

ALCOHOL EN DRUGSGEBRUIK DOOR (JONGE) MENSEN MET EEN LICHTE VERSTANDELIJKE BEPERKING

Els Bransen¹
Marijke Dijkstra²
Monica Leeman³

Inleiding

De signalen over schadelijk alcohol- en drugsgebruik door mensen met een lichte verstandelijke beperking (afgekort: LVG) nemen toe (Mutsaers e.a., 2007). Dat het eerste landelijke congres over verslavingsproblematiek bij LVG-ers op 7 oktober 2010 al snel was volgeboekt is dus niet verwonderlijk. In Nederland is van LVG sprake wanneer een laag intellectueel functioneren dat wil zeggen een IQ-score tussen 50 en 85, samengaat met een beperkt sociaal aanpassingsvermogen en een blijvende behoefte aan ondersteuning. Volgens cijfers van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) telt Nederland zeker 154.000 mensen met LVG (Ras e.a., 2010). Welk deel van de LVG-populatie in de leeftijdscategorie 0-18 jaar valt is niet bekend.

Mensen met LVG zijn in verschillende settings te vinden. Allereerst is dat de verstandelijk gehandicaptenzorg waaronder de orthopedagogische behandelcentra maar ook de sociale werkvoorziening en MEE. Daarnaast staan mensen met LVG in contact met algemene settings zoals de huisartsvoorziening, de (geestelijke) gezondheidszorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke opvang.

In dit artikel doen we verslag van een onderzoek naar de omvang van alcohol- en drugsgebruik door (jonge) mensen met LVG in een aantal specifieke LVG-settings en algemene settings. We maken daarbij gebruik van gegevens uit literatuuronderzoek en interviews met sleutelfiguren. We beschrijven vervolgens de stand van zaken met betrekking tot risicofactoren, gevolgen en houding ten opzichte van gebruik en gaan in op de mogelijkheden van preventie, begeleiding en behandeling. Tenslotte bespreken we de betekenis van de gepresenteerde bevindingen voor het beleid van de LVG-instellingen.

Alcohol en drugsgebruik door (jonge) mensen met LVG

Studies over het alcohol- en drugsgebruik van mensen met LVG hanteren uiteenlopende definities van de verstandelijke beperking en het middelengebruik. Vaak ontbreekt de IQ-range. De studies maken ook vaak geen onderscheid in begrippen als middelengebruik, middelenmisbruik en middelenverslaving, terwijl hier wel degelijk verschillen tussen zijn (Mutsaers e.a., 2007). Ondanks deze methodologische beperkingen is duidelijk dat mensen met LVG alcohol en drugs gebruiken. Nederlandse jongeren met LVG gebruiken ongeveer net zo vaak alcohol en drugs in vergelijking met hun normaal begaafde leeftijdgenoten (Bransen e.a., 2008). Volwassenen met LVG lijken minder vaak alcohol en drugs te gebruiken dan volwassenen zonder verstandelijke beperking (Dijkstra & Bransen, 2010). Bij jongeren en volwassenen met LVG die middelen gebruiken is echter wel vaker sprake van middelenmisbruik (Mutsaers e.a., 2007; McGillicuddy, 2006) en bingedrinken (Coco & Harper, 2002).

¹ Drs. Els Bransen is wetenschappelijk medewerker bij het Trimbos-instituut in Utrecht (Correspondentieadres: Trimbos-instituut t.a.v. Els Bransen, Postbus 725, 3500 AS Utrecht. ebransen@trimbos.nl, 030-2959240).

² Drs. Marijke Dijkstra is junior wetenschappelijk medewerker bij het Trimbos-instituut in Utrecht.

³ Drs. Monica Leeman is programmamanager bij de VOBC LVG in Utrecht.

Van bingedrinken is sprake als tijdens één gelegenheid zes of meer standaardglazen alcoholhoudende drank in een kort tijdsbestek worden gedronken, afgewisseld met perioden van nauwelijks tot niet drinken. Onder jongeren komt ook zwaar gebruik van cannabis veel voor. Ongeveer 16% van de ondervraagde jongeren met LVG geeft aan op alle dagen van de week meer dan zes keer cannabis te gebruiken (Bransen e.a., 2008). Onderzoek laat zien dat 14% van de scholieren zonder verstandelijke beperking meer dan tien keer per week cannabis gebruikt (Van Laar e.a., 2010). Hoeveel van deze jongeren te kenmerken zijn als 'zwaar gebruiker van cannabis' is niet bekend.

Prevalentie in verschillende settings

Mensen met LVG zijn in verschillende algemene en LVG-settings te vinden, maar slechts in een beperkt aantal settings is onderzoek gedaan naar het alcohol- en drugsgebruik van deze groep. Wij bespreken hieronder enkele resultaten van de studies die bij ons bekend zijn en vullen deze informatie aan met de bevindingen uit ons onderzoek onder 52 sleutelfiguren van een zestal settings.

