

# CVRM bij mensen met een verstandelijke beperking

Jolanda Bisschop, Willeke Visser, Jan Boer

**Mensen met een verstandelijke beperking hebben vaak meer cardiovasculaire risicofactoren dan mensen zonder verstandelijke beperking. De inschatting van het risico is complexer, de behandeling vraagt vaak meer aandacht en er zijn meer betrokkenen. Dit artikel beschrijft de valkuilen en geeft adviezen.**

## CASUS: ANDREAS

Andreas is een 53-jarige man met een matige verstandelijke beperking. Hij heeft een beperkte woordenschat en maakt geen zinnen. Andreas woont met 7 anderen in een voorziening voor beschermd wonen, waar hij 24 uur per dag ondersteuning krijgt. Op afstand zijn een gedragskundige en een arts verstandelijk gehandicapten (AVG) betrokken bij de zorg. Overdag gaat Andreas met veel plezier naar de dagbesteding. Als hij lichamelijke klachten heeft, maken zijn begeleiders zo nodig een afspraak bij u, als huisarts in de wijk, en u ziet hem ook in het kader van cardiovasculair risicomangement (CVRM).

Sinds zijn moeder enkele jaren geleden overleed, gebruikt Andreas risperidon. Ook rookt hij al zo'n 30 jaar 15 sigaretten per dag. Hij vindt roken fijn, want dat doet hij samen met zijn begeleider. Hij wil daarom niet stoppen. Bij het laatste CVRM-consult bleek zijn bloeddruk 150/84 mmHg te zijn. Moet Andreas nu starten met een antihypertensivum?

Het begrip 'verstandelijke beperking' is tamelijk breed en beschrijft zowel cognitieve beperkingen als aanpassingsproblemen op verschillende gebieden. Er zijn verschillende niveaus [tabel].<sup>1</sup> Specifieke gezondheidsrisico's zijn vroege veroudering, metabole ontregeling en bijwerkingen van psychofarmaca.

In 2013 hadden volgens een schatting van het Sociaal Cultureel Planbureau 142.000 Nederlanders een verstandelijke beperking, ongeveer 1% van de bevolking.<sup>2</sup> In de huisartsenzorg wordt het aantal patiënten met een verstandelijke beperking geschat op 0,5% van de praktijkpopulatie.<sup>3</sup>

## SPECIFIEKE AANDACHTSPUNTEN

De levensverwachting van mensen met een verstandelijke beperking is in de loop van de jaren toegenomen, onder andere door betere zorg.<sup>4</sup> Als deze mensen ouder worden, krijgen ze te maken met dezelfde hart- en vaatziekten als mensen zonder verstandelijke beperking en de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomangement is dus ook op hen van toepassing. Er zijn weliswaar geen aparte richtlijnen voor het cardiovascu-



Het is belangrijk dat huisartsen aandacht hebben voor de cardiovasculaire risico's bij mensen met een verstandelijke beperking en ze gericht aanpakken.

Foto: Unsplash

lair risicomangement bij deze groep patiënten, maar er zijn wel een paar specifieke aandachtspunten die wij in dit artikel bespreken. We gaan achtereenvolgens in op het proces van vervroegde veroudering en twee bijzondere oorzaken van metabole ontregeling, namelijk verstoring van het slaap-waakritme en gebruik van psychofarmaca.

## Veroudering

Vergeleken met de algemene bevolking krijgen mensen met een verstandelijke beperking op jongere leeftijd gezondheidsproblemen. Vijftigers met een verstandelijke beperking zijn gemiddeld al even kwetsbaar als mensen van 75 tot 80 jaar in

## DE KERN

- Specifieke cardiovasculaire risicofactoren bij mensen met een verstandelijke beperking zijn vervroegde veroudering, metabole ontregeling en frequenter gebruik van psychofarmaca.
- Gezamenlijke besluitvorming impliceert vaak betrokkenheid van een wettelijk vertegenwoordiger.
- Betrokkenheid van begeleiders, vertegenwoordigers en zorgprofessionals bij de medicamenteuze en niet-medicamenteuze aanpak van risicofactoren is onmisbaar.

