



Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Aan de minister voor Langdurige Zorg en Sport,
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

2021040248

Datum 1 februari 2022
Betreft Verbetersignalement Mensen met een licht verstandelijke beperking en een gezondheidsprobleem

Zorginstituut Nederland
Zorg
Team Langdurige Zorg
Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl
T +31 (0)20 797 85 55
Contactpersoon
mw. A.M. van Diepen
T +31 (0)6 304 825 36

Onze referentie
2021040248

Geachte mevrouw Helder,

Hierbij ontvangt u het verbetersignalement *Mensen met een licht verstandelijke beperking en een gezondheidsprobleem*. Samen met betrokken partijen¹ stelt het Zorginstituut vast dat verbetering van zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) nodig, mogelijk en haalbaar is. Het Kabinet zet in het coalitieakkoord in op de aanpak van vermijdbare gezondheidsverschillen. Met de in dit verbetersignalement beschreven verbetermogelijkheden en acties werken we eraan om voor een groot aantal kwetsbare patiënten in Nederland substantiële gezondheidswinst te behalen en vermijdbare gezondheidsverschillen te voorkomen. De partijen gaan zich hiervoor inspannen. We verzoeken u, vanuit uw rol als stelselverantwoordelijke, om de uitvoering en implementatie van de gemaakte afspraken te bevorderen. We gaan graag met u hierover in gesprek.

De verbeterpunten kunnen gezien worden als een concrete uitwerking van de aanbevelingen van het IBO rapport *Mensen met een licht verstandelijke beperking*². We onderstrepen ermee dat die aanbevelingen opgevolgd moeten worden. Ook leggen we nadrukkelijk de verbinding met de impulsen en maatregelen die het programma Volwaardig Leven van uw voorganger heeft voortgebracht.

Dit verbetersignalement is tot stand gekomen in het kader van het programma Zinnige Zorg en is het tweede over de gehandicaptensector³. Omdat passende zorg voor mensen met een LVb en een gezondheidsprobleem zich uitstrekt over alle (zorg)domeinen, zetten we ons behalve op kwaliteitsbevordering volledig in op domeinoverstijgende samenwerking in de gehandicaptenzorg.

Mensen met een LVb en een gezondheidsprobleem

In Nederland wonen ca. 1,17 miljoen mensen met een LVb. Een LVb kan aanzienlijke invloed hebben op het te doorlopen zorgtraject bij een

¹ KansPlus, LFB, Ieder(in), BPSW, LHV, NHG, NVAAG, NIP, NVO, VGN, V&VN, ZN.

² Interdepartementaal Beleidsonderzoek Mensen met een licht verstandelijke beperking. Ministerie van Financiën, 23 september 2019.

³ Het eerste Zinnige Zorg rapport over de gehandicaptenzorg "Mensen met een verstandelijke beperking en probleemgedrag" (documentnummer 2019001126) is in augustus 2021 naar uw ministerie gestuurd.

gezondheidsprobleem. Bijvoorbeeld omdat gezondheidsproblemen niet voldoende kunnen worden geduid en behandeladviezen niet worden opgevolgd. Mensen met een LVB doen vaker een beroep op de gezondheidszorg en krijgen vaker medicatie voorgeschreven. De kwaliteit van leven en de levensverwachting van mensen met een LVB is significant lager dan van de algemene bevolking.

Zorginstituut Nederland
Zorg
Langdurige Zorg

Datum
1 februari 2022

Onze referentie
2021040248

Verbeterpunten en opbrengst

Om duidelijk te krijgen op welke punten LVB-gerelateerde zorg verbeterd kan worden, hebben we onderzoek laten doen naar het zorggebruik van mensen met een LVB. Daarnaast is de rol van de huisartsenpraktijk bij herkenning van en omgang met mensen met een LVB onderzocht. Ook zijn mensen met een LVB zelf geïnterviewd over hun eigen ervaringen binnen de huisartsenpraktijk.

Het Zorginstituut heeft met de betrokken partijen focus aangebracht en prioriteiten gesteld. Herkenning van (signalen van) een LVB is cruciaal en bepalend voor een goede start en (daarmee) vervolg van het zorgtraject. Zorgverleners in de eerste lijn spelen door hun poortwachtersfunctie een belangrijke rol bij passende zorg aan mensen met een LVB.

Uit ons onderzoek blijkt dat de zorg voor mensen met een LVB en een gezondheidsprobleem op drie onderdelen beter kan:

1. herkenning en screening van een LVB;
2. communicatie met en bejegening van mensen met een LVB; en
3. samenwerking van bij de zorg voor mensen met een LVB betrokken professionals.

De belangrijkste verwachte resultaten van de verbeterafspraken zullen zijn dat mensen met een LVB:

- zich meer gehoord en begrepen voelen door hun zorgverlener omdat zij beter duidelijk kunnen maken wat ze nodig hebben en beter samen met hun huisarts kunnen beslissen wat er moet gebeuren met hun hulpvraag;
- beter begrijpen wat de huisarts of praktijkondersteuner vraagt of bedoelt en beter begrijpen hoe zij behandel- en medicatie-adviezen moeten opvolgen;
- hun klachten op tijd laten behandelen, waardoor zwaardere zorg minder vaak nodig is en wordt voorkomen dat aandoeningen niet meer over gaan;
- vaker de juiste medicatie krijgen en worden doorverwezen naar de juiste zorgverlener;
- zo nodig vaker verwezen worden naar zorgverleners in het sociaal domein.

Partijen zetten onder meer in op scholing van zorgprofessionals, verbeterde bekendheid en vindbaarheid van de best bruikbare zorgstandaarden en informatie over LVB, en ontwikkeling van een gespreksmodel over LVB voor zorgverleners. De uitvoering en implementatie van de verbeteringen zijn aan de partijen in de zorg, in lijn met de respectievelijke verantwoordelijkheden in het zorgstelsel.

Passende zorg

De in dit verbetersignalement beschreven zorgverbeteringen voor mensen met een LVB verhouden zich direct tot het bredere kader van Passende Zorg, waarover Zorginstituut Nederland samen met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)⁴ uw ministerie adviseerde. Het gaat specifiek om waardegedreven zorg, om zorg die

⁴ Adviesrapport *Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú*. NZa en Zorginstituut Nederland, 27 november 2020; documentnummer 2020050042.

samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand komt, om de juiste zorg op de juiste plek, en om gezondheid in plaats van ziekte.

Zorginstituut Nederland
Zorg
Langdurige Zorg

Passende zorg voor mensen met een LVB stelt hun dagelijks functioneren centraal. Zorg met en vanuit dat perspectief kan de ziektelast voor mensen met een LVB aanzienlijk beperken. Dit verbeter signalement onderstreept daarom het belang van adequate zorg in de huisartsenpraktijk en sluit aan bij de persoonsgerichte benadering die het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) nu ontwikkelt. Dit verbeter signalement drukt bovendien de urgentie uit voor samenwerking met zorgverleners in het sociaal domein, waar sociaal werkers mensen met een LVB in hun dagelijks leven ondersteunen. In het verbeter signalement leggen we de verbinding met de (multi)problematiek waar mensen met een LVB relatief vaak mee te maken hebben en waar de Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW) een verbindende en ontwikkelende rol speelt.

Datum
1 februari 2022

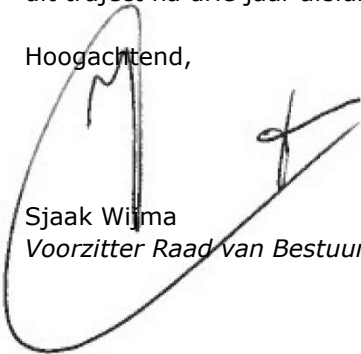
Onze referentie
2021040248

We raken met het verbeter signalement óók de beleidslijnen en de uitvoeringspraktijk van stelselpartijen. Door optimalisering en borging van randvoorwaarden voor passende zorg, zoals ruimte voor professionele afstemming en coördinatie, faciliterende bekostiging en verminderde werkdruk, kunnen we de beweging naar passende zorg voor mensen met een LVB verder vormgeven. De afspraken van de partijen in dit verbeter signalement zijn daar specifiek op gericht. We verzoeken u om dat proces te bevorderen en er ruimte voor te maken.

Implementatie

Het Zorginstituut ondersteunt de partijen bij de uitvoering van de afspraken in dit verbeter signalement. In het voorjaar van 2022 beleggen we een bijeenkomst met betrokken partijen. Verder zal het Zorginstituut het proces monitoren en zal het dit traject na drie jaar afsluiten met een evaluatie.

Hoogachtend,



Sjaak Wijma
Voorzitter Raad van Bestuur



Zorginstituut Nederland

Verbetersignalement Zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking en een gezondheidsprobleem

25 JANUARI 2022 | DEFINITIEF

Zorginstituut Nederland en Zinnige Zorg

‘Van goede zorg verzekerd: niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk’ is het motto van Zorginstituut Nederland. Elke burger moet erop kunnen rekenen dat hij goede zorg ontvangt.

Daarom maakt het Zorginstituut systematische doorlichtingen van de zorg. We beoordelen of diagnostiek en (therapeutische) interventies op een patiëntgerichte, effectieve en doelmatige manier worden ingezet. Kern daarbij is dat we de opvattingen over goede zorg in richtlijnen en wetenschap confronteren met de uitvoering van de zorg in de Nederlandse praktijk.

We bespreken onze bevindingen met zorgverleners, patiënten, zorginstellingen, zorgverzekeraars en collega-overheidsorganisaties. Samen met hen onderzoeken we wat nodig is om de zorg voor de patiënt verder te verbeteren en om zo mogelijk onnodige kosten te vermijden.

De partijen in de zorg zijn verantwoordelijk voor het verbeteren van de zorg. Het Zorginstituut maakt eventuele verbeteracties inzichtelijk, bevordert de onderlinge samenwerking en volgt de resultaten. Zo dragen we bij aan goede en betaalbare zorg voor iedereen.

Meer informatie over de activiteiten van Zorginstituut Nederland en Zinnige Zorg vindt u op www.zorginstituutnederland.nl.

Inhoud

Samenvatting	4
Inleiding	8
1 Verbeter de herkenning van een LVB in de huisartsenpraktijk	13
1.1 Geef bekendheid aan de 'generieke module'	13
1.2 Breid de NHG-Standaard 'SOLK' uit met kennis over LVB	14
1.3 School huisartsen, POH's en assistenten	14
1.4 Gebruik screeningsinstrumenten	16
2 Verbeter de communicatie en bejegening in de huisartsenpraktijk	17
2.1 Vergroot de kennis over goede communicatie en bejegening bij een LVB	17
2.2 Plan vaker een dubbelconsult in bij vermoeden op een LVB	18
2.3 Maak een LVB en het noteren daarvan bespreekbaar	18
2.4 Zorg dat mensen met een LVB zich goed voorbereiden op een bezoek aan de huisarts	19
3 Bevorder samenwerking tussen zorgverleners	20
3.1 Maak binnen de huisartsenpraktijk werkafspraken over LVB-gerelateerde zorg	20
3.2 Benut vaker de consultatie- en adviesfunctie van de AVG	20
3.3 Verbeter de samenwerking tussen zorgverleners uit het medisch domein en het sociaal domein	21
3.4 Pas periodieke medicatiebeoordeling toe bij polyfarmacie	23
4 Realiseren van de verbeteringen	24
4.1 Onderschreven verbeterdoelen	24
4.2 Gemaakte afspraken	25
4.3 Vervolgstappen: implementatie, monitoring en evaluatie	26
Bijlagen	
Bijlage A Verantwoording werkwijze Zinnige Zorg	27
Bijlage B Zorgtraject bij mensen met een LVB en een gezondheidsprobleem	30
Bijlage C Geanalyseerde zorgstandaarden	32
Bijlage D Drie onderzoeken	34
Bijlage E Betrokken partijen	37
Bijlage F Reactie schriftelijke consultatie	38
Bijlage G Impactanalyse	46
Literatuurlijst	49
Lijst van afkortingen	50

Samenvatting

Zinnige gehandicaptenzorg

Zorginstituut Nederland onderzoekt of zorg 'zinnig' is. Voor de gehandicaptenzorg hebben we bekeken hoe de zorg kan verbeteren voor mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) die met een gezondheidsprobleem naar de huisarts gaan. Deze zorg kan op drie onderwerpen beter:

1. herkenning van een LVB;
2. communicatie met mensen met een LVB;
3. samenwerking met andere zorgverleners.

We leggen hieronder eerst uit wat het betekent als mensen een LVB hebben.

Mensen met een LVB

Mensen met een LVB hebben een laag intelligentieniveau en hebben moeite om zich in de maatschappij te redden. Zij kunnen bijvoorbeeld minder goed lezen, schrijven en rekenen en hebben moeite met communiceren en het oplossen van problemen. Vaak hebben zij moeite met dagelijkse handelingen, zoals persoonlijke verzorging en reizen met het openbaar vervoer. Mensen met een LVB hebben ook vaak andere problemen, zoals psychische klachten. Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) schat dat 6,4 procent van de mensen in Nederland een LVB heeft. Dit kwam in 2018 neer op 1,17 miljoen mensen

Drie onderzoeken

Het Zorginstituut heeft drie onderzoeken gedaan om te zien hoe verbetering kan komen in de herkenning van een LVB, de communicatie met mensen met een LVB en de samenwerking tussen zorgverleners.

1. Onderzoek naar zorggebruik

In het eerste onderzoek is gekeken naar het gebruik van zorg door mensen met een LVB. Dat is vergeleken met het gebruik van zorg door mensen zonder een LVB. Mensen met een LVB blijken vaker naar de huisarts of het ziekenhuis te gaan dan mensen zonder een LVB. Ze blijken ook vaker en meer medicatie te gebruiken.

Lang niet iedereen met een LVB heeft ook een diagnose LVB. Als die diagnose er wel is, zet de huisarts die soms in de computer met een speciale code. Dat is de code P85. Soms maakt hij alleen een aantekening in de computer. Zet de huisarts niets in zijn computer, dan blijft de LVB voor zijn collega's onbekend.

2. Onderzoek onder huisartsen

In het tweede onderzoek zijn huisartsen gevraagd naar hun kennis en ervaring met LVB. Zij blijken niet goed te weten hoe vaak een LVB voorkomt. Vier op de tien huisartsen vinden het herkennen van een LVB lastig. In de 'Generieke module Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid (ZB) of lichte verstandelijke beperking (LVB)' staat belangrijke informatie over LVB, maar deze zorgstandaard is bij hen niet bekend. In de NHG-Standaard 'SOLK', die gaat over lichamelijke klachten die niet goed verklaard kunnen worden, ontbreekt juist weer informatie over LVB. Huisartsen weten onvoldoende waar ze op kunnen letten. Niet alle huisartsen weten bijvoorbeeld dat iemand die wel kan lezen, niet altijd begrijpt wat er staat. Zij maken heel weinig gebruik van speciale testjes die kunnen helpen bij het herkennen van een LVB.

Huisartsen geven aan dat ze in hun opleiding weinig over LVB hebben geleerd. Het is daarom belangrijk dat er extra scholing komt van huisartsen, maar ook van praktijkondersteuners (POH's) en assistenten.

Uit het onderzoek onder huisartsen blijkt verder dat zij niet goed weten hoe ze op de juiste manier moeten communiceren met mensen met een LVB. Meer kennis daarover helpt. Andere oplossingen zijn langere consulten en goede voorbereiding op een bezoek aan de huisarts. Ook blijkt dat zij het bespreekbaar maken van een mogelijke LVB met de patiënt lastig vinden.

Tot slot werken huisartsen weinig samen met andere zorgverleners in de zorg voor iemand met een LVB. Dit gaat om samenwerking binnen en buiten de huisartsenpraktijk. Voor goede zorg aan mensen met een LVB is het heel belangrijk dat huisartsen beter doorverwijzen. Bijvoorbeeld naar een arts voor verstandelijk gehandicapten. Of naar het sociaal domein bij een niet-medisch probleem.

3. Interviews met mensen met een LVB

Het derde onderzoek is gedaan onder mensen met een LVB en gaat over hun eigen ervaring met hun huisarts. Uit dit onderzoek blijkt dat mensen met een LVB het contact met hun huisarts fijn vinden. Maar soms begrijpen zij hun huisarts niet. Dat komt door moeilijk taalgebruik of omdat de informatie lastig te onthouden is. Samen met hun huisarts zoeken zij dan naar een manier om alles begrijpelijk te maken.

Uit het onderzoek blijkt verder dat zij het logisch vinden dat hun huisarts specifieke informatie over hun LVB in de computer heeft staan. De meesten vinden het ook geen probleem als de huisarts die informatie doorgeeft aan andere zorgverleners. Zij zien het als een voordeel als andere zorgverleners op de hoogte zijn van hun LVB.

Afspraken voor betere zorg

De betrokken partijen in de gehandicaptenzorg zijn het met elkaar eens dat de zorg voor mensen met een LVB beter kan. Daarom hebben ze acht afspraken met elkaar gemaakt.

1. Aan de 'Generieke module Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid (ZB) of lichte verstandelijke beperking (LVB)' wordt meer bekendheid gegeven, zodat huisartsen deze beter kunnen vinden en gebruiken.
2. In de NHG-Standaard 'SOLK' over lichamelijke klachten komt informatie over LVB.
3. Onderzocht wordt hoe zorgverleners in de huisartsenpraktijk meer kunnen weten over LVB en hoe zij met mensen met een LVB kunnen omgaan.
4. Mensen met een LVB worden geholpen om zich beter voor te bereiden op een bezoek aan de huisarts.
5. Het wordt beter bekend gemaakt dat huisartsen ondersteuning kunnen krijgen van de arts voor verstandelijk gehandicapten.
6. Onderzocht wordt hoe zorgverleners die bijvoorbeeld bij de gemeente werken beter kunnen samenwerken met de huisartsen, POH's en doktersassistenten.
7. De huisartsen zorgen voor betere informatie over goede zorg voor mensen met een LVB.
8. De LHV gaat met andere partijen in gesprek hoe specifieke huisartsenzorg aan mensen met een LVB betaald kan worden uit het basispakket.

De komende jaren gaan de betrokken partijen hiermee aan de slag.

Verwachte resultaten

Wat gaan mensen met een LVB merken als de partijen de afspraken hebben uitgevoerd?

- Mensen met een LVB voelen zich meer gehoord en begrepen door hun zorgverlener. Zij kunnen beter duidelijk maken wat ze nodig hebben en beter samen met hun huisarts beslissen wat moet gebeuren met hun hulpvraag.
- Mensen met een LVB begrijpen beter wat de huisarts of POH vraagt of bedoelt en begrijpen beter hoe zij behandel- en medicatie-adviezen moeten opvolgen.
- Mensen met een LVB laten hun klachten op tijd behandelen, waardoor uiteindelijk zwaardere zorg niet nodig is en wordt voorkomen dat aandoeningen niet meer over gaan.
- Mensen met een LVB krijgen vaker de juiste medicatie en worden doorverwezen naar de juiste zorgverlener.

Zinnige Zorg Mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB)

Patiëntenpopulatie

- IQ 50-85 én beperkte adaptieve vaardigheden
- Geschatte omvang: 1,1 miljoen mensen



Kosten

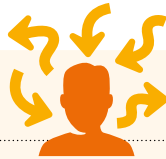
€ 3.401 p.p./p.j. van mensen met een LVB tegenover € 1.983 p.p./p.j. van gematchte algemene Nederlandse bevolking: 70 procent hogere Zvw-kosten

Bevindingen

Gezondheid cliënten

Mensen met een LVB hebben vergeleken met de algemene Nederlandse bevolking vaker te maken met:

- psychosociale problematiek
- (chronische) somatische aandoeningen
- multiproblematiek



Bevindingen met betrekking tot huisartsen

- Huisartsen onderschat het aantal mensen met een LVB
- Bijna de helft van de huisartsen heeft in de opleiding weinig geleerd over LVB
- Driekwart van de huisartsen is niet bekend met kennisbronnen of zorgstandaarden over LVB
- Huisartsen noteren (een vermoeden op) een LVB niet op uniforme wijze



Hoe maken wij de zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking beter?

Betrokken partijen



Cliënten

LFB, KansPlus, Iederin



Zorgprofessionals

NHG, LHV, NVAAG, NVO, V&VN, NIP, BPSW



Zorgaanbieders

VGN



Zorgverzekeraars

ZN



ZIN

Zorginstituut Nederland

Ondersteunt partijen

Verbeterdoelen



Betere herkenning van een LVB in de huisartsenpraktijk



Betere communicatie en begeleiding



Meer samenwerking tussen het medisch en het sociaal domein

Opbrengst

Mensen met een LVB



- Voelen zich meer gehoord en begrepen
- Kunnen duidelijk maken wat ze nodig hebben
- Begrijpen wat de huisarts of POH vraagt of bedoelt
- Laten hun klachten op tijd behandelen
- Krijgen de juiste medicatie voorgeschreven
- Worden doorverwezen naar de juiste zorgverlener
- Worden (zo nodig) verwezen naar hulpverleners in het sociaal domein

Zorgprofessionals



- Verlenen passende zorg aan patiënten
- Kunnen de best bruikbare zorgstandaarden en kennisbronnen over LVB vinden
- Hebben kennis over LVB en weten om te gaan met mensen met een LVB
- Kennen elkaar (binnen het medisch en het sociaal domein)

Vervolg: Implementatiefase en evaluatiefase

- Betrokken partijen gaan vanuit hun rol en verantwoordelijkheid aan de slag met de uitvoering van de verbeterafspraken
- Het Zorginstituut ondersteunt het proces en monitort en evalueert de voortgang met periodieke rapportages aan de minister voor Langdurige Zorg en Sport

Inleiding

Dit verbetersignalement gaat over mogelijkheden om de zorg te verbeteren voor mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB). Kenmerkend voor mensen met een LVB is dat zij een laag intelligentie-niveau hebben en een beperkt adaptief vermogen. Dat wil zeggen beperkte conceptuele, sociaal-emotionele of praktische vaardigheden. Hoewel een aantal aandoeningen relatief vaak voorkomt bij mensen met een LVB vergeleken met de algemene bevolking, gaat het in dit verbetersignalement niet om de specifieke gezondheidsproblemen waarmee zij bij de (huis)arts komen. In dit rapport gaat het erom of mensen met een LVB en een gezondheidsprobleem, passende, op de beperking afgestemde zorg ontvangen.

