

Aldring og helsetilstand blant personer med utviklingshemming

Eldre er en mangfoldig gruppe mennesker. Noen er i god form, andre er syke og pleietrengende. For de aller fleste av oss vil aldring innebære en eller annen grad av funksjonsfall og sansetap, og en høyere risiko for aldersrelaterte sykdommer. I denne artikkelen kan du lese om utviklingshemming, aldring og helse.

Lene Kristiansen og Ellen Melbye Langballe, begge Nasjonalt senter for aldring og helse, Sykehuset Vestfold, Geriatrisk avd. Oslo universitetssykehus

Artikkelen ble første gang publisert november 2021. Det ble i mars/april 2025 gjort nye søk etter studier i Cinahl, PsycInfo og Medline for en oppdatert versjon.

Personer med utviklingshemming kan ha særlige utfordringer knyttet til aldring. Her ser vi kort på noen av utfordringene. Mange lever med sykdommer, kroniske helseplager og funksjonsnedsettelse gjennom hele livet (Liao et al., 2021). Lav helsekompetanse hos personer med utviklingshemming fører til at mange ikke sier ifra om helseutfordringer, og ikke oppsøker helsetjenestene på egenhånd (Berkman et al., 2011; Geukes et al., 2019). Tjenesteyteres feiltolkning av og uoppmerksomhet på helseproblemer, kan føre til at funksjonsfall, sansetap og aldersrelatert sykdom oppdages sent eller aldri. Det er svært viktig at personer med utviklingshemming, gjennom hele livet, har tjenesteytere med kompetanse til å vurdere helseendringer og som tilser at alle får nødvendig tilpasning og helsehjelp i eldre år (Smith et al., 2024).

Forventet levealder

I 2024 var forventet levealder for menn 81,6 år og 84,8 år for kvinner (Statistisk sentralbyrå, 2025). For de av oss som har utviklingshemming, vil flere kunne nå tilnærmet samme levealder som befolkningen ellers (Landes et al., 2021;

Strydom et al., 2016), mens noen tilstander og syndromer er knyttet til biologiske og genetiske forhold som kan gi funksjonsendringer og sykdommer som innebærer økt risiko for tidligere død (Ahlström et al., 2022; Hirvikoski et al., 2021). Dette gjelder blant annet personer med Rett syndrom, Williams' syndrom og Downs syndrom (Prasher & Janicki, 2019). Alvorligere grader av utviklingshemming av andre årsaker vil også kunne påvirke både sykdomsrisiko og levealder (Hamouda et al., 2024; Hirvikoski et al., 2021; Kristiansen & Glad Lien, 2024; Thygesen et al., 2024).

Aldringsprosessen

Aldring inkluderer naturlige aldersforandringer og økt risiko for alvorlige sykdommer (Kirkevold et al., 2020). Selv om aldring alene ikke forårsaker enkeltsykdommer, er det en sterk risikofaktor for mange helseproblemer. Det vil si at aldring i kombinasjon med arv, miljø, livsstil, kroniske lidelser og medfødte tilstander gjennom livsløpet kan gi økt risiko for redusert helse (Kirkevold et al., 2020; Strydom et al., 2016). Eldre erfarer gjerne redusert reservekapasitet, og bruker ofte lenger tid på å komme seg etter en sykdomsperiode (Wyller, 2020).

Infeksjoner, sykdommer i urinveiene, i fordøyelsessystemet og i respirasjonssystemet, skader og uspesifiserte symptomer er vanligere og forekommer hyppigere, hos eldre med utviklingshemming, enn hos resten av befolkningen (Liao et al., 2021; O'Leary et al., 2018; Prasher & Janicki, 2019; Strydom et al., 2016). Dette kan være medvirkende årsaker til at det er relativt vanlig at voksne og eldre med utviklingshemming har to eller flere kroniske tilstander samtidig (multimorbiditet) (Kinnear et al., 2018).

Aldersforandringer og sykdommer kan også føre til at kroniske lidelser knyttet til utviklingshemmingen blir mer fremtredende i eldre år (Sandberg et al., 2015). Isolasjon, fall, endring i kommunikasjon, redusert mobilitet og endring av rutiner kan alle være kjennetegn på helseplager knyttet til aldring og at personen har behov for økt bistand og helseoppfølging (Wark et al., 2016).