Verstandelijk gehandicaptenzorg

Van de 145 ondervraagde jongeren met LVG die in contact staan met een orthopedagogisch behandelcentrum gebruikt ongeveer 20% regelmatig alcohol en ongeveer 45% regelmatig drugs (Bransen e.a., 2008). In Nederlandse instellingen voor sterk gedragsgestoorde mensen met een lichte verstandelijke beperking (SGLVG-instellingen) is middelenafhankelijkheid een van de meest voorkomende psychiatrische stoornissen. Bij 21% van de 157 cliënten werd deze diagnose gesteld. Van de cliënten die langer dan drie maanden zijn opgenomen (n=68) heeft 42% in het jaar vóór de opname problemen gehad met middelengebruik. Middelenafhankelijkheid komt bij mannen in SGLVG-instellingen driemaal vaker voor dan bij vrouwen (Tenneij & Koot, 2007).

Drie VG-instellingen hebben het middelengebruik bij de eigen cliënten onderzocht. Eigen onderzoek van VG-instelling NOVO laat zien dat alcoholmisbruik voorkomt onder 2,2% en drugsmisbruik onder 0,8% van de volwassen cliënten met een verstandelijke beperking. Het middelengebruik was het hoogst onder degenen binnen deze groep die voldoen aan de criteria voor zwakbegaafdheid (Smits, 2008). Kwalitatief onderzoek van zorginstelling Cordaan laat zien dat alcohol en drugs binnen alle woonlocaties voor cliënten met LVG gebruikt worden. Ook uit dit onderzoek wordt duidelijk dat alcohol- en drugsgebruik vaker voorkomt bij cliënten met een hogere intelligentie: hoe hoger hun niveau, hoe vaker zij alcohol en drugs gebruiken (Zielhuis & Streng, 2010). Van de 98 cliënten met LVG in zorginstelling Aveleijn gebruikt 71% alcohol en 40% cannabis. 16% van de cliënten met LVG gebruikt stimulerende harddrugs zoals XTC en cocaïne. De meerderheid van deze cliënten woont zelfstandig en maar liefst 63% heeft geen contact met de verslavingszorg (De Jong e.a., 2009).

Wij vroegen sleutelfiguren in vier VG-instellingen een schatting te geven van het alcohol- of drugsgebruik in hun instelling of locatie. Mannen lijken vaker en meer alcohol te drinken en vaker dagelijks cannabis te gebruiken dan vrouwen. De sleutelfiguren zien nauwelijks harddrugsgebruik bij mannen en nog minder bij vrouwen. Gemiddeld gebruikt ongeveer 20% van de volwassenen met LVG in deze instellingen alcohol, drugs, of beide (Dijkstra & Bransen, 2010).

Verslavingszorg

Logischerwijs komt alcohol- en drugsgebruik vaker voor onder cliënten van de verslavingszorg. Interessanter is dan om te weten hoeveel van deze cliënten een lichte verstandelijke beperking heeft. Volgens onderzoek van Tactus Verslavingszorg heeft 6,5% van de cliënten een lichte verstandelijke beperking. Dit zijn 144 cliënten. Meer dan de helft van deze cliënten gebruikt alcohol (63%), 16% gebruikt cannabis en 22% stimulerende harddrugs zoals XTC en cocaïne (De Jong e.a., 2009).

Uit de antwoorden op een vragenlijst die wij verspreidden onder sleutelfiguren van de verslavingszorg blijkt dat bij de meeste instellingen niet precies bekend is hoeveel van hun cliënten een lichte

verstandelijke beperking hebben. Het IQ is vaak niet bekend en professionals herkennen een verstandelijke beperking onvoldoende. In de zes instellingen die de vragenlijst retourneerden stonden 98 cliënten als LVG geregistreerd. Daarnaast vermoedde men bij in totaal 341 cliënten een lichte verstandelijke beperking (Dijkstra & Bransen, 2010).

Justitiële inrichtingen

Alcohol en drugs zijn verboden in een justitiële inrichting. Het alcohol- en drugsgebruik onder jongeren (respectievelijk 4% en 11%) is vanzelfsprekend laag omdat op gebruik gecontroleerd en gesanctioneerd wordt (Bransen e.a., 2008). Toch blijkt uit recent onderzoek dat het alcohol- en drugsgebruik door jongeren in justitiële inrichtingen veel hoger ligt. Hoeveel van deze jongeren een lichte verstandelijke beperking heeft is echter niet bekend (Kepper e.a., 2010). Om meer zicht te krijgen op de zogenaamde triple problematiek (een lichte verstandelijke beperking, psychiatrische problemen en verslavingsproblematiek) heeft het ministerie van Justitie een quick scan laten uitvoeren. Ongeveer 15-39% van de justitiabelen dat wil zeggen personen die zich in het strafrechtelijk systeem bevinden, met problematisch drugsgebruik heeft een lichte verstandelijke beperking. Naast middelenmisbruik en een verstandelijke beperking heeft 36% van de justitiabelen ook een psychische stoornis. Een goede inschatting van de verstandelijke beperking is echter moeilijk te maken omdat gedegen diagnostische informatie ontbreekt. Ook onderkennen medewerkers van justitiële inrichtingen de combinatie van de genoemde problemen nog onvoldoende (Kaal e.a., 2009).

