-analyses tonen aan dat NET effectief is in het verminderen van PTSS-klachten. Voor mensen met een LVB tonen twee studies aan dat NET, mits aangepast, toepasbaar is en tot een afname van PTSS-klachten leidt. Bij Lunet is NET aangepast voor mensen met een LVB. Vervolgonderzoek richt zich op het toetsen van de toepasbaarheid en effectiviteit.

We komen tot de volgende drie kernconclusies met aanbevelingen voor de praktijk:

1. Het is van belang om psychische klachten niet te beschouwen als op zichzelf staande problemen. Het meenemen van een contextuele invalshoek in de interventies draagt bij aan een passender behandelproces. In constructionele gedragstherapie worden naast probleemgedrag ook dagelijkse routines en sociale steun betrokken. In NET worden traumatische ervaringen geplaatst binnen het levensverhaal.
2. Het is van belang dat interventies zich niet uitsluitend richten op klachten en disfunctioneren. Aandacht voor sterke kanten, positieve ervaringen en aan dat wat goed gaat in het leven van de cliënt is essentieel voor herstelgericht werken. In NET gebeurt dit door het bespreken van positieve levensgebeurtenissen, in constructionele gedragstherapie door het benadrukken van sterke kanten en succeservaringen.

- Interventies, mits afgestemd op de cognitieve en adaptieve mogelijkheden van mensen met een LVB, zijn veelal goed uitvoerbaar. We bevelen daarom aan om interventies systematisch aan te passen en te toetsen op toepasbaarheid en effectiviteit. De recent ontwikkelde handreiking NET voor mensen met een LVB is hier een concreet voorbeeld van.

#### Meer informatie

- <https://lunet.nl/over-lunet/organisatie/onderzoek-en-ontwikkeling/producten-presentaties>
- <https://stichtingcga.nl/>

#### OMGAAN MET LEVEND VERLIES: HOE DOE JE DAT? (WORKSHOP 2.3A)

Sytske Altena – GZ-psycholoog i.o. tot klinisch psycholoog bij De Banjaard, Youz Haaglanden

Corine van Vliet – Kinder- en jeugdpsychiater bij De Banjaard, Youz Haaglanden

Levend verlies is een chronische vorm van rouw, die wordt gekenmerkt door terugkerende momenten van verlies als reactie op een permanente en levensveranderende verlieservaring. Het wordt gezien als een normale rouwrespons, veroorzaakt door een ingrijpende levensgebeurtenis. Bij ouders van kinderen met een LVB speelt het thema levend verlies vaak, bijvoorbeeld wanneer het hun kind niet lukt bepaalde ontwikkelingsmijlpalen te halen en de ouders geconfronteerd worden met het verschil tussen wat zij wensen voor hun kind en de realiteit. Het doorwerken van het thema levend verlies kan ouders helpen het levend verlies een plek te geven waarmee de ervaren draaglast, in de vorm van rouw en verdriet, bij ouders af kan nemen. Er is echter nog geen evidence-based interventie voor ouders gericht op levend verlies. De Banjaard heeft daarom een interventie ontwikkeld. Deze interventie bestaat uit een combinatie van psycho-educatie, ervaringsgerichte oefeningen en lotgenotencontact. In de workshop is deze interventie toegelicht en is uitgelegd hoe inhoud en richting te geven aan het thema levend verlies bij ouders van een kind met een LVB.

#### Conclusies

- Ouders geven aan dat aandacht voor het thema levend verlies door hen als zeer waardevol wordt ervaren.

- De psycho-educatie in combinatie met ervaringsgerichte oefeningen en lotgenotencontact maakt de levend-verliesgroep voor ouders een krachtige interventie.
- Aandacht voor levend verlies lijkt ouders meer ontvankelijk te maken voor het behandelaanbod voor hun kind.

