

De verpleegkundig specialist binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg: een aanwinst

D. Vermeulen, verpleegkundig specialist verstandelijk gehandicaptenzorg, Advisium, 's Heeren Loo Zorggroep, locatie Wekerom

M. van Trigt, verpleegkundig specialist verstandelijk gehandicaptenzorg, Advisium, 's Heeren Loo Zorggroep, locatie Ermelo*

De verpleegkundig specialist (VS) is een aanwinst voor de verstandelijk gehandicaptenzorg, omdat de VS beschikt over kennis op het gebied van lichamelijke en mentale gezondheidsproblematiek. Tevens heeft de VS kennis van belangrijke syndroomgerelateerde morbiditeit.

Het beoordelen van aandoeningen bij verstandelijk beperkte mensen is niet gemakkelijk, omdat zij een andere manier van communiceren hebben dan mensen zonder verstandelijke beperking. De complexe zorg voor mensen met een verstandelijke beperking vraagt veel van de, meestal agogisch opgeleide, begeleiders. Deze agogische achtergrond van de begeleiders is niet altijd toereikend om medische problemen tijdig te signaleren en over te dragen. Het signaleren van medische problemen wordt hierdoor bemoeilijkt, vooral als er handicapgerelateerde medische problemen spelen. Gezien de complexe problematiek van de doelgroep is een netwerk VS verstandelijk gehandicaptenzorg (VGZ) wenselijk.

Casus

Een 32-jarige vrouw met een licht verstandelijke handicap en bekend met een bipolaire stoornis bezoekt het spreekuur van de VS. De cliënt heeft sinds dertien jaar diabetes mellitus type 2 en haar gewicht is 110 kilo. In het verleden heeft mevrouw viermaal daags insuline gebruikt, dit gaf veel onrust en agressie. In overleg met de internist is viermaal daags insuline gestopt en is de cliënt eenmaal daags GLP-1 analoog subcutaan gaan gebruiken. Dit is jaren goed gegaan. Mevrouw viel 12 kilo af en het HbA1c daalde naar 61. GLP-1 therapie vertraagt de maagontlediging, daardoor was mevrouw eerder verzadigd. Dieet volgen en meer bewegen wilde mevrouw niet, daarom was afvallen door het gebruik van GLP-1 een mooie bijkomstigheid, maar had kortdurend effect. Sinds 2015 stijgt het HbA1c, het loopt op tot 102. Haar leefstijl is nooit optimaal geweest. Ze rookt acht sigaretten per dag en

wil niet stoppen met roken. Mevrouw eet waar ze zin in heeft, gebruikt zakgeld om koeken te kopen. Met cliënt, moeder, persoonlijk begeleider, gedragsdeskundige en de arts zijn verscheidene gesprekken gevoerd, maar dit alles heeft niet het gewenste effect. Mevrouw maakt zelf duidelijke keuzes en geeft aan er geen moeite mee te hebben dat ze 'eerder doodgaat'. De cliënt is wilsbekwaam, maar niet wilsbekwaam ter zake (ten aanzien van de diabetes mellitus behandeling). De arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG) vraagt de VS in consult met de vraag of de VS nog mogelijkheden ziet ten aanzien van de behandeling van de diabetes mellitus. De VS bespreekt de casus met de internist en het advies is om met eenmaal daags insuline te starten. Begeleiders en moeder zien dit niet zitten in verband met ervaringen uit het verleden. Mevrouw weigert twee injecties per dag. Tijdens een multidisciplinair overleg (MDO) worden alle argumenten en zorgen besproken met de begeleiders. Vervolgens hebben

de persoonlijk begeleider, de VS en de gedragsdeskundige een plan gemaakt rondom insuline injecteren. Het plan is besproken met de begeleiders en aangepast aan hun wensen. Ten slotte is het plan besproken met arts en moeder. Zij geven fiat om te starten. Het plan bestaat uit gedetailleerde informatie: van tijdstip start insuline injecteren, scholing bevoegdheid medewerkers, hoe wordt de cliënt ingelicht tot en met wat te doen bij weigering van insuline. De cliënt krijgt als 'beloning' elke dag één sigaret extra, dat was mevrouw haar wens. Op dit moment gaat het goed met de cliënt. Ze dient zelf de GLP-1- en de insuline-injectie toe, het gewicht is afgenomen en het HbA1c is gedaald tot 65. De behandeling van diabetes mellitus, bij een cliënt met een (licht) verstandelijke beperking, vergt intensieve multidisciplinaire samenwerking en creativiteit van de behandelaar.

