



## **Middelenproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking**

**Een inventarisatie in Nederland**



# Middelenproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking

## Een inventarisatie in Nederland

### Onderzoekers:

T. Krooshof, psycholoog i.o., Universiteit Twente  
Drs. M. Kiewik, orthopedagoog-generalist, AveleijnSDT  
Drs. J.E.L. van der Nagel, psychiater, Tactus Verslavingszorg

### Begeleiders:

Dr. M.E. Pieterse, onderzoeksbegeleider, Universiteit Twente  
H.C. Prenger MSc., onderzoeksbegeleider (2<sup>e</sup>), Universiteit Twente

Juni 2009



## Voorwoord

*"Mensen met een licht verstandelijke handicap doen meer mee in de maatschappij. Dat is een goede ontwikkeling, met helaas ook negatieve kanten, zoals de toename van risicogedrag," zegt Johan van Praet, bestuurder van AvelijnSDT in Twentsche Courant Tubantia. Volgens psychiater Joanneke van der Nagel van Tactus wordt het probleem onderschat. "We krijgen steeds meer vragen van instellingen over mensen met verstandelijke beperking."*

In de literatuur is weinig bekend over middelenproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking. De onderzoeken die er zijn komen vooral uit het buitenland. In Nederland zijn nog weinig gegevens voor handen over het voorkomen van alcohol- en drugsgebruik en misbruik binnen deze doelgroep. Hoe groot is het probleem nu eigenlijk?

*'Er is nog niet veel duidelijkheid over de omvang van deze problematiek', vertelt Marion Kiewik, projectleider Verslavingszorg en orthopedagoog-generalist binnen AvelijnSDT, 'Maar de indruk bestaat dat deze is toegenomen doordat steeds meer cliënten zelfstandiger wonen. Bovendien is de kennis en vaardigheid van het omgaan met middelengebruik vaak beperkt bij begeleiders.'*  
*Dat de licht verstandelijk gehandicapten minder in afgesloten tehuizen verblijven en meer in contact treden met de samenleving, heeft ook z'n nadelen, zegt van der Nagel, psychiater van Tactus Verslavingszorg: „Ze komen in contact met de boze buitenwereld, dus met drugs."*

Veel mensen met een verstandelijke beperking wonen niet meer buiten de samenleving. Zij participeren net als hun medemens midden in de samenleving. Hoe groot zijn de gevolgen van deze ontwikkeling en wat betekent dat voor de gehandicaptenzorg en verslavingszorg? Hoe gaan instellingen met de problematiek om? Hebben zij voldoende middelen om adequaat te kunnen reageren op de problematiek? Allerlei vragen die nog moeilijk zijn te beantwoorden. Dit onderzoek is bedoeld om informatie te leveren waardoor meer inzicht verkregen kan worden op het terrein van middelen en een verstandelijke beperking in Nederland.

Het onderwerp van deze scriptie heeft vanaf het begin mijn aandacht getrokken. Het beperkte inzicht van de huidige situatie rondom middelen bij verstandelijk beperkte mensen heeft juist mijn interesse opgewekt. Na enige research ben ik erg enthousiast geworden om dit onderzoek vorm te mogen geven. Om het onderzoek goed weg te kunnen zetten en uit te voeren heb ik ondersteuning mogen ontvangen binnen de gehandicaptenzorg, de verslavingszorg en op onderzoeksgebied binnen de Universiteit.

Ik wil dan ook graag mijn begeleiders binnen AveleijnSDT en Tactus Verslavingszorg, respectievelijk Marion Kiewik en Joanneke van der Nagel, bedanken voor hun inzet, geduld, enthousiasme en bijdrage aan het ontstaan van deze scriptie. Ook een dankwoord voor mijn begeleiders aan de Universiteit Twente, Marcel Pieterse en Rilana Prenger, voor hun kritische blik en het feit dat ze ervoor zorgden dat ik steeds weer terugkwam op de hoofdweg tot de uiteindelijke vorming deze scriptie. Tot slot een uiting vol lof voor mijn omgeving (vrienden, familie en vriendin) voor alle bemoedigende en enthousiasmerende woorden die mij energie en inspiratie gaven.

# Inhoudsopgave

<u>Samenvatting</u>	7
<u>Hoofdstuk 1: Inleiding</u>	
1.1. Onderzoeksaanleiding	8
1.2. Doelstelling onderzoek	8
1.2.1. Project SumID©	9
<u>Hoofdstuk 2: Middelenproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking</u>	
2.1. Alcohol en drugs gebruik	10
2.1.1. Nederlandse bevolking	10
2.1.2. Mensen met een verstandelijke beperking	11
2.2. Kenmerken bij middelenproblematiek en een verstandelijke beperking	12
2.3. Omgaan met middelen(problematiek)	13
2.4. Probleemstelling	15
<u>Hoofdstuk 3: Methode van onderzoek</u>	
3.1. Inleiding	17
3.2. Onderzoekspopulatie	17
3.3. Instrument	17
3.4. Procedure	19
3.5. Begrippen	20
3.6. Ethische aspecten	20
3.7. Analyse	21
<u>Hoofdstuk 4: Resultaten</u>	
4.1. Algemene gegevens	22
4.2. Prevalentie	24
4.3. Casuïstiek	27
4.3.1 Algemene gegevens	27
4.3.2 Middelengebruik	29
4.4. Omgaan met middelen(problematiek)	32

<u>Hoofdstuk 5: Conclusie &amp; Discussie</u>	
5.1 Prevalentie	36
5.2 Risicofactoren	39
5.3 Omgaan met middelen(problematiek)	40
<u>Hoofdstuk 6: Aanbevelingen</u>	42
<u>Referenties</u>	44
Bijlage Quickscan	

## Samenvatting

Dit is een afstudeeronderzoek naar alcohol- en drugsproblematiek bij zwakbegaafde en licht verstandelijk beperkte cliënten binnen gehandicapteninstellingen in Nederland.

Het doel van het onderzoek is om een beter beeld te krijgen rondom het voorkomen van middelengebruik en problematiek, kenmerken van mensen die middelen misbruiken en de wijze waarop instellingen omgaan met de problematiek. Er zijn vragenlijsten verspreid over alle instellingen aangesloten bij de VGN (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland) in Nederland. Uiteindelijk is van ongeveer een kwart van deze instellingen informatie verzameld.

De onderzoeksgroep lijkt in vergelijking met de Nederlandse bevolking minder alcohol te gebruiken en daar ook minder problemen van te ondervinden. Het gebruik van softdrugs en harddrugs en de daarbij horende problematiek lijkt echter hoger te liggen.

De belangrijkste bevindingen van casuïstiekonderzoek zijn dat de beschreven cliënten binnen de instellingen die middelen misbruiken (n=102) vooral van het mannelijke geslacht zijn (87%), een leeftijd van tussen de 21 en 30 jaar hebben (38,2%) en buiten het instellingsterrein in een appartement wonen (38,3%). Bij 47% van de cliënten is naast de verstandelijke beperking ook sprake van een psychiatrische stoornis. Ook is er bij 47% sprake van medicatiegebruik. Alcohol is het meest gebruikte middel, binnen de licht verstandelijk beperkte groep wordt vaker alcohol gebruikt dan binnen de zwakbegaafde groep (87 versus 56%). Het softdrugs gebruik ligt voor beide groepen op 50%. Harddrugs worden vooral door zwakbegaafde cliënten gebruikt 22% versus 6% binnen de licht verstandelijk beperkte groep.

De instellingen maken van verschillende interventies gebruik voor de behandeling of begeleiding van cliënten waarbij sprake is van middelenmisbruik. Uit het onderzoek kwam naar voren dat interventies gericht op monitoren van gedrag en afspraken rondom gedrag het effectiefst bleken. Samenwerking tussen verslavingszorg en gehandicaptenzorg is nodig om interventies op het gebied van middelenproblematiek beter toe te spitsen op de licht verstandelijk en zwakbegaafde doelgroep.

Vooraf was al duidelijk dat het onderzoek vooral een exploratief karakter zou hebben. Op basis van deze insteek heeft het onderzoek relevante en interessante resultaten opgeleverd. Echter om een beter beeld te krijgen van de huidige situatie in Nederland, om data beter met elkaar te kunnen vergelijken en om aanbevelingen over interventies te kunnen doen is verder onderzoek binnen ons land gewenst.

## 1. Inleiding

### 1.1 Onderzoeksaanleiding

Middelenproblematiek komt veelvuldig voor in de algemene populatie, zo meldt het RIVM dat ongeveer 10% van de Nederlanders voldoet aan criteria voor probleemdrinker. Maar ook bij mensen met een verstandelijke beperking is middelenmisbruik een veelvoorkomend probleem. Helderheid over de omvang van deze problematiek is er nauwelijks, maar wel bestaat de indruk dat deze met de extramuralisatie van de verstandelijk gehandicapten sector (VG-sector) is toegenomen (Lottman, 1993; McGillicuddy, 2006). Middelengebruik bij cliënten in de VG sector leidt regelmatig tot handelingsverlegenheid. Middelenmisbruik wordt vaak pas door hulpverleners ontdekt of herkend wanneer forse psychologische, medische of sociale consequenties zich voordoen (Westermeyer, Kemp & Nugent, 1996). Bij begeleiders is kennis van en vaardigheid in omgaan met cliënten met middelengebruik beperkt. Daarbij zijn er vaak zorgen over de consequenties van middelengebruik voor de directe omgeving van gebruikende cliënt.