Uit onderzoek blijkt dat mensen met een LVB meer gezondheidsproblemen hebben dan mensen zonder verstandelijke beperking. Het gaat met name om epilepsie en dermatologische en psychische problemen.^[1] Ook worden mensen met een LVB vaker blootgesteld aan nadelige sociale en familiale omstandigheden.^[2] Hun gezondheidsproblemen blijven nogal eens onopgemerkt en onbehandeld.^[3,4] De kwaliteit van leven en de levensverwachting van mensen met een LVB is significant lager dan van mensen zonder een LVB.^[5,6] Mensen met een LVB doen vaker een beroep op de gezondheidszorg en krijgen vaker medicatie voorgeschreven. Zie het kader 'Zorggebruik en meest gedeclareerde dbc's'. De zorgkosten waarmee dit gepaard gaat, zijn bovengemiddeld hoog.^[7]

Naar verwachting is vooral gezondheidswinst te behalen als een LVB van patiënten zo vroeg mogelijk in het zorgtraject bekend is en dus herkend wordt bij de huisarts. Binnen het zorgtraject van mensen met een LVB en een gezondheidsprobleem zijn de volgende fases te onderscheiden:

- herkenning en screening;
- communicatie en bejegening;
- behandeling of begeleiding;
- eventueel een doorverwijzing voor (aanvullende) diagnostiek.¹

In dit verbetersignalement ligt de focus aan het begin van het zorgtraject. Het zorgtraject is in bijlage B weergegeven.

*“Oh ja hoor ik doe het gewoon. Kijk wat hij [de huisarts] er mee doet,
dat hoor ik dan wel weer, maar ik ga er gewoon naar toe.
Kijk, als je helemaal niet gaat, word je helemaal niet geholpen.
Je moet altijd een eerste stap zetten en proberen.”*

Bron: Leer Zelf Online (2021).

Zinnige gehandicaptenzorg als onderdeel van het programma Zinnige Zorg

Zorginstituut Nederland wil met het programma Zinnige Zorg ineffectieve of onnodige zorg terugdringen zodat de kwaliteit van de zorg en de gezondheidswinst voor de patiënt toenemen en (zo mogelijk) onnodige kosten worden vermeden. Het programma omvat verschillende projecten, zowel binnen de medisch-specialistische zorg (MSZ) als de langdurige zorg. Het Zorginstituut licht in elk MSZ-project systematisch een bepaald aandoeningsgebied door volgens de indeling van de *World Health Organization International Classification of Diseases*, versie 10 (ICD-10), 2016.² Binnen de langdurige zorg gaan we uit van het ICF-model (*International Classification of Functioning, Disability and Health*).³ Deze classificatie beschrijft het functioneren van mensen inclusief factoren die daar invloed op hebben. De ICF is te zien als aanvulling op de ICD-10, omdat de ICF verder kijkt dan sterfte en ziekte en nuttig is voor het begrijpen en meten van gezondheidsuitkomsten. Een systematische doorlichting bestaat uit vier opeenvolgende fasen: screening,

¹ Diagnostisering van een LVB vindt meestal plaats met het oog op het verkrijgen van een indicatie om in aanmerking te komen voor LVB-specifieke zorg op grond van de Wlz of de Wmo. Voor het ontvangen van passende zorg binnen de huisartsenpraktijk is 'slechts' herkenning van signalen van een LVB een vereiste.

² *International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)* [Browser \(who.int\)](http://www.who.int/classifications/icd/10/).

³ *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* [Browser \(who.int\)](http://www.who.int/classifications/icf/).

verdieping, implementatie en evaluatie. Dit verbetersignalement is het resultaat van de verdiepfingsfase. In bijlage A vindt u meer informatie over de werkwijze van Zinnige Zorg.

Zorggebruik en meest gedeclareerde dbc's

Mensen met een LVB maken significant meer gebruik van huisartsenzorg dan de algemene bevolking ^[7] Het gaat om 13 procent verschil (zie tabel 1). Ook voor de zorgcategorieën medicijngebruik, medisch-specialistische zorg (MSZ) en specialistische GGZ is het zorggebruik van mensen met een LVB significant hoger dan in de algemene bevolking.

Tabel 1 | Percentage zorggebruikers per zorgcategorie in 2017

	Mensen met een LVB	Algemene bevolking (gematcht)
Huisartsenconsult	80	67*
Medicijngebruik	76	62*
MSZ	64	52*
Specialistische GGZ	†	4*

Bron: Equalis; * Significant verschil bij $p < 0,05$

Volgens onderzoek dat het Zorginstituut heeft laten uitvoeren naar verschillen in zorggebruik, krijgen mensen met een LVB vaker een doorverwijzing naar meerdere specialismen dan gemiddeld. ^[7] Tabel 2 toont dat van de mensen met een LVB 61 procent geen enkele dbc heeft, terwijl in de algemene bevolking dat 70 procent is. Voor alle specialismen, behalve dermatologie, is het aantal dbc's procentueel hoger bij mensen met een LVB dan bij de algemene bevolking.

Tabel 2 | Aandeel per MSZ-specialisme gedeclareerde dbc's voor mensen met een LVB en de algemene bevolking

	Mensen met een LVB	Algemene bevolking (gematcht)
Geen	61	70*
Chirurgie	9	5*
Inwendige geneeskunde	8	5*
Neurologie	7	4
Cardiologie	6	4*
Oogheelkunde	5	4*
Orthopedie	5	4*
Obstetrie en gynaecologie	5	4*
KNO 4	4*	
Longziekten	4	2*
Dermatologie	4	4
Maag, darm en lever	3	2*

Bron: Equalis; * Significant verschil bij $p < 0,05$

Binnen de langdurige zorg voert het Zorginstituut twee projecten uit over zinnige gehandicaptenzorg. Naast het project waar dit verbetersignalement over gaat, is dat een project over mensen met een verstandelijke beperking en probleemgedrag. ^[8] De keuze van beide onderwerpen voor verdiepend onderzoek is gemaakt in het screeningsrapport 'Gehandicaptenzorg'. ^[9]

Wettelijke kaders

De omvang en reikwijdte van de Zinnige Zorg-projecten houden verband met de taak van het Zorginstituut op het gebied van pakketbeheer. Dit betreft de zorg die wordt verleend vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Wet langdurige zorg (Wlz). Voor goede zorg voor mensen met een LVB is ook samenwerking nodig met zorgverleners die vanuit andere dan deze twee wettelijke kaders werken. De problemen van mensen met een LVB omvatten vaak meer dan alleen zorg en hebben vaak te maken met problemen door werkloosheid, dakloosheid, schulden, misbruik, criminaliteit en relatieproblemen. ^[9] In

dit rapport komt daarom ook de relatie met maatschappelijke ondersteuning binnen het sociaal domein (Wmo) aan de orde.

Afbakening in de verdiepingsfase

Populatie ‘mensen met een LVB’

In dit rapport hanteren we de definitie van LVB van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). Het gaat om mensen die een intelligentiequotiënt- (IQ-) score hebben van tussen de 50 en 85⁴ in combinatie met beperkt adaptief functioneren.⁵ Beperkt adaptief functioneren betekent dat sprake is van beperkte conceptuele, sociaal-emotionele of praktische vaardigheden. Mensen met een LVB hebben daarnaast vaak te maken met bijkomende problemen. Dit kan bijvoorbeeld bestaan uit leerproblemen of psychische klachten.

Op basis van bovenstaande definitie schat het SCP de prevalentie (het aantal bestaande gevallen) van mensen met een LVB in Nederland op 6,4 procent. Dit kwam in 2018 neer op 1,17 miljoen mensen.^{6 [10]} Van deze geschatte populatie is bij 113.400 mensen een LVB gediagnosticeerd.^[7] Voor de overige circa 90 procent van de geschatte LVB populatie in de Nederlandse bevolking is niet (officieel) bekend dat deze mensen een LVB hebben.

Zeet heterogene patiëntenpopulatie

Mensen met een LVB vormen een zeer heterogene patiëntenpopulatie.^[11] Een LVB kan zich op veel manieren uiten en het vraagt aandacht en ervaring om een LVB te herkennen. In het algemeen gaat het om mensen die problemen hebben met (abstract) denken, het oplossen van problemen en met leren. Daarnaast hebben zij vaak moeite met het begrijpen van taal en met verschillende sociale en praktische vaardigheden. Mensen met een LVB hebben vaak beperkte gezondheidsvaardigheden.^[12] Aan het uiterlijk is meestal niet te zien dat mensen licht verstandelijk beperkt zijn. Mede hierdoor worden ze vaak overvraagd op school, op het werk en in het alledaagse contact. Dit kan leiden tot negatieve ervaringen en gevoelens, die zich op hun beurt kunnen uiten in opstandig gedrag en andere emotionele en gedragsproblemen. Hun maatschappelijk functioneren wordt hierdoor belemmerd.

Belangrijk om op te merken is dat een LVB geen ziekte is of klacht die kan worden verholpen of genezen. Een LVB – een beperkt verstandelijk en adaptief vermogen – is eerder een persoonskenmerk van een patiënt en alleen tot op zekere hoogte veranderlijk. Ook mensen met een verstandelijke beperking leren hun leven lang en doen kennis en vaardigheden op die bijdragen aan verhoging van sociale redzaamheid. Een LVB kan een aanzienlijke invloed hebben op het te doorlopen zorgtraject bij een gezondheidsprobleem. Met dit verbetersignalement signaleert het Zorginstituut de mogelijke verbeteringen in goede zorg voor mensen met een LVB.

Goede zorg begint met herkenning

Goede zorg voor mensen met een LVB vergt specifiek op de situatie van de persoon afgestemde zorg. Herkenning van (signalen van) een LVB is daarbij een belangrijke voorwaarde. Vanwege zijn poortwachtersfunctie speelt de huisarts hierbij een cruciale rol. Als mensen in Nederland een gezondheidsprobleem hebben, is de huisarts doorgaans de eerst aangewezen zorgverlener om passende zorg te verlenen. Mensen met een LVB komen vaak ook met niet-medische problemen bij de huisarts. Betrokken partijen in dit Zinnige Zorg-project benadrukken dat, naast de huisartsenpraktijk, andere zorgverleners met specifieke kennis en expertise nodig zijn in het zorgtraject van mensen met een LVB. Hierbij gaat het om artsen voor verstandelijk gehandicapten (AVG's), gedragsdeskundigen, verpleegkundigen en sociaal werkers en begeleiders.

4 Een gemiddeld IQ ligt tussen de 90 en 110.

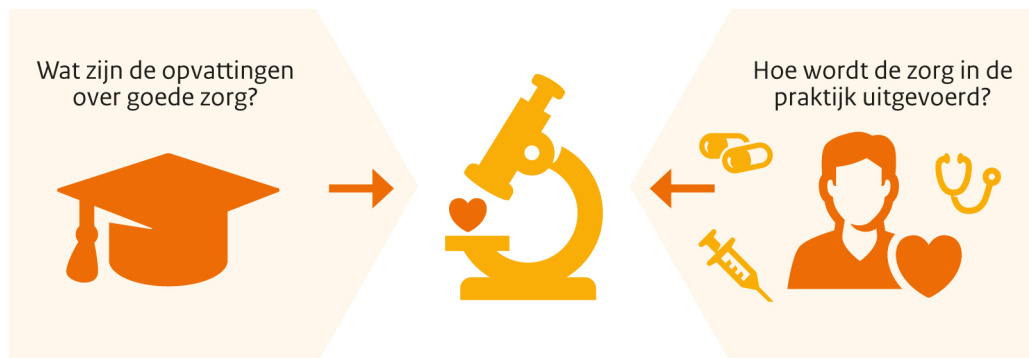
5 In dit verbetersignalement is bij het aantal mensen dat een LVB heeft (d.w.z. een gemeten IQ tussen de 50-70) het aantal mensen opgeteld dat zwakbegaafd is (d.w.z. een gemeten IQ tussen de 70-85) en over beperkte sociaal adaptieve vermogens beschikt. Ook zij hebben persoonsgerichte zorg en aandacht nodig die in meer of mindere mate overeenkomt met de zorg voor mensen met een LVB en kunnen steeds moeilijker meedoen in de samenleving.

6 Gebruikmakend van de onder- en bovengrenzen is de minimum prevalentie van mensen met een LVB 4,8 procent en de maximum prevalentie 8,3 procent van de bevolking. Dat betekent dat er in 2018 naar schatting 1,1 miljoen mensen met een LVB zijn met als ondergrens 0,8 miljoen en als bovengrens 1,4 miljoen.

Onderzoek verdiepingsfase

Zinnige Zorg onderzoekt de onderbouwing van de geldende richtlijnen en andere zorgstandaarden voor goede zorg en vergelijkt de opvattingen van goede zorg met de praktijk van zorg (zie Figuur 1).

Figuur 1 | Onderzoek in Zinnige Zorg



Zorgstandaarden

Een overkoepelende richtlijn of zorgstandaard bestaat niet over herkenning, bejegening en behandeling en begeleiding van mensen met een LVB. In onze analyse van verschillende zorgstandaarden en andere informatiebronnen constateren we dat er voldoende, breed onderschreven en gedragen kennis en expertise is over het onderwerp LVB. Maar deze kennis en expertise is versnipperd en beperkt beschikbaar voor zorgverleners in de eerste lijn (zoals huisartsen en POH's). De meest complete LVB-gerelateerde zorgstandaard voor de huisartsenpraktijk is de 'Generieke module Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid (ZB) of lichte verstandelijke beperking (LVB)' We noemen deze in dit rapport verder de 'generieke module'. Deze 'generieke module' is in dit rapport de referentiestandaard. Een overzicht en analyse van de beschikbare zorgstandaarden en andere informatiebronnen is in bijlage C opgenomen.

Praktijk van geleverde zorg

Welke zorg mensen met een LVB in de praktijk precies krijgen, is nauwelijks bekend. Om beter zicht te krijgen op geleverde zorg aan mensen met een LVB hebben wij drie onderzoeken laten uitvoeren:

1. onderzoek naar de verschillen in zorggebruik van mensen met en zonder een LVB (uitgevoerd door Equalis);
2. onderzoek naar de herkenning van signalen van een LVB binnen de huisartsenpraktijk (uitgevoerd door Kantar);
3. onderzoek naar de manier waarop mensen met een LVB zelf aankijken tegen de rol van de huisarts in het zorgtraject (uitgevoerd door Leer Zelf Online, verbonden aan Steffie, een organisatie met expertise op het gebied van communicatie met mensen met een LVB).

Een overzicht van de onderzoeken en de bijbehorende onderzoeksvragen is in bijlage D opgenomen. De onderzoeken zijn uitgevoerd onder begeleiding van het Zorginstituut. Een klankbordgroep van afgevaardigden van betrokken partijen heeft het Zorginstituut hierbij geadviseerd. Ook heeft het Zorginstituut gebruikgemaakt van een adviescommissie waarin zorgverleners met verschillende relevante disciplines deelnamen. Ten slotte is een systematisch literatuuronderzoek gedaan.

Betrokken partijen verdiepingsfase

Net als in de screeningsfase hebben we in de verdiepingsfase samengewerkt met de betrokken verantwoordelijke partijen. Dit zijn patiënten-/cliëntenorganisaties, beroepsverenigingen van zorgverleners en -aanbieders, en zorgverzekeraars. Een overzicht van deze partijen vindt u in bijlage E. Voorafgaand aan de publicatie van het verbetersignalement hebben we de partijen uitgenodigd voor een schriftelijke bestuurlijke consultatie. De reacties zijn opgenomen in bijlage F.

Bij de uitvoering van dit project maakte een ervaringsdeskundige deel uit van het projectteam.

Opbouw van het verbetersignalement

In dit verbetersignalement beschrijven we de belangrijkste conclusies van het verdiepingsonderzoek en de verbeterafspraken die daaruit zijn voortgekomen.

In hoofdstuk 1 laten we zien dat huisartsen, POH's en assistenten worden geholpen bij het herkennen van een LVB door meer bekendheid te geven aan bestaande zorgstandaarden die een LVB adresseren. En door uitbreiding van zorgstandaarden met LVB-gerelateerde informatie waar dat relevant is, zoals in de NHG-Standaard 'SOLK' (Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten). Wat hen verder helpt is scholing over LVB en herkenning ervan en meer gebruik van screeningsinstrumenten.

In hoofdstuk 2 maken we duidelijk dat de communicatie en bejegening tussen patiënten met een LVB en zorgverleners in de huisartsenpraktijk kunnen verbeteren door meer kennis over de juiste manier van communicatie en bejegening. En door meer gebruik te maken van dubbelconsulten. Wat ook bijdraagt is het bespreekbaar maken van een LVB en betere voorbereiding van mensen met een LVB op hun bezoek aan de huisarts.

In hoofdstuk 3 beschrijven we de mogelijkheden om beter samen te werken, zowel binnen de huisartsenpraktijk als tussen zorgverleners uit het medisch domein en het sociaal domein. Andere mogelijkheden zijn het beter benutten van de consultatie- en adviesfunctie van de VG en een periodieke medicatiebeoordeling toepassen bij polyfarmacie. Polyfarmacie is het langdurig gebruik van vijf of meer verschillende geneesmiddelen.

Tot slot geven we in hoofdstuk 4 weer welke afspraken het Zorginstituut met de betrokken partijen heeft gemaakt om de genoemde verbetermogelijkheden te realiseren. Ook beschrijven we hoe het Zorginstituut de voortgang ervan gaat volgen. De verbeterafspraken hebben alleen betrekking op het verbeteren en aanscherpen van de randvoorwaarden voor het kunnen leveren van goede zorg aan patiënten met een LVB. De kwalitatieve impact hiervan op de patiënt beschrijven we in de impactanalyse.

1 Verbeter de herkenning van een LVB in de huisartsenpraktijk

Patiënten bij wie een LVB in de huisartsenpraktijk wordt herkend, krijgen beter op hun specifieke situatie afgestemde zorg. Dat komt doordat hun zorgvraag dan beter kan worden geduid. Zij zullen daardoor minder lang doorlopen met hun klachten, waardoor uiteindelijk zwaardere behandelingen niet nodig zijn of aandoeningen niet chronisch worden. Zij zullen ook vaker gericht medicatie voorgeschreven krijgen en gerichtere doorverwijzingen krijgen naar de tweede lijn. Waar nodig zullen zij juist vaker worden verwezen naar het sociaal domein. Kortom, patiënten zullen bij herkenning van hun LVB vaker zorg krijgen die afgestemd is op hun specifieke situatie en behoeften en zij zullen vaker de juiste zorg op de juiste plek krijgen.

Over herkenning van een LVB bestaat geen specifieke zorgstandaard. De kennis over LVB wordt in wetenschap en praktijk onderschreven en gedragen, maar wordt daarin versnipperd aan de orde gesteld. In bijlage C is een lijst opgenomen van informatiebronnen over herkenning van een LVB. Voor de huisarts, praktijkondersteuner van de huisarts (POH) en assistente is er de geautoriseerde 'generieke module'. Deze module is niet eenvoudig vindbaar, nauwelijks bekend onder huisartsen en wordt dan ook beperkt geraadpleegd. Huisartsen raadplegen doorgaans NHG-Standaarden, maar daarin is het herkennen van een LVB nergens terug te vinden. Zo is informatie over herkenning van een LVB niet opgenomen in zorgstandaarden over klachten waarmee mensen met een LVB relatief vaak te maken hebben, zoals somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK).

Het onderzoek onder huisartsen geeft aan dat het merendeel van hen niet als hun taak ziet om een LVB bij een patiënt te herkennen. Huisartsen vinden de herkenning van een LVB belangrijk, zowel voor henzelf om goede zorg te leveren als voor de patiënt. Zij worden echter onvoldoende geschoold over herkenning van een LVB. Ze zijn onvoldoende bewust van de omvang van de groep patiënten met een LVB en de meer subtiele uitingsvormen van een LVB. Bestaande handreikingen en screeningsinstrumenten zijn onvoldoende bekend, terwijl die bij een vermoeden op een LVB kunnen helpen om dit vermoeden al dan niet te bevestigen. Huisartsen passen screeningsinstrumenten voor de herkenning van een LVB weinig toe.^[12]

We komen daarom tot vier verbetermogelijkheden die huisartsen, POH's en assistenten kunnen helpen om tot herkenning van een LVB te komen:

1. maak de kwaliteitsstandaard waarin LVB wordt geadresseerd beter vindbaar: geef bekendheid aan de 'generieke module';
2. maak LVB meer expliciet in standaarden waarin LVB genoemd wordt: breid de NHG-Standaard 'SOLK' uit met kennis over LVB;
3. 'als je het niet kent, kun je het ook niet herkennen': school huisartsen, POH's en assistenten;
4. ook bij een licht vermoeden van een LVB: gebruik screeningsinstrumenten.

In de volgende paragrafen werken we deze verbetermogelijkheden uit.