Skrøpelighet

Noen eldre utvikler skjøpeligket. Skjøpeligket er et mål på kroppens reduserte evne til å håndtere sykdom og stress, som et resultat av at aldring, sykdom, skade og livsstilsfaktorer virker sammen. Eldre med skjøpeligket har høy risiko for store belastninger selv ved milde infeksjonssykdommer, er særlig utsatt for sykdommer, gjenvinner ikke samme funksjonsnivå etter sykdom som tidligere, og kan oppleve komplikasjoner ved behandling (Kirkevold et al., 2020; Wyller, 2020). Tjenesteytere bør jevnlig vurdere om den eldre er i risiko for å bli skjøpelig. Skjøpeligket hos eldre med utviklingshemming kan identifiseres ved bruk av Skjøpeligketsindeks for voksne og eldre med utviklingshemming (se nettside Aldring og helse).

Syn og hørsel

Redusert syn og hørsel er hyppig forekommende blant personer med utviklingshemming, og aldersrelatert sanseap kan starte ved yngre alder enn hva som er forventet blant personer uten utviklingshemming (Coppus, 2013; Liao et al., 2021; Sandberg et al., 2015;). Ulike øyesykdommer er vanlig hos eldre, og medfødt synshemming kan bli forsterket av et aldersrelatert synsproblem tidlig i livet. Alle nye og tidligere ervervede synsproblemer skal følges opp slik at betydelige sanseap så langt som mulig forhindres (Kirkevold et al., 2020). En studie viser at nesten 30 % av de med utviklingshemming over 60 år har aldersrelaterte synsproblemer (Rutherford et al., 2024). Aldersbetinget hørselap er en vanlig tilstand der

ulike studier viser at prevalensen blant personer med utviklingshemming er mellom 25 % og 81 % ved 60-års alder (Rutherford et al., 2024; Willems et al., 2022). Selve hørselstapet starter enda tidligere, hos noen allerede ved 40-års alderen (Coppus, 2016). I tillegg til selve tapet av syn og hørsel, kan konsekvensene ved sansetap bli betydelige. Som blant annet sosial isolering og depresjon (Simning et al., 2019).

Diabetes

Voksne og eldre personer med utviklingshemming har to til tre ganger så høy risiko for å utvikle diabetes type 2 som personer uten utviklingshemming. Sykdommen oppstår også ved en tidligere alder (Baksh et al., 2025). Noen av årsakene til den høye forekomsten er lavt aktivitetsnivå, søvnproblemer, lavt stoffskifte, overvekt, legemidler som påvirker metabolismen og lavere deltakelse i helsefremmende og forebyggende arbeid (Baksh et al., 2025; Taggart et al., 2021; Vancampfort et al., 2022). Blant de med utviklingshemming som får diabetes, er det flest tilfeller blant personer med lett utviklingshemming (Thorsted et al., 2025). Det er viktig å avdekke diabetes så tidlig i forløpet som mulig, for å redusere betydelige helseplager knyttet til tilstanden og forebygge mot eventuelle tilleggslidelser som hjerte- og karsykdommer.

Hjerte- og karsykdommer

Hjerte- og karsykdommer er vanlig blant eldre generelt (Kirkevold et al., 2020). Både lite fysisk aktivitet og flere samtidige sykdommer er vanlige risikofaktorer for sykdomsutvikling. Dette er også tilfellet blant de av oss som har utviklingshemming, med en forekomst av hjerte- og karsykdom på over 11 % ved 60 års alder (de Leeuw et al., 2023). Hjerte- og karsykdommer blir ofte oversett (Kristiansen & Glad Lien, 2024, Plasil et al., 2024) og årsakene er blant annet kommunikasjonsutfordringer og uheldig livsstil blant de

som har utviklingshemming, lav helsekunnskap blant tjenesteytere og lite fokus på hjerte- og karsykdommer hos personer med utviklingshemming blant fastlegene (Plasil et al., 2024).

