



Tijdschrift LVB Onderzoek & Praktijk

- Agressie te lijf+, een psychomotorische interventie
- ACEs in gezinnen met een LVB onder toezicht
- Bruggen bouwen tussen wetenschap en praktijk in de LVB-zorg
- Column: LVB bestaat niet!
- Exposure bij jongeren met een LVB en angst
- Interview: Ervaringsdeskundige Wieland Loeffen: "Doe waar je goed in bent en durf het!"
- Op de zeepkist: Co-onderzoeker met een LVB op de universiteit
- Handreiking: Handvatten rondom LVB en een psychosespectrumstoornis
- Promotienieuws

1

Voorjaar 2026, jaargang 24, nr 1

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



LVB Onderzoek & Praktijk

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

LVB Onderzoek & Praktijk verschijnt tweemaal per jaar.

Hoofredactie:

Mariët van der Molen

Redactie:

Anika Bexkens

Annematt Collot D'Escury-Koenigs

Jolanda Douma

Valerie Fictorie

Annie de Groot

Hendrien Kaal

Marnix Loer

Gabriëlle Mercera

Maroesjka van Nieuwenhuijzen

Andries Schilperoord

Tekstcorrecties:

Jolanda Douma

Vormgeving:

Renate Siebes – Proefschrift.nu

Vermenigvuldiging en verspreiding:

Drukwerkdeal

Correspondentie en kopij:

Landelijk Kenniscentrum LVB

t.a.v. Redactie LVB Onderzoek & Praktijk

Postbus 519

3500 AM Utrecht

tel. 030-7400400

redactie@kenniscentrumlvb.nl

www.kenniscentrumlvb.nl

ISSN printversie 2950-6409

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

LVB Onderzoek & Praktijk

Voorjaar 2026
Jaargang 24 – nummer 1

Inhoud

Van der Molen	2	Redactioneel
Burger & Bellemans	4	Agressie te Lijf+: Ontwikkeling van een psychomotorische interventie ter vermindering van agressief gedrag voor volwassenen met een licht verstandelijke beperking
Mercera, Vervoort-Schel, Sterenborg & Van Nieuwenhuijzen	13	ACEs in gezinnen met een (licht) verstandelijke beperking onder toezicht
Bexkens	21	Bruggen bouwen tussen wetenschap en praktijk in de LVB-zorg <i>Evidence-based practice als kompas voor betere besluitvorming</i>
	Column	
Aldenkamp & Wieland	25	LVB bestaat niet!
	Opinie	
Mantel, Oude Sanderink & Bexkens	27	Exposure bij jongeren met een LVB? Gewoon doen!
	Interview	
Van der Molen	32	Doe waar je goed in bent en durf het! <i>Interview met Wieland Loeffen</i>
	Op de zeepkist	
Van Ark, Van Rest & Wagemaker	34	Hoe ontstaat een waardevolle werkplek voor een co-onderzoeker met een LVB aan de universiteit?
	Handreiking	
Dekker, Van den Bogaard, Sterk, Vingerhoets, Nieuwenhuis & Van Vliet	37	Wanneer psychose en een LVB elkaar raken
	Promotienieuws	
	40	

Redactioneel

Mariët van der Molen – hoofdredacteur LVB Onderzoek & Praktijk

“Doe waar je goed in bent en durf het!”, zei Wieland Loeffen, een jongeman met een licht verstandelijke beperking (LVB). Ik interviewde hem voor dit tijdschrift, en dit was zijn reactie op mijn vraag of hij nog adviezen had voor andere mensen met een LVB. Het is een wijze opdracht, voor ons allemaal, of je nu een LVB hebt of niet. Maar zoals Wieland in zijn interview ook laat zien, vraagt het leven met een LVB vaak structureel om moed. Moed om met de trein te gaan, moed om begeleid te gaan wonen, moed om te zeggen: “Ik begrijp het niet, wil je het nog een keer uitleggen?” Moed om om te gaan met mensen die te snel praten, te ingewikkeld formuleren, te veel vragen of te weinig geduld hebben. Het vraagt iets van ons om die moed te herkennen, te waarderen en er met meer geduld en aandacht op te reageren. Tegelijkertijd is de opdracht ook te zorgen dat er minder moed nodig is, door bijvoorbeeld de snelheid en complexiteit van onze communicatie aan te passen. In deze editie van het *Tijdschrift LVB Onderzoek & Praktijk* vindt u opnieuw een rijk palet aan wetenschappelijke artikelen, overwegingen en opinies. Zij nodigen uit tot reflectie en inspiratie: om de moed van mensen met een LVB te blijven zien én om ons eigen handelen zo aan te passen dat er minder van die moed nodig is.

Het eerste stuk is van Mieke Burger en Tina Bellemans. Zij betogen dat agressief gedrag bij volwassenen met een LVB vaak ontstaat door problemen in de spanningsregulatie en executieve functies, wat om een minder talige, meer ervaringsgerichte en systemische behandelaanpak vraagt. De interventie Agressie te Lijf+ speelt hierop in door via psychomotorische oefeningen en betrokkenheid van steunfiguren regulatievaardigheden op te bouwen. In hun bijdrage leggen ze uit wat deze interventie inhoudt en waarom deze goed aansluit bij mensen met een LVB en agressief gedrag.

Gabriëlle Mercera en haar drie collega's hebben een retrospectief dossieronderzoek uitgevoerd waarin 128 Nederlandse dossiers zijn geanalyseerd van jeugdigen uit gezinnen met een (L)VB die onder toezicht stonden. Vrijwel alle kinderen uit hun onderzoek hebben te maken met ingrijpende jeugdervaringen (ACEs), vaak in combinatie met extra risico's, zoals uithuisplaatsing, schulden en een beperkt sociaal netwerk. De bevindingen laten zien dat er sprake is van cumulatieve kwetsbaarheid. De auteurs onderstrepen het belang van een brede, gezinsgerichte en contextuele aanpak in de ondersteuning.

Eind vorig jaar sprak Anika Bexkens haar oratie uit ter acceptatie van haar leerstoel Evidence-Based Clinical Practice for Child and Adolescent Mental Health. In haar bijdrage voor het tijdschrift verbindt ze haar ideeën en overtuigingen over evidence-based werken met de zorg voor mensen met een LVB.

Als ik mensen vraag of zij een column voor ons tijdschrift willen schrijven, zeg ik daar altijd bij dat het mag prikkelen. Waar is een column anders voor? Erica Aldenkamp en Jannelien Wieland prikkelen niet alleen, maar onderbouwen ook overtuigend hun stelling dat LVB niet echt bestaat. Hun laatste zin is uit mijn hart gegrepen: “Inclusie betekent immers niet dat de ander zich aanpast, maar dat wij de omstandigheden aanpassen voor de ander.”

Het was nog net geen ‘Stop de persen’, maar toch behoorlijk op de valreep kregen we nog een prachtige bijdrage opgestuurd van Lucas Mantel en zijn twee collega's. Zij betogen dat exposuretherapie bij mensen met een LVB en angst nog veel te weinig wordt toegepast. De auteurs vatten de specifieke behoeften van jongeren met een LVB in therapie samen en illustreren hoe exposuretherapie goed aansluit bij deze behoeften.

Vervolgens het interview met Wieland Loeffen. Hij vroeg zelf of hij geïnterviewd kon worden, omdat hij graag zijn ervaringen als iemand met een LVB wil delen, opdat wij daarvan kunnen leren. Dat aanbod pakten we met enthousiasme aan.

Deze keer in de rubriek 'Op de zeepkist' een informatieve bijdrage van Benjamin van Ark en zijn twee collega's. Benjamin is co-onderzoeker; een ervaringsdeskundige die actief meedenkt in alle fasen van wetenschappelijk onderzoek over mensen met een beperking. Hoe dat zo gekomen is en wat dat van de organisatie en collega's vraagt én wat het oplevert, leggen zij in hun stuk helder uit.

De Academische Werkplaats Kajak heeft een nieuwe richtlijn waarin handvatten staan voor diagnostiek, behandeling en dagelijkse begeleiding van jeugdigen en jongvolwassenen met een LVB en een psychosespectrumstoornis. Mariëtte Dekker en haar co-auteurs beschrijven in hun bijdrage in het kort wat de richtlijn inhoudt. U vindt er ook de link naar de gratis te downloaden richtlijn.

Tenslotte is er weer een enorme oogst aan promoties op het gebied van zorg voor mensen met een LVB, zes maar liefst. Te lezen zijn de samenvattingen van de betreffende dissertaties en de verwijzingen naar de volledige te downloaden documenten.

Ik wens u veel inspiratie en plezier bij het lezen van deze editie. Mocht u zelf ook een bijdrage willen leveren, doet u dat vooral! Deadline voor de komende Najaarseditie is 1 september 2026. Zie [Tijdschrift LVB Onderzoek en Praktijk - Landelijk Kenniscentrum LVB](#) voor meer informatie.

Agressie te Lijf+: Ontwikkeling van een psychomotorische interventie ter vermindering van agressief gedrag voor volwassenen met een licht verstandelijke beperking

Mieke Burger¹
Tina Bellemans²

¹ Docent psychomotorische therapie, Hogeschool Windesheim – m.burger@windesheim.nl

² Associate lector Bewegen, Gezondheid en Welzijn, Hogeschool Windesheim

SAMENVATTING

Agressief gedrag bij volwassenen met een licht verstandelijke beperking (LVB) vormt een hardnekkig en belastend probleem binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg. Beperkingen in spanningsregulatie en executieve functies vergroten de kans dat oplopende arousal leidt tot escalatie. Tegelijkertijd blijkt behandeling bij deze doelgroep effectiever wanneer zij minder talig, meer ervaringsgericht en systemisch wordt vormgegeven.

Agressie te lijf+ (ATL+) is ontwikkeld als een systematisch uitgewerkte psychomotorische interventie die deze inzichten operationaliseert. De interventie combineert drie kernvaardigheden – voelen, interpreteren en handelen – met een gefaseerde opbouw waarin regulatievaardigheden stapsgewijs worden geoefend onder toenemende arousal, cognitieve belasting en sociale complexiteit. Centrale steunfiguren worden structureel betrokken in het proces van gezamenlijke regulatie, zodat vaardigheden beter worden toegepast in dagelijkse situaties. De interventie is door Vilans erkend als goed onderbouwd.

Binnen het behandeltraject worden lichaamsbewustzijn bij boosheid, copingvaardigheden en agressief gedrag systematisch gemonitord. Individuele verandering wordt geëvalueerd met behulp van de Reliable Change Index (RCI), waardoor klinisch relevante verandering onderscheidbaar wordt van toevallige fluctuatie.

ATL+ positioneert zich daarmee als een praktisch toepasbare én toetsbare interventie, die bijdraagt aan transparantie, professionalisering en verdere empirische onderbouwing van spanningsregulatie-interventies binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg.

INLEIDING

Agressief gedrag komt relatief vaak voor bij volwassenen met een licht verstandelijke beperking (LVB). Onder agressief gedrag wordt doorgaans verstaan: gedrag dat (potentieel) fysieke, materiële of psychische schade veroorzaakt bij zichzelf, anderen of de omgeving (Didden, 2016). Agressief gedrag kan niet gezien worden als een eenduidig fenomeen, maar is een gedragsmatige uitingsvorm van verschillende onderliggende persoonsgebonden (zoals regulatieproblemen door cognitieve en executieve beperkingen) en contextuele processen (zoals het geval is bij trauma of gezinsproblematiek). De gevolgen van het agressieve gedrag zijn ingrijpend, voor cliënten én het (professionele) netwerk (CBS, 2026). Voor cliënten kan agressief gedrag leiden tot sociaal isolement, stig-

matisering en intensivering van begeleidingsmaatregelen. Voor steunfiguren en professionals gaat het gepaard met gevoelens van onveiligheid, verhoogde werkdruk en een verhoogd risico op stress- en burn-outklachten (CBS, 2026). Agressieproblematiek vormt daarmee niet alleen een individueel behandelvraagstuk, maar ook een organisatie- en systeemvraagstuk binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg.

Er worden verschillende behandelvormen ingezet bij agressieproblematiek, waaronder medicamenteuze behandeling en cognitief-gedragstherapeutische interventies. Wetenschappelijk bewijs blijft echter beperkt en heterogeen (Prior et al., 2023). In een recente review wordt geadviseerd om behandeling meer ervaringsge-

richt, gepersonaliseerd en systemisch in te steken, zodat mensen met een (L)VB optimaal kunnen profiteren van de behandeling (Royston et al., 2023). Daarnaast komt in de reguliere GGZ in Nederland agressief gedrag relatief vaak voor bij mensen met een (vermoeden van een) LVB, wat vraagt om een passende de behandeling voor deze doelgroep (Nieuwenhuis et al., 2022). Verder signaleren professionals dat problemen in het herkennen en reguleren van oplopende spanning een centrale rol spelen in het ontstaan van agressief gedrag bij volwassenen met een LVB (Bellemans et al., 2018).

Psychomotorische therapie (PMT) biedt vanuit haar ervaringsgerichte karakter een behandelcontext waarin juist het herkennen en reguleren van oplopende spanning centraal staat. Tot voor kort ontbrak echter een systematisch beschreven, theoretisch onderbouwde en uniform uitgewerkte interventie die specifiek gericht is op het verminderen van agressief gedrag bij volwassenen met een LVB.

Agressie te lijf+ (ATL+) is ontwikkeld om in deze lacune te voorzien. De interventie kenmerkt zich door een systematische, ervaringsgerichte werkwijze waarin het lichaam centraal staat bij het herkennen en reguleren van oplopende spanning, en waarin centrale steunfiguren structureel worden betrokken om transfer en borging in het dagelijks leven te versterken. In dit artikel beschrijven wij de theoretische onderbouwing en ontwikkeling van ATL+ en positioneren wij de interventie binnen de multidisciplinaire behandeling van agressieproblematiek in de verstandelijk gehandicaptenzorg.

THEORETISCHE ONDERBOUWING

Agressie als spanningsregulatieprobleem

Agressief gedrag kan worden begrepen als een gedragsmatige uitingvorm die ontstaat wanneer oplopende emotionele spanning, in het bijzonder boosheid, in een sociale context onvoldoende wordt gereguleerd. Het General Aggression Model (GAM) beschrijft hoe persoonsgebonden factoren en situationele invloeden via affectieve, cognitieve en fysiologische processen leiden tot gedragsreacties (DeWall et al., 2011). Binnen dit model speelt fysiologische arousal een centrale rol: naarmate spanning toeneemt, vinden er fysiologische veranderingen plaats zoals verhoogde hartslag, en neemt de kans toe dat automatische, minder doordachte reacties domineren.

Dit sluit aan bij het concept van de Window of Tolerance (Siegel, 1999), waarin wordt beschreven dat mensen

binnen een optimale arousalzone adequaat kunnen reflecteren en reguleren, maar daarbuiten sneller vervallen in vecht-, vlucht- of bevriesreacties. Agressief gedrag kan in dit perspectief worden begrepen als een escalatie die optreedt wanneer oplopende spanning het vermogen tot reflectie en gedragsinhibitie overschrijdt.

Voor volwassenen met een LVB is deze kwetsbaarheid vergroot. Beperkingen in executieve functies en cognitieve flexibiliteit bemoeilijken het tijdig herkennen, interpreteren en bijsturen van oplopende spanning. Daarnaast spelen omgevingsfactoren een belangrijke rol in het ontstaan en escaleren van spanning bij volwassenen met een LVB. Zo kunnen onvoorspelbare situaties, een gebrek aan structuur en communicatie die onvoldoende aansluit bij het cognitieve niveau leiden tot verhoogde stress. Onder deze toenemende arousal en frustratie neemt de beschikbaarheid van regulatiestrategieën verder af, waardoor terugvallen op eerder bekrachtigde, soms agressieve reacties waarschijnlijker wordt.

Vanuit dit perspectief is tijdige signalering van oplopende spanning cruciaal. Wanneer spanningssignalen eerder worden herkend, ontstaat een venster waarin regulatie nog mogelijk is en escalatie kan worden voorkomen.

Lichaamsbewustzijn en emotieregulatie

Emoties gaan gepaard met waarneembare veranderingen in fysiologische arousal, zoals een versnelde hartslag, verhoogde spierspanning of veranderingen in ademhaling. Het vermogen om deze interne lichaamssignalen waar te nemen en te interpreteren wordt aangeduid als lichaamsbewustzijn (Craig, 2002). Dit bewustzijn vormt een belangrijke voorwaarde voor emotieregulatie (Mehling et al., 2012; Price & Hooven, 2018): wie lichamelijke signalen van oplopende spanning tijdig herkent, vergroot de kans op adequaat regulerend handelen en blijft eerder binnen de Window of Tolerance (Siegel, 1999).

Voor volwassenen met een LVB is dit proces niet vanzelfsprekend. Moeite met het herkennen en differentiëren van interne toestanden (Emck et al., 2012), in combinatie met beperkingen in abstractievermogen en taalvaardigheid, kan expliciete reflectie bemoeilijken. Onder verhoogde arousal neemt de toegang tot talige en cognitieve strategieën bovendien verder af. Hierdoor kan spanning zich opstapelen zonder dat regulatievaardigheden tijdig worden ingezet.

Een lichaamsgerichte benadering, waarbij ervaringsgericht gewerkt wordt aan het herkennen en reguleren

van arousal die zich uit in het lichaam, biedt daarom een logisch aangrijpingspunt. Deze benadering is minder afhankelijk van verbale reflectie en abstract redeneren en maakt meer gebruik van concrete, ervaringsgerichte leerprocessen (De Witte et al., 2016). Door individuele spanningssignalen systematisch te herkennen en te structureren, wordt tijdige signalering versterkt en ontstaat een venster waarin regulatie mogelijk wordt. Welke regulatiestrategieën vervolgens beschikbaar zijn, is afhankelijk van het aangeleerde copingrepertoire.

Copingvaardigheden onder toenemende spanning

Tijdige signalering alleen is onvoldoende; ook het beschikken over adequate copingvaardigheden is essentieel. Coping verwijst naar cognitieve en gedragsmatige strategieën die worden ingezet om met stressvolle situaties om te gaan (Lazarus & Folkman, 1984). Wanneer het beschikbare repertoire beperkt is, neemt de kans toe dat spanning escaleert in disfunctioneel en agressief gedrag.

Bij volwassenen met een LVB is het copingrepertoire vaak minder uitgebreid en minder flexibel, met name onder verhoogde arousal (Hartley & MacLean, 2009). Vaardigheden die in rustige omstandigheden beschikbaar zijn, blijken onder situationele, emotionele en cognitieve druk niet altijd toegankelijk.

Vanuit leertheoretisch perspectief wordt gedragsverandering versterkt wanneer nieuw gedrag actief wordt geoefend in situaties die aansluiten bij het dagelijks functioneren; voor regulatievaardigheden betekent dit dat zij niet alleen in stabiele omstandigheden worden aangeleerd, maar stapsgewijs worden geoefend onder toenemende arousal en belasting. Dit vraagt om een concrete, herhaalde en ervaringsgerichte leerbenadering in directe ervaring (De Wit et al., 2023), waarbij een gefaseerde opbouw aansluit bij zowel de aard van regulatieproblematiek als de leerkenmerken van volwassenen met een LVB (De Witte et al., 2016) en daarmee een logisch fundament vormt voor interventieontwikkeling.

De rol van centrale steunfiguren

Emotieregulatie bij volwassenen met een LVB voltrekt zich zelden uitsluitend op individueel niveau. Veel cliënten functioneren in duurzame afhankelijkheidsrelaties met begeleiders of familieleden, waardoor regulatie onlosmakelijk verbonden is met de sociale context (Embregts et al., 2023). Deze afhankelijkheid werkt ook omgekeerd. Een gebrek aan afstemming of inconsistentie in de begelei-

ding kan spanningsopbouw versterken en leiden tot escalatie. Emotieregulatie kan daarom niet uitsluitend worden opgevat als intrapersonlijke vaardigheid, maar als een proces dat mede vorm krijgt binnen interacties met responsieve anderen (Royston et al., 2023).

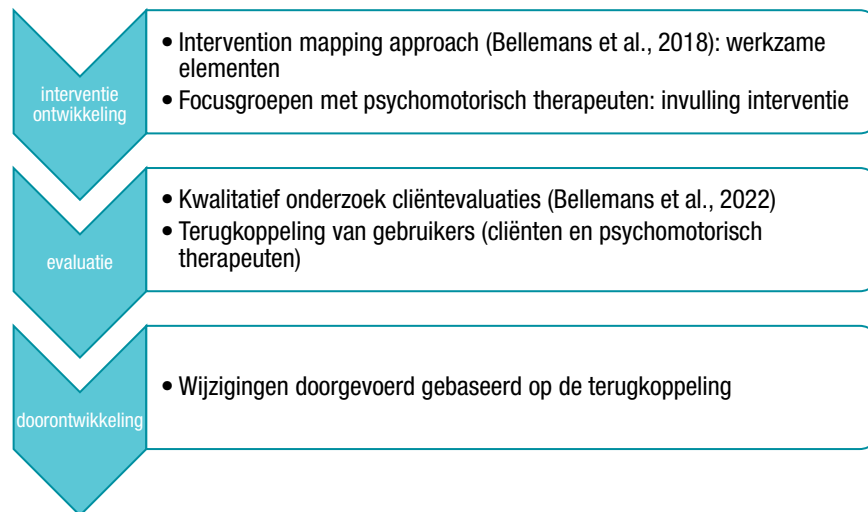
Beperkingen in cognitieve flexibiliteit maken dat generalisatie van nieuw (in therapie) geleerd gedrag naar andere, minder gestructureerde, situaties en contexten niet vanzelfsprekend is. Zonder actieve betrokkenheid van de omgeving bestaat het risico dat in therapie geoefende vaardigheden onvoldoende worden geïntegreerd in het dagelijks functioneren.

Het structureel betrekken van centrale steunfiguren vergroot de kans op tijdige spanningssignalering, co-regulatie bij oplopende spanning en het gezamenlijk oefenen van gedragsalternatieven in natuurlijke situaties (Andrikos et al., 2024). Regulatie wordt daarmee benaderd als een gezamenlijk proces, waarin ondersteuning aanvult wat de cliënt (nog) niet zelfstandig kan reguleren.

ONTWIKKELING VAN AGRESSIE TE LIJF+

Agressie te lijf+ is ontwikkeld om te voorzien in de behoefte aan een systematisch beschreven en theoretisch onderbouwde psychomotorische interventie gericht op het verminderen van agressief gedrag bij volwassenen met een LVB binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg. De interventie bouwt voort op het promotieonderzoek van Bellemans (2021), waarin werkzame factoren binnen de psychomotorische behandeling van agressieproblematiek bij mensen met een LVB in kaart zijn gebracht. De daarin geïdentificeerde kerncomponenten – lichaamsbewustzijn bij oplopende spanning, het systematisch aanleren van adequate copingvaardigheden en de rol van centrale steunfiguren – vormden het inhoudelijke fundament voor de verdere ontwikkeling van de interventie.

Agressie te lijf+ is door Vilans erkend als goed onderbouwde interventie (<https://www.databankinterventies.nl/interventies/interventie-agressie-te-lijf-plus>). Deze erkenning bevestigt niet alleen de theoretische verankering en interne consistentie van de interventie, maar ook de transparantie van het ontwikkelproces en de systematische uitwerking van doelen, doelgroep en werkwijze. In deze beoordeling werd het betrekken van centrale steunfiguren, evenals het door de cliënt zelf kiezen van deze steunfiguren, als een sterk punt benoemd.



Figuur 1: schematische weergave ontwikkeling ATL+.

Interventieontwikkeling

De ontwikkeling vond gefaseerd plaats en combineerde praktijkervaring, literatuurstudie en consensusvorming binnen het werkveld. De verschillende fases zijn schematisch weergegeven in [Figuur 1](#).

In de eerste fase werden via intervention mapping interviews afgenomen met 17 PMT'ers werkzaam in de verstandelijk gehandicaptenzorg (Bellemans et al., 2018), om de doelen en veronderstelde werkende mechanismes inzichtelijk te krijgen. Hieruit kwamen twee centrale aangrijpingspunten naar voren: het vergroten van lichaamsbewustzijn bij oplopende spanning en het uitbreiden en automatiseren van copingvaardigheden. Deze bevindingen werden verbonden met bestaande theoretische modellen, waaronder het General Aggression Model en de Window of Tolerance, zoals in het voorgaande theoretisch kader beschreven.

De centrale werkhypothese die hieruit voortkwam, is dat agressief gedrag kan worden verminderd wanneer cliënten leren hun spanningssignalen eerder te herkennen, copingvaardigheden systematisch oefenen onder toeneemende arousal en daarbij ondersteund worden door structurele co-regulatie vanuit centrale steunfiguren. Op basis van deze inzichten en aangevuld met informatie uit focusgroepen met psychomotorisch therapeuten is een eerste opzet van de interventie tot stand gekomen.

