

STAND VAN ZAKEN

Niet eerder oud, maar eerder ongezond

DE KWETSBAARHEID VAN MENSEN MET VERSTANDELIJKE BEPERKINGEN

Heleen M. Evenhuis*

Onderzoek bij 1050 50-plussers met lichte tot ernstige verstandelijke beperkingen toonde dat de gezondheid van deze mensen op veel jongere leeftijd achteruit gaat dan bij anderen.

Het cardiovasculair risico is vaker verhoogd en depressie en slaapstoornissen komen vaker voor bij 50-plussers met verstandelijke beperkingen, maar zijn vaak niet gediagnostiseerd. Herkenning en aanpak van de onderliggende oorzaken vergt specialistische kennis.

De opeenstapeling van ongunstige factoren vanaf de kinderleeftijd kan leiden tot vroege kwetsbaarheid, die in deze populatie voorspellend is voor achteruitgang van gezondheid en zelfstandigheid en een verhoogde kans op overlijden binnen 3 jaar.

De prevalenties van multimorbiditeit en polyfarmacie bij 50-plussers met verstandelijke beperkingen zijn vergelijkbaar met die in de Nederlandse verpleeghuispopulatie.

Om de gezondheid en zelfstandigheid van mensen met een verstandelijke beperking langer op peil te houden is verbetering van het beroepsonderwijs voor woonbegeleiders, multidisciplinaire richtlijnontwikkeling, en versterking van de kwaliteit en beschikbaarheid van AVG-poliklinieken gewenst.

Enkele jaren geleden vroegen wij in dit tijdschrift aandacht voor de gezondheid van ouderen met verstandelijke beperkingen.¹ Destijds werd nog in brede kring verondersteld dat mensen in deze groep relatief snel verouderen. In het betreffende artikel werd het onderzoek 'Gezond ouder met een verstandelijke beperking' (GOUD) aangekondigd, waarin oudere gebruikers van AWBZ-gefinancierde zorg of ondersteuning met ernstige tot lichte verstandelijke beperkingen en zwakbegaafdheid uitvoerig zijn onderzocht.² Dit onderzoek is inmiddels afgerond en heeft geleid tot beter onderbouwde en deels verrassende nieuwe inzichten. Op basis daarvan kunnen wij stellen dat mensen met verstandelijke beperkingen niet eerder oud zijn, maar wel eerder ongezond. Inzicht in de oorzaken hiervan is van belang voor de praktijkuitoefening van artsen, paramedici en psychologen in de reguliere gezondheidszorg, en ook voor artsen voor verstandelijk gehandicapten (AVG's) om gespecialiseerde ondersteuning te kunnen geven via de AVG-poliklinieken.

CENTRALE BOODSCHAP

Dat mensen met een verstandelijke beperking eerder ongezond zijn kan worden verklaard met de volgende

*Namens de onderzoeksgroep Gezond Ouder met een verstandelijke beperking (GOUD), waarvan de leden aan het eind van dit artikel staan vermeld.

Erasmus MC Rotterdam, afd. Huisartsgeneeskunde en Geneeskunde voor Verstandelijk Gehandicapten, Rotterdam.
Prof.dr H.M. Evenhuis, arts voor verstandelijk gehandicapten
(h.evenhuis@erasmusmc.nl).

UITLEG

Het samenvattende wetenschappelijke rapport 'Gezond ouder met een verstandelijke beperking: resultaten van de GOUD-studie 2008-2013' is te downloaden van de website www.onbeperktgezond.nl (klik op 'Producten' en daarna op 'Rapporten').

TABEL 1 Kenmerken van deelnemers aan de GOUD-studie, vergeleken met de totale cliëntenpopulatie van 3 zorgaanbieders

kenmerk	totale populatie; n	deelnemers n (%)*
omvang populatie	2322	1050 (45,2)
geslacht		
♂	1253	539 (43,0)
♀	1069	511 (47,8)
leeftijd in jaren		
50-54	638	304 (47,6)
55-59	605	246 (40,6)
60-64	471	224 (47,6)
65-69	235	118 (50,2)
70-74	181	90 (49,7)
75-79	110	47 (42,7)
80-84	56	11 (19,6)
85-89	19	8 (42,1)
90-94	7	2 (28,6)
woonvorm		
centrale lokatie	1159	557 (48,1)
in de wijk	867	432 (49,8)
onafhankelijk met ambulante ondersteuning	192	43 (22,4)
bij familie	19	7 (36,8)
onbekend	85	11 (12,9)
zvp-indicaties		
alleen dagbesteding	21	6 (28,6)
ambulante ondersteuning	125	37 (29,6)
vg 1	23	12 (52,2)
vg 2	95	39 (41,1)
vg 3	308	138 (44,8)
vg 4	366	207 (56,6)
vg 5	690	325 (47,1)
vg 6	202	93 (46,0)
vg 7	278	142 (51,1)
zvp-ggz	8	2 (25,0)
onbekend	206	49 (23,8)

Zvp = zorgzwaartepakket in AWBZ-gefinancierde zorg; hoe hoger het getal, des te zwaarder de zorg; zvp-vg betreft pakketten voor de verstandelijk gehandicaptenzorg, zvp-vg 6 en -vg 7 betreffen pakketten voor mensen met ernstige gedragsproblemen en zvp-ggz betreft pakketten voor de geestelijke gezondheidszorg.