1.1 Geef bekendheid aan de 'generieke module'

Mensen met een LVB ervaren relatief vaak psychische problemen.^[2,7,13] De 'generieke module' richt zich op genezing en herstel van (beginnende) psychische stoornissen bij mensen met een LVB en stelt herkenning van een LVB aan de orde. De 'generieke module' is bedoeld voor behandelaars, hun verwijzers en (informele) ondersteuners in de zorg voor patiënten met een psychische stoornis en een LVB.

Slechts een kwart van de huisartsen zegt bekend te zijn met een kennisbron of zorgstandaard over LVB. In het onderzoek onder huisartsen geven zij de 'generieke module' nauwelijks als kennisbron op. Hetzelfde onderzoek geeft ook aan dat huisartsen de voorkeur geven aan makkelijk vindbare richtlijnen of protocollen als manier waarop zij ondersteuning of informatie willen ontvangen over het herkennen van een LVB. De 'generieke module' biedt zorgverleners, patiënten en naasten een houvast door te beschrijven

hoe integrale zorg eruitziet vanuit patiëntenperspectief. Het bevat veel (verwijzingen naar) informatie over herkenning van een LVB. Meer bekendheid van de ‘generieke module’ kan huisartsen, POH’s en assistenten helpen om een LVB te herkennen.

1.2 Breid de NHG-Standaard ‘SOLK’ uit met kennis over LVB

SOLK komt veel voor bij mensen met een LVB en significant vaker dan in de algemene bevolking. De geschatte prevalentie van SOLK onder mensen met een LVB is 25 procent, wat neerkomt op bijna 300.000 mensen.^[7]

Onderzoek^[7] wijst op een samenhang tussen LVB en SOLK, dat staat voor somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. De samenhang tussen LVB en SOLK betekent niet dat mensen met een LVB vaker SOLK hebben. De veronderstelling is dat zorgverleners de hulpvraag van mensen met een LVB niet goed interpreteren. Hun hulpvraag krijgt dan eerder de diagnose SOLK. Deze diagnose kan echter alleen worden gesteld als gedegen onderzoek geen andere diagnose heeft opgeleverd. Als aan het begin van het geneeskundig proces een hulpvraag niet goed wordt geïnterpreteerd, kan dat uiteindelijk leiden tot deze (vaak) verlegenheidsdiagnose.

Voorbeeld: moeheid - nummer twee van meest gepresenteerde klachten bij de huisarts.

Als iemand met een LVB niet als zodanig wordt herkend en deze persoon zijn klachten niet goed kan verwoorden, heeft de huisarts veel tijd nodig om alle dimensies van deze klacht in kaart te brengen. Die tijd is er vaak niet. Een verwijzing naar een internist is dan snel gemaakt. Als die geen oorzaak vindt, is het risico op verwijzing naar weer een andere specialist weer groot. Als uiteindelijk niets wordt gevonden en de klachten blijven bestaan, zal de huisarts de diagnose SOLK kunnen stellen. De patiënt heeft hier niets aan. Hij is er niet mee geholpen en wordt van burger tot patiënt gemaakt. De arts hebben er ook niets aan, want het kost hen veel tijd en energie die ze niet aan andere zaken kunnen besteden. Ten slotte heeft ook de maatschappij er niets aan, want het kost (veel) geld: niet alleen zorgkosten, maar vaak ook aanspraak op de Ziektewet en andere uitkeringen. Als de huisarts wél de tijd en gesprekstechnieken had gehad (zie kader ‘Krachtige Basiszorg’), dan was hij er misschien achter gekomen dat de patiënt door geldzorgen slecht slaapt en daardoor moe is. Een verwijzing naar een maatschappelijk werker die de financiën op orde kan brengen, was dan de passende verwijzing geweest. Kortom, een patiënt met de diagnose SOLK zou heel goed een patiënt met een LVB kunnen zijn bij wie de LVB niet is herkend. Het onderwerp en de NHG-Standaard ‘SOLK’ vormt daarmee een startpunt in het verbeteren van de herkenning en het vergroten van het bewustzijn van LVB.

De NHG-Standaard ‘SOLK’ geeft alleen aan dat beperkte gezondheidsvaardigheden een oorzaak voor SOLK kunnen zijn, maar besteedt geen aandacht aan de mogelijkheid van een LVB bij de patiënt. Mensen met een LVB hebben vaak beperkte gezondheidsvaardigheden.^[12] Zij hebben vaak moeite om de klachten die ze ervaren duidelijk over te brengen. Dit pleit ertoe dat een huisarts in geval van SOLK breder kijkt en ook de mogelijkheid van de aanwezigheid van een LVB bij de patiënt overweegt.

Uitbreiding van de NHG-Standaard ‘SOLK’ met informatie over LVB is daarom belangrijk. Het zal gepaste zorg voor mensen met een LVB bevorderen. Als een SOLK-Standaard is uitgebreid met informatie over LVB, zullen huisartsen makkelijker in aanraking komen met informatie over LVB en meer alert zijn op het signaleren hiervan.

1.3 School huisartsen, POH’s en assistenten

Scholing van zorgverleners in de huisartsenpraktijk over het herkennen van mensen met een LVB is noodzakelijk. De kennis over signalen van een LVB onder zorgverleners in de huisartsenpraktijk is beperkt en de prevalentie van een LVB wordt te laag geschat. Dat laten we in de paragrafen hieronder zien. Door scholing van zorgverleners over signalen van LVB en over de prevalentie zullen zij vaker vermoeden dat patiënten mogelijk een LVB hebben.

1.3.1 *Beperkte bekendheid met signalen van LVB en te weinig ervaring*

Uit het onderzoek onder huisartsen blijkt dat ruim vier op de tien huisartsen (42 procent) het herkennen van een LVB (behoorlijk) lastig vinden. Huisartsen relateren vooral een laag IQ aan een LVB en ze lijken minder oog te hebben voor beperkingen in het adaptief functioneren. Ze zijn onvoldoende bekend met de (vaak subtiele) signalen die op een LVB kunnen duiden.

De huisartsen die bij het onderzoek betrokken zijn geven zelf aan dat hun kennis en vaardigheden om een LVB te kunnen herkennen onvoldoende zijn. Bij de herkenning van een LVB zijn de grootste belemmeringen die huisartsen ervaren dat zij in hun opleiding weinig over LVB hebben geleerd (47 procent) en dat er weinig informatie of kennis over LVB wordt gedeeld via nascholingen en andere kanalen (46 procent). Volgens het onderzoek is de kennis van huisartsen over LVB voor een zeer groot deel gebaseerd op hun eigen ervaring en klinische blik (94 procent).

Behalve de huisartsen kunnen ook assistenten en POH's een cruciale rol spelen bij herkenning van signalen van een LVB. Van de huisartsen die bij het onderzoek betrokken zijn vindt 85 procent dat de POH een rol heeft in de herkenning van een LVB.

1.3.2 *Beperkt bewustzijn van de hoge prevalentie van LVB*

Bij de overgrote meerderheid van de mensen met een LVB is de diagnose LVB niet gesteld. Dat is ook niet per se nodig voor het leveren van passende zorg binnen de huisartsenpraktijk. Wel is herkenning van signalen van een LVB daarvoor een vereiste. Deze paragraaf laat op twee manieren zien dat de zorgverleners in de huisartsenpraktijk onvoldoende bewust zijn van de hoge prevalentie van een LVB bij hun patiënten.

Ten eerste is aan huisartsen gevraagd in hoeverre zij op de hoogte zijn van de aanwezigheid van een LVB bij hun patiënten.^[12] Uit dit onderzoek blijkt dat huisartsen de prevalentie van patiënten met een LVB in hun eigen praktijk onderschatten. Naar hun inschatting is zowel aan het begin van het interview gevraagd als aan het eind, nadat zij meer informatie over LVB hadden gekregen. Zij schatten het aantal patiënten met een LVB in hun praktijk aan het begin op gemiddeld 4,4 procent. Dit percentage ligt iets onder de geschatte minimum-prevalentie van 4,8 procent binnen de algehele bevolking. Aan het eind van het onderzoek schatten de huisartsen het aandeel mensen met een LVB in hun praktijk iets hoger, namelijk op gemiddeld 5,7 procent. Dit percentage ligt binnen de bandbreedte van het geschatte gemiddelde aandeel van 6,4 procent voor de bevolking in Nederland (95 procent-betrouwbaarheidsinterval: 4,8 procent - 8,3 procent). Deze cijfers bevestigen dat herkenning door huisartsen aan de ondergrenzen zit en dat zij de subtiele kenmerken van aanwezigheid van een LVB missen. De voor- en nameting tonen ook dat scholing van huisartsen over signalen van een LVB tot verhoging kan leiden van herkenning van een LVB.

Ten tweede is gekeken in hoeverre huisartsen gebruik maken van de ICPC-code P85 (mentale retardatie / intellectuele achterstand) in hun huisartsinformatiesysteem (HIS). Deze code is de meest aangewezen code om de aanwezigheid van een LVB bij een patiënt te registreren. Uit ons onderzoek blijkt dat 0,33 procent van het totaal aantal patiënten in het HIS deze ICPC-code P85 heeft. Op basis van deze gegevens bedraagt de 'onderherkenning' van de aanwezigheid van een LVB in de huisartsenpraktijk bijna 50 procent.⁷

Dit cijfer van onderherkenning van een LVB bij huisartsen heeft context en nuancering nodig. Ten eerste hebben mensen met een LVB-diagnose vaak geen ICPC-code P85 in het HIS. Van de personen met een gediagnostiseerde LVB⁸ heeft slechts 14 procent een P85-codering bij de huisarts. Andersom heeft 33 procent van de personen met een P85-codering bij de huisarts een vastgestelde LVB.^[7] Ten tweede is de code P85 niet specifiek voor alleen LVB en kan deze ook gegeven worden aan mensen met een ernstigere verstandelijke beperking. Ten derde geeft een diagnosticus een diagnose van een LVB niet standaard door aan de

7 Uit het dataonderzoek van Equalis blijkt dat van de geschatte populatie mensen met een LVB in Nederland (het SCP schatte dit percentage op 6,4 procent van de totale bevolking), bij circa 10 procent die LVB is gediagnostiseerd, oftewel bij 0,64 procent. Verwacht kan dus worden dat in de administratie van huisartsen 0,64 procent van de mensen een ICPC-code P85 heeft. Het gevonden percentage is 0,33 procent. Dit betekent een onderherkenning van bijna 50 procent.

8 In het onderzoek komt informatie over de indicatie van LVB uit landelijke registraties van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIIZ), Arbeidsongeschiktheids-uitkeringen (AO) en Wet sociale werkvoorziening (Wsw).

huisarts, tenzij de huisarts zelf de verwijzer naar die diagnosticus was. Ten slotte kunnen huisartsen op de hoogte zijn van de aanwezigheid van een LVB bij hun patiënten zonder dat dit blijkt uit een registratie in het patiëntendossier. Soms wordt daarvoor gebruik gemaakt van een memo of persoonlijke notitie om een vermoeden op een LVB te noteren, soms wordt de informatie mondeling overgedragen.

1.4 Gebruik screeningsinstrumenten

In de 'generieke module' en andere informatiebronnen zijn de nodige aanwijzingen te vinden over het gebruik van screeningsinstrumenten bij een vermoeden op een LVB. De screeningsuitslag is een goede indicator en kan helpen bij de herkenning van een LVB en beslissing over eventuele doorverwijzingen. De screeningsuitslag is doorgaans betrouwbaarder dan het professioneel oordeel over een LVB en geeft de zorgverlener meer houvast.

Uit het onderzoek blijkt dat huisartsen niet of nauwelijks bekend zijn met screeningsinstrumenten en dat ze er niet of nauwelijks gebruik van maken. Screeningsinstrumenten om te testen of een persoon mogelijk een LVB heeft, zijn bij slechts een kwart van de huisartsen bekend. Zeven op de tien huisartsen heeft nog nooit een screeningsinstrument ingezet om een LVB te testen. Als screeningsinstrumenten al worden gebruikt, is het vooral door de POH.

Screeningsinstrumenten worden wel veel in andere sectoren gebruikt (bijvoorbeeld door justitie). Ze worden vaak ingezet als er al een vermoeden op een LVB is dat gewekt wordt door een relatief duidelijk signaal. Het zijn echter juist de subtielere signalen die worden gemist. Als de kennis over de subtielere signalen toeneemt en het bestaan van screeningsinstrumenten onder de aandacht wordt gebracht van huisartsen, zal een screeningsinstrument naar verwachting sneller worden ingezet in de huisartsenpraktijk. Zo zal een LVB sneller worden herkend. Dit pleit ervoor om zelfs bij het geringste vermoeden screeningsinstrumenten te gebruiken.

2 Verbeter de communicatie en bejegening in de huisartsenpraktijk

*“Hij [de huisarts] gebruikt van die geleerde woorden waar je nooit uit komt, weet je.
Niet uit de Nederlandse taal. [...] Ik denk dan: ‘Man waar heb jij het over. Leg het eens uit.’”*

Bron: Leer Zelf Online (2021).

Mensen met een LVB krijgen zorg die beter op hun specifieke situatie is afgestemd, als zorgverleners in de huisartsenpraktijk (en daarbuiten; zie het volgende hoofdstuk) duidelijker en begrijpelijker met hen communiceren. En als ze de houding en taal aanpassen aan de specifieke situatie en behoeften van hun patiënten. Voor een persoon met een LVB betekent passende zorg dat hij zich meer gehoord en begrepen voelt, dat zijn huisarts de nodige tijd voor hem neemt en makkelijker zijn hulpvraag weet te duiden. Het betekent ook dat hij beter begrijpt wat de huisarts of POH vraagt of bedoelt en dat hij beter in staat is om behandel- en medicatie-adviezen op te volgen.

In de praktijk blijkt echter dat de vaardigheden en kennis van zorgverleners binnen de huisartsenpraktijk om mensen met een LVB op gepaste wijze te bejegenen en met hen te communiceren in beperkte mate overeenkomen met wat daarover in zorgstandaarden te vinden is. Uit het onderzoek onder huisartsen komt naar voren dat zij moeite hebben met de omgang en met de communicatie en bejegening. Daarnaast vinden huisartsen het bespreekbaar maken van het vermoeden op een LVB en het eventueel noteren daarvan lastig. Ook blijkt dat mensen met een LVB een praktijkbezoek onvoldoende voorbereiden.

Op basis van deze bevindingen komen vier mogelijkheden naar voren die de communicatie en bejegening tussen patiënten met een LVB en zorgverleners in de huisartsenpraktijk kunnen verbeteren, namelijk:

1. vergroot de kennis over goede communicatie en bejegening bij een LVB;
2. plan vaker een dubbelconsult in bij vermoeden op een LVB;
3. maak een LVB en het noteren daarvan bespreekbaar;
4. zorg dat mensen met een LVB zich goed voorbereiden op een bezoek aan de huisarts.

In de volgende paragrafen werken we deze verbetermogelijkheden uit.

2.1 Vergroot de kennis over goede communicatie en bejegening bij een LVB

Om goede zorg te kunnen bieden aan mensen met een LVB is volgens de ‘generieke module’ een bij deze doelgroep passende communicatie en bejegening nodig. Hieronder wordt verstaan aanpassing van het taalgebruik en concretisering en aanbieden van adviezen in kleine stappen. De module benoemt de belangrijkste negen punten, waaronder:

- pas het tempo aan;
- vermijd bedekte termen;
- gebruik visuele middelen;
- wees concreet.

Welke daarvan geschikt zijn om te hanteren en de wijze waarop dat passend is, kan bij elke patiënt anders zijn.

De ‘generieke module’ geeft ook aan dat goede communicatie met mensen met een LVB vraagt om goede kennis van de originele zorgstandaarden, richtlijnen en protocollen van het gezondheidsprobleem waarmee de patiënt bij de huisarts komt. Bij aanpassing ervan voor gebruik bij patiënten met een LVB mag de vorm niet ten koste gaan van de kern van het protocol of de methodiek. Denk bij aanpassingen van de vorm aan flexibel gebruik van de procedure en de inzet van het steunsysteem van de patiënt.

Uit ons onderzoek onder mensen met een LVB blijkt dat zij aanlopen tegen moeilijk taalgebruik door de huisarts en dat zij moeite hebben met het onthouden van veel informatie.^[14] Artsen zijn niet specifiek genoeg in hun instructies en de uitleg is te ingewikkeld.^[15]

In de praktijk zijn huisartsen onvoldoende bekend met manieren om hun werkwijze aan te passen en om de communicatie met de patiënt met een mogelijke LVB te verbeteren. Denk aan de terugvraag-methode, tekenen en een begeleider of mantelzorger laten meekomen. Het onderzoek onder huisartsen laat zien dat ruim twee derde van de huisartsen moeite heeft met de omgang met volwassen patiënten waarbij een LVB wordt vermoed. Zij zeggen hun manier van communiceren en bejegening aan te passen bij een vermoeden op een LVB, maar onzeker te zijn of hun patiënten met de gegeven informatie goed omgaan. Namelijk of zij die onthouden en wat zij ermee doen.

“Dan schrijft ze gewoon op het doosje hoeveel medicijnen ik daarvan moet gebruiken per dag. Ik mag ze alleen maar ‘s morgens innemen. Moet ik twee van die pillen innemen voor mijn bloeddruk.”

Bron: Leer Zelf Online (2021).

Door aanpassing van de communicatie en werkwijze bij mensen met een LVB zullen deze patiënten een beter begrip krijgen van hun gezondheidsprobleem en wat de huisarts van hen vraagt. Zij zullen beter de behandeladviezen van de huisarts kunnen opvolgen.

2.2 Plan vaker een dubbelconsult in bij vermoeden op een LVB

De ‘generieke module’ stelt de noodzaak van passende financiering aan de orde. Er moet voldoende mogelijkheid zijn om de zorg goed vorm te geven. Concreet betekent dit financiële ruimte voor uitgebreidere diagnostiek, extra behandeltime, geregeld multidisciplinair overleg en contact met familie en de betrokken begeleiding, gedragswetenschapper en AVG.

Het onderzoek onder huisartsen wijst uit dat van elke tien huisartsen slechts vier een dubbelconsult (laten) inplannen bij een vermoeden op een LVB. Zij doen dat alleen in sommige gevallen bij een vermoeden op een LVB. Zes op de tien huisartsen doen dat nooit.

Met een dubbelconsult krijgen mensen met een LVB de tijd die nodig is om tot goede informatie-uitwisseling te komen. Uit ons onderzoek onder mensen met een LVB blijkt dat zij in veel gevallen de huisarts als een vertrouwenspersoon zien. Zij ervaren ruimte om hun verhaal te doen en begrip voor wat zij vertellen. Zo merkt een geïnterviewde op dat haar huisarts haar begrijpt doordat ze er “helemaal voor gaat zitten” en er “echt de tijd voor neemt”. Een andere geïnterviewde geeft aan het te waarderen dat zijn huisarts hem op zijn gemak stelt en geruststelt en de klachten die hij benoemt herhaalt.

2.3 Maak een LVB en het noteren daarvan bespreekbaar

“Ik kan gewoon met mijn dokter eerlijk praten, snap je, hetzelfde als dat ik bijvoorbeeld nu met u praat. Maar bij de dokter is dat toch makkelijker want [...] wij kennen elkaar al heel lang. Dus hij weet ook van mijn tijd toen ik jong was en nog bij mijn vader en moeder woonde. Dus hij weet hoe het allemaal is gelopen.”

Bron: Leer Zelf Online (2021).

De ‘generieke module’ vermeldt niets over het bespreken van een LVB met de patiënt en over het noteren ervan in het dossier. De module benoemt wel dat onjuiste informatie in dossiers aanleiding is voor negatieve ervaringen van patiënten met keten- en netwerkzorg. Onjuiste of onvolledige informatie in het patiëntendossier komt een eventuele doorverwijzing naar een andere zorgverlener niet ten goede, zie ook hoofdstuk 3.

De onderzoeken die het Zorginstituut heeft laten uitvoeren geven aan dat het bespreken van een LVB met de patiënt en het eventueel noteren daarvan nauwelijks plaatsvindt.^[12,14] Bijna driekwart van de huisartsen geeft aan het (zeer) moeilijk te vinden om de VB zelf bespreekbaar te maken. De helft van de huisartsen bespreekt het meestal niet of nooit met de patiënt als zij een vermoeden op een LVB vastleggen. Mensen met een (mogelijke) LVB geven in het onderzoek aan het logisch te vinden dat de huisarts informatie over hen noteert in de computer. Deelnemers noemen als voordeel dat op deze manier makkelijk informatie gedeeld kan worden tussen de huisartsen binnen dezelfde praktijk en dat de informatie bewaard blijft als hun eigen huisarts iets zou over nemen. Over het algemeen vinden deelnemers aan het onderzoek het goed als informatie over hen wordt gedeeld met andere zorgverleners.

“Wat moet je daar verbergen? Je hebt het of je hebt het niet.”

Bron: Leer Zelf Online (2021).

2.4

Zorg dat mensen met een LVB zich goed voorbereiden op een bezoek aan de huisarts

Goede zorg vereist meer afstemming en samenwerking tussen patiënten, de huisarts, (gespecialiseerde) zorgaanbieders, begeleiders en mantelzorgers. Vanuit het perspectief van mensen met een LVB is specifiek aandacht voor het versterken van hun positie als zij naar de huisarts gaan. Informatie die hen daarbij kan helpen is ruim beschikbaar en te raadplegen: zie bijlage C. Zo legt Steffie uit op de website Naarjehuisarts.nl hoe een afspraak bij de huisarts gaat. Ze helpt mensen met een LVB om de afspraak goed voor te bereiden en te oefenen met het maken van een afspraak. Zie ook het tekstkader. De ‘generieke module’ geeft aan dat het kan helpen om het systeem, zoals een partner, familie of professionele begeleiders, expliciet te betrekken om meer zicht te krijgen op de mogelijke signalen.