Consensus en verfijning

In een tweede fase werd de voorlopige interventiestructuur getoetst en aangescherpt binnen de beroepsgroep. Tijdens een landelijke studiedag van de NVPMT werd feedback verzameld op terminologie, fasering en uitvoer-

baarheid (bij $n = 50$). Dit leidde tot de formulering van drie kernvaardigheden – *voelen*, *interpreteren* en *handelen* – en tot een gefaseerde opbouw van fysieke inspanning naar spanning en sociale spanning.

In aansluitende focusgroepen met 22 PMT'ers werd consensus bereikt over werkvormen, observatiecriteria en visuele ondersteuning. Hiermee werd een belangrijke stap gezet richting uniformering van werkwijze en terminologie binnen de psychomotorische behandeling van agressieproblematiek in de verstandelijk gehandicaptenzorg.

PRAKTIJKTOETSING EN PROFESSIONALISERING

De psychomotorische interventie, waarbij de focus op lichaamsbewustzijn en copingvaardigheden lag en het aantal behandelingen niet vastgelegd was, werd positief geëvalueerd onder cliënten en hun centrale steunfiguren (Bellemans et al., 2022). Zo werd benadrukt dat niet alleen de oefeningen – die zowel plezierig waren als direct bruikbare handvatten boden – van waarde waren, maar ook de gelijkwaardige therapeutische relatie een belangrijke rol speelde. Een cliënt gaf bijvoorbeeld aan dat het haar veel hielp om opnieuw grip te krijgen op haar lichaam en daarmee ook op haar emoties. Door wat zij binnen de PMT had geleerd, ervoer zij dat situaties en gevoelens haar niet langer overkwamen of overspoelden. Daarnaast leverde de terugkoppeling van uitvoerende PMT'ers waardevolle informatie op over de uitvoerbaarheid binnen verschillende zorgcontexten. Op basis van deze bevindingen werd de handleiding aangescherpt en uitgebreid met ondersteunende materialen voor behandeling en implementatie. Zo zijn er op verzoek van de PMT'ers formats voor behandelplannen ontwikkeld, waarin gestructureerde observa-

ties en evaluaties (zoals vragenlijsten) zijn opgenomen en direct gekoppeld aan de behandeldoelen. Daarnaast zijn richtlijnen voor structurele betrokkenheid van centrale steunfiguren opgesteld.

De ontwikkeling van Agressie te Lijf+ heeft daarmee niet alleen geleid tot een concrete interventie, maar ook tot een professionaliseringsslag binnen de psychomotorische therapie. Waar behandeling voorheen sterk varieerde tussen professionals en instellingen, biedt Agressie te Lijf+ een uniform en theoretisch onderbouwd kader. Daarnaast creëert de systematische structuur van de interventie ruimte voor het structureel monitoren van behandeluitkomsten. Daarmee draagt de interventie bij aan transparantie, overdraagbaarheid en verdere ontwikkeling van evidence-informed werken binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg.

INTERVENTIEMODEL VAN AGRESSIE TE LIJF+

Agressie te Lijf+ is een individueel uitgevoerde psychomotorische interventie voor volwassenen met een LVB die frequent of onregelend agressief gedrag vertonen. De interventie is opgebouwd vanuit de centrale werkhypothese dat vermindering van agressie mogelijk is wanneer cliënten leren hun spanningssignalen tijdig te herkennen, passende copingvaardigheden aanleren en automatiseren en daarbij ondersteund worden door structurele co-regulatie vanuit centrale steunfiguren.

Het interventiemodel bestaat uit drie samenhangende pijlers:

1. Lichaamsgericht werken aan spanningsherkenning
2. Systematisch aanleren en automatiseren van copingvaardigheden
3. Structurele betrokkenheid van centrale steunfiguren

Deze pijlers worden geïntegreerd aangeboden binnen een gefaseerde opbouw waarin fysieke en sociale complexiteit geleidelijk toenemen.

Gefaseerde opbouw: regulatie onder toenemende arousal, cognitieve belasting en sociale complexiteit

Agressie te Lijf+ kent een gefaseerde opbouw waarin regulatievaardigheden systematisch worden geoefend onder geleidelijk toenemende belasting. Deze belasting wordt niet uitsluitend opgevat als fysieke of emotionele

spanning, maar omvat drie samenhangende dimensies: fysiologische arousal, cognitieve belasting en sociale complexiteit. De opbouw is erop gericht dat regulatievaardigheden beschikbaar blijven wanneer zowel emotionele als cognitieve druk toeneemt.

Fase 1: Fysieke inspanning en spanningsherkenning

In de eerste fase ligt de nadruk op het vergroten van lichaamsbewustzijn bij fysieke inspanning. Door middel van sport- en bewegingsgerichte werkvormen wordt fysiologische arousal doelgericht opgewekt. De cliënt leert individuele spanningssignalen herkennen, deze te koppelen aan gradaties van spanning en beginnende spanning actief te reguleren.

De in deze fase geïdentificeerde signalen worden systematisch vastgelegd in een persoonlijk signaleringsplan. Dit plan maakt de individuele spanningsopbouw inzichtelijk voor zowel cliënt als centrale steunfiguren en vormt het uitgangspunt voor verdere regulatie en co-regulatie in de latere fasen van de interventie.

De cognitieve belasting is in deze fase beperkt en de sociale context overzichtelijk. Hierdoor kan de cliënt zich primair richten op het waarnemen, benoemen en beïnvloeden van lichamelijke signalen. In deze fase staat dus het (onder begeleiding) kunnen uitvoeren van ontspanningsoefeningen centraal. Na het ervaren van de eigen invloed op arousal wordt doorgegaan naar de volgende fase. Deze eerste fase vormt daarmee het fundament waarop in latere fasen onder toenemende cognitieve en sociale belasting kan worden voortgebouwd.

Fase 2: Regulatie bij toenemende spanning en cognitieve belasting

In de tweede fase wordt de belasting uitgebreid. Naast fysieke arousal wordt de cognitieve belasting verhoogd, bijvoorbeeld door het combineren van bewegingsopdrachten met regels, tijdsdruk of dubbele taken. De cliënt oefent met het vasthouden van instructies en het nemen van beslissingen terwijl spanning oploopt.

Hiermee wordt geoefend in het beschikbaar houden van regulatievaardigheden wanneer zowel emotionele als cognitieve druk toeneemt. De nadruk ligt op het tijdig signaleren van oplopende spanning, het bewust kiezen van gedragsalternatieven en het inzetten van aangeleerde copingvaardigheden. De geleerde vaardigheden uit fase 1 komen hier dus weer aan bod, zij het in een iets spannendere/complexere situatie.

Fase 3: Regulatie in sociale interactie

In de derde fase neemt de sociale complexiteit toe. Oefeningen worden in een sociale context neergezet en meer vergelijkbaar met situaties uit het dagelijks leven. De cliënt oefent regulatie in interactie met de PMT'er en, waar passend, met een centrale steunfiguur.

Naast arousal en cognitieve belasting wordt nu ook sociale interpretatie expliciet aangesproken: het lezen van intenties, omgaan met misverstanden of ervaren van sociale druk. Herkennen en reguleren wordt geoefend binnen interactie wanneer spanning oploopt. In deze fase wordt het gepersonaliseerde behandelplan richtinggevend, waarbij expliciet wordt afgestemd hoe en wanneer steunfiguren co-regulatie bieden, zodat overvraging wordt voorkomen.

Integratieve doelstelling van de fasering

Door regulatievaardigheden systematisch te oefenen onder toenemende arousal, cognitieve belasting en sociale complexiteit, wordt beoogd het gedragsrepertoire niet alleen uit te breiden, maar ook robuuster te maken onder druk. De gefaseerde opbouw maakt het mogelijk om vaardigheden eerst geïsoleerd te ontwikkelen en deze vervolgens toe te passen in situaties die steeds dichter aansluiten bij de dagelijkse realiteit van de cliënt.

Drie kernvaardigheden: voelen – interpreteren – handelen

Binnen alle fasen van Agressie te lijf+ staat het ontwikkelen van drie opeenvolgende vaardigheden centraal: *voelen*, *interpreteren* en *handelen*. Deze driedeling operationaliseert het proces van spanningsregulatie en maakt het voor cliënten en centrale steunfiguren inzichtelijk en hanteerbaar.

Voelen

De eerste stap betreft het herkennen van lichamelijke signalen die samenhangen met oplopende spanning. De cliënt leert verschillen in intensiteit onderscheiden en deze signalen te koppelen aan gradaties van arousal. De geïdentificeerde signalen worden vastgelegd in een persoonlijk signaleringsplan, waarin de individuele spanningsopbouw systematisch wordt beschreven.

Het signaleringsplan fungeert als gedeeld referentiekader voor de cliënt en de steunfiguren. Het ondersteunt vroege signalering en vormt de basis voor verdere interpretatie en regulatie.

Interpreteren

In de tweede stap leert de cliënt betekenis geven aan de waargenomen signalen. Het gaat hierbij om het inschatten van de gradatie binnen de spanningsopbouw en het herkennen van risicomomenten voor escalatie. Het persoonlijk signaleringsplan biedt hierbij houvast: waar bevind ik mij op mijn spanningsschaal en wat vraagt dit van mij of mijn omgeving?

Door spanning te leren duiden in plaats van uitsluitend te ondergaan, ontstaat ruimte voor keuzevrijheid in gedrag. Gepersonaliseerde visualisaties en concrete schaalmodellen kunnen hierbij ondersteunend worden ingezet, passend bij het niveau en de belevingswereld van de cliënt.

Handelen

De derde stap betreft het inzetten van concrete regulatie- en copingvaardigheden die aansluiten bij het persoonlijk signaleringsplan. Afhankelijk van het spanningsniveau kan dit bestaan uit fysieke regulatiestrategieën, het kiezen van gedragsalternatieven of het inschakelen van ondersteuning vanuit centrale steunfiguren.

Handelen impliceert daarmee niet alleen het toepassen van individuele vaardigheden, maar ook het tijdig benutten van beschikbare co-regulatie, afgestemd op de fase binnen de spanningsopbouw.

Samenhang en gedeelde verantwoordelijkheid

De drie vaardigheden vormen een samenhangend proces: zonder tijdige herkenning (voelen) ontbreekt de basis voor adequate interpretatie, en zonder interpretatie blijft doelgericht handelen moeilijk toegankelijk. Het persoonlijk signaleringsplan verbindt deze stappen en fungeert als gedeeld referentiekader voor de cliënt en de centrale steunfiguren.

Door regulatie- en copingvaardigheden herhaald te oefenen onder toenemende arousal, cognitieve belasting en sociale complexiteit, wordt beoogd dat zij ook onder druk beschikbaar blijven. De fasering ondersteunt daarmee niet alleen vaardigheidsontwikkeling, maar ook de robuustheid van het totale regulatieproces.

Regulatie wordt daarbij niet uitsluitend opgevat als een individuele opdracht, maar als een gezamenlijk proces waarin wordt afgestemd welke ondersteuning op welk moment passend is. Deze afstemming vraagt om actieve betrokkenheid van de cliënt en de steunfiguren bij het formuleren van doelen en afspraken, in lijn met de principiële

pes van gezamenlijke besluitvorming. Wanneer steun en verwachtingen expliciet worden besproken en gedragen, vergroot dit de motivatie om regulatiestrategieën daadwerkelijk in te zetten.

Hiermee vormt de samenhang tussen voelen, interpreteren en handelen de basis voor structurele co-regulatie binnen het behandeltraject. De structurele betrokkenheid van centrale steunfiguren heeft een cruciaal aandeel in deze interventie. Centrale steunfiguren worden niet alleen geïnformeerd, maar actief betrokken bij het tot stand komen en toepassen van het persoonlijk signaleringsplan in dagelijkse situaties. Daarmee wordt co-regulatie niet incidenteel, maar systematisch ingebed in het behandeltraject. Naast co-regulatie vervullen de steunfiguren nog twee functies: tijdige signalering en bevorderen van de transfer door gezamenlijk oefenen en het terugkoppelen van ervaringen in dagelijkse situaties. Uitgangspunt is dat wat de cliënt op een bepaald moment niet zelfstandig kan reguleren, wordt aangevuld door de omgeving. Hiermee wordt overvraging voorkomen en ontstaat ruimte voor ontwikkeling binnen de draagkracht van de cliënt.

Personalisering binnen een vaste structuur

Hoewel Agressie te lijf+ een vaste methodische opbouw kent, wordt de interventie gepersonaliseerd op basis van het individuele spanningsverloop en de ondersteuningsbehoefte van de cliënt. Het persoonlijk behandelplan vormt hierbij het uitgangspunt. In de observatie- en intakefase worden samen met de cliënt en de centrale steunfiguren concrete doelen en afspraken geformuleerd, inclusief de wijze waarop co-regulatie wordt vormgegeven.

Personalisering wordt gedurende het traject ondersteund door systematische monitoring van veranderingen in lichaamsbewustzijn bij boosheid (gemeten door het Boosheid Lichamelijke Signalen Interview, BLSI-vb), copingvaardigheden bij boosheid (gemeten door de Profile of Anger Coping Skills, PACS-NI) en agressief gedrag (gemeten door de Social Dysfunction and Aggression Scale, SDAS). Individuele verandering wordt geëvalueerd met behulp van de Reliable Change Index (RCI), waardoor betrouwbare vooruitgang kan worden onderscheiden van toevallige fluctuaties. Deze gegevens vormen de basis voor gezamenlijke beeld- en besluitvorming over het vervolg van het behandeltraject en sturen deels de invulling van de interventie.

Door doelen, monitoring en bijstelling met elkaar te verbinden, sluit het behandeltraject aan bij de actuele

draagkracht en ontwikkeling van de cliënt. Zo blijft de interventie enerzijds overdraagbaar en uniform in opzet, en anderzijds kan er afgestemd worden op individuele mogelijkheden en grenzen.

Transfer en generalisatie

Transfer en generalisatie vormen expliciete aandachtspunten binnen de interventie, omdat regulatievaardigheden bij volwassenen met een LVB niet vanzelfsprekend buiten de therapiecontext worden toegepast. Beperkingen in cognitieve flexibiliteit en executieve functies maken dat nieuw gedrag sterk situatiegebonden kan blijven. Zonder gerichte aandacht voor de transfer bestaat het risico dat vaardigheden beschikbaar zijn binnen de PMT-setting, maar onvoldoende worden ingezet in het dagelijks functioneren.

Daarom worden regulatievaardigheden vanaf de beginfase systematisch gekoppeld aan concrete situaties uit het dagelijks leven. Thuisopdrachten, gezamenlijke reflectie met centrale steunfiguren en het bespreken van succeservaringen en escalaties maken integraal deel uit van het behandeltraject. Ook terugvalpreventiesessies worden benut om regulatiestrategieën opnieuw te activeren en te consolideren.

Transfer wordt daarmee niet opgevat als een afsluitende stap, maar als een doorlopend proces waarin geleerde vaardigheden worden ingebed in het dagelijks leven. Het doel is dat regulatievaardigheden niet alleen worden begrepen en geoefend, maar ook beschikbaar blijven wanneer spanning oploopt. Agressie te lijf+ operationaliseert spanningsregulatie daarmee als een ervaringsgericht, gefaseerd en gezamenlijk georganiseerd proces dat onder toenemende belasting wordt aangeleerd.

CONCLUSIE EN PERSPECTIEF

Agressie te lijf+ biedt een systematisch uitgewerkt interventiemodel waarin drie kernvaardigheden – voelen, interpreteren en handelen – worden aangeleerd binnen een gefaseerde opbouw onder toenemende arousal, cognitieve belasting en sociale complexiteit. Regulatie wordt daarbij niet uitsluitend als individuele opdracht benaderd, maar als een gezamenlijk georganiseerd proces waarin centrale steunfiguren structureel betrokken zijn. Het ervaringsgerichte karakter van de interventie maakt spanningsopbouw concreet en hanteerbaar, terwijl de gefaseerde training onder belasting bijdraagt aan de beschikbaarheid van regulatievaardigheden op momenten dat de spanning daadwerkelijk oploopt.

Voor professionals binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg biedt dit model een methodisch kader om spanningsopbouw door vergroten van lichaamsbewustzijn bij toenemende spanning, (regulerende) copingvaardigheden en ondersteuningsafspraken expliciet te structureren en gezamenlijk te bespreken in het kader van agressiebehandeling. De nadruk op het lichamelijke aspect bij spanningsopbouw staat centraal, net als de mogelijkheden om regie te herwinnen om deze spanning lijfelijk te reguleren. Het persoonlijk signaleringsplan fungeert daarbij als gedeeld uitgangspunt in de multidisciplinaire samenwerking.

Tegelijkertijd is Agressie te lijf+ opgezet als toetsbaar model. Systematische monitoring van lichaamsbewustzijn bij boosheid, copingvaardigheden en agressief gedrag maakt individuele verandering transparant en navolgbaar. Daarmee ontstaat een infrastructuur waarin praktijkuitvoering en effectonderzoek met elkaar verbonden kunnen worden.

De expliciete werkhypothese en gefaseerde opbouw creëren voorwaarden voor verdere wetenschappelijke toetsing. In samenwerking met het lectoraat Bewegen, Gezondheid en Welzijn en praktijkpartners wordt gewerkt aan onderzoek naar effectiviteit, mechanismen en optimale implementatiecondities. Daarbij is expliciet aandacht voor de structurele betrokkenheid van centrale steunfiguren en voor de intensiteit en duur van het behandeltraject, aangezien deze in de praktijk onder druk kunnen staan.

Ter ondersteuning van implementatie is een geaccrediteerde nascholing ontwikkeld. Voor geschoolde PMT'ers is accreditatie beschikbaar voor het systematisch aanleveren van behandelbeoordelingen in het kader van lopend onderzoek. Zo ontstaat een verbinding tussen onderwijs, praktijk en onderzoek, waarin uitvoering, professionalisering en kennisontwikkeling elkaar wederzijds versterken.

Agressie te lijf+ vormt een praktisch toepasbare én systematisch onderzoekbare interventie waarin ervaringsgericht werken, gefaseerde vaardigheidsopbouw en gezamenlijke regulatie in samenhang worden toegepast.

LITERATUUR

Andrikos, G. P., Smith, C. A., & Ciccirelli, M. (2024). Supporting co-regulation and development of self-regulation skills in students with intellectual disabilities: A scoping review. *Australasian Journal of Special and Inclusive Education*, 48(2), 90–106. <https://doi.org/10.1017/jsi.2024.3>

- Bellemans, T. (2021). *Psychomotor therapy for people with mild intellectual disabilities or borderline intellectual functioning: What do you feel when you are angry?* [Academisch Proefschrift, Radboud University]. <https://hdl.handle.net/2066/233913>
- Bellemans, T., Didden, R., Visser, R., Schaafsma, D., Totsika, V., & van Busschbach, J. T. (2018). Psychomotor therapy for anger and aggression in mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: an Intervention Mapping approach. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 13(4), 234–250. <https://doi.org/10.1080/17432979.2018.1471006>
- Bellemans, T., Peters-Scheffer, N., Didden, R., Traas, R., & van Busschbach, J. T. (2022). Psychomotor therapy for individuals with mild intellectual disabilities or borderline intellectual functioning presenting anger regulation problems and/or aggressive behaviour: A qualitative study on clients' experiences. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 47(1), 74–86. <https://doi.org/10.3109/13668250.2021.1899561>
- CBS. (2026). *Agressie in zorg en welzijn: Agressie en een ongezonde en onveilige werkomgeving*. <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/diversen/2026/agressie-in-zorg-en-welzijn>
- Craig, A. D. (2002). How do you feel? Interoception: The sense of the physiological condition of the body. *Nature Reviews Neuroscience*, 3(8), 655–666. <https://doi.org/10.1038/nrn894>
- DeWall, C. N., Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2011). The general aggression model: Theoretical extensions to violence. *Psychology of Violence*, 1(3), 245–258. <https://doi.org/10.1037/a0023842>
- de Wit, M., Moonen, X., & Douma, J. (2023). *Richtlijn effectieve interventies LVB: Aanbevelingen voor het aanpassen, uitvoeren en ontwikkelen van gedragsveranderende interventies voor personen met een licht verstandelijke beperking* (herziene versie). Landelijk Kenniscentrum LVB.
- de Witte, M., Bellemans, T., Tukker, K., & Van Hooren, S. (2016). Vaktherapie. In J. de Bruijn, J. Vonk, A. van den Broek & B. Twint (Red.), *Handboek emotionele ontwikkeling en verstandelijke beperking* (pp. 277–290). Uitgeverij Boom.
- Didden, R. (2016). *Behandeling van probleemgedrag bij mensen met een verstandelijke beperking*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Emck, C., Plouvier, M., & van der Lee-Snel, M. (2012). Body experience in children with intellectual disabilities with and without externalising disorders. *Body, Movement and dance in Psychotherapy*, 7(4), 263–275. <https://doi.org/10.1080/17432979.2012.713003>

- Embregts, P., Didden, R., Moonen, X., Leusink, G., & Schuengel, C. (2023). Kenmerken en ondersteuningsbehoeften van mensen met een licht of ernstig verstandelijke beperking en ernstig probleemgedrag en psychische problematiek. *NTZ: Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, 49(3), 82–93.
- Hartley, S. L., & MacLean, W. E. (2009). Coping strategies of adults with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(10), 894–905. <https://doi.org/10.1080/19315860801988426>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Mehling, W. E., Price, C. Daubenmier, J. J., Acree, M., Bartmess, E., & Stewart, A. (2012). The multidimensional assessment of interoceptive awareness (MAIA). *PLoS ONE*, 7(11), e48230. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048230>
- Nieuwenhuis, J. G., Lepping, P., Mulder, C. L., Nijman, H. L. I., & Noorthoorn, E. O. (2022). Aggressive behaviour of psychiatric patients with mild and borderline intellectual disabilities in general mental health care. *PloS ONE*, 17(10), e0272502. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272502>
- Price, C. J., & Hooven, C. (2018). Interoceptive awareness skills for emotion regulation. *Frontiers in Psychology*, 9, 798. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00798>
- Prior, D., Win, S., Hassiotis, A., Hall, I., Martiello, M.A., & Ali, A.K. (2023). Behavioural and cognitive-behavioural interventions for outwardly directed aggressive behaviour in people with intellectual disabilities. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD003406. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003406.pub5>
- Royston, R., Naughton, S., Hassiotis, A., Jahoda, A., Ali, A., Chauhan, U., Cooper, S.-A., Kouroupa, A., Steed, L., Strydom, A., Taggart, L., & Rapaport, P. (2023). Complex interventions for aggressive challenging behaviour in adults with intellectual disability: A rapid realist review informed by multiple populations. *PLoS ONE*, 18(5), e0285590. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285590>
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. Guilford Press.

ACEs in gezinnen met een (licht) verstandelijke beperking onder toezicht

Gabriëlle Mercera¹

Jessica Vervoort-Schel²

Tessel Sterenborg³

Maroesjka van Nieuwenhuijzen⁴

¹ Senior onderzoeker, Koraal en Universiteit Maastricht – GMercera@koraal.nl

² Lector Zorgdynamieken - Gedrag in context, Hogeschool Rotterdam en CCE

³ Onderzoeker, Expect Jeugd; Promovenda, Universiteit van Amsterdam, Forensische orthopedagogiek

⁴ Bijzonder Hoogleraar LVB, Ouderschap, en Jeugdbescherming, Universiteit van Amsterdam

SAMENVATTING

Gezinnen waarin kinderen en/of ouders functioneren op het niveau van een (licht) verstandelijke beperking ((L)VB) zijn oververtegenwoordigd in de jeugdbescherming. Tegelijk is nog weinig bekend over de prevalentie en onderlinge samenhang van adverse childhood experiences (ACEs) en andere contextuele kind- en gezinsrisico's in deze gezinnen. In dit retrospectieve dossieronderzoek werden 128 Nederlandse dossiers geanalyseerd van jeugdigen uit gezinnen met een (L)VB die onder toezicht stonden. Vrijwel alle jeugdigen (98,4%) hadden ten minste één ACE meegemaakt en 66,4% vier of meer. Ook aanvullende ACEs, zoals uithuisplaatsing, en contextuele risico's, zoals beperkte sociale netwerken, schulden en huisvestingsproblemen, kwamen veel voor. Daarnaast liet het onderzoek zien dat ACEs en contextuele kind- en gezinsrisico's op meerdere niveaus met elkaar samenhangen. De bevindingen benadrukken dat het in deze gezinnen vaak niet gaat om afzonderlijke problemen, maar om verweven en cumulatieve kwetsbaarheden op kind-, ouder- en contextniveau. Dit benadrukt het belang van een brede, ecologische en gezinsgerichte benadering binnen de jeugdbescherming en het voorliggende zorg- en ondersteuningsveld, met systematische aandacht voor zowel het kind, de ouder(s) als de bredere leefcontext.