de algemene bevolking.<sup>5</sup> Dat heeft verschillende redenen. Ten eerste geeft de patiënt klachten zelf niet altijd aan, waardoor diagnoses worden gemist. Ten tweede hebben sommige patiënten al vanaf de kinderleeftijd bepaalde beperkingen en gezondheidsproblemen, en hebben 'gewone' aandoeningen bij hen soms een andere onderliggende oorzaak. Door die levenslange comorbiditeit is er ook vaker sprake van polyfarmacie en is de kans op interacties tussen verschillende middelen, bijvoorbeeld anti-epileptica, verhoogd.<sup>6,7</sup> Daarnaast komen bij mensen met een verstandelijke beperking relatief vaak bepaalde risicofactoren voor die de kans op bijwerkingen vergroten; bijvoorbeeld een ongezonde leefstijl met weinig bewegen en een ongezond voedingspatroon. Bekend is dat mensen met een lichte verstandelijke beperking vaker dan gemiddeld roken.<sup>8</sup>

Door al deze factoren hebben ouderen met een verstandelijke beperking een verhoogd risico op chronische ziekten zoals hart- en vaatziekten, kanker, diabetes en obesitas.<sup>6</sup> De prevalentie van obesitas is 24,4% (15,8% in de algemene bevolking), die van perifere arterieel vaatlijden 17,4% (8,1% in de algemene bevolking).<sup>9</sup> Er is geen valide epidemiologisch onderzoek uitgevoerd naar de prevalentie van bijvoorbeeld cerebrovasculair accident (CVA), maar in een retrospectief onderzoek naar de prevalentie en incidentie van myocardinfarct en CVA bij ouderen met een verstandelijke beperking werd geen verschil gevonden met de algemene bevolking. Wel tekenden de onderzoekers hierbij aan dat de kans op onderschatting groot was vanwege onderdiagnostiek.<sup>10</sup>

## Tabel

Verskillende niveaus van verstandelijke beperking<sup>1</sup>

Omschrijving	Ontwikkelingsniveau	IQ-score
Lichte verstandelijke beperking	7-12 jaar	51-70
Matige verstandelijke beperking	4-6 jaar	36-50
Ernstige verstandelijke beperking	1-4 jaar	21-35
Zeer ernstige verstandelijke beperking	0-2 jaar	0-20

## Metabole ontregeling

Bij ouderen met een verstandelijke beperking kunnen twee bijzondere cardiovasculaire risicofactoren een rol spelen die in de algemene bevolking van ondergeschikt belang zijn, namelijk verstoring van het slaap-waakritme<sup>11</sup> en antipsychotica-gebruik. Chronische verstoring van het slaap-waakritme kan leiden tot metabole ontregeling, obesitas en diabetes mellitus.<sup>12</sup> Antipsychotica kunnen naast cardio- en cerebrovasculaire effecten ook hormonale bijwerkingen hebben, zoals hyperprolactinemie.

## Gebruik van psychofarmaca

Ter behandeling van gedragsproblemen worden aan mensen met een verstandelijke beperking frequent antipsychotica, antidepressiva, stemmingsstabilisatoren en benzodiazepinen voorgeschreven. Rond 2010 gebruikte in Nederland 30% van de mensen met een verstandelijke beperking een antipsychoticum, waarvan 94% langer dan een jaar.<sup>13</sup> Mogelijke bijwerkingen van psychofarmaca zijn gewichtstoename, dyslipidemie, verstoring van de glucoseregulatie en een verhoogd risico op metabool syndroom. Mensen met een verstandelijke beperking lijken gevoeliger te zijn voor deze bijwerkingen.<sup>7</sup> Dat kan samenhangen met etiologische factoren, zoals de gevoeligheid voor het ontwikkelen van obesitas bij het prader-willisyndroom. Ook kan een rol spelen dat polyfarmacie significant vaker voorkomt bij ouderen met een verstandelijke beperking (39,5%) dan in de algemene bevolking (18,1%).<sup>14</sup>

