

Ybelina de Jong-van der Meulen, Marjanne van der Hoek,  
Tessa Wokke, Kirsten Menge, Eva Jaarsma, Alain Dekker

# **Van Autisme tot Zichtproblemen**

**Prevalentie van bijkomende  
problemen bij mensen met  
lichte verstandelijke beperkingen**

University of Groningen Press



Van Autisme tot Zichtproblemen



Ybelina de Jong-van der Meulen, Marjanne van der Hoek,  
Tessa Wokke, Kirsten Menge, Eva Jaarsma, Alain Dekker

# **Van Autisme tot Zichtproblemen**

**Prevalentie van bijkomende  
problemen bij mensen met  
lichte verstandelijke beperkingen**

University of Groningen Press



Uitgegeven door  
University of Groningen Press  
Broerstraat 4  
9712 CP Groningen  
Nederland

Eerste druk in Nederland © 2025 Alliade Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek

Citeer als: De Jong-van der Meulen, Y., Van der Hoek, M.D., Wokke T., Menge K., Jaarsma, E.A., & Dekker, A.D. (2025). *Van Autisme tot Zichtproblemen: prevalentie van bijkomende problemen bij mensen met lichte verstandelijke beperkingen*. University of Groningen Press.  
<https://doi.org/10.21827/677b8cfoc31ee>

Website: [alliade.nl/pwo/lvb-bijkomende-problematiek](http://alliade.nl/pwo/lvb-bijkomende-problematiek)  
Redactie en correctie: Baukelina Vries  
Omslagontwerp: Bas Ekkers  
Vormgeving en opmaak: LINE UP boek en media bv | Mirjam Kroondijk

ISBN (gedrukt): 978-94-034-3111-6  
ISBN (e-boek): 978-94-034-3110-9  
DOI: 10.21827/677b8cfoc31ee



Dit werk is verschenen onder de Creative Commons-licentie: NietCommercieel-GelijkDelen 4.0 Internationaal licentie (CC BY-NC-SA 4.0).

De volledige licentievoorwaarden zijn beschikbaar op <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.nl>.

Dit boek is het resultaat van uitgebreid literatuuronderzoek door de afdeling Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek (PWO) van Alliade. Vanuit de missie ‘een goed en zinvol leven’ biedt Alliade zorg en ondersteuning aan ruim 8000 mensen met een (lichte) verstandelijke beperking en kwetsbare ouderen in Friesland. ‘Samen elke dag een beetje beter’, met die ambitie werken we aan kwalitatieve zorg, onder andere door middel van kennisontwikkeling binnen de onderzoekslijn LVB. We beantwoorden praktijkvragen met wetenschappelijk onderzoek. Hiermee wordt een stevige onderbouwing gelegd voor passende zorg en ondersteuning binnen én buiten Alliade. Het onderzoeksteam dat heeft bijgedragen aan dit boek bestond uit:


Ybelina de Jong-van der Meulen

*Gedragkundige bij de centrale behandeldienst en onderzoeker bij de afdeling PWO*

 <https://orcid.org/0009-0005-0294-4499>

Dr. Marjanne D. van der Hoek

*Senior onderzoeker bij de afdeling PWO*

 <https://orcid.org/0000-0002-7797-3340>

Tessa Wokke

*Gedragkundige bij de centrale behandeldienst en onderzoeker bij de afdeling PWO*

 <https://orcid.org/0000-0002-4072-8165>

Kirsten Menge

*Junior onderzoeker bij de afdeling PWO*

 <https://orcid.org/0009-0009-6459-6679>

Baukelina Vries

*Redacteur bij de afdeling PWO*

Hilde Jelsma

*Orthopedagoog-generalist in opleiding ten tijde van het onderzoek*

Kim Bosgra

*Orthopedagoog-generalist in opleiding ten tijde van het onderzoek*


Dr. Eva A. Jaarsma

*Senior onderzoeker bij de afdeling PWO*

 <https://orcid.org/0000-0002-0674-3660>

Dr. Alain D. Dekker

*Hoofd van de afdeling PWO en docent bij Rijksuniversiteit Groningen/UMCG*

 <https://orcid.org/0000-0001-8771-218X>



# Inhoud

1. Inleiding	11
2. Het AAIDD-model	19
Vijf dimensies	20
Dimensies I en II: intellectueel en adaptief functioneren	21
Dimensie III: gezondheid	21
Dimensie IV: participatie	21
Dimensie V: context	22
Menselijk functioneren	22
Het AAIDD-model en bijkomende problemen bij mensen met LVB	23
3. Dimensie I (intellectueel functioneren) en II (adaptief functioneren): wat zijn LVB?	25
Definitie van verstandelijke beperking	26
Waar vind je de definitie?	26
Intellectueel functioneren	27
Adaptief functioneren	27
Mate van verstandelijke beperking	28
4. Dimensie III: lichamelijke gezondheid	33
Nieuwvormingen	36
Endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen	37
Ziekten van het zenuwstelsel	42
Ziekten van het visuele systeem	43
Ziekten van het oor	44
Ziekten van het hart- en vaatstelsel	45
Ziekten van het ademhalingsstelsel	46
Ziekten van het spijsverteringsstelsel	47
Ziekten van de huid	49
Ziekten van botten, spieren en bindweefsel	50
Ongeclassificeerde symptomen	51
Lichamelijke problemen waarvoor geen prevalenties gevonden zijn	52

5. Dimensie III: psychische gezondheid	57
Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen	60
Schizofreniespectrum of andere primaire psychotische stoornissen	66
Stemmingsstoornissen	69
Angst- of angstgerelateerde stoornissen	74
Trauma- en stressgerelateerde stoornissen	76
Voedings- of eetstoornissen	78
Eliminatiestoornissen	79
Stoornissen rond lichamelijk leed of lichaamsbeleving	80
Middelengerelateerde stoornissen en verslavingsstoornissen	81
Stoornissen in de impulsbeheersing	86
Disruptieve gedragsstoornis	87
Persoonlijkheidsstoornissen	88
Parafiele stoornissen	90
Overige psychische problemen waarvan geen prevalenties gevonden zijn	91
6. Dimensie IV: participatie	97
Werk en dagbesteding	100
Woonsituatie	102
Vrijtijdsbesteding	104
Schoolgang	106
Gebruik van publieke diensten	107
Contacten met vrienden, familie, leeftijdgenoten en burens	108
Gemeenschapsparticipatie	114
7. Dimensie V: context	117
Omgeving	119
Seksuele grensoverschrijding	122

8. Verantwoording	131
Engelse wetenschappelijke literatuur	132
Nederlandse wetenschappelijke literatuur	134
Grijze literatuur	134
Inclusie- en exclusiecriteria	135
Inventarisatie artikelen over bijkomende problemen bij mensen met LVB	135
Verwerkte onderzoeksgegevens	136
9. Uitleiding	139
10. Appendices	153
Verklarende woordenlijst	154
Over PWO	158
Disclaimer	160
Leeswijzer tabellen	161



1.

---

## Inleiding



## LVB

Een grote groep Nederlanders heeft lichte verstandelijke beperkingen (LVB). Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) schat dat zo'n 1,1 miljoen mensen vallen binnen de definitie van LVB en een beroep kunnen doen op de verstandelijk gehandicaptenzorg. Maar wat is een lichte verstandelijke beperking eigenlijk?

Officieel wordt met een verstandelijke beperking een ontwikkelingsstoornis bedoeld die ontstaat voor het 22<sup>e</sup> levensjaar en gekenmerkt wordt door duidelijke beperkingen in zowel het intellectueel als adaptief functioneren. Intellectueel functioneren gaat over hoe goed iemand kan nadenken, leren en problemen oplossen. Bijvoorbeeld hoe goed iemand logisch kan nadenken of nieuwe dingen kan begrijpen. Met adaptief functioneren bedoelen we hoe goed iemand omgaat met het dagelijks leven, zoals zelf dingen regelen, omgaan met anderen en zichzelf verzorgen. Denk aan op tijd komen, boodschappen doen of sociale regels begrijpen (Schalock et al., 2021). Adaptief functioneren wordt ook wel sociale redzaamheid genoemd.

Lang niet alle mensen met LVB krijgen passende ondersteuning, omdat hun LVB en hun ondersteuningsbehoeften niet worden herkend. Signalering en diagnostiek van (de mate van) een verstandelijke beperking is belangrijk om passende zorg te kunnen bieden (Ulgiati et al., 2024). Een belangrijk uitgangspunt voor het verlenen van zorg is dat de persoon met LVB centraal staat en dat de zorg en ondersteuning zijn afgestemd op zijn of haar behoeften en wensen (Landelijke Stuurgroep Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg, 2023).

## Bijkomende problemen

Uit wetenschappelijk onderzoek en praktijkervaringen blijkt dat mensen met LVB naast hun intellectuele en adaptieve beperkingen meer kans hebben op allerlei bijkomende problemen. Denk hierbij aan psychische stoornissen zoals depressie of ADHD, maar ook verslaving of financiële problemen (Didden et al., 2016; Landelijk Kenniscentrum LVB, 2025). Dit komt doordat zij vaker kampen met risicofactoren. Risicofactoren vergroten de kans op het ontstaan van problemen en kunnen verdeeld worden in beïnvloedbare en niet-beïnvloedbare risicofactoren. Voorbeelden van beïnvloedbare risicofactoren zijn problemen in het gezin, wonen in een kwetsbare wijk of een ongezonde levensstijl. Leeftijd en genetische aandoeningen zijn voorbeelden van niet-beïnvloedbare risico-

factoren. Het is bijvoorbeeld bekend dat lichamelijke en genetische aandoeningen bij mensen met LVB kunnen samenhangen met een psychische stoornis (Didden et al., 2016). Beschermende factoren verkleinen de kans op het ontstaan van problemen. Voorbeelden hiervan zijn zelfvertrouwen, een goede ouder-kindrelatie en sociale vaardigheden.

### Passende zorg

Om goed in te spelen op iemands behoeften is het belangrijk om zowel de LVB als bijkomende problemen te herkennen. Om herkenning makkelijker te maken, is het nuttig om te weten welke problemen voorkomen en hoe vaak. Dit sluit goed aan bij het *Kader Passende zorg*, waarin onder andere staat dat zorg moet aansluiten bij de werkelijke behoeften van iemand (Zorginstituut Nederland, 2022). Passende zorg is zorg die van toegevoegde waarde is voor het leven van mensen, waarbij ook rekening wordt gehouden met de uitdagingen in de zorg, zoals minder zorgpersoneel, toenemende kosten en vergrijzing. In het *Kader passende zorg* worden vier principes van passende zorg beschreven:

- 1) Passende zorg is waardegedreven
- 2) Passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand
- 3) Passende zorg is de juiste zorg op de juiste plek
- 4) Passende zorg gaat over gezondheid in plaats van over ziekte

Cliënten, zorgmedewerkers en de samenleving moeten samen zorgen dat het Nederlandse zorgstelsel toekomstbestendig is (Zorginstituut Nederland, 2022). Er liggen uitdagingen op het gebied van:

- **Mensgerichtheid**

We moeten ons niet alleen richten op de vragen die vanuit zorgmedewerkers komen, maar ook op de manier waarop medewerkers en mensen met LVB samen besluiten welke zorg passend is. Mensgerichtheid omvat onder andere:

- Context: houdt de geboden zorg of interventie rekening met de omgeving van een doelgroep?
- Effectiviteit: kan bewezen worden dat de geboden zorg of interventie werkt voor cliënten en medewerkers?

- **Houdbaarheid**

Door complexere zorgvragen stijgt de vraag naar zorg, maar door gebrek aan personeel kunnen we niet aan die stijgende vraag voldoen en krijgt niet iedereen de zorg die hij of zij nodig heeft. Daarnaast kan personeelsschaarste ervoor zorgen dat het werkplezier van zorgmedewerkers vermindert en de werkdruk wordt verhoogd.

- **Duurzaamheid**

Bij duurzaamheid kun je denken aan de hoeveelheid afval die de zorg produceert, bijvoorbeeld door het gebruik van wegwerpartikelen en CO<sub>2</sub>-uitstoot.

Cliënten, zorgmedewerkers en informele zorgverleners hebben elkaar nodig om passende zorg te verlenen. Informele zorgverleners zijn mensen die niet betaald krijgen voor de zorg die ze geven, zoals familieleden en vrijwilligers. Ook kunnen we van elkaar leren hoe we de complexiteit van de zorg aan kunnen pakken. Om keuzes te maken in een passend aanbod in begeleiding en behandeling (aanbod dat rekening houdt met de context, effectief is, houdbaar is en duurzaam is) moeten we eerst weten waarop we dit aanbod moet richten. Met andere woorden: waar hebben mensen met LVB last van? Het begint bij het herkennen van de problemen en erkennen dat hiervoor passende begeleiding en behandeling nodig is.

### Overzicht van bijkomende problemen: wat en hoe vaak?

Zorgmedewerkers en zorginstellingen hebben baat bij een duidelijk overzicht van welke problemen voorkomen bij mensen met LVB en hoe vaak (prevalentie). Dit helpt ze om het zorgaanbod goed af te stemmen op mensen met LVB. In de literatuur is echter geen duidelijk overzicht te vinden. In eerdere onderzoeken is wel gekeken naar de prevalentie van bijkomende problemen bij mensen met verstandelijke beperkingen van alle niveaus. Maar bijkomende problemen van mensen met bijvoorbeeld (zeer) ernstige verstandelijke beperkingen of een genetisch syndroom, spelen niet persé ook bij mensen met LVB. Bovendien verschilt de definitie van bijkomende problemen tussen verschillende onderzoeken, waardoor het lastig is om onderzoeken met elkaar te vergelijken (Cooper & Van der Speck, 2009). Gezien de grote omvang van de groep mensen met LVB is het daarom zaak om in het bijzonder voor deze doelgroep de bijkomende problemen duidelijk te hebben. In dit boek staan daarom twee hoofdvragen centraal:

- 1) Welke problemen komen voor bij mensen met LVB?
- 2) Hoe vaak komen deze problemen voor?

Om LVB goed te begrijpen, maken we in dit boek gebruik van het model van de internationaal toonaangevende American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. Dit AAIDD-model wordt uitgebreid toegelicht in hoofdstuk 2. Het laat zien hoe we het functioneren van iemand met (L)VB kunnen begrijpen. Het model bestaat uit vijf dimensies die aangeven wat voor ondersteuning iemand nodig heeft. Het model beschrijft de LVB zelf (dimensies I en II) en de bijkomende problemen (dimensies III, IV en V).



**Hoofdstuk 3** gaat dieper in op dimensie I (beperkingen in intellectueel functioneren) en dimensie II (beperkingen in adaptief functioneren). Samen vormen zij de definitie van LVB.

Dimensie III (lichamelijke en psychische gezondheid), dimensie IV, (participatie) en dimensie V (context) helpen om een overzicht te geven van de problemen die bijkomend zijn aan de LVB.

### Waarom dit boek?

Dit boek heeft twee doelen:

- **Vergroten van bewustzijn en kennis bij zorgmedewerkers**

Als zorgmedewerker zul je bij het werken met mensen met LVB verschillende bijkomende problemen tegenkomen. Een overzicht van de meest voorkomende problemen zorgt ervoor dat je je bewust wordt van welke problemen er zijn. Hierdoor kun je sneller problemen herkennen en je begeleiding of behandeling daarop aanpassen. Zo kun je passende zorg leveren waarbij je iets aan de problemen kunt doen of ze zelfs kunt voorkomen. Dit boek kan ook helpen de zorglast bij zorgmedewerkers te verminderen, doordat ze vooruit kunnen lopen op problemen in plaats van erop te reageren en zo crisissituaties kunnen voorkomen.

- **Evaluatie en verbeteren van beleid door zorginstellingen**

Naast keuzes voor individuele begeleiding en behandeling maken zorginstellingen ook beleidskeuzes op groepsniveau: worden de problemen die in dit boek worden

opgesomd op tijd gesignaleerd of wijken de cijfers binnen de eigen organisatie sterk af van de cijfers uit literatuur? Wat is het beleid als het gaat over signalering, diagnostisering en rapportage? En welke keuzes maakt de organisatie in het aanbod van passende interventies op het gebied van begeleiding en behandeling?

### Hoe lees je dit boek?

De leeswijzer helpt je bij het lezen van dit boek en bij het begrijpen van de tabellen. Je kunt het boek van voor tot achter lezen, maar de verschillende hoofdstukken zijn ook te begrijpen als je ze los van elkaar leest. In hoofdstuk 9 geven we een overzicht van alle prevalentiecijfers van bijkomende problemen bij mensen met LVB die we gevonden hebben in de literatuur.

### Is dit boek écht compleet?

Dit boek geeft een overzicht van bijkomende problemen bij mensen met LVB die tot en met eind 2024 beschreven zijn in de literatuur. In hoofdstuk 7 beschrijven we hoe we het onderzoek opgezet en uitgevoerd hebben (de methodologische verantwoording) inclusief de zoekstrategie en zoektermen die gebruikt zijn om Nederlandse en Engelse literatuur te doorzoeken. Er zullen echter steeds nieuwe artikelen verschijnen met nieuwe of aangepaste prevalenties voor bijkomende problemen op het gebied van gezondheid, participatie en context. De resultaten in dit boek zullen dan ook regelmatig bijgewerkt moeten worden met nieuwe inzichten.

## Bronnenlijst hoofdstuk 1

- Cooper, S. A., & Van der Speck, R. (2009). Epidemiology of mental ill health in adults with intellectual disabilities. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(5), 431–436. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32832e2a2e>
- Didden, R., Troost, P., Moonen, X., & Groen, W. (2016). *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking*. Uitgeverij De Tijdstroom.
- Landelijk Kenniscentrum LVB. (2025). *Risico's & LVB*. [www.kenniscentrumlvb.nl/risicos-lvb](http://www.kenniscentrumlvb.nl/risicos-lvb)
- Landelijke Stuurgroep Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg. (2023). *Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023-2028 – Landelijk kompas voor goede zorg en kwaliteit van bestaan*.
- Schalock, R. L., Luckasson, R., & Tassé, M. J. (2021). *Intellectual disability: Definition, diagnosis, classification, and systems of supports* (12<sup>de</sup> druk). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Ulgati, A. M., Van der Hoek, M. D., IJpma, I., & Dekker, A. D. (2024). *Keuzegids screening & diagnostiek VB: definitie, inventarisatie, eigenschappen en vergelijking van instrumenten voor screening en diagnostiek van intellectueel en adaptief functioneren bij mensen met verstandelijke beperkingen* (1<sup>ste</sup> druk). University of Groningen Press. <https://doi.org/10.21827/663b61dbe6d9>
- Zorginstituut Nederland. (2022). *Kader Passende zorg*. [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl)



2.

---

## Het AAIDD-model



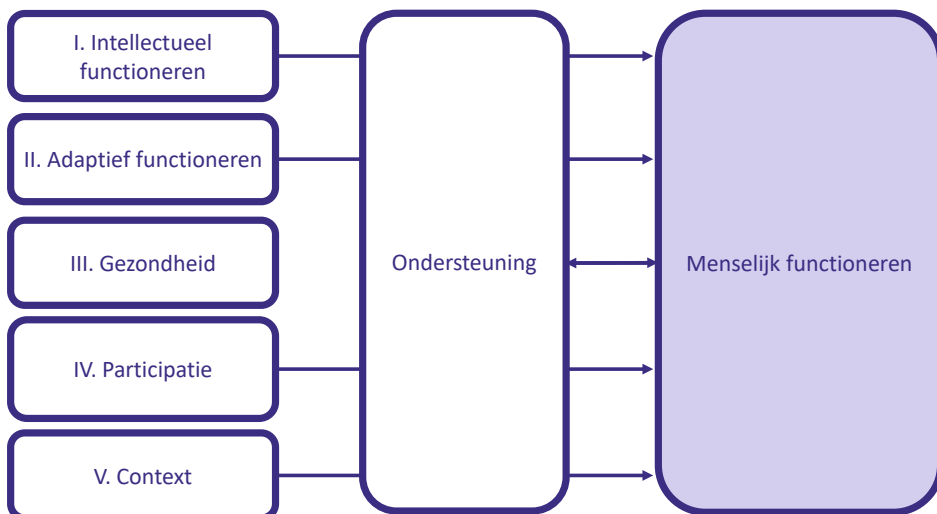
Om de bijkomende problemen bij mensen met LVB goed in kaart te brengen, maken we gebruik van het AAIDD-model (figuur 2.1). Dit model helpt bij de diagnostiek en beeldvorming bij mensen met LVB vanuit verschillende invalshoeken (Embregts et al., 2019). Het model gaat ervan uit dat het menselijk functioneren wordt bepaald door vijf dimensies samen met de mate van ondersteuning die iemand krijgt (Schalock et al., 2021). In de *Keuzegids screening & diagnostiek VB* (Ulgiati et al., 2024) wordt uitgelegd dat het voor screening en diagnostiek belangrijk is om rekening te houden met iemands persoonlijke kenmerken en met de omgeving. Zo kan het zijn dat iemand beperkt is in zijn vaardigheden, maar dat dit gecompenseerd wordt door de omgeving. Het functioneren van iemand wordt op deze manier positief beïnvloed (Schalock, 2021).

## Vijf dimensies

De vijf dimensies die bijdragen aan het menselijk functioneren zijn:

- I) intellectueel functioneren
- II) adaptief functioneren
- III) gezondheid
- IV) participatie
- V) context

De dimensies gezondheid, participatie en context worden in dit onderzoek gezien als bijkomend aan de LVB.



Figuur 2.1 Het AAIDD-model

## Dimensies I en II: intellectueel en adaptief functioneren

Wat is een verstandelijke beperking? Vroeger stond in de definitie het intellectueel functioneren van een persoon centraal. Een laag intelligentiequotiënt (IQ) was bepalend voor een verstandelijke beperking. Vooral de afgelopen tien jaar is het besef gekomen dat niet alleen het intellectueel functioneren belangrijk is. Hoe iemand zich in de maatschappij beweegt en functioneert in zijn of haar omgeving (context) is ook van belang. Dit adaptief functioneren (of sociale redzaamheid) moet daarom ook worden meegenomen in het bepalen van een verstandelijke beperking. Vandaag de dag bestaat de definitie dan ook uit beperkingen in het intellectueel én het adaptief functioneren. In hoofdstuk 3 wordt dit verder uitgelegd.



De Keuzegids screening & diagnostiek VB (Ulgiati et al., 2024) legt uit welke instrumenten je kunt gebruiken voor het vaststellen van het intellectueel en adaptief functioneren van iemand met (L)VB. Scan de QR-code voor het gratis e-boek.



## Dimensie III: gezondheid

De dimensie gezondheid gaat over lichamelijke en psychische gezondheid (Schalock et al., 2021). Bijkomende lichamelijke problemen zijn onder andere overgewicht, astma en verhoogde bloeddruk. Ze worden uitgewerkt in hoofdstuk 4. Onder bijkomende psychische problemen vallen bijvoorbeeld zelfbeeld, verslavingen en hechting. Bijkomende problemen op het gebied van psychische gezondheid zijn uitgewerkt in hoofdstuk 5.

## Dimensie IV: participatie

De vierde dimensie gaat over participatie. Participatie zegt iets over hoe iemand meedoet in de maatschappij via werk of dagbesteding, school, of vrije tijd bij bijvoorbeeld verenigingen. Belangrijk hierbij zijn eigen regie, persoonlijke en sociale verantwoordelijkheden en dat het meedoen waardevol is. Maar minstens zo belangrijk is dat iemand de mogelijkheden moet hebben of krijgen om mee te doen. Bijvoorbeeld dat iemand de mogelijkheden heeft om zich te ontwikkelen, of dat iemand naar de voetbalclub wordt gebracht voor een voetbaltraining (Schalock et al., 2021). De gevonden bijkomende problemen op het gebied van participatie staan in hoofdstuk 6.

## Dimensie V: context

De vijfde dimensie gaat over de fysieke en sociale omgeving waarin mensen hun dagelijks leven leiden. Het dagelijks leven kan van buitenaf positief (bevorderend) of negatief (belemmerend) beïnvloed worden. Invloeden van buitenaf bestaan uit iemands directe omgeving, bijvoorbeeld het gezin, familie of school, maar ook meer indirectere omgevingen zoals de gezondheidszorg, media of de wet- en regelgeving die in Nederland geldt (Embregts et al., 2019; Olivier-Pijpers et al., 2017). De gevonden bijkomende problemen op het gebied van context staan in hoofdstuk 7.

## Menselijk functioneren

Het menselijk functioneren kan verdeeld worden in kwaliteit van leven en probleemgedrag. Bij kwaliteit van leven kijken we naar de acht domeinen van Schalock (Schalock et al., 2021):

- **1) emotioneel, 2) lichamelijk en 3) materieel welbevinden**

Mensen met LVB kunnen in een veilige omgeving leven met steun van hun naasten, waarbij ze zichzelf kunnen zijn en een positief zelfbeeld hebben. Ze hebben een goede gezondheid en kunnen bij gezondheidsproblemen rekenen op goede zorg. Daarnaast hebben ze toegang tot basisbehoeften en hebben ze hun eigen spullen, passende huisvesting en financiële zekerheid (Kennisplein Gehandicaptensector, 2025; Schalock et al., 2021).

- **4) zelfbepaling en 5) persoonlijke ontwikkeling**

Mensen met LVB kunnen, eventueel samen met hun naasten, zelf hun doelen en waarden bepalen, en zelf keuzes maken. Ze krijgen de mogelijkheid om vaardigheden te ontwikkelen en hebben een betekenisvolle invulling van de dag (Kennisplein Gehandicaptensector, 2025; Schalock et al., 2021).

- **6) interpersoonlijke relaties, 7) sociale inclusie en 8) rechten**

Mensen met LVB krijgen en geven liefde en genegenheid en krijgen steun van hun partner, familie en vrienden. Ze kunnen actief deelnemen aan de samenleving, bijvoorbeeld op het gebied van wonen, werk, dagbesteding en vrije tijd. Daarnaast hebben ze recht op privacy, gezondheidsscreening, gezinsleven, bescherming tegen discriminatie en racisme, en recht om te stemmen (Kennisplein Gehandicaptensector, 2025; Schalock et al., 2021).

Probleemgedrag wordt ook wel moeilijk verstaanbaar gedrag, storend gedrag, onbegrepen gedrag of signaalgedrag genoemd. In dit boek gebruiken we de term probleemgedrag, net zoals in de multidisciplinaire richtlijn *Probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking* (Embregts et al., 2019) van de Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten. De definitie is als volgt:

Probleemgedrag is gedrag dat door iemand zelf of door anderen als ongewenst wordt ervaren. Dit kan naar binnen gericht zijn (bijvoorbeeld somberheid of teruggetrokkenheid) of naar buiten (zoals boosheid of druk gedrag). Het komt voor in een bepaalde situatie en is zo heftig, vaak of lang aanwezig dat het vervelend, stressvol of schadelijk is voor de persoon zelf of de mensen om hem of haar heen.

Originele definitie (Embregts et al., 2019), herschreven in makkelijkere taal

Probleemgedrag wordt vanuit het AAIDD-model gezien als een verstoord evenwicht tussen de vijf dimensies en de ondersteuning die iemand krijgt. Een goed evenwicht tussen de dimensies en passende ondersteuning kan er in veel gevallen voor zorgen dat probleemgedrag voorkomen kan worden of minder wordt (Embregts et al., 2019; Schalock et al., 2021).

## Het AAIDD-model en bijkomende problemen bij mensen met LVB

In dit boek gebruiken we het AAIDD-model (Schalock et al., 2021) om te definiëren wat LVB is en welke problemen bijkomend zijn. De dimensies intellectueel functioneren en adaptief functioneren vormen samen de LVB (hoofdstuk 3 gaat hier dieper op in). Alle problemen in de dimensies gezondheid (hoofdstuk 4 en 5), participatie (hoofdstuk 6) en context (hoofdstuk 7) worden in dit boek gezien als bijkomend aan LVB. Dit zijn dan ook de problemen waarop dit boek zich richt.

## Bronnenlijst hoofdstuk 2

- Embregts, P., Kroezen, M., Mulder, E., Van Bussel, C., Van der Nagel, J., Budding, M., Busser, G., De Kuijper, G., Duinkerken-van Gelderen, P., Haasnoot, M., Helder, A., Lenderink, B., Maes-Festen, D., Olivier-Pijpers, V., Oud, M., Oude Luttikhuis, I., Schilt, C., Smit T, Van den Heuvel J, ... Wieland J. (2019). *Multidisciplinaire Richtlijn Probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking*. [https://nvavg.nl/wp-content/uploads/2022/06/Richtlijn-Probleemgedrag\\_definitief-update-2022.pdf](https://nvavg.nl/wp-content/uploads/2022/06/Richtlijn-Probleemgedrag_definitief-update-2022.pdf)
- Kennisplein Gehandicaptensector. (2025). *Thema's/Domeinen*. [www.kennispleingehandicaptensector.nl/tips-tools/tools/thema-s-domeinen](http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/tips-tools/tools/thema-s-domeinen)
- Olivier-Pijpers, V. C., Cramm, J. M., Buntinx, W. H. E., & Nieboer, A. P. (2017). Organisatiecontext en ondersteuning van mensen met een verstandelijke beperking en probleemgedrag. *Nederlands Tijdschrift voor de zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen (NTZ)*, 43(4), 266–293.
- Schalock, R. L., Luckasson, R., & Tassé, M. J. (2021). *Intellectual disability: Definition, diagnosis, classification, and systems of supports* (12<sup>de</sup> druk). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Ulgianti, A. M., Van der Hoek, M. D., IJpma, I., & Dekker, A. D. (2024). *Keuzegids screening & diagnostiek VB: definitie, inventarisatie, eigenschappen en vergelijking van instrumenten voor screening en diagnostiek van intellectueel en adaptief functioneren bij mensen met verstandelijke beperkingen* (1<sup>ste</sup> druk). University of Groningen Press. <https://doi.org/10.21827/663b61dbe6d99>

3.

---

**Dimensie I (intellectueel functioneren)  
en II (adaptief functioneren):  
wat zijn LVB?**



Wanneer iemand voor ondersteuning bij een zorginstelling aanklopt, is het belangrijk zijn of haar ondersteuningsbehoefte goed in kaart te brengen. Door beperkingen en mogelijkheden zo objectief mogelijk vast te stellen, kunnen begeleiding en behandeling zoveel mogelijk worden afgestemd op iemand. Het is belangrijk om te bepalen of er sprake is van LVB. Maar wat is LVB eigenlijk? In dit hoofdstuk leggen we de basis uit.

## Definitie van verstandelijke beperking

Een verstandelijke beperking is een ontwikkelingsstoornis die herkenbaar is aan duidelijke beperkingen in het intellectueel én adaptief functioneren. Het ontstaat voordat iemand 22 jaar oud is. Een laag intelligentiequotiënt (IQ) wordt al ruim een eeuw gebruikt als bepalende maat voor een verstandelijke beperking. Geleidelijk kwam het besef dat niet alleen het IQ belangrijk is, maar ook hoe iemand zich in de maatschappij redt en zich tot zijn of haar omgeving (context) verhoudt. Dit zogenaamde adaptief functioneren (of de sociale redzaamheid), speelt óók een belangrijke rol en moet dus worden meegenomen bij het bepalen van een verstandelijke beperking. Hoewel dit nog niet altijd het geval is, wordt het adaptief functioneren steeds vaker meegenomen bij het vaststellen van een verstandelijke beperking. De focus ligt niet meer alleen op het IQ, maar op beide.

### Waar vind je de definitie?

Wereldwijd zijn drie bekende handboeken in gebruik waarin de definitie van een verstandelijke beperking staat beschreven:

- De 12<sup>e</sup> editie van het handboek van de toonaangevende American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) uit 2021 (Schalock et al., 2021).
- De 5<sup>e</sup> editie van het *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen* (DSM-5-TR) van de American Psychiatric Association uit 2022 (American Psychiatric Association, 2022).
- De 11<sup>e</sup> editie van de *Internationale statistische classificatie van ziekten en met gezondheid verband houdende problemen* (ICD) van de Wereldgezondheidsorganisatie uit 2019 (World Health Organization, 2019).

De definities in de drie handboeken lijken sterk op elkaar. Hieronder vind je de definitie van de AAIDD die wij in dit boek gebruiken.

### AAIDD

Verstandelijke beperkingen (VB) worden gekenmerkt door duidelijke beperkingen in het intellectueel functioneren en in het adaptief gedrag zoals dat tot uitdrukking komt in conceptuele (denk- en redeneervaardigheden), sociale en praktische adaptieve vaardigheden. Deze beperkingen ontstaan in de ontwikkelingsperiode; dat wil zeggen voordat iemand de 22-jarige leeftijd bereikt.

De volgende vijf uitgangspunten zijn essentieel bij het toepassen van deze definitie:

- 1) Om iemands beperkingen goed te begrijpen, moet je kijken naar wat normaal is voor mensen zonder beperkingen van dezelfde leeftijd en cultuur.
- 2) Een goede beoordeling van het verstandelijk functioneren houdt rekening met verschillen in taal, cultuur, communicatie, zintuigen, beweging en gedrag.
- 3) Een persoon heeft naast beperkingen vaak ook sterke punten.
- 4) Het beschrijven van beperkingen helpt om te bepalen welke ondersteuning iemand nodig heeft.
- 5) Als iemand met een verstandelijke beperking langdurig de juiste persoonlijke ondersteuning krijgt, kan hij of zij vaak beter functioneren.

*Vereenvoudigde vertaling van de officiële definitie (Schalock et al., 2021)*

Een verstandelijke beperking kan worden gezien als een paraplubegrip voor het intellectueel en adaptief functioneren samen. In de gehandicaptenzorg stelt een gedragskundige de beperking vast, eventueel ondersteund door een psychodiagnostisch medewerker.

### Intellectueel functioneren

Het intellectueel functioneren gaat over de intellectuele vaardigheden van een persoon zoals redeneren, plannen, problemen oplossen en iemands leervermogen (Schalock et al., 2021). Beperkingen in het intellectueel functioneren kun je aantonen met behulp van een instrument om de intelligentie te meten. Er is sprake van een beperking als het vastgestelde IQ lager is dan 70 (Schalock et al., 2021).

### Adaptief functioneren

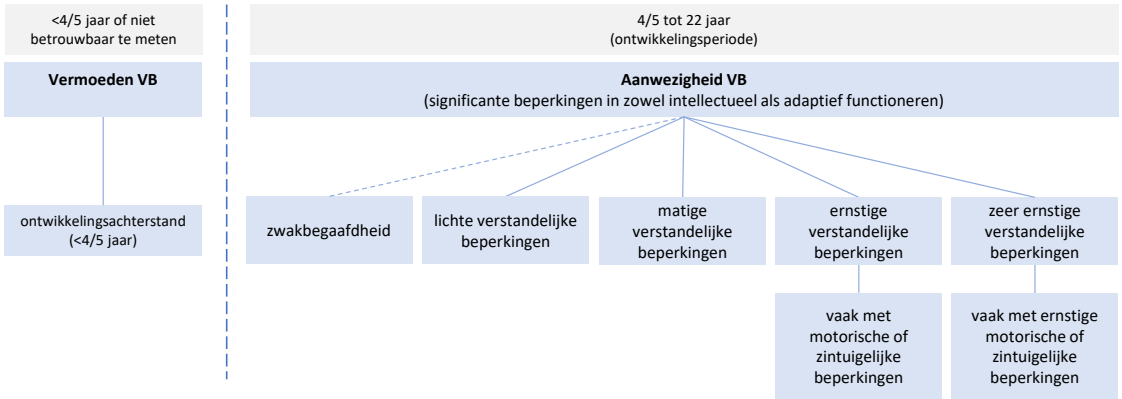
Bij een beperking in het adaptief functioneren passen de vaardigheden van een persoon niet bij wat de maatschappij op die leeftijd van iemand verwacht. Onder het adaptief functioneren vallen conceptuele, sociale en praktische adaptieve vaardigheden (Schalock et al., 2021; Wieland et al., 2022):

- **Conceptuele vaardigheden** zijn vaardigheden op het gebied van denken en logisch redeneren die helpen om informatie te begrijpen, problemen op te lossen en nieuwe kennis toe te passen. Denk daarbij aan lezen, schrijven, rekenen, problemen oplossen en nieuwe situaties beoordelen.
- **Sociale vaardigheden** gaan over je kunnen inleven in gedachten, gevoelens en ervaringen van anderen (empathie), het herkennen van en omgaan met je eigen emoties (emotieregulatie), communicatieve vaardigheden, het vermogen om vriendschappen te sluiten en om sociale situaties in te schatten. Hieronder valt ook het sociaal-emotioneel functioneren. Een voorbeeld van sociaal-emotioneel functioneren is een jongvolwassene met LVB die tijdens een groepsactiviteit leert om op zijn beurt te wachten en rustig te reageren als iets niet gaat zoals hij wil. Dit laat sociaal gedrag (rekening houden met anderen) en emotieregulatie (leren omgaan met frustratie) zien.
- **Praktische vaardigheden** gaan over het leervermogen en de zelfredzaamheid in verschillende situaties, zoals persoonlijke verzorging, huishouden, geldbeheer, ingewikkelde beslissingen overzien, de verantwoordelijkheden van een baan, het plannen van taken op school en op het werk, en vrijetijdsbesteding.