Inleiding

Verstandelijk beperkte mensen bezoeken ook uw spreekuur of afdeling. Het is belangrijk deze mensen te herkennen en erkennen. Mensen met een verstandelijke beperking hebben meer ernstige gezondheidsproblemen. Deze groep heeft een beperkt ziektebesef en -inzicht. Zij presenteren de gezondheidsklachten vaak atypisch en hebben problemen met (verbaal) communiceren.¹

In dit artikel nemen we u mee in de specifieke zorgbehoeften van mensen met een verstandelijke beperking en de rol van de VS binnen de verstandelijk gehandicapten zorg (VGZ).

Verstandelijke beperking

Mensen met een verstandelijke beperking (VB) vormen een heterogene groep die een kleine minderheid van de algemene bevolking vormt. Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) schat dat er in Nederland in 2013 ongeveer 142.000 mensen met een verstandelijke beperking zijn volgens de klassieke definitie (IQ tot 70). Dat is 8,5% van de bevolking. Daarvan hebben ongeveer 68.000 mensen een ernstig verstandelijke beperking en circa 74.000 mensen hebben een licht verstandelijke beperking.

De term 'verstandelijk beperkt' verwijst naar beperkingen in het huidige functioneren. De beperking wordt gekenmerkt door een verminderd intellectueel functioneren en beperkingen in de adaptieve (aanpassing) vaardigheidsgebieden, zoals communicatie, zelfredzaamheid, wonen, sociale vaardigheden, gebruikmaken van de samenleving, zelfbepaling, gezondheid en veiligheid, functionele schoolvaardigheden, ontspanning en werken. De maximale cognitieve ontwikkelingsleeftijd is 12 jaar. De diagnose is meestal gebaseerd op de DSM-IV of DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) en de ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*). De diagnostische criteria komen overeen met die van de *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD) en hanteert drie criteria voor de diagnose:²

1. een significante stoornis in de intellectuele functies (IQ ligt twee of meer standaarddeviaties beneden het populatiegemiddelde);
2. gelijktijdig optredend met een significante beperking in het adaptieve gedrag en conceptuele sociale en praktische vaardigheden; twee of meer standaarddeviaties beneden het populatiegemiddelde;
3. het optreden van deze beperkingen voor het 18e levensjaar.

Een verstandelijke beperking wordt vastgesteld op basis van het intellectueel functioneren (IQ) en de ondersteuningsbehoefte. De bovengrens voor een verstandelijke beperking is een IQ van 70-75.

Tabel 1. Mate van verstandelijk beperking en IQ.³

mate van beperking	IQ	Ontwikkelingsleeftijd: jaren
zwakbegaafd	70-85	≥ 11
licht verstandelijke beperking	50/55-70	7-11
matig verstandelijke beperking	35/40-50/55	4-7
ernstig verstandelijke beperking	20/25-35/40	2-4
zeer ernstig verstandelijke beperking	< 20/25	< 2

Het begrip ontwikkelingsleeftijd refereert aan de cognitieve mogelijkheden, maar niet aan het zelfbeeld, de sociale en taalvaardigheden en de levenservaring. Daar moet dan ook rekening mee worden gehouden bij het beantwoorden van gezondheidsvragen en zorgbehoefte. Bij een groot deel van mensen met een VB is er een verschil tussen cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling. Houd als VS tijdens een consult van een cliënt met een VB rekening met het niveau van functioneren op sociaal-emotioneel gebied.

Individuele zorgbehoefte en gezondheid

In de huisartsenpraktijk blijken cliënten met een VB tweemaal meer gezondheidsproblemen te hebben dan patiënten zonder VB.⁴ Het betreft aandoeningen die voortkomen uit de oorzaak van de VB, zoals epilepsie, visuele beperkingen en stoornissen van het bewegingsapparaat. Er ontstaan ook gezondheidsproblemen die met leefstijl verband houden, zoals een ongezond voedingspatroon en weinig lichaamsbeweging. Ook het chronisch gebruik van vooral anti-epileptica en psychofarmaca beïnvloedt de comorbiditeit van deze doelgroep.