In Nederland is er tot op heden weinig onderzoek gedaan naar alcohol en drugsgebruik bij mensen met een verstandelijke beperking. Het merendeel van internationaal onderzoek beperkt zich tot het in kaart brengen van problematiek in specifieke populaties van beperkte omvang (McGillicuddy, 2006; Mutsaers, Blekman & Schipper, 2007). Een klein gedeelte richt zich op de etiologie, preventie of behandeling van alcohol of drugsgebruik van deze populatie (Paxon, 1995; Christian en Poling, 1997).

### 1.2 Doelstelling onderzoek

AveleijnSDT, Tactus Verslavingszorg en de Universiteit Twente willen met het onderzoek een inventarisering maken van de prevalentie van middelenproblematiek bij licht verstandelijk beperkten en zwakbegaafden. Het betreft cliënten die zorg ontvangen van instellingen binnen de gehandicaptenzorg. Verder richt het onderzoek zich op risicofactoren voor het ontstaan van middelenmisbruik bij deze doelgroep en de wijze waarop de instellingen met deze problematiek omgaan. Analyse van de beschreven cliëntfactoren, problematiek en interventies geven waardevolle informatie over middelengerelateerde problematiek zoals deze zich in de dagelijkse praktijk aandient.



### 1.2.1. Project SumID©

Het onderzoek is onderdeel van het Project SumID©, wat staat voor “Substance Use and Misuse in People with Intellectual Disabilities”, onderzoekslijn binnen het NISPA (Nijmegen Institute for Scientific Practitioners in Addiction), Radboud Universiteit Nijmegen. Een promotietraject van drs. M. Kiewik (projectleider Verslavingszorg en orthopedagoog-generalist binnen AvelijnSDT) en drs. J.E.L. van der Nagel (psychiater binnen Tactus Verslavingszorg).

## **2. Middelenproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking**

*Het onderwerp is interessant voor onderzoekers omdat er steeds meer mensen met een verstandelijke beperking onafhankelijk binnen de gemeenschap leven (Christian & Poling, 1997).*

Dit hoofdstuk geeft informatie over resultaten uit eerder onderzoek op het gebied van middelen bij mensen met een verstandelijke beperking. Het betreft voornamelijk onderzoeken die buiten ons land hebben plaatsgevonden. Dit is een belangrijk gegeven aangezien de wijze waarop landen omgaan met middelen verschillend is. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het soft- en harddrugsbeleid binnen een land.

In paragraaf 2.1 wordt stilgestaan bij de prevalentie van alcohol- en drugsgebruik in het algemeen en bij mensen met een verstandelijke beperking. Paragraaf 2.2 richt zich op onderzoeken die informatie geven over de risicofactoren voor het misbruik van middelen. Paragraaf 2.3 richt zich op de wijze waarop met de problematiek wordt omgegaan en ten slotte wordt in paragraaf 2.4 helder welke probleemvragen voor het onderzoek uit de beschikbare informatie zijn ontstaan.

### **2.1 Alcohol- en drugsgebruik**

#### **2.1.1 Nederlandse bevolking**

Volgens het RIVM dronk in 2007 81% van de bevolking alcohol. Ongeveer 10% van de Nederlanders tussen 16-69 jaar voldeed in 2004 aan de criteria voor probleemdrinker. Hiervan was 17% man versus 4% vrouw.

In een rapport van het Trimbos-instituut (2007) over drugsgebruik in Nederland wordt vermeld dat in de leeftijdsgroep van 15-64 jaar de prevalentie van 'life-time' softdrugs gebruik in 2005 22,6% bedraagt. Het actuele gebruik voor 2005 was 5,4%. Het percentage problematisch gebruik stond niet vermeld, wel werd er gezegd dat in 1996 0,5% mensen verslaafd waren aan softdrugs. Cannabisgebruik is het hoogst in de leeftijdsgroep van 20 tot en met 24 jaar.

Het percentage mensen in de leeftijdsgroep van 15-64 jaar dat ooit harddrugs heeft gebruikt was in 2005 4,3% voor XTC en 3,4% voor cocaïne. Het actuele gebruik was voor diezelfde groep in 2005 1,2% voor XTC en 0,6% voor cocaïne. Het problematisch gebruik van harddrugs had in 2001 een percentage van 0,3% (Trimbos-instituut, 2007).

### 2.1.2 Mensen met een verstandelijke beperking

*Er is weinig literatuur bekend die zich richt op het inventariseren van gebruik en misbruik van middelen bij mensen met een verstandelijke beperking, en welke invloed dit heeft op deze populatie (Huxley, Copello, & Day, 2005).*

Mensen met een verstandelijke beperking worden steeds succesvoller geholpen om deel te nemen aan verschillende bezigheden binnen hun lokale omgeving, hierdoor is de kans groter om betrokken te worden bij het gebruik van alcohol en andere middelen. Mensen met een verstandelijke beperking kunnen alcohol en/of (illegale) drugs zien als een methode om erbij te willen horen, zich geaccepteerd te voelen, 'normaal' te zijn (Christian & Poling, 1997; Degenhardt, 2000; Taggart et al., 2006). Ook kan het zijn dat ze als reactie op de stressoren van het leven in een gemoderniseerde cultuur alcohol gebruiken als copingmechanisme of als middel om stress te verminderen. (McGillicuddy & Blane, 1999; Taggart et al., 2006).

Het onderzoek dat gedaan is op het gebied van alcohol en drugs gebruik, is vooral gericht op cijfers, gerapporteerd middels een survey methode. In bijna alle studies wordt het substantiegebruik van de verstandelijk beperkte groep vergeleken met de niet verstandelijke beperkte populatie.

Het gebruik van middelen door mensen met een verstandelijke beperking lijkt lager te liggen dan het gebruik door de 'algemene' en psychiatrische populatie. De groei van middelenmisbruik in de algemene en psychiatrische populaties is echter ook terug te zien in een groeiende trend bij verstandelijk beperkte mensen. (Annond & Ruf, 1998; Degenhardt, 2000; Burgard et al., 2000; Taggart et al., 2006).

Ook Edgerton (1986) vond bij etnografisch onderzoek dat mensen met verstandelijke beperkingen minder alcohol en drugs gebruikten dan mensen zonder verstandelijke beperkingen. Belangrijke vaststelling was evenwel dat van de mensen die drugs gebruikten ongeveer één derde werd gelabeld als drugmisbruiker.

Door medewerkers van relevante diensten (instellingen voor verstandelijk beperkte mensen en instellingen voor gezondheidsproblemen waar verslaving wordt behandeld) in Noord-Ierland werden 67 volwassen personen (naar schatting ongeveer 0,8% van totale populatie) met verstandelijke beperkingen geïdentificeerd als 'drugmisbruikers' (Taggart et al., 2006).

In Nederland vond Smits (2008) bij een zorginstelling voor mensen met een verstandelijke beperking een prevalentie van middelenmisbruik bij cliënten met een licht verstandelijke beperking van 2,2% en bij zwakbegaafde cliënten van 4,7%.

Er blijkt verschil te zitten tussen de gerapporteerde prevalentie cijfers bij mensen met een verstandelijke beperking. Er is sprake van enig bewijs dat de prevalentie van alcoholgebruik bij mensen met een verstandelijke beperking lager is dan bij mensen zonder verstandelijke beperking. Dit is mogelijk te wijten aan het feit dat de leeftijd waarop verstandelijk beperkte mensen beginnen met alcohol gebruik hoger ligt dan bij mensen zonder verstandelijke beperking. Ondanks dat de prevalentie cijfers lager zijn bij deze doelgroep, zijn de hoeveelheid problemen bij drinkers met een verstandelijke beperking groter (Degenhardt, 2000). McGillicuddy & Blane (1999) stellen dat 50% van de personen met verstandelijke beperkingen die alcohol gebruiken kunnen worden gelabeld als 'misbruikers' (algemene bevolking 12%). Dit suggereert dat verstandelijk beperkte mensen een lagere drempel voor alcohol gerelateerde problemen hebben dan de niet verstandelijk beperkte populatie (Westermeyer et al., 1996).

Kleine hoeveelheden alcohol en drugs kunnen grote en snelle gevolgen hebben, waarbij ondermeer te denken valt aan stemmingswisselingen, agressief gedrag, criminaliteit, suïcidale gedachten en financiële, fysieke, psychologische en seksuele uitbuitingen (McGillicuddy, 2006; Taggart et al., 2006).