Het praktijkproject ‘Naar de huisarts - Eerstelijnszorg op maat voor mensen met verstandelijke beperkingen’ bracht in kaart hoe de communicatie, afstemming en samenwerking tussen betrokkenen in de eerstelijnszorg het beste vormgegeven kan worden. Het project leverde praktische handvatten en tips op ter verbetering van de huisartsenzorg:

- Brochure [‘Naar de huisarts – optimale huisartsenzorg voor mensen met een beperking’ \(pdf\)](#) met tips voor cliënten zelf, hun begeleiders en medewerkers van de huisartsenpraktijk.
- [Communicatieformulier \(pdf\)](#) ter voorbereiding op het contact met de huisarts en voor het teruggeven van informatie door de huisarts.
- [Overzicht met producten en animaties \(pdf\)](#) ter ondersteuning van het bezoek aan de huisarts voor mensen met verstandelijke beperkingen.

Bron: Wekelijkse nieuwsbrief van het Kennisplein Gehandicaptensector 26 februari 2019.

Onderzoek onder mensen met een (mogelijke) LVB geeft aan dat mensen met een VB of een vermoeden op een LVB het lastig vinden om de klachten waarmee ze naar de huisarts gaan, goed onder woorden te brengen.^[16]

Geïnterviewde 8 neemt meestal haar schoonmoeder mee naar ziekenhuisafspraken, die haar “helpt met praten”. Zij verwacht ook dat ze beter geholpen kan worden wanneer zorgverleners vast weten dat ze ‘moeilijk lerend’ is.

Bron: Leer Zelf Online (2021).

Het huisartsenonderzoek geeft aan dat slechts de helft van de huisartsen bij het vermoeden op een LVB vraagt om in het vervolg een familielid of naaste mee te nemen naar het consult.

Als iemand zijn hulpvraag goed heeft gedefinieerd, of een naaste of begeleider heeft gevraagd mee te gaan die goed is ingevoerd, zal het consult effectiever verlopen.

3 Bevorder samenwerking tussen zorgverleners

Mensen met een LVB krijgen beter passende zorg als zorgverleners in het medisch domein en het sociaal domein beter met elkaar samenwerken. Zij moeten de zorgvraag als uitgangspunt nemen bij het zoeken naar de voor die persoon best passende zorg. Gerichtere aanpak van hun problemen kan leiden tot gerichtere medicatiegebruik en gerichtere verwijzingen naar de tweede lijn. Betere samenwerking bevordert ook de juiste zorgverlening op de juiste plaats. Het kan betekenen dat bij een huisartsenbezoek specifieke medische zorg het meest urgent is en verwijzing door de huisarts naar een AVG het best passend is. Het kan ook betekenen dat sociale of financiële problemen voorliggend zijn en verwijzing naar het sociale wijkteam het best passend is. Of andersom dat het sociale wijkteam iemand met voorliggende medische problemen beter kan doorverwijzen naar de huisarts.

Onze onderzoeksbevindingen laten zien dat veel mensen met een LVB bij huisartsen komen met vragen die beter binnen andere domeinen opgepakt kunnen of moeten worden. Het ontbreekt vaak aan (werk-) afspraken met andere zorgverleners, waaronder het sociaal domein, en zelden is er informatie-uitwisseling over patiënten met zorgverleners buiten de eigen praktijk. Slechts in geringe mate wordt de AVG geconsulteerd en worden afspraken over de zorg gemaakt binnen het huisartsteam of wordt afgestemd met de apotheek.

Op basis hiervan stellen we vast dat er vier verbeterrichtingen zijn:

1. maak binnen de huisartsenpraktijk werkafspraken over LVB-gerelateerde zorg;
2. benut vaker de consultatie- en adviesfunctie van de AVG;
3. verbeter de samenwerking tussen zorgverleners uit het medisch domein en het sociaal domein;
4. pas periodieke medicatiebeoordeling toe bij polyfarmacie.

In de volgende paragrafen werken we deze verbetermogelijkheden verder uit.

3.1 Maak binnen de huisartsenpraktijk werkafspraken over LVB-gerelateerde zorg

Om goede zorg aan mensen met een LVB te kunnen verlenen is samenwerking binnen de huisartsenpraktijk nodig. Samenwerking omvat onder andere collegiale consultatie, het delen van patiënteninformatie en het maken van werkafspraken.

De ‘generieke module’ benoemt dat de huisarts mensen met een LVB binnen de huisartsenpraktijk kan doorverwijzen naar de POH-GGZ. POH’s-GGZ werken generalistisch en zijn voor alle patiënten met (lichte) psychische klachten inzetbaar. Hun werkzaamheden betreffen onder andere het voeren van (intake) gesprekken, het doornemen van een screeningslijst met een patiënt en begeleiding of ondersteuning bieden.

De meerderheid van de huisartsen maakt binnen de eigen huisartsenpraktijk zelden of nooit werkafspraken met zorgverleners over de zorg voor patiënten met een (mogelijke) LVB. Denk hierbij aan de POH, apotheek, huisartsassistenten of collega-huisartsen. Van de huisartsen geeft 48 procent aan dat zelden te doen en 17 procent nooit.

3.2 Benut vaker de consultatie- en adviesfunctie van de AVG

De ‘generieke module’ geeft aan dat mensen met een LVB die bij de huisarts komen niet altijd een duidelijk geformuleerde hulpvraag hebben. Als de presentatie van de klachten en daarmee de hulpvraag niet helder is, kan dit leiden tot een niet passende of onduidelijke interventie of advies. Consultatie van een AVG kan volgens de module nodig zijn als de verduidelijking van de hulpvraag complex blijkt. Met ingang van 2020 wordt de Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntengroepen (GZSP) die de AVG levert vergoed vanuit de Zvw-basisverzekering.⁹ De ‘Handreiking samenwerking huisarts en AVG’ wijst op de NVAVG-website met AVG (-poliklinieken) en de omschreven competenties, zoals betekenis geven aan de

⁹ De GZSP is een overheveling vanuit de Wlz en heette voorheen de subsidieregeling extramurale behandeling. Sinds 1 januari 2020 is een deel van de GZSP, namelijk de zorg door de AVG (en de specialist ouderengeneeskunde), overgeheveld naar de Zvw. Daarmee wordt de AVG vergoed vanuit de basisverzekering.

wijze van presentatie van klachten en problemen, het inschatten van gezondheidsrisico's en communicatie vaardigheden. De handreiking geeft aan dat de AVG over een netwerk beschikt van medisch specialisten met een bijzondere deskundigheid of betrokkenheid bij de specialistische zorg aan mensen met een LVB. In 2020 is een convenant¹⁰ gesloten tussen vele relevante betrokken partijen over het faciliteren van samenwerking tussen huisarts en AVG en de voorwaarden hierbij. De handreiking benoemt dat de consultatie- en adviesfunctie van de AVG vooral ook van belang is, omdat de AVG doorgaans lid is van een multidisciplinair team en kan doorverwijzen naar gespecialiseerde paramedici en gedragsdeskundigen. De AVG kan ook de verbindende schakel zijn met de kennis en expertise die in de langdurige zorg beschikbaar is; zie ook paragraaf 3.3.

Naast consultatie- en verwijsmogelijkheden naar de AVG kunnen huisartsen ook doorverwijzen naar een gedragskundige, zoals de orthopedagoog-generalist of GZ-psycholoog of een verpleegkundig specialist algemene gezondheidszorg (agz). Juist omdat mensen met een LVB die bij de huisarts komen niet altijd een duidelijk geformuleerde (medische) hulpvraag hebben. Gedragskundigen leveren de zorg vaak in nauwe samenwerking met de AVG of andere zorgverlener om samen te bepalen wat voor de hulpvraag nodig is en om direct de juiste zorg te kunnen inschakelen. De consult- en adviesfunctie van de verpleegkundig specialist agz komt bijvoorbeeld goed tot uiting bij de periodieke medicatiebeoordeling bij polyfarmacie (paragraaf 3.4).

Uit het onderzoek onder huisartsen blijkt dat zij informatie, scholing en protocollen over lokale of regionale verwijsmogelijkheden missen en de AVG onvoldoende in beeld hebben. Ruim een derde van de huisartsen consulteert volgens het onderzoek nooit een AVG en iets meer dan de helft van de huisartsen doet dit alleen in sommige gevallen. Veel huisartsen weten niet precies welke aanvullende zorg een AVG biedt en hoe zij die kunnen benutten ^[16,17]

In het Haagse gezondheidscentrum Vaillantplein werken de huisartsen intensief samen met een AVG. Een middag per week ontvangt een AVG daar patiënten. Huisarts en AVG lopen die middag zo bij elkaar binnen, ideaal om snel af te stemmen en elkaar te raadplegen. "Voordat we deze samenwerking hadden, deed je weliswaar je best als huisarts maar kwam je er dan toch vaak niet uit, of je liet het maar liggen en accepteerde dat soms dingen gewoon onmogelijk waren." (R.S., huisarts)

Bron: Weekelijkse nieuwsbrief van het Kennisplein Gehandicaptensector 08 december 2020.

Op het snijvlak van de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg zijn in Nederland per regio medisch coördinerende centra (MCC's) actief. Doel van deze MCC's is het bevorderen van de samenhang, kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Koepelorganisatie FMCC verbindt en versterkt de individuele MCC's door een netwerk waarin kennis, expertise en ervaring kunnen worden uitgewisseld. Dat doet de FMCC onder andere door het ontwikkelen en actief onderhouden van een app voor MCC's, die regionale transmurale afspraken, vademecum, contactgegevens van de artsen en dergelijke beschikbaar stelt voor de betrokken zorgprofessionals. Contactgegevens van AVG en werkafspraken tussen AVG, huisartsen en andere professionals die betrokken zijn bij de zorg voor mensen met een LVB kunnen hieraan worden toegevoegd.

3.3

Verbeter de samenwerking tussen zorgverleners uit het medisch domein en het sociaal domein

Mensen met een LVB bezoeken vaker de huisarts met klachten dan gemiddeld en hebben relatief vaak te maken met problemen op andere levensterreinen.^[7,18] Daarom hebben zij vaak zorg en ondersteuning nodig uit andere zorgsectoren zoals GGZ-instellingen, verslavingszorg, instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking en maatschappelijke ondersteuning. Goede zorg vereist in de praktijk volgens de 'generieke module' dat al deze zorgverleners en sectoren samenwerken en profiteren van elkaars kennis en expertise. De module onderstreept het grote belang van continuïteit van zorg en het principe van 'warme' overdracht bij verwijzingen. Goede en snelle informatie-uitwisseling en toegankelijkheid van

¹⁰ Convenant Randvoorwaarden en facilitering van medisch-generalistische zorg voor mensen met een beperking (2020).

informatie zijn daarbij belangrijke randvoorwaarden om de samenwerking goed te laten verlopen. Leer Zelf Online heeft voor het Zorginstituut een onderzoek onder mensen met een LVB uitgevoerd. Hieruit blijkt dat de geïnterviewden de huisarts door zijn vertrouwensrol als een betrouwbare doorverwijzer zien naar andere zorgverleners, zoals de POH-GGZ, zorgorganisaties, maatschappelijk werk en begeleiders.^[13]

Onderzoek onder huisartsen geeft aan dat zij weinig samenwerken met zorgverleners uit het sociaal domein voor LVB-gerelateerde zorg.^[14] Uit het onderzoek komt naar voren dat maar liefst vier op de vijf huisartsen aangeven zelden of nooit (werk-)afspraken te maken met zorgverleners in de regio van andere disciplines, zoals maatschappelijk werkers of gedragskundigen. De helft van hen informeert zelden andere zorgverleners buiten de eigen praktijk en een derde nooit. Ook vraagt slechts een klein deel van de huisartsen informatie bij andere zorgverleners. 87 procent doet dat nooit of alleen in sommige gevallen.

Omdat naast de sociale wijkteams ook de huisartsen een belangrijke toegang vormen als het gaat om doorverwijzing naar specialistische (jeugd)hulp, heeft de gemeente Almelo een pilot opgezet waarbij wijkcoaches een of meerdere dagdelen bij een huisartsenpraktijk aanwezig zijn. De bedoeling is dat, door wijkcoaches al in een vroeg stadium te betrekken, inwoners effectievere zorg geboden krijgen. Deze werkwijze zal breder uitgerold worden. Veel huisartsenpraktijken hebben aangegeven mee te willen doen.

Bron: Transformatie binnen het sociaal domein van de gemeente Almelo Verwey Jonker Instituut, mei 2018.

In Arnhem kan een huisarts een patiënt naar De Praktijk Arnhem verwijzen bij alle vragen en problemen die (vermoedelijk) met een verstandelijke beperking te maken hebben. De Praktijk Arnhem is een netwerk van behandelaren, waaronder orthopedagogen, (GZ-)psychologen, artsen, therapeuten en maatschappelijk werkers uit 4 organisaties. 'Dat ik nu iemand heb met wie ik kan overleggen met kennis van zaken over LVB, dat is een enorme verbetering. Je hebt nu een maatje om te overleggen. Zonder dat je per se die patiënt hoeft te verwijzen. Dat vind ik heel fijn, je hebt een AVG in de buurt, want die was er gewoon niet.' (D. C. S., huisarts)

Bron: Wekelijkse nieuwsbrief van het Kennisplein Gehandicaptensector 08 december 2020.

Als huisartsen en zorgverleners uit het sociaal domein elkaar beter weten te vinden en naar elkaar doorverwijzen, krijgen mensen met een LVB gerichtere, beter op hun specifieke (gezondheids-)probleem afgestemde zorg. Het betekent in veel gevallen ook vermindering van de zorglast van huisartsen.

Krachtige basiszorg – randvoorwaarden voor persoonsgerichte zorg

De Utrechtse achterstandswijk Overvecht startte in 2012 met het programma 'Krachtige basiszorg'. Deze integrale aanpak bleek een succes; daarom werd in 2019 het programma in vijf steden uitgerold tijdens een twee jaar durende pilot. Het Nivel volgde de ontwikkelingen van deze pilot op de voet. De integrale aanpak 'Krachtige basiszorg' verbindt professionals uit het medisch en sociaal domein. Daardoor leren zij van elkaar, krijgen patiënten met complexe problemen (waaronder patiënten met een LVB) persoonsgerichte zorg en is het aantal doorverwijzingen naar de tweede lijn afgenomen. Naast meer tijd en aandacht voor de patiënt en het aantrekken van extra personeel, ontwikkelden praktijken soms ook specifieke activiteiten.¹¹ Zo richtte een praktijk zich samen met de partners in de wijk op het beter herkennen en begeleiden van patiënten met een LVB.

De deelnemende huisartsenpraktijken willen niet meer terug naar de oude werkwijze; zij vrezen dat de zorgconsumptie in dat geval weer zal toenemen. Zij zien een aantal knelpunten voor de toekomst, waarvan structurele financiering het grootste is. Een van de belangrijkste randvoorwaarden voor een permanente uitrol is dan ook extra budget volgens het Nivel.

Bron: Leemrijse en Korevaar (2021).^[20]

¹¹ Om passende zorg te bieden ontrafelt de zorgverlener complexe problematiek aan de hand van het 4D-model, waarin problemen in 4 domeinen in kaart worden gebracht: lichamelijk, geestelijk, sociaal en maatschappelijk.

3.4 Pas periodieke medicatiebeoordeling toe bij polyfarmacie

Voor het medicatiebeleid moet volgens de 'Handreiking Samenwerking huisarts en AVG' een goede medicatiebewaking gegarandeerd worden en zou de huisarts en de AVG een gezamenlijke toegang tot het elektronisch medisch dossier moeten hebben.

De 'generieke module' vermeldt over medicatie dat mensen met een LVB een verhoogd risico op bijwerkingen hebben en vaak langdurig (meerdere) medicijnen voorgeschreven krijgen zonder heldere indicatie of goede evaluatie. De module adviseert daarom om terughoudend te zijn bij het voorschrijven. De 'generieke module' geeft aan dat de informatie-uitwisseling tussen huisartsen en apotheken speciale aandacht verdient. De apotheker moet immers de medicatieveiligheid controleren.

Tabel 3 | Percentage personen met medicatie naar aantal ATC-groepen¹²

	Mensen met een LVB	Algemene bevolking (gematcht)
Geen	~	^~*
1 ATC groep	16	19*
~ ATC groepen	13	13*
^ ATC groepen	10	*
4 ATC groepen	8	6*
^ A TC groepen	6	4*
6 tot 10 ATC groepen	16	*
>=10 ATC groepen	6	2*

Bron: Equalis (2020); * significant

Hoewel goede medicatiebewaking en terughoudend voorschrijven van medicijnen worden geadviseerd, leert het onderzoek naar verschillen in zorggebruik tussen mensen met en zonder een LVB ons dat mensen met een LVB relatief vaak medicijnen voorgeschreven krijgen. Ook zijn dit vaker meerdere medicijnen tegelijk (polyfarmacie).^[7,19] Tabel 3 laat zien dat zij vaker medicatie gebruiken uit verschillende ATC-groepen (2 t/m 10 ATC-groepen).

Uit het onderzoek onder huisartsen komt naar voren dat in zeer beperkte mate afstemming plaatsvindt tussen huisarts en apotheek.^[6] Van de huisartsen geeft 37 procent aan zelden met de apotheek af te stemmen of afspraken te maken en 41 procent doet dat nooit.

Als periodieke medicatiebeoordeling wordt toegepast bij polyfarmacie, neemt het risico op onnodig gebruik van medicatie af, komt het (on)juiste gebruik ervan aan het licht, en neemt het risico op interacties en dergelijke af.

¹² ATC staat voor Anatomisch Therapeutisch Chemisch, een indeling van geneesmiddelen naar het orgaan of systeem waarop ze werkzaam zijn.

4 Realiseren van de verbeteringen

In de voorgaande hoofdstukken lieten we zien welke verbeteringen mogelijk zijn in de zorg voor mensen met een LVB en een gezondheidsprobleem. Deze verbetermogelijkheden zijn gebaseerd op de onderzoeksresultaten die zijn besproken in een digitale bijeenkomst met betrokken partijen op 12 april 2021. Vervolgens zijn verbeterafspraken gemaakt. De partijen hebben zich verbonden aan deze afspraken en de uitvoering ervan.

Bij de eerste bijeenkomst van de volgende fase, de implementatiefase, stemmen de betrokken partijen met elkaar af hoe de verbeterafspraken worden uitgevoerd, wat daarvoor nodig is en welke rol elke partij heeft. Het Zorginstituut heeft de regie tijdens deze bijeenkomst. Tijdens de implementatiefase heeft het Zorginstituut een ondersteunende en faciliterende rol, bijvoorbeeld door het organiseren van bijeenkomsten, relevante partijen te verbinden en het eventueel uitvoeren van aanvullend onderzoek.

In dit hoofdstuk geven we de gestelde doelen en de gemaakte verbeterafspraken aan. Vervolgens gaan we kort in op de vervolgstappen om de verbeteringen te implementeren, te monitoren en te evalueren.

4.1 Onderschreven verbeterdoelen

De betrokken partijen (zie bijlage E) hebben drie verbeterrichtingen in de zorg voor mensen met een LVB en een gezondheidsprobleem onderschreven. Deze verbeterrichtingen, die corresponderen met de drie hoofdstukken in dit verbetersignalement, zijn:

- verbetering van de herkenning van een LVB in de huisartsenpraktijk;
- verbetering van de communicatie en bejegening;
- bevordering van de samenwerking tussen zorgverleners.

Op basis van het verdiepende onderzoek zijn deze verbeterrichtingen verder toegelicht en uitgewerkt in paragrafen. De hoofdstukken en paragrafen zijn te zien als doelen waarheen de zorg voor mensen met een LVB en een gezondheidsprobleem zich moet ontwikkelen.

4.1.1 *Verbetering van de herkenning van een LVB in de huisartsenpraktijk*

Op basis van het verdiepende onderzoek zijn de volgende doelen geformuleerd:

- a. de 'generieke module' is bekend onder huisartsen;
- b. de NHG-Standaard 'SOLK' is aangevuld met informatie over LVB;
- c. in (bij)scholing krijgen huisartsen, POH's en assistenten kennis en vaardigheden aangereikt om de signalen van een LVB te herkennen;
- d. huisartsen, POH's en assistenten gebruiken screeningsinstrumenten bij vermoeden op een LVB.

4.1.2 *Verbetering van de communicatie en bejegening in de huisartsenpraktijk*

Op basis van het verdiepende onderzoek zijn de volgende doelen geformuleerd:

- a. huisartsen, POH's en assistenten beschikken over kennis over aangepaste communicatie en bejegening bij een LVB;
- b. (assistenten van) huisartsen plannen vaker een dubbelconsult in bij vermoeden op een LVB;
- c. huisartsen maken een mogelijke LVB en het eventuele noteren ervan bespreekbaar met de patiënt;
- d. zorgverleners zien erop toe dat mensen met een LVB zich voorbereiden op een bezoek aan de huisarts.

Bevordering van de samenwerking tussen het medisch en het sociaal domein

Op basis van het verdiepende onderzoek zijn de volgende doelen geformuleerd:

- a. zorgverleners binnen de huisartsenpraktijk maken werkafspraken over LVB-gerelateerde zorg;
- b. huisartsen benutten vaker de consultatie- en adviesfunctie van de AVG;
- c. zorgverleners uit het medisch domein en het sociaal domein werken samen in de LVB-gerelateerde zorg;
- d. periodiek vindt medicatiebeoordeling plaats bij polyfarmacie.