De rood- en vetgedrukte getallen zijn percentages waarin de deelnemersgroep statistisch significant verschilt van de totale cliëntenpopulatie.

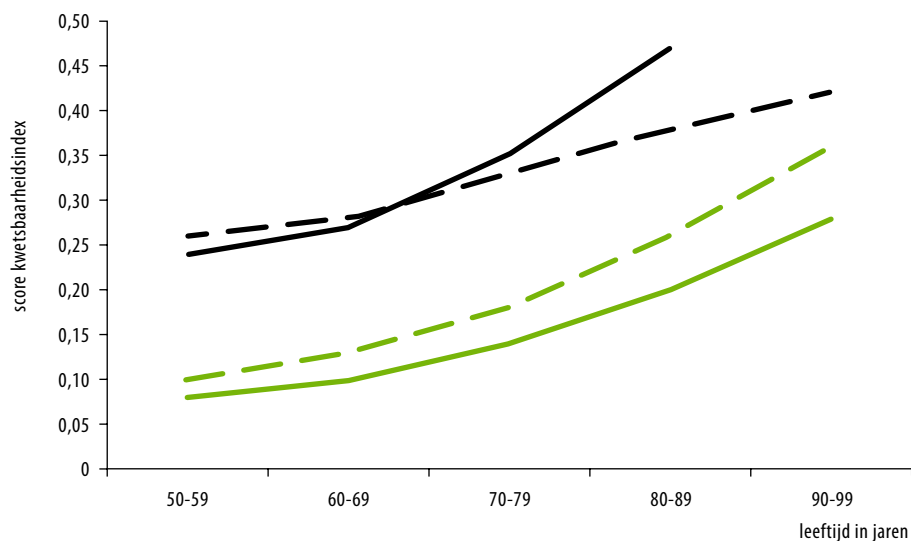
factoren: (a) diagnoses worden gemist omdat de patiënt niet met een klacht komt; (b) deze mensen hebben specifieke beperkingen en aandoeningen vanaf de kinderleeftijd; (c) 'gewone' aandoeningen kunnen bij deze mensen andere onderliggende oorzaken hebben dan bij de algemene bevolking; en (d) er is een opeenstapeling van ongunstige factoren gedurende de levensloop.

Het resultaat hiervan is een situatie die specialistische expertise vereist en die raakvlakken heeft met – naast de huisartsgeneeskunde – vooral de kindergeneeskunde, de ouderengeneeskunde en de psychiatrie. Een en ander zal in dit artikel met specifieke uitkomsten van de GOUD-studie worden toegelicht. Het zal duidelijk zijn dat deze populatie altijd kwetsbaarder zal blijven dan de algemene populatie, maar een aantal van hun gezondheidsproblemen kan met preventie en interventie beïnvloed worden. Vooral op die gezondheidsproblemen zullen wij ingaan, en ook in het kort op de consequenties voor het beleid.

DE GOUD-STUDIE

De GOUD-studie was een epidemiologisch dwarsdoorsnede-onderzoek naar de gezondheidstoestand van cliënten met een verstandelijke beperking van 50 jaar en ouder van 3 grote zorgaanbieders (zie uitlegkader). De gezamenlijke cliëntenpopulatie van deze zorgaanbieders – in 2007 in totaal 8550 cliënten – bedroeg ongeveer 10% van de toenmalige totale Nederlandse cliëntenpopulatie (circa 79.000). De consortiumpopulatie was met de Nederlandse cliëntenpopulatie vergelijkbaar voor wat betreft de verdeling over de typen woonlocaties en het aandeel 50-plussers, dat circa 25% bedroeg. De groep die aan de studie deelnam (n = 1050) was vrijwel representatief voor de totale groep 50-plus-clieënten van de zorgaanbieders (n = 2322) en dus voor de Nederlandse populatie 50-plus-clieënten. Zelfstandig wonende cliënten die alleen ambulante ondersteuning kregen en 80-plussers gaven significant minder vaak toestemming voor deelname (tabel 1).² Dit waren echter kleine groepen.

Het onderzoek werd opgezet vanuit het perspectief van preventie. Daarom werden de volgende thema's onderscheiden: 'lichamelijke activiteit en fitheid', 'voeding en voedingstoestand', 'depressie' en 'angst'. Omdat in deze populatie niet volstaan kan worden met zelfgerapporteerde gezondheidsproblemen of dossiergegevens, werden alle deelnemers uitvoerig onderzocht met lichamelijk en laboratoriumonderzoek, fitheidtests, stappentellers, slaap-waakonderzoek door actigrafie, voedingsdagboeken, gestandaardiseerde slikobservatie, 'life events'-checklist, psychiatrisch interview na voorselectie met screeningsvragenlijsten, en dossieronderzoek.³ Dergelijk onderzoek was nog nergens ter wereld verricht; enkele jaren later is een vergelijkbare studie gestart in Ierland, waarvan nog slechts weinig resultaten zijn gepubliceerd.³



FIGUUR 1 Verband tussen de leeftijd en de kwetsbaarheid, uitgedrukt als score op de kwetsbaarheidsindex, bij mannen (doorgetrokken lijnen) en vrouwen (onderbroken lijnen) met een verstandelijke beperking (—) en zonder verstandelijke beperking (---).