De beoordeling van het adaptief functioneren is gebaseerd op de vaardigheden die iemand tijdens vaste dagelijkse gewoontes en in veranderende omstandigheden laat zien. Een diagnostisch onderzoek bestaat niet alleen uit de afname van een instrument, bijvoorbeeld een vragenlijst, maar ook door de omgeving (context) van de persoon goed mee te nemen. De uitkomsten van een vragenlijst kunnen een idee geven van iemands mogelijkheden en beperkingen (American Psychiatric Association, 2022; Schalock et al., 2021).

## Mate van verstandelijke beperking

Over het algemeen kun je vier niveaus van verstandelijke beperking onderscheiden: licht, matig, ernstig en zeer ernstig (figuur 3.1). Naast deze vier doelgroepen spreken we bij kinderen jonger dan 4/5 jaar waarbij een vermoeden is van een verstandelijke beperking meestal van een ontwikkelingsachterstand. Op deze jonge leeftijd is het namelijk lastig om vast te stellen of er sprake is van een verstandelijke beperking en in welke mate. Daarom wordt in deze gevallen vaak nog geen definitieve diagnose gesteld.



Figuur 3.1 Mate van verstandelijke beperking

## LVB

In dit boek gebruiken we de definitie van de AAIDD om de mate van verstandelijke beperking te bepalen. Dat kan op twee manieren (Schalock et al., 2021):

- Op basis van hoeveel ondersteuning iemand nodig heeft.
- Op basis van het niveau van het adaptief en intellectueel functioneren.

De manier waarop de mate van een verstandelijke beperking bij iemand wordt vastgesteld, hangt af van het doel. Een gedragskundige bepaalt welke aanpak het beste is. Door gebruik te maken van instrumenten die de ondersteuningsbehoefte meten of die het intellectueel en adaptief functioneren meten, kan worden vastgesteld of iemand een verstandelijke beperking heeft. Iemand heeft LVB bij een IQ van 50 – 70 en bij een adaptief functioneren van 50 – 70.

## Zwakbegaafdheid

Naast de term verstandelijke beperking wordt de term zwakbegaafdheid veel gebruikt in Nederland. Zwakbegaafdheid werd vroeger gedefinieerd als een IQ tussen de 70 en 85. Mensen met zwakbegaafdheid vallen binnen de LVB-doelgroep als hun behoefte aan ondersteuning overeenkomt met die van mensen met LVB. In dat geval kunnen ze een beroep doen op ondersteuning vanuit de verstandelijk gehandicaptenzorg (Landelijk Kenniscentrum LVB, 2025; VZinfo, zonder datum).



Wil je meer weten over de definities voor (de mate van) een verstandelijke beperking? Een uitgebreide versie van dit hoofdstuk verscheen eerder in de *Keuzegids screening & diagnostiek VB* (Ulgati et al. 2024). In deze keuzegids vind je uitleg over de definities van de drie handboeken en een actueel overzicht van instrumenten om LVB te screenen en te diagnosticeren. Scan de QR-code voor het gratis e-boek.



### Bronnenlijst hoofdstuk 3

- American Psychiatric Association & Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2022). Verstandelijke-ontwikkelingsstoornis (verstandelijke beperking). In *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5-TR, 5<sup>de</sup> druk tekstrevisie)* (pp. 93-107). Boom uitgevers.
- Landelijk Kenniscentrum LVB. (2025). *Over een LVB*. [www.kenniscentrumlvb.nl/over-lvb](http://www.kenniscentrumlvb.nl/over-lvb)
- Schalock, R. L., Luckasson, R., & Tassé, M. J. (2021). *Intellectual disability: Definition, diagnosis, classification, and systems of supports* (12<sup>de</sup> druk). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- VZinfo. (zonder datum). *Verstandelijke beperking*. Geraadpleegd op 17 februari 2025 van [www.vzinfo.nl/verstandelijke-beperking/leeftijd-en-geslacht](http://www.vzinfo.nl/verstandelijke-beperking/leeftijd-en-geslacht)
- Wieland, J., Aldenkamp, E., & van den Brink, A. (2022). *Behandeling van patiënten met een laag IQ in de GGZ* (2<sup>de</sup> druk). Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum.
- Wereldgezondheidsorganisatie (2019). *International statistical classification of diseases, eleventh revision (ICD-11)*. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en>



4.

---

## Dimensie III: lichamelijke gezondheid



Gezondheid kunnen we verdelen in lichamelijke gezondheid en psychische gezondheid. In dit hoofdstuk gaan we als eerste in op lichamelijke gezondheid. Daarna komt de psychische gezondheid aan bod. Figuur 4.1 laat de top 10 zien van de bijkomende lichamelijke problemen die het meest voorkomen.



Figuur 4.1 Meest voorkomende bijkomende problemen lichamelijke gezondheid

De prevalentie van ieder lichamelijk probleem dat links genoemd wordt, is een gemiddeld percentage op basis van meerdere onderzoeken. De percentages die rechts worden genoemd geven het bereik aan: de laagste prevalentie en de hoogste prevalentie die werden gevonden in de onderzoeken. 'N.v.t.' houdt in dat maar één artikel beschikbaar was.

Omdat lichamelijke gezondheid verschillende aspecten kent, hebben we een indeling gemaakt in categorieën. Hiervoor hebben we de *Internationale statistische classificatie van ziekten en met gezondheid verband houdende problemen* (ICD-11) van de Wereldgezondheidsorganisatie als basis gebruikt.

De leeswijzer helpt je bij het begrijpen van de tabellen.

## Nieuwvormingen

Onder nieuwvormingen verstaan we goedaardige en kwaadaardige gezwellen zoals kanker, inclusief kwaadaardige bloedziekten zoals leukemie. We hebben maar twee onderzoeken gevonden die aangeven hoe vaak dit voorkomt bij mensen met LVB.

Tabel 4.1 Prevalentie nieuwvormingen

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Nieuwvormingen</b>		
197 ouders met LVB* 16 – 49 jaar <i>Kanker of kwaadaardige tumor: 3%</i>	14.174 ouders zonder VB 16 – 49 jaar <i>Kanker of kwaadaardige tumor: 7%</i>	Emerson et al. (2015)
299 mensen met LVB* 16 – 49 jaar <i>Kanker of kwaadaardige tumor: 2%</i>	22.927 mensen zonder VB 16 – 49 jaar <i>Kanker of kwaadaardige tumor: 5%</i>	Emerson et al. (2016)

Hoewel de prevalentie van kanker of kwaadaardige tumoren bij mensen met LVB iets lager lijkt dan in de referentiegroepen, is dit verschil niet significant. Het kan dus toeval zijn. Een mogelijke verklaring is dat de aandoening bij mensen met LVB niet wordt herkend of vastgesteld. Dit kan komen doordat zij minder toegang hebben tot preventieve zorg of screeningsprogramma's (Leemrijse & Pisters, 2009).

## Endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen

Onder endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen vallen aandoeningen zoals diabetes, obesitas en ondervoeding. Endocrien verwijst naar hormonen en het hormonale systeem. Hoe vaak komt dit voor bij mensen met LVB? Uit acht artikelen zijn prevalentiecijfers te halen, waarbij een aantal artikelen cijfers voor meerdere aandoeningen noemt.

Tabel 4.2 Prevalentie endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsziekten

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Voedingsstoornissen</b>		
<b>Overgewicht, obesitas of andere overvoeding</b>		
3.284 volwassenen met LVB	2.518 volwassenen met MVB 1.342 volwassenen met EVB 1.305 volwassenen met ZEVb	Stancliffe et al. (2011)
<i>Overgewicht of obesitas:</i> 69,7% (♀ 72,2%; ♂ 67,6%)	<i>Overgewicht of obesitas:</i> - MVB 69,6% (♀ 71,3%; ♂ 68,3%) - EVB 56,6% (♀ 60,7%; ♂ 53,7%) - ZEVb 35,5% (♀ 35,0%; ♂ 35,9%)	
<i>Obesitas:</i> 41,4% (♀ 46,5%; ♂ 37,1%)	<i>Obesitas:</i> - MVB 38,2% (♀ 44,1%; ♂ 33,9%) - EVB 26,7% (♀ 33,9%; ♂ 21,7%) - ZEVb 12,6% (♀ 14,8%; ♂ 10,9%)	
186 ♀ /200 ♂ met LVB 16 – 74 jaar	95 ♀ /142 ♂ met MVB 72 ♀ /100 ♂ met EVB 67 ♀ /83 ♂ met ZEVb 16 – 74 jaar	Melville et al. (2008)
<i>Overgewicht:</i> ♀ 52,2%; ♂ 41,0%	<i>Overgewicht:</i> - MVB ♀ 19,1%; ♂ 27,3% - EVB ♀ 14,8%; ♂ 19,7% - ZEVb ♀ 13,9%; ♂ 12,0%	
<i>Obesitas:</i> ♀ 47,9%; ♂ 42,5%	<i>Obesitas:</i> - MVB ♀ 23,6%; ♂ 34,9% - EVB ♀ 20,0%; ♂ 15,1% - ZEVb ♀ 8,5%; ♂ 7,5%	
197 ouders met LVB* 16 – 49 jaar <b>Obesitas: 46%</b>	14.174 ouders zonder VB 16 – 49 jaar <b>Obesitas: 26%</b>	Emerson et al. (2015)
259 volwassenen met LVB* 25 jaar en ouder <b>Obesitas: 44%</b>	293 volwassenen met MVB/EVB 46 volwassenen met ZEVb 25 jaar en ouder <b>Obesitas: MVB/EVB 38%; ZEVb 15%</b>	Bhaumik et al. (2008)

Tabel 4.2 (vervolg) Prevalentie endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsziekten

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
299 mensen met LVB* 16 – 49 jaar <b>Obesitas: 42%</b>	22.927 mensen zonder VB 16 – 49 jaar <i>Obesitas: 26%</i>	Emerson et al. (2016)
113 mensen met LVB <i>Obesitas: 42,1%</i> <i>Overgewicht: 38,8%</i>	123 mensen met MVB 55 mensen met (Z)EVB <i>Obesitas: MVB 39,7%; (Z)EVB 18,3%</i> <i>Overgewicht: MVB 47,5%; (Z)EVB 13,8%</i>	Sohler et al. (2009)
183 volwassenen met ZB 435 volwassenen met LVB 18 – 86 jaar <i>Obesitas: LVB 40,7%; ZB 34,4%</i> <i>Overgewicht: LVB 26,7%; ZB 33,9%</i> <i>Morbide obesitas: LVB 7,1%; ZB 6,6%</i>	326 volwassenen met MVB 119 volwassenen met (Z)EVB 18 – 86 jaar <i>Obesitas: MVB 43,9%; (Z)EVB 26,1%</i> <i>Overgewicht: MVB 26,7%; (Z)EVB 31,1%</i> <i>Morbide obesitas: MVB 5,5%; (Z)EVB 5,0%</i>	Hsieh et al. (2014)
<b>Ondergewicht</b>		
227 volwassenen met LVB* 25 jaar en ouder  <i>Ondergewicht: 36%</i>	269 volwassenen met MVB/EVB 78 volwassenen met ZEVB 25 jaar en ouder <i>Ondergewicht: MVB/EVB 32%; ZEVB 50%</i>	Bhaumik et al. (2008)
183 volwassenen met ZB 435 volwassenen met LVB 18 – 86 jaar <i>Ondergewicht: ZB 3,3%; LVB 3,2%</i>	326 volwassenen met MVB 119 volwassenen met (Z)EVB 18 – 86 jaar <i>Ondergewicht: MVB 3,1%; (Z)EVB 10,1%</i>	Hsieh et al. (2014)
<b>Endocriene ziekten</b>		
<b>Diabetes mellitus</b>		
197 ouders met LVB* 16 – 49 jaar <i>Diabetes: 7%</i>	14.174 ouders zonder VB 16 – 49 jaar <i>Diabetes: 2%</i>	Emerson et al. (2015)
9.428 volwassenen met LVB* <b>Diabetes: 6%</b>	1.397.756 volwassenen zonder VB <i>Diabetes: 3%</i>	Boonen et al. (2020)
299 mensen met LVB* 16 – 49 jaar <b>Diabetes: 6%</b>	22.927 mensen zonder VB 16 – 49 jaar <i>Diabetes: 2%</i>	Emerson et al. (2016)
<b>Aandoeningen van de schildklier</b>		
299 mensen met LVB* 16 – 49 jaar <i>Schildklier-aandoening: 2%</i>	22.927 mensen zonder VB 16 – 49 jaar <i>Schildklier-aandoening: 2%</i>	Emerson et al. (2016)
197 ouders met LVB* 16 – 49 jaar <i>Schildklier-aandoening: 1%</i>	14.174 ouders zonder VB 16 – 49 jaar <i>Schildklier-aandoening: 2%</i>	Emerson et al. (2015)
<b>Stofwisselingsstoornissen</b>		
9.428 volwassenen met LVB* <i>Vetstofwisselingsstoornis: 5%</i>	1.397.756 volwassenen zonder VB <i>Vetstofwisselingsstoornis: 5%</i>	Boonen et al. (2020)

Bij mensen met LVB komen obesitas en diabetes vaker voor dan in de algemene bevolking. Mogelijke verklaringen zijn dat zij minder toegang hebben tot preventieve zorg, minder bewegen, ongezondere voeding en medicijnen gebruiken die zorgen dat ze zwaarder worden. Bij mensen met LVB komt obesitas vaker voor dan bij mensen met ernstige of zeer ernstige verstandelijke beperkingen.

Ondergewicht komt juist minder vaak voor bij mensen met LVB dan bij mensen met ernstige of zeer ernstige verstandelijke beperkingen. Dit kan mogelijk verklaard worden doordat mensen met LVB een lager risico hebben op slikproblemen en medische complicaties dan mensen met ernstige of zeer ernstige verstandelijke beperkingen.

Er is geen hogere prevalentie van schildklieraandoeningen bij mensen met LVB. Dit is opvallend omdat ze vaak voorkomen bij genetische syndromen zoals downsyndroom (Antonarakis et al., 2020). Mogelijk maken de onderzoeken die wij gevonden hebben geen onderscheid tussen genetische aandoeningen, waardoor onduidelijk blijft of mensen met het syndroom van Down zijn onderzocht.

## UITGELICHT

### Wat is overgewicht?

Overgewicht wordt gekenmerkt door een body mass index (BMI) van 25 of hoger. Het is een chronische aandoening waarbij het lichaamsgewicht de gezondheidsrisico's verhoogt.

De ICD-11 maakt onderscheid tussen overgewicht en obesitas. Beide aandoeningen worden in verband gebracht met een verhoogd risico op een groot aantal gezondheidsproblemen, waaronder hart- en vaatziekten, diabetes type 2, en bepaalde vormen van kanker. Deze gezondheidsproblemen nemen vaak toe als het lichaamsgewicht verder stijgt.

Overzicht van BMI-categorieën:

- normaal gewicht: BMI van 18,5 tot 25
- overgewicht: BMI van 25 tot 29,9
- obesitas: BMI van 30 en hoger

*Ingekorte en vertaalde definities uit ICD-11*

### Hoe vaak komt overgewicht voor bij mensen met LVB?

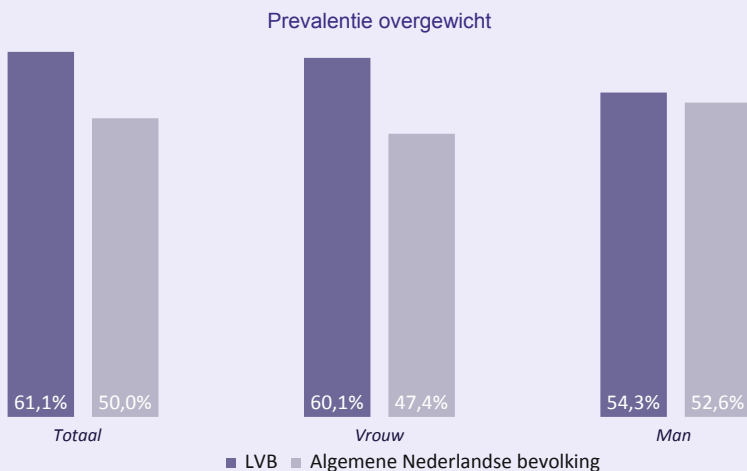
Onderzoek toont aan dat de prevalentie van overgewicht bij mensen met LVB schommelt tussen 26,7 en 69,7% en dat gemiddeld 61,1% van de mensen met LVB overgewicht heeft. Ook obesitas komt meer voor bij deze doelgroep. Obesitas schommelt tussen 34,4 en 47,9%. Gemiddeld heeft 41,7% van de mensen met LVB obesitas.

Een aantal onderzoeken heeft onderscheid gemaakt in geslacht. Overgewicht en obesitas blijkt vaker voor te komen bij vrouwen met LVB dan bij mannen met LVB. Overgewicht komt voor bij 52,2 – 72,2% van de vrouwen en bij 41,0 – 67,6% van de mannen. Obesitas komt voor bij 41,1 – 47,9% van de vrouwen en bij 37,1 – 42,5% van de mannen.

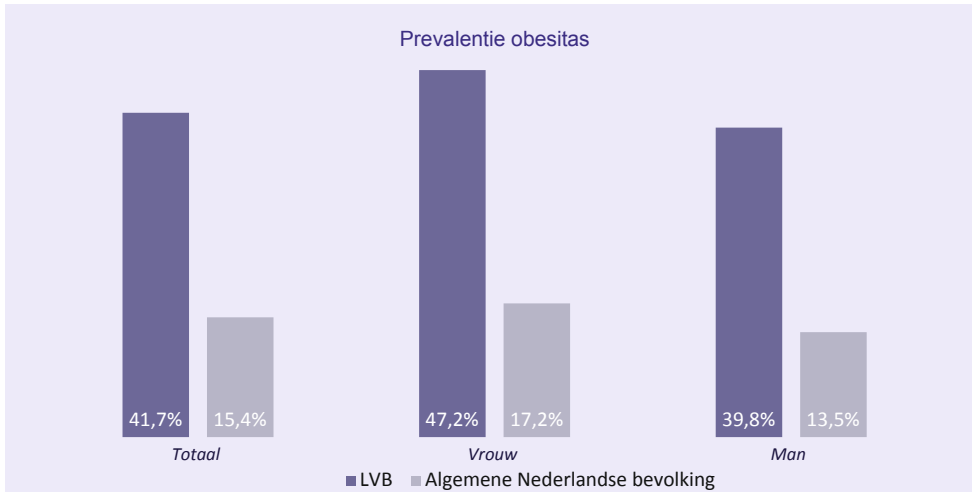
### Hoe vaak komt overgewicht voor in Nederland?

In de algemene Nederlandse bevolking (zonder verstandelijke beperkingen) komt overgewicht voor bij 50% van de mensen en obesitas bij 15,4%. Overgewicht komt vaker voor bij mannen dan bij vrouwen. Bij obesitas is dat andersom.

In vergelijking met de algemene Nederlandse bevolking komen overgewicht en obesitas duidelijk meer voor bij mensen met LVB. De prevalentie van obesitas is opvallend veel hoger. Verder zien we dat bij de algemene Nederlandse bevolking mannen vaker overgewicht hebben dan vrouwen, terwijl dat bij mensen met LVB juist andersom is.



Figuur 4.2 Vergelijking prevalentie overgewicht



Figuur 4.3 Vergelijking prevalentie obesitas

*Cijfers van de algemene Nederlandse bevolking van CBS-Statline*

#### **Wat is een mogelijke verklaring voor het verschil?**

Overgewicht en obesitas komen meer voor bij mensen met LVB dan in de algemene Nederlandse bevolking. Dit kan komen doordat zij een ongezondere leefstijl hebben. Ze bewegen vaak minder en eten minder gezond (Schoufour et al., 2013).

Bekend is dat 56% van de algemene Nederlandse bevolking minstens één keer per week beweegt. Bij mensen met LVB is dat 41% (Nivel, 2016).

Op het gebied van voeding blijkt dat 30% van de mensen met verstandelijke beperkingen te weinig eiwitten, fruit, groente, vezels en andere essentiële voedingsstoffen binnenkrijgt. Tegelijkertijd is de inname van energie uit suiker, vet en verzadigd vet te hoog (Bastiaanse, 2014).

#### **Wat kunnen we hiermee in de praktijk?**

Door te werken aan een gezondere leefstijl wordt de kans op overgewicht kleiner, en daarmee ook het risico op gezondheidsproblemen (Melville et al., 2017). Mensen met LVB hebben extra steun nodig bij gezond eten en bewegen. Het helpt als zij op een begrijpelijke manier worden gestimuleerd om gezondere keuzes te maken, met blijvende begeleiding zoals beweegprogramma's, voedingsvoorlichting en intensieve ondersteuning (Schoufour et al., 2013; Steenbergen et al., 2017).

## Ziekten van het zenuwstelsel

Onder ziekten van het zenuwstelsel vallen aandoeningen die het centrale zenuwstelsel (hersenen en ruggenmerg), het perifere zenuwstelsel (zenuwen buiten de hersenen en ruggenmerg) of beide aantasten. Symptomen variëren van verlamming tot epilepsie. In vier artikelen vonden we hoe vaak epilepsie voorkomt bij mensen met LVB.

Tabel 4.3 Prevalentie ziekten van het zenuwstelsel

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Epilepsie</b>		
95 mensen met LVB 15 jaar en ouder <i>Epilepsie: 10,5%</i>	Geen referentiegroep	Cardol et al. (2011)
181 kinderen met LVB 9 – 13 jaar <i>Epilepsie: 2,8%</i>	Geen referentiegroep	David et al. (2014)
299 mensen met LVB* 16 – 49 jaar <i>Epilepsie: 2%</i>	22.927 mensen zonder VB 16 – 49 jaar <i>Epilepsie: 1%</i>	Emerson et al. (2016)
197 ouders met LVB* 16 – 49 jaar <i>Epilepsie: 1%</i>	14.174 ouders zonder VB 16 – 49 jaar <i>Epilepsie: 1%</i>	Emerson et al. (2015)

We hebben alleen artikelen gevonden over epilepsie, maar niet over andere ziekten van het zenuwstelsel. Epilepsie lijkt niet significant vaker voor te komen bij mensen met LVB in vergelijking met de referentiegroepen. Mensen met specifieke syndromen hebben meer kans op epilepsie (Antonarakis et al., 2020). Omdat de onderzoeken geen onderscheid maken tussen syndromen, is dit niet zichtbaar in de prevalentiecijfers.

## Ziekten van het visuele systeem

Onder ziekten van het visuele systeem vallen alle ziekten die het zicht aantasten. Denk aan ziekten aan de ogen en alles daaromheen zoals oogspieren en oogleden. Hieronder vallen ook aandoeningen aan hersengebieden die de ogen aansturen of beelden verwerken. Wanneer het zicht wordt aangetast, wordt dit ook wel een visuele beperking genoemd. Bij een ernstige visuele beperking zoals blindheid, ziet iemand (bijna) geen licht of vormen. In twee artikelen werd aangegeven hoe vaak een visuele beperking voorkomt bij mensen met LVB.

Tabel 4.4 Prevalentie ziekten van het visuele systeem

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Visuele beperkingen</b>		
95 mensen met LVB 15 jaar en ouder <i>Visuele beperking: 4,2%</i>	Geen referentiegroep	Cardol et al. (2011)
181 kinderen met LVB 9 – 13 jaar <i>Ernstige visuele beperking: 1,7%</i>	Geen referentiegroep	David et al. (2014)

Uit de cijfers blijkt dat maar een klein deel van de mensen met LVB een visuele beperking heeft. Het ontbreken van een vergelijking met een referentiegroep maakt het moeilijk om deze uitkomsten te beoordelen. Daarnaast richten de onderzoeken zich alleen op kinderen. Er zijn daardoor geen gegevens beschikbaar over ouderen of mensen met syndromen waarbij vaak visuele beperkingen voorkomen (Antonarakis et al., 2020).

## Ziekten van het oor

Ziekten van het oor omvatten alle aandoeningen van het oor, het gehoor en het bot achter het oor. Als het gehoor niet goed werkt, noemen we dat een auditieve beperking. In ernstige gevallen zoals bij doofheid, kan iemand bijna helemaal geen geluid meer horen. Ook aandoeningen aan het uitwendige oor zoals bijvoorbeeld te veel oorsmeer, kunnen gehoorverlies tot gevolg hebben. In drie artikelen is de prevalentie van oorziekten onderzocht.

Tabel 4.5 Prevalentie ziekten van het oor

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Auditieve beperking</b>		
95 mensen met LVB 15 jaar en ouder <i>Gehoorprobleem: 3,2%</i>	Geen referentiegroep	Cardol et al. (2011)
181 kinderen met LVB 9 – 13 jaar <i>Ernstige slechthorendheid: 2,2%</i>	Geen referentiegroep	David et al. (2014)
<b>Aandoeningen uitwendig oor</b>		
9.428 volwassenen met LVB* <i>Overmatig oorsmeer: 5%</i>	1.397.756 volwassenen zonder VB <i>Overmatig oorsmeer: 3%</i>	Boonen et al. (2020)

Uit onderzoek blijkt dat een klein deel van de kinderen met LVB slechthorend is. De onderzoeken gaan alleen over kinderen, wat een vertekend beeld kan geven omdat slechthorendheid bij ouderen met LVB waarschijnlijk vaker voorkomt. Ook is er geen vergelijking met een referentiegroep, waardoor het moeilijk is om de cijfers goed te beoordelen. Verder blijkt dat overmatig oorsmeer vaker voorkomt bij volwassenen met LVB dan bij de algemene bevolking. Deze verschillen laten zien dat goede oorverzorging belangrijk is bij mensen met LVB.

## Ziekten van het hart- en vaatstelsel

Ziekten van het hart- en vaatstelsel zijn alle aandoeningen van het systeem dat bloed rondpompt in het lichaam. Dit systeem vervoert voedingsstoffen, zuurstof en andere stoffen, en helpt bij het bestrijden van ziekten en het in evenwicht houden van het lichaam. Over dit onderwerp hebben we vier artikelen gevonden, waarbij een aantal artikelen prevalenties van meerdere aandoeningen geeft.

Tabel 4.6 Prevalentie ziekten van hart- en vaatstelsel

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Hoge bloeddruk</b>		
9.428 volwassenen met LVB* <i>Hoge bloeddruk: 8%</i>	1.397.756 volwassenen zonder VB <i>Hoge bloeddruk: 7%</i>	Boonen et al. (2020)
5.164 mensen met LVB/ZB <i>Hoge bloeddruk: 7,3%</i>	2.276.439 mensen zonder VB <i>Hoge bloeddruk: 5,4%</i>	Wang et al. (2023)
197 ouders met LVB* 16 – 49 jaar <i>Hoge bloeddruk: 6%</i>	14.174 ouders zonder VB 16 – 49 jaar <i>Hoge bloeddruk: 7%</i>	Emerson et al. (2015)
299 mensen met LVB* 16 – 49 jaar <i>Hoge bloeddruk: 5%</i>	22.927 mensen zonder VB 16 – 49 jaar <i>Hoge bloeddruk: 5%</i>	Emerson et al. (2016)
<b>Overige hart- en vaatziekten</b>		
5.164 mensen met LVB/ZB <i>Hart- en vaatziekten: 4,6%</i> <i>Diepe aderontsteking: 0,5%</i> <i>Hersenbloeding: 0,5%</i> <i>Beroerte: 0,3%</i> <i>Kransslagaderziekten: 0,3%</i> <i>Boezemfibrilleren: 0,2%</i> <i>Hartfalen: 0,1%</i>	2.276.439 mensen zonder VB <i>Hart- en vaatziekten: 3,4%</i> <i>Diepe aderontsteking: 0,2%</i> <i>Hersenbloeding: 0,2%</i> <i>Beroerte: 0,2%</i> <i>Kransslagaderziekten: 0,1%</i> <i>Boezemfibrilleren: 0,1%</i> <i>Hartfalen: 0,04%</i>	Wang et al. (2023)
197 ouders met LVB* 16 – 49 jaar <i>Hart- en vaatziekten: 4%</i>	14.174 ouders zonder VB 16 – 49 jaar <i>Hart- en vaatziekten: 1%</i>	Emerson et al. (2015)
299 mensen met LVB* 16 – 49 jaar <i>Hart- en vaatziekten: 3%</i>	22.927 mensen zonder VB 16 – 49 jaar (22.927) <i>Hart- en vaatziekten: 1%</i>	Emerson et al. (2016)

Hart- en vaatziekten blijken vaker voor te komen bij mensen met LVB. Dit kan komen doordat risicofactoren zoals diabetes type 2 en overgewicht bij hen ook vaker voorkomen (De Leeuw et al., 2022). Leefstijlverbetering kan deze risicofactoren en daarmee de kans op hart- en vaatziekten verkleinen (Melville et al., 2017).

## Ziekten van het ademhalingsstelsel

Ziekten van het ademhalingsstelsel hebben te maken met de longen, luchtwegen en andere delen van het lichaam die helpen bij het ademen. Bekende ademhalingsziekten zijn astma en longontsteking. Drie artikelen geven prevalenties.

Tabel 4.7 Prevalentie ziekten van het ademhalingsstelsel

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Astma</b>		
197 ouders met LVB* 16 – 49 jaar Astma: 10%	14.174 ouders zonder VB 16 – 49 jaar Astma: 11%	Emerson et al. (2015)
9.428 volwassenen met LVB* Astma: 9%	1.397.756 volwassenen zonder VB Astma: 8%	Boonen et al. (2020)
299 mensen met LVB* 16 – 49 jaar Astma: 9%	22.927 mensen zonder VB 16 – 49 jaar Astma: 12%	Emerson et al. (2016)
<b>Luchtweginfecties</b>		
9.428 volwassenen met LVB* Luchtweginfectie: 5%	1.397.756 volwassenen zonder VB Luchtweginfectie: 3%	Boonen et al. (2020)
<b>Ademhalingsstoornissen</b>		
299 mensen met LVB* 16 – 49 jaar Ademhalingsstoornissen: 1%	22.927 mensen zonder VB 16 – 49 jaar Ademhalingsstoornissen: 1%	Emerson et al. (2016)
197 ouders met LVB* 16 – 49 jaar Ademhalingsstoornissen: 1%	14.174 ouders zonder VB 16 – 49 jaar Ademhalingsstoornissen: 1%	Emerson et al. (2015)

Luchtweginfecties komen vaker voor bij volwassenen met LVB, mogelijk omdat zij vaker in een groep wonen. Hierdoor hebben ze waarschijnlijk een grotere kans om besmet te raken, maar dit is niet specifiek onderzocht. Daarnaast kunnen andere factoren een rol spelen, zoals moeite met zelfverzorging en minder goede hygiëne, wat het risico op infecties verder vergroot. De beschikbare cijfers zijn gebaseerd op volwassenen met LVB; informatie over jongeren en ouderen ontbreekt. Ouderen met LVB lopen mogelijk een groter risico op luchtweginfecties doordat zij minder weerstand hebben, een slechtere gezondheid hebben en minder mobiel zijn. Hierdoor zijn zij afhankelijker van zorg en is het lastiger om ziekten te voorkomen. Wat betreft astma en andere ademhalingsstoornissen zoals emfyseem of chronische bronchitis, is er geen duidelijk verschil met de algemene bevolking.

## Ziekten van het spijsverteringsstelsel

Onder ziekten van het spijsverteringsstelsel vallen alle ziekten van de mond zoals lippen, gebit en kaak, tot en met de darmen. Zes artikelen geven prevalentiecijfers.

Tabel 4.8 Prevalentie ziekten van het spijsverteringsstelsel

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Tandproblemen</b>		
240 volwassenen met LVB 18 – 64 jaar <i>Pijn in mond: 48,6%</i>	Geen referentiegroep	Couto et al. (2019)
227 volwassenen met LVB geen VB-zorg 795 volwassenen met LVB wel VB-zorg <i>Tandproblemen in de laatste 6 maanden: Geen VB-zorg 46,5%; wel VB-zorg 44,4%</i>	Geen referentiegroep	Emerson (2011)
146 scholieren met LVB en volwassen gebit  10 – 20 jaar <i>Aangetast glazuur: 24,7%</i>	84 scholieren met MVB en volwassen gebit 29 scholieren met EVB en volwassen gebit 9 scholieren met (Z)EV(M)B en volwassen gebit 10 – 20 jaar <i>Aangetast glazuur: MVB 13,1%; EVB 13,8%; (Z)EV(M)B 11,1%</i>	Gerreth et al. (2020)
50 mensen met LVB  18 jaar en ouder  <i>Tandsteen: 30% Tandplak: 18% Tandvleesontsteking: 14% Gaatjes: 14% Afgebroken tand of kies: 6% Drukplek door prothese: 6% Fistel: 4% Tandenknarsen of -klemmen: 4% Ernstige tandvleesontsteking: 2%</i>	50 mensen met MVB 50 mensen met (Z)EV(M)B 18 jaar en ouder  <i>Tandsteen: MVB 38%; (Z)EV(M)B 42% Tandplak: MVB 22%; (Z)EV(M)B 33% Tandvleesontsteking: MVB 18%; (Z)EV(M)B 22% Gaatjes: MVB 8%; (Z)EV(M)B 8% Afgebroken tand of kies: MVB 6%; (Z)EV(M)B 10% Drukplek door prothese: MVB 6%; (Z)EV(M)B 0% Fistel: MVB 0%; (Z)EV(M)B 4% Tandenknarsen of -klemmen: MVB 0%; (Z)EV(M)B 0% Ernstige tandvleesontsteking: MVB 2%; (Z)EV(M)B 6% Wortelresten: MVB 0%; (Z)EV(M)B 6% Schimmelinfectie: MVB 2%; (Z)EV(M)B 0% Aften: MVB 6%; (Z)EV(M)B 0%</i>	Van Huizen- Van Oosten et al. (2024)
<b>Obstipatie</b>		
9.428 volwassenen met LVB* <i>Obstipatie: 4%</i>	1.397.756 volwassenen zonder VB <i>Obstipatie: 1%</i>	Boonen et al. (2020)

De gevonden artikelen gaan over mondgezondheid en obstipatie. Over andere ziekten van het spijsverteringsstelsel zijn geen cijfers gevonden. Wat tandproblemen betreft, zijn er geen duidelijke verschillen gevonden tussen mensen met LVB en mensen met andere verstandelijke beperkingen. Eén onderzoek vond dat mensen met LVB vaker aange-tast glazuur hebben dan mensen met andere beperkingen. Obstipatie komt vaker voor bij mensen met LVB, hoewel de prevalentiecijfers te laag zijn om een goede vergelijking te kunnen maken.

## Ziekten van de huid

Aandoeningen die de huid of het onderhuids weefsel aantasten zijn bijvoorbeeld acne, eczeem, psoriasis of een schimmelinfectie. Er is één onderzoek gevonden dat de prevalentie hiervan beschrijft bij mensen met LVB.

Tabel 4.9 Prevalentie ziekten van de huid

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Ziekten van de huid</b>		
9.428 volwassenen met LVB*	1.397.756 volwassenen zonder VB	Boonen et al. (2020)
<i>Eczeem: 10%</i>	<i>Eczeem: 10%</i>	
<i>Schimmelinfectie huid: 4%</i>	<i>Schimmelinfectie huid: 3%</i>	

De cijfers laten zien dat eczeem even vaak voorkomt bij mensen met LVB als bij mensen zonder verstandelijke beperkingen. Mensen met LVB gebruiken iets vaker medicatie voor eczeem. Dit komt waarschijnlijk doordat ze vaker naar de huisarts gaan voor eczeem, waardoor ze meer medicatie voorgeschreven krijgen. Schimmelinfecties komen vaker voor bij mensen met LVB. Dit kan bijvoorbeeld komen door hygiëneproblemen of moeilijkheden met zelfverzorging. Daarom is het belangrijk dat begeleiders extra aandacht besteden aan goede hygiëne en huidverzorging om schimmelinfecties te voorkomen.

## Ziekten van botten, spieren en bindweefsel

Onder ziekten van botten spieren en bindweefsel vallen aandoeningen zoals ontsteking van het gewricht (artritis), slijtage van gewrichten (artrose) en botziekten zoals broze botten (osteoporose). Voor dit onderwerp zijn drie artikelen gevonden, waarbij één artikel prevalenties van meerdere aandoeningen vermeldt.

Tabel 4.10 Prevalentie ziekten van botten, spieren en bindweefsel

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Spierverlies en -atrofie</b>		
299 mensen met LVB* 16 – 49 jaar <i>Minder grijpkracht dominante hand: 32%</i>	22.927 mensen zonder VB 16 – 49 jaar <i>Minder grijpkracht dominante hand: 9%</i>	Emerson et al. (2016)
<b>Artritis</b>		
197 ouders met LVB* 16 – 49 jaar <i>Artritis: 8%</i>	14.174 ouders zonder VB 16 – 49 jaar <i>Artritis: 4%</i>	Emerson et al. (2015)
299 mensen met LVB* 16 – 49 jaar <i>Artritis: 7%</i>	22.927 mensen zonder VB 16 – 49 jaar <i>Artritis: 3%</i>	Emerson et al. (2016)
<b>Afwijkingen in dichtheid en structuur van bot</b>		
166 mensen met LVB* ouder dan 40 jaar <i>Osteoporose: 6,6%</i>	Geen referentiegroep	Burke et al. (2017)

Artritis en botafwijkingen komen even vaak voor bij mensen met LVB als in de algemene bevolking. Verminderde grijpkracht in de dominante hand is bij mensen met LVB wel vaker aanwezig. Dit kan duiden op spierverlies en zwakke spieren. Grijpkrachtverlies is een teken van sarcopenie, een aandoening met minder spiermassa en kracht. Dit verhoogt het risico op vallen, fractures, beperkingen en sterfte (Cruz-Jentoft et al., 2019). Begeleiders moeten hier alert op zijn. Spierversterkende oefeningen en beweging verkleinen de kans op achteruitgang (Melville et al., 2017)

## Ongeclassificeerde symptomen

Deze categorie omvat vage of minder goed gedefinieerde aandoeningen en symptomen. Dit zijn bijvoorbeeld klachten met een onbekende oorzaak, symptomen die tijdelijk voorkomen of gevallen die niet onder een specifieke diagnose vallen. Voor dit onderwerp zijn drie artikelen gevonden.