#### Aanbevelingen

- Het is belangrijk dat er meer bekendheid komt over het thema levend verlies bij zowel ouders als hulpverleners.
- Het thema levend verlies zou al eerder in de zorgketen (bijvoorbeeld bij preventie) aandacht moeten krijgen. Inmiddels worden hierover, in samenwerking met andere organisaties, al gesprekken gevoerd hoe dit verder vorm te geven.
- Gezien de zware zorgtaak die veel ouders van een kind met een LVB hebben, is het belangrijk aandacht te hebben voor haalbaarheid van deelname aan de groepsinterventie.

#### Meer informatie over levend verlies

- <https://levend-verlies.nl>
- <https://levendverlies.com>

#### SEKSUEEL GEWELD: HOE BEN IK ALS PROFESSIONAL MIJN EIGEN AFWEER DE BAAS? (WORKSHOP 2.3B)

Sharel Kroes – NVO Orthopedagoog i.o. tot generalist bij Middin

Anita van Knobelsdorff – SKJ Orthopedagoog bij Middin

Liesbeth Laan – SKJ Orthopedagoog bij Middin

Seksueel geweld, we kunnen en willen het niet geloven. We hebben allemaal, ook professionals, last van een afweermechanisme om onszelf te beschermen tegen dit soort leed. Het is een natuurlijke reactie om de wereld als een rechtvaardig en logisch geheel te blijven zien. We willen het liever niet weten. Daarom zijn we ook geneigd om weg te kijken als het om zoiets pijnlijks gaat. Het is een heel hardnekkig concept om te doorbreken en vraagt maatregelen van iedereen, maar zeker van professionals, om deze afweer de baas te zijn.

Mensen met een verstandelijke beperking (VB) zijn 3–5 keer vaker slachtoffer van seksueel misbruik dan mensen zonder een VB. Mensen met een VB zijn veelal en

grotendeels afhankelijk van het systeem eromheen. Zo'n gemarginaliseerde positie verdient aandacht. Dat betekent dat er werk aan de winkel is voor het systeem en de context eromheen. Er zijn protocollen en beleid om dit leed te voorkomen, maar de cijfers van seksueel geweld bij mensen met een VB blijven aanzienlijk hoog. Dat heeft o.a. te maken met onze eigen afweer.

Hoe word je je eigen afweer de baas? Wees je bewust dat deze afweerreacties bestaan bij jezelf én bij anderen. Durf te zien dat seksueel geweld bestaat en dat het vaak dichterbij is dan je misschien denkt.

Bouw daarnaast veiligheidsmaatregelen in: hoe is de omgangscultuur, organisatiestructuur en het ondersteunend systeem afgestemd op het risico dat binnen de context van mensen met een VB bestaat? Denk bijvoorbeeld aan hoe onderzoek naar seksueel geweld binnen een zorginstelling wordt uitgevoerd, wie er aan de beslis-tafel zitten met welke belangen en hoe de meld- en feedbackcultuur is. Het vraagt om een cultuurverandering van iedereen die om mensen met een VB heen staat.

Meteen aan de slag met je eigen bewustzijn? Let de komende twee weken op je eigen afweerreacties en bij die van de mensen om je heen. Wat merk je?

#### Meer informatie

- Bekijk deze reeks met korte vlogs van 1–2 minuten op YouTube: Waarom komt seksueel misbruik vaker voor bij mensen met een verstandelijke beperking? <https://www.youtube.com/playlist?list=PLSyieL4jT6IYM3jYcHvFgghjXbNY7tz1>
- Bekijk deze video van 15 minuten op YouTube: Onbestaanbaar Waar: Over seksueel misbruik, natuurlijke afweerreacties en de gevolgen. <https://www.youtube.com/watch?v=qAFzJx4H7vw>

#### 18 JAAR EN ZELFSTANDIG? NIEMAND REDT HET ALLEEN (WORKSHOP 2.4)

Camilla Verschoore – Projectmedewerker en projectleider 'Levenslang & Levensbreed' bij het Landelijk Kenniscentrum LVB, en inhoudsdeskundige bij Kwaliteit & Blijvend Lerend