KWETSBAARHEID

De verzamelde gegevens bleken zeer relevant voor onderzoek naar de publieke gezondheid van 50-plussers met een verstandelijke beperking. Onder 'publieke gezondheid' verstaan wij thema's die van belang zijn voor een gezonde samenleving en waarop overheden via hun beleid invloed kunnen uitoefenen. Aan de hand van de verzamelde gegevens zijn de gezondheidsmaten 'kwetsbaarheid' (verhoogd risico op spoedige achteruitgang van gezondheid en zelfstandigheid), 'multimorbiditeit' en 'polyfarmacie' bestudeerd. Omdat kwetsbaarheid nog niet eerder was onderzocht in een vroeg-gehandicapte populatie, moest geverifieerd worden of deze factor in deze groep de achteruitgang van de gezondheid en zelfstandigheid op dezelfde wijze voorspelt als in de algemene bevolking. Daarom werden gedurende een follow-upperiode van 3 jaar in dezelfde studiepopulatie gegevens verzameld over zelfstandigheid en zorgbehoefte, mobiliteit, medicatiegebruik, chronische ziekten, ziekenhuisopnames en overlijden.

Wij ontwikkelden speciaal voor de groep mensen met een verstandelijke beperking een kwetsbaarheidsindex.^{4,5} Hiervoor selecteerden wij 51 van de 409 in de GOUD-studie verzamelde variabelen.⁵ Zij betreffen onder andere zelfredzaamheid, mobiliteit, zintuiglijke beperkingen, risicofactoren, lichamelijke en geestelijke comorbiditeit en sociale contacten. Kijk voor de volledige lijst in het supplement bij dit artikel (www.ntvg.nl/A8016). Aan elke variabele wordt een score toegekend van 0 (niet afwij-

kend) of 1 (afwijkend), en in sommige gevallen een waarde daartussen. De score op de kwetsbaarheidsindex wordt berekend door de individuele totaalscore te delen door de maximumscore, resulterend in een waarde tussen 0 en 1.⁶

Onze index bleek inderdaad onafhankelijk voorspellend te zijn voor achteruitgang van de zelfredzaamheid en mobiliteit, toename van het medicatiegebruik, een indicatie voor een hoger AWBZ-zorgzwaartepakket en overlijden.^{7,8} Tevens bleek dat een in de geriatrie veelgebruikt kwetsbaarheidsfenotype, ontwikkeld door Fried en collega's,⁹ voor deze populatie minder sterk voorspellend was dan de kwetsbaarheidsindex, met name bij de cliënten met motorische beperkingen. Dit komt doordat het kwetsbaarheidsfenotype wordt gedomineerd door symptomen van het bewegingsapparaat. Personen die op relatief jonge leeftijd al motorische beperkingen hebben, scoren dan al snel hoog, terwijl zij niet kwetsbaar hoeven te zijn.

Figuur 1 laat zien dat vijftigers met verstandelijke beperkingen gemiddeld al even kwetsbaar zijn als de algemene populatie van 75 à 80 jaar, gemeten met de kwetsbaarheidsindex.^{5,10} De verklaring hiervoor is al onder het kopje 'Centrale boodschap' gegeven: gemiste diagnoses, specifieke beperkingen en aandoeningen vanaf de kinderleeftijd, specifieke oorzaken van 'gewone' aandoeningen, en een opeenstapeling van ongunstige factoren.

GEMISTE DIAGNOSEN: DE PATIËNT KOMT NIET MET EEN KLACHT

Tabel 2 geeft voorbeelden van aandoeningen die regelmatig door huisartsen, AVG's en gedragskundigen over

TABEL 2 Voorbeelden van gemiste aandoeningen bij ouderen met verstandelijke beperkingen

aandoening (diagnostische methode)	prevalentie bij ouderen met een verstandelijke beperking; %	niet gediagnostiseerd voor aanvang van de GOUD-studie; %
hypertensie ¹¹	49	50
hypercholesterolemie ¹¹	22	46
diabetes mellitus ¹¹	13*	45
perifere atherosclerose ¹² (enkel-arm index)	21*	97
matige tot ernstige slikstoornis (gestandaardiseerde observatie)	52*	89
ernstige depressie ¹³ (psychiatrisch interview)	8*	62,5
slaapstoornis ¹⁴ (actigrafie)	72	51

* Deze prevalentie is statistisch significant hoger dan in de algemene bevolking.^{15,16}

het hoofd gezien worden bij mensen met een verstandelijke beperking, ook al hebben deze aandoeningen een verhoogde prevalentie bij deze groep.¹¹⁻¹⁶

In een recent gepubliceerde enquête onder huisartsen stonden ‘communicatie met de patiënt’ en ‘samenwerking met begeleiders uit de verstandelijk gehandicaptenzorg’ in de top-10 van knelpunten in de behandeling van patiënten met verstandelijke beperkingen.¹⁷ Bij deze patiëntengroep kan inderdaad niet altijd volstaan worden met wachten tot zichzelf of hun begeleiders komen met een klacht of een verzoek. Zo blijkt een actieve aanpak gewenst van cardiovasculair risicomanagement en van de identificatie van depressie en slaapproblemen. Overigens is nader onderzoek gewenst naar de preventie en behandeling van depressie en slaapproblemen in deze populatie. Hierop zal later in dit artikel nader worden ingegaan.