Tabel 4.11 Prevalentie ongeclassificeerde symptomen

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Motorische problemen</b>		
55 kinderen met LVB 115 kinderen met ZB 7 – 12 jaar <i>Motorische problemen: LVB 61,8%; ZB 42,6%</i>	Geen referentiegroep	Vuijk et al. (2010)
33 kinderen en jongeren met LVB 6 – 15 jaar <i>Motorische problemen: 55%</i>	Geen referentiegroep	Lindblad et al. (2011)

Kinderen en jongeren met LVB hebben vaak motorische problemen zoals moeite met evenwicht en fijne motoriek. Dit komt mogelijk door een andere hersenontwikkeling dan bij leeftijdsgenoten zonder verstandelijke beperking. Hierdoor wordt ook de aansturing van hun bewegingen beïnvloed (Kaplan et al., 1998). De cijfers zijn lastig te beoordelen omdat een referentiegroep ontbreekt. Daarnaast kan de focus op jongeren het beeld vertekenen.

## **Lichamelijke problemen waarvoor geen prevalenties gevonden zijn**

Het doorzoeken van de literatuur heeft geen prevalentiecijfers opgeleverd voor ziekten in de hieronder genoemde categorieën van de ICD-II.

### **Ziekten van de urinewegen en geslachtsorganen**

De urinewegen bestaan uit de organen van het urinewegstelsel zoals de nieren en de blaas. Onder geslachtsorganen vallen onder andere de baarmoeder en borsten.

### **Aandoeningen gerelateerd aan seksuele gezondheid**

Deze aandoeningen omvatten zogenaamde seksuele disfuncties en seksuele pijnstoornissen. Seksuele disfuncties verwijzen naar problemen van volwassenen bij het ervaren van prettige en vrijwillige seksuele activiteit. Seksuele pijnstoornissen zijn terugkerende of aanhoudende pijnklachten bij volwassenen tijdens seks, zonder dat er een duidelijke medische oorzaak is. Seksueel grensoverschrijdend gedrag valt hier niet onder. Daarover lees je meer in hoofdstuk 7 dat gaat over context.

### **Zwangerschap, bevalling en kraambed**

Dit zijn aandoeningen die optreden tijdens de periode van conceptie tot bevalling (zwangerschap), tijdens de bevalling of ongeveer zes weken na de bevalling waarin de baarmoeder terugkeert naar de oorspronkelijke grootte (kraambed).

### **Aandoeningen die ontstaan in de perinatale periode**

Deze aandoeningen beginnen tussen de 24<sup>ste</sup> week van de zwangerschap en de 2<sup>e</sup> week na de geboorte. Ook wanneer een bepaalde ziekte later optreedt, maar wel zijn oorsprong kent in deze periode, valt het hieronder.

### **Aangeboren afwijkingen, misvormingen en chromosoomafwijkingen**

Deze aandoeningen worden veroorzaakt doordat een bepaald lichaamsdeel of orgaan zich tijdens de zwangerschap niet goed ontwikkelt.

### **Letsel, vergiftiging en andere gevolgen van externe oorzaken**

Dit onderwerp gaat over gezondheidsproblemen door externe oorzaken, niet door ziekte. Het omvat verwondingen zoals botbreuken, snijwonden en brandwonden door ongelukken of geweld. Ook vergiftigingen door medicijnen, alcohol, drugs of giftige stoffen vallen hieronder. Daarnaast gaat het om de gevolgen hiervan zoals littekens, functieverlies of psychische klachten na trauma. Meer over drank- en drugsgebruik lees je in hoofdstuk 5.

## Bronnenlijst hoofdstuk 4

- Antonarakis, S. E., Skotko, B. G., Rafii, M. S., Strydom, A., Pape, S. E., Bianchi, D. W., Sherman, S. L., & Reeves, R. H. (2020). Down syndrome. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(1).  
<https://doi.org/10.1038/s41572-019-0143-7>
- Bastiaanse, L. (2014). *Nutrition, nutritional state and related conditions in older adults with intellectual disabilities*. Optima Grafische Communicatie. <https://repub.eur.nl/pub/77210>
- Bhaumik, S., Watson, J. M., Thorp, C. F., Tyrer, F., & McGrother, C. W. (2008). Body mass index in adults with intellectual disability: Distribution, associations and service implications: A population-based prevalence study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(4), 287–298.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2007.01018.x>
- Boonen, L., Hamstra, G., Borg, S., & Schers, H. (2020). *Verschillen in zorggebruik tussen personen met en zonder een LVB. Eindrapportage*. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2020/05/11/equalis-rapport-verschillen-in-zorggebruik-lvb>
- Burke, E. A., McCallion, P., Carroll, R., Walsh, J. B., & McCarron, M. (2017). An exploration of the bone health of older adults with an intellectual disability in Ireland. *Journal of Intellectual Disability Research*, 61(2), 99–114. <https://doi.org/10.1111/jir.12273>
- Cardol, M., Dusseljee, J. C., Rijken, M. P. M., & Van Schrojenstein Lantman-de Valk, H. M. (2011). Huisartsenzorg voor mensen met een verstandelijke beperking. *Huisarts & Wetenschap*, 54, 354–358.  
<https://doi.org/10.1007/s12445-011-0177-x>
- Couto, P., Pereira, P. A., Nunes, M., & Mendes, R. A. (2019). Characterization of oral health in a Portuguese population with mild intellectual disability. *Special Care in Dentistry*, 39(3), 298–305.  
<https://doi.org/10.1111/scd.12376>
- Cruz-Jentoft, A. J., Bahat, G., Bauer, J., Boirie, Y., Bruyère, O., Cederholm, T., Cooper, C., Landi, F., Rolland, Y., Sayer, A. A., Schneider, S. M., Sieber, C. C., Topinkova, E., Vandewoude, M., Visser, M., Zamboni, M., Bautmans, I., Baeyens, J. P., Cesari, M., ... Schols, J. (2019). Sarcopenia: Revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*, 48(1), 16–31.  
<https://doi.org/10.1093/ageing/afy169>
- David, M., Dieterich, K., Bilette de Villemeur, A., Jouk, P. S., Counillon, J., Larroque, B., Bloch, J., & Cans, C. (2014). Prevalence and characteristics of children with mild intellectual disability in a French county. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(7), 591–602. <https://doi.org/10.1111/jir.12057>
- De Leeuw, M. J., Oppewal, A., Elbers, R. G., Knulst, M. W. E. J., Van Maurik, M. C., Van Bruggen, M. C., Hilgenkamp, T. I. M., Bindels, P. J. E., & Maes-Festen, D. A. M. (2022). Healthy Ageing and Intellectual Disability study: Summary of findings and the protocol for the 10-year follow-up study. *BMJ Open*, 12(2), e053499. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053499>
- Emerson, E. (2011). Health status and health risks of the ‘hidden majority’ of adults with intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 49(3), 155–165.  
<https://doi.org/10.1352/1934-9556-49.3.155>
- Emerson, E., Hatton, C., Baines, S., & Robertson, J. (2016). The physical health of British adults with intellectual disability: Cross sectional study. *International Journal for Equity in Health*, 15(11), 1–9.  
<https://doi.org/10.1186/s12939-016-0296-x>
- Emerson, E., Llewellyn, G., Hatton, C., Hindmarsh, G., Robertson, J., Man, W. Y. N., & Baines, S. (2015). The health of parents with and without intellectual impairment in the UK. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(12), 1142–1154. <https://doi.org/10.1111/jir.12218>

- Gerreth, K., Opydo-Szymaczek, J., & Borysewicz-Lewicka, M. (2020). A study of enamel defects and dental caries of permanent dentition in school children with intellectual disability. *Journal of Clinical Medicine*, 9(4), 1031. <https://doi.org/10.3390/jcm9041031>
- Hsieh, K., Rimmer, J. H., & Heller, T. (2014). Obesity and associated factors in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(9), 851–863. <https://doi.org/10.1111/JIR.12100>
- Kaplan, B. J., Wilson, B. N., Dewey, D., & Crawford, S. G. (1998). DCD may not be a discrete disorder. *Human movement science*, 17(4–5), 471–490.
- Leemrijse, C. J., & Pisters, M. F. (zonder datum). *Quick scan kwaliteit en veiligheid van ambulante zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. [www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-Quick-scan-ambulante-zorg.pdf](http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-Quick-scan-ambulante-zorg.pdf)
- Lindblad, I., Gillberg, C., & Fernell, E. (2011). ADHD and other associated developmental problems in children with mild mental retardation. The use of the 'Five-To-Fifteen' questionnaire in a population-based sample. *Research in Developmental Disabilities*, 32(6), 2805–2809. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.05.026>
- Melville, C. A., Cooper, S. A., Morrison, J., Allan, L., Smiley, E., & Williamson, A. (2008). The prevalence and determinants of obesity in adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(5), 425–437. <https://doi.org/10.1111/J.1468-3148.2007.00412.X>
- Melville, C. A., Freiburger, E., Guerra-Balic, M., Rintala, P., Cuesta-Vargas, A., Giné-Garriga, M., & Melville, C. (2017). Definitions, measurement and prevalence of sedentary behaviour in adults with intellectual disabilities—a systematic review. *Preventive Medicine*, 97, 62–71.
- Schoufour, J. D., Mitnitski, A., Rockwood, K., Evenhuis, H. M., & Ehteld, M. A. (2013). Development of a frailty index for older people with intellectual disabilities: Results from the HA-ID study. *Research in Developmental Disabilities*, 34(5), 1541–1555. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.01.029>
- Sohler, N., Lubetkin, E., Levy, J., Soghomonian, C., & Rimmerman, A. (2009). Factors associated with obesity and coronary heart disease in people with intellectual disabilities. *Social Work in Health Care*, 48(1), 76–89. <https://doi.org/10.1080/00981380802451160>
- Stancliffe, R. J., Lakin, K. C., Larson, S., Engler, J., Bershadsky, J., Taub, S., Fortune, J., & Ticha, R. (2011). Overweight and obesity among adults with intellectual disabilities who use intellectual disability/developmental disability services in 20 U.S. States. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 116(6), 401–418. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-116.6.401>
- Steenbergen, H. A., Van der Schans, C. P., Van Wijck, R., De Jong, J., & Waninge, A. (2017). Lifestyle approaches for people with intellectual disabilities: A systematic multiple case analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(11), 980–987. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.06.009>
- Van Huizen-van Oosten, K., Menge, K., Ijpma, I., & Dekker, A. (2024). Mondgezondheid en bevorderende factoren: Voor het bezoek aan tandarts en mondhygiënist bij mensen met verstandelijke beperkingen. *Nederlands Tijdschrift voor de zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, 50(3), 115–135. <https://doi.org/10.5281/zenodo.13827859>
- Vuijk, P. J., Hartman, E., Scherder, E., & Visscher, C. (2010). Motor performance of children with mild intellectual disability and borderline intellectual functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(11), 955–965. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01318.x>
- Wang, H., Lee, P. M. Y., Zhang, J., Svendsen, K., Li, F., & Li, J. (2023). Association of intellectual disability with overall and type-specific cardiovascular diseases: A population-based cohort study in Denmark. *BMC Medicine*, 21(41), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-02747-4>



5.

---

## Dimensie III: psychische gezondheid



Naast lichamelijke bijkomende problemen hebben we ook bijkomende psychische problemen gevonden waarmee mensen met LVB te maken hebben. Bijvoorbeeld door stoornissen die invloed hebben op iemands cognitie (denkvermogen) of gedrag. Deze stoornissen merk je vaak aan problemen in iemands persoonlijkheid, werk of sociale leven. Denk aan moeite met motivatie, zelfbeeld, karaktereigenschappen, hechting of inlevingsvermogen. Figuur 5.1 laat de top 10 zien van de bijkomende psychische problemen die het meest voorkomen.



Figuur 5.1 Meest voorkomende bijkomende psychische problemen

De prevalentie van ieder psychisch probleem dat links genoemd wordt, is een gemiddeld percentage op basis van meerdere onderzoeken. De percentages die rechts worden genoemd geven het bereik aan: de laagste prevalentie en de hoogste prevalentie die werden gevonden in de onderzoeken. 'N.v.t.' houdt in dat maar één artikel beschikbaar was.

Net als bij het hoofdstuk over lichamelijke gezondheid, hebben we psychische problemen onderverdeeld aan de hand van de ICD-11.

De leeswijzer helpt je bij het begrijpen van de tabellen.

## Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen

Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen zijn stoornissen in de ontwikkeling van de hersenen. Het gaat dan niet om de verstandelijke beperking zelf (ook een ontwikkelingsstoornis, zie hoofdstuk 3), maar om bijkomende stoornissen, zoals een aandachtsdeficiëntie-hyperactiviteitsstoornis (ADHD). Deze stoornissen beginnen vaak op jonge leeftijd en beïnvloeden hoe iemand denkt, zich gedraagt, leert en omgaat met anderen. Ze kunnen iemands dagelijks leven sterk beïnvloeden, zowel op school als thuis en in sociale situaties.

Tabel 5.1 Prevalentie ADHD

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>ADHD</b>		
97 kinderen met LVB 5 – 18 jaar ADHD: - gecombineerd: 82,3% - onoplettend: 5,2% - hyperactief/impulsief: 6,2% - ADHD volgens DSM-III-R: 5,2%	874 kinderen zonder VB 5 – 18 jaar ADHD: - gecombineerd: 72,6% - onoplettend: 5,8% - hyperactief/impulsief: 10,0% - ADHD volgens DSM-III-R: 10,2%	Ahuja et al. (2013)
33 kinderen en adolescenten met LVB* ≤ 16 jaar ADHD: 54%	Geen referentiegroep	Lindblad et al. (2011)
5 jongvolwassenen met LVB en moeder met VB ≥18 jaar ADHD: 60%	16 jongvolwassenen met moeder met VB ≥18 jaar ADHD: 50%	Lindblad et al. (2014)
18.307 mensen met LVB 20 – 50 jaar ADHD: 27,2% <sup>a</sup>	915.350 volwassenen zonder LVB gematcht met studiegroep ADHD: 3,5% 18.996 volle broers/zussen met LVB van mensen uit de studiegroep ADHD: 6,7%	Pålsson- Notini et al. (2024)
108 jongeren met LVB/ZB, die wonen in zorginstelling 11 jaar (gem.) ADHD: 25,9%	Geen referentiegroep	Mercera et al. (2020)
163 mensen met LVB/ZB en alcohol- en/of drugsverleden 11 – 30 jaar ADHD: 23%	Geen referentiegroep	Schijven et al. (2019)

<sup>a</sup> Prevalenties voor de studie- en referentiegroepen zijn niet statistisch vergeleken

Tabel 5.1 (vervolg) Prevalentie ADHD

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
110 herhaalde geweldplegers met LVB/ZB* 18 – 62 jaar ADHD: 18,2%	101 herhaalde geweldplegers zonder LVB/ZB 18 – 62 jaar ADHD: 13,9%	Verheijen et al. (2022)
78 mensen met LVB 22 – 39 jaar ADHD: 8%	Geen referentiegroep	Landgren et al. (2024)
80 mensen met LVB* 21 – 67 jaar <sup>b</sup> ADHD: 6,3%	Geen referentiegroep	Mileviciute & Hartley (2015)
181 kinderen met LVB 9 – 13 jaar ADHD: 6.1%	Geen referentiegroep	David et al. (2014)
55 kinderen met LVB/115 kinderen met ZB 7 – 12 jaar ADHD: 4,3%	Geen referentiegroep	Vuijk et al. (2010)

<sup>b</sup> Studiegroep was onderdeel van groot onderzoek naar depressie bij mensen met LVB, dus er zaten veel mensen met depressie in deze studiegroep (oververtegenwoordiging)

Uit de cijfers blijkt dat ADHD voorkomt bij 4,3 tot wel 82,3% van de mensen met LVB. Hieronder wordt ADHD verder uitgelicht.

## UITGELICHT

### Wat is ADHD?

ADHD is een afkorting voor aandachtsdeficiëntie-hyperactiviteitsstoornis. Bij deze stoornis laten mensen onoplettendheid, hyperactiviteit of een combinatie van beide symptomen zien. Met onoplettendheid bedoelen we dat iemand bijvoorbeeld snel afgeleid, dromerig of ongeorganiseerd en vergeetachtig is. Met hyperactiviteit of impulsiviteit bedoelen we dat iemand moeilijk stil kan zitten, overdreven veel aan het praten is of het moeilijk vindt om zichzelf af te remmen.

American Psychiatric Association (2022)

### Hoe herken je ADHD?

Voor de diagnose van ADHD zijn volgende criteria belangrijk:

- **Symptomen**  
Er zijn zes of meer van de negen aandachtstekort- of hyperactiviteitsymptomen aanwezig.
- **Leeftijd**  
Symptomen van hyperactiviteit of moeite met opletten beginnen vóór het 12e levensjaar en zorgen voor problemen.

- **Context**

Symptomen doen zich voor op twee of meer terreinen, bijvoorbeeld in het gezin én op school.

- **Beperking**

Er zijn duidelijke aanwijzingen dat de symptomen problemen geven op school of in de omgang met anderen.

- **Andere stoornissen**

De symptomen kunnen niet verklaard worden door een andere diagnose, bijvoorbeeld een stemmings- of angststoornis.

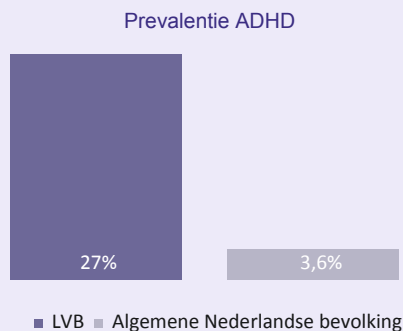
American Psychiatric Association (2022)

### Hoe vaak komt ADHD voor bij mensen met LVB?

Uit onderzoek blijkt dat tussen de 4 en 82% van de mensen met LVB ook ADHD heeft, gemiddeld is dat 27%. De uiteenlopende percentages komen waarschijnlijk door de kenmerken van de onderzochte groepen, zoals mensen in een kliniek of in de wijk. ADHD komt het vaakst voor als iemand zowel snel afgeleid (onoplettend) als hyperactief en impulsief is.

### Hoe vaak komt ADHD voor in Nederland?

Volgens het Trimbos-instituut heeft 4% van de volwassen Nederlanders ADHD. ADHD komt veel vaker voor bij mensen met LVB, namelijk bij 27%.



Figuur 5.2 Vergelijking prevalentie ADHD

Ten Have et al. (2025)

### Wat is een mogelijke verklaring voor het verschil?

ADHD komt vaker voor bij kinderen met LVB. Het is daarbij soms lastig om te bepalen welke symptomen bij ADHD horen en welke bij de LVB. Bovendien komen ADHD-symptomen bij mensen met LVB vaak samen voor met andere stoornissen, zoals een autismespectrumstoornis.

Roeding-Ragetlie et al. (2016)

**Wat kunnen we hiermee in de praktijk?**

De cijfers geven aan dat ongeveer een op de vier mensen met LVB een vorm van ADHD heeft. Het is daarom belangrijk om voldoende kennis te hebben van de symptomen die bij LVB (zonder ADHD) horen en welke kenmerkend zijn voor ADHD. Dat helpt om ADHD op tijd te herkennen en vast te stellen, zodat de juiste begeleiding kan worden gegeven, zoals uitleg over ADHD, gedragstherapie of medicijnen.

Meer weten over ADHD?

- [kenniscentrum-kjp.nl/professionals/adhd](http://kenniscentrum-kjp.nl/professionals/adhd)
- [nji.nl/adhd/wat-is-ADHD](http://nji.nl/adhd/wat-is-ADHD)
- [ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/adhd/over-adhd](http://ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/adhd/over-adhd)

Naast ADHD kunnen zich in de hersenen ook andere bijkomende problemen ontwikkelen, zoals problemen met taal of autismespectrumstoornissen (ASS). Mensen met ASS vinden het soms lastig om met andere mensen om te gaan, omdat ze anderen niet altijd goed begrijpen. Ze vinden het moeilijk om zich voor te stellen hoe iemand denkt of voelt. Ook vinden sommige mensen met ASS bepaalde onderwerpen zo interessant, dat ze er alles van willen weten en alleen maar aan dat onderwerp kunnen denken. Tegenwoordig gebruiken we de naam ASS voor alle vormen van autisme zoals klassiek autisme, het syndroom van Asperger en Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified (PDD-NOS).

**Tabel 5.2 Prevalentie overige neurobiologische ontwikkelingsstoornissen**

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Communicatiestoornissen</b>		
33 kinderen en adolescenten met LVB* ≤ 16 jaar <i>Taalproblemen: 79%</i>	Geen referentiegroep	Lindblad et al. (2011)
181 kinderen met LVB 9 – 13 jaar <i>Taalstoornis: 54,1%</i>	Geen referentiegroep	David et al. (2014)
108 jongeren met LVB/ZB, die wonen in zorginstelling 11 jaar (gem.) <i>Taalstoornis: 6,5%</i>	Geen referentiegroep	Mercera et al. (2020)

Tabel 5.2 (vervolg) Prevalentie overige neurobiologische ontwikkelingsstoornissen

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>ASS</b>		
33 kinderen en adolescenten met LVB* ≤ 16 jaar <i>Sociale vaardigheidsproblemen/ASS: 76%</i>	Geen referentiegroep	Lindblad et al. (2011)
108 jongeren met LVB/ZB, die wonen in zorginstelling 11 jaar (gem.) <i>ASS: 36,1%</i>	Geen referentiegroep	Mercera et al. (2020)
163 mensen met LVB/ZB en alcohol- en/of drugsverleden 11 – 30 jaar <i>PDD-NOS: 23%</i>	Geen referentiegroep	Schijven et al. (2019)
5 jongvolwassenen met LVB en moeder met VB ≥18 jaar <i>ASS: 20%</i>	16 jongvolwassenen zonder LVB met moeder met VB ≥18 jaar <i>ASS: 50%</i>	Lindblad et al. (2014)
18.307 volwassenen met LVB 20 – 50 jaar <i>ASS: 18,8%<sup>a</sup></i>	915.350 volwassenen zonder LVB gematcht met studiegroep <i>ASS: 1,3%</i>  18.996 volle broers/zussen met LVB van mensen uit de studiegroep <i>ASS: 2,7%</i>	Påhlsson-Notini et al. (2024)
126 mensen met LVB 16 – 70 jaar <i>ASS: 18,7%</i>	89 mensen met MVB  <i>ASS: 29,3%</i>  59 mensen met (Z)EVB <i>ASS: 52,0%</i>	Lehotkay et al. (2009)
181 kinderen met LVB 9 – 13 jaar <i>ASS: 9,9%</i>	Geen referentiegroep	David et al. (2014)
55 kinderen met LVB/115 kinderen met ZB 7 – 12 jaar <i>Pervasieve ontwikkelingsstoornis, niet anders omschreven: 8,2%</i>	Geen referentiegroep	Vuijk et al. (2010)
78 mensen met LVB 22 – 39 jaar <i>ASS: 6%</i>	Geen referentiegroep	Landgren et al. (2024)
<b>Specifieke leerstoornis</b>		
181 kinderen met LVB 9 – 13 jaar <i>Dyslexie: 17,1%</i> <i>Dysfasie: 5%</i> <i>Dyscalculie: 5%</i>	Geen referentiegroep	David et al. (2014)

<sup>a</sup> Prevalenties voor de studie- en referentiegroepen zijn niet statistisch vergeleken

Voor communicatieproblemen (5 – 79%) en autismespectrumstoornissen (8,2 – 76%) zien we dat de percentages flink uiteenlopen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de kenmerken van de studiegroepen verschillen. Zo richten sommige artikelen zich op kinderen in een zorginstelling, terwijl andere artikelen kijken naar thuiswonende kinderen. Ook worden artikelen gericht op volwassenen en op kinderen meegenomen. Bij één onderzoek wordt zelfs specifiek gekeken naar kinderen met LVB die een moeder met verstandelijke beperkingen hebben.

Van autismespectrumstoornissen lijkt de prevalentie hoger bij kinderen met LVB dan bij volwassenen met LVB. Dit zou verklaard kunnen worden doordat symptomen van autisme vaak op jonge leeftijd zichtbaar worden. Daardoor wordt de diagnose vooral bij kinderen vastgesteld. Volwassenen worden veel minder vaak onderzocht op autisme (Geurts et al., 2017).

## Schizofreniespectrum of andere primaire psychotische stoornissen

Schizofreniespectrum en andere primaire psychotische stoornissen zijn ernstige psychische aandoeningen waarbij iemand moeite heeft om de werkelijkheid goed te begrijpen. Mensen met een psychotische stoornis kunnen dingen zien, horen of geloven die niet echt zijn. Dit kan hun dagelijks leven, relaties en werk sterk beïnvloeden.

Tabel 5.3 Prevalentie schizofreniespectrumstoornissen

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Schizofrenie of schizotypische stoornissen</b>		
245 mensen met LVB 43,9 jaar (gem.) 502 mensen met ZB in GGZ-instellingen* 43,2 jaar (gem.) <i>Schizofrenie: LVB 35,5%; ZB 28,1%</i>	153 mensen zonder LVB in GGZ-instellingen 42,4 jaar (gem.)  141 mensen zonder ZB in GGZ-instellingen 42,1 jaar (gem.) <i>Schizofrenie: 15,8%</i>  <i>Schizofrenie: 13,9%</i>	Nieuwenhuis et al. (2021)
126 mensen met LVB die ambulante zorg krijgen 16 – 70 jaar <i>Schizofrenie, schizotypische- en waanstoornissen: 20,4%</i>	89 mensen met MVB  <i>Schizofrenie, schizotypische- en waanstoornissen: 16,1%</i>  34 mensen met EVB/25 mensen met ZEVB <i>Schizofrenie, schizotypische- en waanstoornissen: 0%</i>	Lehotkay et al. (2009)
80 mensen met LVB* 21 – 67 jaar <i>Schizofrenie/psychotische stoornis: 10%</i>	Geen referentiegroep	Mileviciute & Hartley (2015)
91 volwassenen met LVB* opgenomen op psychiatrische afdeling ziekenhuis 43,3 jaar (gem.) <i>Schizofrenie: 4,4%</i>	117 volwassenen opgenomen op psychiatrische afdeling ziekenhuis zonder LVB/ZB  <i>Schizofrenie: 4,3%</i>	Nieuwenhuis (2022)
11.887 mensen met LVB* <i>Schizofrenie<sup>a</sup>: 1,3%</i>	1.464.196 mensen zonder LVB* <i>Schizofrenie: 0,4%</i>	Pouls et al. (2022)

<sup>a</sup> Studiegroep was onderdeel van een groter onderzoek naar depressie bij mensen met LVB, dus er zitten in verhouding veel mensen met depressie in deze studiegroep

De gevonden prevalentiecijfers van schizofrenie lopen sterk uiteen van 1,3 tot 35,5%. Dit kan komen doordat de hoogste prevalentie gevonden bij mensen die op een GGZ-afdeling verblijven. Deze instelling is gespecialiseerd in mensen met schizofrenie en ze worden hiernaartoe doorverwezen wanneer de behandeling via een huisarts of psycholoog niet voldoende effect heeft (Nieuwenhuis, 2021). De artikelen met lagere prevalenties richten zich op mensen met en zonder LVB die opgenomen zijn op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ) of onderdeel zijn van een grote groep mensen waarbij de huisarts de aandoening vastgesteld heeft (Pouls et al., 2022). Het zou kunnen dat deze prevalenties lager uitvallen omdat een PAAZ-afdeling en huisartsen zich niet specifiek richten op schizofrenie bij mensen met LVB.

Tabel 5.4 Prevalentie psychotische stoornissen

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Psychose of psychotische stoornissen</b>		
245 mensen met LVB 43,9 jaar (gem.) 502 mensen met ZB in GGZ-instellingen* 43,2 jaar (gem.) <i>Psychotische stoornissen: LVB: 21,6%; ZB: 17,9%</i>	111 mensen zonder LVB in GGZ-instellingen 42,1 jaar (gem.)  148 mensen zonder ZB in GGZ-instellingen 42,2 jaar (gem.) <i>Psychotische stoornissen: 15,3%</i>  <i>Psychotische stoornissen: 15,6%</i>	Nieuwenhuis et al. (2021)
91 volwassenen met LVB* op psychiatrische afdeling ziekenhuis 44,5 jaar (gem.) <i>Psychotische stoornissen: 20,9%</i>	117 volwassenen zonder LVB op psychiatrische afdeling ziekenhuis 44 jaar (gem.) <i>Psychotische stoornissen: 16,2%</i>	Nieuwenhuis (2022)
110 herhaalde geweldplegers met LVB/ZB* 18 – 62 jaar <i>Psychose: 9,1%</i>	101 herhaalde geweldplegers zonder LVB/ZB 18 – 62 jaar <i>Psychose: 6,9%</i>	Verheijen et al. (2022)
78 mensen met LVB 22 – 39 jaar <i>Psychotisch: 6%</i>	Geen referentiegroep	Landgren et al. (2024)
18.307 volwassenen met LVB én middelenmisbruik 20 – 50 jaar <i>Psychotische stoornissen: 4,3%</i> <sup>a</sup>	915.350 volwassenen zonder LVB gematcht met studiegroep  18.996 volle broers/zussen met LVB van mensen uit de studiegroep <i>Psychotische stoornissen: 0,4%</i>  <i>Psychotische stoornissen: 0,9%</i>	Påhlsson-Notini et al. (2024)

<sup>a</sup> Prevalenties voor de studie- en referentiegroepen zijn niet statistisch vergeleken

Tabel 5.4 (vervolg) Prevalentie psychotische stoornissen

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Psychose of psychotische stoornissen</b>		
2786 volwassenen met ZB* ≥ 16 jaar <i>Psychose: 3,4%</i>	21.792 volwassenen zonder ZB  <i>Psychose: 0,9%</i>	Lim et al. (2022)
11.887 mensen met LVB* 18 – 74 jaar <i>Psychose, niet anderszins omschreven: 2,0%</i> <i>Organische psychose, anders: 0,5%</i>	1.464.196 mensen zonder LVB  <i>Psychose, niet anderszins omschreven: 0,3%</i> <i>Organische psychose, anders: 0,5%</i>	Pouls et al. (2022)

De artikelen over psychose laten zien dat ze ongeveer even vaak voorkomen bij mensen met LVB als bij de referentiegroepen. De variatie wordt waarschijnlijk veroorzaakt door het verschil in de doelgroepen die onderzocht zijn.

## Stemmingsstoornissen

Stemmingsstoornissen zijn psychische aandoeningen zoals bipolaire en depressieve stoornissen. Ze worden bepaald door verschillende soorten stemmingsperiodes en hoe deze in de tijd veranderen. De belangrijkste zijn:

- depressieve periode
- manische periode
- gemengde periode
- hypomane periode

Deze periodes krijgen geen aparte diagnose maar vormen de kern van bipolaire en depressieve stoornissen. We hebben elf onderzoeken gevonden over hoe vaak stemmingsstoornissen voorkomen.

Tabel 5.5 Prevalentie depressieve stoornissen

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Depressieve stoornissen</b>		
102 mensen met LVB/ZB* 18 – 72 jaar <i>Depressieve stoornis aan de hand van<sup>a</sup>:</i> - GDS: 44% - BDI: 31,4% - SDZ: 21,6% - BDI + GDS: 28,4% - GDS + SDZ: 17,4% - BDI + SDZ: 13,7% - BDI + GDS + SDZ: 13,7%	Geen referentiegroep	Scheirs et al. (2023)
80 mensen met LVB* 21 – 67 jaar <sup>b</sup> <i>Depressieve stoornis: 37,5%</i>	Geen referentiegroep	Mileviciute & Hartley (2015)
87 mensen met LVB 20 – 64 jaar <sup>b</sup> <i>Depressieve stoornis: 24,1%</i>	Geen referentiegroep	Hartley et al. (2008)

<sup>a</sup> BDI = Beck Depression Inventory – Second edition; GDS = Glasgow Depression Scale for People with a Learning Disability; SDZ = Signaalijst Depressie voor Zwakzinnigen

<sup>b</sup> Studiegroep was onderdeel van een groter onderzoek naar depressie bij mensen met LVB, dus er zitten in verhouding veel mensen met depressie in deze studiegroep

Tabel 5.5 (vervolg) Prevalentie depressieve stoornissen

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Depressieve stoornissen</b>		
245 mensen met LVB* 43,9 jaar (gem.) 502 mensen met ZB in GGZ-instellingen* 43,2 jaar (gem.) Depressieve stoornis: ZB 20,3%; LVB 17,6%	711 mensen zonder ZB in GGZ-instellingen 42,2 jaar (gem.)  311 mensen zonder LVB in GGZ-instellingen 42,1 jaar (gem.) Depressieve stoornis: 35,4%  Depressieve stoornis: 32,1%	Nieuwenhuis et al. (2021)
152 mensen met LVB ≥ 16,8 jaar 35 mensen met ZB ≥ 16,3 jaar Ernstige depressieve stoornis: LVB 11,8%; ZB 8,9%	1.026 mensen zonder VB  Ernstige depressieve stoornis: 21,2%	Wieland et al. (2014)
7.596 mensen met LVB* 18 – 74 jaar Depressieve stoornis: 10,7%	3.29.864 mensen zonder VB 18 – 74 jaar Depressieve stoornis: 22,6%	Pouls (2024)
18.307 mensen met LVB* 20 – 50 jaar Ernstige depressieve stoornis: 10,7% <sup>c</sup>	915.350 volwassenen zonder LVB gematcht met studiegroep Ernstige depressieve stoornis: 4,3%  18.996 volle broers/zussen met LVB van mensen uit de studiegroep Ernstige depressieve stoornis: 6,4%	Pålsson-Notini et al. (2024)
299 mensen met LVB* 16 – 49 jaar Depressieve stoornis: 9%	14.371 mensen zonder VB 16 – 49 jaar Depressieve stoornis: 6%	Emerson et al. (2015)
11.887 mensen met LVB* ≥ 18 jaar Depressieve stoornis: 6,7%	1.464.196 mensen zonder VB ≥ 18 jaar Depressieve stoornis: 5,2%	Pouls (2024)
9.428 mensen met LVB* Stemmingsstoornis (depressie): 4% <sup>d</sup>	9.428 mensen met VB* Stemmingsstoornis (depressie): 9%  9428 mensen zonder VB Stemmingsstoornis (depressie): 4%	Boonen et al. (2020)
152 mensen met LVB ≥ 16,8 jaar 235 mensen met ZB ≥ 16,3 jaar Depressieve stoornis, niet anders omschreven: ZB 3,0%; LVB 2,6%	1.026 mensen zonder VB  Depressieve stoornis, niet anders omschreven: 0,6%	Wieland et al. (2014)

<sup>c</sup> Prevalenties voor de studie- en referentiegroepen zijn niet statistisch vergeleken

<sup>d</sup> Dit percentage bevat ook mensen met een diagnose voor depressie of een somber gevoel

Tabel 5.5 (vervolg) Prevalentie depressieve stoornissen

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Dysthyme stoornis (depressieve klachten die langere tijd aanhouden)</b>		
152 mensen met LVB ≥ 16,8 jaar	1.026 mensen zonder VB	Wieland et al. (2014)
235 mensen met ZB ≥ 16,3 jaar		
<i>Dysthyme stoornis: LVB 2,6%; ZB 2,6%</i>	<i>Dysthyme stoornis: 3,6%</i>	
<b>Overige depressieve stoornissen</b>		
82 mensen met LVB 18 – 65 jaar	Geen referentiegroep	McGillivray & Kershaw (2013)
<i>Depressieve symptomen:</i> - <i>minimaal: 41%</i> - <i>ernstig: 21%</i> - <i>matig: 19%</i> - <i>licht: 19%</i>		
2.786 mensen met ZB* ≥ 16 jaar	21.476 mensen zonder VB	Lim et al. (2022)
<i>Depressieve periodes: 5,7%</i>	<i>Depressieve periodes: 2,9%</i>	

De artikelen die wij vonden, geven behoorlijk uiteenlopende prevalenties van depressieve stoornissen. Ook zien we in het artikel van Wieland (2014) een duidelijk verschil in prevalentie tussen mensen met LVB en mensen zonder LVB. De onderzoekers geven hiervoor als mogelijke verklaring dat depressieve stoornissen minder vaak herkend en vastgesteld wordt bij mensen met LVB (onderdiagnostiek).