Lorena Julio – Junior projectmedewerker bij het Landelijk Kenniscentrum LVB

Femke van de Lustgraaf – Projectleider bij het Landelijk Kenniscentrum LVB

Na de 18<sup>e</sup> verjaardag is een jongere voor de wet volwassen, wat gepaard gaat met het maken van eigen keuzes, eigen verantwoordelijkheid en nieuwe mogelijkheden. Voor jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB) verloopt deze overgang naar volwassenheid minder soepel. Zij hebben hierbij over het algemeen meer ondersteuning nodig dan leeftijdsgenoten zonder een LVB. Het is belangrijk om als professionals hier al samen aandacht voor te hebben wanneer een jongere opgroeit. Tijdens deze workshop gingen we daarover met elkaar in gesprek en deelden we ervaringen uit diverse projecten rondom 18-/18+, waaronder initiatieven voor jongeren en hun gezinnen met levenslange en levensbrede ondersteuningsvragen.

#### Levenslange en levensbrede ondersteuningsvragen

We begonnen de workshop met aandacht voor mensen met levenslange en levensbrede ondersteuningsvragen en het belang van zorg die niet gericht is op genezing, maar op ontwikkeling, kwaliteit van leven en participatie in de samenleving. Het gaat bijvoorbeeld om jeugdigen en volwassenen met een (L)Vb, een lichamelijke en/of zintuiglijke beperking of een psychosociale beperking. Professionals merken regelmatig dat de behoefte aan zorg en ondersteuning verder reikt dan het jeugddomein alleen; er is vaak ook behoefte aan ondersteuning vanuit verschillende wetten, zoals de Wlz, de Zorgverzekeringswet, de Participatiewet of de Wmo. Een toekomstgericht perspectiefplan dat meegroeit met de jeugdige en het gezin is hierbij van groot belang en richt zich op langdurige en duurzame ondersteuning die aansluit bij hun ontwikkeling en behoeften.

#### Aanbevelingen

1. Een integrale blik: zorg voor samenhangende ondersteuning.
2. Durf te vertragen: creëer tijd voor maatwerk en vertrouwen.
3. Helderheid: communiceer duidelijk over het proces en de verwachtingen.
4. Focus op kwaliteit van leven: richt je op welzijn en ontwikkeling, niet op herstel.
5. Waakvlamcontact: een vaste contactpersoon versterkt continuïteit en vertrouwen.

#### In gesprek met ervaringsdeskundigen

Vervolgens gingen we aan de hand van diverse stellingen in gesprek met de deelnemers over hoe zij hun eigen

opgroeiproces hebben beleefd. De stellingen gingen o.a. over de hulp die ze hebben gekregen bij het regelen van praktische zaken, een opleiding kunnen doen, het hebben van een kinderwens en of je met 18 jaar er al klaar voor was om zelfstandig beslissingen te nemen. Twee (jong) volwassen ervaringsdeskundigen met een LVB brachten hun ervaringen in en vertelden wat voor hen helpend was.

### Conclusies

1. In het gesprek met de ervaringsdeskundigen kwam naar voren dat ook gevoelige of privé-onderwerpen, zoals kinderwens, belangrijk zijn om over in gesprek te gaan. Daarbij is luisteren met een open en gelijkwaardige houding belangrijk, zodat vertrouwen kan groeien en de jongere zich vrij voelt om te delen wat echt belangrijk is.
2. Ook de (relatief) kleine stappen zijn waardevol. Beide ervaringsdeskundigen hebben geen opleiding kunnen volgen. In gesprek bleek dat een opleiding tot ervaringsdeskundige net zo waardevol is als iedere andere opleiding en baan.
3. De meeste jongeren, met of zonder een LVB, zijn op hun 18<sup>e</sup> niet klaar om zelfstandig beslissingen te nemen.
4. Het was waardevol dat professionals en ervaringsdeskundigen hierover met elkaar in gesprek gingen.

### Meer informatie

- [www.kenniscentrumlwb.nl/de-overgang-naar-volwassenheid/](http://www.kenniscentrumlwb.nl/de-overgang-naar-volwassenheid/)