INLEIDING

De afgelopen decennia is duidelijk geworden dat ingrijpende ervaringen in de kindertijd grote invloed kunnen hebben op de ontwikkeling van jeugdigen en hun latere gezondheid. Dergelijke ervaringen worden in de literatuur vaak aangeduid als adverse childhood experiences (hierna: ACEs): ingrijpende ervaringen vóór het 18e levensjaar die samenhangen met een verhoogd risico op negatieve uitkomsten later in het leven. Vanuit het originele ACEs-raamwerk gaat het daarbij om ervaringen met mishandeling, verwaarlozing en problemen binnen het gezin (Anda et al., 2009; Felitti et al., 1998). Tegenwoordig wordt het ACEs-concept in toenemende mate verbreed, waarbij ook ingrijpende omgevingsfactoren worden meegenomen, zoals gepest worden door leeftijdsgenoten, discriminatie, contact met jeugdbeschermingsinstanties en opgroeien in een onveilige buurt (Afifi et al., 2020).

Het is bekend dat jeugdigen binnen de jeugdbescherming vaak te maken hebben met een opeenstapeling van ACEs, en dat kind-, gezins- en omgevingsrisico's elkaar kunnen versterken en samenhangen met het nemen van kinderbeschermingsmaatregelen, zoals een ondertoezichtstelling (OTS) of uithuisplaatsing (Garcia et al., 2017). Zo blijkt uit onderzoek in de Verenigde Staten onder kinderen in gezinnen die in aanraking zijn gekomen met de jeugdbescherming, dat ongeveer 70% van de kinderen op 6-jarige leeftijd al drie of meer ACEs hadden meegemaakt (Clarkson Freeman, 2014). Hoewel jeugdbeschermingsmaatregelen in de recente literatuur (Afifi et al., 2020) zelf ook worden beschouwd als potentieel ingrijpende ervaringen, en daarmee als (aanvullende) ACEs, is er nog weinig bekend over de aanwezigheid en samenhang van ACEs bij jeugdigen met een beschermingsmaatregel, met name

wanneer zij opgroeien in gezinnen waarin het kind en/of de ouders een (licht) verstandelijke beperking hebben. Juist deze gezinnen zijn oververtegenwoordigd binnen de jeugdbescherming (Bakkum & Schuengel, 2025). Gezinnen waarin kinderen en/of ouders een (licht) verstandelijke beperking hebben (hierna: gezinnen met een (L)VB)) hebben vaak te maken met uitdagingen op meerdere domeinen, waaronder die van het kind, de ouder, de opvoedingssituatie en de bredere omgeving (Staunton et al., 2020). Daarnaast blijkt uit onderzoek dat jeugdigen met een (L)VB relatief veel ACEs meemaken: onder jeugdigen met cognitieve en adaptieve problemen in residentiële zorg in Nederland had 86% ten minste één ACE meegemaakt en 25% vier of meer (Vervoort-Schel et al., 2021). In de algemene populatie is bovendien bekend dat ouders die zelf ACEs hebben meegemaakt of in stressvolle omstandigheden zijn opgegroeid, een grotere kans hebben dat ook hun kinderen aan ACEs worden blootgesteld (Lê-Scherban et al., 2018). Hoewel dit mechanisme bij gezinnen met een (L)VB nog weinig specifiek is onderzocht, kan deze intergenerationele overdracht ook in deze gezinnen een rol spelen. Dit benadrukt hoe belangrijk het is om bij gezinnen met een (L)VB zicht te hebben op ACEs, zodat tijdig ondersteuning kan worden geboden en negatieve gevolgen voor de ontwikkeling beperkt blijven.

Eerder onderzoek in gezinnen met een (L)VB richtte zich vaak op afzonderlijke ingrijpende ervaringen, zoals fysieke mishandeling of seksueel misbruik, zonder te kijken naar hoe deze risico's samenhangen met andere ervaringen. Het is bekend dat in de algemene bevolking en bij risicogroepen, zoals jeugdigen die kindermishandeling meemaken, ACEs vaak samen voorkomen (Bussemakers et al., 2019). In gezinnen waar meerdere risico's samenkomen, kan dit ertoe leiden dat er een beschermingsmaatregel wordt uitgesproken, zoals een ondertoezichtstelling (OTS). Een OTS wordt ingezet wanneer zorgen over de veiligheid of ontwikkeling van een jeugdige blijven bestaan of als vrijwillige ondersteuning of vrijwillige hulpverlening niet wordt geaccepteerd. Hoewel bedoeld om de jeugdige te beschermen en het gezin te ondersteunen (Sterenborg et al., 2024), kan een OTS ook extra druk geven, bijvoorbeeld door voortdurende controle, de noodzaak om aan professionele verwachtingen te voldoen of onduidelijkheid over juridische verplichtingen (Merritt, 2021). Juist vanwege deze consequenties kunnen dergelijke jeugdbeschermingsmaatregelen beschouwd worden als potentiële ACEs (Afifi et al., 2020). Dit benadrukt dat jeugdigen in

gezinnen met een (L)VB en een jeugdbeschermingsmaatregel mogelijk worden blootgesteld aan een cumulatie van ingrijpende ervaringen, zowel binnen als buiten het gezin. Tegelijkertijd is er nog weinig bekend over de aanwezigheid en onderlinge samenhang van ACEs bij jeugdigen die opgroeien in deze gezinnen.

Dit onderzoek sluit aan bij ontbrekende kennis door te onderzoeken hoe ACEs samenhangen met contextuele kind- en gezinsrisico's bij gezinnen met een (L)VB en een OTS. Dit is belangrijk, omdat deze gezinnen vaak meerdere, elkaar versterkende risicofactoren ervaren die verbonden zijn met hun bredere leef- en omgevingscontext, waardoor kinderen een groter risico lopen op het meemaken van ACEs en de negatieve gevolgen daarvan voor hun ontwikkeling. In het huidige onderzoek wordt expliciet onderscheid gemaakt tussen (1) originele ACEs volgens het klassieke raamwerk, (2) aanvullende ACEs die in recente literatuur als zodanig worden beschouwd, en (3) contextuele kind- en gezinsrisicofactoren. Hoewel deze contextuele factoren eveneens samenhangen met ongunstige ontwikkelingsuitkomsten, worden zij in dit onderzoek niet als ACEs geoperationaliseerd, omdat zij in de literatuur niet eenduidig worden beschouwd als afzonderlijke ingrijpende ervaringen van het kind, maar doorgaans als bredere omgevingsrisico's. Dit onderscheid is relevant, omdat in ACEs-onderzoek discussie bestaat over de operationalisatie van het concept.

Dit exploratieve, retrospectieve dossieronderzoek heeft als doel inzicht te geven in de prevalentie en onderlinge samenhang van ACEs en contextuele kind- en gezinsrisicofactoren bij gezinnen met een (L)VB en een OTS. De volgende onderzoeksvragen worden beantwoord:

1. Wat is de prevalentie van ACEs en contextuele kind- en gezinsrisico's bij gezinnen met een (L)VB en een OTS?
2. Wat is de samenhang tussen ACEs en contextuele kind- en gezinsrisico's?

METHODE

In dit observationele, retrospectieve onderzoek is gebruikgemaakt van dossierinformatie van jeugdigen en hun gezinnen met een OTS. Hiervoor werd een gecombineerde dataset gebruikt van twee onafhankelijke onderzoeken naar jeugdigen en ouders met een (L)VB: één uitgevoerd binnen een jeugdhulp- en jeugdbeschermingsorganisatie voor gezinnen waarvan de ouders en/of het kind een (L)

VB hebben/heeft en één bij een organisatie die residentiële jeugdhulp biedt aan jeugdigen met een (L)VB. In het huidige onderzoek zijn deze groepen samengenomen waarbij dus bekend is dat de (L)VB een rol speelt op gezinsniveau. Hoewel het onderscheid tussen een (L)VB bij het kind en/of de ouder(s) relevant kan zijn voor specifieke risicomechanismen en implicaties heeft voor de begeleiding, is in het huidige onderzoek gekozen deze groepen samen te nemen. Deze keuze sluit aan bij de praktijk van de betrokken organisatie, waarin gezinnen met een (L)VB als geheel worden begeleid. Daarnaast liet de omvang van deze steekproef (convenience sample) geen betrouwbare subgroepanalyses toe.

Voor een gedetailleerde beschrijving van de methoden van de oorspronkelijke studies, zie Sterenborg et al. (2024) en Vervoort-Schel et al. (2021).

Participanten

Gegevens werden geanalyseerd uit dossiers van 128 jeugdigen en hun gezinnen met een OTS bij jeugdbescherming in Nederland. Eén deelnemer werd uitgesloten vanwege het ontvangen van zorg en ondersteuning in beide organisaties. De verdeling van leeftijd, geslacht en aantal ACEs was vergelijkbaar tussen de jeugdigen in de twee oorspronkelijke onderzoeken. De onderzoeken zijn goedgekeurd door de Ethische Toetsingscommissie van de Universiteit van Amsterdam (2018-CDE-8871; 2019-CDE-10129).

Variabelen

Om de dossierinformatie systematisch te kunnen verzamelen en analyseren, is een codeboek opgesteld. Hierin werden de variabelen gestructureerd op het gebied van:

- Originele ACEs van jeugdigen: er is gebruikgemaakt van het originele ACEs-raamwerk zoals gedefinieerd in Wave II (Anda et al., 2009; Felitti et al., 1998). Op basis hiervan waren de 10 'originele' ACEs geoperationaliseerd: fysieke/emotionele mishandeling en verwaarlozing, seksueel misbruik, scheiding ouders, huiselijk geweld tussen ouders, ouder(s) met psychische problemen, middelengebruik ouder(s), ouder(s) in de gevangenis.
- Aanvullende ACEs van jeugdigen: naast het originele raamwerk waren de volgende aanvullende ACEs geoperationaliseerd: uithuisplaatsing van de jeugdige, gepest worden en schulden binnen het

gezin. Deze waren gekozen omdat ze in toenemende mate worden erkend als ACEs (Afifi et al., 2020) en omdat hierover informatie beschikbaar was in de dossiers.

- Contextuele kind- en gezinsrisico's: psychopathologie van de jeugdige (geclassificeerd), ACEs van de ouder(s), beperkt sociaal netwerk van de ouder(s), en huisvestingsproblemen van het gezin. Eerder onderzoek heeft laten zien dat deze factoren samenhangen met ACEs, ook binnen gezinnen van kinderen met een VB (bijv. Vervoort-Schel et al., 2021).

Deze variabelen waren in beide oorspronkelijke onderzoeken op dezelfde manier geoperationaliseerd.

Procedure

De informatie in de dossiers is systematisch geanalyseerd door de onderzoekers. Daarbij werd gebruikgemaakt van een vooraf opgesteld en gedetailleerd codeboek met duidelijke definities, criteria en coderingsrichtlijnen. Een variabele kreeg de score 'ja' (1) wanneer de informatie in het dossier voldeed aan de criteria uit het codeboek. Een score 'nee' (0) betekende dat de variabele afwezig was of dat er geen informatie over de variabele werd vermeld in het dossier. Deze scores weerspiegelden uitsluitend geregistreerde ACEs en contextuele risico's, zoals gedocumenteerd in de dossiers. Ze gaven dus niet noodzakelijkerwijs de daadwerkelijke aanwezigheid, volledige omvang of timing van deze ervaringen in het leven van de jeugdigen weer. De informatiebronnen in de dossiers bestonden uit interne verslaglegging van multidisciplinaire teams (bijvoorbeeld psychologen, psychiaters, therapeuten en pedagogen) en/of officiële documenten, zoals plannen van aanpak in het kader van de OTS, risico- en veiligheidsbeoordelingen, rechterlijke uitspraken en raadsrapportages. In beide onderzoeken was er sprake van een hoge mate van interbeoordelaarsbetrouwbaarheid tussen de onderzoekers die de dossiers analyseerden.

Data-analyse

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn correlatieanalyses uitgevoerd op basis van de phi-coëfficiënt. Deze maat geeft de sterkte en richting weer van de samenhang tussen twee dichotome variabelen, evenals de statistische significantie daarvan. Daarnaast zijn beschrijvende statistieken gebruikt om de prevalentie van ACEs en de contex-

tuele kind- en gezinsrisico's in kaart te brengen. De statistische analyses waren uitgevoerd met het programma SPSS (versie 26; IBM, Armonk, NY, VS).

RESULTATEN

De 128 jeugdigen waarvan de dossiers geanalyseerd zijn, waren tussen 0 en 17 jaar oud ($M = 9,2$, $SD = 5,2$). Van hen was 58,6% mannelijk en 41,4% vrouwelijk. In alle gezinnen had ten minste een kind of een ouder een (L)VB. 50% van de kinderen en 45,3% van de ouders had een (L)VB. In 23,4% van de gezinnen hadden zowel het kind als minstens één ouder een (L)VB.

Prevalentie ACEs en contextuele kind- en gezinsrisico's

Tabel 1 laat de prevalentie van ACEs en contextuele kind- en gezinsrisico's zien. Gemiddeld hadden de jeugdigen 4,4 originele ACEs meegemaakt ($SD = 2,0$; range 0–9). Vrijwel alle jeugdigen (98,4%) hadden ten minste één ACE ervaren en 66,4% had zelfs vier of meer ACEs meegemaakt. De meest voorkomende originele ACEs waren scheiding

(75,0%), psychische problemen van de ouder(s) (68,8%) en emotionele verwaarlozing (60,9%). Op kindniveau had 34,4% van de kinderen een gediagnosticeerde vorm van psychopathologie, zoals bijvoorbeeld stemmings-, angst- of gedragsstoornissen. Op ouderniveau werden ACEs van de ouder(s) in 45,3% van de gezinnen geregistreerd. Meer dan de helft had een beperkt sociaal netwerk (53,1%).

Samenhang tussen ACEs en contextuele variabelen

Tabel 2 geeft de onderlinge samenhang weer tussen ACEs en contextuele kind- en gezinsfactoren. De meeste significante verbanden waren klein tot matig van sterkte. Verschillende originele ACEs hingen onderling positief samen. Emotionele mishandeling was geassocieerd met fysieke mishandeling, emotionele verwaarlozing, huiselijk geweld tussen ouders, psychische problemen van ouders, uithuisplaatsing en een (L)VB bij de jeugdige. Huiselijk geweld tussen ouders hing daarnaast samen met meerdere andere ACEs, waaronder fysieke mishandeling, scheiding, middelenmisbruik van ouder(s) en psychische problemen van ouder(s). Dit laat zien dat de originele ACEs vaak gelijktijdig voorkomen en onderling samenhangen.

Ook tussen ACEs en contextuele risicofactoren werden positieve significante verbanden gevonden. Psychopathologie bij de jeugdige hing samen met gepest worden, uithuisplaatsing en een (L)VB van de jeugdige. Een (L)VB van de jeugdige was eveneens gerelateerd aan emotionele mishandeling en gepest worden. Uithuisplaatsing hing samen met psychopathologie bij de jeugdige, een beperkt sociaal netwerk, emotionele mishandeling en psychische problemen van ouder(s). Psychische problemen van ouder(s) waren bovendien geassocieerd met huiselijk geweld tussen ouders en een beperkt sociaal netwerk. Dit wijst erop dat ACEs samenhangen met risicofactoren op zowel kind- als gezinsniveau.

Verder hing een beperkt sociaal netwerk samen met uithuisplaatsing, psychische problemen van ouder(s) en schulden, terwijl huisvestingsproblemen samenhangen met schulden en scheiding. Naast deze positieve verbanden werden enkele negatieve verbanden gevonden, namelijk tussen uithuisplaatsing en emotionele mishandeling, psychische problemen van ouders en een beperkt sociaal netwerk.

Tabel 1: Prevalentie ACEs en contextuele kind- en gezinsrisico's

	% (n)
Originele ACEs	
Gemiddeld aantal	$M = 4.4$ ($SD = 2,0$; range 0–9)
≥ 1 ACEs	98,4% (126)
≥ 2 ACEs	93,0% (119)
≥ 3 ACEs	84,4% (108)
≥ 4 ACEs	66,4% (85)
≥ 5 ACEs	46,1% (59)
≥ 6 ACEs	29,7% (38)
≥ 7 ACEs	18,0% (23)
≥ 8 ACEs	4,7% (6)
≥ 9 ACEs	0,8% (1)
Scheiding ouders	75,0% (96)
Psychische problemen ouder(s)	68,8% (88)
Emotionele verwaarlozing	60,9% (78)
Huiselijk geweld tussen ouders	53,9% (69)
Emotionele mishandeling	44,5% (57)
Middelenmisbruik ouder(s)	38,3% (49)
Fysieke mishandeling	35,2% (45)
Fysieke verwaarlozing	31,3% (40)
Ouder(s) in gevangenis	14,8% (19)
Seksueel misbruik	12,5% (16)
Aanvullende ACEs	
Uithuisplaatsing jeugdige	50,8% (65)
Schulden gezin	43,0% (55)
Gepest worden kind	20,3% (26)
Contextuele kind- en gezinsvariabelen	
Psychopathologie jeugdige	34,4% (44)
ACEs van ouder(s)	45,3% (58)
Beperkt sociaal netwerk	53,1% (68)
Huisvestingsproblemen gezin	45,3% (58)

Tabel 2: Correlaties tussen originele ACEs, aanvullende ACEs en contextuele kind- en gezinsrisico's

Variabelen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Originele ACEs																				
1. Fysieke mishandeling																				
2. Emotionele mishandeling	.361***																			
3. Fysieke verwaarlozing	.033	-.028																		
4. Emotionele verwaarlozing	.086	.299***	.263**																	
5. Seksueel misbruik	.118	.184*	.000	.109																
6. Ouder(s) gevangenis	.015	.112	-.044	-.071	.042															
7. Scheiding	.085	.118	-.078	.129	.055	.140														
8. Huiselijk geweld ouder(s)	.320***	.324***	.015	.095	.065	.166	.262**													
9. Middelennisbruik ouder(s)	.060	.038	.024	-.028	-.103	.214*	.009	.309***												
10. Psych. prob. ouder(s)	-.068	.231**	-.055	.082	-.051	.044	.078	.222*	.046											
Aanvullende ACEs																				
11. Gepest worden	.076	.095	-.005	.126	.044	-.102	.202*	-.040	-.158	.005										
12. Uthuisplaatsing	.103	-.218*	.023	.045	.136	.059	.045	-.095	.068	-.259**	-.086									
13. Schulden gezin	-.006	-.022	.076	.022	-.044	-.032	.068	.145	.050	-.021	.000	-.014								
Contextuele risicofactoren: kind																				
14. (L)VB kind	.115	.204*	.135	.192*	.189*	-.154	.072	.016	-.080	.000	.272**	-.047	.086							
15. Psychopathologie kind	.187*	.108	.005	-.057	.023	-.120	.003	.036	.001	-.053	.246**	.292**	.004	.204*						
Contextuele risicofactoren: ouders																				
16. (L)VB vader	-.046	-.039	-.104	-.141	.033	.123	.000	-.034	-.029	.012	-.110	-.007	.129	.000	.003					
17. (L)VB moeder	.024	-.069	-.009	-.185*	.024	-.032	.073	-.001	.003	-.026	-.022	-.077	.153	-.032	-.034	.257**				
18. ACEs ouder(s)	.152	-.026	.165	-.075	-.107	.238**	.091	.212*	.090	-.030	-.069	.017	.176	.094	-.036	.084	.110			
19. Beperkt sociaal netwerk	.101	.149	.160	.178*	-.071	.040	.000	.168	.096	.279**	.046	-.205*	.205*	.063	-.052	.146	.139	.132		
20. Huisvestingsproblemen	-.120	.088	.186*	.017	-.061	.116	.240**	.130	-.005	.160	.009	-.171	.293***	.000	-.103	.084	.142	.180*	.100	

Notitie: *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

DISCUSSIE

Dit dossieronderzoek geeft inzicht in de prevalentie en onderlinge samenhang van ACEs en contextuele kind- en gezinsrisico's bij gezinnen met een (L)VB en een OTS. In deze discussie wordt gereflecteerd op 1) de hoge prevalentie van zowel originele als aanvullende ACEs, en 2) de onderlinge samenhang tussen ACEs en contextuele kind- en gezinsrisicofactoren.

Bijna alle jeugdigen hadden ten minste één ACE meegemaakt, en twee derde zelfs vier of meer. Deze percentages liggen aanzienlijk hoger dan in de algemene populatie, zoals bij Nederlandse schoolkinderen van 9–13 jaar oud waarbij 6,5% vier of meer ACEs hadden meegemaakt (Vink et al., 2019). Gegeven de huidige steekproef, een populatie waarin per definitie sprake is van verhoogde zorgen en risico's door de betrokkenheid van jeugdbescherming, ligt een hoge prevalentie van ACEs in de lijn der verwachting. Tegelijkertijd zijn de percentages ook hoger dan wat eerder onderzoek naar ACEs bij Nederlandse jeugdigen liet zien: 30,6% van de jeugdigen in het speciaal onderwijs of in onderwijs-zorgcombinaties had vier of meer ACEs meegemaakt (Mercera et al., 2024) en 25% van de jeugdigen in een Nederlandse residentiële (L)VB setting (Vervoort-Schel et al., 2021). In een steekproef in de Verenigde Staten van jeugdigen in gezinnen die in aanraking waren met jeugdbescherming had ongeveer 70% op zesjarige leeftijd drie of meer ACEs meegemaakt (Clarkson Freeman, 2014). Op basis van de huidige studie kan niet worden vastgesteld of de verhoogde prevalentie van ACEs primair samenhangt met een (L)VB, een OTS of met de combinatie van beide factoren. Daarbij dient te worden opgemerkt dat jeugdbeschermingsbetrokkenheid zelf een potentiële ACE is, waardoor OTS zowel een context kan vormen waarin ACEs vaker worden gedetecteerd als een uitkomst van eerdere ACEs. De gepresenteerde prevalenties benadrukken wel dat ACEs zich sterk lijken te concentreren binnen gezinnen met jeugdbeschermingsbetrokkenheid en een (L)VB, wat wijst op een aanzienlijke opeenstapeling van ACEs. Tegelijk dient te worden opgemerkt dat ACEs-prevalenties, door de brede operationalisatie van ACEs, waarin zowel directe traumatische ervaringen als contextuele risicofactoren kunnen samenkomen, een heterogeen beeld kunnen geven van onderliggende problematiek (Vinkers, 2026). Dit vraagt om voorzichtigheid bij de interpretatie van deze bevindingen en benadrukt het belang om in de praktijk onderscheid te maken tussen typen ervaringen, en om aandacht te hebben voor verschillen in ernst, duur,

frequentie en subjectieve beleving. Wel onderstrepen deze bevindingen de waarde van het ACEs-raamwerk als public health-benadering (Remmers et al., 2025), waarin juist het signaleren van cumulatieve risico's centraal staat, om tijdig brede en preventieve ondersteuning in te zetten bij mensen met een kwetsbare achtergrond, zoals gezinnen binnen de jeugdbescherming met een (L)VB.

Naast de originele ACEs kwamen ook aanvullende ACEs en contextuele kind- en gezinsrisico's relatief veel voor. Deze bevindingen sluiten aan bij eerder onderzoek waaruit blijkt dat gezinnen met een VB vaak te maken hebben met een opeenstapeling van kwetsbaarheden (Llewellyn & Hindmarsh, 2015). De hoge prevalentie van (aanvullende) ACEs in dit onderzoek kan echter niet eenduidig worden toegeschreven aan specifieke kenmerken van de steekproef. Zo kan deze samenhangen met de aanwezigheid van een (L)VB, met de jeugdbeschermingscontext (zoals een OTS), of met een combinatie van beide. Daarnaast kan verhoogde zichtbaarheid binnen jeugdbeschermingssystemen ertoe leiden dat ACEs vaker worden geregistreerd (zogenoemde 'exposure bias'), terwijl onderrapportage ook aannemelijk is doordat jeugdigen en ouders niet altijd informatie over ACEs willen of kunnen delen. Longitudinaal vervolgonderzoek is nodig om beter te kunnen onderscheiden welke factoren het sterkst bijdragen aan de verhoogde prevalentie van ACEs. Dit doet echter niets af aan de relevantie van de bevindingen: de hoge ACEs-prevalentie benadrukt dat deze jeugdigen en gezinnen gebaat zijn bij een integrale en systematische ondersteuning, die rekening houdt met hun levensverhaal en gezinscontext.

Dit onderzoek liet zien dat ACEs vaak gelijktijdig voorkomen en onderling samenhangen. Ook bleken ACEs samen te hangen met risicofactoren op zowel kind- als gezinsniveau.

Deze onderlinge verbanden laten zien dat het niet om afzonderlijke ervaringen gaat en dat jeugdigen in deze gezinnen relatief vaak blootgesteld worden aan een opeenstapeling van risico's in verschillende contexten. Dit sluit ook aan bij eerder onderzoek waaruit blijkt dat risico's vaak samenhangen en elkaar versterken (Bussemakers et al., 2019). Dit benadrukt de noodzaak van geïntegreerde, contextspecifieke ondersteuning binnen gezinnen met een OTS en een (L)VB. De huisvestingsproblemen en beperkte sociale netwerken benadrukken bijvoorbeeld het belang van aandacht voor kwetsbaarheden op zowel interpersoonlijk vlak als binnen de maatschappelijke context wat ook vraagt om goede afstemming en samenwerking

tussen de verschillende organisaties die bij het gezin betrokken zijn.