In Nederland verbleven justitiabelen met psychiatrische problematiek, al dan niet in combinatie met problematisch middelengebruik, een verstandelijke beperking of allebei, altijd in kleine over het hele land verspreide zorgafdelingen. In 2009 zijn de zorgvoorzieningen voor deze groep binnen het gevangeniswezen geconcentreerd in vijf psychiatrische penitentiaire centra (PPC). Sleutelfiguren van vier van deze PPC's geven aan dat ongeveer 10-40% van de gedetineerden een lichte verstandelijke beperking heeft (Dijkstra & Bransen, 2010).

MEE, sociale werkvoorzieningen en maatschappelijke opvang

Bij ons is geen onderzoek bekend naar het alcohol- en drugsgebruik van mensen met LVG die in contact staan met MEE, de sociale werkvoorziening of de maatschappelijke opvang. Sleutelfiguren uit vijf MEE-instellingen geven aan dat alcoholgebruik voorkomt maar meestal niet problematisch is. Tegelijkertijd geven deze sleutelfiguren aan dat de meeste medewerkers problemen vanwege alcohol- of drugsgebruik onvoldoende herkennen. Cannabisgebruik wordt veel vaker gesignaleerd. Een enkele cliënt van MEE gebruikt harddrugs.

De sleutelfiguren van vier sociale werkvoorzieningen geven aan vaak beperkt zicht te hebben op de thuissituatie en vrije tijdsbesteding van hun werknemers. Alcohol- en drugsgebruik komt volgens de sleutelfiguren beperkt voor. Alcohol vormt vaker een probleem, met name bij mannen, dan cannabisgebruik. Harddrugsgebruik wordt zelden gesignaleerd. Maar ook hier geven sleutelfiguren aan dat de meeste werkleiders (problematisch) gebruik van alcohol en drugs onvoldoende kunnen herkennen.

De schattingen van sleutelfiguren van vier instellingen voor maatschappelijke opvang maken duidelijk dat het aantal volwassen cliënten met LVG per voorziening verschilt. Gemiddeld is bij 15-31% van de cliënten in de ondervraagde instellingen sprake van (een vermoeden op) LVG. Alcoholgebruik, maar ook dagelijks cannabisgebruik lijkt veel voor te komen onder volwassenen met LVG in deze setting. Een aantal sleutelfiguren signaleren veel harddrugsgebruik terwijl anderen helemaal geen harddrugsgebruik signaleren. Dit duidt op onbekendheid van medewerkers over harddrugs en het herkennen van dit gebruik (Dijkstra & Bransen, 2010).

Samengevat zijn mensen met LVG die problematisch middelen gebruiken het meest zichtbaar in settings voor mensen in de marge van de samenleving: de maatschappelijke opvang, verslavingszorg en justitiële instellingen. Sleutelfiguren in de verstandelijk gehandicaptenzorg, MEE en sociale werkvoorzieningen signaleren veel minder vaak (problematisch) gebruik. Ondanks de beperkingen van de beschikbare (wetenschappelijke) gegevens lijkt het erop dat volwassenen met LVG gemiddeld genomen minder middelen gebruiken dan volwassenen in de algemene bevolking. Tegelijkertijd is er een duidelijke groep met problematisch gebruik of een verslaving. Wij schatten in dat het om 10-30% van de volwassenen met LVG in de bovengenoemde settings gaat.

Risicofactoren

Net als bij de algemene bevolking begint het middelengebruik bij mensen met LVG soms al op zeven- of achtjarige leeftijd. Zo'n vroeg begin geeft een verhoogd risico op het ontstaan van onder meer sociale- en psychische problemen op latere leeftijd. Andere risicofactoren zoals gedragsstoornissen, middelengebruik door familieleden en gebruik van meerdere middelen, spelen bij mensen met LVG net zo'n belangrijke rol als bij normaal begaafde mensen. Deze algemene risicofactoren komen bij mensen met LVG alleen meer voor (Bransen e.a., 2008). Mogelijk dat juist daardoor relatief vaker problematisch gebruik van middelen ontstaat.

Veel mensen met een verstandelijke beperking die middelen gebruiken komen uit een lagere sociaaleconomische klasse, hebben familieleden die middelen gebruiken of krijgen te maken met stressvolle gebeurtenissen waarmee ze niet goed kunnen omgaan. Mensen met LVG worden regelmatig 'overvraagd': er wordt meer van hen gevraagd dan zij aankunnen omdat hun beperking vaak niet direct zichtbaar is. Dat kunnen zij als stressvol ervaren wat kan leiden tot een chronische vorm van stress. Mensen met LVG die zelfstandig, bij familie of met ambulante begeleiding wonen, komen makkelijker en sneller in aanraking met middelen dan mensen in een instelling of met een ernstige verstandelijke beperking (Coco & Harper, 2002; Bransen e.a., 2008). Ook maken veel mensen met LVG negatieve levensgebeurtenissen mee en kunnen zij langdurig en ernstig rouwen na het verlies van een dierbare. Ze krijgen echter zelden hulp of ondersteuning voor de gebeurtenis(sen) die zij hebben meegemaakt. Dat kan komen omdat familie of zorgverleners hun rouwproblematiek niet herkennen of deze ontkennen of negeren (Dowling e.a., 2006; Taggart e.a., 2007).