## **2.2 Kenmerken bij middelenproblematiek en een verstandelijke beperking**

Taggart et al. (2006) verspreidde een vragenlijst bij relevante diensten (instellingen voor verstandelijk beperkte mensen en instellingen voor gezondheidsproblemen waar verslaving wordt behandeld) in Noord-Ierland. Er werden 67 gebruikers van middelen en daarbij gerelateerde problemen gevonden. Alcohol was het middel dat het meest gebruikt werd. Bij 20% van de onderzoekspopulatie was sprake van illegaal drugsgebruik in combinatie met voorgeschreven medicatie. Risicofactoren voor het ontwikkelen van middelenproblematiek waren het hebben van het mannelijke geslacht (61,2%), een jonge leeftijd (23,9% tussen de 21 en 30 jaar), een borderline persoonlijkheidsstoornis / licht verstandelijke beperking, zelfstandig wonen (44,8%) en het hebben van geestelijke gezondheidsproblemen.

In Nederland vond Smits (2008) binnen een zorginstelling voor verstandelijk beperkte mensen 30 cliënten waarbij sprake was van middelenmisbruik. Bij 29 van de 30 gevallen ging het hierbij om alcoholmisbruik. Bij negen cliënten was er sprake van zowel alcohol-

als drugsgebruik. Van de 30 cliënten bleek het grootste gedeelte man (93%), tussen de 20 en 29 jaar (37%), wonend in een zelfstandige setting met ambulante begeleiding (63%) en met werk/dagbesteding (87%). Bij 63% was naast het misbruik sprake van medicatiegebruik en bij 57% was sprake van bijkomende psychiatrische stoornissen waarbij ADHD het vaakst voorkwam.

Vaak is er sprake van drievoudige problematiek, namelijk een verstandelijke beperking, psychische problemen en middelenmisbruik. Dit maakt het begeleiden ingewikkeld (Taggart et al., 2007). Psychiatrische stoornissen komen vaker voor bij mensen met een verstandelijke beperking dan bij de niet verstandelijk beperkte populatie. Het samengaan van middelenmisbruik en psychiatrische stoornissen heeft sterke negatieve consequenties voor de behandeling. De co-morbiditeit leidt tot meer en ernstige symptomen, therapieontrouw en een vergrote kans op terugval. Middelen hebben bij verstandelijk beperkte mensen een grotere invloed op de gezondheid, omdat er naast de verstandelijke beperking regelmatig sprake is van medische problemen en het gebruik van (gedragsbeïnvloedende) medicatie. Gedragsbeïnvloedende medicatie kan op zichzelf al verslavend zijn en de werking van medicatie kan beïnvloed worden door het gebruik van alcohol en drugs (Christian & Poling, 1997; Degenhardt, 2000; McGillivray & Moore, 2001; Taggart et al., 2006).

### **2.3 Omgaan met middelen(problematiek)**

*Er is behoefte aan training voor mensen die werken met verstandelijk beperkte mensen, zowel in de gezondheidszorg als in de verslavingszorg (Clarke, 1999).*

Volgens McGillicuddy (2006) ontvangen mensen met een beperking niet de service die het beste bij hun past. Ondanks dat er enkele behandelingsprogramma's zijn ontwikkeld voor het behandelen van mensen met een lichte verstandelijke beperking, is er weinig empirische aandacht bij het ontwikkelen en/of evalueren van preventie- of behandelingsprogramma's voor deze doelgroep.

Cognitieve methoden voor herstel waren zelden effectief bij mensen met een licht verstandelijke beperking (IQ 50-70). Methoden die wel effectief bleken waren residentiële plaatsingen, betrokkenheid van familie of anderen, gesuperviseerde disulfiram therapie, supervisie van enkele maanden tot een paar jaar, dagprogramma's en

avondprogramma's met speciale groepen of activiteiten voor verstandelijk beperkte cliënten, monitoren voor een jaar of langer en voor een langere termijn aandacht eraan besteden. Disulfiram was vooral bruikbaar vanwege de snelle negatieve effecten bij gebruik in combinatie met alcohol (Westermeyer et al., 1996).

McGillicuddy & Blane (1999) ontwikkelden twee interventies om mensen met een verstandelijke beperking de gevaren van sigaretten, alcohol en illegale drugs te leren en hen gedrag aan te leren om beter om te gaan met risicovolle situaties waarbij alcohol of drugs in het spel zijn. De interventies werden aangeboden in kleine groepen (n=7). De eerste interventie was gericht op assertiviteitsvaardigheden en de tweede op het leren om te gaan met nieuwe sociale situaties en hoe zich hierbij te gedragen. De twee interventies resulteerden in meer kennis over sigaretten, alcohol en illegale drugs, en elk programma resulteerde in verbetering van vaardigheden op die gebieden waarbij mensen met een verstandelijke beperking meestal tekort komen. Bij geen van beide interventies werd echter een blijvend effect aangetoond.

Er is over het algemeen weinig onderzoek gedaan naar de effecten van behandeling gericht op alcohol- en drugsgebruik bij mensen met een verstandelijke beperking (McGillicuddy, 2006). Taggart, McLaughlin, Quinn, & McFarlane (2007) deden door middel van interviews onderzoek bij 10 mensen met een verstandelijke beperking waarvan geacht werd dat men alcohol of drugs misbruikte. Alle gebruikers gaven aan voornamelijk geholpen te worden door instellingen binnen de gehandicaptenzorg. Zeven van de tien gebruikers kwam ook in aanraking met instellingen binnen de verslavingszorg. De service die ze binnen deze instellingen kregen werden als negatief ervaren. Instellingen binnen de gehandicaptenzorg en binnen de verslavingszorg moeten doeltreffender gaan werken om adequaat op deze doelgroep te kunnen reageren.

## 2.4 Probleemstelling

Mensen met een verstandelijke beperking participeren net zoals de niet verstandelijk beperkte bevolkingsgroep binnen de maatschappij. Alcohol en drugsgebruik komen bij beide groepen voor. Dat het percentage gebruik en misbruik bij de verstandelijk beperkte groep lager lijkt dan bij de niet verstandelijk beperkte groep, wil niet zeggen dat de problemen daardoor ook kleiner zijn. Verschillende onderzoeken vonden dat ondanks dat de prevalentie van gebruik en misbruik lager lag bij mensen met een verstandelijke beperking maar dat de problemen van de gebruiker groter waren (Degenhardt, 2000; McGillicuddy & Blane 1999). Omdat er naast de verstandelijke beperking en middelenmisbruik regelmatig sprake is van psychische problemen maakt dit het begeleiden van deze cliënten erg moeilijk (Taggart et al., 2007).

Onderzoeken als die van Taggart (2006) in Noord-Ierland en Smits (2008) in Nederland laten overeenkomsten zien tussen de kenmerken van verstandelijk beperkte mensen die middelen misbruiken (mannelijk geslacht, jonge leeftijd, zelfstandige woonsetting en het hebben van geestelijke problemen). Interessant is om te kijken welke kenmerken uit dit onderzoek voortvloeien en in hoeverre deze overeenkomen.

Uit de literatuur komt naar voren dat de hoeveelheid onderzoek naar middelenproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking beperkt is. De onderzoeken die gedaan zijn komen voornamelijk uit het buitenland. In Nederland is alleen door Smits (2008) onderzoek gedaan, maar dat was echter binnen 1 instelling. Er is nog geen onderzoek verricht onder meerdere zorginstellingen voor verstandelijk beperkte mensen. Dit onderzoek is opgezet om een beter beeld te krijgen van het voorkomen van middelengebruik en problematiek, kenmerken van mensen die middelen misbruiken en de wijze waarop instellingen omgaan met de problematiek.

De vragen waarop het onderzoek antwoord wil zien te krijgen worden hieronder één voor één opgesomd:

- Wat is de prevalentie van het gebruik en problematisch gebruik van middelen onder zwakbegaafden en licht verstandelijk beperkten bij gehandicapteninstellingen aangesloten bij de VGN in Nederland? (wat is het aantal cliënten dat gebruikt en dat problematisch gebruikt?)
- Wat zijn risicofactoren voor licht verstandelijke en zwakbegaafde cliënten om te komen tot middelenmisbruik? (o.a. heeft de cliënt een psychiatrische stoornis?)

gebruikt de cliënt medicatie? wat is de woonsituatie van de cliënt? hoe worden de interventies ervaren?

- Hoe wordt binnen gehandicapteninstellingen in Nederland ingeschat hoe men met de problematiek moet omgaan? (hoe wordt de deskundigheid op dit gebied binnen de instellingen geschat? wordt er samengewerkt met andere instanties? bestaat er beleid die zich richt op de problematiek?)



## **3 Methoden van onderzoek**

### **3.1 Inleiding**

Het onderzoek heeft plaatsgevonden onder alle bij de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) aangesloten instellingen die verstandelijk beperkte cliënten onder hun clientèle hebben. Er is gekozen voor een zo breed mogelijke inventarisatie in Nederland en daarom is gebruik gemaakt van de contactgegevens van de overkoepelende VGN.