Verder passen de gevonden samenhangen tussen ouderlijke tegenslag en uitkomsten bij jeugdigen bij het idee van intergenerationale overdracht van risico, zonder dat op basis van dit cross-sectionele dossieronderzoek causale uitspraken kunnen worden gedaan (Lê-Scherban et al., 2018). Deze bevindingen benadrukken het belang van interventies die aansluiten bij de behoeften van ouders én kinderen. Modellen rondom trauma-informed care en gezinsgerichte zorg (Meijer & Gubbels, 2024; Mevissen et al., 2016) kunnen waardevolle aanknopingspunten bieden door aandacht te besteden aan het gezin als geheel en de individuele behoeften van kind en ouder.

Er kwam een klein aantal negatieve verbanden naar voren. Zo bleek dat jeugdigen waarbij emotionele mishandeling, psychische problemen van de ouder(s) en een beperkt sociaal netwerk werden gerapporteerd, juist minder vaak een uithuisplaatsing in het dossier hadden staan. Mogelijk worden deze ACEs minder vaak geregistreerd in dossiers, omdat professionals zich vooral richten op de uitvoering en het verloop van de plaatsing. Tegelijk kan dit ook echte verschillen in blootstelling aan ACEs laten zien. Om zulke patronen verder te duiden en uit te diepen is longitudinaal of bijvoorbeeld kwalitatief vervolgonderzoek nodig.

Beperkingen

Door de dossiergegevens van twee bestaande onderzoeken te combineren, konden ACEs worden onderzocht in gezinnen met een (L)VB die in de jeugdbescherming oververtegenwoordigd zijn, maar in onderzoek vaak onderbelicht. Deze werkwijze maakte het mogelijk om een grotere steekproef te onderzoeken met minimale belasting voor de gezinnen. Tegelijkertijd brengt dossieronderzoek ook beperkingen met zich mee. De kwaliteit en volledigheid van dossierinformatie kan per casus verschillen en sommige variabelen zijn mogelijk ondergerapporteerd. Daarnaast kunnen verschillen tussen hulpverleners in wat en hoe gerapporteerd wordt, evenals veranderingen in maatschappelijke en professionele aandacht voor ACEs over de afgelopen jaren, van invloed zijn geweest op de registratie van deze ervaringen in de dossiers. Deze variatie sluit aan bij het Decision-Making Ecology Framework (Baumann et al., 2011), dat laat zien dat besluitvorming en verslaglegging in de jeugdbescherming worden beïnvloed door factoren op casus-, organisatie- en professi-

onalniveau. Het gebruik van een samengesteld databestand beperkt bovendien de generaliseerbaarheid van de resultaten waardoor de bevindingen met voorzichtigheid moeten worden gebruikt in andere contexten. Hoewel het onderscheid tussen (L)VB bij het kind en/of de ouder(s) relevant kan zijn voor specifieke risicomechanismen, liet de omvang van de steekproef geen betrouwbare subgroepanalyses toe en lag de focus van dit onderzoek op het bredere patroon van ACEs bij gezinnen waarbij ouders en/of kinderen een LVB konden hebben. Ook kunnen er geen causale verbanden vastgesteld worden. Dit onderzoek moet dan ook gezien worden als exploratief. Toekomstig onderzoek in de vorm van longitudinale onderzoeksdesigns of met een kwalitatieve insteek kan meer inzicht geven in (intergenerationale) ACEs en kind- en gezinsrisico's in gezinnen met een (L)VB.

CONCLUSIE

Dit onderzoek laat zien dat in dossiers van jeugdigen en gezinnen met een (L)VB en een OTS vaak meerdere ACEs en kind- en gezinsrisicofactoren zijn vastgelegd, die onderling samenhangen. De complexiteit en opeenstapeling van deze risico's benadrukken het belang van een brede, ecologische en gezinsgerichte benadering binnen de jeugdbescherming en het voorliggende zorg- en ondersteuningsveld, met systematische aandacht voor zowel het kind, de ouder(s) als de bredere leefcontext.

LITERATUUR

De volledige referentielijst is op te vragen bij de auteurs.

- Afifi, T. O., Salmon, S., Garcés, I., Struck, S., Fortier, J., Taillieu, T., Stewart-Tufescu, A., Asmundson, G. J. G., Sareen, J., & MacMillan, H. L. (2020). Confirmatory factor analysis of adverse childhood experiences (ACEs) among a community-based sample of parents and adolescents. *BMC Pediatrics*, 20(1), 178. <https://doi.org/10.1186/s12887-020-02063-3>
- Anda, R. F., Dong, M., Brown, D. W., Felitti, V. J., Giles, W. H., Perry, G. S., Valerie, E. J., & Dube, S. R. (2009). The relationship of adverse childhood experiences to a history of premature death of family members. *BMC Public Health*, 9(1), 106. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-106>
- Bakkum, L., & Schuengel, C. (2025). Age at entry into the Dutch child protection system of children of parents with intellectual disability: A case-control study. *Child Protection and Practice*, 5, 100142. <https://doi.org/10.1016/j.chipro.2025.100142>

- Baumann, D. J., Fluke, J. D., Dalgleish, L., & Kern, H. (2014). The decision-making ecology. In A. Shlonsky & R. Benbenishty (Eds.), *From evidence to outcomes in child welfare: An international reader* (pp. 24–40). Oxford University Press.
- Bussemakers, C., Kraaykamp, G., & Tolsma, J. (2019). Co-occurrence of adverse childhood experiences and its association with family characteristics: A latent class analysis with Dutch population data. *Child Abuse and Neglect*, 98, 104185. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104185>
- Clarkson Freeman, P. A. (2014). Prevalence and relationship between adverse childhood experiences and child behavior among young children. *Infant Mental Health Journal*, 35(6), 544–554. <https://doi.org/10.1002/imhj.21460>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Garcia, A. R., Gupta, M., Greeson, J. K., Thompson, A., & DeNard, C. (2017). Adverse childhood experiences among youth reported to child welfare: Results from the national survey of child & adolescent wellbeing. *Child Abuse & Neglect*, 70, 292–302. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.06.019>
- Lê-Scherban, F., Wang, X., Boyle-Steed, K. H., & Pachter, L. M. (2018). Intergenerational associations of parent adverse childhood experiences and child health outcomes. *Pediatrics*, 141(6), e20174274. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-4274>
- Llewellyn, G., & Hindmarsh, G. (2015). Parents with intellectual disability in a population context. *Current Developmental Disorders Reports*, 2(2), 119–126. <https://doi.org/10.1007/s40474-015-0042-x>
- Merritt, D. H. (2021). Documenting experiences and interactions with child protective services. *Focus*, 37(2), 3–10.
- Meijer, L., & Gubbels, J. (2024). De cyclus doorbreken: Onderzoek naar intergenerationele overdracht van jeugdtrauma. *Kind & Adolescent Praktijk*, 23(2), 13–15.
- Mercera, G., Vervoort-Schel, J., Offerman, E., Pronk, S., Wissink, I., & Lindauer, R. (2024). Prevalence of adverse childhood experiences in adolescents with special educational and care needs in the Netherlands: A case-file study of three special educational and care settings. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 17(2), 541–554. <https://doi.org/10.1007/s40653-024-00613-w>
- Mevissen, L., Didden, R., Korzilius, H., & de Jongh, A. (2016). Assessing posttraumatic stress disorder in children with mild to borderline intellectual disabilities. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 29786. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.29786>
- Remmers, M. C., Reijs, R. P., & Hoebe, C. J. (2025). Defining and distinguishing early life stress, trauma, adversity, toxic and chronic stress and allostatic load: A descriptive review. *Scandinavian Journal of Public Health*, 53(6), 670–684. <https://doi.org/10.1177/14034948241260105>
- Staunton, E., Kehoe, C., & Sharkey, L. (2020). Families under pressure: Stress and quality of life in parents of children with an intellectual disability. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 40(4), 192–199. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.4>
- Sterenborg, T., van Nieuwenhuijzen, M., Wissink, I. B., Zijlstra, A., & Stams, G. J. J. M. (2024). Explaining risk factors for successful family supervision orders: Families with intellectual disabilities in child protection in the Netherlands. *Child Maltreatment*, 29(2), 297–308. <https://doi.org/10.1177/10775595231159665>
- 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, 103935. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.103935>
- Vink, R. M., van Dommelen, P., van der Pal, S. M., Eekhout, I., Pannebakker, F. D., Velderman, M. K., & Dekker, M. (2019). Self-reported adverse childhood experiences and quality of life among children in the two last grades of Dutch elementary education. *Child Abuse & Neglect*, 95, 104051. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104051>
- Vinkers, C. (2026). *Littekens uit je jeugd: Hoe jeugdtrauma je vormt – en hoe herstel mogelijk is*. Prometheus.

Dit artikel is een samenvatting en bewerking van het volgende gepubliceerde wetenschappelijke artikel: **Adverse childhood experiences in families with intellectual disabilities under family supervision orders: An exploratory cross-sectional study**, ©Vervoort-Schel, J. et al. (2026), taken from *Journal of Intellectual & Developmental Disability* © Australasian Society for Intellectual Disability, Inc. reprinted by permission of Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Ltd, <https://www.tandfonline.com>. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Bruggen bouwen tussen wetenschap en praktijk in de LVB-zorg

Evidence-based practice als kompas voor betere besluitvorming

Anika Bexkens¹

¹ Klinisch Psycholoog/Psychotherapeut, GGZ Delfland; Hoogleraar Ontwikkelings- en Onderwijspsychologie, Universiteit Leiden – a.bexkens@fsw.leidenuniv.nl

SAMENVATTING

Evidence-based practice (EBP) wordt in de LVB-zorg regelmatig als onhaalbaar beschouwd vanwege het beperkte aantal interventies dat specifiek voor deze doelgroep is onderzocht. Dit artikel beargumenteert dat deze opvatting berust op een te smalle definitie van EBP. Vertrekpunt is de definitie van de American Psychological Association (APA, 2006): de integratie van de beste beschikbare wetenschappelijke kennis, klinische expertise en cliëntperspectief. Vanuit dat perspectief blijkt dat veel professionals in de LVB-zorg al evidence-based werken, zonder het zo te noemen. Het artikel werkt de drie pijlers van EBP uit en laat zien hoe zij in de praktijk van de LVB-zorg samenkomen.

INLEIDING

Eind vorig jaar sprak ik mijn oratie uit ter acceptatie van mijn leerstoel Evidence-Based Clinical Practice for Child and Adolescent Mental Health. De eerste zaadjes voor veel van de ideeën uit mijn oratie zijn geplant toen ik aan het begin van mijn carrière in de zorg voor jongeren met LVB werkte. Ik werkte toen bij Groot-Emaus waar ik promotie-onderzoek combineerde met de GZ-opleiding. Hieronder verbind ik de ideeën uit mijn oratie aan het werken in de zorg voor mensen met een LVB.

In de zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) klinkt geregeld de verzuchting dat evidence-based werken niet past bij dit werkveld. Het argument is begrijpelijk: het aantal interventies dat specifiek voor de doelgroep is onderzocht, is relatief klein. Maar de conclusie die daar soms uit wordt getrokken “Wwij werken dus niet evidence-based”, verdient kritische beschouwing. Zij berust op een definitie van evidence-based practice (EBP) die te smal is en die het dagelijkse vakmanschap van LVB-professionals ten onrechte buiten beeld laat.

Dit artikel gaat over de vraag wat EBP werkelijk betekent en welke rol het speelt, en zou moeten spelen, in de zorg voor mensen met een LVB en hun netwerk. De centrale stelling is dat EBP geen protocol is, maar een besluitvormingsmodel: een manier van redeneren die wetenschap, klinische expertise en cliëntperspectief integreert. Dat model is

niet alleen toepasbaar in de LVB-zorg; het beschrijft in veel gevallen wat professionals daar al dagelijks doen.

Achtereenvolgens bespreek ik de kloof die in de praktijk wordt ervaren tussen wetenschap en zorg, de bredere definitie van EBP en haar drie pijlers, en de specifieke betekenis van elk van die pijlers voor de LVB-context. Ik sluit af met aanbevelingen voor praktijk, opleiding en onderzoek.

DE KLOOF TUSSEN WETENSCHAP EN PRAKTIJK

Discussies over evidence-based werken in de zorg worden nogal eens gevoerd als een touwtrekwedstrijd: wetenschappers die met kracht aan de ene kant trekken (“Het is evidence-based, doe het nou!”) en zorgverleners die vanuit hun praktijkervaring aan de andere kant vasthouden (“Nee, mijn ervaring zegt iets anders!”). Ondertussen staan cliënten en hun naasten aan de zijlijn.

In de LVB-zorg is dit patroon ook herkenbaar. Wetenschappers ontwikkelen inzichten en behandelprotocollen, maar de vertaalslag naar de specifieke kenmerken van mensen met een LVB, zoals cognitief niveau, tempo, taalgebruik, is niet altijd gemaakt. Zorgverleners signaleren terecht dat wat voor de gemiddelde cliënt in een RCT werkt, niet klakkeloos overdraagbaar is naar de heterogene groep die zij dagelijks zien.

Die spanning is reëel, maar leidt soms tot een onvruchtbare conclusie: dat evidence-based werken en vakkundig maatwerk tegenover elkaar staan. Dat is een misverstand. De kloof is minder diep dan zij voelt, mits we bereid zijn de definitie van EBP serieus te nemen.

EVIDENCE-BASED PRACTICE: DE BREDERE DEFINITIE

De American Psychological Association omschrijft EBP in de psychologie als volgt:

“Evidence-based practice in psychology (EBPP) is the integration of the best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture, and preferences” (APA, 2006).

In deze definitie vallen een aantal zaken op. Ten eerste: integratie. Wetenschap staat niet boven de praktijk, maar is een uitgangspunt, een punt van vertrek in het besluitvormingsproces waarin kennis uit andere bronnen, zoals klinische expertise en cliëntperspectieven, worden geïntegreerd. Ten tweede: de beste beschikbare kennis. Dat is niet de perfecte kennis, maar wat er op dit moment redelijkerwijs bekend is. Ten derde: de context van de cliënt. Kennis heeft pas waarde wanneer zij wordt verbonden met de persoon die tegenover de hulpverlener zit.

Die bredere definitie heeft directe consequenties voor de LVB-zorg. Werken volgens de principes van EBP hangt niet af van de vraag of er een specifiek voor LVB gevalideerd protocol beschikbaar is. Het hangt af van de manier waarop wordt beslist: zorgvuldig, expliciet en afgestemd op de drie pijlers. Wie dat doet, en veel teams in de LVB-zorg doen dat, werkt evidence-based.

Pijler 1: De beste beschikbare wetenschappelijke kennis

Wetenschappelijke kennis in de zorgpraktijk omvat meer dan effectonderzoek naar behandelprotocollen. Kennis over psychologische processen, zoals onder andere ontwikkeling, leren, cognitie, emotieregulatie, gezinsdynamiek, culturele context, vormt ook een onmisbare basis voor goede besluitvorming. Juist bij de LVB-doelgroep, waar cognitieve beperkingen samengaan met grote variatie in sociaal-emotionele ontwikkeling, psychische problematiek en kwetsbare omstandigheden, is die brede kennisbasis onontbeerlijk.

Tegelijkertijd zijn er grenzen aan wat wetenschap kan bieden. Onderzoeksbevindingen gaan over gemid-

delden in groepen en de variatie binnen groepen is groot. Wat gemiddeld effectief is, geldt niet per definitie voor één individuele cliënt, in één netwerk, op één moment. Bovendien worden bepaalde groepen, zoals mensen met een LVB stelselmatig uitgesloten van wetenschappelijke studies – een IQ-score van lager dan 85 is een veelgebruikt exclusiecriteria. Daarnaast zijn veel vragen die specifiek zijn voor de LVB-zorg nog niet onderzocht.

Dit betekent niet dat wetenschappelijke kennis irrelevant is, integendeel. Maar het vraagt van de professional een actief en kritisch gebruik van die kennis: weten wat er is, weten wat er niet is, en op basis daarvan weloverwogen redeneren. Dat noem ik ook wel het ‘verstandig’ toepassen van wetenschap in de praktijk, een belangrijk onderdeel van Pijler 2: klinische expertise.

Behandelprotocol als kompas, niet als keurslijf

Een veelvoorkomend misverstand is dat een behandelprotocol stap voor stap gevolgd moet worden en dat hier niet van afgeweken mag worden. Dat is niet zo. In de LVB-zorg is dit zelfs onwenselijk. Een behandelprotocol geeft een richtlijn voor de werkzame elementen waarvan we weten dat ze nodig zijn voor een effectieve behandeling van een bepaald type probleem. Die elementen moeten zeker worden toegepast, daarvan moet je niet zo maar afwijken; de vorm, het tempo, de taal, de herhaling, de visualisatie, de betrokkenheid van het netwerk, mag en moet worden aangepast aan de cliënt. Wie dat doet, verlaat het pad van EBP niet, maar loopt het pad zoals het bedoeld is.

Pijler 2: Klinische expertise

Klinische expertise wordt in de praktijk soms gereduceerd tot ‘intuïtie’ of ‘onderbuikgevoel’. Dat doet ons vak ernstig tekort. Klinische expertise is een professioneel, leerbaar en toetsbaar geheel van vaardigheden, waarin systematisch wetenschappelijk denken en praktijkervaring zijn verweven. De APA onderscheidt onder andere de volgende bouwstenen: diagnostiek en indicatiestelling, klinische besluitvorming en het monitoren van vooruitgang, interpersoonlijke vaardigheden, systematische reflectie en professionele ontwikkeling, en sensitiviteit voor individuele, culturele en contextuele factoren.

Onderzoek ondersteunt het belang van deze vaardigheden. Experts redeneren bij casusconceptualisatie consistent en laten zich minder leiden door irrelevante behandelopties (Dudley et al., 2015). En los van de gekozen methode hebben behandelaren een substantiële invloed op uitkomsten (Wampold & Flückiger, 2023).

Een kritisch punt is de rol van praktijkkennis. Jarenlange ervaring met een specifieke populatie bouwt waardevolle intuïties op, maar ook systematische blinde vlekken. Wanneer een behandelaar vooral cliënten ziet met vergelijkbare ernst of classificatie, raakt de opgebouwde praktijkkennis onvermijdelijk gekleurd. Intuïtie en snel redeneren verhogen bovendien de kans op cognitieve vertekening (Kahneman, 2011; Featherston et al., 2020). Therapeuten die sterk op intuïtie steunen, zijn ook minder geneigd multidisciplinaire richtlijnen te volgen en bewezen effectieve interventies toe te passen (Gaudiano et al., 2011).

Dit vraagt om expliciete reflectie op aannames, zowel over de cliënt als over de eigen besluitvorming. Berekenend afwijken van richtlijnen of protocollen is legitiem, maar alleen wanneer het expliciet, transparant en methodisch onderbouwd is. Diversiteit in het behandelteam is hierbij geen luxe maar een noodzaak: alleen door meerdere perspectieven te integreren kan recht worden gedaan aan de complexiteit van de LVB-zorg.

Pijler 3: Cliëntperspectief en ervaringskennis

De derde pijler van EBP betreft het cliëntperspectief. De APA wijst hier op het belang van kennis over individuele verschillen, cultuur en context bij het nemen van klinische beslissingen. Dat is waardevol, maar het schiet tekort op één cruciaal punt: er is een verschil tussen kennis óver cliënten en kennis ván cliënten.

Hulpvragers zelf beschikken over kennis die niemand anders heeft. Zij weten wat in het verleden wel of niet werkte, welke omstandigheden herstel bevorderden, en welke hulpvormen voor hen onbruikbaar of niet passend waren. Dat zijn geen anekdotes, maar relevante data die structureel moeten meewegen in behandelkeuzes. Diagnostiek en behandeling zijn collaboratieve processen: behandelaar en cliënt verlenen samen betekenis aan het verhaal en bepalen samen wat haalbaar en zinvol is.

Een beroepsgroep die hierin een sleutelrol kan spelen, zijn ervaringsdeskundigen. Ze zetten persoonlijke ervaringen om in overdraagbare, professionele ervaringskennis en zijn opgeleid om deze kennis in zorgprocessen in te brengen. In de LVB-zorg is hun inbreng van bijzondere waarde: zij kunnen bijdragen aan het integreren van cliëntwaarden en -voorkeuren, en met hun cruciale ervaringskennis kunnen zij helpen om ongelijkheid en onrecht te voorkomen. Hierbij moet niet alleen gedacht worden aan ervaringsdeskundigheid van de cliënten zelf, maar

juist ook aan ervaringsdeskundige ouders, verzorgers of andere familieleden.

Mijn pleidooi is dan ook voor een verbreding van de derde pijler: niet alleen kennis over individuen en context, maar actieve integratie van ervaringskennis als volwaardige bron naast wetenschappelijke evidentie en klinische expertise.

Casusconceptualisatie als geïntegreerd vertrekpunt

Alle drie de pijlers komen samen in de casusconceptualisatie: de werkhypothese die de behandelaar formuleert op basis van wetenschappelijke kennis, het persoonlijke verhaal van de cliënt en klinisch redeneren. Het is een gezamenlijk geformuleerd verhaal over wat er speelt, hoe het zo gekomen is, en waar de cliënt naartoe wil bewegen.

In de LVB-zorg is die complexiteit bijzonder tastbaar. Cognitieve beperkingen gaan regelmatig samen met verschillen in sociaal-emotionele ontwikkeling, psychische problematiek en kwetsbare sociale omstandigheden. Persoonlijke factoren, relaties, school, lichamelijke gezondheid, cultuur en context beïnvloeden elkaar in een netwerk dat niet te vatten is in één perspectief. Dat vraagt om diverse teams die variëteit als kracht benutten, teams die wetenschappelijke kennis, klinische expertise en ervaringskennis expliciet integreren.

CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

De kloof tussen wetenschap en praktijk is in de LVB-zorg helemaal niet zo groot. Het is juist mijn ervaring dat collega's in dit vakgebied heel nauwkeurig afwegen welke kennis op welke manier toegepast kan worden op hun individuele cliënten. Het ontbreken van specifieke behandelprotocollen dwingt juist tot het integreren van klinische expertise. Het hardnekkigste misverstand is dat evidence-based werken gelijkstaat aan het kunnen aanwijzen van een evidence-based protocol voor deze specifieke doelgroep.

Wanneer iemand zegt "Wij kunnen niet evidence-based werken in de LVB-zorg", is een passend antwoord: "Bedoel je dat er te weinig interventieonderzoek is? Dat klopt vaak. Maar evidence-based werken gaat over besluitvorming en die vindt hier elke dag plaats."

AANBEVELINGEN

Voor de praktijk: Maak klinisch redeneren volgens de principes van EBP expliciet in teambesprekingen en supervisie. Documenteer niet alleen wat er is besloten, maar waarom: welke kennis, welke expertise, welke cliëntvoorkeur heeft de beslissing gestuurd. Geef interventie vorm met diverse interventiegroepen waarin verschillende perspectieven naar voren komen. Betrek ervaringsdeskundigen structureel bij behandeling en teamreflectie. Bewaak de werkzame elementen van interventies, maar pas de vorm aan op de cliënt. Neem als professional je centrale rol in binnen EBP, sterker nog: eis die op. Jij bent verantwoordelijk voor het integreren van de informatiebronnen om de beste beslissing te nemen over jouw individuele cliënt of cliëntsysteem.

Voor de opleiding: Onderwijs de brede definitie van EBP en ruim actief ruimte in voor het wegnemen van misvattingen over protocollen en klinische expertise. Besteed aandacht aan cognitieve bias in besluitvorming en aan methoden om praktijkkennis kritisch te toetsen. Bereid collega's in opleiding voor op het expliciteren en verantwoorden van klinische beslissingen.

Voor de wetenschap: Bedrijf een dienende wetenschap. In EBP is de rol van wetenschappelijke kennis belangrijk, maar de verantwoordelijkheid voor het verstandig toepassen ervan op het individu ligt bij de behandelaar. Ontwikkel kennis die de behandelaar kan gebruiken om betere beslissingen te nemen. Richt onderzoeksagenda's niet alleen op de effectiviteit van specifieke protocollen. Onderzoek hoe klinische expertise en ervaringskennis de kwaliteit van klinische beslissingen beïnvloeden. En essentieel voor de LVB-zorg: Vergroot de ecologische validiteit van interventieonderzoek door deelnemers te includeren die representatief zijn voor de hele populatie. Met andere woorden: het exclusie criterium op basis van IQ mag de prullenbak in.

Gaudiano, B. A., Brown, L. A., & Miller, I. W. (2011). Let your intuition be your guide? Individual differences in the evidence-based practice attitudes of psychotherapists. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(4), 628–634. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01508.x>

Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. Allen Lane and Penguin Books.