Er zijn twee groepen die een aparte toelichting behoeven in verband met hun complexe medische zorg en ondersteuningsvraag. Ten eerste cliënten met ernstig meervoudige beperkingen (EMB). Zij hebben een scala aan chronische gezondheidsproblemen. Gemiddeld hebben zij 5,2 gezondheidsproblemen. De helft van deze problemen wordt niet herkend of slecht behandeld.⁵

Tabel 2. Prevalentie aandoeningen mensen met een VB en in de algemene bevolking (Schipper, 2014).

aandoening	volwassenen met VB (%)	algemene bevolking (%)
gastro-oesofageale refluxziekte	48,2	0,68
oorsmeerproppen	43	2-4
slechthorendheid en doofheid	30 (bij syndroom van Down: 57%)	16-17
obstipatie	28	1,7
epilepsie	16-25	1,5
slechtziendheid en blindheid	19,2	1,9 (> 55 jaar)
urinewegsinfectie	16	4
osteoporose	8-21	0,9
spasticiteit	14,6	1,5
dementie (> 60 jaar)	13,1 (bij syndroom van Down > 45 jaar: 20%)	5,4
urineretentie	10,2 (man/vrouw)	0,2-0,7 (mannen)
schildklier-aandoening	8-12 (bij syndroom van Down 15-30%)	1,6

Ten tweede cliënten met een licht verstandelijke beperking (LVB). Zij hebben een grote psychosociale kwetsbaarheid. Door gebrekkig inzicht in sociale situaties en gevolgen van eigen gedrag kunnen zij in afschuwelijke situaties terecht komen. Denk aan seksueel misbruik en criminele hand- en spandiensten. Op dit moment zien wij een toename van LVB jongeren binnen de instellingen. Zij hebben vaak triple problematiek (verstandelijke beperking, verslaving en psychiatrische problemen) en krijgen steeds meer moeite om zich in de maatschappij te handhaven.

De top 20 van meest voorkomende gezondheidsproblemen bij cliënten met een VB verschilt met die van de algemene bevolking. De verschillen betreffen de gehele groep, maar zijn groter naarmate de VB ernstiger is. Ook bijwerkingen van geneesmiddelen treden vaker en in ernstiger vorm op, door cerebrale kwetsbaarheid, enzyminductie of genetische oorzaken.

Binnen de zorg voor mensen met een VB is er sprake van over- en onderdiagnostiek. Het diagnostisch proces binnen de VGZ kost creativiteit en tijd. De overdiagnostiek en (over-)behandeling zitten vooral in het in een vroeg stadium doorverwijzen naar (sub)specialisten als het gaat om moeilijk te duiden klachten door onvolledige anamnese en communicatieproblemen of het starten van een (proef-)behandeling. Onderdiagnostiek is ook een probleem. Regelmatig wordt niet naar de oorzaak van het probleem gezocht, omdat dit beschouwd wordt als een onontkoombaar onderdeel van de handicap. Beeldvorming en scopieën zijn onderzoeken die niet eenvoudig uit te voeren te zijn bij mensen met een VB. Daarom worden ze vaak niet gedaan. Men kan spreken van een verminderde beschikbaarheid van de gezondheidszorg, want zorgprofessionals voelen zich onthand in de omgang met cliënten met een VB. Behandeling van mensen met een VB is geen standaardconsultvoering. Het consult en de behandeling kosten meer tijd en denkkracht. Dit alles past slecht in geprotocolleerde en productiegerichte geneeskunde.

Verder hebben artsen en verpleegkundig specialisten binnen de VGZ te maken met wilsonbekwame cliënten. Dit wil zeggen dat de cliënt (in een of meer situaties) niet in staat

is zelfstandig verantwoorde beslissingen te nemen. Iemand is wilsonbekwaam als hij informatie niet kan begrijpen en afwegen, niet begrijpt wat de gevolgen van zijn besluit zijn, en/of geen besluit kan nemen.⁶