Tabel 5.6 Prevalentie overige stemmingsstoornissen

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Stemmingsstoornissen</b>		
152 mensen met LVB ≥ 16,8 jaar 235 mensen met ZB ≥ 16,3 jaar <i>Stemmingsstoornis: LVB 20,4%; ZB 7,4%</i>	1.026 mensen zonder VB   <i>Stemmingsstoornis: 36,2%</i>	Wieland et al. (2014)
<b>Bipolaire stoornissen</b>		
245 mensen met LVB 43,9 jaar (gem.) 502 mensen met ZB in GGZ-instellingen* 43,1 jaar (gem.) <i>Bipolaire stoornis: ZB 11,8%; LVB 9,4%</i>	73 mensen zonder ZB in GGZ-instellingen 42,2 jaar (gem.)  <i>Bipolaire stoornis: 10,3%</i>  109 mensen zonder LVB in GGZ-instellingen 42,1 jaar (gem.) <i>Bipolaire stoornis: 11,3%</i>	Nieuwenhuis et al. (2021)
87 mensen met LVB 20 – 64 jaar <sup>a</sup> <i>Bipolaire stoornis: 4,6%</i>	Geen referentiegroep	Hartley et al. (2008)
152 mensen met LVB ≥ 16,8 jaar 235 mensen met ZB ≥ 16,3 jaar <i>Bipolaire stoornis: LVB 3,3%; ZB 1,6%</i>	1.026 mensen zonder VB   <i>Bipolaire stoornis: 6,7%</i>	Wieland et al. (2014)
7.596 mensen met LVB* 18 – 74 jaar <i>Bipolaire- en stemmingsgerelateerde stoornis: 2,1%</i>	329.864 mensen zonder VB 18 – 74 jaar <i>Bipolaire- en stemmingsgerelateerde stoornis: 3,4%</i>	Pouls (2024)
18.307 mensen met LVB* 20 – 50 jaar <i>Bipolaire stoornis: 2,1%</i> <sup>b</sup>	915.350 volwassenen zonder LVB gematcht met studiegroep <i>Bipolaire stoornis: 0,6%</i>  18.996 volle broers/zussen met LVB van mensen uit de studiegroep <i>Bipolaire stoornis: 0,9%</i>	Pålsson-Notini et al. (2024)

<sup>a</sup> Studiegroep was onderdeel van een groter onderzoek naar depressie bij mensen met LVB, dus er zitten in verhouding veel mensen met depressie in deze studiegroep.

<sup>b</sup> De prevalenties van de studie- en referentiegroepen zijn niet statistisch vergeleken.

Het artikel dat we gevonden hebben voor stemmingsstoornissen laat zien dat ze minder vaak voorkomen bij mensen met LVB dan bij mensen zonder LVB. Als mogelijke reden wordt onderdiagnostiek genoemd, omdat stemmingsstoornissen bij mensen met LVB moeilijker te herkennen zijn (Wieland et al., 2014).

De gevonden prevalenties van bipolaire stoornissen zijn ongeveer gelijk bij mensen met LVB en de referentiegroepen.

## Angst- of angstgerelateerde stoornissen

Een angststoornis is een aandoening waarbij iemand te maken heeft met extreme angst of zorgen, zelfs als er geen directe aanleiding voor is. Dit kan in verschillende situaties voorkomen en kan ervoor zorgen dat iemand zich beperkt voelt in zijn of haar dagelijks leven. Een voorbeeld hiervan is angst voor de tandarts.

Mensen met een angststoornis kunnen last hebben van lichamelijke en psychische klachten.

- Lichamelijke symptomen: versnelde hartslag, zweten, trillen, duizeligheid, kortademigheid
- Psychische symptomen: constant piekeren, angstige gedachten, zich zenuwachtig of gespannen voelen.

Tabel 5.7 Prevalentie angst voor de tandarts

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Angst voor de tandarts</b>		
97 jongeren met LVB 16 – 18 jaar <b>Angst voor de tandarts:</b> - geen: 67% - beetje: 18% - behoorlijk: 11% - veel: 4%	562 jongeren zonder LVB 16 – 18 jaar <b>Angst voor de tandarts:</b> - geen: 77% - beetje: 19% - behoorlijk: 3% - veel: 1%	Vermaire et al. (2021)
330 mensen met LVB / 200 mensen met ZB 6 – 47 jaar <b>Angst voor tandarts:</b> - geen: LVB 12%; ZB 10% - beetje: LVB 41%; ZB 62% - gemiddeld: LVB 19% ; ZB 16% - behoorlijk: LVB 18%; ZB 8% - veel: LVB 11%; ZB 5%	100 mensen met MVB 6 – 47 jaar <b>Angst voor de tandarts:</b> - geen 11% - beetje: 34% - gemiddeld: 15% - behoorlijk: 19% - veel: 21%	Fallea et al. (2016)

Mensen met LVB zijn bang voor de tandarts dan mensen zonder LVB. Het kan zijn dat ze hierdoor minder vaak naar de tandarts gaan. Het is belangrijk om dit te herkennen zodat ze de juiste hulp krijgen bij tandartsbezoeken. Goede begeleiding bij angst voor de tandarts kan zorgen voor een betere mondverzorging en -gezondheid.

Tabel 5.8 Prevalentie angst- of angstgerelateerde stoornissen

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Angst- of angstgerelateerde stoornis</b>		
78 mensen met LVB 22 – 39 jaar Angst: 27%	Geen referentiegroep	Landgren et al. (2024)
18.307 volwassenen met LVB en middenmisbruik* 20 – 50 jaar <b>Angststoornis: 18,4%</b>	915.350 volwassenen zonder LVB gematcht met studiegroep  Angststoornis: 6,3%	Påhlsson- Notini et al. (2024)
	18.996 volle broers/zussen met LVB van mensen uit de studiegroep Angststoornis: 10,2%	
245 mensen met LVB in GGZ-instellingen* 43,9 jaar (gem.) 502 mensen met ZB in GGZ-instellingen* 43,1 jaar (gem.) Angststoornis: LVB 10,6%; ZB 11,0%	153 mensen zonder LVB in GGZ-instellingen 42,2 jaar (gem.)  Angststoornis: 15,8%	Nieuwenhuis et al. (2021)
	124 mensen zonder ZB in GGZ-instellingen 42,1 jaar (gem.) Angststoornis: 17,4%	
2.786 volwassenen met ZB* Algemene angststoornis: 7,3% Fobie: 4,1% Agorafobie: 2,7% Paniekstoornis: 1,0%	21.792 volwassenen zonder ZB Algemene angststoornis: 4,9% Fobie: 1,9% Agorafobie: 1,2% Paniekstoornis: 0,7%	Lim et al. (2022)

Mensen met LVB die een middelenprobleem hebben, lijken drie keer vaker een angststoornis te ontwikkelen dan mensen zonder LVB. Daarnaast hebben ze twee keer vaker kans op een angststoornis dan hun broers of zussen met LVB. De overige prevalenties van angststoornissen zijn vergelijkbaar voor mensen met LVB/ZB en de mensen uit de referentiegroepen.

## Trauma- en stressgerelateerde stoornissen

Trauma- en stressgerelateerde aandoeningen ontstaan doordat iemand een stressvolle of traumatische gebeurtenis meemaakt, of een reeks vervelende ervaringen heeft. Een voorbeeld hiervan is posttraumatische stressstoornis (PTSS). Voor deze aandoeningen is een herkenbare stressfactor nodig, maar dat is niet altijd de enige oorzaak. Niet iedereen die iets stressvols meemaakt, krijgt een aandoening. Maar zonder stressfactor ontstaat de aandoening niet.

Sommige aandoeningen ontstaan door stressvolle gebeurtenissen die horen bij het leven, zoals een scheiding, financiële problemen of het overlijden van een dierbare. Andere aandoeningen ontstaan door extreem schokkende gebeurtenissen, zoals trauma's. Het verschil zit in de manier waarop de symptomen zich ontwikkelen, hoelang ze duren en hoe ze het dagelijks leven beïnvloeden.

Tabel 5.9 Prevalentie trauma- en stressgerelateerde stoornissen

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Ingrijpende jeugdervaringen</b>		
108 jongeren met LVB/ZB, die wonen in zorginstelling 11 jaar (gem.) ≥ 1 <i>ingrijpende levensgebeurtenis meemaakt</i> : 87% <sup>a</sup>	Geen referentiegroep	Mercera et al. (2020)
52 kinderen met LVB 3 – 17 jaar <b>Meerdere complexe problemen in de familie: 86,5%</b>	134 kinderen zonder LVB 2 – 17 jaar <i>Meerdere complexe problemen in de familie: 69,5%</i>	Vervoort-Schel et al. (2021)
30 jongeren met LVB, bekend met gewelddadige overtredingen 24 – 33 jaar <i>Crimineel gedrag in de familie: 67,9%</i> <i>Gescheiden ouders: 56,0%</i> <i>Escalerende familiesituatie: 21,4%</i>	116 jongeren zonder LVB, bekend met gewelddadige overtredingen <i>Crimineel gedrag in de familie: 67,8%</i> <i>Gescheiden ouders: 56,2%</i> <i>Escalerende familiesituatie: 18,3%</i>	Segeren et al. (2018)
108 jongeren met LVB/ZB, die wonen in zorginstelling 11 jaar (gem.) <i>Scheiding van biologische ouders: 66,7%</i> <i>Kinderbeschermingsmaatregel: 34,3%</i> <i>Opgegroeid in eenoudergezin: 33,3%</i> <i>Fysieke gezondheidsproblemen ouders: 33,3%</i> <i>Middelenmisbruik ouders: 25,0%</i> <i>Ouder in gevangenis: 9,2%</i>	Geen referentiegroep	Mercera et al. (2020)

<sup>a</sup> Bij jongeren met ZB lag het aantal ingrijpende levensgebeurtenissen hoger

Tabel 5.9 (vervolg) Prevalentie trauma- en stressgerelateerde stoornissen

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Posttraumatische stressstoornis (PTSS)</b>		
152 mensen met LVB ≥ 16,8 jaar 235 mensen met ZB ≥ 16,3 jaar PTSS: LVB 19,7%; ZB 19,6%	1.026 mensen zonder VB  PTSS: 10,4%	Wieland et al. (2014)
108 jongeren met LVB/ZB, die wonen in zorginstelling 11 jaar (gem.) PTSS: 2,8%	Geen referentiegroep	Mercera et al. (2020)
<b>Hechtingsstoornis</b>		
163 mensen met LVB/ZB en alcohol- en/of drugsverleden 11-30 jaar Hechtingsstoornis: 14%	Geen referentiegroep	Schijven et al. (2019)

Bij meer dan driekwart van de jongeren met LVB die de wet overtreden hebben, komen meerdere complexe problemen in de familie voor. Bij jongeren zonder LVB is dit bij ongeveer tweederde het geval (Vervoort-Schel et al., 2021). Volgens de onderzoekers kan dit komen doordat ouders minder vaardigheden hebben in het opvoeden van jongeren met LVB. Sommige kinderen laten al vanaf 4 jaar probleemgedrag zien. Het lijkt erop dat risicofactoren in de familie of bij ouders, zoals geweld, armoede of een instabiele gezinssituatie, samenhangen met probleemgedrag bij kinderen onder de 12 jaar. Ingrijpende jeugdervaringen en PTSS komen ongeveer even vaak voor bij mensen met LVB als bij mensen zonder LVB.

## Voedings- of eetstoornissen

Deze paragraaf gaat over afwijkend eetgedrag dat niet door ziekte wordt veroorzaakt en niet passend is bij de leeftijd of cultuur. Voedingsstoornissen zijn gedragsproblemen zoals het eten van niet-eetbare dingen of het opzettelijk opboeren van voedsel. Eetstoornissen gaan over abnormaal eetgedrag en een grote focus op eten, samen met problemen rond gewicht en lichaamsvorm.

Tabel 5.10 Prevalentie voedings- of eetstoornissen

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Voeding- en eetstoornissen</b>		
78 mensen met LVB 22 – 39 jaar Eetstoornis: 1%	Geen referentiegroep	Landgren et al. (2024)
7.596 mensen met LVB* 18 – 74 jaar Voeding- en eetstoornis: 0,9%	329.864 mensen zonder VB: 18-74 jaar Voeding- en eetstoornis: 1,6%	Pouls (2024)
<b>Overige voedings- of eetproblemen</b>		
25 kinderen met LVB 4 – 9 jaar Voedingsgerelateerde problemen: 94%	32 kinderen met MVB 34 kinderen met EVB Voedingsgerelateerde problemen: MVB 93,7%; EVB: 91,2%	Gal et al. (2011)
Voedselweigering: 72% Selectief eetpatroon: 68%	Voedselweigering: MVB 65,6%; EVB 73,5% Selectief eetpatroon: MVB 59,4%; EVB 79,4%	

Officiële diagnoses voor een voedings- of eetstoornis (zoals in het onderzoek van Pouls) komen weinig voor. Maar als breder wordt gekeken naar voedingsproblemen dan stijgen de cijfers snel. Bij 94% van de kinderen wordt dan een voedingsprobleem gemeld, zoals eten weigeren of kieskeuring zijn met eten.

## Eliminatiestoornissen

Onder eliminatiestoornissen verstaan we herhaaldelijk in bed of in de broek plassen en op ongepaste plekken poepen. Deze stoornissen worden pas vastgesteld als iemand oud genoeg is om zindelijk te zijn. Incontinentie, het niet kunnen ophouden van urine of ontlasting, is ook een eliminatiestoornis. Dit kan al vanaf de geboorte aanwezig zijn of later ontstaan, zelfs nadat iemand al zindelijk is. Een eliminatiestoornis wordt niet vastgesteld als het probleem helemaal door een ziekte komt of door het overmatig gebruik van laxeremiddelen of plaspillen.

Tabel 5.11 Prevalentie eliminatiestoornissen

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Bedplassen</b>		
11.887 mensen met LVB* ≥ 18 jaar <i>Bedplassen: 0,2%</i>	1.464.196 mensen zonder VB ≥ 18 jaar <i>Bedplassen: 0%</i>	Pouls (2024)

Bedplassen komt bij een zeer kleine groep mensen met LVB voor, en niet bij mensen zonder LVB. Het onderzoek geeft geen uitleg over mogelijke oorzaken zoals een trauma.

Van kinderen met (L)VB is bekend ze moeilijker zindelijk worden (Nederlandse Vereniging voor Continentie bij Kinderen, zonder datum). Dit komt doordat een kind daar rijp voor moet zijn, dat wil zeggen de prikkel van een volle blaas moet herkennen en hierop moet kunnen reageren. Van kinderen zonder verstandelijke beperkingen is 80% op vijfjarige leeftijd zindelijk (Nederlandse Vereniging voor Continentie bij Kinderen, zonder datum).

## Stoornissen rond lichamelijk leed of lichaamsbeleving

Deze paragraaf beschrijft stoornissen die te maken hebben met hoe iemand zijn of haar lichaam ervaart. Bij een Bodily Distress Disorder (BDD) heeft iemand lichamelijke klachten die grote zorgen geven en waar hij of zij te veel aandacht aan besteedt. Het heeft veel invloed op het dagelijks leven. Bij een stoornis zoals lichaamsintegriteitsstoornis wil iemand heel graag een lichamelijke beperking hebben en voelt die persoon zich ongemakkelijk in een lichaam zonder beperking. Slechts één onderzoek geeft prevalentiecijfers voor deze stoornis.

Tabel 5.12 Prevalentie stoornissen rond lichamelijk leed of lichaamsbeleving

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>BDD</b>		
7.596 mensen met LVB* 18 – 74 jaar <i>Somatisch-symptoomstoornis: 1,5%</i>	329.864 mensen zonder VB 18 – 74 jaar <i>Somatisch-symptoomstoornis: 4,4%</i>	Pouls (2024)
11887 mensen met LVB* ≥ 18 jaar <i>Somatisatiestoornis: 0,5%</i>	1.464.196 mensen zonder VB ≥ 18 jaar <i>Somatisatiestoornis: 0,3%</i>	Pouls (2024)

De prevalenties die we gevonden hebben van BDD zijn vergelijkbaar voor mensen met LVB en mensen zonder verstandelijke beperkingen.

## Middelengerelateerde stoornissen en verslavingsstoornissen

Onder middelengerelateerde stoornissen en verslavingsstoornissen verstaan we psychische en gedragsstoornissen die ontstaan door het gebruik van middelen en verslavend gedrag. Stoornissen door middelengebruik zijn het gevolg van één keer of vaker gebruiken van bijvoorbeeld alcohol, drugs en bepaalde medicijnen. Het eerste gebruik kan prettige effecten hebben, waardoor mensen het vaker willen gebruiken. Dit vergroot de kans op verslaving en kan leiden tot psychische of lichamelijke problemen. Verslavende gedragsstoornissen ontstaan door gewoontes die als prettig belonend voelen, zoals gokken en gamen. Acht onderzoeken laten zien hoe vaak verslavingsstoornissen voorkomen bij mensen met LVB.

Tabel 5.13 Prevalentie gebruik en misbruik van alcohol

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Alcohol</b>		
163 mensen met LVB/ZB en alcohol- en/of drugsverleden 11 – 30 jaar <i>Drinkt alcohol: 62%</i>	Geen referentiegroep	Schijven et al. (2019)
433 ♂ scholieren met LVB 11 – 15 jaar <i>Drinkt alcohol:</i> <i>&lt; 14 jaar: 57,4%</i> <i>≥ 14 jaar: 71,7%</i>	5374 ♂ scholieren zonder LVB 11 – 15 jaar <i>Drinkt alcohol:</i> <i>&lt; 14 jaar: 62,8%</i> <i>≥ 14 jaar: 78,8%</i>	Pacoricona Alfaroa et al. (2017)
70 mensen met LVB* 54 in intramurale zorg / 16 in extramurale zorg 11 – 22 jaar  <i>Schadelijk alcoholgebruik:</i> <i>- totale groep: 25,7%</i> <i>- extramuraal: 43,8%</i> <i>- intramuraal: 20,4%</i>  <i>≥ 6 glazen alcohol per keer:</i> <i>- totale groep: 12,9%</i> <i>- extramuraal: 31,3%</i> <i>- intramuraal: 7,4%</i>  <i>Maandelijks binge drinken:</i> <i>- totale groep: 7,1%</i> <i>- extramuraal: 18,8%</i> <i>- intramuraal: 3,7%</i>	Geen referentiegroep	Poelen et al. (2015)

Tabel 5.13 Prevalentie gebruik en misbruik van alcohol

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
267 ♀ scholieren met LVB 11 – 15 jaar <i>Drinkt alcohol</i> < 14 jaar: 50,4% ≥ 14 jaar: 66,7%	5.060 ♀ scholieren met LVB 11 – 15 jaar <i>Drinkt alcohol</i> < 14 jaar: 52,1% ≥ 14 jaar: 71,6%	Pacoricona Alfaroa et al. (2017)
2786 mensen met ZB* ≥ 16 jaar <i>Drankproblemen: 20,8%</i>	21476 mensen zonder VB <i>Drankproblemen: 21,3%</i>	Lim et al. (2022)
110 herhaalde geweldplegers met LVB* 18 – 62 jaar <i>Alcoholmisbruik: 14,0%</i> <i>Alcoholafhankelijk: 9,9%</i>	432 herhaalde geweldplegers zonder LVB 18 – 62 jaar <i>Alcoholmisbruik: 9,0%</i> <i>Alcohol-afhankelijk: 5,0%</i>	Verheijen et al. (2022)
7.596 mensen met LVB* 18 – 74 jaar <i>Alcoholgerelateerde stoornissen: 5,8%</i>	329.864 mensen zonder VB 18 – 74 jaar <i>Alcoholgerelateerde stoornissen: 5,4%</i>	Pouls (2024)
11.887 mensen met LVB* 37,1 jaar (gem.) <i>Chronisch alcoholmisbruik: 3,1%</i>	1.464.196 mensen zonder VB: <i>Chronisch alcoholmisbruik: 1,0%</i>	Pouls (2024)

Tabel 5.14 Prevalentie gebruik en misbruik van middelen

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Middelen</b>		
110 herhaalde geweldplegers met LVB* 18 – 62 jaar <i>Middelenafhankelijkheid: 49,1%</i> <i>Middelenmisbruik: 27,3%</i>	432 herhaalde geweldplegers zonder LVB 18 – 62 jaar <i>Middelenafhankelijkheid: 36,6%</i> <i>Middelenmisbruik: 28,7%</i>	Verheijen et al. (2022)
245 mensen met LVB in GGZ-instellingen * 43,9 jaar (gem.) 502 mensen met ZB in GGZ-instellingen* 43,2 jaar (gem.) <i>Middelgerelateerde stoornis: LVB 20,0%; ZB 18,7%</i>	124 mensen zonder LVB in GGZ-instellingen 42,2 jaar (gem.)  79 mensen zonder ZB in GGZ-instellingen 42,1 jaar (gem.) <i>Middelgerelateerde stoornis: 12,8%</i>  <i>Middelgerelateerde stoornis: 11,1%</i>	Nieuwenhuis et al. (2021)
11.887 mensen met LVB* 18 – 74 jaar <i>Middelenmisbruik: 13,0%</i>	1.464.196 mensen zonder VB  <i>Middelenmisbruik: 5,2%</i>	Pouls (2024)
78 mensen met LVB 22 – 39 jaar <i>Middelgerelateerde stoornis: 13%</i>	Geen referentiegroep	Landgren et al. (2024)
7596 mensen met LVB* 18 – 74 jaar <i>Andere middelengerelateerde stoornissen: 9,9%</i>	329864 mensen zonder VB <i>Andere middelen gerelateerde stoornissen: 5,0%</i>	Pouls (2024)
80 mensen met LVB* 21 – 66 jaar <i>Middelenmisbruik/-afhankelijkheid: 3,8%</i>	Geen referentiegroep	Mileviciute & Hartley (2015)

Tabel 5.15 Prevalentie gebruik en misbruik van drugs en tabak

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Drugs en tabak</b>		
163 mensen met LVB/ZB en alcohol- en/of drugsverleden 11 – 30 jaar Gebruikt cannabis: 33,7% Gebruikt harddrugs: 20,2%	Geen referentiegroep	Schijven et al. (2019)
110 herhaalde geweldplegers met LVB* 18 – 62 jaar Cannabisafhankelijk: 33,3% Cannabismisbruik: 11,7%	432 herhaalde geweldplegers zonder LVB 18 – 62 jaar Cannabisafhankelijk: 25,0% Cannabismisbruik: 9,0%	Verheijen et al. (2022)
433 ♂ scholieren met LVB 11 – 15 jaar <b>Gebruikt tabak:</b> < 14 jaar: 19,6% ≥ 14 jaar: 28,5% <b>Gebruikt cannabis:</b> ≥ 14 jaar: 11,8%	5374 ♂ scholieren zonder LVB 11 – 15 jaar <b>Gebruikt tabak:</b> < 14 jaar: 19,7% ≥ 14 jaar: 46,7% <b>Gebruikt cannabis:</b> ≥ 14 jaar: 23,8%	Pacoricona Alfaroa et al. (2017)
70 mensen met LVB* 54 in intramuraal zorg / 16 in extramuraal zorg 11 – 22 jaar Schadelijk cannabis- en harddruggebruik: - totale groep: 17,1% - extramuraal: 25,0% - intramuraal: 14,8%	Geen referentiegroep	Poelen et al. (2015)
267 ♀ scholieren met LVB 11 – 15 jaar <b>Gebruikt tabak:</b> < 14 jaar: 11,2% ≥ 14 jaar: 29,8% <b>Gebruikt cannabis:</b> ≥ 14 jaar: 4,4%	5.060 ♀ scholieren zonder LVB 11 – 15 jaar <b>Gebruikt tabak:</b> < 14 jaar: 15,2% ≥ 14 jaar: 41,9% <b>Gebruikt cannabis:</b> ≥ 14 jaar: 17,9%	Pacoricona Alfaroa et al. (2017)
110 herhaalde geweldplegers met LVB* 18 – 62 jaar Cocaineafhankelijk: 8,1% Cocainemisbruik: 1,8%	432 herhaalde geweldplegers zonder LVB 18 – 62 jaar Cocaineafhankelijk: 3,0% Cocainemisbruik: 4,0%	Verheijen et al. (2022)
2.786 mensen met ZB* ≥ 16 jaar Drugsafhankelijk: 4,8%	21.226 mensen zonder VB  Drugsafhankelijk 2,5%	Lim et al. (2022)
11.887 mensen met LVB* 18 – 74 jaar Drugsmisbruik: 3,4% Medicatiemisbruik: 0,8%	1.464.196 mensen zonder VB  Drugsmisbruik: 0,6% Medicatiemisbruik: 0,4%	Pouls (2024)

Mensen met LVB of zwakbegaafdheid gebruiken meer verslavende middelen dan mensen zonder verstandelijke beperkingen. Uit eerder onderzoek is bekend dat mensen met LVB meer risico lopen om een verslaving te ontwikkelen (Duijvenbode van et al., 2019). Dit komt mogelijk door karaktereigenschappen zoals impulsiviteit of het zoeken van sensatie, of door bijkomende psychiatrische problemen, medicatiegebruik en een nadelige gezinssituatie (Duijvenbode van et al., 2019).

## Stoornissen in de impulsbeheersing

Mensen die problemen hebben met hun impulsbeheersing doen steeds iets opnieuw wat hen op korte termijn plezier geeft, maar op langere termijn problemen geeft voor anderen of voor henzelf. Dit kan leiden tot spijt over hun gedrag en grote problemen in hun leven zoals in relaties, school of werk. Voorbeelden van dergelijke stoornissen in impulsbeheersing zijn brandstichting, stelen en woede-uitbarstingen. Ongepast seksueel gedrag wordt apart besproken in hoofdstuk 7.

Tabel 5.16 Prevalentie stoornissen in de impulsbeheersing

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Periodieke explosieve stoornissen</b>		
80 mensen met LVB* 21 – 66 jaar <i>Periodieke explosieve stoornis: 3,8%</i>	Geen referentiegroep	Mileviciute & Hartley (2015)
<b>Drang om te stelen</b>		
87 mensen met LVB 20 – 64 jaar <i>Drang om te stelen: 1,1%</i>	Geen referentiegroep	Hartley et al. (2008)
<b>Overige problemen in de impulsbeheersing</b>		
185 mensen met LVB in intramurale zorg 26,8 jaar (gem.) <i>Problemen in de impulscontrole: 44%</i>	Geen referentiegroep	Tenneij & Koot (2008)
44 ♂ met LVB/ZB in forensische behandelsetting 18 – 61 jaar <i>Brandstichting: 20,5%</i>	Geen referentiegroep	Johnson (2012)

De twee onderzoeken over problemen in de impulscontrole en brandstichting laten erg hoge prevalenties zien bij mensen met LVB, namelijk 44% en 20,5%. Dat komt vermoedelijk doordat de cijfers afkomstig zijn uit een intensieve behandelomgeving: bij Tenneij & Koot (2008) gaat het over mensen met ernstige impulsproblemen die zijn doorverwezen naar een kliniek omdat behandelingen in andere (GGZ) instellingen niet genoeg hielpen, bij Johnson (2012) gaat het over een groep mannen op een gesloten afdeling van een forensisch ziekenhuis, mogelijk opgenomen vanwege hun neiging tot brandstichting. Omdat deze onderzoeken in een specifieke woonomgeving zijn uitgevoerd, zijn de cijfers niet representatief voor alle mensen met LVB. Bovendien ontbreekt een referentiegroep van mensen zonder LVB, waardoor de resultaten moeilijk te vergelijken zijn.

## Disruptieve gedragsstoornis

Disruptieve gedragsstoornissen zijn stoornissen waarbij iemand, meestal kinderen of jongeren, vaak regels overtreedt, niet naar bijvoorbeeld ouders of politie luistert, en gedrag vertoont dat schadelijk kan zijn voor henzelf of anderen. Ze hebben vaak driftbuien, liegen, stelen, vechten of pesten. Dit gedrag gaat verder dan normale opstandigheid en moet vaak behandeld worden om verdere problemen te voorkomen. Voorbeelden van disruptieve gedragsstoornissen zijn oppositioneel opstandige gedragsstoornis (ODD) en normoverschrijdende gedragsstoornis (CD).

Tabel 5.17 Prevalentie disruptieve gedragsstoornis

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Disruptieve gedragsstoornis</b>		
163 mensen met LVB/ZB en alcohol- en/of drugsverleden 11 – 30 jaar ODD: 14% CD: 14%	Geen referentiegroep	Schijven et al. (2019)
58 kinderen met LVB 10 – 11 jaar ODD: 3,4% CD: 0%	97 kinderen met LVB en ADHD  ODD: 49% CD: 16,7%	Ahuja et al. (2013)

Kinderen met LVB zonder ADHD hebben minder vaak ODD vergeleken met kinderen met LVB én ADHD. Het lijkt er dus op dat de combinatie LVB en ADHD zorgt voor een grotere kans op een disruptieve stoornis. Ook zien de onderzoekers een lagere IQ-score bij de kinderen met LVB en ADHD in vergelijking met kinderen met alleen LVB. Deze lagere IQ-score kan mogelijk van invloed zijn op het ontwikkelen van een disruptieve gedragsstoornis.

## Persoonlijkheidsstoornissen

Persoonlijkheid is de manier waarop iemand denkt, voelt en zich gedraagt. Het bepaalt hoe iemand met situaties en met andere mensen omgaat. Bij een persoonlijkheidsstoornis laat iemand extreme vormen van gewone karaktertrekken zien, waardoor iemand zich niet meer goed kan aanpassen aan zijn of haar omgeving. Bij een persoonlijkheidsstoornis zijn er problemen met hoe iemand zichzelf ziet en hoe hij of zij omgaat met anderen. Dit kan betekenen dat iemand erg onzeker is, zichzelf niet goed begrijpt, moeite heeft met relaties of met het oplossen van conflicten. Dit leidt vaak tot ongepast gedrag. Iemand is bijvoorbeeld erg jaloers of extreem gevoelig voor kritiek.

Tabel 5.18 Prevalentie persoonlijkheidsstoornissen

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Persoonlijkheidsstoornissen</b>		
110 herhaalde geweldplegers met LVB* 18 – 62 jaar <i>Persoonlijkheidsstoornis: 59,5%</i>	432 herhaalde geweldplegers zonder LVB 18 – 62 jaar <i>Persoonlijkheidsstoornis: 68,3%</i>	Verheijen et al. (2022)
245 mensen met LVB in GGZ-instellingen* 43,9 jaar (gem.) 502 mensen met ZB in GGZ-instellingen* 43,2 jaar (gem.) <i>Persoonlijkheidsstoornis: ZB: 34,7%; LVB: 30,2%</i>	309 mensen zonder ZB in GGZ-instellingen 42,2 jaar (gem.) <i>Persoonlijkheidsstoornis: 43,5%</i> 409 mensen zonder LVB in GGZ- instellingen 42,1 jaar (gem.) <i>Persoonlijkheidsstoornis: 42,3%</i>	Nieuwenhuis et al. (2021)
113 mensen met LVB 16 – 70 jaar <i>Persoonlijkheidsstoornis: 23%</i>	187 mensen met VB: <i>Persoonlijkheidsstoornis: 18,7%</i>	Lehotkay et al. (2009)
80 mensen met LVB* 21 – 66 jaar <i>Persoonlijkheidsstoornis: 16,3%</i>	Geen referentiegroep	Mileviciute & Hartley (2015)
7.596 mensen met LVB* 18 – 74 jaar <i>Persoonlijkheidsstoornis: 7,1%</i>	329.864 mensen zonder VB 18 – 74 jaar <i>Persoonlijkheidsstoornis: 13,7%</i>	Pouls (2024)
78 mensen met LVB 22 – 39 jaar <i>Persoonlijkheidsstoornis: 6%</i>	Geen referentiegroep	Landgren et al. (2024)

Tabel 5.18 (vervolg) Prevalentie persoonlijkheidsstoornissen

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
87 mensen met LVB 20 – 64 jaar <i>Persoonlijkheidsstoornis: 5,7%</i>	Geen referentiegroep	Hartley et al. (2008)
11.887 mensen met LVB* ≥ 18 jaar <i>Persoonlijkheidsstoornis: 4,3%</i>	1.464.196 mensen zonder VB ≥ 18 jaar <i>Persoonlijkheidsstoornis: 1,5%</i>	Pouls (2024)

Persoonlijkheidsstoornissen komen grofweg even vaak voor bij mensen met LVB als bij mensen zonder verstandelijke beperkingen.

## Parafiele stoornissen

Parafiele stoornissen zijn seksuele voorkeuren of seksueel gedrag van iemand, die zorgen voor ernstige problemen of schadelijk zijn voor de persoon zelf of voor anderen. Bij deze stoornissen kan iemand seksueel opgewonden raken van ongebruikelijke objecten of situaties, of anderen betrekken bij zijn of haar seksuele fantasieën of gedrag zonder hun toestemming, zoals kinderen (pedofilie). Deze stoornissen kunnen leiden tot ernstige problemen in het dagelijks leven, in relaties of met de wet.

Tabel 5.19 Prevalentie parafiele stoornissen

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Pedofilie</b>		
87 volwassenen met LVB 40,1 jaar (gem.) <i>Pedofilie: 1,1%</i>	Geen referentiegroep	Hartley et al. (2008)

Eén onderzoek geeft een prevalentiecijfer voor pedofilie bij mensen met LVB. Omdat er geen referentiegroep is, weten we niet of dit percentage anders is bij mensen zonder verstandelijke beperkingen.

## Overige psychische problemen waarvan geen prevalenties gevonden zijn

Het doorspitten van de literatuur heeft geen prevalentiecijfers opgeleverd voor psychische problemen in de hieronder genoemde categorieën van de ICD-II.

### Catatonie

Catatonie is een aandoening die te maken heeft met problemen in beweging en gedrag. Mensen met catatonie kunnen heel stil en onbeweeglijk zijn, of juist ongecontroleerde bewegingen maken. Ze reageren vaak niet of nauwelijks op de omgeving of kunnen moeilijk praten. Soms blijven ze in dezelfde houding staan of zitten zonder te bewegen. Deze aandoening kan voorkomen bij verschillende ziekten zoals schizofrenie of een ernstige depressie.

### Obsessieve-compulsieve of verwante stoornissen

Een obsessieve-compulsieve stoornis (OCD) is een psychische aandoening die wordt gekenmerkt door dwanggedachten (obsessies) en dwanghandelingen (compulsies). Deze stoornissen kunnen iemands dagelijks leven sterk beïnvloeden en komen voor bij kinderen, jongeren en volwassenen. Obsessies zijn steeds terugkerende gedachten, ideeën of beelden die moeilijk te stoppen zijn. Ze zijn vaak vervelend, eng of zorgwekkend. Bijvoorbeeld de angst voor vuil of het gevoel dat er iets ergs gaat gebeuren als iemand niet bepaalde handelingen uitvoert. Compulsies zijn dwanghandelingen die iemand steeds weer moet uitvoeren om de obsessieve gedachten te verminderen of om een angst weg te nemen. Voorbeelden zijn voortdurend handen wassen om het gevoel van viezigheid weg te nemen, of herhaaldelijk controleren of de deur wel op slot is.

Mensen met OCD hebben vaak dwanggedachten die angst veroorzaken. Om deze angst te verminderen, voeren ze dwanghandelingen uit. Dit helpt tijdelijk, maar op lange termijn blijven de gedachten terugkomen en wordt de dwang steeds erger. Dit kan het dagelijks leven van iemand met OCD erg lastig maken, bijvoorbeeld omdat iemand zo veel tijd kwijt is aan de dwanghandelingen, dat school, werk of relaties eronder lijden.

### Dissociatieve stoornissen

Bij een dissociatieve stoornis heb je het gevoel dat je losraakt van jezelf of je omgeving. Heel even voel, denk of zie je dingen op een hele andere manier en weet je soms niet meer wat echt is en wat niet. Deze dissociaties zijn meestal tijdelijk, en kunnen van dag tot dag of zelfs van uur tot uur verschillen. Ze komen niet door andere aandoeningen zoals een slaapstoornis, lichamelijke pijn of hersenletsel. We spreken alleen van dissociatieve stoornissen als iemand er veel en vaak last van heeft en daardoor problemen veroorzaken in het dagelijks leven zoals in relaties, op school of op het werk. Een voorbeeld van een dissociatieve stoornis is het hebben van meerdere persoonlijkheden. Hierbij gedraagt iemand zich op verschillende momenten zo anders dat het lijkt alsof diegene meerdere personen is.

### Nagebootste stoornissen

Nagebootste stoornissen zijn aandoeningen waarbij iemand doet alsof hij of zij ziek is, zonder echt ziek te zijn. In de ICD-11 worden deze stoornissen beschreven als situaties waarin iemand expres symptomen verzint of zichzelf schade toebrengt zodat het lijkt alsof hij of zij een patiënt is. Bij nagebootste stoornissen kan iemand:

- zeggen dat hij symptomen heeft die er eigenlijk niet zijn
- zelf verwondingen veroorzaken of zichzelf ziek maken
- medische onderzoeken of behandelingen willen, terwijl dat niet nodig is

Iemand doet niet alsof hij of zij ziek is om een duidelijk voordeel te krijgen, zoals geld of aandacht, maar heeft een innerlijke behoefte om ziek te lijken of behandeld te worden. Soms maken mensen met een nagebootste stoornis niet alleen zichzelf ziek, maar verzinnen ze ook ziekten voor anderen bijvoorbeeld een kind, zodat die ander behandeld moet worden. Dit wordt ook wel het münchausen-by-proxysyndroom genoemd.

### Neurocognitieve stoornissen

Neurocognitieve stoornissen zijn aandoeningen waarbij de hersenen minder goed werken. Dit zorgt voor problemen met het geheugen, aandacht en het oplossen van problemen. Ze worden onderverdeeld in:

- delier: plotselinge verwardheid
- milde cognitieve stoornissen: lichte problemen met denken en onthouden
- amnestische stoornissen: geheugenproblemen door alcoholgebruik (Korsakov) of lichamelijke aandoeningen

- dementie: achteruitgang in het denkvermogen (cognitie) en gedragsveranderingen die het dagelijks leven belemmeren. Er zijn tientallen oorzaken van dementie, de meest voorkomende oorzaak is de ziekte van Alzheimer

Bij neurocognitieve stoornissen gaan de hersenfuncties meestal steeds verder achteruit.