SPECIFIEKE BEPERKINGEN EN AANDOENINGEN VANAF DE KINDERLEEF TIJD

Met ‘specifieke beperkingen’ bedoelen wij –naast de cognitieve beperkingen – vooral motorische en zintuiglijke beperkingen, moeilijk behandelbare epilepsie, autisme-spectrumstoornissen, gedragsproblemen en psychiatrische problematiek. Mensen met deze aandoeningen treffen wij aan in de hoog-risicogroepen waarvoor derdelijns specialistische begeleiding en behandeling nodig zal blijven, maar ook in de reguliere eerste en tweede lijn. In de eerder genoemde enquête onder huisartsen werd

gebrek aan deskundigheid op deze gebieden het vaakst als knelpunt genoemd.¹⁷

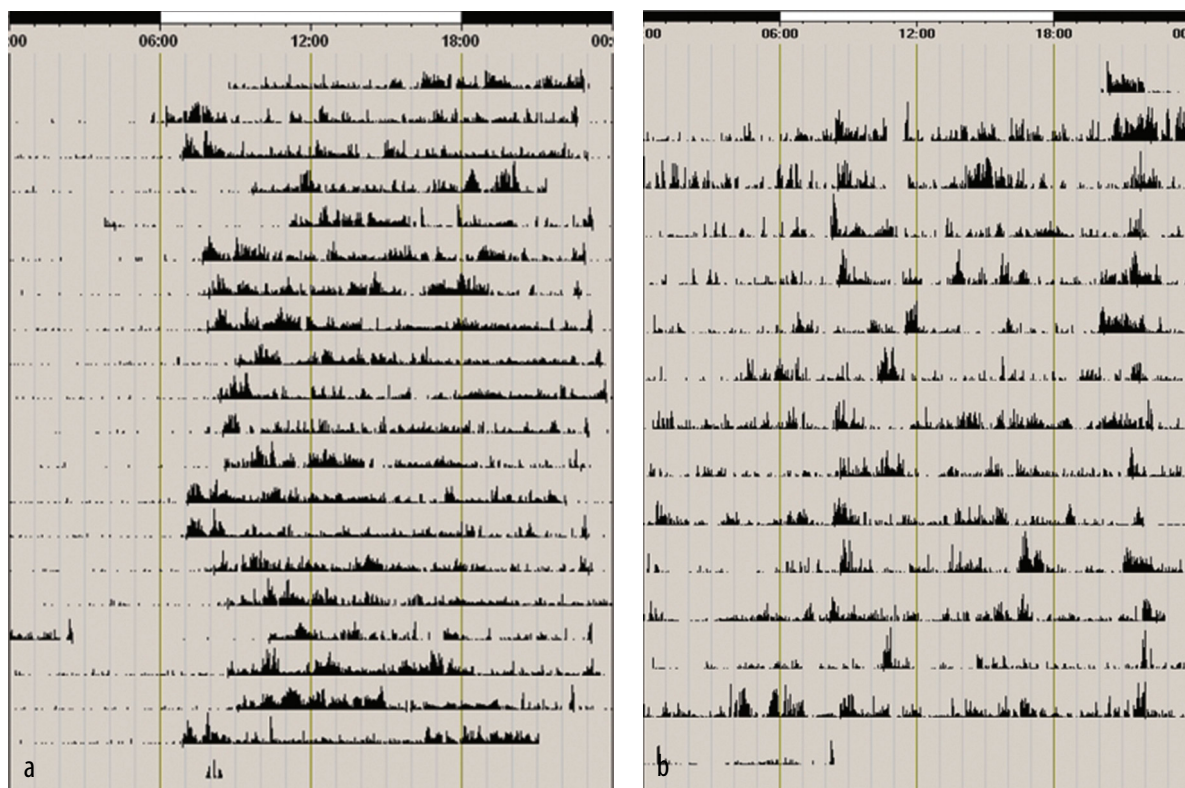
Een recente enquête in enkele langer bestaande AVG-poli's liet zien dat de meest voorkomende indicaties voor verwijzing naar AVG-poli's allereerst gedragsproblemen betreffen, en daarna medicatievragen, functionele achteruitgang, syndroomgebonden controles, gewichts- en slikproblemen, slaapproblemen, epilepsie, etiologie van de verstandelijke beperking, en overdracht van 18-plussers met gecompliceerde problematiek door kinderartsen. Opvallend is dat verstandelijk gehandicapte patiënten met gedragsproblemen ook door psychiaters vaak naar de AVG-poli worden doorverwezen. Het is gewenst dat samen met de geestelijke gezondheidszorg beleid wordt ontwikkeld voor onderzoek en richtlijnontwikkeling op het gebied van samenwerking, verwijzindicaties, diagnostiek en behandeling.