De instellingen zijn verspreid over het hele land en verschillen voornamelijk qua omvang en mate van verstandelijk beperkte mensen. De instellingen werden door middel van briefverkeer uitgenodigd om deel te nemen aan deze inventarisatie van middelengebruik.

### **3.2 Onderzoekspopulatie**

Alle instellingen die aangesloten zijn bij de VGN zijn benaderd voor deelname aan het onderzoek. Het onderzoek richt zich op de licht verstandelijk beperkte (IQ 50-70) en zwakbegaafde (IQ 70-85) groep mensen binnen deze instellingen. Deze twee cognitieve niveaus binnen de verstandelijk beperkte populatie lijkt door de extramuralisatie het meest in aanraking te komen met alcohol en drugs. Om een beter beeld te krijgen van deze doelgroep zijn verschillende variabelen op het gebied van prevalentie, risicofactoren en organisatiekenmerken ingezet.

### **3.3 Instrument**

Het onderzoek is uitgevoerd met behulp van een vragenlijst die in totaal 87 vragen bevat. De vragenlijst is weggezet onder de noemer Quickscan. Door middel van 3 verschillende niveaus binnen de vragenlijst werden de instellingen gevraagd om een indicatie te geven van de situatie binnen hun setting. Het eerste niveau was gericht op de prevalentie van de middelenproblematiek binnen de instelling, het tweede niveau richtte zich op de kenmerken van de gebruiker (casuïstiek) en het laatste niveau concentreerde zich op de wijze waarop instellingen met de problematiek omgingen. Het doel van de Quickscan was om op korte termijn een beeld te krijgen van de middelenproblematiek binnen Nederland.

### *Prevalentie*

In het eerste gedeelte van de Quickscan werd de prevalentie van middelenproblematiek op instellingsniveau bepaald door middel van 21 vragen. De vragen waren gericht op de 'lifetime' prevalentie, de actuele (2008) prevalentie en de prevalentie van problematisch gebruik van respectievelijk alcohol en drugs. Drugs werd onderverdeeld in soft- en harddrugs. Om deze cijfers te kunnen berekenen werden ook vragen gesteld gericht op het totale aantal cliënten binnen de instelling en het percentage zwakbegaafde en licht verstandelijk beperkte cliënten. De overige vragen binnen dit gedeelte waren in de richting van de woonsituatie van deze cliënten, de bronnen die men had gebruikt voor het schatten van de prevalentie en het zekerheidspercentage van die geschatte prevalentie.

### *Risicofactoren*

Het tweede gedeelte van de vragenlijst bestond uit vragen met als doel kenmerken te verzamelen van cliënten die middelen gebruiken. De instellingen zijn gevraagd om de laatste vijf gemelde gevallen van middelenmisbruik te beschrijven en om de anonimiteit te waarborgen hoefde geen naam ingevuld te worden. In totaal bestond een casus uit 11 vragen. De vragen hadden een gesloten karakter. Er werd onder andere gevraagd naar leeftijd, het cognitieve niveau, woonsituatie, aanwezigheid van psychiatrische stoornissen, medicatiegebruik en soort middelgebruik. Aan het eind van het casuïstiekgedeelte werd gevraagd of men de interventies die men hanteert bij het behandelen en/of begeleiden van cliënten die middelen misbruiken wilde beschrijven en beoordelen.

### *Omgang met middelenmisbruik*

Het laatste gedeelte van de vragenlijst, bevatte 7 vragen die bedoeld waren om zicht te krijgen op de wijze waarop binnen de instellingen wordt omgegaan met middelenmisbruik. Er werd gevraagd naar het bestaan van beschreven beleid of een protocol op het gebied van middelenmisbruik om adequaat op de problematiek te kunnen reageren, het binnen de instelling aanwezig zijn van voldoende deskundigheid betreffende middelenmisbruik en het bestaan van samenwerkingsverbanden met andere instanties betreffende middelenmisbruik?

### *Pretest*

Het instrument is door de onderzoeksbegeleider van de Universiteit Twente, enkele medewerkers van AveleijnSDT en enkele medewerkers van Tactus Verslavingszorg gescreend op gebruiksvriendelijkheid, inhoud en kwaliteit. Aan de hand van deze screening is er uiteindelijk een definitieve vragenlijst tot stand gekomen.

### **3.4 Procedure**

Het onderzoek is uitgevoerd door het uitzetten van de Quicksan. Deze is in totaal naar 153 instellingen verstuurd. Hij kwam middels het algemene postadres bij de gehandicapteninstellingen binnen. Op de site van de VGN was er aan het onderzoek al aandacht geschonken door middel van een daar geplaatst artikel. In het begeleidend schrijven is naar dit artikel gerefereerd om de instellingen meer informatie te bieden over het onderzoek. Van te voren was moeilijk in te schatten wie binnen een instelling het meest adequaat antwoord kon geven op de vraagstellingen binnen de vragenlijst. Deze keuze is daarom aan de instelling zelf overgelaten. De instelling werd middels een begeleidend schrijven en een invulinstructie gevraagd om in te schatten wie binnen hun instelling het meest geschikt was om de vragenlijst in te vullen. Hierbij kon gedacht worden aan behandelaars, leidinggevenden, gedragswetenschappers, beleidsmedewerkers of anderen.

De vragenlijst kon op papier of digitaal ingevuld worden. De link naar de digitale vragenlijst was bij elk contact met de instelling in het begeleidend schrijven toegevoegd. Drie weken na het eerste contact werden de instellingen door middel van een herinneringsmail, verzonden naar het 'info' e-mailadres van de instelling, herinnerd aan het onderzoek. Drie weken na de eerste herinnering werden de non-respondenten wederom herinnerd aan het onderzoek, ditmaal door middel van een brief naar het postadres van deze instellingen. Aan het eind van de responsperiode, na wederom drie weken, werden de non-respondenten telefonisch benaderd met hetzelfde verzoek.

### 3.5 Begrippen

Enkele begrippen die in de vragenlijst gehanteerd werden behoeven extra uitleg.

De termen *licht verstandelijke beperking* en *zwakbegaafdheid*

Voor de vaststelling van het verstandelijke niveau is de niveau-indeling van Kraijer en Plas (2006) gehanteerd. Zij zijn de auteurs van het handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid. Binnen dit handboek gaat men uit van de volgende indelingen op intelligentiecoëfficiënten: zwakbegaafdheid (IQ 70-85), licht verstandelijk beperkt (IQ 50-70), matig verstandelijk beperkt (IQ 35-50), ernstig verstandelijk beperkt (IQ 20-35), diep verstandelijk beperkt (IQ<20).

Met *problematisch middelengebruik* wordt bedoeld: het gebruik van een middelen op zo'n manier dat hierdoor lichamelijke, psychische of sociale problemen ontstaan. Problematisch gebruik is niet altijd verslaving. "Misbruik" is een vorm van problematisch gebruik waarbij geen sprake is van verslaving. Het verschil met verslaving is dat er bij verslaving sprake is van afhankelijkheid.

Onder *harddrugs* wordt verstaan de drugs op lijst I van de Opiumwet. Deze drugs vormen een onaanvaardbaar risico voor de volksgezondheid. Tot de harddrugs horen bijvoorbeeld heroïne, cocaïne, speed, paddo's, XTC, crack, en amfetamine. Onder *softdrugs* wordt de drugs verstaan op lijst II van de Opiumwet, met name cannabis. Drugs met minder risico voor de volksgezondheid dan de harddrugs op lijst I van de Opiumwet.

De zo juist besproken begrippen zijn vastgesteld op grond van informatie van Tactus, verslavingszorg.

### 3.6 Ethische aspecten

Bij het benaderen van de instellingen is aangegeven dat antwoorden strikt vertrouwelijk in behandeling worden genomen. De vragenlijsten zijn alleen inzichtelijk voor leden van de onderzoekscommissie en zullen na afronding van het onderzoek geanonimiseerd worden opgeslagen.

### **3.7 Analyse**

De verschillende onderdelen binnen de vragenlijst (prevalentie, risicofactoren en omgaan met de problematiek) zijn op kwantitatieve wijze in kaart gebracht. Hierbij werd gebruik gemaakt van frequentieverdelingen en correlaties om de resultaten overzichtelijk weer te geven. Voor het kwantitatieve gedeelte van het onderzoek is gebruik gemaakt van het softwareprogramma SPSS (Statistical Products and Service Solutions), versie 16.0.

De geschatte prevalentie binnen de zwakbegaafde en licht verstandelijk beperkte doelgroep is berekend door het aantal 'lifetime'- en actuele gebruikers (2008) en problematische gebruikers te delen door de zwakbegaafde en licht verstandelijk beperkte populatie. Om de validiteit van de prevalentie te vergroten was in de Quicksan een vraag toegevoegd die het doel had om inzichtelijk te maken in hoeverre men met zekerheid deze cijfers bepaalde. Ook is gekeken of de prevalentie correleert met het percentage waarop men deze met zekerheid schat. Een variabele die ook als doel heeft meer informatie te geven over de prevalentie richt zich de bronnen die men inzet voor het verhalen van de gegevens.