### **Mentale of gedragsstoornissen geassocieerd met zwangerschap, bevalling of kraamtijd**

Tijdens de zwangerschap, de bevalling en de kraamtijd kunnen sommige vrouwen last krijgen van mentale- of gedragsstoornissen. Dit zijn psychische problemen die ontstaan door de veranderingen in het lichaam, de hormonen en de nieuwe verantwoordelijkheden van het moederschap. Denk aan een depressie, angsten of een psychose. Deze stoornissen kunnen grote invloed hebben op het welzijn van de moeder en op haar omgeving.

### **Psychische of gedragsfactoren die eerder vastgestelde stoornissen beïnvloeden**

Gedachten, gevoelens en gedrag kunnen invloed hebben op stoornissen die al eerder bij iemand zijn vastgesteld, zoals lichamelijke ziekten of psychische aandoeningen. Ze kunnen een ziekte verergeren, een behandeling lastiger maken of het herstel van een ziekte vertragen.

Psychische factoren hebben te maken met hoe iemand denkt, voelt en reageert op situaties. Gedragsfactoren zijn de acties en keuzes die iemand maakt in het dagelijks leven. Beide kunnen een grote invloed hebben op iemands gezondheid, vooral als hij of zij al een stoornis heeft.

### **Secundaire psychische- of gedragsstoornissen gerelateerd aan eerder vastgestelde stoornissen**

Deze categorie bevat stoornissen met duidelijke psychische of gedragsproblemen die direct komen door een medische aandoening. Ze vallen niet onder psychische, gedrags- of neurologische stoornissen en worden niet veroorzaakt door een delier of andere psychische stoornis, of als reactie op een medische aandoening.

## Bronnenlijst hoofdstuk 5

- Ahuja, A., Martin, J., Langley, K., & Thapar, A. (2013). Intellectual disability in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Pediatrics*, *163*(3). <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.02.043>
- American Psychiatric Association & Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2022). Verstandelijke-ontwikkelingsstoornis (verstandelijke beperking). In *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5-TR, 5<sup>de</sup> druk tekstrevisie)*. Boom uitgevers.
- Boonen, L., Hamstra, G., Borg, S., & Schers, H. (2020). *Verschillen in zorggebruik tussen personen met en zonder een LVB. Eindrapportage*. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2020/05/11/equalis-rapport-verschillen-in-zorggebruik-lvb>
- David, M., Dieterich, K., Billette de Villemeur, A., Jouk, P. S., Counillon, J., Larroque, B., Bloch, J., & Cans, C. (2014). Prevalence and characteristics of children with mild intellectual disability in a French county. *Journal of Intellectual Disability Research*, *58*(7), 591–602. <https://doi.org/10.1111/jir.12057>
- Duijvenbode van, N., Nagel van der, J., Poelen, E., Kiewik, M., Kemna, L., & Bierman, K. (2019). *Handreiking Middelengebruik en verslaving bij mensen met een LVB*.
- Emerson, E., Llewellyn, G., Hatton, C., Hindmarsh, G., Robertson, J., Man, W. Y. N., & Baines, S. (2015). The health of parents with and without intellectual impairment in the UK. *Journal of Intellectual Disability Research*, *59*(12), 1142–1154. <https://doi.org/10.1111/jir.12218>
- Fallea, A., Zuccarello, R., & Cali, F. (2016). Dental anxiety in patients with borderline intellectual functioning and patients with intellectual disabilities. *BMC Oral Health*, *16*(1). <https://doi.org/10.1186/s12903-016-0312-y>
- Gal, E., Hardal-Nasser, R., & Engel-Yeger, B. (2011). The relationship between the severity of eating problems and intellectual developmental deficit level. *Research in Developmental Disabilities*, *32*(5), 1464–1469. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.12.003>
- Geurts, H., Sizoo, B., & Noens, I. (2017). *Autismespectrumstoornis*. (H. Geurts, Bram Sizoo, & Ilse Noens, Red.; 1<sup>ste</sup> druk). Bohn Stafleu van Loghum.
- Hartley, S., Hayes Lickel, A., & MacLean Jr, W. E. (2008). Reassurance seeking and depression in adults with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, *52*(11), 917–929. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2008.01126.x>
- Johnson, P. (2012). The prevalence of low self-esteem in an intellectually disabled forensic population. *Journal of Intellectual Disability Research*, *56*(3), 317–325. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2011.01447.x>
- Landgren, V., Hedman, E., Lindblad, I., Gillberg, C., & Fernell, E. (2024). Adult psychiatric and psychosocial outcomes of children with mild intellectual disability: a register follow-up of a population-based cohort. *Journal of Intellectual Disability Research*, *68*(1), 34–44. <https://doi.org/10.1111/jir.13087>
- Lehotkay, R., Varisco, S., Deriaz, N., Douibi, A., & Carminati, G. G. (2009). Intellectual disability and psychiatric disorders: more than a dual diagnosis .... *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, *160*(3), 105–115.
- Lim, A., Totsika, V., & Ali, A. (2022). Analysing trends of psychiatric disorders, treatment and service use across time in adults with borderline intellectual impairment: A cross-sectional study of private households. *Journal of Psychiatric Research*, *151*, 339–346. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.04.026>
- Lindblad, I., Billstedt, E., Gillberg, C., & Fernell, E. (2014). A register study of life events in young adults born to mothers with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabilities*, *18*(4), 351–363. <https://doi.org/10.1177/1744629514552150>
- Lindblad, I., Gillberg, C., & Fernell, E. (2011). ADHD and other associated developmental problems in children with mild mental retardation. The use of the “Five-To-Fifteen” questionnaire in a population-based sample. *Research in Developmental Disabilities*, *32*(6), 2805–2809. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.05.026>

- McGillivray, J., & Kershaw, M. M. (2013). The impact of staff initiated referral and intervention protocols on symptoms of depression in people with mild intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities, 34*(2), 730–738. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.11.005>
- Mercera, G., Vervoort-Schel, J., Kooijmans, R., & Moonen, X. (2020). Kind-, ouder-, gezins- en omgevingskenmerken van residentieel opgenomen jeugdigen die op licht verstandelijk beperkt of zwakbegaafd niveau functioneren. *LVB Onderzoek & Praktijk, 18*(2), 25–32.
- Mileviciute, I., & Hartley, S. L. (2015). Self-reported versus informant-reported depressive symptoms in adults with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 59*(2), 158–169. <https://doi.org/10.1111/jir.12075>
- Nederlandse Vereniging voor Continentie bij Kinderen. (2025). *Bedplassen*. [www.nvck.nl/bedplassen-professionals/](http://www.nvck.nl/bedplassen-professionals/)
- Nieuwenhuis, J. (2022). *A blind spot? Screening for mild intellectual disabilities and borderline intellectual functioning in psychiatric patients in specialized mental health care in the Netherlands: prevalence and associations* (Proefschrift). [https://pure.eur.nl/ws/portalfiles/portal/61222467/proefschrift\\_j\\_nieuwenhuis\\_16\\_8\\_2022\\_met\\_stellingen\\_62fcefb88dda8.pdf](https://pure.eur.nl/ws/portalfiles/portal/61222467/proefschrift_j_nieuwenhuis_16_8_2022_met_stellingen_62fcefb88dda8.pdf)
- Nieuwenhuis, J. G., Lepping, P., Mulder, N. L., Nijman, H. L. I., Veereschild, M., & Noorthoorn, E. O. (2021). Increased prevalence of intellectual disabilities in higher-intensity mental healthcare settings. *BJPsych Open, 7*(3), 1–8. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.28>
- Pacoricono Alfaro, D. L., Ehlinger, V., Spilka, S., Ross, J., Sentenac, M., & Godeau, E. (2017). Alcohol, tobacco and cannabis use: Do students with mild-intellectual disability mimic students in the general population? *Research in Developmental Disabilities, 63*, 118–131. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.10.009>
- Pählsson-Notini, A., Liu, S., Tideman, M., Latvala, A., Serlachius, E., Larsson, H., Hirvikoski, T., Taylor, M. J., Kuja-Halkola, R., Lichtenstein, P., & Butwicki, A. (2024). Substance use-related problems in mild intellectual disability: a Swedish nationwide population-based cohort study with sibling comparison. *JCPP Advances, 4*(2). <https://doi.org/10.1002/jcv2.12225>
- Poelen, E., Schijven, E., & Vermaes, I. (2015). De prevalentie van middelengebruik bij jongeren met een licht verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen in een orthopedagogisch behandelcentrum. *LVB Onderzoek & Praktijk, 13*(1).
- Pouls, K. (2024). *Primary mental healthcare for people with mild intellectual disabilities. Opportunities upstream*. (Proefschrift). <https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/306374/1/306374.pdf>
- Pouls, K. P. M., Koks-Leensen, M. C. J., Assendelft, W. J. J., Mastebroek, M., & Leusink, G. L. (2022). Primary mental healthcare for adults with mild intellectual disabilities: a Dutch database study. *European Journal of General Practice, 28*(1), 234–241. <https://doi.org/10.1080/13814788.2022.2142936>
- Rooding-Ragetlie, S., Buitelaar, J., & Slaats-Willems, D. (2016). Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD). In R. Didden, P. Troost, X. Moonen, & W. Groen (Red.), *Handboek Psychiatrie en lichte verstandelijke beperking* (pp. 67–80). De Tijdstroom.
- Scheirs, J. G. M., Muller, A., Manders, N. C. P., & Van der Zanden, C. D. (2023). The prevalence and diagnosis of depression in people with mild or borderline intellectual disability: Multiple instrument testing tells us more. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, 16*(1), 54–66. <https://doi.org/10.1080/19315864.2022.2029642>
- Schijven, E. P., Didden, R., Otten, R., & Poelen, E. A. P. (2019). Substance use among individuals with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning in residential care: Examining the relationship between drinking motives and substance use. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 32*(4), 871–878. <https://doi.org/10.1111/jar.12578>
- Segeren, M. W., Fassaert, T. J. L., Kea, R., De Wit, M. A. S., & Popma, A. (2018). Exploring Differences in Criminogenic Risk Factors and Criminal Behavior Between Young Adult Violent Offenders With and Without Mild to Borderline Intellectual Disability. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 62*(4), 978–999. <https://doi.org/10.1177/0306624X16674009>

- Ten Have, M., Tuithof, M., Van Dorsselaer, S., Schouten, F., & De Graaf, R. (2025). *NEMESIS Kerncijfers psychische aandoeningen*.  
<https://cijfers.trimbos.nl/nemesis/kerncijfers-psychische-aandoeningen/samenvatting-kerncijfers/>
- Tenneij, N. H., & Koot, H. M. (2008). Incidence, types and characteristics of aggressive behaviour in treatment facilities for adults with mild intellectual disability and severe challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(2), 114–124. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2007.00968.x>
- Verheijen, V. B. M., Segeren, M. W., Fassaert, T., & Grimbergen, C. (2022). Intellectual disability among violent repeat offenders and its relation with psychopathology and self-sufficiency. *International Journal of Forensic Mental Health*, 21(1), 54–67. <https://doi.org/10.1080/14999013.2021.1928339>
- Vermaire, J. H., Kalf, S. M., & Schuller, A. A. (2021). Oral health and oral health behaviour of adolescents with mild or borderline intellectual disabilities compared with a national representative sample of 17-year-olds in the Netherlands. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 34(2), 615–623. <https://doi.org/10.1111/jar.12829>
- Vervoort-Schel, J. A. A., Wissink, I. B., Van der Helm, G. H. P., Lindauer, R. J. L., & Moonen, X. M. H. (2021). Ingrijpende jeugdervaringen bij kinderen en jeugdigen die functioneren op verstandelijk beperkt of zwakbegaafd niveau. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen (NTZ) (extra editie)*, 12–16.  
[www.ntzonline.nl/media/3/ntzt202105\\_p12-16\\_vervoort-schel\\_ea\\_ingrijpende.pdf](http://www.ntzonline.nl/media/3/ntzt202105_p12-16_vervoort-schel_ea_ingrijpende.pdf)
- Vervoort-Schel, J., Mercera, G., Wissink, I., Van der Helm, P., Lindauer, R., & Moonen, X. (2021). Prevalence of and relationship between adverse childhood experiences and family context risk factors among children with intellectual disabilities and borderline intellectual functioning. *Research in Developmental Disabilities*, 113. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.103935>
- Vuijk, P. J., Hartman, E., Scherder, E., & Visscher, C. (2010). Motor performance of children with mild intellectual disability and borderline intellectual functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(11), 955–965. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01318.x>
- Wieland, J., Kapitein – de Haan, S., & Zitman, F. G. (2014). Psychiatric disorders in outpatients with borderline intellectual functioning: comparison with both outpatients from regular mental health care and outpatients with mild intellectual disabilities. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(4), 213–219. <https://doi.org/10.1177/070674371405900406>

6.

---

## Dimensie IV: participatie

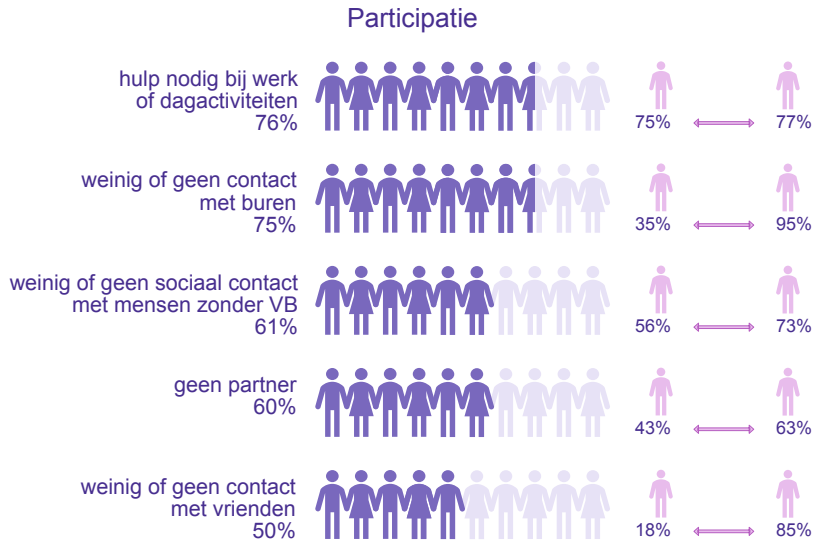


Participatie betekent dat iemand actief is in de samenleving. Dit hangt samen met hoe die persoon functioneert in de maatschappij. In dit hoofdstuk kijken we naar de dingen die het moeilijk maken voor mensen met LVB om te participeren. Hoe goed iemand mee kan doen in de maatschappij en wat zijn of haar sterke en zwakke punten zijn, kunnen we het beste beoordelen door bijvoorbeeld te kijken naar:

- werk en dagbesteding
- woonsituatie
- vrijetijdsbesteding
- schoolgang
- gebruik van publieke diensten
- contacten met vrienden, familie, leeftijdsgenoten en burens
- gemeenschapsparticipatie

De manier waarop iemand functioneert in een bepaalde omgeving geeft hem of haar niet alleen een sociale positie, maar ook de kans om zich te ontwikkelen en waardering te krijgen. Als iemand woont in een zorginstelling of naar een school voor speciaal onderwijs gaat, zorgt dit voor andere verwachtingen en benaderingen vanuit de maatschappij dan wanneer iemand (redelijk) zelfstandig in de wijk woont of naar een reguliere school gaat. Een betaalde baan leidt tot een andere sociale rol en manier van participeren in de samenleving dan het bezoeken van een dagbesteding. Lid zijn van een sportclub of deelnemen aan culturele evenementen zorgt voor andere verwachtingen dan wanneer iemand gebruik maakt van aangepaste sportactiviteiten of begeleide recreatieprogramma's.

Participatie kan ook verschillen in andere situaties, zoals zelfstandig met het openbaar vervoer reizen in plaats van met aangepast taxivoer, of zelf een woning regelen in plaats van in een zorginstelling wonen (Schalock et al. 2021). Figuur 6.1 laat de top 5 zien van bijkomende problemen die een negatieve invloed hebben op de participatie van mensen met LVB.



Figuur 6.1 Meest voorkomende bijkomende problemen participatie

De prevalentie van ieder bijkomend probleem op het gebied van participatie dat links genoemd wordt, is een gemiddeld percentage op basis van meerdere onderzoeken. De percentages die rechts worden genoemd geven het bereik aan: de laagste prevalentie en de hoogste prevalentie die werden gevonden in de onderzoeken.

De leeswijzer helpt je bij het begrijpen van de tabellen.

## Werk en dagbesteding

Werk en dagbesteding spelen een grote rol in de mate waarin iemand kan deelnemen aan de samenleving. Voor mensen met LVB is het niet altijd vanzelfsprekend om een betaalde baan te vinden. Sommigen werken in een gewone werkomgeving, terwijl anderen beschut werk of dagbesteding hebben. Er zijn tien onderzoeken gevonden die informatie geven over werk en dagbesteding bij mensen met LVB. In deze tabel staat hoe vaak zij werken of dagbesteding hebben en of zij hier ondersteuning bij krijgen.

Tabel 6.1 Prevalentie werk en dagbesteding

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Werk en dagbesteding</b>		
294 mensen met LVB* 15 – 88 jaar <i>Werk of dagbesteding: 89,1%</i> <i>Werk of dagbesteding niet specifiek voor mensen met VB: 17%</i>	278 mensen met MVB 15 – 88 jaar <i>Werk of dagbesteding: 94,6%</i> <i>Werk of dagbesteding niet specifiek voor mensen met VB: 12,2%</i>	Dusseljee et al. (2011)
Waarbij < 65 jaar: <i>Werk of dagbesteding: 94,4%</i> <i>Betaald werk: 60,3%</i>	Waarbij < 65 jaar: <i>Werk of dagbesteding: 98,1%</i> <i>Betaald werk: 30,1%</i>	
33 volwassenen met LVB/ZB 19 – 36 jaar <i>Werk of activiteiten buitenshuis: 78,8%</i> <i>Thuis (werkeloos/verantwoordelijk voor huishouding): 21,2%</i>	Geen referentiegroep	Van Asselt-Goverts et al. (2015)
441 <sup>a</sup> mensen met LVB* ≥ 15 jaar <i>Hulp bij werk of dagactiviteiten: 77%</i> <i>(On)betaald werk: 64%</i>	441 <sup>a</sup> mensen met MVB* ≥ 15 jaar <i>Hulp bij werk of dagactiviteiten: 88%</i> <i>(On)betaald werk: 43%</i>	Van Hees et al. (2018)
513 <sup>a</sup> mensen met LVB* ≥ 15 jaar <i>Hulp bij werk of dagactiviteiten: 75%</i> <i>(On)betaald werk: 61%</i>	513 <sup>a</sup> mensen met MVB* ≥ 15 jaar <i>Hulp bij werk of dagactiviteiten: 90%</i> <i>(On)betaald werk: 41%</i>	Meulenkamp et al. (2015)
104 herhaalde geweldplegers met LVB/ZB 18 – 62 jaar <i>Geen baan en geen dagbesteding: 73,6%</i>	97 herhaalde geweldplegers zonder VB 18 – 62 jaar <i>Geen baan en geen dagbesteding: 56,7%</i>	Verheijen et al. (2022)
197 ouders met LVB* 16 – 49 jaar <i>Geen baan: 72%</i>	14.174 ouders zonder VB 16 – 49 jaar <i>Geen baan: 25%</i>	Emerson et al. (2015)

<sup>a</sup> Onderzoeksgroep niet uitgesplitst naar LVB en MVB, resultaten wel

Tabel 6.1 (vervolg) Prevalentie werk en dagbesteding

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
671 mensen met ZB ≥ 16 jaar <i>Geen betaald werk: 65,5%</i> <i>Betaald werk: 34,5%</i>	6206 mensen zonder VB ≥ 16 jaar <i>Geen betaald werk: 48,8%</i> <i>Betaald werk: 51,2%</i>	Papagavriel et al. (2020)
209 <sup>a</sup> mensen met LVB* ≥ 15 jaar  <i>Dagbesteding: 58%</i> <i>Betaald werk (&lt;65 jaar oud): 26%</i>  <i>Vrijwilligerswerk: 10%</i>	209 <sup>a</sup> mensen met MVB* ≥ 15 jaar 1058 mensen zonder VB ≥ 18 jaar <i>Dagbesteding: MVB 86%; geen VB n.v.t.</i> <i>Betaald werk (&lt;65 jaar oud): MVB 4%; geen VB 86%</i> <i>Vrijwilligerswerk: MVB 8%; geen VB 30%</i>	Zonneveld et al. (2023)
312 kinderen met LVB 416 kinderen met ZB 5 – 17 jaar <i>Heeft dagbesteding: LVB 12,5%; ZB 0,8%</i>	Geen referentiegroep	Peltopuro et al. (2020)
582 in zorginstelling/213 zelfstandig met ambulante begeleiding wonende volwassenen met LVB* <i>Betaald werk:</i> <i>- wonend in zorginstelling: 40,8%</i> <i>- zelfstandig wonend: 22,5%</i>	Geen referentiegroep	Emerson (2011)

Mensen met LVB hebben minder vaak betaald werk dan mensen zonder verstandelijke beperkingen. Veel van hen werken of nemen deel aan dagactiviteiten, maar slechts een klein deel heeft een baan buiten een speciale omgeving voor mensen met verstandelijke beperkingen. Ondersteuning bij het vinden van een passende betaalde baan is dan ook geen overbodige luxe, denk bijvoorbeeld aan hulp van jobcoaches.

## Woonsituatie

Met woonsituatie bedoelen we waar en hoe iemand woont. Dit hoort bij participatie, omdat de plek en manier van wonen bepalen hoe zelfstandig iemand kan leven en hoeveel sociale contacten er zijn. In acht onderzoeken is onderzocht hoe mensen met LVB wonen. Tabel 6.2 toont de verschillende woonvormen en we leggen onder deze tabel uit hoe deze invloed hebben op meedoen in de samenleving en contact met anderen.

Tabel 6.2 Prevalentie woonsituatie

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Woonsituatie</b>		
260 mensen met LVB* ≥ 15 jaar Woont in woonwijk: 90% - alleen: 50% - met andere mensen met VB: 38% - met partner en/of kinderen: 12% Woont in zorginstelling: 7% Overige woonvormen: 3%	Geen referentiegroep	Haarmann et al. (2019)
87 volwassenen met LVB 20 – 64 jaar Woonsituatie: - zorginstelling: 73,6% - alleen of met 1 huisgenoot: 19,5% - (gast)gezin: 6,9%	Geen referentiegroep	Hartley et al. (2008)
33 volwassenen met LVB/ZB 19 – 36 jaar Woonsituatie: - alleen: 69,7% - met partner: 21,2% - met kinderen: 9,1%	Geen referentiegroep	Van Asselt-Goverts et al. (2015)
441 <sup>a</sup> mensen met LVB* ≥ 15 jaar Woont in woonwijk, zonder andere mensen met VB: 57%	441 <sup>a</sup> mensen met MVB* ≥ 15 jaar Woont in woonwijk, zonder andere mensen met VB: 32%	Van Hees et al. (2018)
513 <sup>a</sup> mensen met LVB* ≥ 15 jaar Woont in woonwijk, zonder andere mensen met vb: 60%	513 <sup>a</sup> mensen met MVB* ≥ 15 jaar Woont in woonwijk, zonder andere mensen met vb: 32%	Meulenkamp et al. (2015)
108 jongeren met LVB/ZB die wonen in zorginstelling 11 jaar (gem.) Eerdere opname zorginstelling: 44,4%	Geen referentiegroep	Mercera et al. (2020)

<sup>a</sup> Onderzoeksgroep niet uitgesplitst naar LVB en MVB, resultaten wel

Tabel 6.2 (vervolg) Prevalentie woonsituatie

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
30 volwassenen met LVB 22 – 59 jaar <i>Woonsituatie:</i> - familie: 43% - zorginstelling: 30% - ambulante: 13% - zelfstandig: 10%	17 volwassenen met LB zonder VB 19 – 58 jaar <i>Woonsituatie:</i> - familie: 35% - zorginstelling: 24% - ambulante: 0% - zelfstandig: 41%	Lippold & Burns (2009)
312 kinderen met LVB 416 kinderen met ZB 5 – 17 jaar <i>Woonsituatie:</i> - zorginstelling: LVB 3,5%; ZB 0,2% - ambulante: LVB 1,6%; ZB 0,1%	Geen referentiegroep	Peltopuro et al. (2020)

De woonsituatie van mensen met LVB is heel verschillend. Sommigen wonen zelfstandig of bij familie, terwijl anderen ambulante begeleiding krijgen of in een zorginstelling wonen. Deze verschillende manieren van wonen kunnen zorgen voor een andere manier van participeren. Begeleid wonen biedt structuur en ondersteuning, wat kan helpen bij dagelijkse taken en werk. Zelfstandig wonen, eventueel met ambulante begeleiding, geeft meer vrijheid en biedt meer kansen op contact met buurtgenoten zonder verstandelijke beperkingen. Dit kan helpen bij integratie in de samenleving, maar ook extra uitdagingen geven, zoals omgaan met geld en sociale verwachtingen. Tegelijkertijd kan zelfstandig wonen ook leiden tot eenzaamheid. Veel mensen met LVB vinden het lastig om contacten te leggen en te onderhouden, en hun sociale netwerk is vaak klein. Dit wordt versterkt doordat zij vaak in kwetsbare wijken wonen met weinig saamhorigheid (zie tabel 7.1). Daarnaast hebben mensen die in een zorginstelling wonen vaak vooral contact met medebewoners. Dit zorgt voor minder variatie in sociale contacten, maar verkleint de kans op eenzaamheid.

## Vrijtijdsbesteding

Vrije tijd is belangrijk voor iedereen. Het zorgt voor ontspanning, plezier en sociale contacten. Maar voor mensen met LVB is meedoen met reguliere vrijetijdsactiviteiten niet altijd vanzelfsprekend. Wij hebben zes onderzoeken gevonden die laten zien hoe vaak mensen met LVB deelnemen aan vrijetijdsactiviteiten, of ze hiervoor ondersteuning krijgen en hoe dit verschilt van andere groepen mensen. Deze informatie staat in de tabel hieronder.

Tabel 6.3 Prevalentie vrijetijdsbesteding

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Vrijtijdsbesteding</b>		
582 in zorginstelling/213 zelfstandig met ambulante begeleiding wonende volwassenen met LVB* <i>Bovengemiddeld aantal vrijetijdsactiviteiten:</i> - <i>wonend in zorginstelling: 73,3%</i> - <i>zelfstandig wonend: 66,1%</i>	Geen referentiegroep	Emerson (2011)
294 mensen met LVB* 15 – 88 jaar <i>Bezoekt soms restaurant/café/bioscoop/theater: 68,3%</i> <i>Neemt deel aan vrijetijdsactiviteiten niet speciaal voor mensen met VB: 34,9%</i>	278 mensen met MVB 15 – 88 jaar <i>Bezoekt soms restaurant/café/bioscoop/theater: 75,7%</i> <i>Neemt deel aan vrijetijdsactiviteiten niet speciaal voor mensen met VB: 41,2%</i>	Dusseljee et al. (2011)
513 <sup>a</sup> mensen met LVB* ≥ 15 jaar <i>Onderneemt activiteiten, ook zonder mensen met VB: 62%</i> <i>Hulp bij activiteiten in de vrije tijd: 44%</i> <i>Wil vaker ergens naartoe gaan: 24%</i>	513 <sup>a</sup> mensen met MVB* ≥ 15 jaar <i>Onderneemt activiteiten, ook zonder mensen met VB: 49%</i> <i>Hulp bij activiteiten in de vrije tijd: 59%</i> <i>Wil vaker ergens naartoe gaan: 20%</i>	Meulenkamp et al. (2015)
208 <sup>a</sup> mensen met LVB* ≥ 15 jaar <i>Activiteiten buitenshuis mogelijk door persoonlijke ondersteuning: 61%</i> <i>Soms persoonlijke ondersteuning nodig voor activiteiten buitenshuis: 59%</i>	208 <sup>a</sup> mensen met MVB* ≥ 15 jaar <i>Activiteiten buitenshuis mogelijk door persoonlijke ondersteuning 77%</i> <i>Soms persoonlijke ondersteuning nodig voor activiteiten buitenshuis: 83%</i>	Knapen et al. (2023)
441 <sup>a</sup> mensen met LVB* ≥ 15 jaar <i>Onderneemt weleens activiteiten in de vrije tijd, ook zonder mensen met VB: 59%</i> <i>Hulp bij activiteiten in de vrije tijd: 45%</i> <i>Wil vaker ergens naartoe gaan: 17%</i>	441 <sup>a</sup> mensen met MVB* ≥ 15 jaar <i>Onderneemt weleens activiteiten in de vrije tijd, ook zonder mensen met VB: 46%</i> <i>Hulp bij activiteiten in de vrije tijd: 58%</i> <i>Wil vaker ergens naartoe gaan: 19%</i>	Van Hees et al. (2018)
259 mensen met LVB* ≥ 15 jaar <i>Sport wel:</i> ≥ 1 keer per week: 52% <i>Sport niet: 44%</i> < 1 keer per week: 4%	Geen referentiegroep	Haarmann et al. (2019)

<sup>a</sup> Onderzoeksgroep niet uitgesplitst naar LVB en MVB, resultaten wel

De cijfers laten zien dat een redelijk aantal mensen met LVB weleens activiteiten onderneemt in de vrije tijd (zoals een restaurant, café, bioscoop of theater bezoeken), maar dat ze ook minder vaak meedoen aan activiteiten voor mensen met verstandelijke beperkingen. Mensen die begeleid wonen doen vaker vrijetijdsactiviteiten dan mensen die zelfstandig of met ambulante hulp wonen. Dit laat zien dat ondersteuning helpt om vaker mee te doen aan sociale en recreatieve activiteiten. Veel mensen met LVB krijgen hulp bij hun vrijetijdsbesteding, omdat ze tegen verschillende problemen aanlopen. Ze vinden het bijvoorbeeld lastig om plannen te maken of sociale contacten te leggen. Ook is er soms te weinig duidelijke informatie, zijn locaties moeilijk bereikbaar of is er niet genoeg geld om mee te doen.

## Schoolgang

Onderwijs is belangrijk voor de ontwikkeling van jongeren. Ze leren er niet alleen kennis en vaardigheden, maar krijgen ook sociale contacten en kansen voor de toekomst. Voor jongeren met LVB kan naar school gaan soms lastig zijn. In deze tabel staat hoe vaak zij naar school gaan en wordt uitgelegd welke uitdagingen ze daarbij hebben. Er is één onderzoek over dit onderwerp gevonden.

Tabel 6.4 Prevalentie schoolgang

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Schoolgang</b>		
108 jongeren met LVB/ZB die wonen in zorginstelling 11 jaar (gem.) <i>Niet schoolgaand voor opname: 15,7%</i>	Geen referentiegroep	Mercera et al. (2020)

Een deel van de jongeren met LVB gaat voor hun verblijf in een zorginstelling niet naar school. Dit laat zien dat schooldeelname niet voor alle jongeren met LVB vanzelfsprekend is. Als LVB in het onderwijs niet op tijd worden herkend, kunnen leerlingen te maken krijgen met te hoge verwachtingen van hun omgeving, waar zij niet aan kunnen voldoen. Die overvraging kan leiden tot spijbelen, schooluitval, gedrags- of psychische problemen en leerachterstanden. Onderwijs is echter belangrijk voor sociale contacten en toekomstmogelijkheden. Toegankelijk onderwijs en passende begeleiding zijn daarom belangrijk om jongeren met LVB betere kansen te bieden in de maatschappij.

## Gebruik van publieke diensten

Om volledig deel te kunnen nemen aan de maatschappij is het belangrijk dat iedereen toegang heeft tot publieke diensten, zoals openbaar vervoer, gezondheidszorg en buurtvoorzieningen. In deze tabel laten we zien hoe mensen met LVB publieke voorzieningen ervaren en hoe vaak ze er gebruik van maken. Voor deze tabel hebben we cijfers uit drie onderzoeken gebruikt.

Tabel 6.5 Prevalentie gebruik van publieke diensten

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Buurtvoorzieningen</b>		
208 <sup>a</sup> mensen met LVB* ≥ 15 jaar <i>Ervaart buurtvoorzieningen als toegankelijk: 88%</i> <i>Gebruikt buurtvoorzieningen: 42%</i>	208 <sup>a</sup> mensen met MVB* ≥ 15 jaar <i>Ervaart buurtvoorzieningen als toegankelijk: 76%</i> <i>Gebruikt buurtvoorzieningen: 14%</i>	Knapen et al. (2023)
<b>Gezondheidszorg</b>		
50 volwassenen met LVB ≥ 18 jaar <i>Bezoekt tandarts: 82%</i>  <i>Bezoekt mondhygiënist: 38%</i>	50 volwassenen met MVB/50 volwassenen met (Z)E(V)MB ≥ 18 jaar <i>Bezoekt tandarts: MVB: 84% (Z)E(V)MB: 84%</i> <i>Bezoekt mondhygiënist: MVB: 38% (Z)E(V)MB: 34%</i>	Van Huizen-van Oosten et al. (2024)
95 mensen met LVB ≥ 15 jaar <i>Bezoekt huisarts afgelopen jaar: 83,2%</i> <i>Bezoekt huisarts niet afgelopen jaar: 16,9%</i>	Geen referentiegroep	Cardol et al. (2011)

<sup>a</sup> Onderzoeksgroep niet uitgesplitst naar LVB en MVB, resultaten wel

De cijfers laten zien dat mensen met LVB vaak wel vinden dat publieke diensten zoals buurtvoorzieningen en gezondheidszorg toegankelijk zijn, maar er toch weinig gebruik van maken. Waarom dit verschil er is, is onduidelijk. Bedenk hierbij dat de mening van mensen met LVB is vergeleken met die van mensen met matige verstandelijke beperkingen. Vergelijk je het met mensen zonder verstandelijke beperkingen, dan scoren mensen met LVB vermoedelijk lager. Drempels zoals problemen met taal, die ook voorkomen bij mensen met LVB (zie tabel 5.2), zorgen ervoor dat mensen steeds meer moeite hebben om mee te komen in de samenleving. Daarnaast is er weinig onderzoek naar dit onderwerp gedaan, waardoor de cijfers mogelijk geen compleet beeld geven.

## Contacten met vrienden, familie, leeftijdsgenoten en buren

Sociale contacten zijn belangrijk voor iemands welzijn en een gevoel van verbondenheid. In deze tabel laten we zien hoe vaak mensen met LVB contact hebben met vrienden, familie, buren en anderen, en of ze hierbij hulp krijgen. Daarnaast kijken we naar de verschillen tussen mensen die begeleid wonen en mensen die zelfstandig wonen, omdat dit invloed kan hebben op hoe vaak en met wie ze contact hebben. Over dit onderwerp zijn acht onderzoeken gevonden.