Gevolgen

Het gebruik van alcohol en drugs heeft vaak een negatieve invloed op de verstandelijke beperking. Het verstandelijke vermogen gaat verder achteruit en overvraging neemt toe. Bovendien krijgen mensen met LVG door het gebruik van middelen vaker te maken met psychische stoornissen dan mensen met een ernstige verstandelijke beperking en waarschijnlijk ook dan mensen uit de algemene bevolking (Nettelbladt e.a., 2009).

Middelengebruik heeft net als in de algemene bevolking een negatieve invloed op het welbevinden van mensen met een verstandelijke beperking. Ook hier zijn de gevolgen groter voor mensen met LVG. Zij krijgen onder meer vaker te maken met: agressie, fysiek en verbaal geweld, psychologische trauma's, seksueel en financieel misbruik, zelfschade en overdosis, in aanraking komen met politie en justitie, en verlies van de alledaagse structuur (McLaughlin, 2007). Het aantal vrouwen met LVG en problematisch middelengebruik dat een zelfmoordpoging doet is zorgwekkend (Taggart e.a., 2007). De aan werk of criminaliteit gerelateerde gevolgen zijn gelijk aan of soms hoger dan bij normaal begaafde mensen die alcohol of drugs gebruiken (McGillicuddy, 2006).

Attitude ten opzichte van middelengebruik

Mensen met LVG die middelen gebruiken ervaren daarvan niet alleen meer nadelen (kater, moe), maar ook meer voordelen (spraakzamer) dan mensen met LVG die geen middelen gebruiken (Steenhuis e.a., 2009). Hun redenen tot gebruik blijken overeen te komen met die van normaal

begaafde mensen, bijvoorbeeld stressvermindering en sociaal contact maken. Alcohol drinken uit eenzaamheid en om erbij te horen lijken echter voor mensen met LVG belangrijkere redenen te zijn dan voor normaal begaafde mensen (McLaughlin, 2007; Degenhardt, 2000). Nederlands onderzoek onder 180 jongvolwassenen (15-25 jaar) met LVG laat zien dat een groot deel van hen desgewenst met alcohol- of softdrugsgebruik denkt te kunnen stoppen. De intentie om dat ooit daadwerkelijk te doen ligt echter veel lager, op respectievelijk 28% voor alcoholgebruik en 40% voor softdrugsgebruik (Steenhuis e.a., 2009).

Preventie, begeleiding en behandeling

Preventie

Vanwege het verhoogde risico op schadelijke gevolgen van middelengebruik is het noodzakelijk om bij mensen met LVG in een vroeg stadium te interveniëren. Voorlichting over middelengebruik en de (negatieve) gevolgen daarvan, assertiviteitstraining en sociale vaardigheidstraining zijn methoden om klachten door middelengebruik te voorkomen of te verminderen. De effectiviteit hiervan is bij mensen met LVG echter maar zeer beperkt onderzocht (Mutsaers e.a., 2007). Reguliere preventieprogramma's doen een sterk beroep op cognitieve vermogens en zelfreflectie. Mensen met LVG hebben over het algemeen een kortere aandachtsspanne, meer moeite met abstract redeneren, een lagere geletterdheid en een gebrekkig korte termijn geheugen. De reguliere preventieprogramma's lijken dan ook niet geschikt voor mensen met LVG (Mutsaers e.a., 2007). Het Trimbos-instituut heeft een start gemaakt met onderzoek naar een aangepast programma voor de LVG-doelgroep dat onder andere bestaat uit een ouderavond en een voorlichtingsbijeenkomst voor jongeren met LVG. Uitvoerders en deelnemers waarderen de inhoud en werkvormen van deze interventies over het algemeen positief. Wel blijkt de werving van ouders en jongeren met LVG voor dergelijke bijeenkomsten een belangrijk aandachtspunt. Jongeren die een voorlichtingsbijeenkomst hadden bijgewoond zeiden meer te weten over bier, blowen en andere drugs dan voor de bijeenkomst. Hun mening over alcohol en drugs veranderde echter (nog) niet. Vanwege de bescheiden omvang en beperkte uitvoering van deze eerste pilotstudie is voorzichtigheid geboden met de interpretatie van de resultaten (Hilderink & Bransen, 2010).