4.2

Gemaakte afspraken

Om de doelen te bereiken hebben we samen met de betrokken partijen de volgende afspraken gemaakt om in de implementatiefase te realiseren:

1. Het NHG geeft bekendheid aan de 'Generieke module Psychische stoornissen en ZB/lichte VB' en maakt de module beter vindbaar voor huisartsen. Deze 'generieke module' biedt op dit moment de meest uitgebreide informatie over LVB. Deze actie kan op de korte termijn worden uitgevoerd.
2. Het NHG neemt bij de update van de NHG-Standaard 'SOLK' het onderwerp LVB mee. SOLK komt vaak voor en vaker dan gemiddeld krijgen mensen met een LVB deze 'diagnose'. Door in de NHG-Standaard 'SOLK' aandacht te besteden aan LVB bij een patiënt, denken huisartsen eerder aan de mogelijkheid van een LVB bij een patiënt. Het NHG wil de NHG-Standaard 'SOLK' uiterlijk 2023 hebben geüpdatet.
3. Onder regie van de Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW) wordt met de betrokken partijen een plan van aanpak gemaakt. Het doel is kennis vergroten over signalen van LVB en omgang met mensen met een LVB in de (na)scholing van doktersassistenten, POH's en (huis)artsen.
4. Onder regie van KansPlus wordt meer bekendheid gegeven aan informatiebronnen over hoe mensen met een LVB zich kunnen voorbereiden op een bezoek aan een zorgverlener.
5. De LHV en het NHG geven meer bekendheid aan de consultatie- en verwijzingsmogelijkheden naar de AVG en aan de betaaltitel in de basisverzekering die nu beschikbaar is. Sinds 2020 wordt de GZSP die de AVG levert vanuit de basisverzekering vergoed. Deze actie kan op de korte termijn worden uitgevoerd.
6. Betrokken partijen gaan onderzoeken op welke wijze, per wijk of gemeente, zorgverleners uit het medisch domein en het sociaal domein elkaar weten te vinden en te bereiken en naar elkaar door te verwijzen; dit is de digitale sociale kaart.
7. Het NHG en de LHV gaan in het kader van het bieden van persoonsgerichte zorg samen met InEen¹³ een gespreksmodel ontwikkelen. Dit model biedt een diepgaande inventarisatie van wat er bij de patiënt speelt. Het kan worden ingezet bij patiënten met multiproblematiek, niet-vlottende zorg of frequent spreekuurbezoek. De informatie die naar voren komt kan handvatten bieden voor beter passende (integrale) zorg. Bij (een vermoeden op een) LVB kan dan bijvoorbeeld worden verwezen naar informatie over hoe je als zorgverlener begrijpelijk kunt communiceren en afspraken kunt maken over registratie in het HIS. In het verlengde hiervan vindt een update plaats van het hoofdstuk over LVB in het boek *Zorg voor laaggeletterden, migranten en sociaal kwetsbaren in de huisartsenpraktijk*, in 2016 uitgebracht door het NHG en Pharos.¹⁴ Het hoofdstuk over LVB benoemt alle aspecten van goede huisartsenzorg voor mensen met een LVB. Het boek wordt momenteel herzien en aangevuld met de laatste relevante ontwikkelingen en adviezen.
8. De LHV gaat onderzoek doen naar uitbreiding van de vergoeding van LVB-gerelateerde huisartsenzorg. Deze afspraak sluit aan op afspraak zeven, als onderdeel van het breder ingestoken gesprek op maat. Het gaat over de behoefte aan meer tijd voor de patiënt en betreft zowel langere consulten als overlegtijd met andere zorgverleners, zoals die uit het sociaal domein. Dit is nodig om kwalitatief goede huisartsenzorg te kunnen leveren aan onder andere patiënten met een LVB. Specifiek gaat het om het scheppen van voorwaarden om te kunnen overleggen en af te stemmen met andere zorgverleners en tot samenhangende zorg te komen.

¹³ InEen is een vereniging van organisaties in de eerstelijnszorg, zoals huisartsenposten, gezondheidscentra, zorggroepen, eerstelijns diagnostische centra en regionale ondersteuningsstructuren (ROS'en) die gezamenlijk werken aan een sterkere eerste lijn.

¹⁴ Pharos is het landelijk expertisecentrum gezondheidsverschillen, dat nationale en internationale kennis verzamelt, verrijkt en deelt om grote gezondheidsverschillen terug te dringen.

Tabel 4 | Afspraken

Afspraak	Doel	Regievoerder (rv) en samenwerkingspartners (sp)	Bekrachtigd door	Streefdatum
1. Het NHG geeft bekendheid aan de Generieke module Psychische stoornissen en ZB/lichte VB en maakt de module beter vindbaar voor huisartsen.	4.1.1 A 4.1.1 C 4.1.1 D	NHG	BPSW, leder(in), KansPlus, LFB, LHV, NIP, NVAVG, NVO, V&VN, VGN, ZN	01-07-2023
2. Het NHG neemt bij de update van de NHG-Standaard 'SOLK' het onderwerp LVB mee.	4.1.1 B 4.1.1 C 4.1.1 D	NHG	BPSW, leder(in), KansPlus, LFB, LHV, NIP, NVAVG, NVO, V&VN, VGN, ZN	01-07-2023
3. Onder regie van de BPSW wordt met de betrokken partijen een plan van aanpak gemaakt dat tot doel heeft de kennis te vergroten over signalen van LVB en omgang met mensen met een LVB in de (na) scholing van doktersassistenten, POH's en (huis)artsen.	4.1.1 C 4.1.1 D 4.1.3 A 4.1.3 D	BPSW (rv) NIP (sp)	leder(in), KansPlus, LFB, LHV, NHG, NIP, NVAVG, NVO, V&VN, VGN, ZN	01-07-2023
4. Onder regie van KansPlus wordt meer bekendheid gegeven aan informatiebronnen over hoe mensen met een LVB zich kunnen voorbereiden op bezoek aan zorgverleners.	4.1.2 C 4.1.2 D	Kans-Plus	BPSW, leder(in), LFB, LHV, NHG, NIP, NVAVG, NVO, V&VN, VGN, ZN	01-01-2023
5. LHV en NHG geven meer bekendheid aan de consultatie- en verwijzingsmogelijkheden naar de AVG en aan de betaaltitel in de basisverzekering die nu beschikbaar is.	4.1.2 B 4.1.3 B	LHV, NHG	BPSW, leder(in), KansPlus, LFB, NIP, NVAVG, NVO, V&VN, VGN, ZN	01-01-2023
6. Betrokken partijen gaan onderzoeken op welke wijze, per wijk of gemeente, zorgverleners uit het medisch domein en het sociaal domein elkaar weten te vinden en bereiken; digitale sociale kaart.	4.1.3 C 4.1.3 D	rv nader te bepalen NIP (sp), VGN (sp)	BPSW, leder(in), KansPlus, LFB, LHV, NHG, NIP, NVAVG, NVO, V&VN, VGN, ZN	01-07-2024
7. Het NHG en de LHV gaan in het kader van het bieden van persoonsgerichte zorg samen met Ineen een gespreksmodel ontwikkelen.	4.1.1 C 4.1.1 D 4.1.2 A 4.1.2 C 4.1.2 D 4.1.3 A 4.1.3 B 4.1.3 C 4.1.3 D	NHG, LHV	BPSW, leder(in), KansPlus, LFB, NIP, NVAVG, NVO, V&VN, VGN, ZN	01-12-2024
8. De LHV gaat onderzoek doen naar uitbreiding van de vergoeding van LVB-gerelateerde huisartsenzorg.	4.1.2 C 4.1.2 D 4.1.3 A 4.1.3 C 4.1.3 D	LHV	BPSW, leder(in), KansPlus, LFB, NHG, NIP, NVAVG, NVO, V&VN, VGN, ZN	01-12-2024

* Streefdatum is indicatief, bij de start van de implementatiefase zullen door de betrokken partijen op basis van reële inschattingen tijdslijnen worden uitgezet.

4.3 Vervolgstappen: implementatie, monitoring en evaluatie

Nadat de Raad van Bestuur van het Zorginstituut het definitieve verbeteringsignalement heeft vastgesteld, start de implementatiefase van het Zinnige Zorg-project 'Zorg voor mensen met een LVB en een gezondheidsprobleem'. Het doel van deze fase is het realiseren van de verbeterafspraken. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de betrokken partijen. Het Zorginstituut heeft een ondersteunende en faciliterende rol. Onder andere organiseert het Zorginstituut bijeenkomsten met alle partijen ter bespreking en afstemming. Het Zorginstituut zal ongeveer drie jaar na publicatie van dit verbeteringsignalement een integrale evaluatie uitvoeren (op zowel procesafspraken als resultaat op de verbeterdoelen) en hierover rapporteren aan de minister voor Langdurige Zorg en Sport.

Bijlage A Verantwoording werkwijze Zinnige Zorg

Het Zorginstituut wil met het Zinnige Zorg-programma de kwaliteit van de zorg en de gezondheidswinst voor de patiënt vergroten en onnodige kosten vermijden. Om deze doelen te bereiken, licht het Zorg-instituut samen met betrokken partijen de zorg in het verzekerde basispakket systematisch door. Hoe we dat doen, lichten we in deze bijlage toe.

Uitgangspunten

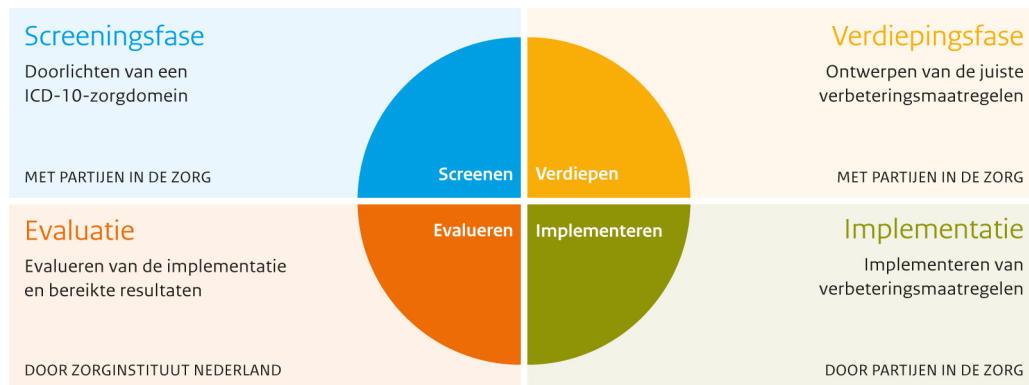
Zorginstituut Nederland heeft voor het programma Zinnige Zorg een systematische werkwijze ontworpen om de manier waarop gebruik wordt gemaakt van zorg in het verzekerde basispakket door te lichten. De kern van deze systematische doorlichting is het identificeren en terugdringen van ineffectieve en/of onnodige zorg, zodat de kwaliteit van de zorg voor de patiënt verbetert, de gezondheidswinst toeneemt en onnodige kosten worden vermeden. Een systematische doorlichting doen we binnen alle ICD-10-hoofdstukken. We werken hierbij vanuit de volgende uitgangspunten:

- *Patiëntenperspectief*: we kijken vanuit het perspectief van de patiënt naar het gehele zorgtraject. Samen beslissen is daarbij van belang.
- *Pakketbeheerder*: onze focus ligt primair op zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet of de Wet langdurige zorg.
- *Goede zorg in de praktijk*: we gaan uit van de opvattingen over goede zorg van de zorgverleners zelf zoals deze zijn weergegeven in kwaliteitsstandaarden of blijken uit wetenschappelijk onderzoek. Vervolgens kijken we hoe de zorg in de praktijk wordt uitgevoerd. Dit leidt tot identificatie van onde- en overdiagnostiek, onder- en overbehandeling en het signaleren van kennislacunes.
- *Betrokkenheid partijen*: in alle fasen van de systematische doorlichting werken we samen met de betrokken verantwoordelijke partijen: patiënten, zorgverleners, zorginstellingen en zorgverzekeraars. We nodigen hen uit om bijeenkomsten bij te wonen en ons te adviseren over het onderzoek. Voorafgaand aan de publicatie van rapporten nodigen we partijen uit voor een schriftelijke bestuurlijke consultatie.

Cyclus

Voor het bevorderen van goede zorg voeren we een systematische doorlichting uit volgens een cyclus zoals geïllustreerd in de onderstaande figuur. Deze cyclus bestaat uit vier opeenvolgende fasen: screening, verdieping, implementatie en evaluatie.

Figuur A.1 | Cyclus Zinnige Zorg



Screeningsfase

Het doel van de screeningsfase is een of meer zorgtraject(en) voor patiënten met een bepaalde aan-doening uit een aangewezen ICD-10-gebied te selecteren voor de verdiepingsfase. Deze selectie gebeurt op basis van de drie criteria: groot aantal patiënten, hoge zorgkosten en hoge individuele ziektelast. Vervolgens gaat het Zorginstituut na of er richtlijnen beschikbaar zijn (opvattingen over goede zorg) en mogelijkheden voor onderzoek naar de uitvoering in de praktijk (beschikbaarheid van declaratie- of andere data). Ook bespreken we met de betrokken partijen of er vermoedens zijn over mogelijkheden voor meer zinnige zorg. De keuze voor de zorgtrajecten die hieruit resulteert, leggen we samen met de onderliggende analyse vast in een rapport 'Systematische analyse'. Het definitieve rapport sturen we naar partijen in de zorg en naar de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Binnen de langdurige zorg gaan we uit van het ICF-model (International Classification of Functioning, Disability and Health). Deze classificatie beschrijft het functioneren van mensen inclusief factoren die daar invloed op hebben. De ICF is te zien als aanvulling op de ICD-10, omdat de ICF verder kijkt dan sterfte en ziekte en nuttig is voor het begrijpen en meten van gezondheidsuitkomsten.

Verdiepingsfase

Het doel van de verdiepingsfase is voor de geselecteerde zorgtrajecten inzichtelijk maken waar de zorg in de praktijk niet wordt uitgevoerd zoals op basis van de (wetenschappelijke onderbouwde) aanbevelingen in richtlijnen of de wetenschappelijke stand van zaken verwacht mag worden. Met andere woorden, waar is mogelijk sprake van niet-gepaste zorg? Hierbij zijn we op zoek naar: onder- en overdiagnostiek, onder- en overbehandeling en kennislacunes. Op basis van dit onderzoek maakt het Zorginstituut met de betrokken partijen verbeterafspraken. Het onderzoek en de verbeterafspraken (inclusief impactanalyse) leggen we vast in een 'verbetersignalement'. Het definitieve rapport bieden we aan partijen in de zorg aan en aan de minister voor Langdurige Zorg en Sport.

Implementatiefase

Het doel van de implementatiefase is het realiseren van de afspraken om verbetering van de vastgestelde verbetermogelijkheden te effectueren. Deze verantwoordelijkheid ligt bij de partijen in de zorg. Het Zorginstituut kan in deze fase, waar nodig, een ondersteunende en faciliterende rol hebben. Het Zorginstituut volgt de implementatie door de voortgang te monitoren. Over de voortgang rapporteren we aan de direct betrokken partijen en de minister voor Langdurige Zorg en Sport.

Evaluatiefase

Het doel van de evaluatiefase is zichtbaar maken of de verbeterafspraken gerealiseerd zijn en bepalen of er nog andere acties of maatregelen nodig zijn. De uitkomsten van de evaluatie worden vastgelegd in een rapport dat wordt aangeboden aan de betrokken partijen in de zorg en aan de minister voor Medische Zorg en Sport.

Onderzoek

In de systematische doorlichting kunnen we gebruik maken van verschillende vormen van onderzoek, waaronder:

- Analyse van nationale richtlijnen;
- Analyse van internationale richtlijnen;
- Systematische reviews naar (kosten)effectiviteit
- Analyse van declaratiedata.

We gebruiken declaratiedata (uit het Declaratie Informatie Systeem (DIS), Zorg Prestaties en Declaraties (ZPD), en het Genees- en hulpmiddelen Informatieproject (GIP) om een indruk te krijgen van de praktijk van de zorg. Declaratiedata zijn een reflectie van de registratiepraktijk en niet altijd van de daadwerkelijk geleverde zorg. Desalniettemin zijn deze data wel een belangrijke, en soms zelfs enige, informatiebron en kan deze waardevolle signalen geven over de kwaliteit van de zorg. De bescherming van de privacy staat voorop. De gebruikte persoonsgegevens zijn daarom gepseudonimiseerd en niet herleidbaar tot individuen.

Het Zorginstituut geeft in het programma Zinnige Zorg geen opdracht of subsidie voor klinisch onderzoek.

Van Zinnige Zorg naar Passende zorg

De Zinnige Zorg-methodiek wordt op dit moment verder ontwikkeld door het Zorginstituut. In nauwe samenwerking met diverse partners binnen de overheid en de zorg wordt nu inhoud en vorm gegeven aan de methodiek voor Passende zorg. Over de voortgang daarvan leest u op de [website van het Zorginstituut](#). Lopende Zinnige Zorg-verdiepingsonderzoeken vinden doorgang in het kader van Passende zorg. Het Zorginstituut blijft tijdens de implementatie de verbetermogelijkheden monitoren die zijn vastgelegd in het verbetersignalement.

Bijlage B Zorgtraject bij mensen met een LVB en een gezondheidsprobleem

In figuur C.1 is het zorgtraject voor deze doelgroep schematisch weergegeven; het omvat de (mogelijke) contacten en beslismomenten die in de eerstelijnszorg kunnen plaatsvinden.

De eerste, cruciale stap in het zorgtraject is de herkenning van signalen die wijzen op een mogelijke LVB. Signalen vanuit de patiënt zelf, maar zeker ook vanuit andere bronnen, zoals familie, school of maatschappelijk werk. Deze herkenning kan plaatsvinden door verschillende personen werkzaam binnen de huisartsenpraktijk. Herkenning van de LVB is nodig om de juiste zorg te kunnen bieden en om op een passende manier met de patiënt te communiceren.

Na herkenning kan screening volgen. De huisarts kan hiertoe besluiten na de diverse signalen te hebben overwogen en eventueel een AVG te hebben geconsulteerd. De patiënt moet altijd bij deze overwegingen worden betrokken.

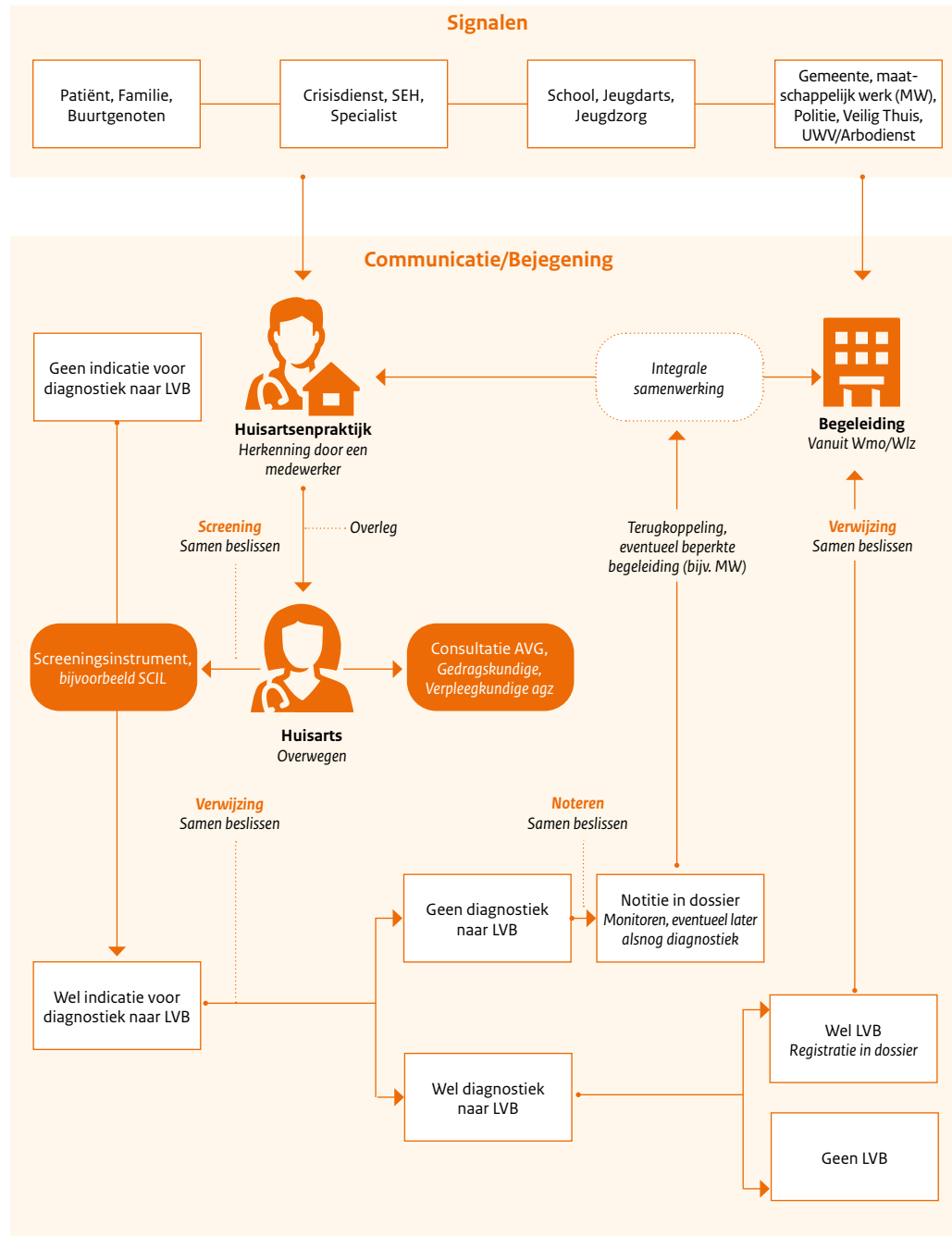
Als de screening aanleiding geeft tot nadere diagnostiek, kan hiertoe in overleg met de patiënt worden besloten. Als niet gekozen wordt voor nadere diagnostiek kan de huisarts een notitie maken in het dossier, bijvoorbeeld in de vorm van een memo. Op deze manier is iedere medewerker binnen de praktijk op de hoogte van de verdenking op een LVB, zodat daarmee rekening kan worden gehouden bij de communicatie en begeleiding, het inschatten van de urgentie bij een klacht en de planning (bijvoorbeeld meer tijd voor een consult inplannen).