SPECIFIEKE OORZAKEN VOOR ‘GEWONE’ AANDOENINGEN

‘Gewone’ aandoeningen op het terrein van de reguliere eerste en tweede lijn, zoals obesitas, diabetes mellitus, depressie en slaapproblemen, kunnen bij patiënten met verstandelijke beperkingen specifieke oorzaken hebben. Zo worden elders in dit themanummer de diverse oorzaken voor het verhoogde cardiovasculair risico in deze groep toegelicht.¹⁸ Naast de ongezonde leefstijl en de verminderde fitheid speelt het hoge antipsychoticagebruik een grote rol.¹⁹⁻²¹

Het circadiane ritme bij mensen met een verstandelijke beperking was voor de GOUD-studie nog niet eerder bestudeerd. Een onverwachte bevinding van deze studie was dat het circadiane ritme bij deze populatie chronische verstoord kan zijn. Niet alleen werden met actigrafie bij aanzienlijk meer patiënten slaapproblemen vastgesteld dan op grond van de anamnese en heteroanamnese, maar ook bleek het circadiane ritme in zijn geheel significant minder stabiel en meer gefragmenteerd te zijn dan in een controlegroep van ouderen zonder verstandelijke beperking (figuur 2).^{14,22} Het is bekend dat chronische verstoring van het circadiane ritme kan leiden tot metabole ontregeling.

Chronische verstoring van het circadiane ritme zou consequenties kunnen hebben voor de cardiovasculaire gezondheid. Dit fenomeen zou deels ook een verklaring kunnen zijn voor het sterk verhoogde risico op depressie in deze groep.¹³ Hoewel over de relatie tussen de biologische klok en stemming het laatste woord nog niet is gezegd, nemen de wetenschappelijke inzichten snel toe. Zo blijkt slaapmedicatie te leiden tot verdere verslechtering van het ritme; voor het ‘resetten’ van de biologische klok zijn daglicht, voldoende lichamelijke activiteit overdag en een gestructureerd dag-nachtritme het meest effectief.



FIGUUR 2 Voorbeelden van actigrammen, die worden gebruikt om het circadiane ritme te onderzoeken, bij (a) een volwassene zonder verstandelijke beperking en (b) een persoon met een verstandelijke beperking. Elke regel geeft de activiteit van een heel etmaal; hoe hoger de uitslag boven de horizontale lijn, des te groter de activiteit van de betrokkene. Figuur b laat een verstoord circadiaan ritme zien.

Wij zijn dan ook recent gestart met een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek naar de effecten van lichttherapie op het circadiane ritme en depressie bij mensen met een verstandelijke beperking. Daarnaast wordt in een samenwerking met de TU Eindhoven (prof.dr. A.L.P. Rosemann) een verkennend onderzoek opgezet naar de optimale dynamische 24-uursomgevingsverlichting in groepshuizen. In deze populatie is verder zorgvuldige behandeling van epilepsie van belang, terwijl verstoring van de nachtrust door pijn, zuurbranden, lawaai of stress vanzelfsprekend moet worden voorkomen.

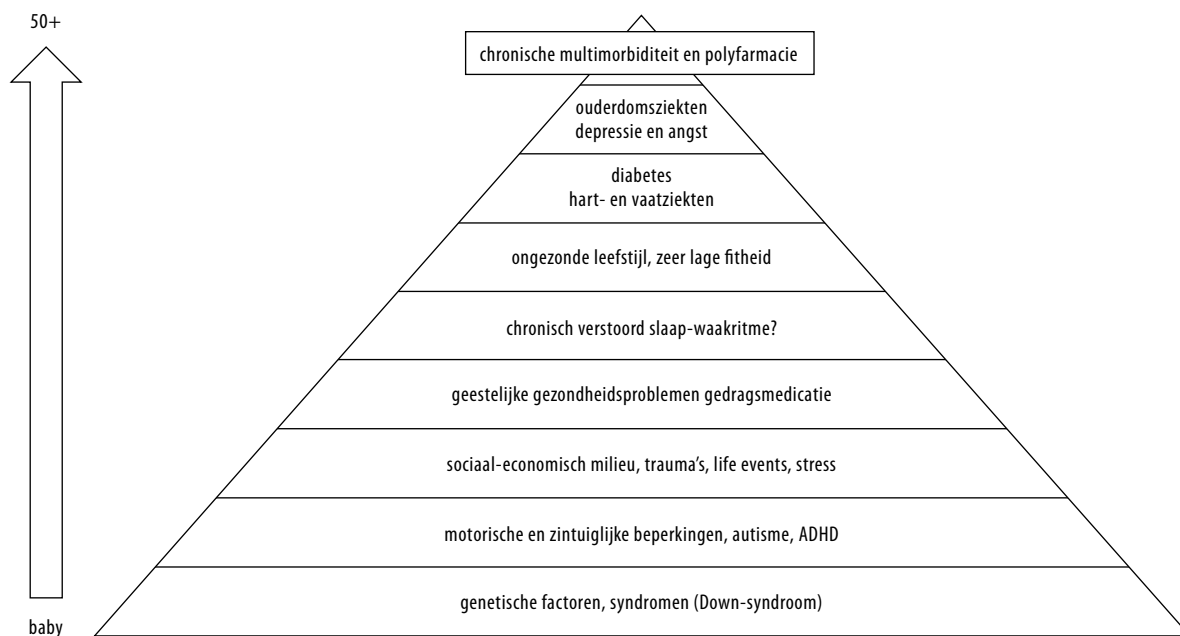
Frequente life events leiden eveneens tot depressie. Zo had 72% van de GOUD-deelnemers in het afgelopen jaar 1 of meer als negatief ervaren life events meegemaakt, die vooral lagen op het gebied van problemen met medebewoners, personeelwisselingen, ziekte, verlies van mobiliteit en ernstige ziekte van een naaste. Deze waren statistisch significant gerelateerd aan symptomen van depressie en angst.²³