Wampold, B. E., & Flückiger, C. (2023). The alliance in mental health care: Conceptualization, evidence and clinical applications. *World Psychiatry*, 22(1), 25–41. <https://doi.org/10.1002/wps.21035>

LITERATUUR

American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>

Dudley, R., Ingham, B., Sowerby, K., & Freeston, M. (2015). The utility of case formulation in treatment decision making; the effect of experience and expertise. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 48, 66–74. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.01.009>

Featherston, R., Downie, L. E., Vogel, A. P., & Galvin, K. L. (2020). Decision making biases in the allied health professions: A systematic scoping review. *PLoS ONE*, 15(10), e0240716. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240716>

COLUMN

LVB bestaat niet!

De schrijver van een column kan een gedragswetenschapper, leerkracht, onderzoeker, beleidsmaker en/of een ouder zijn. Wat zij gemeen hebben zijn hun ervaringen met mensen met een licht verstandelijke beperking. In deze LVB Onderzoek & Praktijk geven wij het woord aan Erica Aldenkamp en Jannelien Wieland. Erica Aldenkamp (67) is GZ-psycholoog, orthopedagoog, EMDR practitioner, docent, auteur en consultant. Erica heeft binnen diverse organisaties gewerkt als orthopedagoog binnen de ZVB en als GZ psycholoog en manager behandelzaken binnen de GGZ. In 2014 startte zij met de Poli+, een vrijevestigde GGZ praktijk met aandacht voor mensen met een laag IQ. Als docent is zij verbonden aan de RINO Amsterdam o.a. met trainingen op het gebied van inclusieve GGZ en geeft samen met Jannelien een training over Suicide(preventie) binnen de ZVB. Jannelien Wieland (50) is psychiater en onderzoeker, werkzaam bij 's Heeren Loo en LUMC Curium. Ze is gepromoveerd in 2016 op het proefschrift 'Psychopathology in Borderline Intellectual Functioning'. Jannelien werkt al jaren op de grens van de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en de ggz. Ze werkt als consultant bij het CCE, is als docent verbonden aan de RINO Amsterdam, is bestuurslid bij het Kenniscentrum voor Inclusieve GGZ (KIG) en was de voorzitter van de werkgroep voor de nieuwe zorgstandaard Psychische Stoornissen en Laag IQ van Akwa.

Wat bedoel je met “Hij heeft een LVB?”, vraag ik. Mijn collega kijkt glazig. Ik probeer uit te leggen dat een LVB – licht verstandelijk beperkt – niet hetzelfde is als een lichte verstandelijke beperking. Dat een lichte verstandelijke beperking een formele en internationaal erkende classificatie is en dat LVB een label is dat alleen in Nederland gebruikt wordt. Dat misschien wel de meeste mensen met een LVB helemaal geen verstandelijke beperking hebben, maar een grensgemiddelde intelligentie. Dat dat eigenlijk zwakbegaafdheid heet, met de nadruk op *begaafdheid*, maar dat mensen dat een naar woord vinden. Dat ik LVB een naar woord vind, omdat het gepaard gaat met een heleboel stigmatiserende aannames en negatieve vooroordelen. Laatst las ik dat je ook tijdelijk een LVB kunt hebben. Als je je – door wat voor omstandigheden dan ook – even niet meer staande kunt houden in onze complexe maatschappij of – bijvoorbeeld – in onze ggz. Ik vertel dat ik daar pijn in mijn buik van krijg, omdat het meer zegt over onze beperkte samenleving dan over de persoon die LVB genoemd wordt. “Ik kan het niet meer volgen”, zegt mijn collega en, met een grote glimlach, “heb ik dan nu ook een LVB?”.

LVB: EEN VERZAMELBEGRIIP VOOR ALLES WAT WE LASTIG VINDEN

Het label LVB is in Nederland een soort elastisch verzamelbegrip geworden. Het kan alles en niets betekenen: een lagere score op een IQ-test of op een screeningslijst, een voorgeschiedenis in het speciaal onderwijs of de jeugdzorg, beperkte sociale vaardigheden, slecht voor jezelf kunnen zorgen door schulden of een psychische stoornis, of simpelweg niet mee kunnen komen in een samenleving die steeds ingewikkelder wordt. Het wordt gebruikt in rapporten, handreikingen, protocollen, kennisdocumenten – maar nergens is helder wat LVB precies betekent. Iedereen gebruikt LVB net even anders. En dat kan ook, omdat LVB niet echt bestaat.

Er zijn geen scherpe afkappunten, geen eenduidige criteria. Er is geen wetenschappelijke basis die stevig genoeg is om zo'n brede categorie te dragen.

Wat LVB wel is, is een mix van maatschappelijke ideeën over wat 'normaal' is en wat niet, met een paar min of meer meetbare elementen. LVB op de ene plek verwijst naar een lagere IQ-score, op een andere plek naar beperkte zelfredzaamheid, en weer ergens anders naar 'iemand die niet past in onze standaardaanpak'. De

enige gemeenschappelijke deler is het beeld dat het label LVB oproept: iemand die anders is, iemand die beperkt is, iemand die er niet bij hoort.

DE NEGATIEVE LADING VAN EEN LEEG LABEL

Het is wrang dat een label dat zo weinig onderbouwd is, toch zoveel effect heeft. LVB is geen neutraal begrip. Vraag AI naar de kenmerken van LVB en je krijgt een lange lijst met wat mensen allemaal moeilijk vinden, niet kunnen en waar ze kwetsbaar voor zijn. Dit is ons beeld van LVB. Het roept vooroordelen op over onvermogen, traagheid en beperkingen. Het maakt mensen kleiner dan ze zijn.

En het doet nog iets anders: het individualiseert problemen die vaak maatschappelijk of systemisch zijn. Als iemand niet mee kan komen op school, werk of in onze zorg, zeggen we: *“Dat komt door zijn LVB.”* Niet: *“Misschien is ons onderwijssysteem, de arbeidsmarkt of onze zorg te ingewikkeld georganiseerd, te veel gefocust op het (boven)gemiddelde, te weinig ondersteunend.”*

Dat we in zo'n hoog tempo steeds meer mensen als LVB bestempelen, zou echt alle alarmbellen moeten laten rinkelen. Niet alleen zegt het niks, het lost ook niets op. Het label verschuift verantwoordelijkheid van systemen naar individuen, van beleid naar personen en van maatschappelijke structuren naar 'jouw beperking'. Dit leidt tot stigmatiseren, discrimineren en uitsluiting. Door het label te blijven gebruiken, dragen we – ongewild – bij aan deze aansluiting.

WAT WIL JE EIGENLIJK WETEN?

Let op: We erkennen het belang van het tijdig herkennen van een lager IQ, van aandacht voor de vaardigheden van de ander, en van het inzicht in de kloof tussen wat mensen nodig hebben om te kunnen floreren in onze complexe samenleving en de mogelijkheden die wij hen daadwerkelijk bieden. We willen dat mensen toegang krijgen tot de juiste zorg en ondersteuning, passend bij wat zij nodig hebben.

Onze stelling is dat het label LVB hier niet bij helpt. Het is in de afgelopen 20 jaar steeds breder en steeds inhoudslozer geworden. LVB suggereert een verschil, maar welk verschil dan? En wie is daar verantwoordelijk voor? Stel jezelf de vraag: *“Waar gaat het hier echt over?”* Het antwoord is nooit simpelweg “LVB”, want LVB bestaat niet.

Je bewust zijn van relevante verschillen is essentieel, maar het benoemen ervan vraagt om een zorgvuldige afweging en heldere nuancerings. Die nuance ontbreekt bij

het label LVB. Hoe kan een verschil relevant zijn bij een label waarachter een groep schuilt die zo breed en divers is?

WAT ALS...

Wat als wij mensen niet meer zouden labelen als LVB? Wat als wij niet langer het belang zouden benadrukken van het herkennen van een LVB, maar aandacht zouden vragen voor de vanzelfsprekende diversiteit op intelligentie? Niet meer mensen zien als één categorie met dezelfde beperkingen en behoefte, maar aandacht vragen voor verschillen bij de mensen achter dit label die ertoe doen. Diversiteit is niet vanzelf inclusie. Toch, met inclusie als doel, kunnen we – door aandacht te hebben voor hoe iemand mee kan doen en welke ondersteuning daarbij nodig is – drempels verlagen, ongelijkheid verkleinen en toegang vergroten. Dit is onze opdracht. Inclusie betekent immers niet dat de ander zich aanpast, maar dat wij de omstandigheden aanpassen voor de ander.

Opinie

Exposure bij jongeren met een LVB? Gewoon doen!

Lucas Mantel¹

Josje Oude Sanderink²

Anika Bexkens³

¹ Researchmaster student, Universiteit Leiden, Instituut Psychologie, Ontwikkelings- en Onderwijspsychologie

² Klinisch psycholoog/psychotherapeut, Karakter Academisch Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie

³ Klinisch Psycholoog/Psychotherapeut bij GGZ Delfland; Hoogleraar Ontwikkelings- en Onderwijspsychologie, Universiteit Leiden – a.bexkens@fsw.leidenuniv.nl

SAMENVATTING

Kinderen en adolescenten met een licht verstandelijke beperking (LVB) lopen een aanzienlijk hoger risico op het ontwikkelen van angststoornissen in vergelijking met hun neurotypische leeftijdsgenoten. Ondanks de bewezen effectiviteit van exposuretherapie wordt deze therapie nog steeds te weinig toegepast bij deze doelgroep. We vatten de specifieke behoeften van jongeren met een LVB in therapie samen en illustreren hoe goed exposuretherapie aansluit bij deze behoeften. Ter illustratie van de praktische implementatie zijn drie recent ontwikkelde programma's kort beschreven: "Fearless Me!", "Samen Angsten Aangaan met Mentoren" en "Dapper Door Doen!". Belangrijke succesfactoren zijn onder andere het intensiveren van de behandeling, het gebruik van meerdere modaliteiten, het vereenvoudigen van de taal en het vergroten van de sociale ondersteuning om de overdracht van vaardigheden naar het dagelijks leven te vergemakkelijken. Door de therapie aan te passen in plaats van de klinische verwachtingen te verlagen, kunnen therapeuten jongeren met een LVB de effectieve behandeling bieden die ze verdienen.

HET PROBLEEM

Kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB) lopen een groter risico op het ontwikkelen van angststoornissen (Totsika et al., 2022). Ze hebben minstens twee keer zoveel kans op een klinisch verhoogd risico op angst vergeleken met hun neurotypische leeftijdsgenoten (Green et al., 2015). Daarnaast komt angst bij deze jongeren minstens vier keer vaker voor in combinatie met externaliserend probleemgedrag, in het bijzonder aandachtstekort/hyperactiviteit (Green et al., 2015). Door minder emotieregulatievaardigheden en beperkte verbale vaardigheden om zichzelf uit te drukken, kunnen jongeren met een LVB meer last hebben van angst, wat kan leiden tot de ontwikkeling van problematisch externaliserend gedrag (Green et al., 2015). Gezien deze verhoogde kwetsbaarheid voor angst is het van het grootste belang om deze jongeren de meest effectieve behandeling te bieden.

De meest effectieve behandeling voor angst is exposure, wat betekent dat een cliënt wordt blootgesteld

aan de angstopwekkende situatie in een gecontroleerde omgeving. Hiermee ervaart de cliënt dat angstige verwachtingen niet uitkomen, waardoor de angst afneemt (Craske et al., 2014). Hoewel het gebruik ervan in Nederland is toegenomen, wordt exposuretherapie nog steeds slechts in 50–70% van de behandelingen gebruikt (Scheveneels et al., 2025), en dit daalt tot ongeveer 50% bij jonge patiënten (De Jong et al., 2020). De situatie bij jeugdigen met een LVB is minder duidelijk vanwege het geringere onderzoek in deze groep. Desalniettemin bleek uit twee recente overzichtsstudies dat minder dan de helft van alle studies die zich richten op cognitieve gedragstherapie (CGT) voor angst bij mensen met een (L)Vb, elementen van exposure bevatte (Dagnan et al., 2018; Fynn et al., 2023). Zelfs als we niet precies weten hoe de situatie er in de praktijk uit ziet, is er reden om aan te nemen dat exposuretechnieken minder worden gebruikt bij jongeren met een LVB. We weten namelijk dat als therapeuten denken dat hun cliënten emotioneel kwetsbaar zijn, ze ook vaak

denken dat exposuretherapie te veel stress zou kunnen veroorzaken (Deacon et al., 2013). Wanneer therapeuten hun cliënten als minder veerkrachtig beschouwen, passen ze inderdaad minder exposuretechnieken toe (Farrell et al., 2013; Whiteside et al., 2016). Het ligt voor de hand dat kinderen en adolescenten met een LVB door hun behandelaren als minder veerkrachtig worden gezien, en dus ligt het ook voor de hand dat exposuretherapie bij deze jeugdigen waarschijnlijk vaker wordt vermeden.

Maar is het werkelijk ethisch om een effectieve behandeling te onthouden, puur op basis van IQ? Om een inclusieve gemeenschap te zijn, moeten we ernaar streven onze therapie af te stemmen op de specifieke behoeften van onze cliënten. In dit artikel bespreken we waarom exposuretherapie juist een passende aanpak kan zijn voor de specifieke behoeften van jongeren met een LVB. En om te illustreren hoe exposuretherapie kan worden geïmplementeerd, presenteren we drie recent ontwikkelde benaderingen. We hopen dat dit andere therapeuten zal aanmoedigen om exposure op te nemen in de behandeling van angst bij jongeren met een LVB.

DE BEHOEFTE

Kinderen en adolescenten met een LVB hebben specifieke behoeften tijdens psychologische interventies. We hebben deze samengevat in Tabel 1, maar zie De Wit et al. (2023), Hronis (2017), Van den Bogaard et al. (2024) en Whitehouse et al. (2006) voor meer informatie. In de tabel is te zien dat exposuretherapie aansluit bij veel van de aanbevelingen om rekening te houden met de specifieke behoeften van jongeren met een LVB.

BEWIJS VOOR EXPOSURETHERAPIE BIJ JONGEREN MET EEN LVB

Hoewel er beperkt onderzoek is gedaan naar personen met een LVB in het algemeen, wijst het bewijs er duidelijk op dat exposuretherapie een positieve aanvulling is op de behandeling vanwege:

- 1. **Verdraagbaarheid:** Er zijn geen meldingen van bijwerkingen in studies met exposuretherapie bij personen met een LVB, inclusief jongeren (Dagnan et al., 2018; Fynn et al., 2023). Exposuretherapie is

Tabel 1: Aandachtspunten van jongeren met een (L)Vb, oplossingen, en voordelen van exposure

Aandachtspunten	Oplossingen	Exposurespecifiek
Kortere aandachtsspanne	Maak sessies korter, maar frequenter en las meer pauzes in	Doordat exposuresessies gevarieerd zijn en er natuurlijke pauzes voorkomen, zijn langere sessies goed haalbaar
Beperkte werkgeheugen-capaciteit	Doe slechts één ding tegelijk; verdeel taken in kleinere eenheden	Tijdens exposuresessies wordt in het moment en in kleine stappen geoefend, waarbij de therapeut helpt om het overzicht te houden
Minder Flexibiliteit om tussen taken te schakelen	Structureer elke sessie op een vergelijkbare manier en stel duidelijke regels vast	Exposuresessies volgens steeds dezelfde structuur
Minder inhibitievermogen	Verminder afleidingen Werk directiever zodat de cliënt zich volledig op het leren kan concentreren	Het oefenen trekt de aandacht doordat het emotioneel geladen is. Daarnaast is er tijdens de sessie een focus, en een duidelijke structuur Directief werken is essentieel tijdens exposure. Er wordt daarbij gewerkt vanuit een 'samen-attitude': we zijn een team dat werkt aan het aangaan van jouw angsten
Beperkte verbaal begrip	Vereenvoudig het taalgebruik; maak zinnen en woorden zo kort mogelijk Gebruik meerdere modaliteiten, zoals visuele ondersteuning, en maximaliseer contrast	Vereist weinig taal; het kind begrijpt en voelt de ervaring inherent
Meer moeite met het aanleren van nieuwe vaardigheden	Zet meer positieve bekrachtiging in Oefen en herhaal uitgebreid Maak gebruik van impliciete leerprocessen, zoals rollenspellen Leer aan via voordoen en directe oefening Controleer het begrip en zorg dat vaardigheden worden beheerst voordat je verdergaat	Biedt sterke bekrachtiging door het overwinnen van een lastige situatie Tijdens exposure worden gevarieerde situaties en contexten geoefend Dit zijn centrale onderdelen van exposure Dit zijn centrale onderdelen van exposure Dit zijn centrale onderdelen van exposure
Meer moeite met generalisatie	Betrek verzorgers om te helpen bij de vertaalslag van het geleerde naar situaties buiten de therapie	Dit is een belangrijk aandachtspunt dat goed tijdens de exposure ingebouwd kan worden (zie Dapper Door Doen!)

dus veilig in gebruik en overbelast het individu niet overmatig, zelfs niet op jongere leeftijd, mits aangeboden in afstemming met de specifieke behoeften van de doelgroep.

2. **Haalbaarheid:** Verschillende studies hebben exposuretherapie met succes ingezet bij jongeren met een LVB (Dagnan et al., 2018; Fynn et al., 2023; Hronis et al., 2024; Oude Sanderink et al., 2025; Pols et al., 2025).
3. **Effectiviteit:** Exposuretherapie behoort tot de meest effectieve technieken voor kinderen en jongeren met en zonder een LVB. Een recente meta-analyse toonde aan dat exposure een belangrijk onderdeel is van CGT bij kinderen, terwijl het toevoegen van ontspanningselementen juist leidt tot slechtere resultaten (Whiteside et al., 2020). Ook bij kinderen met een LVB is exposure waarschijnlijk een van de meest effectieve technieken (Fynn et al., 2023).

NIEUWE AANPAKKEN

Om te laten zien hoe CGT-programma's specifiek kunnen worden afgestemd op jongeren met een LVB, beschrijven we kort drie verschillende programma's, elk met hun eigen unieke werkwijze en sterke punten.

"Fearless Me!" is een online CGT-programma voor kinderen en adolescenten met een matige tot lichte verstandelijke beperking (Hronis et al., 2022). De deelnemers ontvangen wekelijks therapie in een klaslokaal van een therapeut. Zowel individuele als groepsessies zijn mogelijk. De 10 sessies (45 minuten, twee keer per week) bestaan uit uitleg, groeps- of individuele activiteiten en oefenen met het online platform, dat ook wordt gebruikt voor huiswerkopdrachten. Het wordt aanbevolen dat een ouder of verzorger aanwezig is tijdens de sessies (Hronis et al., 2022). Dit programma maakt dus gebruik van kortere maar frequentere sessies en een online platform met meerdere modaliteiten, waaronder een voorleesfunctie op de website.

"Samen Angsten aangaan" is een CGT-programma voor kinderen en adolescenten functionerend op een LVB- of moeilijk lerend niveau met ondersteuning van een peer-mentor (Pols et al., 2025). Het exposure-onderdeel bestaat uit 3 wekelijkse sessies van elk maximaal 3 uur. Uniek aan dit programma is de betrokkenheid van een andere adolescent met een LVB wiens angststoornis al succesvol is behandeld. Deze ervaringsdeskundige peer-

mentor heeft meerdere rollen: 1) een rolmodel voor hoe om te gaan met exposure-oefeningen, 2) een informatiebron over het omgaan met angst, en 3) een ondersteuner door positieve feedback te geven tijdens de oefeningen. Peer-mentoren worden aan cliënten gekoppeld op basis van leeftijd of mentale leeftijd, en zij ontvangen een korte training over de rol van een peer mentor vóór de behandeling van de cliënt. Ouders of verzorgers worden bij één exposuresessie betrokken om de autonomie van het kind te ondersteunen (Langereis et al., 2025). Dit programma maakt dus gebruik van een kortere interventieduur met langere sessies, uitgebreide exposure en de betrokkenheid van ouders en leeftijdsgenoten.

"Dapper Door Doen!" is een intensief, op exposure gericht CGT-programma voor kinderen en adolescenten functionerend op een LVB- of moeilijk lerend niveau (Oude Sanderink et al., 2025). Het programma heeft een kortere interventieduur met frequentere sessies, uitgebreide herhaling en exposure in verschillende contexten. "Dapper Door Doen!" bestaat uit 9 sessies (gedurende 3 weken, respectievelijk 4, 3 en 2 keer per week), waarbij elke sessie zich richt op één specifieke angstprovoocerende situatie. De sessies bestaan uit exposuresessies van 45 minuten, afgewisseld met pauzes van 15 minuten. De structuur wordt afgestemd op het individu. Tussen de sessies wisselen de therapeuten van rol om de variatie tussen de sessies te vergroten. De taal wordt vereenvoudigd en de communicatie verloopt verbaal, schriftelijk en via tekeningen. Om het leren buiten de therapiecontext te bevorderen en de kans om het geleerde in de toekomst vast te houden, worden familieleden, reeds betrokken hulpverleners of anderen uit het netwerk, bij de behandeling betrokken.

De bevindingen uit de eerste onderzoeken naar bovenstaande programma's ondersteunen de haalbaarheid van deze drie programma's en tonen aan dat de angst bij de deelnemers afneemt (Hronis et al., 2024; Oude Sanderink et al., 2025; Pols et al., 2025). Gemeenschappelijke thema's in de programma's zijn de hogere intensiteit van de behandeling met frequentere of langere sessies, en de toegenomen sociale ondersteuning voor de adolescenten. De betrokkenheid van ouders helpt bij het maken van huiswerk (Hronis et al., 2024) en de therapie kan verzorgers bovendien nieuwe strategieën aanleren om met de angst van hun kind om te gaan. Cliënten waardeerden ook de betrokkenheid van peers (Pols et al., 2025), evenals het gebruik van meerdere leermodaliteiten (Hronis et al.,

2024). Deelnemers kunnen echter nog steeds moeite hebben met taal, en daarom is het belangrijk om het programma af te stemmen op het individu (Hronis et al., 2024).

CONCLUSIE

Angstige jongeren met een LVB verdienen de best mogelijke behandeling. Ze zijn niet te kwetsbaar voor exposuretherapie; ze leren er juist van hoe ze angst in het dagelijks leven het hoofd kunnen bieden. Exposuretherapie kan op verschillende manieren worden toegepast. Zowel korte als lange sessies zijn mogelijk en digitaal materiaal kan de behandeling versterken. In alle gevallen is een hogere intensiteit van de behandeling cruciaal, evenals extra sociale ondersteuning voor de cliënten. Met dit in gedachten hopen we dat andere therapeuten zich geïnspireerd voelen om exposuretherapie op te nemen in hun behandeling van angst bij jongeren met een LVB.

LITERATUUR

- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10–23. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>
- Dagnan, D., Jackson, I., & Eastlake, L. (2018). A systematic review of cognitive behavioural therapy for anxiety in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62(11), 974–991. <https://doi.org/10.1111/jir.12548>
- Deacon, B. J., Farrell, N. R., Kemp, J. J., Dixon, L. J., Sy, J. T., Zhang, A. R., & McGrath, P. B. (2013). Assessing therapist reservations about exposure therapy for anxiety disorders: The Therapist Beliefs about Exposure Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(8), 772–780. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.04.006>
- De Jong, R., Lommen, M. J. J., Van Hout, W. J. P. J., De Jong, P. J., & Nauta, M. H. (2020). Therapists' characteristics associated with the (non-)use of exposure in the treatment of anxiety disorders in youth: A survey among Dutch-speaking mental health practitioners. *Journal of Anxiety Disorders*, 73, 102230. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102230>
- De Wit, M., Moonen, X., & Douma, J. (2023). *Effectieve interventies LVB: Aanbevelingen voor het aanpassen, uitvoeren en ontwikkelen van gedragsveranderende interventies voor personen met een licht verstandelijke beperking* (herziene versie). Landelijk Kenniscentrum LVB. <https://kenniscentrumlvb.nl/product/richtlijn-effectieve-interventies-lvb-2/>
- Farrell, N. R., Deacon, B. J., Kemp, J. J., Dixon, L. J., & Sy, J. T. (2013). Do negative beliefs about exposure therapy cause its suboptimal delivery? An experimental investigation. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(8), 763–771. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.03.007>
- Fynn, G., Porter, M., Borchard, T., Kazzi, C., Zhong, Q., & Campbell, L. (2023). The effectiveness of cognitive behavioural therapy for individuals with an intellectual disability and anxiety: A systematic review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 67(9), 816–841. <https://doi.org/10.1111/jir.13046>
- Green, S. A., Berkovits, L. D., & Baker, B. L. (2015). Symptoms and development of anxiety in children with or without intellectual disability. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(1), 137–144. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.873979>
- Hronis, A., Hao, J., Roberts, R., Roberts, L., Shires, A., & Kneebone, I. (2024). A case series evaluation of the Fearless Me! © program for children with intellectual disabilities and anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 80(9), 2077–2091. <https://doi.org/10.1002/jclp.23709>
- Hronis, A., Roberts, L., & Kneebone, I. I. (2017). A review of cognitive impairments in children with intellectual disabilities: Implications for cognitive behaviour therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 189–207. <https://doi.org/10.1111/bjc.12133>
- Hronis, A., Roberts, R., Roberts, L., & Kneebone, I. (2022). Cognitive Behavioural Therapy for children and adolescents with intellectual disability and anxiety: A therapist manual. *Discover Psychology*, 2(1), 24. <https://doi.org/10.1007/s44202-021-00017-z>
- Langereis, I., Rahemenia, J., Pols, R., Bos, M., & Bexkens, A. (2025). *Developing peer-mentored cognitive behavioral therapy for adolescents with mild-to-borderline intellectual disability and anxiety: A qualitative study* [Manuscript ingediend voor publicatie]. Instituut Psychologie, Universiteit Leiden.
- Oude Sanderink, J., Bexkens, A., & Klip, H. (2025). *“Brave in Action”: A pilot study of exposure in adolescents with mild-to-borderline intellectual disabilities and anxiety*. [Manuscript ingediend voor publicatie]. Karakter, Academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie, Ede.
- Pols, R., Knijnenburg, K., Sauter, F., Langereis, I., Oostendorp, E., & Bexkens, A. (2025). *Facing your fears together: The effects of peer-mentored exposure therapy in adolescents with mild to borderline intellectual disability* [Manuscript ingediend voor publicatie]. Instituut Psychologie, Universiteit Leiden.