Als de verdenking op een LVB vrij groot is, of als sprake is van een duidelijk afgebakend probleem, kan de huisarts hiervoor verwijzen naar enige vorm van begeleiding, bijvoorbeeld het maatschappelijk werk. Hiervoor is een goede kennis van en samenwerking met 'de sociale kaart' van cruciaal belang.

Als de patiënt voor nadere diagnostiek wordt verwezen en is gediagnosticeerd, kan met zekerheid worden vastgesteld dat hij wel of geen LVB heeft. Als de patiënt een LVB blijkt te hebben, komt hij in aanmerking voor meer intensieve begeleiding vanuit de Wmo en Wlz. Ook hierbij speelt kennis van en samenwerking met 'de sociale kaart' een belangrijke rol. De huisarts kan nu ook de aanwezigheid van een LVB duidelijker registreren in het patiëntendossier. Op dit moment is daar nog geen goede ICPC-code voor. Aangezien een LVB geen aandoening betreft, is het ook maar de vraag of dit wenselijk is. Mogelijk is een nog te ontwikkelen ruitercode een betere manier van registratie van de LVB.

In het zorgtraject wordt met dubbelzijdige pijlen aangegeven dat het wenselijk is dat er regelmatig terugkoppeling is tussen de huisarts (-en praktijk), de zorgverleners vanuit het sociaal domein en de overige instanties en zorgverleners van waaruit de signalen komen. Ook de AVG kan op verschillende momenten een belangrijke rol spelen. Hij kan niet alleen geconsulteerd worden bij de eerdergenoemde besluitvorming rondom de screening, maar ook bij de nadere diagnostiek en begeleiding.

Figuur B.1 | Zorgtraject bij mensen met een LVB en een gezondheidsprobleem



Herkenning en screening door de huisarts, de eerste stappen in het zorgtraject, is in overleg met de stakeholders gekozen als thema voor verdere verdieping. Dit is mede omdat de huisartsenpraktijk de plek is waar mensen met een gezondheidsprobleem doorgaans als eerste naar toe gaan. De overige thema's komen binnen de verdieping aan de orde voor zover ze gerelateerd zijn aan de zorg die de huisarts pleegt te bieden. Het kan hierbij bijvoorbeeld gaan om het verwijzen naar een andere zorgverlener voor diagnostiek van de LVB en acties die samenhangen met de uitslag van deze diagnostiek of de terugkoppeling van de bevindingen van een geconsulteerde AVG.

Bijlage C Geanalyseerde zorgstandaarden

Zinnige Zorg onderzoekt de onderbouwing van de geldende richtlijnen en zorgstandaarden en vergelijkt de opvattingen van goede zorg met de praktijk van zorg.

Slechts een beperkt aantal zorgstandaarden gaan over LVB, herkenning van signalen van een LVB, communicatie en begeleiding en samenwerking met andere zorgverleners, met aanbevelingen over screening, gepaste communicatie en begeleiding. Een integrale richtlijn of zorgstandaard over LVB voor de huisartsenpraktijk ontbreekt.

Wel zijn er veel informatiebronnen met kennis en expertise over LVB. Deze kennis over LVB wordt breed gedragen, maar is niet goed ontsloten en vindbaar voor zorgverleners binnen het medisch domein.

Binnen de beschreven goede zorg in een module, zorgstandaarden, handreikingen en andere kwaliteitsinformatie die we vonden, zijn drie groepen te onderscheiden.

Ten eerste hebben wij een module, NHG-Standaard en een handreiking gevonden voor de huisartsenpraktijk over zorg voor mensen met een LVB, die steeds vanuit een deelaspect het onderwerp LVB raken. Deze zorgstandaarden zijn:

1. De 'Generieke module Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid (ZB) of lichte verstandelijke beperking (LVB)' (2018) is gericht op genezing en herstel van (beginnende) psychische stoornissen bij mensen met een LVB. Daarin komt herkenning van signalen van een LVB (kort) aan de orde. Hoewel deze is bedoeld voor onder andere huisartsen en praktijkondersteuners GGZ, is deze voor hen minder voor de hand liggend om te raadplegen.
2. De NHG-Standaard 'SOLK' (Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten) benoemt de relatie tussen SOLK en LVB nergens specifiek, maar geeft wel aan dat beperkt gezondheidsvaardigheden wellicht een predisponerende factor vormen voor SOLK.
3. De 'Handreiking samenwerking huisarts en AVG' (2017) benoemt de taakverdeling van en samenwerking tussen huisarts en AVG in de zorg voor mensen met een LVB.

Ten tweede zijn er zorgstandaarden over goede zorg aan mensen met een LVB die zijn opgesteld voor de gespecialiseerde (Wlz-)zorg voor mensen met een LVB. Deze zorgstandaarden zijn multidisciplinair van aard en door verschillende beroepsverenigingen geautoriseerd. Het gaat bijvoorbeeld om:

1. De multidisciplinaire richtlijn 'Signaleren van lichamelijke problemen bij volwassenen met een verstandelijke beperking'.
2. De multidisciplinaire richtlijn 'Signaleren van pijn bij mensen met een verstandelijke beperking'.

Ten slotte zijn er diverse brochures, handreikingen en andere informatiebronnen met informatie over (aspecten van) LVB die niet geautoriseerd zijn door zorgverleners. Deze informatiebronnen over LVB zijn gemaakt door wetenschappers, kennisinstituten of zorginstellingen die betrokken zijn bij zorg voor mensen met een LVB en worden breed gedragen door het veld. Een aantal voorbeelden:

1. De 'Handreiking vroegsignalering van een licht verstandelijke beperking (LVB)' (2017), bedoeld voor onder andere huisartsen en praktijkondersteuners, gericht op jeugdigen en jongvolwassenen.
2. De 'Richtlijn Diagnostisch onderzoek LVB' (2012) bevat aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en afnemen van diagnostische instrumenten bij mensen met een licht verstandelijke beperking. Douma, J., Moonen, X., Noordhof, L., en Ponsioen, A., Kenniscentrum LVB, Utrecht.
3. De 'Richtlijn Effectieve interventies LVB' (2012) bevat aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. Wit, M. de, Moonen, X. en Douma, J., Kenniscentrum LVB, Utrecht.
4. De brochure 'Naar de huisarts' van Sterker Op Eigen Benen, Academische werkplaats Radboudumc in samenwerking met Driestroom.
5. Kennis-app LVB van Expertisepunt Verstandelijke Beperking, een platform waarop kennis over mensen met een LVB wordt gedeeld en ondersteund door een groot aantal organisaties.

6. De brochure *'Hoe herken ik mensen met een lichte verstandelijke beperking?'* Bejegenen, behandelen, beveiligen. Expertisecentrum De Borg, Den Dolder.
7. *LVB-ers die uit balans zijn. Hoe herken je ze, hoe ga je ermee om? Sociaal-emotioneel functioneren bij mensen met een licht verstandelijke beperking.* Stichting MEE Zuid-Holland Noord.
8. Studio-LVB. *Omgang en begeleiding van LVB.* Podcast serie, 2021. Middin. <https://middin.nl/studio-lvb>
9. Het convenant *'Randvoorwaarden en facilitering van medisch-generalistische zorg voor mensen met een beperking'* (2020). Een groot aantal partijen heeft hierin afspraken vastgelegd over verbetering van de toegang tot de medisch-generalistische zorg voor mensen met een beperking. Een van de afspraken is om de *'Handreiking samenwerking huisarts en AVG'* te actualiseren.

Bijlage D Drie onderzoeken

Voor de verdiepingsfase van dit Zinnige Zorg-project hebben we drie externe onderzoeken laten doen. Deze betroffen:

1. zorggebruik door mensen met een LVB;
2. herkenning door huisartsen van een LVB;
3. cliëntervaringen met huisartsenzorg.

De onderzoeksvragen zijn in samenspraak met de betrokken partijen geformuleerd. Zij worden in de volgende paragrafen weergegeven.

1. Onderzoek naar verschillen in zorggebruik

Doel en specifieke onderzoeksvragen

Dit onderzoek richt zich op de registratie van een LVB in de huisartsenpraktijk en op verschillen in zorggebruik tussen mensen met en zonder een LVB. Hierbij wordt nader ingezoomd op verschillen in zorggebruik tussen mensen met een LVB die wel en mensen die niet bij de huisarts staan geregistreerd met ICPC-code P85. We zoomen in op deze twee groepen, omdat het zorggebruik mogelijk verschilt tussen mensen met een LVB die wel een registratie bij de huisarts hebben en mensen die dat niet hebben. De onderzoeksvragen zijn als volgt:

1. Van hoeveel personen met een LVB uit het bestand van het Centraal bureau voor de Statistiek (CBS) is bij de huisarts en huisartsenpost bekend dat ze een LVB hebben?
2. Wat zijn de verschillen in zorggebruik van mensen met en zonder een LVB en hoe ziet dat eruit voor een aantal specifieke gezondheidsproblemen?
3. Wat zijn de verschillen in zorggebruik tussen mensen die ondersteuning ontvangen via de Wlz of de Wmo en mensen die geen ondersteuning ontvangen?

Methode

In dit onderzoek zijn mensen met een LVB getraceerd in drie registers, namelijk het register op basis van CIZ-indicaties, het register op basis van de Wet sociale werkvoorziening (Wsw) en het register over Arbeidsongeschiktheid (AO). Deze drie registers zijn aanwezig bij het CBS. Door koppeling van CBS-data met data uit het huisartseninformatiesysteem (HIS) kan achterhaald worden hoeveel mensen met een LVB wel of geen P85-registratie hebben bij de huisarts.

Aanvullende resultaten

De resultaten laten zien dat personen met een LVB vaker zorg gebruiken dan de Nederlandse populatie. Dit geldt voor alle Zvw-zorgcategorieën (huisartsenzorg, medisch specialistische zorg (MSZ), geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en medicatiegebruik). We zien dat de gemiddelde zorgkosten per gebruiker bij mensen met een LVB hoger zijn dan in de Nederlandse bevolking (€ 3401 versus € 1983). Zie tabel D.1.

Als we kijken naar het specifieke zorggebruik, dan zien we dat het type huisartsenconsulten (telefonisch, regulier consult, M&I-verrichtingen) vergelijkbaar is tussen de groepen. Wel gaan personen met een LVB gemiddeld vaker naar de huisarts. Bij MSZ zien we dat personen met een LVB vaker naar twee of meer specialisten zijn doorverwezen. Daarnaast gebruiken mensen met een LVB vaker medicatie dan de algemene bevolking (75 procent en 62 procent). Zie tabel D.2. Het type medicatie is vergelijkbaar tussen beiden. Mensen met een LVB gebruiken wel vaker antidepressiva (15 procent en 9 procent) en laxantia (14 procent en 10 procent) en medicatie uit meerdere ATC-groepen. Dat wil zeggen, hoe meer medicijnen tegelijkertijd worden voorgeschreven, hoe vaker dit is voor mensen met een LVB. Mensen met een LVB gebruiken drie keer zo vaak tien of meer medicijnen in vergelijking met de algemene bevolking.

Niet-geregistreerde LVB versus P85

Personen met een LVB die niet geregistreerd staan bij de huisarts gebruiken minder vaak zorg dan personen met een LVB die bekend staan bij de huisarts onder code P85 (P85-groep). Dat zien we met name bij de specialistische GGZ (respectievelijk 9 procent en 15 procent) gevolgd door huisartsenzorg (respectievelijk

80 procent en 85 procent) en medicatiegebruik (76 procent en 80 procent). Bij MSZ en basis-GGZ zien we weinig tot geen verschil tussen beide groepen. Zie tabel D.1.

De gemiddelde zorgkosten per gebruiker zijn bij niet-geregistreerde mensen met een LVB eveneens lager bij medicatiegebruik en huisartsenzorg dan in de P85-groep. Ook de totale kosten zijn lager bij niet-geregistreerde mensen met een LVB dan in de P85-groep.

Binnen de zorgcategorieën zien we een aantal verschillen tussen de niet-geregistreerde mensen met een LVB en de P85-groep. Het gemiddeld aantal huisartscontacten ligt lager bij de niet-geregistreerden en er is minder vaak sprake van medicatiegebruik uit >10 ATC-groepen dan binnen de P85-groep. Extreme polyfarmacie (>10 medicijnen tegelijk) komt dus veel voor bij de niet-geregistreerden in vergelijking met de algemene bevolking, maar komt nog meer voor bij de P85-groep.

Tabel D.1 | Kerncijfers over zorggebruik per groep.

Kerncijfers	LVB	P85	NL
Prevalentie zorggebruik			
Huisartsbezoek	80%	85%*	67%*
MSZ	64%	66%	52%*
Medicijngebruik	76%	80%*	62%*
Basis GGZ	2%	†%	2%*
Specialistische GGZ	3%	15%*	4%*
Zorgkosten	€3.401	€4.810*	€1.983*
Zorggebruik			
Consulten huisartsenzorg	6,8	8,2*	4,5*
Consulten POH GGZ	4,5	4,5	4,0
ANW	2,2	2,3	1,4
M&I	1,6	€5*	1,4*
Comorbiditeiten	4	6	3

*Significant verschil bij $p < 0,05$

Tabel D.2 | Kerncijfers over medicijngebruik per groep

Medicijngebruik	Niet-geregistreerde LVB groep	NL populatie
Ja (1 of meer)	75%	62%*
6-10 medicijnen	16%	9%*
11 of meer medicijnen	6%	2%*
Antidepressiva	15%	9%*
Laxantia	†%	1%*

*Significant verschil bij $p < 0,05$

Onderzoek naar herkenning van mensen met een LVB door huisartsen

Doel en specifieke onderzoeksvragen

Het tweede onderzoek geeft inzicht in hoe herkenning van een LVB in de eerstelijnszorg plaatsvindt. Ook geeft het inzicht in welke aanpassingen huisartsen doen in bijvoorbeeld communicatie en bejegening, en of zij andere zorgverleners inschakelen (diagnostiek en verwijzen) om de zorg af te stemmen op mensen met een LVB. Er zijn drie onderzoeksvragen geformuleerd:

1. In hoeverre en waaraan herkennen huisartsen mensen met een LVB? (Thema herkenning en screening).
2. In hoeverre is er een behoefte aan vergroting van de kennis van huisartsen over LVB (herkenning van en omgaan met een LVB)? (Thema's communicatie en bejegening; en herkenning en screening.)
3. In hoeverre ondernemen huisartsen vervolgacties na herkenning van een LVB en wat houden die vervolgacties in? (Thema's diagnostiek en verwijzing; en herkenning en screening.)

Methode

Het onderzoek vond in twee fasen plaats. Eerst zijn acht diepte-interviews afgenomen bij huisartsen. Op basis van deze interviews is vervolgens een enquête samengesteld. Deze enquête is digitaal afgenomen bij 281 huisartsen in Nederland.

3. Onderzoek naar ervaringen van mensen met een LVB in de huisartsenpraktijk

Doel en specifieke onderzoeksvragen

Dit onderzoek beoogt inzichtelijk te maken:

- a. hoeverre de huisarts het eerste aanspreekpunt is bij (gezondheids-)problemen bij mensen met een LVB;
- b. de houding en gedrag van mensen met een LVB met betrekking tot het bespreken van hun LVB met de huisarts.

De volgende onderzoeksvragen zijn opgesteld:

1. Welke waarde hecht iemand met een LVB aan de rol van de huisarts?
2. Wat zijn de ervaringen van mensen met een LVB over het contact met hun huisarts?
3. Hoe staan mensen met een LVB tegenover het bespreken van hun LVB met de huisarts?
4. Welke tips hebben mensen met een LVB voor de huisarts als het gaat om de omgang met mensen met een LVB?

Methode

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen is gebruikgemaakt van semigestructureerde interviews met mensen met een (mogelijke) LVB. Dertien mensen namen deel aan het onderzoek waarvan drie mannen en tien vrouwen. Mensen zijn geworven via een instelling en via sociale werkplaatsen. De interviews hebben face-to-face plaatsgevonden.

Bijlage E Betrokken partijen

Voor deze verdiepingsfase hebben we samengewerkt met onderstaande partijen.

Patiënten

KansPlus - Belangennetwerk verstandelijk gehandicapten
Landelijke Federatie Belangenverenigingen Onderling Sterk (LFB)
Ieder(in)

Zorgaanbieders

Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk (BPSW)
Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)
Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO)
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Bijlage F Reactie schriftelijke consultatie

Voorafgaand aan de publicatie van dit verbetersignalement zijn de partijen uitgenodigd voor een schriftelijke bestuurlijke consultatie. Het commentaar van de partijen en de reactie van het Zorginstituut daarop vindt u in tabel F.1.

Tabel F.1 | Overzicht commentaar schriftelijke consultatie

Commentaar partijen	Reactie Zorginstituut Nederland
Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk (BPSW)	
De BPSW geeft aan het rapport te onderschrijven, de afspraken te zullen oppakken en er aandacht aan te besteden in de eigen mediakanalen en bij de sociaalagogisch begeleiders in de GHZ.	Ter kennisgeving aangenomen.
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	
ZN geeft aan dat zij de verbeterrichtingen en de acties ondersteunen en bereid zijn om in een vervolg waar nodig vanuit hun rol te blijven meedenken en betrokken te blijven. Bij de verbeteracties geeft ZN aan dat het goed zou zijn als deze een concrete vertaling krijgen met een planning en taakverdeling.	Bij aanvang van de implementatiefase concretiseren de partijen de gemaakte afspraken.
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	
Het NIP geeft aan het verbetersignalement een inhoudelijk goed rapport te vinden en de verbetermogelijkheden zoals vastgelegd te onderschrijven. Het NIP herkent zich in de verbeterafspraken en de betrokkenheid daarbij van organisaties. Het NIP geeft aan een rol te kunnen spelen bij de kennisvergroting (paragraaf 4.2 afspraak 3. Kennisvergroting) en te willen meedenken over de wijze waarop betrokken partijen elkaar weten te vinden, bereiken en naar elkaar doorverwijzen (paragraaf 4.2 afspraak 6. Samenwerking medisch en sociaal domein).	In tabel 4 is de rol van het NIP bij de verbeterafspraken 3 en 6 verduidelijkt.
KansPlus - Belangenennetwerk verstandelijk gehandicapten	
KansPlus spreekt haar dank uit dat het Zorginstituut aandacht geeft aan de zorg voor mensen met een VB. Uit ervaringen van haar leden weet KansPlus dat de huisarts een heel belangrijke positie inneemt in de zorg voor mensen met een (licht) verstandelijke beperking, en ook dat er verbeterpunten te benoemen zijn, wat nu is gebeurd in dit verbetersignalement. KansPlus geeft aan de verbeterrichtingen te onderschrijven, maar maakt wel een aantal kritische opmerkingen. KansPlus geeft aan vanuit hun expertise te willen meewerken aan de implementatie van het verbetersignalement.	De reacties op de kanttekeningen staan hieronder beschreven.

Commentaar partijen	Reactie Zorginstituut Nederland
KansPlus - Belangennetwerk verstandelijk gehandicapten	
Over de inleiding merkt KansPlus het volgende op. De beeldbeschrijving van mensen met een licht verstandelijke beperking houdt onvoldoende rekening met wat mensen wél kunnen en de ontwikkeling die zij kunnen doormaken. Net als iedereen leren mensen met een verstandelijke beperking hun leven lang. De kennis en vaardigheden die iemand in het leven heeft geleerd, werken mee aan een verhoogde mate van sociale redzaamheid. Mensen met een LVB hebben een lager intelligentieniveau (IQ 50-70) en hebben moeite om zich op alle levensgebieden in de maatschappij te redden. Zij kunnen bijvoorbeeld minder goed lezen, schrijven en rekenen, en hebben andere woorden en een ander tempo nodig in de communicatie met anderen. Ook met de huisarts. Bij het oplossen van problemen is veelal een vorm van ondersteuning nodig. Zij kunnen ook moeite hebben met praktische vaardigheden, zoals persoonlijke verzorging, werk, zelfstandig beslissingen nemen, het regelen van financiën en administratie, en zorgen voor hun eigen veiligheid. Een licht verstandelijke beperking is weliswaar een blijvende beperking, maar er valt goed mee te leven als de samenleving bereid is er een beetje rekening mee te houden dat het niet bij iedereen vanzelf gaat. Daarbij is de hoogte van het IQ slechts één aspect. Zeker zo belangrijk is of iemand begrepen wordt, of de benadering past en de bejegening vriendelijk is, of er persoonsgerichte zorg en hulp worden geleverd, en of de sociale context ondersteunend is.	De tekst in de inleiding is aangescherpt.
KansPlus benadrukt dat mensen die zwakbegaafd zijn (IQ 70-85) ook aandacht en persoonsgerichte zorg nodig hebben, die in meer of mindere mate overeenkomt met mensen met een LVB (IQ 50-70). Ook zij zijn niet altijd op alle fronten sociaal redzaam en kunnen steeds moeilijker meedoen in de samenleving. Deze groep zou daarom ook meegenomen moeten worden in dit signalement. Wat de cijfers betreft zijn er ook heel andere aantallen te vinden, namelijk ongeveer 370.000 mensen hebben een licht verstandelijke beperking en ongeveer 2,3 miljoen mensen hebben een IQ tussen de 70 en 85. Een deel van de mensen heeft problemen op het gebied van sociale redzaamheid en maakt gebruik van zorg voor mensen met een LVB (Woittiez et al. 2019)	In dit verbetersignalement is LVB gebaseerd op twee gronden, namelijk intelligentie (IQ) en sociale redzaamheid (sociaal adaptief vermogen). Onder de groep 'mensen met een LVB' scharen we in dit verbetersignalement ook de mensen die zwakbegaafd zijn, namelijk degenen met een IQ tussen 70 en 85 én een beperkt sociaal adaptief vermogen. De basis hiervoor vormt de studie van Woittiez et al (2019). Op basis van deze twee gronden schatten Woittiez et al. het totaal aantal mensen met een LVB op 1,17 miljoen. Een verduidelijking van de gevolgde berekening en afbakening van de groep mensen met een LVB is toegevoegd in voetnoot 5.
KansPlus merkt het volgende op. Onduidelijk is waar de bewering op stoelt dat mensen met een LVB vaak psychische problemen hebben. De inschatting is juist dat in de GGZ mogelijk 40 procent van de patiënten ook een verstandelijke beperking heeft en vanuit gedragsproblematiek in de GGZ is geplaatst. De vraag is echter of het hier om psychiatrische problematiek gaat of om onbegrepen gedrag dat escaleert.	