Terugdringen van een verhoogd cardiovasculair risico en behandeling van depressie kunnen dus multidisciplinaire

specialistische ondersteuning door de AVG vergen. Effectieve programma's voor gezonde beweging en voeding, die bij mensen met een verstandelijke beperking doorgaans een gespecialiseerde opzet en ondersteuning vereisen,²⁴ zouden gemakkelijk beschikbaar moeten zijn via AVG-poli's, sportorganisaties of gemeentelijke organisaties. Overleg hierover begint op gang te komen.

OPEENSTAPELING VAN ONGUNSTIGE FACTOREN GEDURENDE DE LEVENSLIJP

Wij gebruikten de door ons ontwikkelde kwetsbaarheidsindex om de opeenstapeling van factoren die in deze populatie de gezondheid bedreigen te kwantificeren. In figuur 1 lieten wij al zien dat bij mensen met een verstandelijke beperking de leeftijdsgroep 50-59 jaar gemiddeld even kwetsbaar is als 75-80-jarigen in de algemene bevolking, en dat dit in hogere leeftijdsgroepen nog toeneemt.⁵ Dit betekent dat al vóór de leeftijd van 50 jaar bij velen sprake moet zijn van meerdere ongunstige factoren. Wij hebben op basis van de beschikbare epidemiologische informatie en klinische



FIGUUR 3 Hypothetisch model van de opeenstapeling van ongunstige factoren in het leven van mensen met een verstandelijke beperking.

TABEL 3 Comorbiditeit bij 50-plussers met verstandelijke beperkingen, gerangschikt naar prevalenties²⁵

aandoening	diagnostische methode	N*	prevalentie; n (%)
slikstoornis	observatie door expert	929	484 (52,1%)
obstipatie	laxantia	806	349 (43,3%)
osteoporose	hielbotoecho en medicatie	771	331 (42,9%)
ernstig probleemgedrag	gedragskundig dossier	1027	333 (32,4%)
slechthorendheid	dossier	879	266 (30,3%)
slechtziendheid	dossier	885	219 (24,7%)
epilepsie	dossier	898	196 (21,8%)
perifere atherosclerose	enkel-armindex bloeddruk	629	130 (20,7%)
gastro-oesofageale reflux	dossier	898	179 (19,9%)
schildklierstoornis	dossier en medicatie	812	149 (18,3%)
autisme	gedragskundig dossier	979	177 (18,1%)
hartziekte	dossier	896	158 (17,6%)
depressie	score boven afkapwaarde op screeningslijst	976	148 (15,2%)
angst	score boven afkapwaarde op screeningslijst	976	133 (13,6%)
astma of COPD	dossier en medicatie	807	110 (13,6%)
motorische beperking	rolstoelgebruik binnen- en buitenshuis	989	114 (11,5%)
diabetes mellitus type 1 of 2	bloedsuikerwaarde en medicatie	812	81 (10,0%)
dementie	medisch dossier en gedragskundig dossier	910	78 (8,6%)
cerebrovasculair accident	dossier	902	52 (5,8%)
kanker in afgelopen 5 jaar	dossier	903	26 (2,9%)

* N = aantal deelnemers bij wie de betreffende informatie verkregen was.

ervaring voor deze populatie een hypothetisch model opgesteld met potentiële onderliggende oorzaken van kwetsbaarheid die gedurende de levensloop kunnen optreden (figuur 3).