Tabel 6.6 Prevalentie contacten met vrienden, familie, leeftijdsgenoten en buren

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Contact met vrienden, familie, leeftijdsgenoten en buren</b>		
582 in zorginstelling/213 zelfstandig met ambulante begeleiding wonende volwassenen met LVB*	Geen referentiegroep	Emerson (2011)
Ziet vrienden met VB ten minste wekelijks:		
- wonend in zorginstelling: 81,9%		
- zelfstandig wonend: 73,8%		
Ziet vrienden zonder VB ten minste wekelijks:		
- zelfstandig wonend: 52,8%		
- wonend in zorginstelling: 43,2%		
Ziet familie ten minste wekelijks:		
- zelfstandig wonend: 49,7%		
- wonend in zorginstelling: 33,3%		
441 <sup>a</sup> mensen met LVB* ≥ 15 jaar	441 <sup>a</sup> mensen met MVB* ≥ 15 jaar	Van Hees et al. (2018)
Sociaal contact familie: 68%	Sociaal contact familie: 61%	
Soms contact met buurtgenoten zonder VB: 65%	Soms contact met buurtgenoten zonder VB: 57%	
Sociaal contact vrienden: 45%	Sociaal contact vrienden: 27%	
Hulp bij sociale contacten: 40%	Hulp bij sociale contacten: 62%	
Regelmatig afspreken met vrienden: 44%	Regelmatig afspreken met vrienden: 25%	
Sociaal contact partner: 37%	Sociaal contact partner: 25%	
Deelname buurtactiviteiten: 36%	Deelname buurtactiviteiten: 41%	
Voelt zich eenzaam: 34%	Voelt zich eenzaam: 34%	
Afspreken met vrienden, ook zonder VB: 26%	Afspreken met vrienden, ook zonder VB: 14%	
Sociaal contact huisgenoten: 22%	Sociaal contact huisgenoten: 29%	
Afspreken met buren: 7%	Afspreken met buren: 4%	
294 mensen met LVB* 15 – 88 jaar	278 mensen met MVB 15 – 88 jaar	Dusseljee et al. (2011)
Sociaal contact met:		
- familie: 66,1%	- familie: 73,8%	
- vrienden: 43,5%	- vrienden: 28,7%	
- vrienden zonder VB: 15,3%	- vrienden zonder VB: 8,9%	
- buren: 9,7%	- buren: 14,6%	
- buren zonder VB: 6,3%	- buren zonder VB: 6,6%	

<sup>a</sup> Onderzoeksgroep niet uitgesplitst naar LVB en MVB, resultaten wel

Tabel 6.6 (vervolg) Prevalentie contacten met vrienden, familie, leeftijdsgenoten en burens

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
671 mensen met ZB ≥ 16 jaar <i>Alleenstaand: 58,9%</i> <i>Heeft relatie: 41,1%</i>	6206 mensen zonder VB ≥ 16 jaar <i>Alleenstaand: 44,3%</i> <i>Heeft relatie: 55,7%</i>	Papagavriël et al. (2020)
513 <sup>a</sup> mensen met LVB* ≥ 15 jaar <i>Soms contact met buurtgenoten zonder VB: 64%</i> <i>Sociaal contact familie: 61%</i> <i>Sociaal contact partner: 39%</i> <i>Sociaal contact vrienden: 39%</i> <i>Voelt zich eenzaam: 37%</i> <i>Hulp bij sociale contacten: 36%</i> <i>Deelname buurtactiviteiten: 35%</i> <i>Afspreken met vrienden, ook zonder VB: 23%</i> <i>Sociaal contact huisgenoten: 18%</i> <i>Afspreken met burens: 5%</i>	513 <sup>a</sup> mensen met MVB* ≥ 15 jaar <i>Soms contact met buurtgenoten zonder VB: 49%</i> <i>Sociaal contact familie: 49%</i> <i>Sociaal contact partner: 31%</i> <i>Sociaal contact vrienden: 22%</i> <i>Voelt zich eenzaam: 35%</i> <i>Hulp bij sociale contacten: 59%</i> <i>Deelname buurtactiviteiten: 35%</i> <i>Afspreken met vrienden, ook zonder VB: 12%</i> <i>Sociaal contact huisgenoten: 20%</i> <i>Afspreken met burens: 4%</i>	Meulenkamp et al. (2015)
30 volwassenen met LVB 22 – 59 jaar <i>Heeft partner: 57%</i> <i>Getrouwd: 0%</i>	17 volwassenen met LB zonder VB 19 – 58 jaar <i>Heeft partner: 18%</i> <i>Getrouwd: 29%</i>	Lippold & Burns (2009)
33 volwassenen met LVB/ZB 19 – 36 jaar <i>Heeft partner: 51,5%</i>	Geen referentiegroep	Van Asselt-Goverts et al. (2015)
33 volwassenen met LVB/ZB 19 – 36 jaar <i>Sociaal netwerk:</i> <i>Familie: 42,7%</i> <i>- ouders: 10,6%</i> <i>- broers/zussen: 8,4%</i> <i>- partner/kinderen: 4,5%</i> <i>- overige: 19,2%</i> <i>Kennissen: 32,8%</i> <i>- vrienden: 19,9%</i> <i>- collega's: 5,1%</i> <i>- burens: 1,8%</i> <i>- overige: 6%</i> <i>Professionals: 24,5%</i>	Geen referentiegroep	Van Asselt-Goverts et al. (2013)
104 herhaalde geweldplegers met LVB/ZB 18 – 62 jaar <i>Geen (sterk) sociaal netwerk: 34,6%</i> <i>Geen (sterke) familierelaties: 26,2%</i>	97 herhaalde geweldplegers zonder VB 18 – 62 jaar <i>Geen (sterk) sociaal netwerk: 18,8%</i> <i>Geen (sterke) familierelaties: 12,5%</i>	Verheijen et al. (2022)
108 jongeren met LVB/ZB die wonen in zorginstelling 11 jaar (gem.) <i>Beperkt sociaal netwerk: 32,4%</i>	Geen referentiegroep	Mercera et al. (2020)

<sup>a</sup> Onderzoeksgroep niet uitgesplitst naar LVB en MVB, resultaten wel

Mensen met LVB hebben vaak een kleiner sociaal netwerk, vooral als het gaat om contacten met mensen zonder LVB. Contacten met vrienden en familie komen regelmatig voor, maar contacten met burens of deelname aan buurtactiviteiten blijven beperkt. Mensen met LVB voelen zich vaker eenzaam, wat samenhangt met deze beperktere sociale interacties. Hoe iemand woont heeft duidelijk invloed op zijn of haar sociale contacten. Mensen met LVB die begeleid wonen hebben vaker contact met vrienden, maar minder vaak met familie in vergelijking met mensen met LVB die ambulans wonen. Daarnaast heeft de eerste groep meestal meer contacten met andere mensen met LVB, terwijl de tweede groep iets vaker sociale interacties heeft met mensen zonder verstandelijke beperkingen.

## UITGELICHT

### **Wat is eenzaamheid?**

Mensen met LVB hebben vaak weinig sociale contacten, wat kan leiden tot eenzaamheid. Eenzaamheid betekent dat je ongewenst alleen bent, geen vrienden hebt, er niet op uit kunt gaan of je niet verbonden voelt met anderen.

Veel onderzoeken over eenzaamheid gebruiken de definitie van De Jong Gierveld & Van Tilburg (2008): 'negatieve gevoelens door een tekort aan persoonlijke relaties'. Dit tekort kan gaan om de kwaliteit of het aantal relaties. Ze onderscheiden twee soorten eenzaamheid:

- Emotionele eenzaamheid: het gemis van een intieme relatie, zoals een partner of goede vriend(in)
- Sociale eenzaamheid: het gemis van een breder sociaal netwerk, zoals familie, vrienden, collega's of burens

Van der Kooij (2022)

### **Hoe herken je eenzaamheid?**

Mensen die eenzaam zijn, zoeken vaak geen hulp en trekken zich terug. Het is daarom belangrijk dat zorgmedewerkers en informele zorgverleners weten hoe ze eenzaamheid vroeg kunnen herkennen en bespreken. Zo kan erger worden voorkomen. Eenzaamheid herkennen vraagt kennis van de signalen, zoals veranderingen in gedrag, lichamelijke klachten of sociale problemen. Signalen hoeven op zich nog niet direct te betekenen dat iemand zich eenzaam voelt. Ze kunnen ook wijzen op andere problemen zoals een depressie of beginnende dementie. Het is belangrijk om voorzichtig te zijn met het trekken van conclusies en vermoedens goed te checken (Talma, 2020).

Tabel 6.7 Signalen van eenzaamheid

Lichamelijke signalen	Psychische signalen	Sociale signalen	Gedragsmatige signalen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eetlust ↓</li> <li>• Hoofdpijn ↑</li> <li>• Slaapproblemen ↑</li> <li>• Spierspanning ↑</li> <li>• Uitgeblustheid ↑</li> <li>• Vermoeidheid ↑</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bitterheid ↑</li> <li>• Boosheid ↑</li> <li>• Concentratie ↓</li> <li>• Gevoelens van verlatenheid ↑</li> <li>• Gevoelens van zinloosheid ↑</li> <li>• Teleurstelling ↑</li> <li>• Verdriet ↑</li> <li>• Vertrouwen in anderen ↓</li> <li>• Zelfbeeld ↓</li> <li>• Zelfvertrouwen ↓</li> <li>• Zin in dingen hebben ↓</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bezoek van familie/vrienden ↓</li> <li>• Buurtcontacten ↓</li> <li>• Hobby's ↓</li> <li>• Lidmaatschap vereniging/groep ↓</li> <li>• Sociale contacten ↓</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aandacht opeisen ↑</li> <li>• Contacten afdwingen door hulp te vragen ↑</li> <li>• Gretig zijn naar contacten ↑</li> <li>• Mensen op afstand houden ↑</li> <li>• Misbruik verdovende middelen ↑</li> <li>• Moeite met alleen thuis zijn ↑</li> <li>• Moeite met huishoudelijk werk ↑</li> <li>• Op zichzelf gericht zijn ↑</li> <li>• Sociale onhandigheid ↑</li> <li>• Verlegenheid ↑</li> <li>• Vermijdingsgedrag ↑</li> <li>• Zelfzorg ↓</li> </ul>

Symbolen: ↓ = afname; ↑ = toename

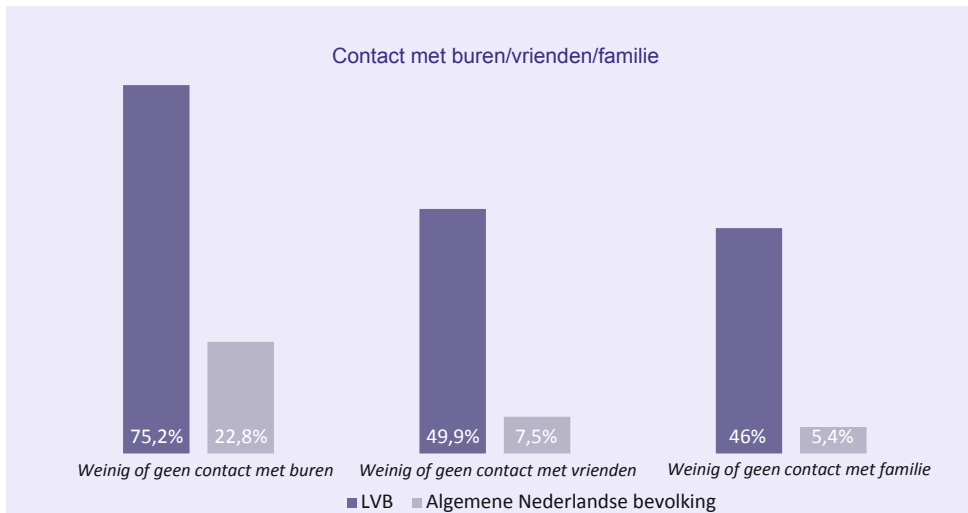
Tabel aangepast en gebaseerd op Talma (2020)

### Hoe zit het met de sociale contacten van mensen met LVB?

Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat mensen met LVB beperkte sociale contacten hebben. Hierdoor lopen zij meer risico op emotionele en sociale eenzaamheid. Zo heeft gemiddeld 75,2% van hen weinig of geen contact met burens, 49,9% weinig of geen contact met vrienden en 46% weinig of geen contact met familie. Het gaat hier om gewogen gemiddeldes die we berekend hebben op basis van de beschikbare prevalentiecijfers (Dusseljee et al., 2011; Emerson, 2011; Meulenkamp et al., 2015; Van Asselt-Goverts et al., 2013; Van Hees et al., 2018).

### Hoe zit het met de sociale contacten in Nederland?

In de algemene Nederlandse bevolking (zonder verstandelijke beperkingen) heeft slechts 22,8% weinig of geen contact met burens, 7,5% weinig of geen contact met vrienden en 5,4% weinig of geen contact met familie. Dit is een groot verschil met cijfers bij mensen met LVB.



Figuur 6.2 Prevalenties van sociale contacten

Als we de prevalenties voor de algemene Nederlandse bevolking vergelijken met die van mensen met LVB, wordt duidelijk dat mensen met LVB meer kans op eenzaamheid hebben. Zij hebben tot 8,5 keer vaker geen sociaal contact of weinig sociaal contact.

Sociale contacten en maatschappelijke participatie (2024)

#### Wat is een mogelijke verklaring voor het verschil?

Het is bewezen dat mensen met LVB minder sociale contacten hebben dan mensen zonder verstandelijke beperkingen en daardoor meer kans lopen op eenzaamheid. Dit verschil kan verklaard worden door een combinatie van factoren. De beperking van mensen met LVB in het adaptief functioneren, hun beperktere mogelijkheden om sociale contacten te leggen en vaardigheden te ontwikkelen en de houding van de samenleving tegenover mensen met verstandelijke beperkingen spelen hierin een belangrijke rol. Zo zijn sociale activiteiten vaak moeilijk toegankelijk door ingewikkelde aanmeldsystemen. Soms wordt er te veel zelfstandigheid verwacht, uitnodigingen kunnen moeilijk te begrijpen zijn en bijeenkomsten zijn soms te ingewikkeld. Ook kan onbegrip of ongeduld van anderen ervoor zorgen dat mensen met LVB zich buitengesloten voelen. Hierdoor ervaren mensen met LVB eenzaamheid op een andere manier dan mensen zonder verstandelijke beperkingen, waardoor bestaande kennis over eenzaamheid niet altijd goed op hen aansluit.

In Nederland zijn er bovendien specifieke omstandigheden die de kans op eenzaamheid verder vergroten. Het streven om mensen buiten instellingen een goed leven te bieden, ook wel extramuralisering of ambulantisering genoemd, heeft onbedoeld geleid tot meer eenzaamheid. Daarnaast lijkt de nadruk op professionele distantie in de zorg bij te dragen aan deze problematiek, omdat het de band tussen zorgmedewerkers en mensen met LVB vermindert.

Van der Kooij (2022)

**Wat kunnen we hiermee in de praktijk?**

Door beperkte sociale contacten bestaat er een grotere kans op eenzaamheid. Gelukkig kan eenzaamheid voorkomen en opgelost worden. Dit vraagt om een gerichte aanpak die de persoon met LVB zelf en de samenleving actief betreft.

*Individuele aanpak*

Om mensen met LVB beter mee te laten doen in de samenleving, is het belangrijk om hun sociale vaardigheden te versterken, hun sociale netwerken uit te breiden en begeleide groepsactiviteiten te organiseren. Zorgmedewerkers spelen hierin een grote rol. Zij kunnen getraind worden om sociale relaties te ondersteunen, inclusie te bevorderen en signalen van eenzaamheid op tijd te herkennen. Daarnaast is belangrijk dat zij in gesprek durven te gaan met mensen met LVB over eenzaamheid, zodat er op tijd ondersteuning kan worden geboden. Daarnaast helpt het als sociale vaardigheden al vroeg worden aangeleerd en vriendschappen worden gestimuleerd om latere eenzaamheid te voorkomen.

*Aanpassingen in de samenleving*

Ook de samenleving kan bijdragen aan het verminderen van eenzaamheid bij mensen met LVB. Gemeentes, bedrijven en verenigingen kunnen bijvoorbeeld hun communicatie eenvoudiger maken, zodat uitnodigingen en aanmeldprocedures beter te begrijpen zijn. Ook kunnen ze bijeenkomsten toegankelijker maken en zorgen voor een inclusief beleid op het werk en in de buurt waar niet alleen deelname maar ook acceptatie centraal staat.

## Meer weten over eenzaamheid?

- [movers.nl/eenzaamheid](https://movers.nl/eenzaamheid)
- [eentegeneenzaamheid.nl](https://eentegeneenzaamheid.nl)
- [kennispleingehandicaptensector.nl/tips-tools/tips/platform-sociale-netwerken](https://kennispleingehandicaptensector.nl/tips-tools/tips/platform-sociale-netwerken)
- [lfb.nu/workshops-trainingen/die-ken-ik](https://lfb.nu/workshops-trainingen/die-ken-ik)
- [lfb.nu/workshops-trainingen/workshop-eezaamheid](https://lfb.nu/workshops-trainingen/workshop-eezaamheid)

## Gemeenschapsparticipatie

In één onderzoek wordt de term ‘gemeenschapsparticipatie’ gebruikt. Deze term is breed en wordt niet verder uitgelegd, maar komt in betekenis veel overeen met participatie.

Tabel 6.8 Prevalentie gemeenschapsparticipatie

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Gemeenschapsparticipatie</b>		
104 herhaalde geweldplegers met LVB/ZB 18 – 62 jaar <i>Geen gemeenschapsparticipatie: 43,7%</i>	97 herhaalde geweldplegers zonder VB 18 – 62 jaar <i>Geen gemeenschapsparticipatie: 33%</i>	Verheijen et al. (2022)

Voor sommige mensen met LVB is actieve deelname aan de samenleving (gemeenschapsparticipatie) niet vanzelfsprekend. Onderzoek naar herhaalde geweldplegers met LVB laat zien dat deze groep minder vaak deelneemt aan de maatschappij dan herhaalde geweldplegers zonder verstandelijke beperkingen. Mensen met LVB zijn vaak makkelijker te beïnvloeden en worden daardoor sneller dader of slachtoffer van criminaliteit. Door een kleiner sociaal netwerk is er meer risico op problemen zoals het (opnieuw) plegen van strafbare feiten of slachtoffer worden van uitbuiting.

## Bronnenlijst hoofdstuk 6

- Cardol, M., Dusseljee, J. C., Rijken, M. P. M., & Van Schrojenstein Lantman-De Valk, H. M. (2011). Huisartsenzorg voor mensen met een verstandelijke beperking. *Huisarts & Wetenschap*, *54*, 354–358. <https://doi.org/10.1007/s12445-011-0177-x>
- De Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T. (2008). De ingekorte schaal voor algemene, emotionele en sociale eenzaamheid. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, *39*(1), 4–15. <https://doi.org/10.1007/bf03078118>
- Dusseljee, J. C. E., Rijken, P. M., Cardol, M., Curfs, L. M. G., & Groenewegen, P. P. (2011). Participation in daytime activities among people with mild or moderate intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, *55*(1), 4–18. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01342.x>
- Emerson, E. (2011). Health status and health risks of the ‘hidden majority’ of adults with intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, *49*(3), 155–165. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-49.3.155>
- Emerson, E., Llewellyn, G., Hatton, C., Hindmarsh, G., Robertson, J., Man, W. Y. N., & Baines, S. (2015). The health of parents with and without intellectual impairment in the UK. *Journal of Intellectual Disability Research*, *59*(12), 1142–1154. <https://doi.org/10.1111/jir.12218>
- Haarmann, A., Voss, H., & Boeije, H. (2019). *Sporten en bewegen door mensen met een lichte verstandelijke beperking: belemmeringen en mogelijkheden*. [www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Sporten\\_en\\_bewegen\\_mensen\\_lichte\\_verstandelijke\\_beperking.pdf](http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Sporten_en_bewegen_mensen_lichte_verstandelijke_beperking.pdf)
- Hartley, S., Hayes Lickel, A., & MacLean Jr, W. E. (2008). Reassurance seeking and depression in adults with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, *52*(11), 917–929. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2008.01126.x>
- Knapen, J., Bottenheft, E., Zonneveld, E., Aussems, C., & Boeije, H. (2023). *Nivel Participatiemonitor 2010-2020. Deelname aan de samenleving van mensen met een beperking*. [www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004343.pdf](http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004343.pdf)
- Lippold, T., & Burns, J. (2009). Social support and intellectual disabilities: A comparison between social networks of adults with intellectual disability and those with physical disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, *53*(5), 463–473. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2009.01170.x>
- Mercera, G., Vervoort-Schel, J., Kooijmans, R., & Moonen, X. (2020). Kind-, ouder-, gezins- en omgevingskenmerken van residentieel opgenomen jeugdigen die op licht verstandelijk beperkt of zwakbegaafd niveau functioneren. *LVB Onderzoek & Praktijk*, *18*(2), 25–32.
- Meulenkamp, T., Waverijn, G., Langelaan, M., van der Hoek, L., Boeije, H., & Rijken, M. (2015). *Deelname aan de samenleving van mensen met een beperking, ouderen en de algemene bevolking. Rapportage participatiemonitor 2015*. [www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/rapportage-participatiemonitor-2015.pdf](http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/rapportage-participatiemonitor-2015.pdf)
- Papagavriel, K., Jones, R., Sheehan, R., Hassiotis, A., & Ali, A. (2020). The association between loneliness and common mental disorders in adults with borderline intellectual impairment. *Journal of Affective Disorders*, *277*, 954–961. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.005>
- Peltopuro, M., Vesala, H. T., Ahonen, T., & Närhi, V. M. (2020). Borderline intellectual functioning: an increased risk of severe psychiatric problems and inability to work. *Journal of Intellectual Disability Research*, *64*(12), 923–933. <https://doi.org/10.1111/jir.12783>
- Schalock, R. L., Luckasson, R., & Tassé, M. J. (2021). *Intellectual disability: Definition, diagnosis, classification, and systems of supports* (12de dr.). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Sociale contacten en maatschappelijke participatie*. (23 april 2024). Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/85541NED>

- Talma, M. (10 januari 2020). *Eenzaamheid: Wat weten we en waar staan we?* Movisie. [www.movisie.nl/artikel/aanpak-eenzaamheid-wat-weten-we-waar-staan-we](http://www.movisie.nl/artikel/aanpak-eenzaamheid-wat-weten-we-waar-staan-we)
- Van Asselt-Goverts, A. E., Embregts, P. J. C. M., & Hendriks, A. H. C. (2013). Structural and functional characteristics of the social networks of people with mild intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 34*(4), 1280–1288. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.01.012>
- Van Asselt-Goverts, A. E., Embregts, P. J. C. M., & Hendriks, A. H. C. (2015). Social networks of people with mild intellectual disabilities: Characteristics, satisfaction, wishes and quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research, 59*(5), 450–461. <https://doi.org/10.1111/jir.12143>
- Van der Kooij, A. (2022). *Ik hoor er (niet) bij*. <https://digitalepublicaties.movisie.nl/meedoen-en-erbij-horen/ik-hoor-er-niet-bij>
- Van Hees, S., Oldenkamp, M., de Putter, I., Van der Hoek, L., & Boeije, H. (2018). *Participatiemonitor 2008-2016: Deelname aan de samenleving van mensen met een beperking en ouderen*. <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Participatiemonitor2008-2016.pdf>
- Van Huizen-van Oosten, K., Menge, K., Ijpma, I., & Dekker, A. D. (2024). Mondgezondheid en bevorderende factoren voor het bezoek aan tandarts en mondhygiënist bij mensen met verstandelijke beperkingen. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen (NTZ), 50*(3), 115–135. <https://doi.org/10.5281/zenodo.13827859>
- Verheijen, V. B. M., Segeren, M. W., Fassaert, T., & Grimbergen, C. (2022). Intellectual disability among violent repeat offenders and its relation with psychopathology and self-sufficiency. *International Journal of Forensic Mental Health, 21*(1), 54–67. <https://doi.org/10.1080/14999013.2021.1928339>
- Zonneveld, E., Bottenheft, E., Scherpenzeel, A., Aussems, C., & Boeije, H. (2023). *Participatiemonitor kerncijfers 2022*. [www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004512.pdf](http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004512.pdf)

7.

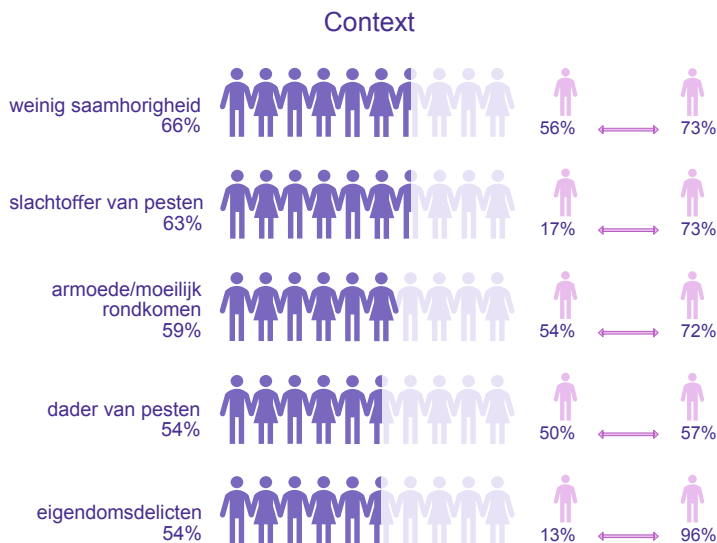
---

## Dimensie V: context



Context is de fysieke en sociale omgeving waarin mensen hun dagelijks leven leiden. Het dagelijks leven kan door de omgeving positief (bevorderend) of negatief (belemmerend) beïnvloed worden. Voorbeelden van context zijn de gezondheidszorg, iemands leefomgeving, maar ook de interactie met leeftijdsgenoten (Embregts et al., 2019; Olivier-Pijpers et al., 2017). Ook seksuele grensoverschrijding valt onder de dimensie context en wordt verderop in dit hoofdstuk beschreven.

Figuur 7.1 laat de top 5 zien van belemmerende invloeden en bij hoeveel mensen met LVB dit speelt.



Figuur 7.1 Meest voorkomende bijkomende problemen context

*De prevalentie van ieder probleem dat links genoemd wordt, is een gemiddeld percentage op basis van meerdere onderzoeken. De percentages die rechts worden genoemd geven het bereik aan: de laagste prevalentie en de hoogste prevalentie die werden gevonden in de onderzoeken. 'N.v.t.' houdt in dat maar één artikel beschikbaar was.*

De leeswijzer helpt je bij het begrijpen van de tabellen.

## Omgeving

In de afgelopen jaren zijn in totaal zeven onderzoeken verschenen waarin problemen op het gebied van context onderzocht zijn en waarin genoemd wordt hoe vaak deze problemen voorkomen. In onderstaande tabel is hiervan een overzicht weergegeven.

Tabel 7.1 Prevalentie context

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Criminaliteit</b>		
75 ♀ met LVB/ZB in behandeling voor problemen door middelengebruik en crimineel gedrag 21 – 59 jaar <i>Eigendomsdelicten: 96,1%</i> <i>Geweldsdelicten: 71,1%</i> <i>Vandalisme en overtredingen van de openbare orde: 25,0%</i> <i>Drugserelateerde misdrijven: 23,7%</i> <i>Verkeersovertredingen: 17,1%</i> <i>Wapenbezit: 14,5%</i> <i>Zedendelicten: 0,0%</i>	115 ♀ zonder VB in behandeling voor problemen door middelengebruik en crimineel gedrag 21 – 59 jaar <i>Eigendomsdelicten: 89,3%</i> <i>Geweldsdelicten: 68,8%</i> <i>Vandalisme en overtredingen van de openbare orde: 25,9%</i> <i>Drugserelateerde misdrijven: 20,5%</i> <i>Verkeersovertredingen: 22,3%</i> <i>Wapenbezit: 10,7%</i> <i>Zedendelicten: 1,9%</i>	Luteijn et al. (2017)
78 mensen met LVB 22 – 39 jaar <i>Geweldsdelicten: 17%</i> <i>Eigendomsdelicten: 13%</i> <i>Verkeersovertredingen: 12%</i> <i>Drugserelateerde misdrijven: 8%</i> <i>Andere misdrijven: 10%</i>	Geen referentiegroep	Landgren et al. (2024)
<b>Leefmilieu</b>		
299 mensen met LVB * 16 – 49 jaar <i>Woont in buurt met weinig saamhorigheid: 73%</i>	22.927 mensen zonder VB 16 – 49 jaar <i>Woont in buurt met weinig saamhorigheid: 45%</i>	Emerson et al. (2016)
197 ouders met LVB * 16 – 49 jaar <i>Woont in buurt met weinig saamhorigheid: 56%</i> <i>Problemen in de buurt: 48%</i>	14.174 ouders zonder VB 16 – 49 jaar <i>Woont in buurt met weinig saamhorigheid: 37%</i> <i>Problemen in de buurt: 32%</i>	Emerson et al. (2015)

Tabel 7.1 (vervolg) Prevalentie context

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<p>70 jongeren met LVB en ernstige gedragsproblemen (waarvan 54 intra- en 16 extramuraal)</p> <p>Intramuraal gem. leeftijd 15,5 jaar Extramuraal gem. leeftijd 18,3 jaar</p> <p><i>Alcohol- en cannabisgebruik in omgeving:</i></p> <p><i>Vrienden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- niemand: 17,1% (alcohol); 27,9% (cannabis)</li> <li>- bijna niemand: 2,9%; 14,7%</li> <li>- sommigen: 30,0%; 32,4%</li> <li>- de meesten: 50,0%; 25,0%</li> </ul> <p><i>School/werk/dagbesteding</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- niemand: 20,0%; 48,5%</li> <li>- bijna niemand: 12,9%; 19,1%</li> <li>- sommigen: 40,0%; 25,0%</li> <li>- de meesten: 27,1%; 7,4%</li> </ul> <p><i>Huisgenoten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- niemand: 25,7%; 64,7%</li> <li>- bijna niemand: 20,0%; 14,7%</li> <li>- sommigen: 28,6%; 10,3%</li> <li>- de meesten: 25,7%; 10,3%</li> </ul> <p><i>Familieleden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- niemand: 4,3%; 51,5%</li> <li>- bijna niemand: 11,4%; 20,6%</li> <li>- sommigen: 44,3%; 20,6%</li> <li>- de meesten: 40,0%; 7,4%</li> </ul> <p><i>Begeleiders</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- niemand: 22,9%; 82,4%</li> <li>- bijna niemand: 15,7%; 8,8%</li> <li>- sommigen: 44,3%; 7,4%</li> <li>- de meesten: 17,1%; 1,5%</li> </ul>	Geen referentiegroep	Poelen et al. (2015)
<b>Interactie met leeftijdsgenoten</b>		
<p>267 ♂ scholieren met LVB 11 – 15 jaar Slachtoffer van pesten: 73,0% Dader van pesten: 50,0%</p>	Geen referentiegroep	Pacoricona Alfaroa et al. (2017)
<p>433 ♀ scholieren met LVB 11 – 15 jaar Slachtoffer van pesten: 68,7% Dader van pesten: 57,1%</p>	Geen referentiegroep	Pacoricona Alfaroa et al. (2017)
<p>108 jongeren met LVB in woongroep 11 jaar (gem.) Slachtoffer van pesten: 16,7%</p>	Geen referentiegroep	Mercera et al. (2020)

Tabel 7.1 (vervolg) Prevalentie context

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Sociaal-economische status</b>		
197 ouders met LVB * 16 – 49 jaar <i>Armoede: 54%</i>	14.174 ouders zonder VB 16 – 49 jaar <i>Armoede: 22%</i>	Emerson et al. (2015)
299 mensen met LVB * 16 – 49 jaar <i>Kan moeilijk rondkomen: 63%</i>	22.927 mensen zonder VB 16 – 49 jaar (22.927) <i>Kan moeilijk rondkomen: 43%</i>	Emerson et al. (2016)

Mensen met LVB wonen vaker in een meer belemmerende omgeving dan mensen zonder verstandelijke beperkingen. Onderzoeken wijzen erop dat ze vaak wonen in een wijk met weinig saamhorigheid. In deze wijken voelen mensen zich minder betrokken bij elkaar en is er weinig samenwerking of steun onderling. Verder zien we dat mensen met LVB vaker slachtoffer of dader zijn van pesten, betrokken zijn bij criminele activiteiten, meer in armoede leven en dat hun familie en vrienden vaker verdovende middelen gebruiken. De ongunstige omgevingsomstandigheden zorgen daarnaast voor meer risico op andere problemen. Mensen met LVB zijn vaak makkelijker te beïnvloeden en door een kleiner sociaal netwerk bestaat er een grotere kans dat ze slachtoffer worden van bijvoorbeeld criminaliteit of dat ze juist meer risicovol of grensoverschrijdend gedrag vertonen en zelf dader zijn.

## Seksuele grensoverschrijding

Seksueel grensoverschrijdend gedrag is een belangrijk en actueel maatschappelijk thema. Ook bij de doelgroep LVB is hier in de praktijk veel aandacht voor. Seksueel grensoverschrijdend gedrag betekent dat iemand bij een ander iets doet op seksueel gebied wat die ander niet wil of waar hij of zij zich niet prettig bij voelt. Dit kan bijvoorbeeld gaan om ongewenste aanrakingen, seksueel getinte opmerkingen of gedwongen seksuele handelingen. Het gaat erom dat de grenzen van de ander niet worden gerespecteerd. In het uitgelicht stuk gaan we dieper in op seksuele grensoverschrijding. In de afgelopen jaren zijn over dit onderwerp in totaal vier onderzoeken verschenen, waarbij onderzocht is hoeveel mensen met LVB slachtoffer of pleger zijn van seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Tabel 7.2 Prevalentie seksuele grensoverschrijding

Studiegroep	Referentiegroep	Bron
<b>Slachtoffer seksueel grensoverschrijdend gedrag</b>		
Nederlanders met LVB <sup>a</sup> <i>Seksuele uitbuiting: 12,4%</i>	Nederlanders zonder LVB <i>Seksuele uitbuiting: 0,7%</i>	Hageman et al. (2022)
1.650 kinderen met LVB in zorginstelling of pleegzorg <i>Seksueel misbruik: 1% per jaar</i>	6.281 kinderen zonder LVB in zorginstelling of pleegzorg <i>Seksueel misbruik: 0,35% per jaar</i>	Euser et al. (2016)
<b>Pleger seksueel grensoverschrijdend gedrag</b>		
134 mensen met LVB in intramuraal behandelsetting <i>Ongepast seksueel gedrag: 32%</i>	Geen referentiegroep	Tenneij & Koot (2008)
44 ♂ met LVB/ZB in forensische behandelsetting <i>Seksueel misdrijf: 43,2%</i>	Geen referentiegroep	Johnson (2012)

<sup>a</sup> LVB vastgesteld op basis van registratie bij aantal instanties zoals centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Er is sprake van een onderschatting van het daadwerkelijke aantal mensen met LVB dat woont in Nederland. De steekproefgrootte van dit onderzoek is onbekend.

Bovenstaande gegevens wijzen erop dat mensen met LVB vaker slachtoffer zijn van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Aan de andere kant zien we dat mensen met LVB vaak dader zijn van seksueel grensoverschrijdend gedrag, hoewel er geen prevalentiecijfers van referentiegroepen zijn meegenomen in deze onderzoeken. In tegenstelling tot de grote aandacht die er is voor seksuele grensoverschrijding bij mensen met LVB in de vorm van trainingen en hulpmiddelen, valt het op dat er maar relatief weinig onderzoek gedaan is.

## UITGELICHT

### Wat is seksuele grensoverschrijding?

Bij seksuele grensoverschrijding kan de mate en vorm verschillen. Hieronder volgt een overzicht van verschillende definities die vallen onder dit paraplubegrip.

- Seksueel geweld**  
 Onder seksueel geweld verstaat de wet penetratie (verkrachting) of andere seksuele handelingen (aanranding) waarbij geweld wordt gebruikt, bedreigd wordt met geweld of misbruik wordt gemaakt van een situatie waarin iemand zich niet kan verzetten of weigeren bijvoorbeeld door gebruik van drank of drugs (Van Berlo & Van Beek, 2015).
- Seksuele uitbuiting**  
 Seksuele uitbuiting is een vorm van seksueel geweld, waarbij iemand gedwongen wordt om tegen betaling seksuele diensten te verlenen. De betaling kan plaatsvinden in de vorm van geld of een ander vergoeding zoals kleding (Nederlands Jeugdinstituut, 2025b).
- Seksueel misbruik**  
 Onder seksueel misbruik verstaan we elke vorm van seksuele grensoverschrijding waarbij sprake is van seks tussen een volwassene en een kind, omdat hier per definitie sprake is van ongelijkwaardigheid. Ook andere situaties waarbij misbruik wordt gemaakt van een leeftijds- of machtsverschil vallen onder seksueel misbruik. Seksueel misbruik van kinderen wordt ook wel seksuele kindermishandeling genoemd (Van Berlo & Van Beek, 2015).
- Incest**  
 Incest betekent seks tussen familieleden. Dit hoeft niet per se ongewenst of grensoverschrijdend te zijn, bijvoorbeeld bij een seksuele relatie tussen neef en nicht waarmee beide instemmen. Incest is geen goede term om misbruik van kinderen mee aan te duiden. Seksueel contact met een kind gaat namelijk altijd over een grens, en is seksueel misbruik (Van Berlo & Van Beek, 2015).
- Seksuele intimidatie**  
 Seksuele intimidatie betekent dat iemand iets zegt, doet of laat merken op een seksuele manier, waardoor een ander zich ongemakkelijk of gekwetst voelt. Dit kan met woorden, gebaren of aanrakingen zijn. Het zorgt ervoor dat iemand zich bedreigd, beledigd of gekleineerd voelt (Van Berlo & Van Beek, 2015).

### Hoe herken je seksuele grensoverschrijding?

Het is niet altijd makkelijk om seksuele grensoverschrijding te herkennen. Vaak zie je het gedrag zelf niet, maar de persoon die het heeft meegemaakt kan wel signalen afgeven. Denk bijvoorbeeld aan concentratieproblemen, agressief of juist erg meegaand gedrag, angstige of emotionele reacties, of zich terugtrekken. Let op: deze signalen betekenen niet altijd dat er sprake is van seksuele grensoverschrijding, maar ze kunnen wel een teken zijn dat er iets aan de hand is (Nederlands Jeugdinstituut, 2025a).

Mensen met LVB lopen een groter risico om betrokken te raken bij seksuele grensoverschrijding. Het Nederlands Jeugdinstituut (2025a) geeft naast de LVB ook een aantal andere risicofactoren voor betrokkenheid bij seksuele grensoverschrijding namelijk:

- meisjes en vrouwen vergeleken met jongens en mannen
- LHBTIQA+ jongeren
- jongeren die een ervaring met seksuele grensoverschrijding gehad hebben
- jongeren met negatieve jeugdervaringen zoals mishandeling, verwaarlozing of misbruik
- jongeren met een lichamelijke beperking (Nederlands Jeugdinstituut, 2025a)

Heb je een vermoeden van seksuele grensoverschrijding? Bespreek het met collega's en andere betrokkenen. Bespreek het eventueel ook met de (jong)volwassene over wie je je zorgen maakt.

### **Hoe vaak komt seksuele grensoverschrijding voor bij mensen met LVB?**

Mensen met LVB zijn vaker slachtoffer van seksueel grensoverschrijdend gedrag dan mensen zonder verstandelijke beperkingen. Hageman et al. (2022) heeft onderzoek gedaan naar de prevalentie van seksuele uitbuiting bij mensen met LVB door gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) te onderzoeken. Dit onderzoek onderschat het aantal mensen met LVB dat seksueel wordt uitgebuit. Dit komt omdat alleen mensen die officieel als LVB geregistreerd staan zijn meegenomen. Bovendien gaat het alleen om gevallen die bekend zijn bij de politie.