Commentaar partijen	Reactie Zorginstituut Nederland
KansPlus - Belangennetwerk verstandelijk gehandicapten	
Over de uitgevoerde onderzoeken merkt KansPlus het volgende op. De drie onderzoeken van het Zorginstituut naar zorg- en medicijngebruik, bekendheid met licht verstandelijke beperkingen bij huisartsen en samenwerking met andere hulpverleners en naasten, tonen de noodzaak aan van het vergroten van bewustwording bij huisartsen, ook van communicatieve vaardigheidsontwikkeling en kennisontwikkeling en betere samenwerking in de keten en met naasten. Van die verbetering kunnen 2,5 miljoen mensen in Nederland profiteren. Een belangrijk aandachtspunt is dat mensen met een licht verstandelijke beperking niet altijd de draagwijdte en het langere termijn effect van euzes kunnen overzien. Dat geldt ook voor het onderzoek dat is gedaan bij mensen met een verstandelijke beperking. Het is KansPlus niet duidelijk of de werkwijze aangepast was op het niveau van de ondervraagden en op welke wijze de antwoorden geïnterpreteerd zijn. De afspraken voor betere zorg onderschrijft KansPlus van harte, waarbij de toets zal zijn of de huisartsenzorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking is verbeterd.	Ter kennisgeving aangenomen. Het onderzoek is uitgevoerd door LeerZelfOnline, een organisatie die altijd samenwerkt met ervaringsdeskundigen en andere belanghebbenden, zodat het eindresultaat optimaal bij hen aansluit. Het is een organisatie die zich specifiek richt op mensen met een verstandelijke beperking en als zodanig zeer bekend is met mensen met een beperking. LeerZelfOnline ressorteert onder dezelfde onderneming die Steffie en haar methodieën heeft bedacht en ontwikkeld. Over drie jaar monitort het Zorginstituut de uitvoering en zo mogelijk de doorwerking van de verbeterafspraken.
Het duiden van een verstandelijke beperking als een persoonskenmerk is voor KansPlus nieuw en het is de vraag of dit passend is en helpt in de context van het verbetersignalement. KansPlus werkt niet vanuit het perspectief wat iemand is, maar wat iemand nodig heeft om een zo zelfstandig mogelijk leven te kunnen leiden en te kunnen deelnemen aan de samenleving. KansPlus pleit voor een holistische benadering, waarbij aandacht wordt besteed aan fysieke, psychische, emotionele en sociale aspecten van een mens. Daar zit de kwaliteit van de professionele ondersteuning door huisartsen.	In de inleiding is de tekst aangescherpt.
Over paragraaf 1.4 vraagt KansPlus zich af of het nodig is om mensen op een LVB te screenen en zo ja, wanneer. KansPlus merkt daarbij het volgende op. Screeningsinstrumenten kunnen bijdragen aan herkenning van een licht verstandelijke beperking bij patiënten. Dat kan nodig zijn, maar ook een goed ontwikkeld fingerspitzengefühl bij artsen en alertheid kunnen helpen. Bij een screening moet de vraag centraal staan wat de uitslag toevoegt aan verbetering van de zorg voor de patiënt, en welke handvatten worden geboden voor de daaropvolgende stap van passend gedrag door de huisarts naar de patiënt met een licht verstandelijke beperking. Voorzichtigheid is geboden met instrumenten die mensen mogelijk in hokjes plaatsen en de zorgverlener de geruststelling geven dat het duidelijk is wat er aan de hand is. Juist de zoektocht naar wat iemand nodig heeft, waarbij een huisarts communicatief vaardig is om met mensen met een licht verstandelijke beperking te communiceren, zal de kwaliteit van de huisartsenzorg verbeteren. KansPlus pleit er dan ook niet voor om bij het minste vermoeden op een LVB een screeningsinstrument in te zetten	Met screening bedoelen we: het met enkele gerichte vragen verkennen of mogelijk sprake is van een LVB bij de patiënt. Met een screening kan geen LVB worden vastgesteld. Het is bedoeld om een (licht) vermoeden op LVB bevestigd te krijgen en is slechts een indicator en geen diagnostisch instrument. Er mogen dus geen conclusies worden verbonden aan de uitkomst van de screening. De diagnose van een LVB kan uitsluitend worden vastgesteld op basis van verder onderzoek.

Commentaar partijen	Reactie Zorginstituut Nederland
KansPlus - Belangennetwerk verstandelijk gehandicapten	
Op pagina 33 staat dat de huisarts een screening kan overwegen en citaat: "Bij voorkeur wordt de patiënt bij deze overwegingen betrokken." Bij het overwegen tot screening moet naar de mening van KansPlus altijd de patiënt met een beperking worden betrokken. De patiënt zal altijd zelf toestemming moeten geven voor een screening. Net als iedere andere burger.	Bij voorkeur licht de zorgverlener toe waarom hij de screeningsvragen stelt.
KansPlus benadrukt het belang van samenwerking tussen zorgverleners uit het medisch en sociaal domein. Daar is veel winst te behalen voor een meer integrale benadering van de zorg en hulpverlening aan mensen met een licht verstandelijke beperking. Noodzakelijk hierbij is dat alle wetten in acht worden genomen en dezelfde spelregels voor privacy worden gehanteerd die voor alle burgers gelden.	Ter kennisgeving aangenomen.
KansPlus maakt de volgende opmerking. In het verbetersignalement is de rol van de directe sociale omgeving van iemand met een licht verstandelijke beperking niet opgenomen. Naasten, familie en partners kunnen vanuit hun vaak lange verbondenheid met een patiënt van toegevoegde waarde zijn in de huisartsenpraktijk. De lange betrokkenheid heeft in veel gevallen een hoeveelheid aan ervaringskennis opgeleverd die van toegevoegde waarde is. Niet alleen kennis over wat de patiënt kan, weet en wil, maar ook informatie over welke aanpak zou kunnen werken. Daarnaast wordt er vanuit gegaan dat naasten als familie, partner of mantelzorgers een duidelijke rol hebben in de implementatie van de afspraken die in de huisartsenpraktijk zijn gemaakt. In dit verbetersignalement zou KansPlus, naast de kennis vanuit de medische en hulpverlenerskant, de ervaringskennis van naasten als belangrijke kennis duidelijker toegevoegd willen zien. Met de patiënt vormen zij het historisch geheugen en continuïteit in het leven van mensen met een licht verstandelijke beperking. Vanzelfsprekend is in de eerste plaats de patiënt in charge. Daarom is het een goede stap dat iemand van het LFB bij het Zorginstituut betrokken is.	In paragraaf 2.4 is het belang van naasten benoemd. De tekst is aangescherpt.
Het advies van KansPlus is: betrek mensen met een licht verstandelijke beperking en naasten bij alle vervolgstappen van dit signalement.	In de implementatiefase kan dit worden besproken.
Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO)	
Bij verbeterafpraak 5 geeft de NVO het volgende aan. In het kader van GZSP wordt ook zorg geleverd door de orthopedagoog(-generalist) en GZ-psychologen. Dus naast consultatie- en verwijsmogelijkheden naar de AVG kunnen huisartsen ook doorverwijzen naar gedragswetenschappers (orthopedagoog-generalist of o.a. de GZ-psycholoog). Deze behandelaars leveren de zorg vaak in nauwe samenwerking met de AVG of andere zorgverlener, om op die manier samen te bepalen wat voor de hulpvraag nodig is en om direct de juiste zorg te kunnen inschakelen. Juist omdat mensen met een LVB die bij de huisarts komen niet altijd een duidelijk geformuleerde (medische) hulpvraag hebben.	Mede in reactie op V&VN is tekst toegevoegd in paragraaf 3.2: "Naast consultatie- en verwijsmogelijkheden naar de AVG kunnen huisartsen ook doorverwijzen naar een gedragskundige, zoals de orthopedagoog-generalist of GZ-psycholoog of een verpleegkundig specialist algemene gezondheidszorg (agz). Juist omdat mensen met een LVB die bij de huisarts komen niet altijd een duidelijk geformuleerde (medische) hulpvraag hebben. Gedragskundigen leveren de zorg vaak in nauwe samenwerking met de AVG of een andere zorgverlener, om samen te bepalen wat voor de hulpvraag nodig is en om direct de juiste zorg te kunnen inschakelen. De consult- en adviesfunctie van de verpleegkundig specialist agz komt bijvoorbeeld goed tot uiting bij de periodieke medicatiebeoordeling bij polyfarmacie (paragraaf 3.4)."
De NVO geeft aan dat er steeds meer instrumenten zijn waarmee (aspecten van) LVB herkend kunnen worden en die goed in de medische praktijk zijn te gebruiken, zoals de SCIL en de ADAPT, en binnenkort de SCAF.	In de implementatiefase wordt nader verkend hoe het inzetten van screeningsinstrumenten een plaats kan krijgen in de medische en sociale praktijk.

Commentaar partijen	Reactie Zorginstituut Nederland
Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO)	
Voor wat betreft communicatie vindt de NVO de inzet op specifieke communicatie met mensen met (L)VB een goed voorstel. Daarbij merkt de NVO op dat tegelijkertijd toegankelijker taal voor iederéén behulpzaam kan zijn, en niet alleen doelgroepspecifiek van nut is. Zij refereren hierbij als voorbeeld aan de methode Taal voor allemaal (www.taalvoorallemaal.com), waar taal generiek toegankelijker wordt gemaakt op basis van wetenschappelijke kennis en inzichten. Daarbij wijst de NVO op een overzicht van interventies en methodieken die in de praktijk worden gebruikt voor mensen met een LVB, dat onlangs is gepubliceerd door het Landelijk Kenniscentrum LVB: https://www.kenniscentrumlvb.nl/product/weten-wat-werkt-overzicht-interventies-geschied-voor-gebruik-bij-mensen-met-een-lvb .	Ter kennisgeving aangenomen.
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)	
V&VN zegt erg blij te zijn met dit rapport en de aandacht die het vraagt voor dit probleem. Daarnaast zijn ze blij met de vervolgstappen en de betrokkenheid van V&VN bij de uitvoering ervan. Deze vervolgstappen wachten zij met belangstelling af. V&VN geeft mee om in hoofdstuk 3, bij het beter benutten van de consult- en adviesfunctie, niet alleen de Arts voor Verstandelijk Gehandicapten (AVG) te benoemen, maar hier ook te denken aan andere professionals die in de praktijk deze consultfunctie naar tevredenheid vervullen, zoals de verpleegkundig specialist algemene gezondheidszorg (agz) en de gedragskundige. De consult- en adviesfunctie van de verpleegkundig specialist agz komt bijvoorbeeld goed tot uiting bij de periodieke medicatiebeoordeling bij polyfarmacie.	Ook in reactie op de NVO is tekst toegevoegd in paragraaf 3.2: "Naast consultatie- en verwijsmogelijkheden naar de AVG kunnen huisartsen ook doorverwijzen naar een gedragskundige, zoals de orthopedagoog-generalist of GZ-psycholoog of een verpleegkundig specialist algemene gezondheidszorg (agz). Juist omdat mensen met een LVB die bij de huisarts komen niet altijd een duidelijk geformuleerde (medische) hulpvraag hebben. Gedragskundigen leveren de zorg vaak in nauwe samenwerking met de AVG of andere zorgverlener, om samen te bepalen wat voor de hulpvraag nodig is en om direct de juiste zorg te kunnen inschakelen. De consult- en adviesfunctie van de verpleegkundig specialist agz komt bijvoorbeeld goed tot uiting bij de periodieke medicatiebeoordeling bij polyfarmacie (paragraaf 3.4)."
Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)	
De VGN is positief over de voorgestelde inzet voor verbetering van de gezondheidszorg voor mensen met een LVB. Er is veel waardering dat hierover commitment is bereikt met de betrokken partijen. Ervan uitgaand dat de verbeterafspraken worden gerealiseerd verwachten ze een positief effect hiervan op de zorg aan, en daarmee ook op de gezondheid van, mensen met een LVB. Verder brengen ze graag enkele punten onder de aandacht die hieraan raken en die het effect van de voorgestelde verbeterafspraken kunnen versterken.	De reacties op de kanttekeningen staan hieronder beschreven.

Commentaar partijen	Reactie Zorginstituut Nederland
Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)	
De VGN onderschrijft de vastgelegde verbetermogelijkheden en constateert dat deze deels overeenkomen met afspraken en acties in het convenant <i>Randvoorwaarden en facilitering van medisch-generalistische zorg voor mensen met een beperking</i> (2020). Daarom bepleit de VGN een meer expliciete verwijzing naar de tekst van dit convenant in het verbetersignalement, bijvoorbeeld via een hyperlink. De VGN is het eens met de verbeterafspraken. Wat betreft het toewerpen naar een digitale sociale kaart is de VGN bereid actief bij te dragen aan de verkenning. Daarbij geven ze als suggestie mee om ook de VNG als vertegenwoordiger van gemeentes hierbij te betrekken, aangezien het ook gaat om de samenwerking met zorgverleners uit het sociaal domein: - Ten eerste de insteek van positieve gezondheid, met in het verlengde daarvan de bijdrage vanuit preventie van ziekte. Het commitment van VGN(-leden) aan het <i>Preventieakkoord</i> zal de komende jaren leiden tot extra inzet op het terrein van gezondheid (bijv. rookvrije generatie). - Ten tweede denken zij dat de verbeterafspraken ook voor een bredere doelgroep van meerwaarde kunnen zijn. Daarbij denken ze vooral aan de mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden buiten de LVB-groep. - Ten derde is het gezien de beoogde betere samenwerking tussen het sociaal en medisch domein aan te bevelen om ook de VNG te betrekken bij het implementatietraject.	In het Verbetersignalement is een verwijzing naar het convenant <i>Randvoorwaarden en facilitering van medisch-generalistische zorg voor mensen met een beperking</i> (2020) in een voetnoot opgenomen. In tabel 4 is de rol van de VGN bij verbeterafpraak 6 verduidelijkt. Ter kennisgeving aangenomen. Ter kennisgeving aangenomen. In de implementatiefase wordt opnieuw onderzocht of andere relevante partijen bij (de uitvoering van) dit project kunnen worden betrokken. De daadwerkelijke deelname van en invulling door partijen zal in de implementatiefase in samenspraak worden bepaald.
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) gezamenlijk	
Het is de LHV en het NHG opgevallen dat de scope van dit Zinnige Zorg-project in de loop van het traject is veranderd. Zij geven het volgende aan. Bij de start van het traject in 2019 werd gesproken over het volgende doel. “We zoeken antwoord op de vraag: weten we wat goede gezondheidszorg is voor mensen met een LVB en krijgen ze deze ook?” Dit is gaandeweg het traject veranderd in ‘Huisartsgeneeskundige zorg aan mensen met een LVB’. Daarbij werd het ontlasten van de huisartsenzorg als nadrukkelijk neven doel benoemd. Hoewel er bij dit traject verschillende beroepsgroepen zijn betrokken, wordt de verantwoordelijkheid voor de oplossingen toch grotendeels bij de huisartsenzorg gelegd, terwijl een integrale aanpak juist het meest effectief zou zijn.	In februari 2019 hebben partijen tijdens een bestuurdersbijeenkomst met elkaar geconstateerd dat (vroeg)signalering van een LVB noodzakelijk is om tot betere zorg voor mensen met een LVB te komen. Het verdiepend onderzoek is daarom gericht geweest op herkenning van LVB in de huisartsenpraktijk. In april 2021 hebben de betrokken partijen benadrukt integraal en meer samen te willen werken, omdat dat noodzakelijk is om tot verbetering van zorg voor mensen met een LVB te komen en te blijven zoeken naar manieren om de verantwoordelijkheden op de juiste plek te krijgen.
Het NHG en de LHV geven aan vanaf 9 juli 2021 weer actief te zijn aangehaakt bij het traject en daarbij als voorwaarde expliciet hebben bekrachtigd: “Op welke wijze partijen vorm en inhoud willen geven aan hun betrokkenheid, dat is aan partijen zelf. Stakeholders geven hun input en dat vraagt van de andere stakeholders en van het Zorginstituut om alle input met elkaar in verband te brengen en de balans te houden. Door aangehaakt te zijn als stakeholder verschaft dat de stakeholder positie om mede de inhoud te bepalen.” Het NHG en de LHV geven aan vaker niet dan wel te hebben ervaren dat er naar hun inbreng werd geluisterd.	Ter kennisgeving aangenomen.

Commentaar partijen	Reactie Zorginstituut Nederland
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) gezamenlijk	
Bij hoofdstuk 1 merk en het NHG en de LHV het volgende op. Herkennen van een LVB is niet alleen iets voor de huisartsenzorg. Andere instanties die LVB signaleren zouden dit ook – met toestemming van de betrokkene – met de huisarts kunnen delen. Zonder facilitering van en aandacht voor de samenwerking met het sociaal domein (zie voor mogelijke optie de recente notitie/duiding van het Zorginstituut over de <i>Handreiking kwetsbare ouderen</i>) en organisaties als MEE zal er niet veel veranderen en treedt onvoldoende verbetering op. Bij paragraaf 1.4 merk en het NHG en de LHV het volgende op. Het doel om in de huisartsenzorg vaker gebruik te maken van screeningsinstrumenten, zoals de SCIL, zal pas bredere toepassing vinden als er vergoeding voor wordt geregeld.	Verbeterafspraken 6 is specifiek gericht op samenwerking tussen het medisch en sociaal domein. In de implementatiefase kan dit onderwerp verder worden uitgewerkt. Binnen het Zorginstituut lopen diverse projecten met aandacht voor samenwerking met het sociaal domein en hoe dat te faciliteren. In de implementatiefase wordt opnieuw onderzocht of andere relevante partijen zoals MEE bij (de uitvoering van) dit project kunnen worden betrokken. De daadwerkelijke deelname van en invulling door partijen zal in de implementatiefase in samenspraak worden bepaald. Vergoeding voor toepassing van screeningsinstrumenten kan worden meegenomen bij verbeterafspraken 8.
Over paragraaf 3.1 merk en het NHG en de LHV het volgende op. Een POH-GGZ biedt ondersteuning bij (lichte) psychische klachten. Om goede zorg te geven aan mensen met een LVB met psychische klachten biedt de <i>Generieke module Psychische stoornissen</i> houvast bij ZB/LVB. In de tekst krijgt een POH-GGZ de rol toebedeeld van het verhelderen van de hulpvraag van mensen met een LVB die bij de huisarts komen. Dat is echter geen bestaande functie in de huisartsenzorg en zou een nieuwe taakomschrijving van de POH-GGZ zijn. POH-GGZ's werken generalistisch en zijn voor alle patiënten met (lichte) psychische klachten inzetbaar.	De tekst is aangepast.
Bij paragraaf 3.2 merken het NHG en de LHV het volgende op. Om goed te kunnen verwijzen is vindbare en beschikbare vervolgzorg nodig. Er is nu wel een betaaltitel voor medisch-generalistische zorg aan specifieke patiëntengroepen in de Zvw (om zorg door o.a. AVG-artsen aan thuiswonende patiënten zonder WLZ-indicatie mogelijk te maken), maar er is al lang een tekort aan AVG-artsen, en AVG-poli's zijn in veel regio's niet beschikbaar. Consultatie is dan niet goed mogelijk, of patiënten moeten ver reizen. Juist voor deze groep patiënten is dat ingewikkeld. Ook voor hulp in de GGZ zijn er vaak wachtlijsten, en soms worden patiënten met een verstandelijke beperking in de gewone GGZ geweigerd, juist vanwege hun beperking (dubbele diagnose). Huisartsen kunnen niet verantwoordelijk zijn voor wachtlijsten en tekorten elders, maar hebben er wel last van omdat patiënten met een onbeantwoorde, specialistische hulpbehoefte wel altijd bij hen terecht kunnen (zorgplicht). Dit behoeft adressering. De LHV en het NHG geven aan dit te hebben benoemd, maar dat dit niet is meegenomen.	Het Verbetersignalement sluit aan bij het convenant <i>Randvoorwaarden en facilitering van medisch-generalistische zorg voor mensen met een beperking</i> (2020), die dit probleem adresseert. Door de focus op onderzoek in de verdiepingsfase bestaat er in de verdiepingsfase beperkt ruimte voor de randvoorwaarden voor goede zorg, zoals het tekort aan AVG's. In de implementatiefase kunnen partijen specifiek de uitvoerbaarheid van de beoogde goede zorg agenderen en aan de orde stellen.
Wat betreft de afspraken in tabel 4, staan de LHV en het NHG niet achter een aantal formuleringen. Voor de formulering van verbeterafspraken 2 doen het NHG en de LHV de volgende suggestie: Bij de update van de NHG-Standaard 'SOLK' zal het onderwerp LVB worden meegenomen.	De tekst is aangepast.