In de GOUD-populatie werden prevalenties gevonden van multimorbiditeit die vergelijkbaar zijn met die in de Ierse studie en de Nederlandse verpleeghuispopulatie: 80% had 2 of meer chronische aandoeningen, 47% had 4 of meer chronische aandoeningen.^{3,25} Polyfarmacie, gedefinieerd als het permanente gebruik van 5 of meer medicijnen, werd bij aanvang van de studie aangetroffen bij 40% van de studiepopulatie. Hoewel huisartsen en ouderengeneeskundigen steeds meer ervaring krijgen met kwetsbare ouderen met multimorbiditeit, vergt de multimorbiditeit in de verstandelijk gehandicapte populatie toch ook de inbreng van specialisten (tabel 3).²⁵

Hetzelfde geldt voor de polyfarmacie, met hoge prevalenties van psychofarmaca (43%) en anti-epileptica (22%). Het is aan te bevelen om de multidisciplinaire NHG-richtlijn 'Polyfarmacie bij ouderen' ook in deze populatie systematisch te gaan toepassen, waarbij in de eerste lijn de samenwerking tussen de huisarts en de apotheker uitgebreid kan worden met een AVG. Wij starten binnenkort een door ZonMw gefinancierd uitvoerbaarheidsonderzoek.

Er zijn veel mensen met verstandelijke beperkingen die geen of slechts beperkte gezondheidsproblemen hebben, maar vanaf de kinderleeftijd zijn er dus wel relatief veel bedreigingen waarvoor specialistische kennis en vaardigheden gewenst zijn, zelfs als het gaat om bekende aandoeningen of leefstijlinterventies. Dit wordt weerspiegeld in de problemen die huisartsen hierover gemeld hebben: hun gebrek aan specifieke deskundigheid en de knelpunten met communicatie, consulttijd en gecompliceerde medicatieregimes.¹⁷

Identificatie van comorbiditeitsclusters op basis van wetenschappelijk onderzoek zou het mogelijk maken richtlijnen te ontwikkelen voor gericht risicomanagement gedurende de levensloop, zoals al gebeurt in Down-syndroompoli's en bij het cardiovasculair risicomanagement. De GOUD-studie had echter onvoldoende power voor een clusteranalyse van de comorbiditeit.²⁵

ZORGBELEID

Beleid gericht op een betere gezondheid en op preventie van vroege kwetsbaarheid en functionele achteruitgang zal op meerdere domeinen liggen en vroeg moeten beginnen. Centraal in dit beleid staat verbetering van het beroepsonderwijs voor artsen, gedragswetenschappers, paramedische disciplines en woonbegeleiders.

De scholing van verzorgenden en verplegenden is nu voor meer dan 50% breed, terwijl daarnaast specifiek onder-

- **De gezondheid van 50-plussers met verstandelijke beperkingen kan verbeterd worden, onder meer op het punt van cardiovasculair risico, diabetes mellitus, depressie, multimorbiditeit en polyfarmacie.**
- **Om een betere gezondheid van deze groep te bereiken moeten al op jonge leeftijd maatregelen genomen worden.**
- **Voorbeelden van deze maatregelen zijn het bevorderen van lichamelijke activiteit, opsporing en behandeling van bekende risico's, verminderen van antipsychoticagebruik, en het verminderen of ten minste herkennen van 'life events'.**
- **Er zijn aanwijzingen dat chronische verstoring van het circadiane ritme bijdraagt aan de verminderde gezondheid van 50-plussers met een verstandelijke beperking.**
- **Bij de zorg voor deze groep is specialistische expertise van artsen voor verstandelijk gehandicapten (AVG's) onontbeerlijk; deze kunnen worden ingeschakeld via de AVG-poliklinieken.**

wijs wordt gegeven voor de verschillende zorgdomeinen. Voor de verstandelijk gehandicaptenzorg betreft de specifieke scholing voornamelijk orthopedagogische kennis, terwijl specifieke nascholing over gezondheidsproblemen nu merendeels geschiedt door individuele zorgorganisaties, en dan nog in beperkte mate. Wanneer de AWBZ-stelselwijziging onder de Wet Langdurige Zorg wordt gerealiseerd – naar verwachting in 2015 – valt deze nascholing weg voor woonbegeleiders die onder de verantwoordelijkheid van gemeenten gaan vallen.

Voor huisartsen en medisch specialisten wordt ondersteuning door de 81 AVG-poliklinieken van extra belang. Deze poli's zijn nu nog kleine, AWBZ-gefinancierde pioniersorganisaties met uiteenlopende bestaansduur, patiëntenpopulaties en werkwijze. De meeste zijn verbonden aan zorgorganisaties, en enkele aan ziekenhuizen, epilepsiecentra of psychiatrische instellingen. De werkwijze van AVG's en gedragskundigen, is nog sterk gebaseerd op ervaring, vooral ten aanzien van gedragsproblemen.

Het voornemen is de AVG-poliklinieken te gaan financieren uit het reguliere zorgverzekeringspakket. Voordat het zover is zal de kwaliteit van de in de poliklinieken geboden zorg geoptimaliseerd moeten worden en zal voor de financiering overeenstemming moeten worden bereikt over evidencebased zorgpakketten. Hieraan wordt, in overleg met het Zorginstituut en de onderzoeksafdelingen, gericht gewerkt door de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG).

Dit artikel is mede geschreven namens de onderzoeksgroep Gezond Ouder met een verstandelijke beperking (GOUD), die naast de auteur bestond uit de volgende personen: dr. Thessa Hilgenkamp, dr. Heidi Hermans, dr. Marieke van Schijndel-Speet, dr. Luc Bastiaanse, drs. Josje Schoufour, dr. Ellen van de Wouw-van Dijk, dr. Alyt Oppewal, dr. Channa de Winter, dr. Corine Penning, dr. Ruud van Wijck en dr. Michael Echteld.