In het casuïstiekgedeelte wordt een analyse gemaakt van de cliënt die middelen misbruikt. Hiervoor worden een aantal variabelen ingezet: geslacht, leeftijd, cognitie, woonsituatie, medicatiegebruik, psychiatrische stoornis, dagelijkse bezigheid, middelgebruik en interventiegebruik. De leeftijd is bij het analyseren van de gegevens verdeeld in klassen om vergelijking met ander onderzoek (Taggart 2006, Smits 2008) mogelijk te maken. Voor het indelen van de psychiatrische stoornissen is gebruikt gemaakt van de DSM-IV classificatie. Op grond van de hier bovengenoemde variabelen is een algemeen geschetst van de cliënt die misbruikt en is een profiel gemaakt op grond van het middel dat men gebruikt.

#### *Missing values*

Als er sprake was van een missende waarde op een variabele dan is deze niet meegenomen bij het bepalen van de frequenties of gemiddelden. Hierdoor zijn er verschillende aantallen (n) ontstaan die als basis dienden voor berekeningen van gemiddelden.

## **4. Resultaten**

Hoofdstuk vier bevat de resultaten die verkregen zijn door het analyseren van de binnengekregen vragenlijsten. In het eerste gedeelte, paragraaf 4.1, worden de algemene instellingsgegevens van de participerende instellingen beschreven. Paragraaf 4.2 geeft de cijfers weer van de inventarisatie van de prevalentie van alcohol, softdrugs en harddrugs binnen de onderzoeksgroep. Ook komt het problematische gebruik van deze groep binnen de instellingen aan bod. In paragraaf 4.3 wordt het casuïstiekgedeelte van het onderzoek nader weergegeven. En tot slot wordt hier nader ingegaan op de interventies die instellingen hebben toegepast bij de behandeling en/of begeleiding van cliënten die middelen misbruiken.

### **4.1 Algemene gegevens**

Van de 153 aangeschreven instellingen hebben 76 gereageerd; 11 instellingen gaven aan geen verstandelijk beperkte mensen onder hun cliëntèle te hebben, 4 instellingen gaven aan geen middelenproblematiek binnen hun instelling te hebben, 4 instellingen gaven aan geen registratiesysteem te hebben en 15 organisaties gaven een andere reden op voor het niet participeren binnen het onderzoek.

In totaal zijn er 42 vragenlijst geretourneerd waarvan 3 vragenlijsten onbruikbaar waren. Uiteindelijk is informatie verzameld door het analyseren van 39 vragenlijsten, een percentage van 27,5% (uitgaande van 142 instellingen die verstandelijk beperkte cliënten onder hun cliëntèle hebben).

De 39 instellingen hebben in totaal informatie geleverd over ongeveer 25.000 cliënten waar zij zorg aan leveren. Van de totale cliëntenpopulatie is gemiddeld 17,5% zwakbegaafd en 25,5% licht verstandelijk beperkt. De instellingen zijn verdeeld over het hele land. 29,0 % van de instellingen heeft een vestiging in het westen 30,4 % in het oosten, 27,6 % in het zuiden en 13,0 % in het noorden van Nederland. De instellingen zijn het meest vertegenwoordigd in Zeeland (6), Noord-Holland (6) en Overijssel (6). Een verschil tussen de instellingen is de hoeveelheid cliënten waaraan men zorg verleent. Zoals in tabel 1 valt af te lezen hebben de meeste instellingen tussen de 100 en 500 cliënten, en 63,1% van de participerende instellingen heeft cliëntèle tot maximaal 500 cliënten.

Tabel 1. *Verdeling instellingen naar omvang totaal cliëntenbestand*

Omvang cliëntenbestand	n	%
0-100	11	28,9
101-500	13	34,3
501-1000	7	18,4
>1000	7	18,4
Totaal	38	100

NB: Van 1 instelling werd de omvang niet vermeld

De functie van de invullers van de vragenlijst worden in tabel 2 nader beschreven.

Tabel 2. *Verdeling instellingen op functie van de invuller van de vragenlijst.*

Functie	n	%
Management	19	48,8
Gedragswetenschapper	8	20,5
Teamleiders	3	7,7
Artsen	2	5,1
Overig	7	17,9
Totaal	39	100

Het grootste deel bezit een managementfunctie (48,8%) maar ook de groep gedragswetenschappers (20,5%) is relatief groot. De overige categorie bevat functies als staffunctionaris kwaliteit, coördinator en programmaleider verslaving.

Tabel 3. *Gemiddeld percentage zwakbegaafde en licht verstandelijk beperkte cliënten per woonsituatie.*

Woonsituatie	%
Op het instellingsterrein	15,1
Buiten het instellingsterrein, in een groep	35,9
Buiten het instellingsterrein, in een appartement	35,2
Overig	13,8

Binnen de instellingen wonen de meeste zwakbegaafde en licht verstandelijk beperkte cliënten buiten het instellingsterrein (71%). Hierbij zit weinig verschil tussen het aantal cliënten dat binnen een groep woont en het aantal cliënten in een appartement. Van de overige categorie is niet duidelijk welke woonsituatie het betreft.

## 4.2 Prevalentie

In deze paragraaf wordt per soort middel het gemiddelde 'lifetime' gebruik, het actuele gebruik en het problematische gebruik binnen de onderzoekspopulatie, alle licht verstandelijk beperkte en zwakbegaafde cliënten binnen de instellingen, weergegeven (tabel 4).

Tabel 4. *Het gemiddelde percentage gebruik van alcohol, softdrugs en harddrugs binnen de onderzoekspopulatie (n= 30-36).*

	%
Alcohol	
Lifetime	59,6
Actueel (2008)	54,6
Problematisch	4,6
Softdrugs	
Lifetime	21,7
Actueel (2008)	14,0
Problematisch	5,5
Harddrugs	
Lifetime	5,3
Actueel (2008)	2,5
Problematisch	1,5

In de tabel is te zien dat ongeveer 60% van de onderzoekspopulatie ooit alcohol heeft gebruikt. De instellingen geven aan dat ongeveer 55% van de onderzoekspopulatie in 2008 alcohol heeft gebruikt en dat bij bijna 5% er sprake is van problematisch alcoholgebruik. Uit de tabel valt verder af te lezen dat de instellingen schatten dat bijna 22% binnen de onderzoekspopulatie ooit softdrugs heeft gebruikt, dat 14% in 2008 softdrugs hebben gebruikt en dat het problematische gebruik ongeveer 5,5% is. Het percentage dat binnen de onderzoekspopulatie ooit harddrugs heeft gebruikt wordt geschat op ongeveer 5%. Het percentage van de onderzoekspopulatie dat in 2008 harddrugs heeft gebruikt bedraagt ongeveer 2,5%. Het problematisch gebruik binnen de onderzoeksgroep wordt weergegeven met een geschat percentage van ongeveer 1,5%. Het percentage gebruik en problematisch harddruggebruik ligt dicht bij elkaar.



Om meer inzicht te krijgen in de wijze waarop men tot de prevalentiecijfers is gekomen zijn enkele aanvullende vragen toegevoegd. Eén vraag is gericht op het percentage dat men de prevalentie met zekerheid denk te schatten en een vraag over de bronnen die men hiervoor hanteert. Vier instellingen (10,5%) geven aan dat ze de 'lifetime' prevalentie, actuele (2008) prevalentie en prevalentie van problematisch gebruik niet met veel zekerheid kunnen weergeven (0-20% zekerheid). Twee instellingen (5,3%) geven een zekerheid aan van tussen de 20 en 40%, 5 instellingen (13,2%) een zekerheid van tussen de 40 en 60%, 11 instellingen (28,9%) geven een zekerheid aan van tussen 60% en 80%, maar het grootste gedeelte (42,1%) valt in de groep dat de prevalentie met een zekerheid van 80 t/m 100% schat.

Er bleken geen significante correlaties ( $p > ,05$ ) te bestaan tussen het percentage zekerheidsschatting en prevalentie. Wel is er sprake van een significante correlatie tussen het totale aantal cliënten binnen een instelling en het percentage waarop men zekerheid de prevalentie vaststelt ( $r = -,296$ ,  $p < ,05$ ).

Tabel 5. *De bronnen die men gebruikt heeft om de prevalentie te bepalen.*

Bron	n	%
Eigen inzicht	30	76,9
Cliëntdossiers	18	46,2
Anders	15	38,5
Databank (cliëntsysteem)	5	12,8

Tabel 5 geeft weer welke verschillende bronnen er gebruikt zijn om te prevalentie te bepalen. Meer dan drievierde van de instellingen geeft aan 'eigen inzicht' te hebben gebruikt bij het bepalen van de prevalentie binnen de instelling. Slechts vijf instellingen hadden een databank ter beschikking om het voorkomen van middelengebruik en de problematiek in kaart te brengen. Instellingen die (ook) op een andere manier aan de gegevens zijn gekomen schatten de zekerheid van hun prevalentie niet lager dan (60-80%). Onder het kopje andere manier wordt 5 keer overleg met collega's (groepsleiding / orthopedagogen), 3 keer intern onderzoek en 1 keer bevindingen begeleiders en schattingen gedragskundigen genoemd. Verder wordt nog genoemd: observatie, via begeleider en cliënt, rapportage en gegevens uit vergaderingen met gezinshuizen. De instellingen die zelf intern onderzoek hebben uitgevoerd schatten de zekerheid van de validiteit van de prevalentie hoog in. 1 keer 60%-80% en 2 keer 80%-100%.