Wil een VS zorg of een behandeling starten bij een wilsonbekwame cliënt, dan moet eerst toestemming worden gevraagd aan de wettelijk vertegenwoordiger. De vertegenwoordiger moet de cliënt zo veel mogelijk betrekken bij de beslissing. Ook verpleegkundig specialisten proberen altijd te overleggen met de cliënt. Een VS kan (in overleg met een arts) een behandeling starten als de vertegenwoordiger toestemming geeft terwijl de cliënt zich verzet en indien er geen tijd is (bijvoorbeeld in een levensbedreigende situatie) om de vertegenwoordiger toestemming te vragen.⁷

Bij de behandeling van mensen met een VB moet de verpleegkundig specialist rekening houden met:

- beperkt ziektebesef en ziekte-inzicht;
- barrières in communicatie en coöperatie;
- atypische klachtenpresentatie;
- afwijkende reactie op medicatie;
- andere epidemiologie van aandoeningen;
- meevoudige en complexe gezondheidsproblemen;
- wisselende gradaties van wilsonbekwaamheid;
- functioneren van patiënt in relatie tot zijn ondersteuningssysteem.

Verpleegkundig specialist binnen gezondheidscentrum VGZ

De verpleegkundig specialist is een onmisbare schakel in de gezondheidszorg voor mensen met een VB. Binnen de VGZ werkt de VS heel duidelijk op het scharnierpunt van het medisch en verpleegkundig domein, omdat er vooral agogisch opgeleide medewerkers werkzaam zijn en er sprake is van een structureel tekort aan artsen voor verstandelijk gehandicapten (AVG's). Werken binnen de VGZ vraagt om creativiteit en verbindingen maken. Doordat de VS in het bezit is van medische vaardigheden en de verpleegkundige zorg

centraal stelt, is zij de belangrijkste speler in dit zorgveld. De verpleegkundig specialist verstandelijk gehandicaptenzorg is direct verbonden aan het medisch team (AVG's en huisartsen) en werkt vanuit een gezondheidscentrum van een intramurale zorginstelling voor mensen met een VB. Het lijkt erop dat taakherschikking op medisch en verpleegkundig gebied binnen de VGZ in Nederland langzaam op gang is gekomen, omdat er een hele kleine groep verpleegkundig specialisten werkzaam is binnen de VGZ. De Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)⁸ schrijft over een capaciteitsprobleem, maar initieert (nog) geen onderzoek naar implementatie van verpleegkundig specialisten in de praktijk voor verstandelijk gehandicaptenzorg.

Communicatie en consultvoering

Ook u ontmoet mogelijk patiënten met een VB op uw spreekuur. Mensen met een VB wonen steeds vaker buiten de instellingen en maken gebruik van de reguliere zorg. Zij hebben vaak meerdere en unieke gezondheidsproblemen en maken daarom ook veelvuldig gebruik van de tweede- en derdelijnszorg. Doordat de communicatie anders verloopt is het beoordelen van aandoeningen bij een patiënt met een VB niet gemakkelijk en vraagt het meer tijd en creativiteit.⁹ U zult ervaren dat (langdurig) samenwerken met mensen met een VB een verrijkende ervaring kan zijn. De communicatie met patiënten met een VB is een uitdaging en vereist een grote mate van sensitiviteit, responsiviteit en aanpassingsbereidheid van de VS.

Deze patiënten hebben ook menselijke behoeften en willen het normale leven ervaren, maar komen door hun verstandelijke beperking, hechtingsproblemen, verlieservaringen, angst en soms autisme hiermee in de knel. Dit geeft soms vreemde gedragingen, ook tijdens het consult. Gedrag is een uiting om te communiceren bij mensen met een VB, daarom is het belangrijk om met mantelzorg en/of begeleider de beste werkwijze te bespreken om het consult effectief te laten verlopen. De communicatie is afhankelijk van: alertheid en concentratie, perceptie, begrip, interpretatie en reactievermogen van de cliënt.