Het GOUD-consortium bestaat uit: Ipse de Bruggen te Zoetermeer, Abrona te Huis ter Heide, en Amarant te Tilburg.

Prof.dr. Aartjan Beekman verschafte de onderzoeksgroep toegang tot LASA-gegevens.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: financiële steun werd verworven uit de ZonMw-programma's Mensen met verstandelijke beperkingen (projectnr 57000003) en Nationaal Programma Ouderenzorg (projectnr 314030302). Een ICMJE-formulier is online beschikbaar bij dit artikel.

Aanvaard op 2 oktober 2014

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2014;158:A8016

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/A8016**

LITERATUUR

- Evenhuis HM. Gezondheid van ouderen met verstandelijke handicaps. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2011;155:A2598.
- Hilgenkamp TI, Bastiaanse LP, Hermans H, et al. Study healthy ageing and intellectual disabilities: recruitment and design. *Res Dev Disabil.* 2011;32:1097-106.
- McCarron M, Swinburne J, Burke E, et al. Patterns of multimorbidity in an older population of persons with an intellectual disability: results from the intellectual disability supplement to the Irish longitudinal study on aging (IDS-TILDA). *Res Dev Disabil.* 2013;34:521-7.
- Rockwood K, Mitnitski A. Frailty in relation to the accumulation of deficits. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2007;62:722-7.
- Schoufour JD, Mitnitski A, Rockwood K, et al. Development of a frailty index for older people with intellectual disabilities: results from the HA-ID study. *Res Dev Disabil.* 2013;34:1541-55.
- Searle SD, Mitnitski A, Gahbauer EA, et al. A standard procedure for creating a frailty index. *BMC Geriatrics.* 2008;8:24.
- Schoufour JD, Mitnitski A, Rockwood K, et al. Predicting disabilities in daily functioning in older people with intellectual disabilities using a frailty index. *Res Dev Disabil.* 2014;35:2267-77.
- Schoufour JD, Evenhuis HM, Echteld MA. The impact of frailty on care intensity in older people with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil.* 2014;35:3455-61.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56:M146-56.
- Romero-Ortuno R, Kenny RA. The frailty index in Europeans: association with age and mortality. *Age Ageing.* 2012;41:684-9.
- De Winter CF, Bastiaanse LP, Hilgenkamp TIM, et al. Cardiovascular risk factors (diabetes, hypertension, hypercholesterolemia and metabolic syndrome) in older people with intellectual disability: results of the HA-ID study. *Res Dev Disabil.* 2012;33:1722-31.
- De Winter CF, Bastiaanse LP, Kranendonk SE, Hilgenkamp TIM, et al. Peripheral arterial disease in older people with intellectual disability in The Netherlands using the ankle-brachial index: results of the HA-ID study. *Res Dev Disabil.* 2013;34:1663-8.
- Hermans H, Beekman ATE, Evenhuis HM. Prevalence of depression and anxiety in older adults with intellectual disabilities. *J Affect Disord.* 2013;144:94-100.
- Van de Wouw E, Evenhuis HM, Echteld MA. Objective assessment of sleep and sleep problems in older adults with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil.* 2013;34:2291-303.
- RIVM. Nederland de maat genomen. RIVM rapport 260152001. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2011.
- Beekman AT, Deeg DJ, van Tilburg T, et al. Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. 1995;36:65-75.
- Bekkema N, De Veer A, Francke A. Zorgen over patiënten met verstandelijke beperking. *Huisarts Wetensch.* 2013;57:259.
- De Winter CF, Evenhuis HM. Cardiovasculaire risico's bij mensen met een verstandelijke beperking. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2014;158:A8002.
- Hilgenkamp TI, Reis D, van Wijck R, et al. Physical activity levels in older adults with intellectual disabilities are extremely low. *Res Dev Disabil.* 2012;33:477-83.
- Hilgenkamp TI, van Wijck R, Evenhuis HM. Low physical fitness levels in older adults with ID: results of the HA-ID study. *Res Dev Disabil.* 2012;33:1048-58.
- De Kuijper G, Mulder H, Evenhuis H, et al. Effects of controlled discontinuation of long-term used antipsychotics on weight and metabolic parameters in individuals with intellectual disability. *J Clin Psychopharmacol.* 2013;33:520-4.
- Maaskant M, van de Wouw E, van Wijck R, et al. Circadian sleep-wake rhythm of older adults with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil.* 2013;34:1144-51.
- Hermans H, Evenhuis HM. Life events and their association with depression and anxiety in older people with intellectual disabilities: Results of the HA-ID study. *J Affect Disord.* 2012;138:79-85.
- Van Schijndel-Speet M, Evenhuis HM, van Empelen P, et al. Development and evaluation of a structured programme for promoting physical activity among seniors with intellectual disabilities: a study protocol for a cluster randomized trial. *BMC Public Health.* 2013;13:746.
- Hermans H, Evenhuis HM. Multimorbidity in older adults with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil.* 2014;35:776-83.