Om te achterhalen of het soort bron dat men gebruikt invloed heeft op hoe zeker men de prevalentie schat is de correlatie hiertussen berekend. Er als er gekeken wordt naar de correlatie tussen de bronnen, *eigen inzicht* en *overig*, met het percentage waarop men de prevalentie met zekerheid schat blijkt er geen sprake te zijn van een significante correlatie ( $r = -,135$ ,  $p > ,05$ ). Ook tussen de bronnen, *cliëntdossier en databank*, met het percentage waarom men de prevalentie met zekerheid schat blijkt de correlatie niet significant te zijn ( $r = -,068$ ,  $p > .05$ ).

### 4.3 Casuïstiek

#### 4.3.1 Algemene gegevens

De instellingen hebben informatie gegeven in de vorm van casussen over cliënten, waarbij sprake is van middelenmisbruik. In totaal zijn er 102 casussen beschreven door de 39 participerende instellingen. De kenmerken van deze cliënten worden in tabel 6 weergegeven.

Tabel 6. Kenmerken van cliënten waarbij sprake is van middelenmisbruik.

Kenmerken	Variabele	n	%
<i>Geslacht</i> (n=102)	Man	83	81,4
	Vrouw	19	18,6
<i>Leeftijd</i> (n=94)	16 t/m 17 jaar	10	10,6
	18 t/m 20 jaar	19	20,2
	21 t/m 30 jaar	36	38,3
	31 t/m 40 jaar	11	11,7
	41 t/m 50 jaar	12	12,8
	> 50 jaar	6	6,4
<i>Cognitief niveau</i> (n=102)	Zwakbegaafd (IQ 70-85)	56	54,9
	Licht verstandelijk beperkt (IQ 50-70)	46	45,1
<i>Woonsituatie</i> (n=102)	Op het instellingsterrein		
	Buiten het instellingsterrein, in een groep (incl. GVT)	23	22,5
	Buiten het instellingsterrein, in een eigen appartement	28	27,5
	Overig	39	38,2
<i>Gebruik van medicatie</i> (n=89)	Ja	12	11,8
	Nee	42	47,2
<i>Psychiatrische stoornis</i> (n=89)	Ja	47	52,8
	Nee	42	47,2

In tabel 6 valt af te lezen dat de instellingen meer mannen (81,4%) dan vrouwen (18,6%) beschrijven waarbij sprake is van middelenmisbruik. De meeste cliënten vallen binnen de leeftijdsgroep van 21 t/m 30 jaar (38,3%) Binnen de instellingen lijken de zwakbegaafde cliënten meer middelen te misbruiken dan de licht verstandelijk beperkte cliënten. De grootste groep cliënten waarbij sprake is van middelenmisbruik woont buiten het instellingsterrein. Hiervan wonen de meeste cliënten in een eigen appartement. Van 89 cliënten is het wel of niet gebruik van medicatie en de aanwezigheid of afwezigheid van een psychiatrische stoornis beschreven, 42 cliënten (47,2%) bleken medicatie te gebruiken en 42 cliënten (47,2%) hebben 1 of meerdere psychiatrische stoornissen. Bij 9 cliënten (10,1%) is er sprake van een dubbele diagnose en bij 2 cliënten (2,3%) bestaan er drie psychiatrische stoornissen tegelijk. De meest voorkomende psychiatrische stoornissen zijn de pervasieve ontwikkelingsstoornis (24%) en ADHD (18%). Tabel 7 geeft een overzicht van de bijkomende psychiatrische stoornissen.

Tabel 7. *Bijkomende psychiatrische stoornissen bij cliënten die middelen misbruiken volgens de DSM-IV classificatie.*

Stoornis	n*
Persoonlijkheidsstoornis	
Anti-sociale persoonlijkheidsstoornis	3
Schizoïde stoornis	1
Paranoïde schizofrenie	1
Borderline	3
Ontwikkelingsstoornis	
ADD	2
ADHD	9
ODD	4
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	12
Hechtingsstoornis	3
Depressie	5
Psychotisch	3
Angststoornis	1
PTSS	1
Overig	2

\*(vanwege dubbeldesign kan er per cliënt sprake zijn van meerdere stoornissen)

#### 4.3.2.Middelengebruik

Van alle 102 beschreven cliënten die middelen misbruiken zijn er 28 (27,5%) die enkel alcohol gebruiken, 8 cliënten (7,8%) die alleen cannabis en 3 cliënten (2,9%) die alleen speed gebruiken. In totaal zijn er 45 cliënten (44,2%) waarbij sprake is van polygebruik (tabel 8). Van de resterende 18 cliënten (17,6%) is niet weergegeven welk middelen zij gebruiken.

Tabel 8. *Polygebruik*

Middelen	n
Alcohol & Cannabis	31
Alcohol & Speed	2
Alcohol, Cannabis en Cocaine/Speed	4
Alcohol, Cannabis en medicatie	2
Alcohol, Cannabis, Cocaine/Speed en GHB/XTC	2
Alcohol, Cannabis, Cocaine/speed en Methadon	1
Alcohol, Cannabis, Cocaine/Speed, GHB/XTC en opiaten	1
Cannabis en Speed	2

Van de cliënten die middelen misbruiken worden hieronder per soort middel (alcohol, softdrugs en harddrugs) de kenmerken van de cliënten beschreven.

#### Alcohol: profiel

In totaal zijn er 70 cliënten (68,6%) beschreven die op dit moment alcohol gebruiken. De meeste alcohol gebruikende cliënten zijn man (80%). Er worden meer licht verstandelijk beperkte cliënten (40) beschreven dan zwakbegaafde cliënten (30). Alcohol wordt vooral onder de licht verstandelijke beperking gebruikt. In verhouding met het totale aantal licht verstandelijk beperkte cliënten blijkt 87% (40 van de 46 cliënten) alcohol te gebruiken. Binnen de zwakbegaafde groep gebruikt 56% alcohol (30 van de 54 cliënten)

De grootste groep cliënten woont buiten het instellingsterrein (41,4% woont in een eigen appartement en 31,4% in een groep). 44,3% gebruikt medicatie en van 40% cliënten is bekend dat men een psychiatrische stoornis heeft. In totaal zijn 84 doordeweekse bezigheden van de cliënten beschreven. 42,9% heeft dagbesteding, 38,6% heeft werk, 28,6% zit thuis, 1,4% heeft studie en 8,6% valt onder de overige categorie. Bij de overige cliënten wordt onder andere vrijwilligerswerk, therapie, stage en in detentie

genoemd. \*Het totale percentage ligt boven de 100% omdat meerdere doordeweekse bezigheden ingevuld konden worden.

#### Softdrugs: profiel

In totaal zijn er 50 cliënten (49%) beschreven die op dit moment cannabis (bv. marihuana, wiet, hasj) gebruiken. De meeste cliënten die cannabis gebruiken zijn mannen (86%). Er worden meer zwakbegaafde cliënten (27) beschreven dan licht verstandelijk beperkte cliënten (23) beschreven. Ongeveer 50% (23 van de 46) van alle beschreven licht verstandelijk beperkte cliënten heeft cannabis als middel en ook bij de zwakbegaafde groep is er sprake van een verdeling van 50% (27 van de 54)

De grootste groep cliënten woont buiten het instellingsterrein (36% in een eigen appartement en 32% in een groep). 40% van de cliënten gebruikt naast softdrugs ook medicatie en bijna de helft (48%) van de beschreven cliënten heeft een psychiatrische stoornis. In totaal zijn 63 doordeweekse bezigheden beschreven. 42% volgt dagbesteding, 32% heeft werk, 30% zit thuis, 6% heeft studie en 16% valt onder de overige categorie. Hier wordt onder andere incidenteel werk, speciaal project voor 2 dagdelen voor verslaafden, wisselend werk/thuis, stage en vrijwilligerswerk genoemd.

\*Het totale percentage ligt boven de 100% omdat meerdere doordeweekse bezigheden ingevuld konden worden.

#### Harddrugs: profiel

In totaal zijn er 15 cliënten (14,7%) beschreven die op dit moment harddrugs gebruiken. Alle 15 cliënten gebruiken speed/cocaïne. De meeste cliënten die speed/cocaïne gebruiken zijn man (80%). Er worden meer zwakbegaafde cliënten (12) beschreven dan licht verstandelijk beperkte cliënten (3) beschreven.