Voor mensen met LVG die problematisch middelen gebruiken zonder dat zij dit zelf als een probleem ervaren is geïndiceerde preventie nodig. In het algemeen wordt hiervoor vaak gebruik gemaakt van motiverende gespreksvoering en elementen uit de cognitieve therapie. Over het effect van motiverende gespreksvoering bij mensen met LVG is weinig bekend. Een studie onder een beperkt aantal volwassenen met leer- en alcoholgerelateerde problemen toont een veelbelovend resultaat. Hieruit blijkt dat drie motiverende groepsbijeenkomsten volstaan om de motivatie tot veranderen te vergroten (Mendel & Hipkins, 2002). Deze techniek moet nog verder worden uitgewerkt voor mensen met LVG. Ook over de bruikbaarheid bij deze doelgroep van een cognitieve aanpak is weinig bekend. Over het algemeen wordt gedacht dat een dergelijke aanpak niet geschikt is voor mensen met LVG (Degenhardt, 2000). Maar een cognitief behandelprogramma voor mensen met LVG met matig depressieve klachten laat zien dat zo'n cognitieve aanpak wél geschikt kan zijn. Groepen van vijf tot zes mensen met LVG en depressieve klachten gingen in twaalf weken elke week twee uur aan de slag met discussiëren, rollenspellen en het oefenen van vaardigheden. Begeleiders kregen een tweedaagse cursus voordat zij met het programma aan de slag gingen. De deelnemers aan het programma hadden minder depressieve symptomen en minder negatieve gedachten dan de leden van de controlegroep. Deze uitkomsten hielden bij een follow-up na drie maanden nog stand. De positieve uitkomsten lijken vooral samen te hangen met de groepsmatige aanpak en het feit dat professionals in het programma met hun eigen cliënten werken (McGillivray e.a., 2008). Er zijn effectstudies bij mensen met LVG en problematisch middelengebruik nodig om de effectiviteit van cognitieve programma's aan te kunnen tonen.

Begeleiding

Voor effectieve begeleiding van mensen met LVG die (problematisch) middelen gebruiken is deskundigheidsbevordering nodig. Professionals die mensen met LVG begeleiden hebben kennis en vaardigheden nodig voor preventie en vroegsignalering. Ook lijkt hun attitude van belang te zijn om cliënten op adequate wijze te ondersteunen. Begeleiders van mensen met LVG hebben deze kennis en vaardigheden onvoldoende in huis (Bransen e.a., 2008; Dijkstra & Bransen, 2010). Professionals uit de verstandelijk gehandicaptenzorg en de verslavingszorg melden dat zij gerichte scholing (trainingen) en specifieke interventies voor mensen met LVG en (problematisch) middelengebruik nodig hebben om de toenemende en complexe vraag van deze groep te kunnen beantwoorden. In LVG-settings is behoefte aan meer kennis over (problematisch) middelengebruik, en in algemene settings zoals de verslavingszorg is behoefte aan meer kennis over een verstandelijke beperking. Tevens is er behoefte aan een 'linking pin', een persoon die tussen een LVG- en verslavingszorginstelling instaat (McLaughlin, 2007).

Professionals die werken met mensen met een verstandelijke beperking zouden zowel in cursusverband als op de werkvloer getraind moeten worden, bijvoorbeeld in het herkennen of bespreekbaar maken van middelengebruik, blijkt uit een recente meta-analyse (Van Oorschouw e.a., 2007). Dit geldt temeer wanneer de training als doel heeft gedrag van cliënten te veranderen. Daarnaast is gebruik van meerdere technieken zoals rollenspellen, modelling en verbale feedback, effectiever dan het gebruik van één enkele techniek. Voor het aanleren van een attitude lijkt videofeedback een effectieve methode te zijn (Embregts & Gerits, 2007).

Een deskundigheidsbevorderingprogramma op het gebied van middelengebruik in risicosettings dat in Nederland op uitvoerbaarheid en effectiviteit is onderzocht, is 'Open en Alert'. Het Trimbos-instituut heeft in samenwerking met enkele instellingen voor verslavingszorg dit alcohol- en drugspreventieprogramma ontwikkeld voor residentiële jeugdhulpverlening, jongerenwerk en justitiële jeugdinstellingen. In het programma staan opstellen van een alcohol- en drugsbeleid en scholing aan medewerkers centraal. Uit een pilotstudie naar Open en Alert in de LVG-jeugdzorg blijkt dat de methode in deze setting uitvoerbaar is. De inhoud sluit goed aan bij het niveau en de behoefte van de doelgroep. Dit geldt eveneens voor de werkvormen. De uitvoerders en deelnemers waren positief over het programma, maar meer specifieke kennis over middelengebruik en LVG en aanvullende werkvormen als casuïstiekbesprekingen zijn gewenst (Hilderink & Bransen, 2010). Op basis van deze eerste ervaringen in de LVG-jeugdzorg is Open en Alert aangepast in samenwerking met een gedragsdeskundige uit de verstandelijk gehandicaptenzorg. Een extra casus is toegevoegd en in kaders is specifieke informatie uitgewerkt over onder andere de risico's van middelengebruik voor mensen met LVG, de do's en dont's in een eerste signaleringsgesprek, de toepassing van de stadia van gedragsverandering bij mensen met LVG en motiverende gespreksvoering bij mensen met LVG. In 2010 wordt de uitvoerbaarheid van Open en Alert getest in meerdere LVG settings waaronder de sociale werkvoorziening. Daarna komt dit materiaal, na mogelijk enkele aanpassingen, beschikbaar voor instellingen in Nederland voor mensen met LVG.