Uit onderzoek van Hageman et al. (2022) blijkt dat mensen met LVB bijna achttien keer vaker slachtoffer zijn van seksuele uitbuiting dan anderen (12,4% versus 0,7%). Zorgmedewerkers die met deze groep werken, herkennen dit beeld. Mensen met LVB zijn kwetsbaarder omdat ze gevolgen van keuzes minder goed overzien. Ze trappen eerder in mooie praatjes, zoals snel geld verdienen. Volgens zorgmedewerkers speelt naïviteit hierbij een grote rol. Het onderzoek laat ook zien dat kinderen met LVB dertien keer vaker slachtoffer zijn van seksueel geweld dan andere kinderen. Ook dit herkennen de experts. Een LVB en een belemmerende omgeving maken deze kinderen extra kwetsbaar (Hageman et al., 2022).

Ook het onderzoek van Euser et al. (2016) laat zien dat mensen met LVB vaker slachtoffer zijn van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Zij hebben de prevalentie van seksueel misbruik onderzocht bij kinderen met en zonder LVB die wonen in een zorginstelling of bij pleegouders. Seksueel misbruik komt drie keer vaker voor bij kinderen met LVB dan bij kinderen zonder LVB (1% versus 0,35%). Deze prevalentiecijfers zijn gebaseerd op het aantal kinderen dat per jaar misbruik meemaakt. Het gaat hier dus niet om het totale aantal kinderen dat ooit misbruik heeft meegemaakt; dit aantal zal hoger liggen.

Mensen met LVB zijn niet alleen vaker slachtoffer van seksueel grensoverschrijdend gedrag, maar ook vaker pleger, zoals blijkt uit tabel 7.2. Onderzoek bij mensen met LVB en ernstig probleemgedrag die zijn opgenomen in een behandelkliniek toont aan dat 32% ongepast seksueel gedrag vertoont (Tenneij & Koot, 2008). Wat de onderzoekers precies verstaan onder ongepast seksueel gedrag (seksueel geweld, seksueel misbruik of seksuele intimidatie) leggen ze niet uit. Ander onderzoek laat zien dat 43,2% van de mannen met LVB of zwakbegaafdheid vanwege een seksueel misdrijf is opgenomen in een forensische behandelkliniek (Johnson, 2012).

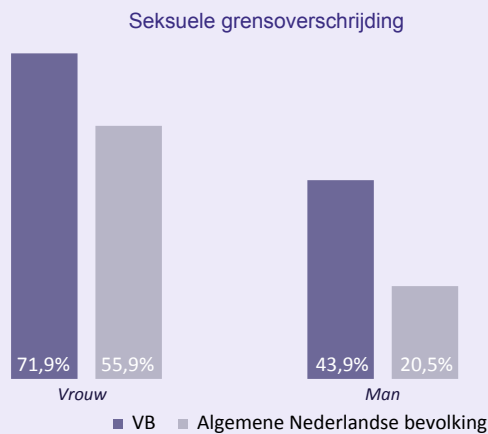
Hoewel beide onderzoeken geen vergelijking maken met de algemene bevolking, kunnen we wel zeggen dat de prevalentiecijfers hoog zijn. Hoe komt dat? Een deel van de verklaring is dat deze cijfers afkomstig zijn uit een behandelkliniek. Hierdoor zijn de aantallen waarschijnlijk een overschatting van het daadwerkelijke aantal gevallen van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Kortom, seksueel grensoverschrijdend gedrag in de brede zin komt meer voor bij LVB dan in de algemene bevolking, maar er moet worden opgepast met de interpretatie van cijfers uit behandelklinieken. Die zijn namelijk niet representatief voor de gehele groep mensen met LVB.

### Hoe vaak komt seksuele grensoverschrijding voor in Nederland?

Er is relatief weinig onderzoek gedaan naar seksuele grensoverschrijding bij mensen met LVB. De onderzoeken die wel gedaan zijn, hebben verschillende dingen onderzocht (Euser et al., 2016; Hageman et al., 2022). Dit maakt een vergelijking met de algemene bevolking lastig.

Eén onderzoek heeft gekeken naar hoe vaak mensen in de algemene Nederlandse bevolking minstens een keer seksuele grensoverschrijding hebben meegemaakt, en dit vergeleken met mensen met verstandelijke beperkingen (Van Berlo & Van Beek, 2015). Ongeveer 70% van de deelnemers was zwakbegaafd of had LVB, de rest had matige of zeer ernstige verstandelijke beperkingen. De resultaten van de deelnemers met LVB werden niet apart beschreven (Van Berlo et al., 2011).

In de algemene Nederlandse bevolking (zonder verstandelijke beperkingen) heeft 56% van de vrouwen en 21% van de mannen minstens één vorm van seksuele grensoverschrijding meegemaakt. In de groep mensen met verstandelijke beperkingen heeft 72% van de vrouwen en 44% van de mannen minstens één vorm van seksuele grensoverschrijding meegemaakt.



Figuur 7.2 Vergelijking prevalentie minstens één vorm van seksuele grensoverschrijding meegemaakt

### **Wat is een mogelijke verklaring voor het verschil?**

Mensen met LVB zijn vaker slachtoffer van seksueel grensoverschrijdend gedrag dan mensen zonder verstandelijke beperkingen. Dit kan worden verklaard doordat mensen met LVB vaak een lager zelfbeeld hebben, minder weerbaar zijn, het moeilijk vinden om een situatie te beoordelen en het daarnaast ook moeilijk vinden om emoties en gevoelens te verwoorden. Zie ook hoofdstuk 3 waarin de beperkingen in de adaptieve vaardigheden worden beschreven. Daarnaast spelen omgevingsfactoren een rol, bijvoorbeeld een problematische gezinssituatie, een kleiner sociaal netwerk of het wonen in een kwetsbare wijk (Kenniscentrum LVB, 2025).

Mensen met LVB kunnen ook (onbewust) seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonen. Dit komt omdat ze het vaak moeilijk vinden om sociale situaties in te schatten en niet altijd goed aanvoelen wat iemand voelt of bedoelt. Daarnaast kan ook een beperkte impulscontrole een rol spelen (Kenniscentrum LVB, 2025).

### **Wat kunnen we hiermee in de praktijk?**

Het is belangrijk dat er structurele aandacht is voor seksuele grensoverschrijding bij en door mensen met LVB. Het begint bij een goede ondersteuning van de seksuele ontwikkeling van (jong)volwassenen met LVB. Hun lichamelijke seksuele ontwikkeling verloopt over het algemeen hetzelfde als bij mensen zonder verstandelijke beperkingen. De sociaal-emotionele ontwikkeling is wel anders (zie hoofdstuk 3 voor beperkingen in adaptief gedrag). Door hun beperkingen zijn (jong)volwassenen met LVB kwetsbaarder tijdens hun seksuele ontwikkeling. Experimenteren met seksualiteit en relaties hoort daarbij, maar omdat hun omgeving vaak beschermend is doen ze minder seksuele ervaring op. Hierdoor ontwikkelen ze bepaalde vaardigheden minder goed. Bijvoorbeeld het aangeven van grenzen.

Voor zorgmedewerkers is het belangrijk om een goede balans te vinden tussen bescherming en begeleiding. Ze moeten aan de ene kant zorgen dat (jong)volwassenen met LVB genoeg leren over onderwerpen zoals voortplanting en anticonceptie. Aan de andere kant moeten ze alert zijn op risico's, zoals het feit dat deze (jong)volwassenen vaak minder goed begrijpen wat er in de pubertijd met hun lichaam gebeurt (Kenniscentrum LVB, 2025; Maris et al., 2020).

Meer informatie over seksuele ontwikkeling is te vinden in de *Richtlijn Seksuele Ontwikkeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Hierin wordt aandacht besteed aan (jong)volwassenen met LVB. Er zijn ook specifieke handvatten ontwikkeld voor advies en begeleiding per leeftijdsgroep (Maris et al., 2020).

Het Nederlands Jeugdinstituut adviseert het Vlaggensysteem om seksueel (grensoverschrijdend) gedrag te bespreken. Het vlaggensysteem is een methode die gebruikt wordt om seksueel gedrag op een duidelijke, objectieve en genuanceerde manier te beoordelen. Het helpt zorgmedewerkers om seksueel gedrag correct in te schatten en er op een gepaste manier op te reageren. Het systeem gebruikt vier vlaggenkleuren om seksueel gedrag te beoordelen: groen (aanvaardbaar gedrag), geel (licht grensoverschrijdend gedrag), rood (ernstig grensoverschrijdend gedrag) en zwart (zeer ernstig grensoverschrijdend gedrag). Speciaal voor jeugdigen en jongvolwassenen met LVB is Vlaggensysteem op een bordje ontwikkeld ([lets-tas.nl/product/16721177/vlaggensysteem-op-een-bordje](https://lets-tas.nl/product/16721177/vlaggensysteem-op-een-bordje)).

Onderwerpen die op een speelse manier aan de orde komen zijn:

- wederzijdse toestemming
- vrijwilligheid
- gelijkwaardigheid
- ontwikkelings- en leeftijdsadequaat
- passend bij de context
- zelfrespect (Nederlands Jeugdinstituut, 2025a).

Meer weten over seksueel grensoverschrijdend gedrag?

- [kenniscentrumlvb.nl/seksueel-grensoverschrijdend-gedrag-lvb](https://kenniscentrumlvb.nl/seksueel-grensoverschrijdend-gedrag-lvb)
- [kennispleingehandicaptensector.nl/thema-s/grensoverschrijdend-gedrag](https://kennispleingehandicaptensector.nl/thema-s/grensoverschrijdend-gedrag)

## Bronnenlijst hoofdstuk 7

- Embregts, P., Kroezen, M., Mulder, E., van Bussel, C., Van der Nagel, J., Budding, M., Busser, G., De Kuijper, G., Duinkerken-van Gelderen, P., Haasnoot, M., Helder, A., Lenderink, B., Maes-Festen, D., Olivier-Pijpers, V., Oud, M., Oude Luttikhuis, I., Schilt, C., Smit T, Van den Heuvel J, ... Wieland J. (2019). *Multidisciplinaire Richtlijn Probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking*. [https://nvavg.nl/wp-content/uploads/2022/06/Richtlijn-Probleemgedrag\\_definitief-update-2022.pdf](https://nvavg.nl/wp-content/uploads/2022/06/Richtlijn-Probleemgedrag_definitief-update-2022.pdf)
- Emerson, E., Hatton, C., Baines, S., & Robertson, J. (2016). The physical health of British adults with intellectual disability: Cross sectional study. *International Journal for Equity in Health*, 15(11), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0296-x>
- Emerson, E., Llewellyn, G., Hatton, C., Hindmarsh, G., Robertson, J., Man, W. Y. N., & Baines, S. (2015). The health of parents with and without intellectual impairment in the UK. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(12), 1142–1154. <https://doi.org/10.1111/jir.12218>
- Euser, S., Alink, L. R. A., Tharner, A., Van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2016). The prevalence of child sexual abuse in out-of-home care: Increased risk for children with a mild intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 29(1), 83–92. <https://doi.org/10.1111/jar.12160>
- Hageman, S., De Jong, R., & Pennings, D. (2022). *Brede blik op slachtofferschap*. [www.nationaalrapporteur.nl/publicaties/rapporten/2022/08/23/brede-blik-op-slachtofferschap](http://www.nationaalrapporteur.nl/publicaties/rapporten/2022/08/23/brede-blik-op-slachtofferschap)
- Johnson, P. (2012). The prevalence of low self-esteem in an intellectually disabled forensic population. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(3), 317–325. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2011.01447.x>
- Kenniscentrum LVB. (2025). *LVB & seksueel grensoverschrijdend gedrag*. [www.kenniscentrumlvb.nl/themas/risicos-lvb/seksueel-grensoverschrijdend-gedrag-lvb](http://www.kenniscentrumlvb.nl/themas/risicos-lvb/seksueel-grensoverschrijdend-gedrag-lvb)
- Landgren, V., Hedman, E., Lindblad, I., Gillberg, C., & Fernell, E. (2024). Adult psychiatric and psychosocial outcomes of children with mild intellectual disability: a register follow-up of a population-based cohort. *Journal of Intellectual Disability Research*, 68(1), 34–44. <https://doi.org/10.1111/jir.13087>
- Luteijn, I., Didden, R., & der Nagel, J. Van. (2017). Individuals with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning in a forensic addiction treatment center: prevalence and clinical characteristics. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 1(4), 240–251. <https://doi.org/10.1007/s41252-017-0031-7>
- Maris, S., Vink, R., Deurloo, J., Oud, B., De Lijster-van Kampen, G., & Kuyper, A. (2020). *Richtlijn seksuele ontwikkeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. [https://richtlijnenjeugdhulp.nl/wp-content/uploads/2020/05/Richtlijn-Seksuele-Ontwikkeling\\_Richtlijn\\_V1-2020\\_DEF.pdf](https://richtlijnenjeugdhulp.nl/wp-content/uploads/2020/05/Richtlijn-Seksuele-Ontwikkeling_Richtlijn_V1-2020_DEF.pdf)
- Mercera, G., Vervoort-Schel, J., Kooijmans, R., & Moonen, X. (2020). Kind-, ouder-, gezins- en omgevingskenmerken van residentieel opgenomen jeugdigen die op licht verstandelijk beperkt of zwakbegaafd niveau functioneren. *LVB Onderzoek & Praktijk*, 18(2), 25–32.
- Nederlands Jeugdinstuut. (2025a). *Seksueel grensoverschrijdend gedrag*. [www.nji.nl/seksueel-grensoverschrijdend-gedrag/seksueel-grensoverschrijdend-gedrag-herkennen#signalen-dat-er-iets-aan-de-hand-is](http://www.nji.nl/seksueel-grensoverschrijdend-gedrag/seksueel-grensoverschrijdend-gedrag-herkennen#signalen-dat-er-iets-aan-de-hand-is)
- Nederlands Jeugdinstuut. (2025b). *Seksuele uitbuiting*. <https://www.nji.nl/seksuele-uitbuiting>
- Olivier-Pijpers, V. C., Cramm, J. M., Buntinx, W. H. E., & Nieboer, A. P. (2017). Organisatiecontext en ondersteuning van mensen met een verstandelijke beperking en probleemgedrag. *Nederlands Tijdschrift voor de zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen (NTZ)*, 43(4), 266–293.
- Pacoricona Alfaroa, D. L., Ehlinger, V., Spilka, S., Ross, J., Sentenac, M., & Godeau, E. (2017). Alcohol, tobacco and cannabis use: Do students with mild-intellectual disability mimic students in the general population? *Research in Developmental Disabilities*, 63, 118–131. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.10.009>

- Tenneij, N. H., & Koot, H. M. (2008). Incidence, types and characteristics of aggressive behaviour in treatment facilities for adults with mild intellectual disability and severe challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(2), 114–124. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2007.00968.x>
- Van Berlo, W., De Haas, S., Van Dijk, L., Brants, L., Tonnon, S., & Storms, O. (2011). *Beperkt Weerbaar – Een onderzoek naar seksueel geweld bij mensen met een lichamelijke, zintuiglijke of verstandelijke beperking*. <https://www.movisie.nl/publicatie/beperkt-weerbaar>
- Van Berlo, W., & Van Beek, I. (2015). *Seksuele grensoverschrijding en seksueel geweld: feiten en cijfers*. [https://www.rutgers.nl/sites/rutgersnl/files/Whitepaper\\_Seksuele\\_grensoverschrijding\\_en\\_seksueel\\_geweld\\_Rutgers\\_Movisie.pdf](https://www.rutgers.nl/sites/rutgersnl/files/Whitepaper_Seksuele_grensoverschrijding_en_seksueel_geweld_Rutgers_Movisie.pdf)



8.

---

## Verantwoording



Om inzicht te krijgen in bijkomende problemen bij LVB en hoe vaak ze voorkomen, hebben we de volgende onderzoeksvragen beantwoord:

- 1) Welke bijkomende problemen komen voor bij mensen met LVB?
- 2) Hoe vaak komen deze problemen voor?

Om deze twee onderzoeksvragen te beantwoorden hebben we gestructureerd literatuuronderzoek gedaan. Hiervoor zochten we in: 1) Engelstalige wetenschappelijke literatuur, 2) Nederlandstalige wetenschappelijke literatuur en 3) Nederlandstalige grijze literatuur. Met grijze literatuur bedoelen we bronnen die niet in wetenschappelijke tijdschriften gepubliceerd zijn. Het onderzoek richtte zich op informatie die na 2008 werd gepubliceerd.

## **Engelse wetenschappelijke literatuur**

Voor het literatuuronderzoek in de Engelstalige wetenschappelijke literatuur is een zoekstrategie opgesteld die bestond uit de termen 'LVB' in combinatie met 'prevalentie' en synoniemen hiervan. De volledige zoekstrategie is te vinden in tabel 8.1.

Met deze zoekstrategie hebben we de databases PubMed en Scopus doorzocht. De gevonden artikelen zijn vervolgens geüpload in Rayyan, een online softwareprogramma voor het selecteren van artikelen voor gestructureerd literatuuronderzoek (Ouzzani et al., 2016). Dubbele artikelen werden verwijderd. Vervolgens controleerden we de overgebleven titels en samenvattingen om te bepalen of deze artikelen relevant waren. Tot slot hebben we de relevante artikelen helemaal gelezen, en besloten of ze antwoord gaven op de onderzoeksvragen (inclusie) of niet (exclusie). Daarnaast hebben we in de referentielijsten van de gevonden artikelen gekeken of daar artikelen stonden die we niet gevonden hadden met onze zoekstrategie (de zogenaamde sneeuwbalmethode). Als deze artikelen voldeden aan onze inclusie- of exclusiecriteria, voegden we ze toe aan de opgenomen artikelen. De sneeuwbalmethode is alleen gebruikt bij de artikelen die we vonden via de zoekstrategie, niet bij artikelen die we vonden via de sneeuwbalmethode. De inclusie- en exclusiecriteria die we hebben gebruikt worden verderop in dit hoofdstuk beschreven.

Tabel 8.1 Zoektermen in Pubmed en Scopus

## Pubmed

("mild developmental abnormalit\*" OR "mild neurodevelopmental abnormalit\*" OR "mild cognitive defect\*" OR "mild developmental defect\*" OR "mild cognitive deficienc\*" OR "borderline intellectual deficienc\*" OR "mild intellectual deficienc\*" OR "mild mental deficienc\*" OR "mild intellectual deficit\*" OR "mild learning deficit\*" OR "mild mental deficit\*" OR "mild cognitive delay" OR "borderline developmental delay" OR "mild developmental delay" OR "mild intellectual delay" OR "mild mental delay" OR "mild neurodevelopmental delay" OR "mild intellectual difficult\*" OR "mild learning difficult\*" OR "mild cognitive disabilit\*" OR "mild developmental disabilit\*" OR "borderline intellectual disabilit\*" OR "mild intellectual disabilit\*" OR "borderline intellectual disabilit\*" OR "mild intellectual disabilit\*" OR "borderline learning disabilit\*" OR "mild learning disabilit\*" OR "mild mental disabilit\*" OR "mild neurodevelopmental disabilit\*" OR "mild developmental disorder\*" OR "mild intellectual disorder\*" OR "mild learning disorder\*" OR "mild neurodevelopmental disorder\*" OR "borderline mental handicap\*" OR "mild mental handicap\*" OR "mild developmental impairment\*" OR "borderline intellectual impairment\*" OR "mild intellectual impairment\*" OR "mild learning impairment\*" OR "borderline mental impairment\*" OR "mild mental impairment\*" OR "mild neurodevelopmental impairment\*" OR "mild developmental retardation" OR "borderline mental retardation" OR "mild mental retardation" OR "borderline mentally retarded" OR "mild mentally retarded" OR "mild disabilit\*") AND (prevalence OR frequen\* OR incidence OR occurrence)

## Scopus

TITLE-ABS-KEY(("borderline developmental abnormalit\*" OR "mild developmental abnormalit\*" OR "borderline intellectual abnormalit\*" OR "mild intellectual abnormalit\*" OR "borderline mental abnormalit\*" OR "mild mental abnormalit\*" OR "borderline neurodevelopmental abnormalit\*" OR "mild neurodevelopmental abnormalit\*" OR "borderline cognitive challenge\*" OR "mild cognitive challenge\*" OR "borderline cognitive defect\*" OR "mild cognitive defect\*" OR "borderline developmental defect\*" OR "mild developmental defect\*" OR "borderline learning defect\*" OR "mild learning defect\*" OR "borderline cognitive deficienc\*" OR "mild cognitive deficienc\*" OR "borderline intellectual deficienc\*" OR "mild intellectual deficienc\*" OR "borderline mental deficienc\*" OR "mild mental deficienc\*" OR "borderline intellectual deficit\*" OR "mild intellectual deficit\*" OR "borderline learning deficit\*" OR "mild learning deficit\*" OR "borderline mental deficit\*" OR "mild mental deficit\*" OR "borderline cognitive delay" OR "mild cognitive delay" OR "borderline developmental delay" OR "mild developmental delay" OR "borderline intellectual delay" OR "mild intellectual delay" OR "borderline learning delay" OR "mild learning delay" OR "mild mental delay" OR "borderline mental delay" OR "borderline neurodevelopmental delay" OR "mild neurodevelopmental delay" OR "borderline developmental difficult\*" OR "mild developmental difficult\*" OR "borderline intellectual difficult\*" OR "mild intellectual difficult\*" OR "borderline learning difficult\*" OR "mild learning difficult\*" OR "borderline cognitive disabilit\*" OR "mild cognitive disabilit\*" OR "borderline developmental disabilit\*" OR "mild developmental disabilit\*" OR "borderline intellectual disabilit\*" OR "mild intellectual disabilit\*" OR "borderline intellectual disabilit\*" OR "mild intellectual disabilit\*" OR "borderline learning disabilit\*" OR "mild learning disabilit\*" OR "borderline mental disabilit\*" OR "mild mental disabilit\*" OR "borderline neurodevelopmental disabilit\*" OR "mild neurodevelopmental disabilit\*" OR "borderline intellectually disabled" OR "mild intellectually disabled" OR "borderline mentally disabled" OR "mild mentally disabled" OR "borderline developmental disorder\*" OR "mild developmental disorder\*" OR "borderline intellectual disorder\*" OR "mild intellectual disorder\*" OR "borderline learning disorder\*" OR "mild learning disorder\*" OR "borderline neurodevelopmental disorder\*" OR "mild neurodevelopmental disorder\*" OR "borderline cognitive handicap\*" OR "mild cognitive handicap\*" OR "borderline mental handicap\*" OR "mild mental handicap\*" OR "borderline developmental impairment\*" OR "mild developmental impairment\*" OR "borderline intellectual impairment\*" OR "mild intellectual impairment\*" OR "borderline learning impairment\*" OR "mild learning impairment\*" OR "borderline mental impairment\*" OR "mild mental impairment\*" OR "borderline neurodevelopmental impairment\*" OR "mild neurodevelopmental impairment\*" OR "borderline developmental retardation" OR "mild developmental retardation" OR "borderline intellectual retardation" OR "mild intellectual retardation" OR "borderline mental retardation" OR "mild mental retardation" OR "borderline mentally retarded" OR "mild mentally retarded" OR "borderline disabilit\*" OR "mild disabilit\*" OR "borderline disabled" OR "mild disabled" OR "borderline handicapped" OR "mild handicapped") AND (prevalence OR frequen\* OR incidence OR occurrence) AND PUBYEAR > 2007 AND PUBYEAR < 2024

## Nederlandse wetenschappelijke literatuur

Voor literatuuronderzoek in de Nederlandstalige wetenschappelijke literatuur hebben we gezocht met vergelijkbare zoektermen als voor het literatuuronderzoek in de Engelstalige wetenschappelijke literatuur. De archieven (vanaf 2008) van een aantal Nederlandse peerreviewed wetenschappelijke tijdschriften zijn doorzocht. Artikelen in peerreviewed tijdschriften zijn onderworpen aan een kritische blik van vakgenoten en worden beschouwd als betrouwbare bronnen. De volgende tijdschriften zijn doorzocht:

- Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen (NTZ)
- LVB Onderzoek & Praktijk
- Orthopedagogiek: Onderzoek & Praktijk (OOP)
- Tijdschrift voor Orthopedagogiek

Doordat de zoekfuncties op de websites van deze tijdschriften beperkte mogelijkheden boden, hebben we de verschillende Engelse zoektermen (tabel 8.1) naar het Nederlands vertaald, en los van elkaar of in verschillende combinaties gebruikt. Net als bij de Engelse wetenschappelijke literatuur zijn dubbele artikelen verwijderd en zijn de overgebleven titels en samenvattingen bekeken op relevantie voor de onderzoeksvraag. Ook binnen de Nederlandse wetenschappelijke literatuur hebben we gekeken of er op basis van het sneeuwbaaleffect nog nieuwe artikelen toegevoegd konden worden. Relevante artikelen zijn geïnccludeerd of geëxcludeerd op basis van de inclusie- en exclusiecriteria die we verderop in dit hoofdstuk beschrijven.

## Grijze literatuur

Met grijze literatuur worden bronnen bedoeld die niet in wetenschappelijke tijdschriften gepubliceerd zijn. Deze bronnen zijn niet gecontroleerd door experts. We hebben websites doorzocht van de volgende organisaties:

- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)
- Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)
- Planbureau Fryslân
- Landelijk Kenniscentrum LVB
- Zorginstituut Nederland

Omdat de zoekfuncties van deze webpagina's beperkt waren, hebben we de Engelse zoektermen (tabel 8.1) naar het Nederlands vertaald en los van elkaar of in verschillende combinaties gebruikt.

## Inclusie- en exclusiecriteria

De wetenschappelijke en grijze literatuur zijn gecontroleerd aan de hand van selectiecriteria die we vooraf vastgesteld hadden.

### *Inclusiecriteria:*

- (wetenschappelijke) artikelen, rapportages of hoofdstukken uit boeken geschreven in het Engels of Nederlands
- artikelen waarin prevalentiecijfers genoemd worden van bijkomende problemen bij mensen met LVB uit westerse landen, namelijk Europa (minus Turkije), Noord-Amerika, Australië en Nieuw-Zeeland.
- artikelen waarin LVB is vastgesteld op basis van een instrument, klinisch oordeel of het dossier
- artikelen die gepubliceerd zijn in de periode 1 januari 2008 tot en met 9 december 2024

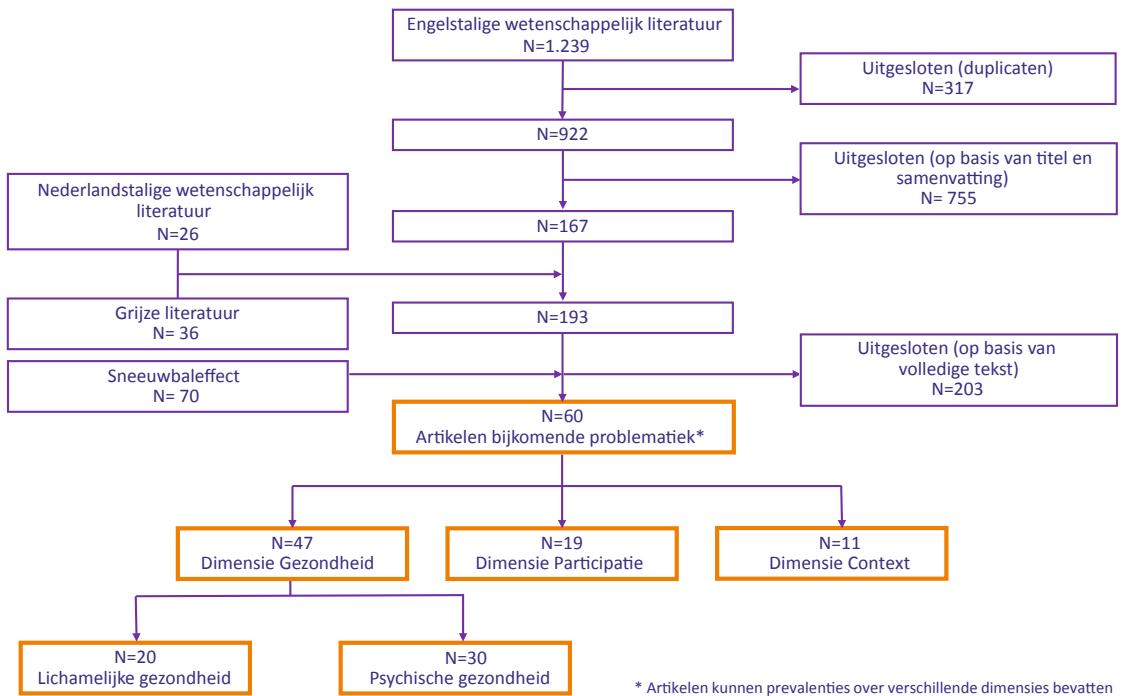
### *Exclusiecriteria:*

- reviews zoals gestructureerde literatuuronderzoeken, narratieve literatuuronderzoeken (literatuuronderzoek zonder een strakke onderzoeksmethode) en meta-analyses
- gevalsstudies
- artikelen in een abonnementstijdschrift die niet vrij toegankelijk zijn en die niet als volledige tekst beschikbaar zijn via de Universiteitsbibliotheek van de Rijksuniversiteit Groningen

## Inventarisatie artikelen over bijkomende problemen bij mensen met LVB

Figuur 3 toont het stroomschema van het literatuuronderzoek. Uit Engelstalige wetenschappelijke literatuur, Nederlandstalige wetenschappelijke literatuur en Nederlandstalige grijze literatuur hebben we uiteindelijk 193 artikelen onderzocht op prevalenties.

Tijdens het bekijken van de volledige tekst van deze artikelen zijn 70 artikelen toegevoegd op basis van sneeuwbaaleffect. Uiteindelijk voldeden 60 artikelen aan onze criteria. Bij twijfel of een artikel geïncludeerd of geëxcludeerd zou moeten worden, heeft het projectteam het artikel opnieuw beoordeeld. In overleg zijn de 60 artikelen verdeeld over drie thema's van het AAIDD-model: **gezondheid** (hoofdstuk 4 en 5), **participatie** (hoofdstuk 6) en **context** (hoofdstuk 7). Sommige artikelen bevatten cijfers over meerdere thema's.



Figuur 8.1 Stroomdiagram zoekstrategie

## Verwerkte onderzoeksgegevens

Uit de geselecteerde artikelen zijn de prevalentiecijfers van bijkomende problemen overgenomen. Voor de dimensie gezondheid zijn de lichamelijke en psychische bijkomende problemen ingedeeld volgens de ICD-11 (World Health Organization, 2019).

We hebben het volgende weergegeven in de tabellen:

- Onderzoeksgroep, aantal onderzochte deelnemers en het leeftijdsbereik of de gemiddelde leeftijd als dit bekend was.
- Prevalentiecijfers van de bijkomende problemen.
- Het aantal onderzochte deelnemers en prevalentiecijfers van de bijkomende problemen als er een referentiegroep onderzocht was. Significante verschillen tussen de LVB-onderzoeksgroep en de referentiegroep zijn dikgedrukt.

Details over de geselecteerde onderzoeken zijn te vinden in de artikelen zelf.

De cijfers over bijkomende problemen worden besproken onder de tabellen. We gaan dieper in op **overgewicht, ADHD, eenzaamheid** en **seksuele grensoverschrijding** in aparte uitgelichte stukken. Daarin leggen we uit wat elk probleem betekent, vergelijken we de cijfers van mensen met LVB met die van de algemene Nederlandse bevolking en beschrijven we hoe deze informatie in de praktijk gebruikt kan worden.

## Bronnenlijst hoofdstuk 8

- American Psychiatric Association. (2022). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5-TR)* (Nederlandse vereniging voor Psychiatrie, Vert.; 5<sup>de</sup> druk). Boom uitgevers.
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases, eleventh revision (ICD-11)*. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en>

9.

---

## Uitleiding



Dit boek geeft een uitgebreid overzicht van de prevalenties van bijkomende problemen bij mensen met LVB op het gebied van lichamelijke en psychische gezondheid, participatie en context. Waarom is het belangrijk om te weten hoe vaak ze voorkomen? Is dit overzicht compleet? En hoe kan dit overzicht bijdragen aan passende zorg?

### **Waarom is het belangrijk om te weten hoe vaak bijkomende problemen voorkomen?**

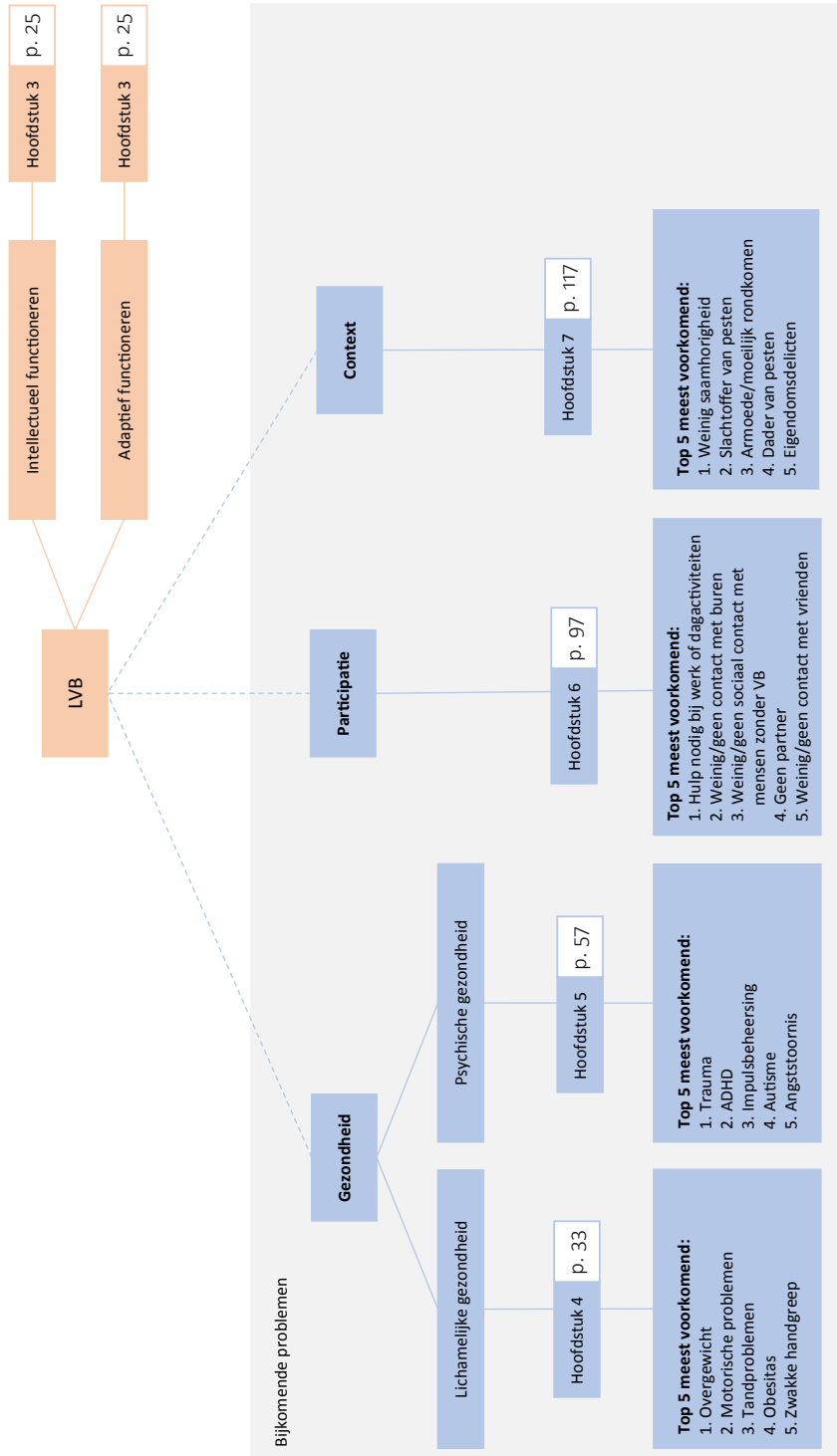
In dit boek zijn voor de dimensies gezondheid, participatie en context van het AAIDD-model de bijkomende problemen en hun prevalenties beschreven (Schalock et al., 2021). Figuur 9.1 geeft een visuele samenvatting van de informatie die we in dit boek beschrijven. In de figuur is per dimensie een top 5 weergegeven van de meest voorkomende bijkomende problemen die we gevonden hebben in de literatuur. Daarnaast geeft tabel 9.1 een overzicht van alle prevalenties die we gevonden hebben. Waarom is het eigenlijk belangrijk om te weten welke bijkomende problemen voorkomen bij mensen met LVB en hoe vaak?

Kennis is macht. Als we weten welke bijkomende problemen voorkomen bij mensen met LVB en hoe vaak, kunnen we ze eerder en beter herkennen en erkennen. Vervolgens kunnen de begeleiding en behandeling worden aangepast. Door vooruit te denken in plaats van achteraf te reageren, kan zorg sneller en beter geleverd worden en kunnen crisissituaties worden voorkomen.

Zorginstellingen kunnen zich de vraag stellen of ze deze cijfers herkennen. Stel dat ze op hun poli weinig vragen krijgen over probleem X, terwijl uit onderzoek blijkt dat het bij 80% van de mensen met LVB voorkomt, dan roept dat de vraag op of er wel voldoende aandacht voor is. Wat is het beleid? Wordt er wel gescreend op probleem X? Weten zorgmedewerkers waarop ze moeten letten? Worden zorgmedewerkers hierin geschoold? Weten ze hoe ze mensen kunnen behandelen of ondersteunen? Het is dus zaak om als zorginstelling dit overzicht van bijkomende problemen langs het bestaande beleid te houden: op welke bijkomende problemen is beleid ten aanzien van screening, diagnostiek en behandeling? En op welke bijkomende problemen niet? Dat geeft zorginstellingen munitie voor beleidskeuzes en -aanpassingen.