## GEZAMENLIJKE BESLUITVORMING

Gezamenlijke besluitvorming over de behandeling is evenzeer van toepassing op patiënten met een verstandelijke beperking als op andere patiënten. Het beleid wordt in overleg bepaald, bij wilsonbekwame patiënten gebeurt dat overleg met de wettelijk vertegenwoordiger. Dit kan een curator zijn, een mentor, een schriftelijk gemachtigde of een echtgenoot, geregistreerde partner, andere levensgezel, ouder, kind, broer of zus. Complicerende factor bij het bepalen van het cardiovasculaire beleid is dat er geen risicoschattinginstrument bestaat specifiek voor mensen met een verstandelijke beperking en dat daar ook geen apart onderzoek naar gedaan is. Gezien de vervroegde veroudering, de verhoogde kans op metabole ontregeling en het frequentere gebruik van (psycho)farmaca is het niet aannemelijk dat de SCORE-risicotabel uit de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomangement onverkort van toepassing is op deze groep.<sup>13,15</sup> Zonder zulk onderzoek is het moeilijk een goed advies te geven over het gebruik van de SCORE-risicotabel bij mensen met een verstandelijke beperking, bijvoorbeeld door een aantal jaren toe te voegen aan de risicoleeftijd.

Als eenmaal besloten is tot een bepaalde behandeling, is nauwlettende aandacht voor bijwerkingen vereist. Patiënten met een verstandelijke beperking uiten zulke klachten zelden spontaan en voor begeleiders in de woonvoorziening zullen de bijwerkingen vaak moeilijk te herkennen zijn. Bij leefstijladviezen zijn specifieke aandachtspunten van belang, zowel

## KADER 1

### AANDACHTSPUNTEN BIJ LEEFSTIJLADVIES

Betrek de patiënt bij het beleid

- De patiënt heeft weinig tot geen inzicht in de relatie tussen leefstijl en gezondheid (intrinsieke motivatie ontbreekt).
- De patiënt heeft beperkte financiële middelen.
- Probeer de motivatie te bevorderen door externe prikkels (beloningssysteem).
- Geef complimenten wanneer de patiënt een stap heeft gezet, ook al is die stap maar klein (expliciete bekrachtiging).
- Gebruik als insteek zaken die belangrijk zijn in het dagelijks leven van de patiënt.

Betrek de omgeving/woonvoorziening bij het beleid

- Meer bewegen vraagt inzet van de begeleiders.
- Stoppen met roken vraagt inzet van begeleiders (in plaats daarvan op andere momenten aandacht en nabijheid bieden).
- Veranderingen in voeding vragen inzet van begeleiders (bijvoorbeeld ander inkoopbeleid).
- Leefstijlveranderingen vragen ook aanpassing van medebewoners (bijvoorbeeld andere huisregels).

Betrek andere professionals bij het beleid

- Psychofarmaca verhogen het cardiovasculair risico; vraag een AVG of afbouwen wenselijk en mogelijk is.
- Vraag zo nodig een diëtist of gedragsdeskundige om motivatie en inzicht bij de patiënt en diens begeleiders te vergroten.
- Verwijs de patiënt zo nodig via de NVAVG naar een AVG-poli ([nvavg.nl/zoek-een-polikliniek-op-de-kaart](http://nvavg.nl/zoek-een-polikliniek-op-de-kaart)).

ten aanzien van het leefstijladvies zelf [kader 1] als in de gespreksvoering [kader 2]. Zoals in [kader 2] vermeld staat, is het belangrijk meer tijd voor een consult te nemen. Ook