Ook het programma 'Effectief omgaan met verslaving en middelenproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking' (Kiewik e.a., 2008) van Tactus verslavingszorg en zorginstelling Aveleijn richt zich op deskundigheidsbevordering. Het unieke van dit programma is dat de cursus zich richt op deelnemers uit zowel de verslavingszorg als de (L)VG-zorg. Zo kunnen beide sectoren van elkaar leren. Het programma heeft een open inschrijving en wordt doorlopend geëvalueerd en bijgesteld. Effecten van het programma zijn nog niet bekend.

In het buitenland is eveneens onderzoek gedaan naar effectieve begeleiding. Zo is er een studie naar het effect van een training waarin verpleegkundigen kennis en vaardigheden leren met betrekking tot een verstandelijke beperking. De training leidde ertoe dat verpleegkundigen langere afspraken

maakten met mensen met (L)VG, de toegankelijkheid verbeterden en symbolen, plaatjes en foto's in de communicatie gebruikten. Hun kennis en zelfeffectiviteit namen meer toe wanneer zij de drie uur durende mondelinge workshop in combinatie met de geschreven training volgden (Melville e.a., 2006). Verder is onderzoek gedaan naar een werkwijze in de begeleiding van mensen met LVG. Deze studie onderzocht een bepaald type samenwerkingsrelatie waarin begeleider en volwassene met LVG een gelijkwaardige bijdrage aan de begeleidingsgesprekken leveren. Zij stellen bijvoorbeeld gezamenlijk doelen op en werken hier samen aan. Ook het opbouwen van een relatie en het achterhalen van de taken die kunnen helpen de gestelde doelen te verwezenlijken zijn belangrijke onderdelen van deze werkwijze. Het onderzoek laat zien dat de mensen met LVG die hun persoonlijke doel haalden een betere samenwerkingsrelatie hadden dan degenen die hun doel niet haalden. Een goede samenwerkingsrelatie hing bovendien samen met een groter optimisme over de toekomst (Strauser, 2004). Dit onderzoek biedt aanknopingspunten voor een effectieve werkwijze bij de begeleiding van mensen met LVG, maar is nog niet onderzocht in relatie tot LVG en middelengebruik.

Behandeling

Hoewel de meeste professionals het erover eens lijken te zijn dat een specifieke behandeling voor deze groep nodig is, staat de behandeling van problematisch middelengebruik bij mensen met LVG nog in de kinderschoenen. Een laag IQ vormt vaak een contra-indicatie voor behandeling in de verslavingszorg, terwijl middelengebruik vaak een contra-indicatie vormt voor de behandeling, begeleiding en het wonen en werken in de verstandelijk gehandicaptenzorg (Clerkx & Trentelman, 2007). De samenwerking verloopt nog teveel ad hoc. Professionals onderschatten of negeren psychische problemen of denken dat therapie niet werkt bij deze doelgroep. Behandelingssituaties als de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), verslavingszorg en VG-instellingen opereren meer naast dan samen met elkaar. Mensen met een verstandelijke beperking krijgen zelden (psycho)therapie aangeboden, omdat men, zoals eerder aangegeven, behandeling gebaseerd op cognitieve therapie vaak niet geschikt vindt voor mensen met LVG (Degenhardt, 2000; Mendel & Hipkins, 2002). Niettemin zijn met deze therapievorm positieve resultaten behaald (McCabe e.a., 2006; McGillivray e.a., 2008).

Volgens Degenhardt (2000) zou behandeling gericht moeten zijn op het stoppen van middelengebruik en niet op minderen. Waar de verslavingszorg normaal gesproken afhankelijk van de omvang en de functie van het gebruik inzet op minderen dus *minder drinken* als het om alcohol gaat, zou dit bij mensen met LVG niet haalbaar zijn. Een effectieve behandeling voor mensen met LVG begint met een duidelijke boodschap. Andere randvoorwaarden zijn: doelen stellen, korte en gestructureerde sessies, veel herhalen en veel samenvatten (Mannynsalo, 2009). Kwalitatief onderzoek laat zien dat de behandeling langer moet duren dan de standaardbehandeling. Deze zou bovendien rollenspellen moeten bevatten, om vaardigheden aan te leren die in het dagelijkse leven nodig zijn (McGillicuddy, 2006).

Aansluitend op bovengenoemde informatie benoemen praktijkdeskundigen de volgende aandachtspunten voor leren en veranderen bij mensen met LVG. Zien en doen werkt beter dan horen en begrijpen. Mensen met LVG leren sneller wanneer zij een eigen voordeel of eigen belang zien in de voorgestelde gedragsverandering. Zij leren beter wanneer de materie ze persoonlijk raakt. Het welbekende 'plaatje, praatje, daadje' is belangrijk, net als herhalen, een speelse benadering en enkelvoudige informatie geven. Gesprekken moeten een duidelijke kop en staart bevatten: wie doet wat wanneer, waar of hoe. Daarin sluit de begeleider aan op de denkstijl van iemand met een verstandelijke beperking. Dus zwart versus wit, winst versus verlies en ja versus nee. Maar misschien is de belangrijkste aanbeveling voor de praktijk dat professionals investeren in positief contact, geduld hebben en naast de persoon gaan staan in plaats van voor hem of haar (Roos, in Dijkstra & Bransen, 2010b).