Ook uit deelonderzoek waarbij is gekeken welke bijkomende problemen genoemd worden in de dossiers van 43 mannen en 41 vrouwen met LVB, bleek dat niet alle bijkomende psychische problemen op dezelfde manier gescreend worden (Bosgra et al., 2025; Jelsma et al., 2025). Voor problemen zoals ADHD, autismespectrumstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen wordt in de meeste gevallen een officiële diagnose vastgesteld. Maar bij problemen zoals trauma, stemmingsstoornissen of schizofrenie worden de klachten vaak alleen beschreven en is er geen officiële diagnose terug te vinden in de dossiers. Dit zou aanleiding kunnen zijn voor zorginstellingen om te kijken waarom sommige problemen voornamelijk beschreven worden en hoe ook hiervoor een officiële diagnose vastgesteld kan worden.

Weten dat een probleem veel voorkomt is één, het herkennen en vaststellen bij een persoon is een ander verhaal. Daarnaast moeten er keuzes gemaakt worden over passende interventies. Hierbij kun je denken aan het inzetten van hulpmiddelen, werkwijzen en therapieën.



Figuur 9.1 Samenvatting van literatuuronderzoek naar bijkomende problemen bij mensen met LVB

**Tabel 9.1** Overzicht van alle prevalentiecijfers van bijkomende problemen bij mensen met LVB gevonden in de literatuur

	Aantal gevonden artikelen	Prevalentie in %
<b>Dimensie lichamelijke gezondheid</b>		
Nieuwvormingen		
<i>Kanker of kwaadaardige tumor</i>	2	2 – 3
Endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen		
<i>Overgewicht, obesitas of andere overvoeding</i>	7	6,6 – 69,7
<i>Ondergewicht</i>	2	3,2 – 36
<i>Diabetes mellitus</i>	3	6 – 7
<i>Aandoeningen aan de schildklier</i>	2	1 – 2
<i>Vetstofwisselingsstoornis</i>	1	5
Ziekten van het zenuwstelsel		
<i>Epilepsie</i>	4	1 – 10,5
Ziekten van het visuele systeem		
<i>Visusproblemen</i>	2	1,7 – 4,2
Ziekten van het oor		
Auditieve beperking		
<i>Gehoorprobleem</i>	2	2,2 – 3,2
Aandoeningen uitwendig oor		
<i>Overmatig oorsmeer</i>	1	5
Ziekten van hart- en vaatstelsel		
<i>Hoge bloeddruk</i>	4	5 – 8
Overige hart- en vaatziekten		
<i>Hart- en vaatziekten</i>	3	3 – 4,6
<i>Diepe aderontsteking</i>	1	0,5
<i>Hersenbloeding</i>	1	0,5
<i>Beroerte</i>	1	0,3
<i>Kransslagaderziekten</i>	1	0,3
<i>Boezemfibrilleren</i>	1	0,2
<i>Hartfalen</i>	1	0,1
Ziekten van ademhalingsstelsel		
<i>Astma</i>	3	9 – 10
<i>Luchtweginfecties</i>	1	5
<i>Ademhalingsstoornis</i>	2	1

**Tabel 9.1 (vervolg )** Overzicht van alle prevalentiecijfers van bijkomende problemen bij mensen met LVB gevonden in de literatuur

	Aantal gevonden artikelen	Prevalentie in %
<b>Ziekten van spijsverteringsstelsel</b>		
<i>Pijn in mond</i>	1	48,6
<i>Tandproblemen in de laatste 6 maanden</i>	1	44,4 – 46,5
<i>Aangetast glazuur</i>	1	24,7
<i>Tandsteen</i>	1	30
<i>Tandplak</i>	1	18
<i>Tandvleesontsteking</i>	1	14
<i>Gaatjes</i>	1	14
<i>Afgebroken tand/kies</i>	1	6
<i>Drukplek door prothese</i>	1	6
<i>Ernstige tandvleesontsteking</i>	1	2
<i>Wortelresten</i>	1	2
<i>Fistel</i>	1	4
<i>Tandknarsen- of klemmen</i>	1	4
<i>Schimmelinfectie</i>	1	2
<i>Aften</i>	1	0
<b>Obstipatie</b>		
<i>Obstipatie</i>	1	4
<b>Ziekten van de huid</b>		
<i>Eczeem</i>	1	10
<i>Schimmelinfectie van de huid</i>	1	4
<b>Ziekten van botspierstelsel en bindweefsel</b>		
<i>Minder knijpkracht in dominante hand</i>	1	32
<i>Artritis</i>	2	7 – 8
<i>Osteoporose</i>	1	6,6
<b>Ongeclassificeerde symptomen</b>		
<i>Motorische problemen</i>	2	42,6 – 61,8
<b>Dimensie psychische gezondheid</b>		
<b>Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen (anders dan LVB)</b>		
<i>ADHD<sup>a</sup></i>	11	4,3 – 82,3
<i>Autismespectrumstoornis</i>	9	6 – 76

<sup>a</sup> aandachtsdeficiëntie-hyperactiviteitsstoornis

**Tabel 9.1 (vervolg )** Overzicht van alle prevalentiecijfers van bijkomende problemen bij mensen met LVB gevonden in de literatuur

	Aantal gevonden artikelen	Prevalentie in %
<b>Communicatiestoornissen</b>		
<i>Taalproblemen</i>	3	6,5 – 79
<b>Specifieke leerstoornis</b>		
<i>Dyslexie</i>	1	17,1
<i>Dysfasie</i>	1	5
<i>Dyscalculie</i>	1	5
<b>Schizofreniespectrum of andere primaire psychotische stoornissen</b>		
<i>Schizofrenie</i>	5	1,3 – 35,5
<i>Psychose</i>	7	0,5 – 21,6
<b>Stemmingsstoornissen</b>		
<i>Depressieve stoornis</i>	14	2,6 – 44
<i>Stemmingsstoornis</i>	1	17,4 – 20,4
<i>Bipolaire stoornis</i>	5	2,1 – 11,8
<b>Angst of angst gerelateerde stoornissen</b>		
<i>Angst voor de tandarts</i>	2	geen: 12 – 67 beetje: 18 – 41 gemiddeld: 19 behoorlijk: 11 – 18 veel: 4 – 11
<i>Angststoornis</i>	4	7,3 – 27
<i>Fobie</i>	1	4,1
<i>Agorafobie</i>	1	2,7
<i>Paniekstoornis</i>	1	1,0
<b>Trauma en stressgerelateerde stoornissen</b>		
<i>Ingrijpende jeugdervaringen</i>	4	9,2 – 87
<i>PTSS<sup>b</sup></i>	2	2,8 – 19,7
<i>Hechtingsstoornissen</i>	1	14
<b>Voedings- of eetstoornissen</b>		
<i>Voedings- of eetstoornissen</i>	2	0,9 – 1
<b>Voedings- of eetproblemen</b>		
<i>Voedingsgerelateerde problematiek</i>	1	94
<i>Voedselweigering</i>	1	72
<i>Selectief eetpatroon</i>	1	68

<sup>b</sup> posttraumatische stressstoornis

**Tabel 9.1 (vervolg )** Overzicht van alle prevalentiecijfers van bijkomende problemen bij mensen met LVB gevonden in de literatuur

	Aantal gevonden artikelen	Prevalentie in %
<b>Eliminatiestoornissen</b>		
<i>Bedplassen</i>	1	0,2
<b>Stoornissen van lichamelijk leed of lichaamsbeleving</b>		
<i>BDD<sup>c</sup></i>	2	0,5 – 1,5
<b>Middelen gerelateerde en verslavingsstoornissen</b>		
<i>Alcohol</i>	7	3,1 – 62
<i>Middelen</i>	6	3,8 – 49,1
<i>Drugs- of tabak</i>	8	0,8 – 33,7
<b>Stoornissen in de impulsbeheersing</b>		
<i>Periodieke explosieve stoornis</i>	1	3,8
<i>Dwang om te stelen</i>	1	1,1
<i>Problemen in de impulscontrole</i>	1	44
<i>Brandstichting</i>	1	20,5
<b>Disruptieve gedragsstoornis of vergelijkbare stoornissen</b>		
<i>ODD<sup>d</sup></i>	2	3,4 – 14
<i>CD<sup>e</sup></i>	2	0 – 14
<b>Persoonlijke stoornissen</b>		
<i>Persoonlijke stoornis</i>	8	4,3 – 59,9
<b>Parafiele stoornissen</b>		
<i>Pedofiele stoornis</i>	1	1,1
<b>Dimensie participatie</b>		
<b>Werk en dagbesteding</b>		
<i>Het hebben van werk of dagbesteding</i>	8	12,5 – 94,4
<i>Werkeloos, niet in staat te werken of geen dagbesteding</i>	4	21,2 – 73,6
<b>Woonsituatie</b>		
<i>Wonen in een zorginstelling</i>	3	7 – 73,6
<i>Zelfstandig wonen</i>	6	9,1 – 69,7
<i>Eerdere opname zorginstelling</i>	1	44,4
<i>Ambulant wonen</i>	1	13

<sup>c</sup> Bodily Distress Disorder

<sup>d</sup> oppositioneel opstandige gedragsstoornis

<sup>e</sup> norm overschrijdende gedragsstoornis

**Tabel 9.1 (vervolg )** Overzicht van alle prevalentiecijfers van bijkomende problemen bij mensen met LVB gevonden in de literatuur

	Aantal gevonden artikelen	Prevalentie in %
<b>Vrijtijdsbesteding</b>		
<i>Vrijtijdsactiviteiten</i>	4	34,9 – 73,3
<i>Krijgt hulp bij activiteiten</i>	3	44 – 61
<i>Geen deelname aan (sport)activiteiten</i>	1	44
<i>Wil vaker ergens naartoe gaan</i>	2	17-24
<b>Gemeenschapsparticipatie</b>		
<i>Geen gemeenschapsparticipatie</i>	1	43,7
<b>Schoolgang</b>		
<i>Niet schoolgaand</i>	1	15,7
<b>Gebruk van publieke diensten</b>		
<b>Buurtvoorzieningen</b>		
<i>Buurtvoorzieningen toegankelijk</i>	1	88
<i>Maakt gebruik van buurtvoorzieningen</i>	1	42
<b>Gezondheidszorg</b>		
<i>Bezoekt tandarts</i>	1	38 – 82
<i>Bezocht afgelopen jaar de huisarts</i>	1	83,2
<i>Bezocht afgelopen jaar de huisarts niet</i>	1	16,9
<b>Contacten met vrienden, familie, leeftijdsgenoten en burens</b>		
<i>Regelmatig sociaal contact met vrienden, familie, leeftijdsgenoten of burens</i>	5	5 – 81,9
<i>Geen of beperkt sociaal netwerk</i>	2	26,2 – 34,6
<i>Voelt zich eenzaam</i>	2	34 – 37
<i>Heeft een partner</i>	5	37 – 57
<i>Alleenstaand</i>	1	58,9
<b>Dimensie context</b>		
<b>Omgeving</b>		
<b>Criminaliteit</b>		
<i>Eigendomsdelicten</i>	1	96,1
<i>Gewelddelicten</i>	1	71,1
<i>Vandalisme en overtredingen van de openbare orde</i>	1	25,0
<i>Drugs gerelateerde misdrijven</i>	1	23,7
<i>Verkeersovertredingen</i>	1	17,1
<i>Wapenbezit</i>	1	14,5
<i>Zedendelicten</i>	1	0,0

**Tabel 9.1 (vervolg )** Overzicht van alle prevalentiecijfers van bijkomende problemen bij mensen met LVB gevonden in de literatuur

	Aantal gevonden artikelen	Prevalentie in %
<b>Leefmilieu</b>		
<i>Lage sociale cohesie</i>	2	56 – 73
<i>Middelengebruik in omgeving</i>	1	1,5 – 50
<b>Interactie met leeftijdsgenoten</b>		
<i>Slachtoffer van pesten</i>	3	16,7 – 73,0
<i>Dader van pesten</i>	2	50 – 57,1
<b>Sociaaleconomische status</b>		
<i>Armoede/moeilijk rondkomen</i>	2	54-72
<b>Seksuele grensoverschrijding</b>		
Slachtoffer van seksueel grensoverschrijdend gedrag		
<i>Seksueel misbruik</i>	1	1 per jaar
<i>Seksuele uitbuiting</i>	1	12,4
Pleger van seksueel grensoverschrijdend gedrag		
<i>Ongepast gedrag of seksueel misdrijf</i>	1	31
<i>Seksueel misdrijf</i>	1	43,2

### Is dit boek compleet?

Omdat we een uitgebreid literatuuronderzoek hebben gedaan met een omvangrijke zoekstrategie in Engelstalige wetenschappelijke literatuur, Nederlandstalige wetenschappelijke literatuur en grijze literatuur, durven we te stellen dat dit onderzoek een betrouwbaar, actueel en volledig overzicht geeft van de prevalentiecijfers die op dit moment beschikbaar zijn voor bijkomende problemen bij mensen met LVB. Bij de interpretatie van de gevonden cijfers, is het belangrijk om goed te kijken over welke studiegroep en setting ze gaan. Soms gelden de cijfers voor de hele groep mensen met LVB, maar soms gaan ze alleen over een specifieke groep, zoals jongeren. Ook kunnen de cijfers afhangen van de woonsituatie, bijvoorbeeld zelfstandig in de wijk met ambulante ondersteuning, bij een zorginstelling of in een kliniek voor intensieve behandeling.

### Van bijkomende problemen naar passende zorg

Om te bepalen hoeveel ondersteuning iemand nodig heeft voor een zo goed mogelijke kwaliteit van leven, is het volgens het AAIDD-model belangrijk om niet alleen te kijken naar iemands verstandelijke beperkingen (dimensie intellectueel functioneren en adap-

tief functioneren) maar ook naar zijn of haar gezondheid, participatie en context. Als we weten welke bijkomende problemen vaak voorkomen en hierop inspelen, bijvoorbeeld door screening, krijgen we een duidelijker beeld van de persoon om wie het gaat. Daardoor kan er beter ingespeeld worden op zijn of haar beperkingen, mogelijkheden, wensen en behoeften. Hierdoor kunnen we betere kwaliteit van zorg leveren en gaat de kwaliteit van leven omhoog.

Ook het *Kwaliteitskompas* vindt dat er in het ondersteuningsplan aandacht moet zijn voor lichamelijk en psychisch welbevinden, betekenisvolle contacten en deelname aan de samenleving (Landelijke Stuurgroep Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg, 2023). Dit wordt onderschreven in het *Kader Passende zorg*, dat is opgesteld door Zorginstituut Nederland in opdracht van het ministerie van VWS (Zorginstituut Nederland, 2022). In dit kader wordt beschreven hoe de zorg er in de toekomst uit moet komen te zien en wat de overheid van iedereen verwacht om dit te voor elkaar te krijgen.

Het Zorginstituut heeft vier principes opgesteld voor het werken aan passende zorg. Een daarvan is: 'passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand'. Hiermee wordt bedoeld dat zorg past bij iemands persoonlijke situatie, behoeften en wensen. Om de behoeften van iemand goed in kaart te brengen is het dus belangrijk om niet alleen naar de LVB te kijken, maar ook naar bijkomende problemen die voorkomen op het gebied van lichamelijke en psychische gezondheid, participatie en context.

Een voorbeeld van een bijkomend probleem is eenzaamheid. Dit komt vaker voor bij mensen met LVB dan bij mensen in de algemene bevolking. Doordat mensen eenzaam zijn kunnen ze lichamelijke signalen als vermoeidheid of slaapproblemen laten zien, maar ook psychische signalen zoals boosheid of een negatief zelfbeeld. Door als zorgmedewerker alert te zijn op dit soort signalen, door bijvoorbeeld hierop te screenen of scholing te volgen, kan hierop ingespeeld worden.

Dit past ook bij een ander principe beschreven in het *Kader Passende zorg*: 'passende zorg is waardegedreven'. Dit houdt in dat zorg bijdraagt aan iemands gezondheid, zonder onnodig veel geld, personeel en grondstoffen te gebruiken. Bij het voorbeeld van eenzaamheid als bijkomend probleem kan een zorginstelling hierop inspelen door beleid te maken voor screening, scholing van zorgmedewerkers en duidelijke behandelrichtlijnen. Om zo de zorg zo goed mogelijk aan te laten sluiten bij iemands behoeften.

Voor passende zorg is het daarom belangrijk dat zorginstellingen bewust kiezen welke interventies ze wel of niet aanbieden. Daarbij moeten ze rekening houden met de situatie, effectiviteit en duurzaamheid. Problemen herkennen en vaststellen is één ding, maar het is net zo belangrijk om ze goed aan te pakken met de juiste interventies.

## Aanbevelingen

Gebaseerd op onze bevindingen in het onderzoeksproces, komen we tot een aantal aanbevelingen voor onderzoekers, zorginstellingen en de zorg als geheel:

### Prevalentiecijfers uitsplitsen per doelgroep

Wanneer je onderzoek doet in de verstandelijk gehandicaptensector, geef dan prevalentiecijfers per doelgroep, en niet voor de groep mensen met verstandelijke beperkingen (alle niveaus) als geheel. Verschillende onderzoeken vermelden hoeveel deelnemers lichte, matige, ernstige of zeer ernstige verstandelijke beperkingen hebben. Vervolgens worden de onderzoeksresultaten als één geheel gepresenteerd. Maar wat zeggen prevalentiecijfers voor mensen met zeer ernstige verstandelijke beperkingen over mensen met LVB? De meeste bijkomende problemen komen bij elke doelgroep in verschillende mate voor. Er gaat waardevolle informatie verloren als alle cijfers op één hoop worden gegooid, en dat is zonde. Prevalentiecijfers per doelgroep geven meer inzicht en helpen zorginstellingen om hun beleid beter af te stemmen op de specifieke behoeften van elke groep.

### LVB niet altijd duidelijk vastgesteld

Om de onderzoeksresultaten goed te interpreteren, is het belangrijk om te beschrijven hoe de LVB zijn vastgesteld. Onderzoekers leggen helaas lang niet altijd uit hoe ze de LVB vaststelden. Hierdoor is het lastig om onderzoeksresultaten te vergelijken. Als een artikel niet duidelijk was over de definitie van LVB, hebben we dit aangegeven in de tabel.

### Literatuur en praktijk

Wat in de literatuur staat, komt niet altijd overeen met wat we in de praktijk zien. We hebben de prevalentiecijfers uit de literatuur vergeleken met die uit een dossieronderzoek bij 43 mannen en 41 vrouwen met LVB (Bosgra et al., 2025; Jelsma et al., 2025). Daarin zagen we bijvoorbeeld dat psychische problemen zoals depressie en persoonlijkheidsstoornissen in de praktijk veel vaker werden gerapporteerd dan in de literatuur.

Problemen als ADHD en impulsbeheersing worden juist veel minder vaak beschreven in de dossiers. Dit kan verschillende oorzaken hebben:

- Naar bepaalde bijkomende problemen is relatief weinig onderzoek gedaan, bijvoorbeeld naar seksuele grensoverschrijding bij en door mensen met LVB. Seksuele grensoverschrijding krijgt momenteel veel maatschappelijke aandacht. Het heeft veel impact, zowel op het slachtoffer als op de mensen in zijn of haar omgeving (zoals naasten of zorgmedewerkers). Toch hebben we maar twee artikelen gevonden met prevalentiecijfers voor mensen met LVB. Over het algemeen geldt: hoe meer onderzoeken er zijn over een bepaald onderwerp, hoe betrouwbaarder de prevalentiecijfers.
- Let goed op bij het toepassen van de gevonden prevalentiecijfers op jouw doelgroep. In welke groep zijn de cijfers gemeten? Gaat het om mensen met LVB die ambulante of intramuraal wonen? Waren het kinderen of volwassenen? De cijfers in jouw omgeving kunnen afwijken van de cijfers in dit boek.
- We roepen zorginstellingen en onderzoeksbureaus op om prevalentiecijfers openbaar te maken via tijdschriften en landelijke platforms. Zorginstellingen beschikken over veel gegevens die de zorg kan helpen bij bewustwording en het aanscherpen van beleid. Met andere woorden, de sector zou baat hebben bij een werkwijze die meer gebaseerd is op feiten. Helaas worden veel zorggegevens nog niet (geanonimiseerd) geanalyseerd en gedeeld, terwijl dit voor de zorg waardevolle inzichten kan opleveren.

### **Je weet nu welke bijkomende problemen voorkomen en hoe vaak, maar hoe stel je LVB vast?**

In het ideale geval wordt een officiële diagnose voor LVB gesteld volgens de definities van de AAIDD, DSM-5-TR of ICD-11 (zie hoofdstuk 3). LVB worden bepaald door de beperkingen die iemand heeft in het intellectueel (dimensie I) en adaptief (dimensie II) functioneren. In de *Keuzegids screening & diagnostiek VB* wordt dit uitgebreid toegelicht. Daar vind je ook een overzicht en vergelijking van instrumenten om het intellectueel én adaptief functioneren te screenen en te diagnosticeren (Ulgiati et al., 2024).

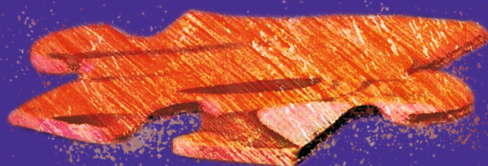
## Bronnenlijst hoofdstuk 9

- Bosgra, K., Jelsma, H., Menge, K., & Jaarsma, E. A. (2025). *Bijkomende psychische problematiek bij mannen met LVB*. Alliade. [www.alliade.nl/over-alliade/praktijkgericht-wetenschappelijk-onderzoek/onderzoeken/3464/bijkomende-problematiek-bij-mensen-met-lvb](http://www.alliade.nl/over-alliade/praktijkgericht-wetenschappelijk-onderzoek/onderzoeken/3464/bijkomende-problematiek-bij-mensen-met-lvb)
- Jelsma, H., Bosgra, K., Menge, K., & Jaarsma, E. A. (2025). *Bijkomende psychische problematiek bij vrouwen met LVB*. Alliade. [www.alliade.nl/over-alliade/praktijkgericht-wetenschappelijk-onderzoek/onderzoeken/3464/bijkomende-problematiek-bij-mensen-met-lvb](http://www.alliade.nl/over-alliade/praktijkgericht-wetenschappelijk-onderzoek/onderzoeken/3464/bijkomende-problematiek-bij-mensen-met-lvb)
- Landelijke Stuurgroep Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg. (2023). *Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023-2028 – Landelijk kompas voor goede zorg en kwaliteit van bestaan*.
- Schalock, R. L., Luckasson, R., & Tassé, M. J. (2021). *Intellectual disability: Definition, diagnosis, classification, and systems of supports* (12<sup>de</sup> druk). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Ulgati, A. M., Van der Hoek, M. D., IJpma, I., & Dekker, A. D. (2024). *Keuzegids screening & diagnostiek VB: definitie, inventarisatie, eigenschappen en vergelijking van instrumenten voor screening en diagnostiek van intellectueel en adaptief functioneren bij mensen met verstandelijke beperkingen* (1<sup>ste</sup> druk). University of Groningen Press. <https://doi.org/10.21827/663b61dbe6d99>
- Zorginstituut Nederland. (2022). *Kader Passende zorg*. [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl)

10.

---

## Appendices



## Verklarende woordenlijst

Adaptief functioneren	Met adaptief functioneren bedoelen we hoe goed iemand omgaat met het dagelijks leven, zoals zelf dingen regelen, omgaan met anderen en jezelf verzorgen. Denk aan op tijd komen, boodschappen doen of sociale regels begrijpen (Schalock et al., 2021). Adaptief functioneren wordt ook wel sociale redzaamheid genoemd.
Extramuraal	Wonen buiten een instelling. Mensen met verstandelijke beperkingen wonen zelfstandig of bij familie en krijgen ondersteuning in hun eigen omgeving. Zorgmedewerkers komen bijvoorbeeld langs om te helpen met dagelijkse taken, sociale activiteiten en persoonlijke ontwikkeling.
Gewogen gemiddelde	Een gewogen gemiddelde is een speciaal soort gemiddelde. Sommige cijfers tellen zwaarder mee dan andere, afhankelijk van hoe vaak ze voorkomen. Dit zorgt voor een beter en eerlijker beeld.
Kwaliteitskompas GHZ	Het Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023-2028 is de actualisatie van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022. “Het doel van dit landelijk kompas is om mensen met een beperking die professionele zorg, ondersteuning of begeleiding krijgen, duidelijkheid te geven: wat mogen zij verwachten van de professionals en de organisaties waar zij wonen en/of waarvan zij zorg en ondersteuning ontvangen? Het helpt professionals en teams om zorg te verbeteren en te blijven leren en reflecteren. Het helpt leidinggevenden om voorwaarden voor kwaliteit te scheppen. En het biedt zorgaanbieders inzicht in de kwaliteit van de organisatie. Dat levert input op voor het (doorontwikkelen van) beleid en biedt een handvat voor verantwoording naar externe partijen. Het Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023-2028 heeft betrekking op gehandicaptenzorg die

onder de Wet langdurige zorg (Wlz) valt” (Stuurgroep Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg, 2022).

- Intellectueel functioneren Intellectueel functioneren gaat over hoe goed iemand kan nadenken, leren en problemen oplossen. Bijvoorbeeld hoe goed iemand logisch kan nadenken of nieuwe dingen kan begrijpen. Beperkingen in het intellectueel functioneren kunnen worden aangetoond met behulp van een gestandaardiseerd instrument om de intelligentie te meten. Er is sprake van een beperking in het intellectueel functioneren als het vastgestelde IQ lager is dan 70-75 (Ulgiati et al., 2024)
- Intramuraal Wonen in een instelling. Mensen met verstandelijke beperkingen wonen op een locatie waar ze dag en nacht zorg en begeleiding krijgen. Alle ondersteuning, zoals hulp bij dagelijkse activiteiten en medische zorg, is daar direct beschikbaar.
- Professionele distantie Zorgmedewerkers moeten een balans vinden tussen betrokkenheid en afstand. Ze moeten warm en ondersteunend zijn, maar ook zakelijk genoeg om objectief te blijven en goede beslissingen te nemen. Te veel afstand kan ervoor zorgen dat iemand zich niet begrepen voelt, terwijl te veel betrokkenheid het werk lastiger maakt.
- Herhaalde geweldplegers Mensen die opnieuw een gewelddadige misdaad plegen nadat zij al eerder zijn veroordeeld.
- Verstandelijke beperkingen Er zijn meerdere officiële definities, maar wereldwijd worden die van de AAIDD, DSM-5-TR en ICD-II het meest gebruikt. Ze komen grotendeels overeen en leggen de nadruk op significante beperkingen in zowel intellectueel functioneren (IQ onder 70-75) als adaptief functioneren. Daarnaast benadrukken ze dat deze beperkingen moeten zijn ontstaan in de ontwikkelingsperiode, vóór de leeftijd van 22 jaar.

## Zwakbegaafdheid

Zwakbegaafdheid werd vroeger gedefinieerd als een IQ tussen de 70 en 85. Tegenwoordig is IQ niet meer het belangrijkste bij de beoordeling van zwakbegaafdheid. Mensen met zwakbegaafdheid vallen binnen de LVB-doelgroep als hun behoefte aan ondersteuning overeenkomt met die van mensen met LVB. In dat geval kunnen ze een beroep doen op ondersteuning vanuit de verstandelijk gehandicaptenzorg.

## Bronnenlijst hoofdstuk 10

- Schalock, R. L., Luckasson, R., & Tassé, M. J. (2021). *Intellectual disability: Definition, diagnosis, classification, and systems of supports* (12de druk). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Stuurgroep Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg. (2022). *Kwaliteitskompas GHZ 2023–2028: landelijk kompas voor goede zorg en kwaliteit van bestaan*.
- Ulgati, A., Van der Hoek, M., Ijpma, I., & Dekker, A. (2024). *Keuzegids screening & diagnostiek VB: Definitie, inventarisatie, eigenschappen en vergelijking van instrumenten voor screening en diagnostiek van het intellectueel en adaptief functioneren bij mensen met verstandelijke beperkingen*. University of Groningen Press. <https://doi.org/10.21827/663b61dbe6d99>

## Over PWO

De afdeling Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek (PWO) van Alliade beantwoordt veelvoorkomende vragen uit de praktijk door onderzoek. Dit zijn vragen van cliënten, begeleiders, behandelaren en managers. Het onderzoek van PWO moet aan twee eisen voldoen: het moet iets opleveren voor de cliënt van vandaag of morgen (praktijkgericht) en het moet voldoen aan wetenschappelijke standaarden. Door een goede studieopzet, betrouwbare methoden en zorgvuldige verslaglegging zorgen we ervoor dat de resultaten representatief en bruikbaar zijn. PWO werkt nauw samen met zorgmedewerkers, informele zorgverleners en waar mogelijk met cliënten. Zo sluit het onderzoek goed aan op de gehandicaptenzorg. De resultaten worden gedeeld met de werkvloer van Alliade en op verschillende manieren openbaar gemaakt.

Onderzoek van PWO richt zich op drie onderzoekslijnen:

- 1) LVB
- 2) Specialistische ouderenzorg (onder andere dementie bij mensen met VB)
- 3) Passende zorg

Als we onderzoek doen, houden we bij PWO altijd cliënten en medewerkers van Alliade en daarbuiten in ons achterhoofd. Daarom stoppen we niet bij het publiceren van een wetenschappelijk artikel, maar communiceren we in de volle breedte over ons onderzoek: van nieuwsbrief tot video en van website tot onze Alliade Kennisdagen. En daarmee houdt het niet op: implementeren is van nog groter belang. PWO ontwikkelt niet alleen kennis, maar juist ook concrete producten waarmee de praktijk verder kan: hulpmiddelen, infographics, keuzewijzers, vragenlijsten en nog veel meer. Enkele recente producten van PWO of waaraan PWO heeft meegewerkt:

- De Grote Methodiekengids: definitie, inventarisatie, praktische toepasbaarheid en wetenschappelijke onderbouwing van begeleidingsmethodieken voor mensen met verstandelijke beperkingen  
[www.alliade.nl/pwo/begeleidingsmethodieken](http://www.alliade.nl/pwo/begeleidingsmethodieken)
- Keuzegids screening & diagnostiek VB: definitie, inventarisatie, eigenschappen en vergelijking van instrumenten voor screening en diagnostiek van het intellectueel en adaptief functioneren bij mensen met verstandelijke beperkingen  
[www.alliade.nl/pwo/vb-diagnostiek](http://www.alliade.nl/pwo/vb-diagnostiek)

- Screeningsinstrument voor dysfagie bij mensen met een verstandelijke beperking (SD-VB)
- [www.alliade.nl/pwo/sd-vb](http://www.alliade.nl/pwo/sd-vb)
- Psychomotorische gezinstherapie bij mensen met een LVB  
[www.alliade.nl/pwo/pmgt](http://www.alliade.nl/pwo/pmgt)
- Keuzewijzer hulpmiddelen opvoedgesprek voor hulpverleners en ouders met LVB  
[www.alliade.nl/pwo/opvoeden](http://www.alliade.nl/pwo/opvoeden)

Meer weten over andere onderzoeksprojecten van PWO?



[www.alliade.nl/pwo](http://www.alliade.nl/pwo)



Aanmelden voor de PWO-kwartaalnieuwsbrief via [pwo@alliade.nl](mailto:pwo@alliade.nl)



[www.linkedin.com/showcase/pwo-alliade](http://www.linkedin.com/showcase/pwo-alliade)



[pwo@alliade.nl](mailto:pwo@alliade.nl)

## Disclaimer

In *Van Autisme tot Zichtproblemen* verwijzen we met de term ‘zorgmedewerker’ naar beroepskrachten zoals activiteitenbegeleiders, ambulante begeleiders, coaches, coördinerende begeleiders, persoonlijk begeleiders, verpleegkundigen en verzorgenden. Orthopedagogen, orthopedagoog-generalisten, psychologen en gezondheidspsychologen duiden we aan als gedragskundigen. Mensen die zonder professionele opleiding of betaalde zorg verlenen, zoals familieleden of burens, noemen we ‘informele zorgverleners’. Ieder mens is uniek en we willen niemand tekortdoen. We gebruiken deze termen om duidelijk en zorgvuldig te kunnen communiceren.

Dit boek is tot stand gekomen op basis van uitgebreid literatuuronderzoek. Wij hebben ons best gedaan om het zo volledig en nauwkeurig mogelijk te maken. Heb je suggesties, zie je een fout of ontbreekt er informatie? Laat het ons dan weten via het centrale e-mailadres van de afdeling PWO: [pwo@alliade.nl](mailto:pwo@alliade.nl).

## Leeswijzer tabellen

Er zijn heel veel verschillende bijkomende problemen. Om hier een ordening in aan te brengen maken we in dit boek gebruik van het AAIDD-model. Dat betekent dat we bijkomende problemen onderverdelen in de dimensies lichamelijke gezondheid, psychische gezondheid, participatie en context. Vervolgens hebben we de bijkomende problemen op het gebied van lichamelijke en psychische gezondheid verder onderverdeeld op basis van de ICD-11-indeling van de Wereldgezondheidsorganisatie. Per dimensie zijn er verschillende categorieën. De prevalenties van bijkomende problemen worden voor alle categorieën in een tabel weergegeven. In de tabel wordt het meest voorkomende probleem steeds als eerste genoemd. Een voorbeeld van een categorie binnen de dimensie lichamelijke gezondheid is *ziekten van het oor*. Een categorie kan onderverdeeld zijn in subcategorieën. In dit voorbeeld zijn dat *auditieve beperking en aandoeningen uitwendig oor*. Elke subcategorie omvat vervolgens specifieke aandoeningen, zoals gehoorprobleem, ernstige slechthorendheid en overmatig oorsmeer. Deze aandoeningen zijn de bijkomende gezondheidsproblemen voor mensen met LVB die we in de literatuur hebben gevonden.

In de tabellen geven we steeds aan of de onderzoeken een significant verschil vonden tussen de groep mensen met LVB en de referentiegroep. De referentiegroep is een vergelijkingsgroep zonder LVB. Als er sprake is van een statistisch belangrijk verschil tussen beide groepen is dat in de tabel aangegeven door **vetgedrukte tekst** in de kolom *studiegroep mensen met LVB*.

Wanneer in de tabel een ster (\*) staat, betekent dit dat de verstandelijk beperkingen niet officieel zijn vastgesteld. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat er wel een vermoeden is van LVB, maar dat er geen officiële diagnose of testresultaten beschikbaar zijn die dit bevestigen.

### Symbolen

♀ vrouw

♂ man

< jonger dan

> ouder dan

≤ jonger dan of gelijk aan

≥ ouder dan of gelijk aan

## Afkortingen

EVB	ernstige verstandelijke beperkingen
gem.	gemiddelde
LB	lichamelijke beperkingen
LVB	lichte verstandelijke beperkingen
MVB	matige verstandelijke beperkingen
n.b.	niet bekend
n.v.t.	niet van toepassing
VB	verstandelijke beperkingen
ZB	zwakbegaafdheid
ZEVMB	zeer ernstige verstandelijke meervoudige beperkingen

## Moeilijke-woordenlijst

Prevalentie	Dit betekent hoe vaak iets voorkomt in een bepaalde groep of periode. Als we bijvoorbeeld zeggen dat de prevalentie van diabetes 10% is, betekent dit dat 10 van de 100 mensen diabetes hebben.
Referentiegroep	Dit is een groep mensen waarmee een studiegroep wordt vergeleken. Als je bijvoorbeeld wilt weten of een groep mensen met LVB anders scoort op een test dan gemiddeld, vergelijk je ze met een referentiegroep zonder beperking.
Significant	Een verschil is significant als het zo groot of sterk is dat het niet toevallig kan zijn. Het betekent dat de uitkomst echt iets zegt en niet door toeval komt.
Studiegroep	Dit is een groep mensen met LVB of zwakbegaafdheid die onderzocht wordt.



Om goed in te kunnen spelen op de behoeften van mensen met lichte verstandelijke beperkingen (LVB), is het belangrijk zowel de verstandelijke beperking als mogelijke bijkomende problemen te herkennen. Zorgmedewerkers hebben baat bij een duidelijk overzicht van welke problemen veel voorkomen en hoe vaak (prevalentie). Tot op heden ontbreekt zo'n overzicht.

*Van Autisme tot Zichtproblemen* geeft daarom een uitgebreid overzicht van bijkomende problemen die in literatuur onderzocht zijn. De gevonden prevalenties zijn onderverdeeld in hoofdstukken gericht op lichamelijke gezondheid, psychische gezondheid, participatie (in de samenleving), en context (omgeving) om zo een handig overzicht te bieden voor behandelaren en begeleiders van bijkomende problemen die bij mensen met LVB kunnen spelen.

Het boek bundelt de uitkomsten van gestructureerd literatuuronderzoek en laat zien welke bijkomende problemen het meest genoemd worden in de literatuur. Nuttig voor begeleiders, behandelaren, beleidsmakers, bestuurders, managers en onderzoekers in de gehandicaptenzorg.

## **Door te weten welke bijkomende problemen veel voorkomen, kunnen zorgmedewerkers ze beter herkennen.**

**Door Ybelina de Jong-van der Meulen, Marjanne van der Hoek, Tessa Wokke, Kirsten Menge, Eva Jaarsma, Alain Dekker**

*De uitgave is tot stand gekomen in samenwerking met  
Alliade Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek.*

alliade

University of Groningen Press

ISBN 978-94-034-3111-6



9 789403 431116