Ongeveer 6,5% van de licht verstandelijke beperkte groep gebruikt speed/cocaïne (harddrugs) en ongeveer 22,2% binnen de zwakbegaafde groep.

33,3% woont in een eigen appartement en 20% in een groep. Van 40% is onduidelijk in welke woonsituatie men zich begeeft. Zij vallen in de overige categorie.

40% gebruikt medicatie en 60% van de beschreven cliënten heeft een psychiatrische stoornis. In totaal zijn 20 doordeweekse bezigheden beschreven. 46,6% zit thuis, 40% heeft werk, 13,3% heeft dagbesteding en 33,3% valt onder de overige categorie. De overige categorie uit wisselend werk/thuis, vrijwilligerswerk, stage en in detentie. \*Het

totale percentage ligt boven de 100% omdat meerdere doordeweekse bezigheden ingevuld konden worden.

In totaal zijn er 3 cliënten (2 vrouwen en 1 man) beschreven die op dit moment GHB/XTC gebruiken. Twee cliënten zijn zwakbegaafd en 1 cliënt is licht verstandelijk beperkt. Bij alle drie is de overige categorie ten opzichte van de woonsituatie ingevuld. Hierbij is onduidelijk om welke woonsituatie het gaat. Twee cliënten gebruiken medicatie en 1 cliënt heeft een psychiatrische stoornis. 1 cliënt volgt dagbesteding, 1 cliënt zit thuis en voor 1 cliënt is overig (in detentie) ingevuld.

Van 1 vrouwelijke cliënt is beschreven dat ze momenteel opiaten gebruikt. Het betreft een licht verstandelijk beperkte cliënt waarvan overig is ingevuld bij de woonsituatie. Ze gebruikt medicatie, heeft geen psychiatrische stoornis en bij doordeweekse bezigheid is overig ingevuld. Bij de overige categorie wordt in detentie aangegeven.

In totaal zijn er van 3 cliënten (2 mannen en 1 vrouw) beschreven dat ze in de overige (middelen) categorie vallen. Hierbij wordt medicatie, methadon en ketamine (een narcosemiddel) genoemd. Twee cliënten functioneren op licht verstandelijk beperkt niveau en 1 cliënt op zwakbegaafd niveau. De drie cliënten zijn verdeeld over een op het instellingsterrein, een buiten het instellingsterrein (op een groep) en een buiten het instellingsterrein (in een appartement). Twee van de drie cliënten gebruiken medicatie en twee van de drie cliënten hebben een psychiatrische stoornis. In totaal zijn 4 doordeweekse bezigheden (1x werk, 1x dagbesteding en 2x thuis) beschreven.

#### 4.4 Omgaan met (middelen) problematiek

De instellingen hebben 195 interventies beschreven die worden gebruikt bij cliënten waarbij sprake is van middelenmisbruik. Meer dan 70% van de onderzoekspopulatie schat de interventies die zij hanteren op het gebied van middelenproblematiek gemiddeld tot zeer effectief in. Hiervan wordt 40% als (zeer) effectief beoordeeld. De interventies zijn onderverdeeld in 11 categorieën. In tabel 9 worden de door de instellingen gehanteerde interventies weergegeven en wordt een vermelding gedaan van hoe vaak deze als effectief werden beschouwd.

Tabel 9. *De interventies en hun effectiviteit voor het begeleiden of behandelen van middelenmisbruik van een cliënt*

Interventie	n	%	(zeer) effectief (n)	%
Monitoren van gedrag	46	23,6	27	58,7
Gedragstherapie	35	17,9	15	42,9
Contact verslavingszorg	30	15,4	5	16,7
Gespreksvoering met cliënt	25	12,8	10	40
Afleiden van het gedrag	13	6,7	4	30,8
Afspraken rondom het gedrag	11	5,6	6	54,4
Contact derden voor behandeling gedrag	10	5,1	5	50
Verbod op gebruik	7	3,6	0	0
Beloning van geen gebruik	5	2,6	0	0
Farmacologie	4	2,1	1	25
Overig	9	4,6	3	33,3

Zoals in tabel 9 valt af te lezen zijn monitoren van gedrag, gedragstherapie, contact met de verslavingszorg en gespreksvoering met de cliënt de vier 'interventies' die het vaakst door de instellingen worden toegepast bij het begeleiden of behandelen van cliënten die middelen misbruiken. De 'interventies' monitoren van gedrag en het maken van afspraken wordt het vaakst als effectief beoordeeld terwijl verbod en beloning niet als effectief worden beschouwd.

#### *Interventies per middel*

De interventies die hiervoor beschreven zijn worden bij de verschillende middelen die misbruikt kunnen worden niet even vaak toegepast en ook de effectiviteit van de



interventie verschilt per middel. Hieronder zal voor het middel alcohol en cannabis de verschillende interventies en hun effectiviteit worden uitgewerkt in tabel 10 en tabel 11.

Tabel 10. *De interventies en hun effectiviteit voor misbruik van alcohol*

Interventie	n	%	(zeer) effectief (n)	%
Monitoren van gedrag	33	21,9	19	57,6
Gedragstherapie	30	19,9	11	36,7
Contact verslavingszorg	22	14,6	5	22,7
Gespreksvoering met cliënt	18	11,9	6	33,3
Afleiden van het gedrag	10	6,6	4	40
Afspraken rondom het gedrag	8	5,3	4	50
Contact derden voor behandeling gedrag	10	6,6	5	50
Verbod op gebruik	6	4,0	0	0
Beloning van geen gebruik	4	2,6	0	0
Farmacologie	3	2,0	1	33,3
Overig	7	4,6	3	42,9
Totaal	151	100		

Tabel 11. *De interventies en hun effectiviteit voor misbruik van cannabis*

Interventie	n	%	(zeer) effectief (n)	%
Monitoren van gedrag	28	25,5	15	53,6
Gedragstherapie	21	19,2	5	23,8
Contact verslavingszorg	15	13,6	3	20
Gespreksvoering met cliënt	11	10	2	18,2
Afleiden van het gedrag	3	2,7	1	33,3
Afspraken rondom het gedrag	5	4,5	3	60
Contact derden voor behandeling gedrag	9	8,2	4	44,4
Verbod op gebruik	5	4,5	0	0
Beloning van geen gebruik	4	3,6	0	0
Farmacologie	2	1,8	0	0
Overig	7	6,4	2	28,6
Totaal	110	100		

Zoals uit tabel 10 en 11 is af te lezen zijn net als bij de interventies voor middelenmisbruik in het algemeen monitoren van gedrag, gedragstherapie, contact

verslavingszorg en gespreksvoering met de cliënt de vier interventies die voor alcohol en voor cannabis het meest wordt toegepast. De meest effectieve interventie voor alcohol is monitoren van gedrag met daarna afspraken rondom gedrag en contact derden voor behandeling gedrag. Voor cannabis is afspraken rondom gedrag de meest effectieve interventie gevolgd door monitoren van gedrag en daarna contact derden voor behandeling gedrag.

Ook voor alcohol en cannabis zijn de interventies verbod en beloning niet effectief, voor cannabis is echter ook de interventie farmacologie niet effectief.

In tabel 12 een overzicht met de kenmerken uitgedrukt in een percentage ten opzichte van de gehele onderzoekspopulatie.

Tabel 12. *Kenmerken van de instellingen gerelateerd aan het omgaan met middelenproblematiek.*

Kenmerk	Variabele	n	%
<i>Beleid of protocol</i> (n=36)	Aanwezig	23	63,9
	Niet aanwezig	13	36,1
<i>Samenwerking met andere instanties</i> (n=35)	Ja	25	71,4
	Nee	10	28,6
<i>Voldoende deskundigheid in huis</i> (n=36)	Ja	7	19,4
	Nee	29	80,6

Bijna 65% van de instellingen geeft aan beleid of een protocol op het gebied van middelenmisbruik te hebben. Hierbij gaat het om beleid met een algemeen karakter zoals alcoholbeleid, drugsbeleid en alcohol- en drugsbeleid. Maar er zijn ook instellingen die een specifiekere vorm van beleid aangegeven zoals ontmoediging, preventie, omgang met o.a. tolerantie en zich leren beheersen. Er is ook een organisatie die meldt dat het gedoogbeleid heeft.

Er wordt op verschillende vlakken met andere instellingen samengewerkt op het gebied van middelenmisbruik. Op casusniveau geven 20 instellingen aan samen te werken. 15 instellingen geven aan samen te werken op het gebied van scholing, 6 instellingen op het gebied van onderzoek en 11 instellingen vullen overig in. Bij de 'overige categorie' worden samenwerkingsvormen beschreven op het gebied van diagnostiek, behandeling,

overleg, voorlichting en training. Echter, meer dan 80% van de instellingen geeft aan niet voldoende deskundigheid in huis te hebben betreffende middelenmisbruik.