Betekenis voor de LVG-instellingen

Op grond van het voorgaande zal duidelijk zijn dat gebruik van alcohol en drugs door mensen met LVG meer aandacht behoeft van de instellingen die hen zorg, behandeling en begeleiding bieden. Alcohol- en drugsgebruik leidt immers regelmatig tot forse problemen en gezien het verhoogde risico dat mensen met LVG lopen op schadelijke gevolgen van middelengebruik is ontmoediging en beperking van dit gebruik noodzakelijk. Deze conclusie is niet nieuw. Al een aantal jaren wordt vanuit de LVG-instellingen aandacht gevraagd voor het alcohol- en drugsgebruik van hun cliënten. Dat heeft geleid tot diverse samenwerkingsprojecten van verslavingszorg en LVG-organisaties. Zo wordt in bepaalde regio's (ervarings-)kennis over verstandelijke beperkingen en middelengebruik verzameld en gedeeld. Een ander voorbeeld is de ontwikkeling van een 'beste practice' voor LVG-instellingen gericht op beleidsontwikkeling en voorlichting en training van professionals: de eerder genoemde interventie Open en Alert. In 2009 is bovendien wetenschappelijk onderzoek gestart naar 1. de ontwikkeling van een betrouwbaar screeningsinstrument voor het vaststellen van middelengebruik bij mensen met LVG en 2. effectieve interventies voor LVG en middelengebruik (Van der Nagel & Kiewik, 2009).

Er zijn dus belangrijke ontwikkelingen in gang gezet in de verslavingszorg en de LVG-zorg. Echter, de grote vraag is hoe we de geboekte resultaten implementeren en borgen? Hoe creëren we blijvend draagvlak voor dit onderwerp binnen de instellingen? Hoe zorgen we ervoor dat een en ander niet alleen afhangt van enthousiaste medewerkers, aandachtsfunctionarissen die het 'erbij' moeten doen, maar bundelen we onze ervaring en kennis en houden we dit vast?

De beschikbaarheid van een Richtlijn Middelengebruik zou instellingen kunnen helpen bij het handen en voeten geven aan dit thema. De VOBC zou het initiatief willen nemen voor het opstellen van een dergelijke richtlijn voor het omgaan met middelengebruik bij de behandeling en begeleiding van jeugdigen met LVG in de Orthopedagogische Behandelcentra (OBC's). Implementatie van de richtlijn zou dan in samenwerking met de regionale instelling voor verslavingszorg kunnen plaatsvinden. Onderzoek naar de randvoorwaarden van een succesvolle implementatie van de reeds beschikbare 'best practices' is eveneens van belang en een belangrijke tweede stap die wij met elkaar moeten maken.

Literatuur

- Bransen, E., Schipper, H., Mutsaers, K., Haverman, M., & Blekman, J. (2008). *Aard en omvang van middelengebruik bij licht verstandelijk gehandicapte jongeren. Een eerste verkenning bij jongeren zelf en hun begeleiders*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Clerkx, M., & Trentelman, M. (2007). *Van Kei en Eik. Over de behandeling van verslaving bij volwassen mensen met een lichte verstandelijke handicap*. In: *Met het oog op behandeling. Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking van Didden, R., & Moonen, X. (2007)*. Amersfoort: Landelijk Kenniscentrum LVG & Expertisecentrum De Borg.
- Cocco, K.M., & Harper, D.C. (2002). Substance use in people with mental retardation: A missing link in understanding community outcomes? *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 46, 34-41.
- De Jong, C., Van der Nagel, J., Kiewik, M., & Kemna, L. (2009). *7th European Congress of Mental Health in Intellectual Disability. Presentatie 4 september 2009 (S106): Substance use and misuse in intellectual disability (SumID)*. Amsterdam.
- Degenhardt, L. (2000). Interventions for people with alcohol use disorders and an intellectual disability: A review of the literature. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 25, 135-146.
- Dijkstra, M., & Bransen, E. (2010). *Middelengebruik door volwassenen met een lichte verstandelijke beperking. Een verkennend onderzoek*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Dijkstra, M., & Bransen, E. (2010b). *Open en Alert. Handboek voor preventiewerkers*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Dowling, S., Hubert, J., White, S., & Hollins, S. (2006). Bereaved adults with intellectual disabilities: a combined randomized controlled trial and qualitative study of two community-based interventions. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 277-287.