Muskel og skjelettplager

Flere personer med utviklingshemming opplever muskel- og skjelettplager på grunn av feilstillinger og slitasje som påvirker både muskler og beinstruktur (Burke et al., 2019; Kinnear et al., 2018; Liao et al., 2021). Dette kan føre til smerter, redusert balanse, lavere mobilitet, beinbrudd og tidlig inaktivitet. I skjelettet foregår det også normale aldersforandringer som avkalkning av kalsium og redusert beintetthet. Dette gjelder begge kjønn, men særlig kvinner i overgangsalderen når hormonet østrogen forsvinner. Når beintettheten blir lavere enn det som er vanlig ved aldring (2,5 standardavvik fra gjennomsnittlig beintetthet hos premenopausale kvinner), og personen har hatt minst ett lavenergibrudd (pga. noe som vanligvis ikke gir brudd) defineres tilstanden som osteoporose. Årsakene kan være lav vekt, arvelige faktorer, feilernæring eller sykdommer. Ved osteoporose er det stor risiko for ytterligere beinbrudd som kan gi smerter og inaktivitet (Kirkevold et al., 2020; Wyller, 2020). Både menn og kvinner med utviklingshemming er ekstra utsatt for osteoporose, som kan oppstå tidlig i livet. Det kan skyldes medfødte tilstander hvor skjelettet aldri oppnår høyt nok kalsiuminnhold eller tappes raskt for kalsium i voksen alder. Redusert mobilitet eller høyt legemiddelbruk, som antiepileptika, påvirker også beinmassen deres (Fritz, 2021).

Kognisjon

Kognitive egenskaper inkluderer blant annet hukommelse, og hvor raskt og godt vi løser problemer. Våre kognitive egenskaper blir i ulik grad svekket med alderen. Både

livsløpsendringer, fysisk aktivitet, kognitiv aktivitet som å delta i sosiale samspill eller lese, og sykdommer gjennom livet, vil alle påvirke vår kognisjon (Engedal & Bjørkløf, 2020). For de av oss med utviklingshemming vil grunnleggende kognitiv fungering, og andre utfordringer knyttet til diagnosen, påvirke kognisjonen ytterligere i eldre år (Larsen & Wigaard, 2014).

Psykisk helse

Forekomststudier om psykiske lidelser blant personer med utviklingshemming finner forhøyet risiko for depresjon, angst og andre psykiske sykdommer i eldre år (Larsen & Wigaard, 2019). En studie fra Australia antyder at blant eldre med utviklingshemming over 60 år, har 22 % angst og depresjon, noe som er betydelig høyere enn blant de under 60 år (Rutherford et al., 2024).

Demens

Demens er i hovedsak en aldersrelatert tilstand. Demens kjennetegnes av gradvis tap av kognitive funksjoner og hukommelse. Alzheimers sykdom er den vanligste formen for demens. Personer med Downs syndrom har av genetiske årsaker økt risiko for Alzheimers sykdom med tidlig debut av kognitiv svikt (Krinsky-McHale & Silverman, 2013). De fleste som blir syke får diagnosen ved 51-55 års alder. De som diagnostiseres i ung alder, har ofte søvnproblemer, psykiske helseproblemer og flere samtidige tilstander (Larsen et al., 2024). Forskning finner ellers varierende resultater for demensrisiko ved utviklingshemming av andre årsaker enn Downs syndrom, fra som for befolkningen ellers til noe høyere risiko (Larsen & Wigaard, 2019). En studie fra Canada fant at personer med utviklingshemming over en 10-års periode hadde omtrent 5 % høyere risiko for å utvikle demens enn personer uten utviklingshemming (Patel et al., 2025). I en

australsk studie hadde 2,3 % av de over 60 år demens i et tidlig stadium (Rutherford et al., 2024).

Utfordringer ved manglende helseoppfølging og kompetanse

Sammensatte diagnoser og kommunikasjonsproblemer hos personer med utviklingshemming, lav formell helsekompetanse blant tjenesteytere (Ellingsen et al., 2020) og mangel på kvalitetssikring og tilpasset helseoppfølging (Eiane & Gjermestad, 2019), kan hver for seg og samlet sett føre til at sykdom, smerter eller redusert helse ikke blir oppdaget. Redusert tempo og mobilitet, endret søvnmonster og nyoppstått inkontinens blir ofte vurdert å være normal aldring. Forvirring og utfordrende eller endret atferd oppfattes som kjedsomhet, eller diagnostiseres som demens uten videre oppfølging og utredning. Endringer blir også ofte forstått som en del av utviklingshemmingen. Resultatet er at aldersrelaterte sykdommer ofte ikke blir behandlet (Bowers et al., 2014; Eiane & Gjermestad, 2019).