Commentaar partijen	Reactie Zorginstituut Nederland
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) gezamenlijk	
Bij verbeterafpraak 7 – en bij de inleiding – geven het NHG en de LHV aan dat standaardoverstijgende informatie niet specifiek zorg voor mensen met een VB betreft. Zij doen de volgende suggestie voor aanpassing van de tekst: NHG, LHV en Ineen gaan, in het kader van het bieden van persoonsgerichte zorg, een gespreksmodel ontwikkelen om bij patiënten met multiproblematiek, niet-vlottende zorg of frequent spreekuurbezoek, een gesprek aan te gaan voor een diepergaande inventarisatie van wat er bij de patiënt speelt. Denk hierbij aan stress, schulden, problemen op het werk, geweldervaringen, maar ook aan beperkte gezondheidsvaardigheden en LVB enzovoort. De informatie die naar voren komt, kan handvatten bieden voor beter passende (integrale) zorg. Bij LVB kan dan bijvoorbeeld verwezen worden naar informatie over hoe je als zorgverlener begrijpelijk kan communiceren en naar afspraken over registratie in het HIS. Voor de formulering van verbeterafpraak 7 doen het NHG en de LHV de volgende suggestie: Update van het hoofdstuk over LVB in het boek <i>Zorg voor laaggeletterden, migranten en sociaal kwetsbaren in de huisartsenpraktijk</i> dat in 2016 is uitgebracht door het NHG en Pharos. Het hoofdstuk over LVB benoemt alle aspecten van goede huisartsenzorg voor mensen met een LVB. Het boek wordt momenteel herzien en aangevuld met de laatste relevante ontwikkelingen en adviezen. Daarbij is het goed om te benadrukken dat het NHG en de LHV geen directe invloed hebben op de werkwijze van huisartsen.	De tekst is aangepast.
Het NHG en de LHV bepleiten betrokkenheid van het Zorginstituut om mee te denken over hoe de samenwerking tussen de huisartsenzorg en het sociaal domein gefaciliteerd kan worden. Die samenwerking is voor meerdere Zinnige zorg-trajecten relevant. Zie ook de <i>Handreiking kwetsbare ouderen thuis</i> van het Zorginstituut.	In de implementatiefase van het Zinnige Zorg-programma heeft het Zorginstituut een faciliterende rol. De daadwerkelijke invulling van die rol kan dan worden besproken.
Ieder(in), Netwerk voor mensen met een beperking of chronische ziekte	
Ieder(in) is betrokken geweest bij de ontwikkeling van de beschreven verbeteringen in de zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking en onderschrijft de verbeterrichtingen zoals die in het verbetersignalement worden benoemd. Tijdens de verdiepingsfase heeft Ieder(in) als lid van de klankbordgroep geadviseerd en input gegeven t.a.v. de verdiepende onderzoeken. De verbeteracties en het vervolg zijn geborgd bij andere partijen. Ieder(in) ziet voor zichzelf geen rol in het op-pakken van verbeteracties, maar is wel bereid om in een adviserende rol aangesloten te blijven.	
Landelijke Federatie Belangenverenigingen Onderling Sterk (LFB)	
Van de LFB is geen formele reactie ontvangen.	De LFB is vertegenwoordigd in het projectteam en heeft doorlopend input geleverd.

Bijlage G Impactanalyse

Inleiding

Het Zorginstituut presenteert in een Impact Analyse (IA) een schatting van de potentiële impact die gepaard gaat met voorgestelde verbeteringen in de zorg. De IA in dit rapport hoort bij het *Verbeter-signalement – ‘Mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) en een gezondheidsprobleem’*. In het verbeter-signalement worden de volgende verbeterafspraken beschreven:

1. Het NHG geeft bekendheid aan de ‘Generieke module Psychische stoornissen en ZB/lichte VB’ door de module beter vindbaar te maken voor huisartsen.
2. Het NHG neemt bij de update van de NHG-Standaard ‘SOLK’ het onderwerp LVB mee.
3. Onder regie van de BPSW wordt met de betrokken partijen een plan van aanpak gemaakt dat het doel heeft kennis te vergroten over signalen van LVB en omgang met mensen met een LVB in de (na)scholing van POH’s en doktersassistenten.
4. Onder regie van KansPlus wordt meer bekendheid gegeven aan het versterken van de positie van mensen met een LVB ten aanzien van zorgverleners en de beschikbare informatie.
5. De LHV en het NHG geven meer bekendheid aan de consultatie- en verwijsmogelijkheden naar de AVG en aan de betaaltitel die hiervoor beschikbaar is.
6. Betrokken partijen gaan onderzoeken op welke wijze, per wijk of gemeente, zorgverleners uit het medisch domein en het sociaal domein elkaar weten te vinden en te bereiken; dit is de digitale sociale kaart.
7. Het NHG en de LHV gaan in het kader van het bieden van persoonsgerichte zorg samen met Ineen een gespreksmodel ontwikkelen om bij patiënten met multiproblematiek, niet-vlottende zorg of frequent spreekuurbezoek een gesprek aan te gaan voor een diepgaande inventarisatie van wat er bij de patiënt speelt. Denk hierbij aan stress, schulden, problemen op het werk, geweldervaringen, maar ook aan beperkte gezondheidsvaardigheden en LVB. De informatie die naar voren komt, kan handvatten bieden voor beter passende (integrale) zorg. Bij LVB kan dan bijvoorbeeld worden verwezen naar informatie over hoe je als zorgverlener begrijpelijk kunt communiceren en afspraken kunt maken over registratie in het HIS. Dit betreft een update van het hoofdstuk over LVB in het boek *Zorg voor laaggeletterden, migranten en sociaal kwetsbaren in de huisartsenpraktijk*, in 2016 uitgebracht door het NHG en Pharos. Het hoofdstuk over LVB benoemt alle aspecten van goede huisartsenzorg aan mensen met een LVB. Het boek wordt momenteel herzien en aangevuld met de laatste relevante ontwikkelingen en adviezen.
8. De LHV gaat onderzoek doen naar uitbreiding van de vergoeding van LVB-gerelateerde huisartsenzorg. Deze afspraak sluit aan op afspraak 7, als onderdeel van het breder ingestoken gesprek op maat. Het gaat over de behoefte aan meer tijd voor de patiënt en betreft zowel langere consulten als overlegtijd met andere zorgverleners, bijvoorbeeld uit het sociaal domein. Dit is nodig om kwalitatief goede huisartsenzorg te kunnen leveren aan onder andere patiënten met een LVB. Specifiek gaat het om het scheppen van voorwaarden om te kunnen overleggen en af te stemmen met andere zorgverleners en tot samenhangende zorg te komen.

In deze IA wordt de kwalitatieve impact van de verbeterafspraken op de patiënt beschreven. De financiële impact wordt in deze IA niet berekend. Hiervoor is gekozen omdat de verbeterafspraken in dit Zinnige Zorg-project alleen betrekking hebben op het verbeteren en aanscherpen van de randvoorwaarden voor het kunnen leveren van goede zorg aan patiënten met een LVB. De daadwerkelijke impact hiervan – of dit bijvoorbeeld tot meer of minder herkenning, screening of doorverwijzingen leidt – is vooralsnog onbekend. Deze informatie is ook niet te vinden in de wetenschappelijke literatuur.

Aantallen

Definitie

Mensen met een LVB hebben een intelligentiequotiënt- (IQ-) score tussen de 50 en 85 in combinatie met beperkt adaptief functioneren en vaak bijkomende problematiek. Beperkt adaptief functioneren betekent dat sprake is van beperkte conceptuele, sociaal-emotionele of praktische vaardigheden. Bijkomende problematiek kan bijvoorbeeld bestaan uit leerproblemen of psychische klachten.

Prevalentie

Er zijn geen registraties van het IQ of de sociale redzaamheid van de bevolking. Daarom is het aantal mensen met een LVB niet precies vast te stellen en heeft het Sociaal Cultureel Planbureau dit aantal geschat. De schatting van het aantal mensen met een LVB in 2018 bedraagt 6,4 procent (ondergrens: 4,8 procent, bovengrens: 8,3 procent), wat neerkomt op 1,1 miljoen mensen.^[1] Gebruikmakend van de onder- en bovengrenzen komt de minimum en maximum prevalentie van het aantal mensen met een LVB op respectievelijk 0,8 miljoen en 1,4 miljoen.

De vraag is hoe groot het aantal mensen met een LVB is op wie de afspraken in dit verbetersignalement van toepassing zijn. Passende zorg voor mensen met een LVB begint met herkenning. Herkenning is niet eenvoudig en betrouwbaar te meten. Op verschillende manieren is getracht een indruk te krijgen van de mate van herkenning van een LVB.

Het onderzoek onder huisartsen laat zien dat zij het percentage mensen met een LVB in hun eigen praktijk schatten op 4,4 procent.^[2] Op een bevolking van 17.747.693 (peildatum 31/12/2020) komt dat neer op 748.886 mensen. Dat komt in de buurt van de ondergrens (0,8 miljoen) van het aantal geschatte mensen met een LVB. Uit hetzelfde onderzoek komt naar voren dat vier op de tien huisartsen het (behoorlijk) lastig vinden om een LVB te herkennen, ze zijn onbekend met de vaak subtiele signalen van een LVB en huisartsen hebben er weinig over geleerd tijdens hun opleiding.

Registratie

Verwacht kan worden dat als iemand met een LVB als zodanig geregistreerd staat in het HIS hij of zij ook herkend wordt door de huisarts. Daarom zou je registratie van een LVB kunnen beschouwen als een proxy voor herkenning. Als er een vermoeden is van een LVB, wordt dit door het merendeel van de huisartsen op een bepaalde wijze geregistreerd. De wijze van registreren verschilt. De meest voorkomende wijzen van registreren zijn het aanmaken van een episode in het patiëntendossier (38 procent) en het noteren in de probleemlijst (32 procent). Negen procent van de huisartsen zet een ICPC-code in het dossier.^[2]

Op basis van de microdatabestanden van het CBS en de Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn heeft het Zorginstituut onderzoek laten doen naar de mate waarin bij de huisarts met ICPC-codes geregistreerd staat dat personen een LVB hebben.^[3] Hiervoor zijn personen met een LVB geselecteerd op basis van drie verschillende registraties. In deze registraties zijn voor het onderzoek 94,6 duizend mensen gevonden met een LVB. Uitgaande van de schatting van 1,1 miljoen personen met een LVB betekent dit dat ongeveer 90 procent van de personen met een LVB niet is gevonden via één van de drie registraties. Vanuit deze selectie is gekeken wie van deze personen ook bij de huisarts staat geregistreerd als een persoon met een LVB, op basis van de ICPC-code P85 registratie (mentale retardatie / intellectuele achterstand). Deze code is de meest aangewezen code om de aanwezigheid van een LVB bij een patiënt te registreren. Hiervoor is een koppeling op persoonsniveau gemaakt met de Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. De resultaten laten zien dat een beperkt deel (14 procent) van de personen die op basis van de CBS-microdatabestanden aangemerkt zijn als personen met een LVB, ook zo geregistreerd staat bij de huisarts. Daarnaast zien we dat slechts 0,33 procent van het totaal aantal personen in de Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn een ICPC P85 registratie heeft. Deze code wordt in de huisartsenpraktijk dus erg weinig gebruikt voor de registratie van een LVB.

Wat gaan mensen met een LVB van de verbeterafspraken merken?

Met de afspraken die partijen gemaakt hebben om de zorg voor mensen met een LVB te verbeteren worden drie doelen nagestreefd:

- verbetering van de herkenning van een LVB in de huisartsenpraktijk;
- verbetering van de communicatie en bejegening;
- bevordering van de samenwerking tussen het medisch en sociaal domein.

De impact van deze doelen op mensen met een LVB kunnen niet geheel los van elkaar worden gezien. Een betere herkenning van een LVB kan leiden tot een betere communicatie en bejegening tussen de huisarts en iemand met een LVB. Ook kan een betere herkenning zorgen dat mensen met een LVB

bijvoorbeeld vaker worden doorverwezen naar het sociaal domein of de AVG, omdat hun zorgvraag beter kan worden geduid. Verwacht wordt dat de drie doelen bijdragen aan meer passende zorg voor de persoon met een LVB; zorg die afgestemd is op hun specifieke situatie en behoeften en zorg op de juiste plek. Concreet betekent dit voor mensen met een LVB dat:

- hun zorgvraag beter kan worden geduid;
- zij zich meer gehoord en begrepen voelen;
- zij beter begrijpen wat de huisarts of POH vraagt of bedoelt en zij beter in staat zijn om behandel- en medicatie-adviezen op te volgen;
- zij daardoor minder lang doorlopen met hun klachten, waardoor uiteindelijk zwaardere interventies niet nodig zijn of aandoeningen niet chronisch worden;
- zij vaker gericht medicatie voorgeschreven krijgen en gerichtere doorverwijzingen krijgen naar de tweede lijn;
- zij vaker worden verwezen naar het sociaal domein indien nodig.

Impact op de zorg in de praktijk van de huisarts

Door betere herkenning en betere samenwerking binnen en buiten de huisartsenpraktijk, maar ook met het sociaal domein, zal de patiënt met een LVB (meer) passende zorg ontvangen. Voor de huisarts (-enpraktijk) zal het prettiger en effectiever werken als bekend is dat een patiënt een LVB heeft en bekend is hoe met de patiënt gecommuniceerd moet worden en naar wie er zo nodig kan worden verwezen. Hoewel dit aanvankelijk een investering in tijd en energie van de huisarts vergt, kan dit later in het zorgtraject juist tot verlichting van de huisartsenzorg leiden. Deze manier van werken sluit aan bij de wens van de huisartsen om meer persoonsgerichte zorg te leveren, waarbij standaard-overstijgende informatie en activiteiten nodig zijn. Een patiëntkenmerk zoals een LVB is namelijk geen ziekte of aandoening, maar heeft wel invloed op algemene zaken als klachtenpresentatie, diagnostiek, communicatie, behandeling en beleid. Ook sluit deze manier van werken aan bij de kerntaken van de huisarts, zoals opnieuw vastgesteld op de Woudschotenconferentie van 2019. De huisarts wil graag medisch-generalistische zorg verlenen. Hulpvragen van patiënten die beter beantwoord worden door bijvoorbeeld het sociaal domein moeten daar door goede samenwerking en afspraken op eenvoudige wijze neergelegd kunnen worden. Het sociaal domein op zijn beurt moet mensen met een LVB die duidelijk een medisch probleem hebben naar de huisarts verwijzen. De huisarts wil daarnaast de coördinator van zorg zijn en blijven, maar kan dit alleen met hulp van andere professionals waarmee een goede samenwerking is.

Referenties

- ^[1] Woittiez, I., E. Eggink en M. Ras. (2019). *Het aantal mensen met een licht verstandelijke beperking. Een schatting. Notitie ten behoeve van het ibo-lvb*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- ^[2] Kantar. Herkenning van LVB door huisartsen. Kantar Nederland, 2020.
- ^[3] Equalis. Verschillen in zorggebruik tussen personen met en zonder een LVB. Equalis Strategy and Modeling B.V. 2020.

Literatuurlijst

1. Van Schrojenstein Lantman-de Valk, H., Straetmans, J., Schellevis, F. en Dinant, G.J. (2008). Gezondheidsproblemen van mensen met verstandelijke beperkingen in de huisartsenpraktijk, *Huisarts en Wetenschap* 51(2), pp.62-55.
2. Nouwens P.J.G., Smulders N.B.M., Embregts P.J.C.M., Van Nieuwenhuizen Ch. (2017) Meeting the support needs of persons with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: still a long way to go. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2017; doi:10.1111/jir.12427.
3. Baxter H, Lowe K, Houston H, et al. Previously unidentified morbidity in patients with intellectual disability *Br J Gen Pract* 2006; 56(523): 93-98.
4. Lindsay P, Burgess D. Care of patients with intellectual or learning disability in primary care: no more funding so will there be any change? *Br Gen Pract* 2006; 56(523): 84-86.
5. P. Heslop, P.S. Blair, P. Fleming, M. Hoghton, A. Marriott, L. Russ, The confidential inquiry into premature deaths of people with intellectual disabilities in the UK: a population-based study, *Lancet* 383 (2014) 889-895.
6. Glover, G., Williams, R., Heslop, P., Oyinola, J., & Grey, J. M. (2017). Mortality in people with intellectual disabilities in England. *Journal of Intellectual Disability Research*, 61(1), 62-74. Geraadpleegd via <https://doi.org/10.1111/ji.12314>.
7. Equalis. Verschillen in zorggebruik tussen personen met en zonder een LVB. Equalis Strategy and Modeling B.V. 2020.
8. Zorginstituut Nederland. Verbetersignalement – 'Mensen met een verstandelijke beperking en probleemgedrag'. 2021.
9. Zorginstituut Nederland. Screeningsrapport Gehandicaptenzorg 2019.
10. Woittiez, Eggink & Ras (2019). Het aantal mensen met een licht verstandelijke beperking: een schatting. Notitie ten behoeve van het IBO- LVB. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag. Geraadpleegd via <https://www.scp.nl/binaries/scp/documenten/publicaties/2019/10/01/het-aantal-mensen-met-een-licht-verstandelijke-beperking-een-schatting/Notitie+Het+aantal+mensen+met+een+lichte+verstandelijke+beperking+-+een+schatting+%28bronbestand%29.pdf>.
11. Peter Nouwens: United by diversity, Identifying characteristics, profiles and support needs of people with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning, 2018, Tranzo, Scientific Center for Care & Welfare of the Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg University, Tilburg, the Netherlands.
12. Kantar. Herkenning van LVB door huisartsen. Kantar Nederland, 2020.
13. Sheehan R., Hassiotis A., Walters K., Osborn D., Strydom A., Horsfall L. Mental illness, challenging behaviour, and psychotropic drug prescribing in people with intellectual disability: UK population based cohort study. *BMJ* 2015; 351: h4326.
14. Leer Zelf Online. Onderzoek naar de rol van de huisarts in het zorgtraject volgens mensen met een mogelijke licht verstandelijke beperking. Stichting Leer Zelf Online. 2021.
15. Wekelijkse nieuwsbrief van het Kennisplein Gehandicaptensector 26 februari 2019.
16. Mastebroek M, Naaldenberg J, van den Driessen Mareeuw FA, Lagro-Janssen AL, van Schrojenstein Lantman-de Valk HM. Experiences of patients with intellectual disabilities and carers in GP health information exchanges: a qualitative study. *Fam Pract*. 2016;33:543-50. doi:10.1093/fampra/cmwo57.
17. Kramer A, Kleefstra S, Kool T (2005). Een kwestie van samenwerking en expertise: Medische zorg voor verstandelijk gehandicapten moet krachten bundelen. *Med Contact*, 60:1804-6.
18. Cardol, M., Dusseljee, J., Rijken, M., & van Schrojenstein Lantman-de Valk (2011). Huisartsenzorg voor mensen met een verstandelijke beperking. *Huisarts en Wetenschap*, 54(7), 354-358. Geraadpleegd via <https://www.henw.org/artikelen/huisartsenzorg-voor-mensen-met-een-verstandelijke-beperking>.
19. Boot, F., Mulder-Wildemors, L., Voorbrood, V. en Evenhuis H. (2018). Medicatiebeoordeling bij verstandelijke beperking, *Huisarts en Wetenschap*, december, pp.1-8.
20. Leemrijse, C. en Korevaar, J. (2021). Krachtige basiszorg breed geïmplementeerd. Ervaringen van twee jaar implementeren in grootstedelijke achterstandswijken. Nivel, Utrecht.

Lijst van afkortingen

AO	Arbeidsongeschiktheid
ATC	Anatomisch Therapeutisch Chemisch (geneesmiddelenclassificatie)
AVG	Arts voor verstandelijk gehandicapten
BPSW	Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
DIS	Declaratie Informatie Systeem
Equalis	Equalis Strategy & Modeling BV, gezondheidseconomisch adviesbureau
FVB	Federatie Vaktherapeutische Beroepen
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GGZ Nederland	Geestelijke Gezondheidszorg Nederland
GIP	Genees- en hulpmiddelen Informatieproject
GZSP	Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntengroepen
HIS	Huisartseninformatiesysteem
ICD	International Classification of Diseases
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICPC	International Classification of Primary Care
IQ	Intelligentiequotiënt
Kantar	Kantar Nederland, Internationaal marktonderzoeksbureau, voorheen NIPO
LFB	Landelijke belangenorganisatie door en voor mensen met een verstandelijke beperking
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LSR	Landelijk Steunpunt Medezeggenschap
LVB	Licht Verstandelijke Beperking
LV POH-GGZ	Landelijke Vereniging POH-GGZ
LZO	Leer Zelf Online, verbonden aan Steffie, een organisatie met expertise op het gebied van communicatie met mensen met een LVB
MSZ	Medisch-specialistische zorg
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIP	Nederlands Instituut van Psychologen
Nivel	Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg
NVAVG	Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten
NVGzP	Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie en haar specialismen
NVO	Nederlandse Vereniging van pedagogen en Onderwijskundigen
NVP	Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
POH	Praktijkondersteuner huisarts
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SOLK	Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
V&VN	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wsw	Wet sociale werkvoorziening
ZB	Zwakbegaafd
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZPD	Zorg Prestaties en Declaraties
Zvw	Zorgverzekeringswet

Colofon

Dit is een uitgave van

Zorginstituut Nederland
Postbus 320
1110 AH Diemen

Afdeling

Zorg | Team Langdurige Zorg

Contact

ZZGHZ@zinl.nl