- Scheveneels, S., Hermans, D., Janssens, J., Greeven, A., & Van Emmerik, A. (2025). The use of exposure in anxiety-related disorders and associations with practitioner characteristics. *Cognitive Behaviour Therapy*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/16506073.2025.2518424>
- Totsika, V., Liew, A., Absoud, M., Adnams, C., & Emerson, E. (2022). Mental health problems in children with intellectual disability. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 6(6), 432–444. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(22\)00067-0](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(22)00067-0)
- Van den Bogaard, M., Boven, S., Berg, M., Van den Blokenhoeve, J., & Drost, J.-W. (2024). *Cognitieve gedragstherapie bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking en een psychische stoornis: Een handreiking voor behandelaars CGT*. Academische Werkplaats Kajak. https://www.academischewerkplaatskajak.nl/sdc_download/6377/?key=rsx427ionpywq7voryf62jm023wkqn
- Whitehouse, R. M., Tudway, J. A., Look, R., & Kroese, B. S. (2006). Adapting individual psychotherapy for adults with intellectual disabilities: A comparative review of the cognitive-behavioural and psychodynamic literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19(1), 55–65. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2005.00281.x>
- Whiteside, S. P. H., Deacon, B. J., Benito, K., & Stewart, E. (2016). Factors associated with practitioners' use of exposure therapy for childhood anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 40, 29–36. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.04.001>
- Whiteside, S. P. H., Sim, L. A., Morrow, A. S., Farah, W. H., Hilliker, D. R., Murad, M. H., & Wang, Z. (2020). A meta-analysis to guide the enhancement of CBT for childhood anxiety: Exposure over anxiety management. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 23(1), 102–121. <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00303-2>

INTERVIEW

Doe waar je goed in bent en durf het!

Interview met Wieland Loeffen

Door Mariët van der Molen

Tijdens de redactievergadering bespraken we niet zo lang geleden het nut van ervaringsdeskundigen binnen de LVB-zorg; hun perspectief is belangrijk, zowel binnen de zorg, als binnen de wetenschap. De vraag was “Hoe neem je dat perspectief mee, op welke manier kan je mensen met een LVB een stem geven?” We kregen prompt een artikel ingediend over de inzet van een ervaringsdeskundige op de universiteit (zie ‘Op de zeepkist: Co-onderzoeker met een LVB op de universiteit’ elders in deze editie) en in diezelfde periode ontvingen we op de redactie een mail: “Mijn naam is Wieland Loeffen. Ik dacht: ik stuur even een mailtje. Ik zou graag een interview willen geven over mijn leven met een lichte verstandelijke beperking. Hoe is het voor iemand die telkens overschat wordt? En hoe pak je dat aan in het dagelijks leven?” Dat moest zo zijn. Op de website waar het tijdschrift te vinden is, staat “In dit tijdschrift delen we nieuwe inzichten en ervaringen op het gebied van werken met cliënten met LVB-problematiek”, in dit geval gaat het dus om de ervaringen van een cliënt zelf; Wieland.

Wieland, ik vind het heel leuk dat je de redactie gemaild hebt. Voordat we met het interview beginnen, wil je wat over jezelf vertellen?

Ik ben Wieland, ik ben 27 jaar en ik woon sinds kort ambulant in Lent. Mijn ouders wonen in de buurt. Zij doen veel voor mij. Ik heb nog een broer en zus die ik regelmatig zie. Ik werk op een basisschool waar ik allerlei klussen doe. Verder zit ik in de cliëntenraad. Binnenkort begin ik met het maken van een toneelvoorstelling. En dat ik je gemaild heb, dat is een talent van mij. Dat ik dingen zelf voor elkaar krijg.

Wat vind je ervan dat je een lichte verstandelijke beperking hebt?

Ik zat vroeger op een reguliere basisschool, maar toen ben ik naar het speciaal onderwijs gegaan. Dat vond ik toen lastig omdat ik al mijn vrienden kwijtraakte. Ik vond het vroeger wel lastig om te accepteren dat ik een LVB heb, ik kan dus geen MBO doen. Soms geven mensen me opdrachten die ik dan niet gelijk kan. Dan heb ik extra uitleg nodig, terwijl andere mensen het dan wel gelijk snappen. Maar nu weet ik, ik ben goed zoals ik ben. Ik weet nu: iedereen is uniek op zijn eigen manier. Iedereen kan zijn eigen talenten gebruiken. Doe waar je goed in bent.

Hoe doe jij dat zelf?

Ik hou van interviews en presentaties geven. Ik ga er zelf op af. Ik geef wel eens presentaties en dat vind ik helemaal top. Ik vind het ook niet spannend om op het podium te staan. Ik vind het juist leuk. Je moet dingen durven doen. Het is wel spannend, maar het levert ook veel op. Met een goede vriend die ook een LVB heeft, bespreken we wel onze struggles. Hij durft bijvoorbeeld niet met de trein te gaan, is bang voor wat anderen van hem denken. Ik zeg dan: “Doe het toch, je kan dat gewoon, er is niets aan de hand.” Dat heb ik zelf ook geleerd. Mijn ouders zeggen dat ook tegen mij. Ik heb bijvoorbeeld mijn rijbewijs gehaald en ik heb een auto. Nu zijn de achterremlichten kapot en moet ik ermee naar de garage. Ik vroeg mijn vader met mij mee te gaan. Hij zei: “Nee, ik ga niet mee. Je kan dit zelf.” Hij zei dat als ik ambulant wil wonen, ik ook moet oefenen met zelf dingen doen. Daar ben ik het mee eens. Mijn ouders proberen mij te stimuleren: Ga het zelf doen. Ik heb een goede band met mijn ouders. Ze zijn er altijd als ik ze nodig heb.

Ik zie dat je af en toe op een papiertje kijkt. Heb je daar opgeschreven wat je wilt vertellen?

Ja, ik heb wat steekwoorden opgeschreven. Maar dat is meer omdat ik soms in herhaling val. En dat wil ik niet. Dus om mijzelf te helpen, heb ik steekwoorden opgeschreven.

Wat slim. Zo maak je het makkelijker voor jezelf. Wat vind je ervan om nu ambulant te wonen?

Het lastige van ambulant wonen is dat je alles natuurlijk zelf moet oplossen. Eerder praatte ik elke dag wel met de begeleider. Toen moest ik ook wel dingen zelf oplossen, maar nu nog meer. Daar heb ik nog wel iets in te leren. Soms maak ik me erg druk van tevoren. Dan denk ik teveel na. Ik moet nog wel meer leren te denken; ik zie het vanzelf wel. Ik had laatst een welkomstborrel van de plek waar ik nu woon. Dat vond ik spannend, want ik had die mensen nog nooit gezien. Maar ik dacht ook: "Kom op, ga er gewoon heen, dan zie je het wel." Ik probeer het gewoon. En het ging prima.

Als je iets niet weet of als iets niet lukt, wat doe je dan?

Als ik iets niet snap, bijvoorbeeld in de winkel, dan vraag ik: "Wat bedoel je? Wil je het me nog een keer uitleggen?" Ik vraag dus meer duidelijkheid aan de mensen. Dat vind ik ook wel knap van mijzelf, dat ik dat doe. Als ik iets niet snap, dan vraag ik wel gelijk hulp. Als iets niet lukt, dan kan ik mijn vader bellen. Ik wil wel zo min mogelijk begeleiding, maar mijn ouders zijn er altijd.

Wat is jouw belangrijkste boodschap voor professionals die werken met mensen met een LVB?

Neem de tijd voor mij. En geef mij ook rustig de tijd. Het is voor mij heel lastig om steeds overschat te worden. Ook als je te snel gaat. Ik heb tijd nodig om iets te kunnen vertellen. Soms merk ik dat mensen mij die tijd niet geven. Dan vullen ze het in voor mij.

Verder moeten ze niet te groot denken. Ze moeten helpen met het maken van een plan, hoe kan je iets doen? Maar die stappen moeten klein zijn. Dus denk met mij mee, waar beginnen we? En welke kleine stap kan ik dan zetten?

Sommige mensen denken, Wieland kan goed praten, hij snapt het wel. Die laten mij dan meer los. Maar zo werkt het niet voor mij, dat vind ik niet prettig. Mijn baas zegt: "Je moet Wieland meer uitleg geven. Je moet hem meer structuur geven." Dat werkt veel beter voor mij. Zeker als ik teveel moet, dan lukt me niet alles. Je moet mij dan richting geven.

Soms kan ik ook erg in de toekomst leven. Ik heb best veel dromen. Mijn ouders halen mij terug. Die zeggen: "Maar kijk eens wat je allemaal nu al bereikt hebt." Dat is ook zo.

Wieland, veel dank voor het delen van jouw ervaringen. Heb je als afsluiting van dit interview nog adviezen voor andere mensen met een LVB?

Je moet niet teveel tegelijk willen. Zet steeds 1 stip aan de horizon. Bij mij was dat bijvoorbeeld mijn rijbewijs, daar heb ik me op gefocust. Toen was het ambulant wonen, dat is nu ook gebeurd. Stap voor stap dus. Vraag of mensen met je mee willen denken. Zeg het als je het niet snapt. Iedereen is uniek op zijn eigen manier. Iedereen kan zijn eigen talenten gebruiken. Doe waar je goed in bent en durf het.

OP DE ZEEPKIST: INSPIRATIE UIT DE PRAKTIJK

De rubriek 'Op de zeepkist: Inspiratie uit de praktijk' is bedoeld voor mensen werkzaam in de zorg voor mensen met een LVB die hun enthousiasme willen delen over een bepaalde werkwijze, methode, bejegening of activiteit. Met als doel het inspireren van de lezer. In deze LVB Onderzoek & Praktijk geven wij het woord aan Benjamin van Ark, Maaïke van Rest en Eline Wagemaker, allen werkzaam bij Viveon Academische Werkplaats 's Heeren Loo – VU Amsterdam.



Hoe ontstaat een waardevolle werkplek voor een co-onderzoeker met een LVB aan de universiteit?

“Mijn oud-collega’s noemen mij niet voor niets ‘Wikipedia’. Ik vond onderzoeken altijd al leuk.” Met deze woorden beschrijft Benjamin van Ark (34) precies waarom hij sinds januari 2025 als co-onderzoeker met een LVB werkzaam is binnen de academische werkplaats Viveon aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Zijn aanstelling is hoopgevend en inspirerend, omdat het laat zien dat inclusief onderzoek en participatie echt mogelijk is. Onderzoek waarin mensen met een LVB niet alleen worden gevraagd om mee te doen als deelnemer, of eens mee te denken, maar daadwerkelijk onderdeel zijn van het onderzoeksteam.

Binnen Viveon wordt er sinds 2019 structureel samengewerkt met de ervaringsdeskundigen van 's Heeren Loo. Zij geven feedback op de begrijpelijkheid van materialen, zijn betrokken bij het brainstormen over nieuwe onderzoeksthema's en helpen bij het versimpelen van wetenschappelijke resultaten voor praktijkproducten. Die samenwerking is waardevol en voor de meeste ervaringsdeskundigen ook precies wat zij voor ogen hebben. Maar wat als de wens bestaat naar verdere participatie en inclusie in de vorm van een meer structurele samenwerking in alle fasen van onderzoek? In 2022 gaf Benjamin als ervaringsdeskundige aan dat hij meer wilde doen binnen het onderzoek. Daarop zijn we vanuit Viveon ons gaan ori-

enteren op de mogelijkheden voor het creëren van een werkplek voor een co-onderzoeker. Benjamin reageerde hierop direct enthousiast: “Dit is een kans die ik niet wou missen. Het idee van werken bij de universiteit en mijn passie voor onderzoeken kan ik daar uitvoeren.”

We lieten ons inspireren door de *Academische Werkplaats Leven met een verstandelijke beperking (AWVB)* aan de Universiteit van Tilburg waar al langere tijd met co-onderzoekers wordt samengewerkt. Het is belangrijk op te merken dat een co-onderzoeker iets anders is dan een ervaringsdeskundige, en dat dat weer iets anders is dan het hebben van ervaringen (zie [Box A](#)). Om aan inclusie, gelijkwaardigheid en participatie goed te kunnen bijdragen, is het nodig om bij de individuele persoon na te gaan waar de behoeften liggen. Niet alle cliënten willen een ervaringsdeskundige worden, en niet alle ervaringsdeskundigen willen een co-onderzoeker worden. Benjamin had die motivatie wel én bezat competenties en vaardigheden die nodig zijn in het onderzoekswerk. Benjamin volgde eerst de training *Ervaringsdeskundigheid in onderzoek* van de AWVB en liep daarna een half jaar stage aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Binnen een lopend onderzoek keek en dacht hij mee over analyses, het vertellen van resultaten naar de praktijk, en het presenteren

Box A: Wat is het verschil tussen een co-onderzoeker en ervaringsdeskundige?

Benjamin: “We zien in de praktijk wel eens dat ervaringsdeskundigen ‘co-onderzoeker’ worden genoemd, terwijl ze eigenlijk meer adviseurs zijn.” Om een goed idee te krijgen van wat beide functies inhouden, leggen wij het verschil graag uit. Een ervaringsdeskundige is iemand die zijn of haar eigen ervaringen inzet om anderen met vergelijkbare ervaringen te begrijpen en te ondersteunen (zie het *Competentieprofiel Ervaringsdeskundige Verstandelijk Beperkt*; VWS, LFB & VGN, 2022). Ervaringsdeskundigen worden opgeleid om hun ervaringskennis in te zetten, dat kan in zorg, in onderwijs, of in onderzoek. Ze leren om met afstand naar eigen ervaringen te kijken en deze te verbinden met die van anderen (zie ZonMw, 2021). Een co-onderzoeker gaat een stap verder binnen het onderzoek. Hij of zij werkt actief mee in alle fasen van wetenschappelijk onderzoek over mensen met een beperking. Dit vraagt om specifieke competenties, zoals samenwerken in teams, kritisch nadenken en helder communiceren (zie Embregts et al., 2018).

van de resultaten. Van beide kanten beviel dit goed, dus werden de benodigde regelingen getroffen om Benjamin een contract te kunnen aanbieden als co-onderzoeker.

In zijn werk als co-onderzoeker houdt Benjamin zich bezig met verschillende taken van begin tot eind van het onderzoeksproces, zoals presentaties en onderwijs geven, meedenken over onderzoeksplannen, de begrijpelijke taal van materialen en resultaten waarborgen, of bijvoorbeeld concreet: het helpen creëren van filmmaterialen en vragen in de ontwikkeling van de Sociale informatieverwerkings-test voor Volwassenen. Benjamin schrijft nu een onderzoeksvoorstel over de ervaringen met toegankelijke apps voor mensen met een beperking. Wat hierbij opvalt is dat Benjamin vaak andere accenten legt dan collega-onderzoekers zonder beperking. Hij kijkt vanuit zijn eigen ervaringen én vanuit jarenlange werkervaring als ervaringsdeskundige. Dat maakt dat hij details ziet die voor anderen minder zichtbaar zijn. Zoals hij zelf zegt: “Het zijn soms de kleine details, die je, doordat je ze ervaart, wél ziet. Door te kijken waar ik moeite mee heb, kan ik onderzoek over verstandelijke beperkingen beter maken.”

Voor onderzoekers betekent samenwerken met een co-onderzoeker een verschuiving in perspectief: van onderzoeken *over* mensen met een beperking naar onderzoeken *met* mensen met een beperking. Dat vraagt soms om aanpassingen waarbij rekening wordt gehouden met de beperking van iemand, zoals taken anders verdelen of meer tijd inplannen. Dat levert veel op: onderzoeksvragen worden scherper, materialen toegankelijker en uitkomsten begrijpelijker. Met als uiteindelijk doel dat de onderzoeksresultaten echt gebruikt kunnen worden in de dagelijkse praktijk. Voor Benjamin als individu heeft het werk ook grote betekenis. Hij maakt deel uit van een onderzoeksteam, heeft collega's op de universiteit en wordt benaderd

als inhoudelijk gesprekspartner. Zoals hij zegt: “Het idee dat ik in loondienst ben, maakt mij echt een medewerker en dat vind ik erg mooi.”

Het opzetten van een werkplek voor een co-onderzoeker kostte enige jaren en vroeg daarom ook om doorzettingsvermogen. Er was afstemming nodig tussen de leider van de academische werkplaats Carlo Schuengel en de HR-afdeling, omdat deze functie nog niet bestond. Verder waren het UWV en de bewindvoerder van Benjamin betrokken om het financieel goed te regelen; vanwege de Wajong-uitkering die Benjamin, net als veel mensen met een beperking, ontvangt. Bovendien werd Eline aangenomen, die als aanspreekpunt voor en met Benjamin zou gaan werken. Ook moesten speciale regelingen worden getroffen, bijvoorbeeld voor de reiskostenvergoeding. Wat in dit proces geholpen heeft, is de bereidheid die op verschillende niveaus in de organisatie aanwezig was om mee te denken en oplossingen te zoeken.

We zijn vooral trots op hoe alles nu op zijn plek lijkt te vallen. Benjamin blijkt zeer geschikt als co-onderzoeker (zie [Box B](#)). Ook past hij goed binnen het team en steeds meer collega-onderzoekers weten hem te vinden met hun vragen. Eline en Benjamin raken steeds beter op elkaar afgestemd, waardoor het begeleiden en samenwerken natuurlijker verloopt. Hier is immers geen standaard richtlijn voor, het blijft maatwerk. Voor Benjamin betekent dit een vaste start en afsluiting van de dag, een duidelijke structuur in zijn werkdag en dat er rekening wordt gehouden met zijn belastbaarheid, want hij krijgt veel prikkels binnen.

Onze ervaring is dat het inzetten van een co-onderzoeker het onderzoek inhoudelijk sterker maakt én bijdraagt aan inclusie in de praktijk. Het laat zien dat mensen met een LVB niet alleen deelnemers zijn aan

Box B: Co-onderzoeker als persoonlijke kracht of als inclusiesymbool?

In de praktijk zien we soms dat cliënten of co-onderzoekers strategisch worden ingezet om inclusie te symboliseren. Dat is een vorm van tokenisme. Onze boodschap is om co-onderzoekers gelijkwaardig te behandelen, waarbij altijd rekening wordt gehouden met de beperking. Dit betekent ook dat dit werk niet voor iedere cliënt met een LVB of ervaringsdeskundige passend is. Benjamin is bijvoorbeeld leergierig, kan zich vastbijten in een opdracht, is flexibel tijdens samenwerkingen en kan goed met het publiek interacteren tijdens presentaties. Die vaardigheden gelden niet voor iedere persoon. Daarom onderstrepen wij het belang om, net als bij iedere reguliere vacature, kritisch te bekijken of een kandidaat geschikt is als co-onderzoeker en in welke mate en bij welke taken deze persoon kan participeren. Benjamin: “Je wilt misschien iedereen bij alles betrekken, maar dat hoeft niet, dat heb ik ook gelezen in een artikel (Woelders et al., 2015)”.

onderzoek, maar ook kennisdragers en kennisontwikkelaars. We hopen met dit artikel andere universiteiten en onderzoeksinstituten te inspireren om aan de slag te gaan met ervaringskennis, participatie en co-onderzoek. Benjamin verwoordt zijn toekomstdroom als volgt: “Ik zou graag meer collega co-onderzoekers hebben bij Viveon. Andere personen hebben andere dingen meegeemaakt die iets kunnen toevoegen aan het onderzoek om uiteindelijk de gehandicaptenzorg beter te maken. De eerste stap is altijd spannend maar het is prachtig werk.”

Meer weten of ervaringen uitwisselen over het werken met co-onderzoekers?

Neem gerust contact op met Benjamin via: b.van.ark@vu.nl.

LITERATUUR

- Embregts, P. J., Taminiau, E. F., Heerkens, L., Schippers, A. P., & Van Hove, G. (2018). Collaboration in inclusive research: Competencies considered important for people with and without intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 15(3), 193–201. <https://doi.org/10.1111/jppi.12248>
- Embregts, P., & Beenhakker, K. (2023). De waarde van ervaringsdeskundigheid in een adviesraad voor wetenschappelijk onderzoek. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, 49(1), 22–27.
- VWS, LFB & VGN (2022). *Competentieprofiel Ervaringsdeskundige VB*. KCH vastgesteld. Den Haag: VWS. Te verkrijgen via https://www.vgn.nl/system/files/2022-11/Competentieprofiel%20ervaringsdeskundige_def.pdf

Woelders, S., Abma, T., Visser, T., & Schipper, K. (2015). The power of difference in inclusive research. *Disability & Society*, 30, 528–542.

ZonMw. (2021). *Ervaringsdeskundigen steeds vaker werkzaam in vele rollen*. Interview, april 2021. <https://www.zonmw.nl/nl/artikel/ervaringsdeskundigen-steeds-vaker-werkzaam-vele-rollen>

HANDREIKING

Wanneer psychose en een LVB elkaar raken

Marielle Dekker¹

Michel van den Bogaard²

Maarten Sterk³

Claudia Vingerhoets⁴

Jeanet Nieuwenhuis⁵

Corine van Vliet⁶

¹ Programmaleider AW Kajak – M.Dekker@AWkajak.nl

² Klinisch psycholoog en psychotherapeut, Herlaarhof

³ Sociaal-psychiatisch verpleegkundige, 's Heeren Loo

⁴ Gedragskundige, 's Heeren Loo/onderzoeker Universiteit Maastricht

⁵ Psychiater/senior onderzoeker, VGGNet

⁶ Kinder- en jeugdpsychiater, Youz-De Banjaard



De nieuwe AW Kajak handreiking geeft handvatten voor diagnostiek, behandeling en dagelijkse begeleiding van jeugdigen en jongvolwassenen met een LVB en een psychosespectrumstoornis

VRAGEN UIT HET WERKVELD

Heeft Bianca eigenlijk wel een psychose? Hoe kunnen we Douwe samen met zijn ouders het beste ondersteunen tijdens zijn psychose? Wat verklaart Yusufs psychotische kwetsbaarheid? Hoe zorgen we voor voldoende veerkracht in het team, zodat Rajeev niet hoeft te worden overgeplaatst naar de GGZ? Dit zijn soms best lastige puzzels. In de nieuwe AW Kajak *Handreiking Diagnostiek, begeleiding en behandeling van psychosespectrumstoornissen bij jeugdigen en jongvolwassenen met een LVB*¹ gaan we, op basis van kennis uit wetenschap en praktijk, op zoek naar antwoorden op deze vragen. In dit artikel lichten we de verschillende elementen van de handreiking nader toe.

HANDELINGSVERLEGENHEID OP MEERDERE FRONTEN

Binnen de zorg voor mensen met een (licht) verstandelijke beperking ((L)Vb) wordt een psychosespectrumstoornis (PSS) vaak niet op tijd herkend. Ook ervaren professionals regelmatig handelingsverlegenheid wanneer een PSS wordt vermoed of vastgesteld.

In de (jeugd-)GGZ wordt een LVB bovendien nogal eens over het hoofd gezien. En als de LVB wél wordt herkend, krijgt dit aspect in diagnostiek, behandeling en begeleiding nog lang niet altijd voldoende aandacht. Ook hier speelt handelingsverlegenheid een rol. Soms wordt een LVB zelfs ten onrechte gezien als een contra-indicatie voor behandeling.

Al deze barrières zijn uiteindelijk schadelijk voor de jeugdige en naasten om wie het gaat: passende ondersteuning komt later op gang, stress loopt op, families raken uitgeput, jeugdigen blijven langer ziek of herstellen minder goed en verliezen vertrouwen in de professionals om hen heen.

Met deze nieuwe handreiking hopen de auteurs de kans op over- en onderdiagnostiek én over- en onderbehandeling bij deze doelgroep te verkleinen. Het nodigt uit om beter te kijken, beter te luisteren en beter samen te werken.