Systematisk oppfølging

Med økt levealder vil flere personer med utviklingshemming oppleve å bli eldre i tiden som kommer. Tjenesteytere har et stort ansvar for å legge til rette for helseoppfølging og kommunikasjon om helse. Mange personer med utviklingshemming er avhengig av helsehjelp fra andre (Nijhof et al., 2024). Oppfølging av aldringsprosesser må begynne tidlig, og blant annet benytte prinsippene for personsentrert omsorg og beslutningsstøtte, etterstrebe økt helsekompetanse i alle ledd, ha fokus på helsefremmende arbeid, sørge for tilgang på likeverdige helsetjenester og sosial deltakelse, og inkludere eldre med utviklingshemming i overordnede planer for eldre samt i prinsippene for healthy ageing (Santos et al., 2020; Smith et al., 2024). Studier viser at

årlige helsekontroller hos fastlegen avdekker helseendringer på et tidlig tidspunkt og kan bidra til at behandling av sykdom kommer raskt i gang (Robertson et al., 2014). For oppfølging av tidlige tegn på aldersrelatert sykdom og funksjonsfall vil kartleggingsverktøyet *Tidlige tegn* gi et godt grunnlag for systematisk oppfølging.

Referanser

- Ahlström, G., Wallén, E. F., Tideman, M., & Holmgren, M. (2022). Ageing people with intellectual disabilities and the association between frailty factors and social care: A Swedish national register study. *J Intellect Disabil*, 26(4), 900-918. <https://doi.org/10.1177/17446295211037170>
- Baksh, R. A., Pape, S. E., Chan, L. F., Sheehan, R., White, A., Chauhan, U., Gulliford, M. C., & Strydom, A. (2025). Type 2 diabetes mellitus in people with intellectual disabilities: Examining incidence, risk factors, quality of care and related complications. A population-based matched cohort study. *Diabetes Res Clin Pract*, 222, 112090. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2025.112090>
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J. & Crotty, K. (2011). Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
- Bowers, B., Webber, R. & Bigby, C. (2014). Health issues of older people with intellectual disability in group homes. *Journal of Intellectual and Developmental Disabilities* 39 (3): 261-269.
- Burke, É., Carroll, R., O'Dwyer, M., Walsh, J.B., McCallion, P. & McCarron, M. (2019). Quantitative examination of the bone health status of older adults with intellectual and developmental disability in Ireland: a cross-sectional nationwide study. *BMJ Open*, 9(4), e026939.
- Coppus, A.M.W. (2013). People with intellectual disability: What do we know about adulthood and life expectancy? *Developmental disabilities research reviews* 18:6-16.
- Coppus, A.M.W. (2016). Comparing Generational differences in persons with Downs syndrome. *Journal of policy and practice in intellectual disabilities*. DOI:[10.1111/jppi.12214](https://doi.org/10.1111/jppi.12214).
- de Leeuw, M., Oppewal, A., Elbers, R., Hilgenkamp, T., Bindels, P., & Maes-Festen, D. (2023). Associations between physical fitness and cardiovascular disease in older adults with intellectual disabilities: Results of the Healthy Ageing and Intellectual Disability study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 67(6), 547-559.
- Eiane G.H & Gjermestad, A. (2019). Når personar med utviklingshemming blir eldre, kva utfordringar erfarer kommunale tenesteytarar? *Tidsskriftet aldring og helse/vol* 23(1).