Tips (verbale) communicatie

- Maak echt contact
- Noem de cliënt bij de voornaam
- Gebruik eenvoudig taalgebruik
- Praat rustig
- Wacht een reactie (minimaal 10 s) af
- Laat veel zien (voorwerpen)
- Vul aan met lichaamstaal en/of visuele ondersteuning (gebaren, mimiek, pictogrammen)
- Benoem wat u doet en doe wat u benoemt
- Houd de informatie in het hier en nu
- Speel in op alertheid
- Doseer prikkels en faseer de informatie

Het is belangrijk om voldoende tijd te nemen voor de anamnese en de heteroanamnese. Valkuilen tijdens een consultvoering kunnen zijn: overvraging door het niet herkennen van disharmonisch ontwikkelingsprofiel of imponerende verbaliteit.⁴ Ook een onbetrouwbare autoanamnese is mogelijk bij mensen met een VB. Dit kan ontstaan door het geven van sociaal wenselijke antwoorden, door een vertraagde informatieverwerking of het napraten van iemand. Het is een kunst deze mensen te herkennen en de extra zorg te bieden die zij nodig hebben.

's Heeren Loo Zorggroep

In het hele land biedt 's Heeren Loo Zorggroep begeleiding, ondersteuning en behandeling aan in de vorm van: wonen, werk en dagbesteding, crisisopvang, leren en opvang, orthopedagogische behandeling en (wetenschappelijk) onderzoek. De zorgverlening is verdeeld over veertien regio's. Het expertisecentrum Advisium is onderdeel van 's Heeren Loo Zorggroep. Advisium is de grootste VG/LVG-kennisorganisatie in Nederland met verspreid over het land bijna 800 medische, verpleegkundige, paramedische en gedragswetenschappelijke medewerkers. Sinds 2007 zijn er verpleegkundig specialisten werkzaam in de gezondheidscentra van 's Heeren Loo Zorggroep (Advisium). Op dit moment zijn er zeven verpleegkundig specialisten werkzaam en één VS in opleiding. De organisatie is positief ten opzichte van de functie en staat open voor verdere uitbreiding van taakherschikking door verpleegkundig specialisten. Zij zien dat de verpleegkundig specialisten een schakel vormen tussen de cliënt, begeleiding of wettelijk vertegenwoordiger en de medische en verpleegkundige zorg die verleend wordt. De VS heeft meerwaarde voor de totale zorgverlening. Binnen de VGZ zien de verpleegkundig specialisten problemen, maar ook uitdagingen. De verpleegkundig specialisten zitten daarom regelmatig aan de landelijke gesprekstafel van het (medisch) management. De adviezen van de verpleegkundig specialisten rondom het thema 'kwaliteit van zorg' worden serieus genomen. De verpleegkundig specialisten laten zien wie ze zijn in de spreekkamer, binnen de medische diensten, maar ook richting het concernbureau van 's Heeren Loo Zorggroep.



Figuur 1. De verpleegkundig specialist VGZ: zorg en behandeling voor een kwetsbare doelgroep.

De functie VS binnen 's Heeren Loo Zorggroep

De functie VS binnen 's Heeren Loo Zorggroep wordt per locatie verschillend ingevuld. De uitvoerende taken zijn:

- doelgroepspecifieke spreekuren: obstipatie, epilepsie, huidproblemen, diabetes mellitus, hart- en vaatziekten, longproblemen, oorproblemen;
- gezondheidschecks: *health watch* diverse syndromen, evaluatie psychofarmaca, periodiek geneeskundig onderzoek;
- coördineren zorgprocessen: algemeen op het woonzorgpark en specifiek per woning;
- eerstelijnszorg;
- samenwerking met tweede en derde lijn;
- palliatieve zorg;
- zorginnovatie op medische en verpleegkundige thema's (regionaal en landelijk);
- medicatieveiligheid;
- infectiepreventie.

VS: een aanwinst binnen de VGZ

De VS verstandelijk gehandicaptenzorg is een schakel tussen mensen met een VB en begeleiders en maakt onderdeel uit van een multidisciplinair team. Op dit moment zijn er vooral agogisch opgeleide medewerkers werkzaam. Zij hebben veel kennis en inzicht op psychologisch en gedragsmatig gebied, maar missen kennis om problemen op medisch en somatisch gebied te signaleren en over te dragen,¹⁰ vooral als er handicapgerelateerde medische problemen spelen.¹¹ Veel begeleiders vinden de eigen kennis en vaardigheden op het gebied van het signaleren van gezondheidsproblemen onvoldoende.¹² De VS speelt, ten opzichte van de artsen, in op de totale leef- en woonsetting van de cliënt. De VS heeft inzicht in de kennisekorten van de medewerkers en speelt hier praktisch op in. Afspraken op medisch/verpleegkundig gebied worden door de VS praktisch toepasbaar gemaakt voor de cliënt en de begeleiders.