- Embregts, P.J., & Gerits, L. (2007). *Emotionele Intelligentie en training van begeleiders. In: Met het oog op behandeling. Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking van Didden, R., & Moonen, X. (2007). Amersfoort: Landelijk Kenniscentrum LVG & Expertisecentrum De Borg.*
- Hilderink, I., & Bransen, E. (2010). *Voorkomen van problematisch middelengebruik door jongeren met een licht verstandelijke beperking. Een interventieprogramma. Utrecht: Trimbos-instituut.*
- Kaal, H.L., Van Ooyen-Houben, M.M.J., Ganpat, S., & Wits, E. (2009). *Een complex probleem. Passende zorg voor verslaafde justitiabelen met co-morbide psychiatrische problematiek en een lichte verstandelijke handicap. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum, Ministerie van Justitie.*
- Kepper, A., Veen, V., Monshouwer, K., Stevens, G., Drost, W., De Vroome, T., & Vollebergh, W. (2010). *Middelengebruik bij jongens in Justitiële Jeugdinstellingen. Het gebruik van tabak, alcohol, cannabis en harddrugs bij jongens met en zonder PIJ-maatregel. Utrecht: Universiteit Utrecht.*
- Kiewik, M., Van der Nagel, J., & Thijs, A.L. (2008). *Effectief omgaan met verslaving en middelenproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking. Enschede: Tactus Verslavingszorg.*
- Mannysalo, L. (2009). Forensic psychiatric perspective on criminality associated with intellectual disability: A nationwide register-based study. *Journal of Intellectual Disability Research, 53*, 279-288.
- McCabe, M.P., McGillivray, J.A., Newton, D.C. (2006). Effectiveness of treatment programmes for depression among adults with mild/moderate intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 50*, 239-247.
- McGillicuddy, N.B. (2006). A review of substance use research among those with mental retardation. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 12*, 41-47.
- McGillivray, J.A., McCabe, M.P., Kershaw, M.M. (2008). Depression in people with intellectual disability. An evaluation of a staff-administered treatment program. *Research in Developmental Disabilities, 29*, 524-536.
- McLaughlin, D.F. (2007). The experiences of professionals who care for people with intellectual disability who have substance-related problems. *Journal of Substance Use, 12*, 133-143.
- Melville, C.A., Cooper, S.A., Morrison, J., Finlayson, J., Allan, L., Robinson, N., Burns, E., & Martin, G. (2006). The outcomes of an intervention study to reduce the barriers experienced by people with intellectual disabilities accessing primary health care services. *Journal of Intellectual Disability Research, 50*, 11-17.
- Mendel, E., & Hipkins, J. (2002). Motivating learning disabled offenders with alcohol-related problems: a pilot study. *British Journal of Learning Disabilities, 30*, 153-158.
- Mutsaers, K., Blekman, J.W., & Schipper, H.C. (2007). *Licht verstandelijk gehandicapten en middelengebruik. Wat is er tot op heden bekend? Utrecht: Trimbos-instituut.*
- Nettelbladt, P., Goth, M., Bogren, M., & Mattisson, C. (2009). Risk of mental disorders in subjects with intellectual disability in the Lundby cohort 1947-97. *Nordic Journal of Psychiatry, 63*, 316-321.
- Ras, M., Woittiez, I., Van Kempen, H., & Sadiraj, K. (2010). *Steeds meer verstandelijk gehandicapten? Ontwikkelingen in vraag en gebruik van zorg voor verstandelijk gehandicapten 1998-2008. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.*
- Smits, A. (2008). *Beperkte kater? Onderzoek naar (de begeleiding en behandeling van) alcohol- en drugsmisbruik bij mensen met een verstandelijke beperking. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, Afdeling Orthopedagogiek.*
- Steenhuis, I.H.M., & Van der Poel, E. (2009). Alcohol- en drugsgebruik bij licht verstandelijk gehandicapte jongeren in de leeftijd van 15-25 jaar. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 64*, 66-78.
- Strauser, D.R. (2004). The relationship between working alliance and therapeutic outcomes for individuals with mild mental retardation. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 47*, 215-223.
- Taggart, L., McLaughlin, D., Quinn, B., & McFarlane, C. (2007). Listening to people with intellectual disabilities who misuse alcohol and drugs. *Health and Social Care in the Community, 15*, 360-368.
- Tenneij, N., & Koot, H. (2007). Doelgroep in beeld. Een onderzoek bij mensen met een lichte verstandelijke beperking en meervoudige complexe problematiek. In: R. Didden & X. Moonen (Red.), *Met het oog op behandeling. Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking. Amersfoort: Landelijk Kenniscentrum LVG & Expertisecentrum De Borg.*
- Van der Nagel, J., & Kiewik, M. (2009). *Nieuwsbrief SumID©, nummer 2. NISPA/Tactus/AveleijnSDT.*
- Van Laar, M.W., Cruets, A.A.N., Van Ooyen-Houben, M.M.J., Meijer, R.F., & Brunt, T. (2010). *Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2009. Utrecht: Trimbos-instituut.*

- Van Oorsouw, W.M.W.J., Embregts, P.J., Bosman, A.M.T., & Jahoda, A. (2009). Training staff serving clients with intellectual disabilities: A meta-analysis of aspects determining effectiveness. *Research in Developmental Disabilities, 30*, 503-511.
- Zielhuis, C., & Streng, T. (2010). *Alcohol- en drugsgebruik door cliënten met een verstandelijke beperking*. Amsterdam: Cordaan.
-