BASISKENNIS VANUIT WETENSCHAP EN PRAKTIJK

De handreiking bouwt voort op de bestaande kwaliteitsstandaarden over psychosespectrumstoornissen, namelijk

¹ <https://www.academischewerkplaatskajak.nl/https-www-academischewerkplaatskajak-nl-handreiking-psychosespectrumstoornissen-en-lvb/>

de [Multidisciplinaire Richtlijn Psychosespectrum](#) (2025)², de [Praktijkstandaard Psychotische stoornissen bij kinderen en adolescenten](#) (2021)³ en de [Zorgstandaard Psychose](#) (2017)⁴. In de handreiking wordt, op basis van wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis en uitgebreide interactieve casuïstiek, uitgelegd welke bijzonderheden en uitdagingen kunnen voorkomen bij jeugdigen met een (vermoedelijke) PSS en een LVB en hoe professionals hun diagnostiek, behandeling en begeleiding kunnen afstemmen op de jeugdige met een LVB en het systeem daaromheen.

VALKUILEN EN AANPASSINGEN BINNEN DIAGNOSTIEK

Er is aandacht voor de vele afwegingen die gemaakt moeten worden in het diagnostische proces, zoals: is er sprake van een desintegratiepsychose als gevolg van extreme stress of overvraging (op cognitief en/of emotioneel niveau) waar de behandeling start met rust en structuur en niet direct met antipsychotica? Is er mogelijk sprake van herbelevingen door trauma in plaats van hallucinaties? Hoort iemand stemmen of is het een kinderlijke vorm van hardop praten of je eigen gedachten horen? Past de achterdocht bij een paranoïde waan of komt deze voort uit negatieve ervaringen? Heeft iemand wel de taal om ons goed te vertellen over zijn of haar binnenwereld die de psychose kan verklaren?

In de handreiking komen de volgende vragen aan bod:

- Waarom is een goed beeld van iemands LVB-ontwikkelingsprofiel belangrijk?
- Komt PSS vaker voor bij jeugdigen en jongvolwassenen met een LVB?
- Welke risicofactoren kunnen meespelen? Welke komen vaker voor bij jeugdigen/jongvolwassenen met een LVB?
- Welke valkuilen zijn er binnen de diagnostiek van PSS bij een LVB?
- Waarom zijn ouders en naasten zo belangrijk?
- Welke instrumenten kunnen worden ingezet bij screening en diagnostiek?
- Welke behandelingen kunnen worden overwogen en welke aanpassingen zijn er nodig? Waar liggen risico's en aandachtspunten in de behandeling?

- Welke do's and don'ts zijn er voor de dagelijkse begeleiding en bejegening tijdens een psychotische episode?

AANDACHTSPUNTEN BINNEN DE BEHANDELING

Er is aandacht voor de vele afwegingen die gemaakt moeten worden in het behandelproces. Soms moet hiervoor tijdelijk een externe expert ingevlogen worden. Belangrijk is o.a. dat er zo veel mogelijk wordt gewerkt binnen een multidisciplinair team van professionals, de jeugdige en ouders, samen besloten wordt over het behandelplan, inclusief een LVB-proof signalerings- of veiligheidsplan. Het verminderen van externe stress en overvraging is cruciaal, omdat stress bij deze doelgroep sneller tot psychotische ontregeling leidt. Behandelen in een vertrouwde omgeving heeft de voorkeur en vraagt soms om het bijscholen van een team. Ouders, begeleiders en naasten spelen een centrale rol en worden zo veel mogelijk betrokken bij de psycho-educatie, signalering, dagelijkse ondersteuning en behandeling. Aangepaste CGTp is de eerstekeuze-interventie (o.a. eenvoudiger taalgebruik, meer structuur, herhaling, kortere sessies en voortdurende afstemming op het cognitieve en sociaal-emotionele niveau). Als dat niet haalbaar is, wordt vaktherapie geadviseerd. Gezinsbegeleiding of -behandeling gericht op het verbeteren van de onderlinge afstemming kan ook nodig zijn. Tenslotte dient de inzet van psychofarmaca overwogen te worden als de psychose overweldigend is. Het advies is om voorzichtig te starten en oog te houden op bijzonderheden en risico's bij deze doelgroep (o.a. *start low, go slow*, extra risico op bijwerkingen, CYP-onderzoek bij uitblijven van effecten, onderliggende syndromen, medicatietrouw, polyfarmacie, verhoogde comorbiditeit).

DO'S & DON'TS IN DE DAGELIJKSE BEGELEIDING

Met de tips uit de handreiking kunnen teams die weinig ervaring met PSS hebben ondersteund worden. Met elkaar goed afstemmen hoe er met een jeugdige wordt gecommuniceerd en omgegaan, kan de behandeling alleen maar versterken. Het geeft het team meer zelfvertrouwen als iedereen dezelfde taal spreekt en het maakt het mogelijk jeugdigen met een LVB te begeleiden op de plek waar ze wonen. Hierdoor hoeven stressvolle overplaatsingen minder vaak voor te komen.

² https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/psychosespectrum/startpagina_-_psychosespectrum.html

³ <https://kenniscentrum-kjp.nl/professionals/psychose/>

⁴ <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychose/introductie>

PRAKTISCHE TOOLS

Verder vind je in deze handreiking, deels ook los te downloaden:

1. Een Flowchart Diagnostiek & behandeling van PSS bij jeugdigen met een LVB
2. Een overzicht met instrumenten t.b.v. screening & diagnostiek van PSS
3. Overzichten met psycho-educatieve tools en informatiebronnen over PSS en/of LVB
4. Een overzicht met werkboeken en protocollen voor CGT bij PSS
5. Overzicht met in Nederland gebruikte kwaliteitsstandaarden PSS

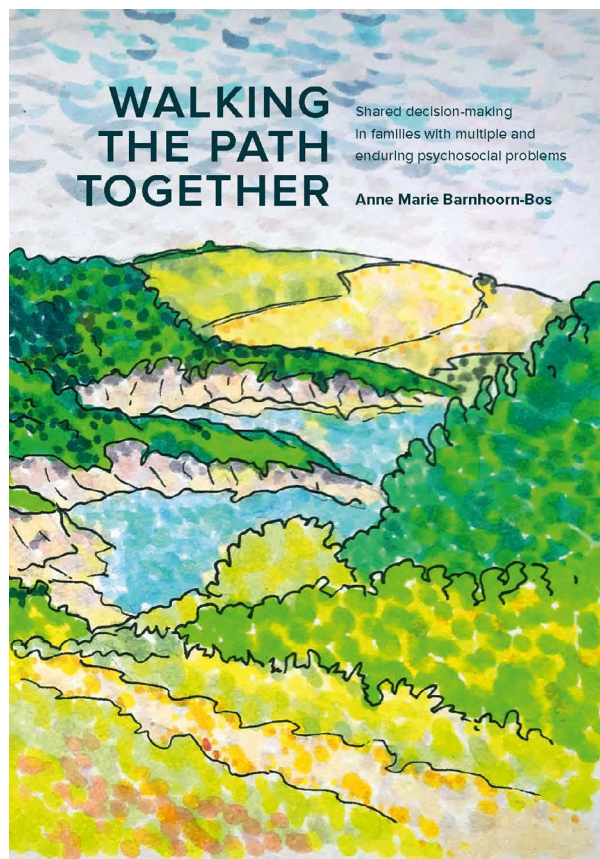
VERVOLGSTAPPEN

Een volgend doel is om de informatie uit deze handreiking verder te verspreiden via kennissessies, congressen en bijvoorbeeld e-learningmodules. Binnen de nieuwe [Kenniswerkplaats Kwetsbare Jeugd](#) van AW Kajak gaan we hier de komende tijd verder mee aan de slag (ZonMw, 10191022510011). Goede ideeën zijn welkom via info@awkajak.nl.

OVER AW KAJAK

De [Academische Werkplaats Kajak](#) is een samenwerking tussen het Landelijk Kenniscentrum LVB, het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie en deelnemende kernpartners (De Banjaard/Youz, 's Heeren Loo, Karakter, Koraal, Pluryn, Accare, Ambiq en Levvel). Door gezamenlijke kennisontwikkeling en kennisdeling via onderzoek en werkgroepen met experts werkt AW Kajak aan het versterken van de verbinding tussen de jeugd-GGZ en de LVB-jeugdzorg en het vergroten van kennis over diagnostiek, begeleiding en behandeling van jeugdigen en jongvolwassenen met een LVB en bijkomende psychische problematiek.

PROMOTIENIEUWS



ANNE MARIE BARNHOORN-BOS

Op 3 maart 2026 promoveerde Anne Marie Barnhoorn-Bos aan de Universiteit Leiden op haar proefschrift *Walking the path together: Shared decision-making in families with multiple and enduring psychosocial problems*. Zij voerde haar promotieonderzoek uit in een samenwerking van GGZ Rivierduinen en LUMC-Curium, met (co-)promotoren prof. Robert Vermeiren, prof. Eva Mulder en dr. Laura Nooteboom. Anne Marie werkt tevens als orthopedagoog-generalist bij GGZ Rivierduinen, Polikliniek Jong Kristal voor psychiatrie en verstandelijke beperking. Hieronder volgt een korte samenvatting. Het gehele proefschrift is via deze digitale link te lezen: <https://scholarlypublications.universiteitleiden.nl/handle/1887/4294944>

In mijn werk als orthopedagoog begeleid ik gezinnen die te maken hebben met meerdere, vaak langdurige problemen op verschillende levensgebieden. Het gaat om psychische

klachten en een verstandelijke beperking van de jeugdige zelf, maar vaak ook om klachten van ouders of broers en zusjes, opvoedingsproblemen, relatieproblemen, een beperkt sociaal netwerk, financiële stress, enz. Voor al die verschillende problemen zijn er geregeld evenzoveel professionals en organisaties betrokken. Vaak hebben gezinnen al jarenlang zorg.

Samen beslissen over hulp met deze gezinnen is essentieel om te zorgen voor passende hulp. Maar het is ook een uitdaging, door de complexiteit van de problemen en de verschillende gezinsleden en hulpverleners die vaak betrokken zijn. Hierdoor sluit de geboden hulp vaak niet goed aan op wat deze gezinnen echt nodig hebben en zelf willen. Problemen blijven bestaan of ze verergeren en jongeren en ouders voelen zich niet gehoord. Gezinnen verliezen zo hun motivatie en vertrouwen in de hulp en haken geregeld af, terwijl ons huidige jeugdhulpsysteem, met voortdurend stijgende kosten en wachtlijsten, juist vraagt om een passend gebruik van zorg die een meerwaarde biedt voor gezinnen.

In dit proefschrift hebben we onderzocht wat gedeelde besluitvorming met gezinnen én de verschillende betrokken professionals en organisaties zo ingewikkeld maakt en wat er nodig is om dit te verbeteren. Onze focus lag hierbij op integraal specialistische teams. Daarin werken professionals vanuit verschillende organisaties in de jeugdhulp en volwassenenzorg (GGZ, jeugd- en opvoedhulp en LVB-zorg) samen in de zorg aan gezinnen met complexe problematiek. We verzamelden de ervaringen van ouders en jongeren, professionals, managers en gemeentelijk beleidsmakers door middel van interviews en we observeerden multidisciplinaire teambesprekingen.

Gedeelde besluitvorming met deze gezinnen blijkt een continu proces door de hulpverlening heen, met talloze kleine en grote beslissingen op de korte en de lange termijn. De rol van gezinnen en hulpverleners verandert daarbij steeds: soms moet een hulpverlener veel steun en overzicht bieden en soms de regie bij het gezin laten.

Bovendien versterken de ingewikkelde situatie van deze gezinnen (zoals hoge stress, grilligheid van problemen en zelfredzaamheid, onveiligheid, wantrouwen in zorg) en

die van professionals en organisaties (zoals onduidelijkheid in rollen en verantwoordelijkheden, inflexibele en formele benadering) elkaar in een complexe wisselwerking. Dit maakt het lastig om gezinnen voldoende eigen keuzes te laten maken, om vertrouwen op te bouwen en om alle gezinsleden en hulpverleners goed te betrekken.

Door veranderende problemen en behoeften van gezinnen werken professionals samen in steeds wisselende zorgnetwerken. Zij moeten continu balanceren tussen besluitvorming in het eigen team en met andere organisaties, zonder de wensen en behoeften van het gezin uit het oog te verliezen.

Samen beslissen met deze gezinnen vraagt van professionals een specifieke benadering, waarin zij ondersteund worden door zorgorganisaties en beleid. Vanuit de ervaringen van gezinnen, professionals, managers en beleidsmakers formuleerden we vier aanbevelingen. Voor deze bijdrage zijn deze aangevuld met enkele specifieke aandachtspunten voor jeugdigen en ouders met een LVB.

1. Benader gedeelde besluitvorming als een doorlopend proces in zorg

- Besteed gedurende de hulpverlening aandacht en tijd aan het samen beslissen met gezinnen.
- Start met een gezamenlijke analyse van krachten en problemen, prioriteer samen wat er nu nodig is en pas het plan aan op veranderende problemen en behoeften door de hulpverlening heen.
- Plan formele evaluaties over hulp met het gezin, maar check ook tussendoor of de hulp nog past.

LVB: Neem de tijd, geef visuele ondersteuning en bereid evaluaties voor met het gezin. Check tussentijds het begrip van problemen en doelen, zeker bij beperkte motivatie, en geef zo nodig extra uitleg. Houd in de gaten of het plan haalbaar is voor het gezin als geheel.

2. Balanceer rollen van professionals en gezinnen

- Vaak is een actieve rol en houding van professionals nodig, maar voorkom het doordrukken van de professionele mening.
- Zorg voor een juiste balans tussen de expertise van professionals én de ervaringen van gezinnen. Pas de regie vanuit professionals aan op welke autonomie het gezin zelf kan nemen.

LVB: Ondersteun gezinnen actief in het ontdekken van hun eigen wensen, behoeften én oplossingen. Wees transparant over wanneer je een beslissing moet overnemen van het gezin, bijv. bij onveiligheid.

3. Investeer in vertrouwen en partnerschap tussen gezinnen en professionals

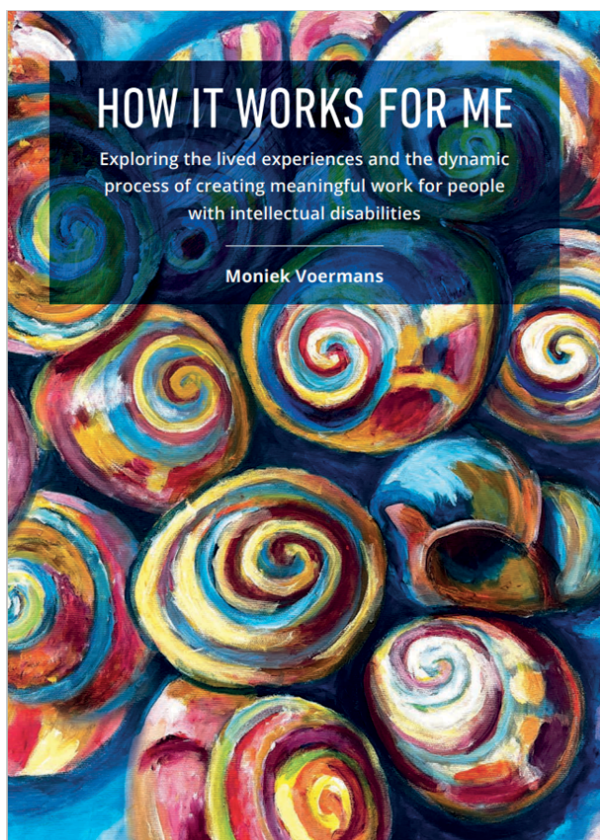
- Onderling vertrouwen en gelijkwaardig partnerschap tussen gezinnen en professionals zijn voorwaarden om samen beslissingen te nemen. Dit vraagt tijd en aandacht.
- Neem de tijd om een vertrouwensrelatie op te bouwen en te versterken, juist wanneer deze onder druk staat.
- Bouw relaties op met verschillende gezinsleden, specifiek in de driehoek jongere-ouders-professionals.
- Ga een van-mens-tot-mens contact aan voor gelijkwaardigheid en openheid.

LVB: Faciliteer de uitwisseling van uiteenlopende meningen tussen gezinsleden. Streef naar betrokkenheid van ouders, ook wanneer een jongere op basis van zijn kalenderleeftijd zelf mag beslissen.

4. Stem interprofessionele besluitvorming af in wisselende zorgnetwerken en met gezinnen

- Voor succesvolle interprofessionele besluitvorming is de motivatie van professionals belangrijk om het samen te doen en een gezamenlijke visie te vormen op wat er speelt en nodig is in een gezin.
- Heb regelmatig en gestructureerd multidisciplinair overleg om professionele perspectieven te integreren en gezamenlijk besluiten te nemen.
- Verlies het gezin niet uit het oog: samen beslissen begint en eindigt bij het gezin.

LVB: Stem met gezinnen af of zij aanwezig zijn bij interprofessioneel overleg of achteraf een terugkoppeling ontvangen, om overbelasting te voorkomen. Maak samen een visueel overzicht van de betrokken professionals en hun rollen; prioriteer welke hulp wel en niet meer nodig is.



MONIEK VOERMANS

Op 8 december 2025 promoveerde Moniek Voermans op haar proefschrift *How it works for me. Exploring the lived experiences and dynamic process of creating meaningful work for people with intellectual disabilities*. Zij voerde haar onderzoek uit onder supervisie van prof. dr. Petri Embregts en prof. dr. Ton Wilthagen in een samenwerking tussen de Academische Werkplaats Leven met een Verstandelijke Beperking (Tranzo, Tilburg University) en Amarant. Hieronder volgt een samenvatting. Het proefschrift is via deze digitale link te lezen: <https://repository.tilburguniversity.edu/server/api/core/bitstreams/eb14bee6-7adb-4cb6-9286-7d66fce26ffb/content>

Betekenisvol werk voor mensen met een verstandelijke beperking

Werk is in onze samenleving veel meer dan een bron van inkomen. Het is een belangrijke manier om deel te nemen aan de samenleving en draagt bij aan kwaliteit van leven, ook bij mensen met een verstandelijke beperking. Toch is toegang tot betekenisvol werk voor hen niet vanzelfsprekend. Ondanks beleid dat inzet op arbeidsinclusie – zoals de Participatiewet – blijft hun deelname aan regulier werk achter. Dit proefschrift beschrijft een onderzoek naar

wat werk betekent voor mensen met een verstandelijke beperking en wat er nodig is om duurzame deelname aan betekenisvol werk mogelijk te maken. In vijf studies zijn de perspectieven van mensen met een verstandelijke beperking zelf, hun naasten en werkgevers onderzocht met gebruik van diverse kwalitatieve onderzoeksmethoden en een systematische literatuurstudie.

De betekenis van werk: meer dan een baan

Uit de verschillende studies blijkt dat werk voor mensen met een verstandelijke beperking een belangrijke bijdrage levert aan structuur en zingeving, persoonlijke groei en ontwikkeling, eigenwaarde en autonomie, sociale verbondenheid, en het gevoel een gewaardeerde bijdrage te leveren en maatschappelijke rol te vervullen.

Deelname aan regulier, betaald werk betekende voor mensen met een verstandelijke beperking dat zij zich onderdeel voelden van de samenleving en het gevoel hadden dat zij ertoe deden. Tegelijkertijd kwamen zij obstakels tegen, zoals stigmatiserende houdingen van collega's en gevoelens van afhankelijkheid. Het verlies van werk – onderzocht tijdens de COVID-19 pandemie – had juist grote negatieve gevolgen, namelijk gevoelens van leegte en eenzaamheid wat kon leiden tot depressieve klachten en verlies van autonomie. De kwetsbaarheid van hun maatschappelijke positie werd hierdoor zichtbaar.

Wat is er nodig voor betekenisvol werk?

De studies lieten een aantal voorwaarden voor betekenisvol werk zien. Ten eerste is het van belang om werk aan te laten sluiten bij de wensen, talenten en behoeften van mensen met een verstandelijke beperking. Daarbij willen zij graag de kans krijgen om verschillende werkervaringen op te doen om te ontdekken wat ze willen en kunnen. Op de werkplek is het van belang dat er een positieve werksfeer is en mensen met een verstandelijke beperking zich gelijkwaardig behandeld voelen. Betrokken leidinggeven en collega's die gemotiveerd zijn om te ondersteunen worden als helpend ervaren, zodat maatwerk in begeleiding kan worden geboden. Langdurige beschikbaarheid van jobcoaches wordt daarbij als essentieel ervaren, evenals een goede samenwerking tussen werkgevers, professionals en naasten van mensen met een verstandelijke beperking.

Werkgevers benadrukken dat duurzame plaatsing vraagt om stabiliteit, duidelijke afspraken en een supervisor of aanspreekpunt die beschikbaar is en de continuïteit

bewaakt. Tegelijkertijd ervaren zij dat maatwerk uitdagend is, tijd en aandacht vraagt en soms botst met bestaande werkprocessen en de cultuur binnen de organisatie.

Maatschappelijke fricties: waarom het nog niet lukt

Het proefschrift toont dat stigma een hardnekkige barrière is, zowel op individueel niveau als op organisatieniveau en in de bredere samenleving. Dit stigma uit zich in stigmatiserende houdingen en gedrag van collega's en klanten, maar ook in wetgeving.

Daarnaast ervaren werkgevers spanningen tussen hun inclusieve idealen en commerciële doelen en tussen het normaliseren van de inzet van mensen met een beperking in hun bedrijf en het informeren van klanten daarover.

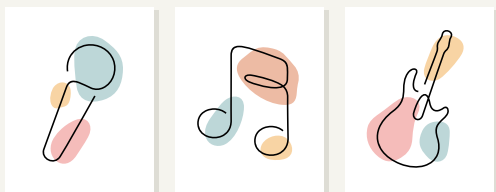
Implicaties voor beleid en praktijk

Op basis van het onderzoek kunnen verschillende richtingen voor verbetering worden geformuleerd, zoals het inzetten van vraaggestuurde matching en job carving om banen beter te laten aansluiten bij mensen met een verstandelijke beperking. Ook de inzet van krachtgericht werken kan helpen om talenten centraal te stellen en te destigmatiseren. Ook is het realiseren van langdurige beschikbaarheid van jobcoaching van belang, evenals het investeren in een inclusief klimaat binnen bedrijven op alle lagen van de organisatie.

De huidige arbeidsmarktkrapte biedt kansen om inclusie te versnellen. Door te investeren in maatwerk, samenwerking en een brede waardering van werk kan de samenleving beter gebruikmaken van talenten die nu onbenut blijven.

Connected by music

Research on music interventions with adults with intellectual disabilities



Gerianne Smeets

GERIANNE SMEETS

Op 27 november 2025 promoveerde Gerianne Smeets op haar proefschrift *Connected by music: Research on music interventions with adults with intellectual disabilities*. Haar onderzoek komt voort uit een samenwerking tussen de Vrije Universiteit Amsterdam, Universiteit van Amsterdam en Stichting Philadelphia Zorg. Hieronder volgt een korte samenvatting. Het proefschrift is via deze digitale link te lezen: https://www.philadelphia.nl/assets/uploads/downloads/GerianneSmeetsHR_optimized.pdf

Muziek wordt al lange tijd ingezet in de zorg, maar wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van muziekin interventies bij mensen met een verstandelijke beperking is schaars. Uit onderzoek bij andere doelgroepen, zoals kinderen en mensen met dementie, blijkt echter dat muziekin interventies positieve effecten kunnen hebben op angst, depressie, zelfvertrouwen, kwaliteit van leven, probleemgedrag en mogelijk ook op executieve functies, zoals aandacht, werkgeheugen en inhibitie. Juist op deze gebieden ervaren mensen met een verstandelijke beperking vaker problemen.

Daarom onderzochten wij wat een muziekin interventie kan betekenen voor volwassenen met een lichte tot

matige verstandelijke beperking (IQ 35–70). We voerden drie studies uit: twee pilotstudies en een groot experimenteel vervolgonderzoek. De pilotstudies waren bedoeld om zowel de effecten van de interventie als de onderzoeksopzet op kleine schaal te testen en te verbeteren. In de eerste pilotstudie vergeleken we groepsgewijs muziek maken met andere leuke activiteiten, zoals pingpongen en bakken. In de tweede pilotstudie onderzochten we een deels digitale muziekin interventie. De opgedane inzichten gebruikten we voor het ontwerp van het derde onderzoek: een grootschalige Randomised Controlled Trial (RCT), waarin muziek maken werd vergeleken met standaardzorg.

De muzieksessies hadden telkens een vaste structuur, maar werden aangepast aan de wensen en behoeften van de deelnemer. De sessies werden gegeven door een muziekbegeleider, die hiervoor een trainershandleiding gebruikte. Tijdens de sessies werd actief muziek gemaakt en gezongen en deelnemers konden gebruikmaken van verschillende muziekinstrumenten, zoals bongo's, een gitaar en een schellenraam.