De VS verstandelijk gehandicaptenzorg brengt regelmatig nieuwe medische en verpleegkundige kennis en inzichten binnen de sector. De VS werkt mee aan zorgonderzoek, kennismanagement en innovatie. De functie VS is een rolmodel binnen de VGZ voor het thema: leven lang leren. Ook is de VS een rolmodel door kennis en deskundigheid uit te dragen over de thema's gezondheid en preventie van zorg naar alle zorgverleners binnen de VGZ. Zij heeft een proactieve houding ten aanzien van de professionaliteit en kwaliteit van zorgverlening binnen de VGZ en geeft zelf sturing aan het vak.

VS verstandelijk gehandicaptenzorg en de toekomst

Gezien de te verwachten ontwikkelingen in de VGZ, zoals meer chronisch zieken, veel ouder wordende cliënten en een veranderende (medische) zorgvraag bij licht verstandelijk

gehandicapten, is de VS een onmisbare schakel (geworden) binnen de VGZ omdat de VS naast de medische taken vaak een brugfunctie heeft tussen het medische en verpleegkundige zorgdomein. De inzet van verpleegkundig specialisten sluit goed aan bij de maatschappelijke ontwikkelingen in de verstandelijk gehandicaptenzorg en het beleid van het ministerie van VWS inzake taakherschikking en opvattingen over kwaliteit van leven in de verstandelijk gehandicaptenzorg.

De VS verstandelijk gehandicaptenzorg zou meer samenwerking moeten zoeken met de partners in de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Zoals met de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) en de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG). De intentie is om in 2019 een netwerk VS-VGZ te starten om als verpleegkundig specialisten onze krachten meer te gaan bundelen met als doel uitwisseling van kennis, ervaringen en deskundigheid; maar ook om een bijdrage te leveren aan de positionering en profilering van verpleegkundig specialisten die werkzaam zijn in de verstandelijk gehandicaptenzorg.¹³

- * Inmiddels is M. van Trigt als verpleegkundig specialist kind & ontwikkeling werkzaam bij St. Antonius Ziekenhuis, Utrecht-Nieuwegein op de afdeling kindergeneeskunde.

Leesadvies

- Braam W, Duinen-Maas MJ van, Festen DAM. Medische zorg voor patiënten met een verstandelijke beperking. Houten: Prelum, 2014. *Bundeling van kennis en kunde omtrent gezondheidsproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking.*
- Zorgaanbod van de AVG : website: nvavg.nl. *Wat doet de arts voor verstandelijk gehandicapten?*
- Kennisplein gehandicaptensector: website: www.vilans.nl. *Beschikbare kennis en ervaring in de gehandicaptenzorg.*
- GOUD-studie 2014 (Gezond oud worden met een verstandelijke beperking). website: onbepertgezond.nl. *Gezond ouder met een verstandelijke beperking. Aandacht voor mensen met een verstandelijke beperking bij een opname in het ziekenhuis.*

Literatuur

- 1 Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG). (2014). Zorgaanbod van de AVG. Beschikbaar via <http://nvavg.nl/wp-content/uploads/2014/03/Zorgaanbod-van-de-AVG-digitaal-versie-website.pdf>. Geraadpleegd op 6-3-2018.
- 2 Schalock RL, Borthwick-Duffy SA, Bradley VJ, Buntinx WHE, Coulter DL, Craig EM, Yeager MH (2010). Intellectual disability: definition, classification, and systems of supports. Washington DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD), 2010.
- 3 Schipper K. Mensen met een verstandelijke beperking. Ned Tijdschr Geneeskd 2014;158:B1105. Beschikbaar via <https://www.ntvg.nl/artikelen/mensen-met-een-verstandelijke-beperking/volledig>. Geraadpleegd 6-3-2018.
- 4 Braam W, Duinen-Maas MJ van, Festen DAM. Medische zorg voor patiënten met een verstandelijke beperking. Houten: Prelum, 2014.
- 5 Lennox N, Eastgate G. Primary health care for adults with intellectual disability. Aust Fam Physician 2003;32(5):330-3.

Voor de volledige literatuurlijst wordt verwezen naar www.vakblad-DVS.nl.