### CASUS: ANDREAS (VERVOLG)

Om het cardiovasculair risicoprofiel te bepalen, moeten volgens de NHG-Standaard de voorgeschiedenis, familieanamnese, lichamelijke activiteit, gemiddelde bloeddruk, BMI en het lipidspectrum in kaart worden gebracht. Dit heeft echter geen toegevoegde waarde wanneer vooraf al duidelijk is dat eventuele risicofactoren niet behandeld zullen worden. Andreas' cholesterolwaarden blijken normaal en volgens de SCORE-risicotabel valt hij nog niet in de risicogroep. Wel bespreekt u met Andreas en zijn begeleider dat het nodig zal zijn de bloeddruk te blijven controleren en dat leefstijlveranderingen wellicht noodzakelijk zijn. U spreekt af dat zij de mogelijkheden daarvoor onderzoeken. Vanwege de mogelijke metabole bijwerkingen van de psychofarmaca die Andreas gebruikt, spreekt u af dat u hem ook hierop zult onderzoeken. Daarbij is het de vraag of Andreas de risperidon nog steeds nodig heeft. Omdat u hier geen ervaring mee heeft, overlegt u met de AVG.

## KADER 2

### AANDACHTSPUNTEN IN DE GESPREKSVOERING

- Check voorafgaand aan het consult of de patiënt weet waarvoor hij komt.
- Neem meer tijd voor een consult, zodat alles rustig besproken kan worden.
- Houd rekening met het niveau van functioneren (zie [tabel]) en pas hier het taalgebruik en ondersteuning in de communicatie op aan.
- Houd rekening met een lager emotioneel dan cognitief functioneren, het verschil tussen 'kunnen' en 'aankunnen'. Bij een laag emotioneel functioneren is sprake van moeite met het reguleren van de eigen emoties en het interpreteren van de emoties van anderen. Zo is er vaak sprake van verbale overschatting.
- Maak bij de uitleg gebruik van hulpmiddelen, zoals pictogrammen (vooral effectief bij mensen met een matige verstandelijke beperking) of een map met eenvoudige plaatjes en uitleg over het lichaam (bij mensen met een lichte verstandelijke beperking).
- Bespreek niet te veel onderwerpen in 1 consult. Geef per consult beperkte informatie, zodat het voor de patiënt overzichtelijk blijft.
- Kies voor kleine stappen om te veranderen, die voor de patiënt concreet genoeg zijn om te begrijpen (kies voor de korte termijn, zodat de patiënt dat kan overzien).
- Maak afspraken concreet, schrijf deze bijvoorbeeld op.
- Controleer of de boodschap is aangekomen door terug te vragen.
- Betrek ook de begeleider en/of wettelijk vertegenwoordiger bij het gesprek.

kan overwogen worden hiervoor de praktijkondersteuner in te zetten, omdat die mogelijk meer tijd kan nemen voor een dergelijk gesprek.

### BESCHOUWING

Er is weinig onderzoek gedaan naar cardiovasculair risicomanagement bij mensen met een verstandelijke beperking. Omdat juist bij deze groep patiënten extra risicofactoren aanwezig zijn, is het belangrijk expliciet op die factoren te letten. Het gesprek hierover aangaan met de patiënt en diens omgeving (begeleiders, wettelijk vertegenwoordiger) vergt wel een extra inspanning. Dat geldt ook voor de gezamenlijke afweging inzake medicamenteuze behandeling. Hoe groot is het risico? Is behandeling zinvol, gezien de al aanwezige comorbiditeit? De behandeling zelf is hetzelfde als bij mensen zonder verstandelijke beperking, maar dat geldt niet voor de risicoschattingen, dus men kan gemotiveerd afwijken van de adviezen in de NHG-Standaard.

## CONCLUSIE

Ook mensen met een verstandelijke beperking lopen cardiovasculaire risico's; het is belangrijk dat huisartsen aandacht hebben voor die risico's en ze gericht aanpakken. Daarbij moet men zich realiseren dat mensen met een verstandelijke beperking sneller verouderen. Ook het risicoverhogende effect van psychofarmaca moet worden meegewogen. Het is van groot belang om in het besluitvormingsproces niet alleen de patiënt, maar ook diens omgeving (begeleiding, wettelijk vertegenwoordiger) te betrekken. Mensen met een verstandelijke beperking zijn kwetsbaar en beïnvloedbaar, en daardoor nog meer dan anderen afhankelijk van betrouwbare personen in hun omgeving. Het is goed laagdrempelig te overleggen met andere betrokken zorgprofessionals of te verwijzen naar een AVG. ■