- Engedal, K. & Bjørkløf, G.H. (2020). *Depresjon hos eldre. Forståelse og behandling*. Hertvig forlag.
- Ellingsen, K.E., Isaksen, M.S. & Lungwitz, D. (2020). Lav kompetanse og utstrakt bruk av deltid truer faglig forsvarlige tjenester til personer med utviklingshemming. *Fontene forskning*, 13(1), 18-31.
- Fritz, R., Edwards, L. & Jackob, R. (2021). Osteoporosis in Adult Patients with Intellectual and Developmental Disabilities: Special Considerations for Diagnosis, Prevention, and Management. *Southern Medical Journal* Vol114(4) DOI: 10.14423/SMJ.0000000000001231.
- Geukes, C., Bröder, J. & Latteck, Ä.-D. (2019). Health Literacy and People with Intellectual Disabilities: What We Know, What We Do Not Know, and What We Need: A Theoretical Discourse. *Int J Environ Res Public Health*, 16(3), 463. Hentet fra <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/3/463>
- Hamouda, I., Baumstarck, K., Aim, M., Beltran Anzola, A., Loundou, A., Billette de Villemeur, T., Boyer, L., Auquier, P., & Rousseau, M. (2024). Mortality in French people with polyhandicap/profound intellectual and multiple disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 68(8), 985-996. <https://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc23&DO=10.1111%2fjir.13138>
- Hirvikoski, T., Boman, M., Tideman, M., Lichtenstein, P., & Butwicki, A. (2021). Association of Intellectual Disability With All-Cause and Cause-Specific Mortality in Sweden. *JAMA Netw Open*, 4(6), e2113014. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.13014>
- Kinnear, D., Morrison, J., Allan, L., Henderson, A., Smiley, E. & Cooper, S-A. (2018). Prevalence of physical conditions and multimorbidity in a cohort of adults with intellectual disabilities with and without Down syndrome: cross-sectional study. *BMJ Open*, 8(2), e018292.
- Krinsky-McHale, S.J. & Silverman, W. (2013). Dementia and mild cognitive impairment in adults with intellectual disability: Issues of diagnosis. *Developmental Disabilities research reviews*, 18:31-42.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Høyen Ranhoff, A. (Red) (2020). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg for den gamle pasienten*. 3. utgave. Gyldendal.
- Kristiansen, L. & Glad Lien, M. (2024). Dødsårsaker ved alvorlig og dyp utviklingshemming. Hvilke helseutfordringer bør helse- og omsorgspersonell være oppmerksomme på? *SOR Rapport*, 3-2024
- Landes, S., Stevens, J., & Turk, M. (2021). Cause of death in adults with intellectual disability in the United States. *Journal of Intellectual Disability Research*, 65(1), 47-59. <https://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc19&DO=10.1111%2fjir.12790>
- Larsen, F.K. & Wigaard, E. (2014). *Lærebok utviklingshemning og aldring*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Larsen, F.K. & Wigaard, E. (2019). Psykisk helse hos eldre med utviklingshemning. I Knut Engedal & Marit Tveito (Red) *Alderspsykiatri* (s. 325-344). Tønsberg: Forlaget aldring og helse - akademisk.

- Larsen, F. K., Baksh, R. A., McGlinchey, E., Langballe, E. M., Benejam, B., Beresford-Webb, J., McCarron, M., Coppus, A., Falquero, S., Fortea, J., Levin, J., Loosli, S. V., Mark, R., Rebillat, A. S., Zaman, S., & Strydom, A. (2024). Age of Alzheimer's disease diagnosis in people with Down syndrome and associated factors: Results from the Horizon 21 European Down syndrome consortium. *Alzheimers Dement*, 20(5), 3270-3280. <https://doi.org/10.1002/alz.13779>
- Liao, P., Vajdic, C., Trollor, J. & Reppermund, S. (2021). Prevalence and incidence of physical health conditions in people with intellectual disability- a systematic review. *PLOS ONE*. Doi.org/10.1371.journal.pone.0256294
- Nijhof, K., Boot, F. H., Naaldenberg, J., Leusink, G. L., & Bevelander, K. E. (2024). Health support of people with intellectual disability and the crucial role of support workers. *BMC Health Services Research*, 24(1), 4.
- O'Leary, L., Cooper, S. & Hughes-McCormack, L. (2018). Early death and causes of death of people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34(6).
- Plasil, T., Ersfjord, E. M. I., Berge, K., & Oldervoll, L. M. (2024). 'A potentially ticking time bomb' – barriers for prevention, diagnosis, and treatment of cardiovascular disease in people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 37(6), 1-10. <https://doi.org/10.1111/jar.13279>
- Prasher, V.P. & Janicki, M.P. (2019). *Physical health of adults with intellectual and developmental disabilities. Second edition*. Springer.
- Robertson, J., Hatton, C., Emerson, E. & Baines, S. (2014). The impact of health checks for people with intellectual disabilities: An updated systematic review of evidence. *Research in Developmental Disabilities* 35.
- Rutherford, G., Hussain, R., & Tait, K. (2024). Pattern of multimorbidity in middle-aged and older-aged people with mild intellectual disability in Australia. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 37(3), 1-10. <https://doi.org/10.1111/jar.13215>
- Sandberg, M., Ahlström, G. & Kristensson, J. (2015). Patterns of somatic diagnoses in older people with intellectual disability: a Swedish eleven-year case-control study of inpatient data. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. doi:10.1111/jar.12230.
- Santos, F.H., Zurek, J. & Janicki, M.P. (2020). Efficacy of healthy aging interventions for adults with intellectual and developmental disabilities: A systematic review. *The gerontological society of America*. Doi:10.1093/geront/gnaa192.
- Simning, A., Fox, M. L., Barnett, S. L., Sorensen, S., & Conwell, Y. (2019). Depressive and Anxiety Symptoms in Older Adults With Auditory, Vision, and Dual Sensory Impairment. *J Aging Health*, 31(8), 1353-1375. <https://doi.org/10.1177/0898264318781123>