Aan de eerste pilotstudie deden 29 deelnemers mee, die 16 wekelijkse groepssessies volgden. Hoewel beide groepen verbeteringen lieten zien, was het opvallend dat deelnemers aan de andere leuke activiteiten, en vooral jongere mensen met een lichte verstandelijke beperking, significant meer vooruitgang lieten zien in inhibitie en minder teruggetrokken of somber gedrag vertoonden dan deelnemers aan de muziekgroep. De muziekin interventie werd wel positief ervaren en zorgde voor plezier en verbondenheid. Tegelijkertijd bleek de onderzoeksopzet te belastend en waren sommige meetinstrumenten, met name de testen voor executieve functies, te moeilijk.

Op basis hiervan pasten we het onderzoeksdesign aan. We verminderden de belasting voor begeleiding, kozen voor andere meetinstrumenten, intensiverden de interventie naar twee sessies per week en veranderden het format van groeps- naar individuele sessies. Ook vergeleken we de muziekin interventie voortaan met standaardzorg en werkten we samen met een bredere groep muziekbegeleiders in plaats van alleen muzikagogen.

In maart 2020 dwong de COVID-19-pandemie ons echter tot aanpassing van de plannen. We startten daarom een tweede pilotstudie met een deels digitale muziekin interventie. Tien deelnemers volgden 16 sessies, waarbij fysieke en online sessies werden afgewisseld. De interventie bleek haalbaar en werd positief beoordeeld: de

sessies boden rust en plezier, waarbij de relatie tussen deelnemer en muziekbegeleider cruciaal bleek. Online sessies werden echter als onpersoonlijk en technisch lastig ervaren; fysieke sessies hadden duidelijk de voorkeur. Er werd een afname in probleemgedrag gevonden, maar geen significante verandering in welzijn.

Hierna kon alsnog het grote vervolgonderzoek starten: een RCT met 97 deelnemers, willekeurig verdeeld over een muziekinterventiegroep en een standaardzorggroep. Binnen de gehandicaptenzorg komen RCT's weinig voor, omdat ze in de praktijk lastig uitvoerbaar zijn. We hebben daarom veel aandacht en inzet besteed om dit mogelijk te maken. De muziekinterventie bestond uit 16 individuele sessies, twee keer per week. Deelnemers die muziek maakten, lieten significant minder probleemgedrag zien dan degenen die standaardzorg kregen. Bij de follow-up rapporteerden zij ook minder angst- en stemmingsklachten. Ze voelden zich na de sessies prettiger, en wie al gelukkig was, voelde zich nog positiever. Er werden geen effecten gevonden op kwaliteit van leven, zelfvertrouwen of executieve functies; deze metingen bleken voor veel deelnemers te moeilijk.

Als we het proces evalueren, kunnen we zeggen dat de werving uitdagend was, maar dat het interventieprotocol goed uitvoerbaar was en grotendeels werd gevolgd, met kleine aanpassingen op maat. Verder maakten de meeste deelnemers het programma af en hadden er veel plezier in, zoals ook te lezen is in deze quote van een muziekbegeleider:

“In het begin was de deelnemer gesloten en durfde zich niet goed te uiten. Per sessie groeide dit. Toen zij zich tijdens de uitvoering volledig gaf en me na afloop emotioneel bedankte en aangaf dat ze zo blij was, voelde ik me intens dankbaar.”

Meer dan de helft van de deelnemers bleef na afloop muziek maken. Toch is het inzetten van muziek in de dagelijkse zorg lastig door te weinig tijd en steun van begeleiders en onduidelijkheid over hun rol hierin.

Onze studies leiden tot vier belangrijke inzichten. Ten eerste kan een individuele actieve muziekinterventie probleemgedrag, angst en stemmingsklachten verminderen bij volwassenen met een lichte tot matige verstandelijke beperking, zelfs bij gedeeltelijk digitale uitvoering. Ten tweede is muziek effectief, maar nog niet duidelijk effectiever dan andere leuke activiteiten. Ten derde worden

muziekinterventies positief ontvangen en zijn zij goed uitvoerbaar in de praktijk. Ten slotte blijken vier kenmerken cruciaal voor succes: individuele sessies, voldoende duur en intensiteit, fysieke uitvoering en een duidelijke, gestructureerde opzet met gedragsdoelen.

Samenvattend onderstrepen deze studies het belang van een gedegen methodologische aanpak en dragen zij bij aan meer kennis over bewezen effectieve interventies voor volwassenen met een verstandelijke beperking.



EVA KÜHL

Op 13 februari 2026 promoveerde Eva Kühl op haar proefschrift *Bridging gaps in care: Optimizing interventions for youth with mild intellectual disabilities or borderline intellectual functioning and externalizing problems*. Haar promotie vond plaats aan de Universiteit Utrecht (promotoren prof. dr. Sander Thomaes en prof. dr. Maja Deković, co-promotoren dr. Juliëtte Liber en dr. Ina Koning). Hieronder volgt een korte samenvatting. Het proefschrift is via deze digitale link te lezen: <https://doi.org/10.33540/3281>

Kinderen en adolescenten met een licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid (hierna: jeugdigen met een LVB) hebben vaker dan jeugdigen zonder een LVB last van externaliserende gedragsproblemen, zoals agressie, opstandigheid en regelovertredend gedrag. Deze gedragsproblemen brengen allerlei risico's met zich mee, zoals problemen met leeftijdsgenoten, contact met justitie en langdurige problematiek, bovenop de verdere kwetsbaarheden die samenhangen met een LVB. Ondanks deze hoge prevalentie en de ernstige gevolgen is het wetenschappelijke bewijs voor effectieve interventies voor deze doelgroep nog altijd beperkt.

Onderzoek naar wat werkt en waarom

Dit proefschrift richtte zich daarom op het versterken van de *evidence base* voor psychosociale interventies voor jeugdigen met een LVB. Daarbij werd gebruikgemaakt van het therapieprocesmodel, waarin niet alleen de interventie zelf centraal staat, maar ook de processen die bijdragen aan het effect ervan. Denk aan vaststaande kenmerken van de jongere (namelijk, het hebben van een LVB), processen die zich tijdens de interventie afspelen (zoals de samenwerking tussen jongere en professional) en de mechanismen die verandering in gang zetten. Het onderzoek had twee doelen: het in kaart brengen van behandeluitkomsten én het beter begrijpen van de processen die daaraan bijdragen.

Psychosociale interventies laten positieve effecten zien

Onze resultaten rondom behandeluitkomsten van psychosociale interventies voor jeugdigen met een LVB waren veelbelovend. In een pilotstudie van een geïndiceerd preventieprogramma op scholen namen gedragsproblemen op groepsniveau af bij kinderen met een LVB, al waren de verschillen tussen individuele jongeren duidelijk zichtbaar. Daarnaast liet een meta-analyse zien dat psychosociale interventies over het algemeen effectief zijn in het verminderen van externaliserende gedragsproblemen. Bovendien suggereren de bevindingen dat jeugdigen met en zonder een LVB vergelijkbaar kunnen profiteren van psychosociale interventies, mits deze voldoende zijn aangepast aan hun niveau. Zowel in de meta-analyse als in direct vergelijkend interventieonderzoek naar cognitieve gedragstherapie werden grotendeels vergelijkbare verbeteringen in gedragsproblemen gezien tussen jeugdigen met en zonder een LVB.

Het belang van de therapeutische alliantie

Naast de uitkomsten zelf is gekeken naar processen tijdens interventies. De therapeutische alliantie (de mate waarin de cliënt en professional doelgericht samenwerken) komt naar voren als een mogelijk belangrijke factor. In een verkennend literatuuronderzoek vonden we dat dit thema nog maar weinig onderzocht is bij jeugdigen met een LVB. De weinige onderzoeken die er gedaan zijn lieten echter zien dat professionals, ouders en jeugdigen de therapeutische alliantie als belangrijk zien voor het verloop en de uitkomsten van de behandeling. Dit gold niet alleen binnen de psychologische hulpverlening, maar ook in andere settings, zoals ergotherapie en in zieken-

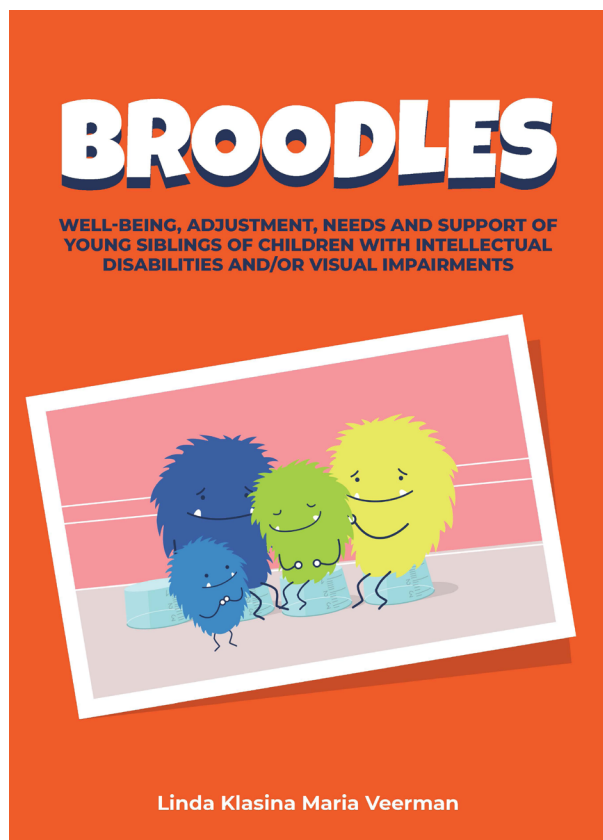
huizen. Het lijkt dan ook belangrijk voor professionals van verschillende disciplines om te investeren in een sterke werkrelatie met jeugdigen met een LVB en hun systeem.

Onderliggende mechanismen van interventies

Het onderzoek keek ook naar mogelijke veranderingsmechanismen binnen interventies. We vonden geen bewijs dat sociale informatiewerking (de cognitieve processen die een rol lijken te spelen bij externaliserende gedragsproblemen) een mechanisme zou zijn van cognitieve gedragstherapie. Wel vonden we dat het gevoel van competentie voor assertiviteit van jeugdigen veranderde. Zij voelden zich na de behandeling zekerder om op een passende en sociaal wenselijke manier voor zichzelf op te komen, bijvoorbeeld door hun onvrede rustig en duidelijk onder woorden te brengen. Deze toegenomen assertiviteit kan een belangrijke target zijn in cognitieve gedragstherapie, mede omdat assertiviteit ook samenhangt met andere klachten, zoals een negatief zelfbeeld of somberheid.

Implicaties voor de praktijk

De bevindingen ondersteunen bestaande aanbevelingen om jeugdigen met een LVB niet uit te sluiten van bestaande psychosociale interventies, maar deze aan te passen aan hun cognitieve en adaptieve niveau, bijvoorbeeld door eenvoudiger taalgebruik, herhaling en visuele ondersteuning. In verschillende interventies in dit proefschrift werden hiervoor de richtlijnen van het Landelijk Kenniscentrum LVB gevolgd. Tegelijkertijd benadrukken de bevindingen het belang van aandacht voor het therapieproces achter de behandeluitkomsten: niet alleen wat wordt aangeboden, maar ook hoe dit gebeurt, lijkt van belang. Het is daarbij essentieel om jeugdigen met een LVB te blijven includeren in onderzoek en interventies, zodat we de zorg voor deze kwetsbare doelgroep kunnen blijven verbeteren.



LINDA VEERMAN

Op 16 december 2025 promoveerde Linda Veerman cum laude aan de Vrije Universiteit Amsterdam (VU) op haar proefschrift *“Broodles”: Well-being, adjustment, needs and support of young siblings of children with intellectual disabilities and/or visual impairments*. Het onderzoek is uitgevoerd vanuit de Academische werkplaats Affect-us (promotor: prof. dr. Paula Sterkenburg, copromotor: dr. Agnes Willemen). Hieronder volgt een samenvatting. Het volledige proefschrift en de bijbehorende handreiking voor de praktijk en publicaties in Nederlandstalige tijdschriften zijn te downloaden via links op deze website: <https://affect-us.nl/onderzoekproject/broedels/>

Kinderen die een broer of zus hebben met een zorgvraag door een beperking of ziekte noemen we ook wel ‘brussen’. Brussen spelen een belangrijke rol in het leven van hun broer of zus, en zij in dat van hen. Immers, de broer-zusrelatie is één van de langste relaties in ons leven. Hoewel het voor brussen vaak heel gewoon is, kan het soms ook best lastig zijn om op te groeien met een broer of zus met een beperking. Brussen kunnen bijvoorbeeld conflicterende gevoelens en gedachten ervaren, zich zorgen maken, en zichzelf wegcijferen. Uit onderzoek weten we

dat brussen een hoger risico hebben op het ontwikkelen van mentale gezondheidsproblemen. Om dit te voorkomen is het belangrijk om brussen preventief te ondersteunen. Toch is er nog weinig aandacht voor brussen.

Om brussen meer erkenning te bieden, beter te begrijpen en beter te ondersteunen, werden in dit promotietraject verschillende onderzoeken gedaan naar brussen van 6–12 jaar met een broer of zus met een verstandelijke, visuele of meervoudige beperking. Met longitudinale data van het Nederlands Tweelingen Register werd onderzocht hoe verschillende gezinsfactoren samenhangen met het welzijn van tweeling-brussen van kinderen met een verstandelijke beperking. Daarnaast werd systematisch in kaart gebracht welke ondersteuningsbronnen er in Nederland en België online vindbaar zijn voor brussen, welke ondersteuningsbehoeften brussen zelf aangeven, en of het ondersteuningsaanbod aansluit bij de genoemde behoeften. Vervolgens werd een nieuwe, toegankelijke interventie voor brussen van 6–9 jaar ontwikkeld: de serious game *Broedels*. Dit educatieve computerspel werd ontwikkeld in co-creatie met een panel van jonge brussen, een klankbordgroep van ouders, professionals en volwassen brussen, en een producent (Metropolisfilm). De game werd daarna onderzocht in een gerandomiseerde, controleerde studie (RCT) onder 107 gezinnen in Nederland en België. Ook werden de culturele toepasbaarheid en wenselijkheid van de interventie onderzocht in een kleine studie in Noorwegen. Tot slot werd een psychometrisch onderzoek gedaan naar een bestaande vragenlijst die de specifieke ervaringen van brussen meet.

De resultaten van deze onderzoeken bieden een aantal belangrijke inzichten. Allereerst wordt duidelijk dat het welzijn van brussen samenhangt met diverse gezinsfactoren, zoals het welzijn en de mate van betrokkenheid van hun ouders, en moeilijk verstaanbaar gedrag van hun broer of zus. Dit pleit voor het hanteren van een gezinsgerichte aanpak.

Ten tweede blijkt uit interviews dat brussen diverse ondersteuningsbehoefte hebben, zoals het ontvangen van informatie, het ontmoeten van andere brussen, het leren van vaardigheden, en het krijgen van emotionele en sociale steun. Het ondersteuningsaanbod dat online vindbaar is in Nederland en België voorziet voor een deel in deze behoeften. Zo bestaan er boeken en pagina's met informatie en tips, kunnen brussen deelnemen aan leuke activiteiten voor jonge mantelzorgers, en zijn er trainingen voor brussen beschikbaar. Toch is dit aanbod nog beperkt

beschikbaar en wordt het versnipperd aangeboden, waardoor veel brussen geen ondersteuning ontvangen. Ook blijkt dat binnen de gehandicaptenzorg nog weinig ondersteuning voor brussen is: op maar 10% van de websites van gehandicaptenzorgorganisaties kan enige informatie of ondersteuning voor brussen gevonden worden. Daarnaast is er weinig aanbod dat zich richt op het leren van vaardigheden, zoals het omgaan met moeilijk verstaanbaar gedrag, waar wel een grote behoefte aan is. Hier liggen dus nog kansen voor verbetering.

Ten derde werd duidelijk dat de game *Broedels* een laagdrempelige, nieuwe vorm van individuele ondersteuning biedt aan brussen, die hun veerkracht kan versterken. De game heeft acht levels van twintig minuten die ieder een belangrijk thema voor brussen bespreken. Daarnaast komen er werkbladen en een handreiking voor ouders bij de game. De meeste brussen (80%) vonden de game (heel) leuk en de meeste ouders (79%) vonden de game (heel) nuttig. Zij ervoeren diverse leeropbrengsten, zoals meer brusbewustzijn (o.a. weten dat je niet de enige bent), (h)erkenning voor en leren omgaan met lastige gedachten, gevoelens en situaties (o.a. helpende gedachten gebruiken) en verbeterde gezinsinteracties (o.a. meer open communicatie over gevoelens en de beperking). Er is enkel voorzichtig bewijs voor de effectiviteit van de game in het verbeteren van het omgaan met het hebben van een broer of zus met een beperking en cognitieve copingvaardigheden. Er werden daarnaast verbeteringen in kwaliteit van leven, zelfbeeld, ervaren steun en broer-zusrelatie gevonden in beide groepen. De game bleek daarnaast ook toepasbaar en wenselijk in het buitenland, in dit geval Noorwegen.

Tot slot bleek dat de onderzochte vragenlijst, de *Negative Adjustment Scale* van de *Sibling Perception Questionnaire*, zowel sterke als zwakke punten kent. De vragenlijst bleek voldoende betrouwbaar, maar niet helemaal valide. Zo was het niet volledig duidelijk wat de vragenlijst precies meet en bleek de vragenlijst niet hetzelfde te meten in verschillende versies en groepen. Het wordt aangeraden om de vragenlijst te verbeteren of een nieuwe vragenlijst te ontwikkelen die de specifieke ervaringen van brussen in kaart brengt.

Kortom, de onderzoeken uit dit proefschrift benadrukken het belang om gezinsgericht te werken en brussen hierbij niet te vergeten. Brussen hebben namelijk behoefte aan meer erkenning en vroegtijdige ondersteuning dan zij nu geboden krijgen. Deze ondersteuningsbronnen dienen

goed vindbaar te zijn en proactief aan gezinnen aangeboden te worden, waarbij ook de belangrijke rol van ouders wordt erkend en versterkt. De game *Broedels* biedt een nieuwe, laagdrempelige manier om jonge brussen te ondersteunen. De game, aanvullende materialen, en een overzicht van andere gevonden ondersteuningsbronnen zijn gratis beschikbaar via www.brussengame.nl.

Psychophysiological measures related to aggressive behaviour and self-harm in people with mild intellectual disabilities:

Potential, pitfalls and future directions

Marlieke van Swieten



MARLIEKE VAN SWIETEN

Op 23 januari 2026 verdedigde Marlieke van Swieten haar proefschrift 'Psychophysiological measures related to aggressive behaviour and self-harm in people with mild intellectual disabilities: Potential, pitfalls and future directions'. De promotie vond plaats aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Promotor was Robert Didden, co-promotoren waren Peter de Looft en Joanneke van der Nagel. Het onderzoek is mogelijk gemaakt door het Behavioural Science Institute en Trajectum. Het proefschrift is via deze digitale link te lezen: <https://repository.ubn.ru.nl/handle/2066/326870>

Agressief gedrag en zelfbeschadiging komen veel voor bij mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) of zwakbegaafdheid die wonen in behandelinstellingen of woonvoorzieningen. Dit heeft een negatieve impact op de cliënt zelf, andere cliënten en op zorgverleners. In de praktijk ligt de focus bij diagnostiek en behandeling vaak vooral op psychologische en sociale factoren. Tegelijkertijd benadrukken verschillende studies dat ook de biologische kant van het biopsychosociaal model een belangrijke rol speelt in het ontstaan en in stand houden van dit gedrag. Met de opkomst van wearables, zoals smartwatches, is

het mogelijk geworden om fysiologische processen zoals hartslag en stressreacties te meten in het dagelijks leven van mensen met een LVB. Dit proefschrift richt zich op het beter begrijpen van de rol van fysiologie bij de diagnostiek en (evaluatie van) interventies rondom agressief gedrag en zelfbeschadiging binnen deze doelgroep. Hieronder worden 2 studies uit het proefschrift uitgelicht. Een editie van het Borg Magazine over dit onderzoek is hier te vinden: <https://www.deborg.nl/lerend-netwerk/x-system-muziek-afspeellijsten-voor-clienten/>

Fysiologie na agressie

Eerder onderzoek liet een toename in hartslag en huidgeleiding zien 20 minuten voordat agressief gedrag plaatsvond bij volwassenen met een LVB (De Looft et al., 2019¹). Voor zover bekend was er nog geen onderzoek in de klinische praktijk gedaan naar fysiologische parameters ná agressie-incidenten. Met een grote multicenter-studie zijn veranderingen onderzocht in hartslag en huidgeleiding in de 30 minuten na agressief gedrag. Arousal, gemeten op de afdeling met draagbare technologie, werd na 165 agressie-incidenten geanalyseerd. De resultaten toonden een significante afname in hartslag en huidgeleiding na agressie-incidenten. De afname in arousal was echter klein en er was een grote variatie tussen en binnen personen. Verdere exploratieve analyse van het verloop van arousal na agressie toonde aan dat er verschillende patronen konden worden onderscheiden. Naast een afname in arousal waren er ook groepen incidenten met stabiele niveaus of zelfs een toename in arousal. Het type agressief gedrag hing samen met de verschillende latente klassen waartoe incidenten behoorden. De verschillende fysiologische patronen benadrukken het belang van gepersonaliseerde benaderingen bij het omgaan met agressie-incidenten. Als bijvoorbeeld bij een cliënt de arousal al is afgenomen en de cliënt is teruggekeerd naar een kalmere staat, kan het inzetten van aanvullende interventies onnodig of zelfs contraproductief zijn. Aan de andere kant kunnen cliënten, waarbij na agressie de arousal langdurig verhoogd is, baat hebben bij gerichte interventies, zoals stressreducerende interventies of biofeedback.

¹ De Looft, P., Noordzij, M. L., Moerbeek, M., Nijman, H., Didden, R., & Embregts, P. (2019). Changes in heart rate and skin conductance in the 30 min preceding aggressive behavior. *Psychophysiology*, 56(10), e13420. <https://doi.org/10.1111/psyp.13420>

Stressreductie door biofeedback en muziek

Omdat arousal gerelateerd is aan agressief gedrag en zelfbeschadiging, is het van belang om verhoogde arousal (tijdig) op te merken en te verlagen. Met deze studie onderzochten we subjectieve en fysiologische arousal tijdens een interventie voor stressreductie, namelijk muziek luisteren. Verder werd onderzocht of het gebruik van software voor het selecteren en rangschikken van muziek (gebaseerd op het voorspellen van het effect van een nummer op het autonome zenuwstelsel, X-systeem genaamd) geassocieerd was met grotere afnames in subjectieve en fysiologische arousal in vergelijking met zelfgeselecteerde muziek. Biofeedback werd gebruikt om dit te onderzoeken op stressvolle momenten in het dagelijks leven van cliënten, en omdat cliënten vaak moeite hebben om stress bij zichzelf te herkennen. Participanten werden geïnstrueerd om naar muziek te luisteren wanneer ze biofeedback kregen over hun verhoogde stressniveau (zoals gemeten door de draagbare biosensor Nowatch) of wanneer ze zich gestrest voelden. We verzamelden in totaal 103 luistersessies tijdens de dagelijkse routines van 11 participanten, over een periode van 2–4 weken. Participanten luisterden naar zelfgekozen muziek of naar een gepersonaliseerde afspeellijst die was samengesteld met X-system. De resultaten lieten een afname zien in hartslag en huidgeleiding tijdens het luisteren naar muziek. Daarnaast werden er aanwijzingen gevonden voor afname in zelfgerapporteerde stress en verbetering van de stemming na muziek luisteren. Er was veel variatie in de afname van hartslag en huidgeleiding tussen en binnen participanten. Het luisteren naar muziek samengesteld met X-system was niet effectiever dan luisteren naar zelfgeselecteerde muziek. Echter, lagere ‘gecombineerde arousal’-waarden van nummers (een index van X-system) voorspelden lagere hartslag en huidgeleiding. Dit suggereert dat deze index gebruikt kan worden om nummers te selecteren die een ontspannend of activerend effect hebben. Luisteren naar muziek kan een laagdrempelige, goedkope en empowerment strategie zijn voor stressvermindering, wat tevens een positieve invloed kan hebben op emotieregulatie en de mentale en lichamelijke gezondheid.

Wearables in de praktijk

Het gebruik van wearables biedt veel mogelijkheden in diagnostiek en behandeling. Het kent ook veel uitdagingen, maar de technologie en het vakgebied is volop in ontwikkeling. Fysiologische metingen worden daarnaast

door veel factoren beïnvloed (temperatuur, beweging, middelengebruik, etc.). Gegevens van wearables moeten daarom altijd in combinatie met andere informatie en het klinisch oordeel van de professional gebruikt worden. Zie voor mogelijke toepassingen bij mensen met een LVB: <https://www.deborg.nl/media/0dpxpwjft/wanneer-zijn-wearables-ondersteunend.pdf>.