## LITERATUUR

1. Braam W, Van Duinen-Maas MJ, Festen DA, Van Gelderen I, Huisman SA, Tonino MA. Medische zorg voor patiënten met een verstandelijke beperking. Houten: Prelum, 2014.
2. Woittiez IB, Ras M, Putman L, Eggingt E, Van der Kwartel A. Prevalentie van verstandelijke beperking. Bilthoven: RIVM, 2019. [www.volksgezondheidenzorg.info](http://www.volksgezondheidenzorg.info), geraadpleegd 27 december 2019.
3. Straetmans JM, Van Schroyen Lantman-de Valk HM, Schellevis FG, Dinant GJ. Health problems of people with intellectual disabilities: the impact for general practice. *Br J Gen Pract* 2007;57:64-6.
4. Maaskant M, Hoekman J. Veroudering bij mensen met verstandelijke beperkingen. In: van Leeuwen M, Mannen H, Bremerd E, Maaskamp HM, Jacobsen H, redactie. *Vademecum zorg voor verstandelijk gehandicapten*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2007. p. 1900:1-12.
5. Schoufour JD, Mitnitski A, Rockwood K, Evenhuis HM, Echteld MA. Development of a frailty index for older people with intellectual disabilities: results from the HA-ID study. *Res Dev Disabil* 2013;34:1541-55.
6. Evenhuis, HM. Niet eerder oud, maar eerder ongezond: De kwetsbaarheid van mensen met verstandelijke beperkingen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2014;158:A8016.
7. De Kuijper G, redactie. Revisie NVAVG standaard: voorschrijven van psychofarmaca. Enschede: Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten, 2016.
8. VanderNagel JE. Is it just the tip of the iceberg? Substance use and misuse in Intellectual Disability (SumID) [proefschrift]. Enschede: Universiteit Twente, 2016.
9. De Winter CF, Evenhuis HM. Cardiovasculaire risico's bij mensen met een verstandelijke beperking. Oorzaken en interventies. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2014;158:A8002
10. Jansen J, Rozeboom W, Penning C, Evenhuis HM. Prevalence and incidence of myocardial infarction and cerebrovascular accident in ageing persons with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2013;57:681-5.
11. Maaskant M, Van de Wouw E, Van Wijck R, Evenhuis HM, Echteld MA. Circadian sleep-wake rhythm of older adults with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil* 2013;34:1144-51.
12. Marcheava B, Ramsey KM, Buhr ED, Kobayashi Y, Su H, Ko CH, et al. Disruption of the clock components CLOCK and BMAL1 leads to hypoinsulinaemia and diabetes. *Nature* 2010;466:627-31.
13. De Kuijper G, Hoekstra P, Visser F, Scholte FA, Penning C, Evenhuis H. Use of antipsychotic drugs in individuals with intellectual disability (ID) in the Netherlands: prevalence and reasons for prescription. *J Intellect Disabil Res* 2010;54:659-67.
14. Peklar J, Kos M, O'Dwyer M, McCarron M, McCallion P, Kenny RA, et al. Medication and supplement use in older people with and without intellectual disability: an observational, cross-sectional study. *PloS One* 2017;12:e0184390.
15. NHG-werkgroep NHG Standaard Cardiovasculair risicomanagement. NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) (versie 4.0). Utrecht: NHG, 2019. [richtlijnen.nhg.org](http://richtlijnen.nhg.org).

Bisschop J, Visser W, Boer J. CVRM bij mensen met een verstandelijke beperking. *Huisarts Wet* 2020;63:DOI:10.1007/s12445-020-0847-7. Talant Zorg en Ondersteuning, Heerenveen: J. Bisschop, arts voor verstandelijk gehandicapten: [j.bisschop@talant.nl](mailto:j.bisschop@talant.nl). Expertisecentrum Zuidwester, Middelharnis: W.N. Visser, arts voor verstandelijk gehandicapten. Huisartsenpraktijk 't Voorhuis, Drachten, J. Boer, huisarts. Mogelijke belangenverstremgeling: niets aangegeven.