- Smith, K. J., Gupta, S., Fortune, J., Lowton, K., Victor, C., Burke, E., Carew, M. T., Livingstone, E., Creeger, M., Shanahan, P., Walsh, M., & Ryan, J. M. (2024). Aging Well With a Lifelong Disability: A Scoping Review. *Gerontologist*, 64(9), 1-14. <https://doi.org/10.1093/geront/gnae092>
- Statistisk sentralbyrå. (2025, 11.03.2025). *Normal økning i forventa levealder*. <https://www.ssb.no/befolkning/fodte-og-dode/statistikk/dode/artikler/normal-okning-i-forventa-levealder>
- Strydom, A., Al-Janabi, T., Houston, M. & Ridley, J. (2016). Best practice in caring for adults with dementia and learning disabilities. *Nursing Standard Oct 5;31(6)*:42-51.
- Taggart, L., Tripp, H., Conder, J., Whitehead, L., Scott, J., Rouse, L., Redquest, B., Lunskey, Y & Truesdale, M. (2021) International Consensus Guidelines: Reasonable Adjustments in the Management of Type 2 Diabetes in Adults with Intellectual & Developmental Disabilities. *International Association for the Scientific Study of Intellectual & Developmental Disabilities (IASSIDD): Health Special Interest Research Group*.
- Thorsted, A., Lehn, S. F., Kofoed-Enevoldsen, A., Andersen, A., Heltberg, A., Michelsen, S. I., & Thygesen, L. C. (2025). The risk of type 2-diabetes among persons with intellectual disability: a Danish population-based matched cohort study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 69(1), 90-102. <https://doi.org/10.1111/jir.13190>
- Thygesen, L. C., Lassen, T. H., Horsbøl, T. A., Mairey, I. P., Juel, K., Hoei-Hansen, C. E., & Michelsen, S. I. (2024). Mortality patterns in a Danish nationwide cohort of persons with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 28(2), 359-371. <https://doi.org/10.1177/17446295231154102>
- Vancampfort, D., Schuch, F., Van Damme, T., Firth, J., Suetani, S., Stubbs, B., & Van Biesen, D. (2022). Prevalence of diabetes in people with intellectual disabilities and age- and gender-matched controls: A meta-analysis. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 35(2), 301-311. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jar.12949>
- Wark, S., Hussain, R., Edwards, H. (2016). The main signs of ageing in people with intellectual disability. *The Australian journal of rural health*. Doi:10.1111/ajr.12282.
- Willems, M., van Berlaer, G., Maes, L., Leyssens, L., Koehler, B., & Marks, L. (2022). Outcome of 10 years of ear and hearing screening in people with intellectual disability in Europe: A multicentre study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 35(1), 123-133.
- Wyller, T.B. (2020). *Geriatrici. En medisinsk lærebok. 3. Utgave*. Gyldendal.