Er wordt aangegeven dat er behoefte is aan onder andere: aanpassing van de behandelstrategieën uit verslavingszorg aan de doelgroep, ondersteuningsstrategieën, protocollen bij multiple problematiek (verslaving, psychiatrische problemen en verstandelijke beperking), meer kennis over middelen en het effect hiervan, cursus(materiaal) gericht op de begeleiding van mensen met een verstandelijke beperking. Verder leven er vragen over preventieve behandelmogelijkheden, signalering van misbruik, geven van voorlichting, (effectieve) interventies, omgaan met invloeden van buitenaf, mogelijkheden op het gebied van urinecontroles, opleggen van verboden en geven van consequenties, effect van de combinatie alcohol en bepaalde geneesmiddelen en omgang met normen en overschrijding hiervan.

## **5. Conclusie & Discussie**

Het onderzoek richtte zich op middelenproblematiek bij zwakbegaafde en licht verstandelijk beperkte cliënten binnen bij de VGN aangesloten zorginstellingen in Nederland. In paragraaf 5.1 zal verder worden ingegaan op de prevalentie van (problematisch) alcohol- en drugsgebruik bij deze doelgroep in Nederland. Verder richt het onderzoek zich in paragraaf 5.2 op de risicofactoren voor het ontwikkelen van middelmisbruik bij deze doelgroep. Tot slot is ingegaan op de wijze waarop instellingen omgaan met de problematiek in paragraaf 5.3.

### **5.1 Prevalentie**

Volgens dit onderzoek kan de 'lifetime' prevalentie van alcohol gebruik onder de zwakbegaafde & licht verstandelijk beperkte doelgroep geschat worden op ongeveer 60% en de actuele prevalentie (2008) op ongeveer 55%. Volgens het RIVM ligt in Nederland de 'lifetime' prevalentie van alcoholgebruik van mensen van 16 jaar en ouder op ongeveer 80%. In vergelijking met de niet verstandelijk beperkte bevolking lijkt het gebruik van de onderzoekspercentage lager te liggen. Hiermee wordt eerder onderzoek bevestigd waarbij het gebruik van de verstandelijk beperkte groep lager was dan de niet verstandelijk beperkte groep (Westermeyer et al. 1988; Krishef 1986).

Uit het onderzoek blijkt dat het problematisch alcoholgebruik binnen de onderzoekspopulatie met enige voorzichtigheid geschat kan worden op ongeveer 5% terwijl binnen de Nederlandse bevolking (16 t/m 69 jaar) het percentage nabij de 10% ligt. Belangrijk om hierbij te vermelden is dat de prevalentie van actueel gebruik ook lager ligt voor de onderzoekspopulatie, waardoor de 5% een onderschatting is.

Een ander belangrijk punt binnen het onderzoek is dat de prevalentie een schatting is, voornamelijk gebaseerd op grond van de beeldvorming van zorgverleners. Maar 12,8% van de instellingen hebben gebruik gemaakt van hun cliëntensysteem en/of cliëntendossiers. Cijfers zouden hierdoor een overschatting/onderschatting kunnen zijn van de werkelijke prevalentie.

Het grootste gedeelte (70%) van de zorgverleners is echter wel zeker van zichzelf (schattingspercentage tussen de 60-100%) bij het weergeven van de prevalentie binnen de instellingen. Hiervan geeft de grootste groep aan de prevalentie met 80 t/m 100% te schatten.

De 'lifetime' prevalentie van softdrugs gebruik onder de zwakbegaafde en licht verstandelijk beperkte cliënten kan voorzichtig geschat worden op ongeveer 22%, de actuele prevalentie (2008) op ongeveer 14% en het problematisch softdruggebruik op 5,5%.

Van de Nederlanders tussen 15 en 64 jaar had in 2005 22,6% ooit cannabis gebruikt, het actuele gebruik had een prevalentie van 5,4% en er werd aangegeven dat 0,5% van de Nederlandse bevolking in 2001 verslaafd was aan softdrugs (Trimbos-instituut, 2007). De prevalenties gevonden binnen de onderzoekspopulatie zijn beduidend hoger dan de cijfers van het Trimbos-instituut. Vooral de cijfers van het actuele gebruik en het verschil tussen 'lifetime' en actueel gebruik is bij de onderzoeksgroep duidelijk slechter dan bij de Nederlandse bevolking. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de onderzoeksgroep sneller verslaafd raakt aan softdrugs.

Opvallend is ook dat de 'lifetime' prevalentie en de actuele prevalentie voor softdrugsgebruik lager ligt dan voor alcoholgebruik, maar dat problematisch gebruik vrijwel hetzelfde is. Softdrugsgebruik wordt dus aanmerkelijk vaker als problematisch beschouwd. Enkele verklaringen hiervoor zouden kunnen zijn dat softdrugsgebruik in het algemeen eerder als probleem wordt gezien, dat softdrugs een grotere invloed op de cliënt hebben en daardoor sneller als problematisch wordt gezien en dat alcoholproblematiek lastiger te herkennen is dan softdrugsproblematiek.

Bij harddrugs wordt de 'lifetime' prevalentie geschat op ongeveer 5%, het actuele gebruik (2008) op ongeveer 2,5% en het problematische gebruik binnen de onderzoeksgroep op 1,5%

Het percentage mensen in de leeftijdsgroep van 15-64 jaar dat ooit harddrugs heeft gebruikt was in 2005 4,3% voor XTC en 3,4% voor cocaïne. Het actuele gebruik was voor diezelfde groep in 2005 1,2% voor XTC en 0,6% voor cocaïne. Het problematisch gebruik van harddrugs had in 2001 een percentage van 0,3% (Trimbos-instituut, 2007). Ook bij harddrugsgebruik is te zien dat de prevalenties bij de onderzoekspopulatie hoger liggen dan bij de Nederlandse bevolking. Het zou ook hier kunnen dat de onderzoekspopulatie sneller verslaafd raakt, en daardoor blijft gebruiken. Het percentage problematisch gebruik is in verhouding tot de andere middelen bij harddrugs gebruik duidelijk het hoogst. Als we kijken naar alcohol, softdrugs en harddrugs zijn deze percentages problematisch gebruik respectievelijk 9,1%, 39,3%, en 60%.

Een kanttekening bij dit onderzoek betreft de definitie van de begrippen 'middelenmisbruik' en 'verstandelijke beperking'. In buitenlandse studies wordt niet consistent gebruik gemaakt van dezelfde benamingen waardoor verwarring kan bestaan. De termen 'substance use', 'substance misuse' en 'substance abuse' worden soms zo gebruikt dat men refereert naar hetzelfde fenomeen terwijl dit niet het geval is (Cocco & Harper, 2002). De vergelijking van resultaten tussen de verschillende onderzoeken wordt hierdoor bemoeilijkt. Binnen dit onderzoek is de mate van verstandelijke beperking gedefinieerd door het hanteren van criteria voor niveau van verstandelijke beperking (Kraijer en Plas, 2006). Door verschillende niveaus binnen de verstandelijk beperkte doelgroep te onderscheiden kon onderscheid gemaakt worden tussen de 'lichtere' en 'zwaardere' verstandelijk beperkte cliënten binnen een organisatie. Hierdoor heeft dit onderzoek zich kunnen richten op de zwakbegaafde en licht verstandelijk beperkte cliënten. Interpretatie van data uit eerdere onderzoeken is gecompliceerd door juist de afwezigheid van duidelijk gestelde criteria voor de mate van de verstandelijke beperking. Bestaande onderzoeken geven bijna geen informatie gerelateerd aan de mate van verstandelijke beperking. Hierdoor is het moeilijk om individuele kenmerken van mensen met een verstandelijke beperking significant te kunnen relateren aan middelenmisbruik (DiNitto & Krishef, 1983; Edgerton, 1986; McGillicuddy & Blane, 1999).

De grootte van een cliëntenbestand heeft invloed op de zekerheid waarmee de prevalentie geschat wordt. Naar mate het aantal cliënten binnen een organisatie kleiner wordt, des met meer zekerheid de prevalentie geschat wordt. Binnen het onderzoek hebben relatief veel instellingen gereageerd met een kleine cliëntenpopulatie. Hierdoor lijkt de betrouwbaarheid van de prevalentie groter te worden. Er zijn echter instellingen die enkel bepaalde locaties van hun organisatie hebben beschreven waardoor de prevalentie van (problematisch) alcohol en drugs binnen hun organisatie hoger of lager uit kan vallen dan deze daadwerkelijk is.

Doordat zwakbegaafden nog meer dan licht verstandelijk beperkten in de samenleving opereren kunnen ze veelvuldig in aanraking komen met softdrugs en harddrugs. Zwakbegaafde mensen zijn sociaal kwetsbaar en kunnen zich makkelijk laten beïnvloeden door hun omgeving. Hierdoor is de kans groter dat ze aan drugs verslaafd raken.

## 5.2 Risicofactoren

*Geslacht.* De grootste groep binnen de beschreven cliënten die middelen misbruiken is man (80%). Dit bevestigt uitkomsten uit eerder onderzoek. (Smits, 2008; Taggart 2006).

*Leeftijd.* De grootste groep cliënten die middelen misbruiken (38,3%) zit in de groep van 21 tot 30 jaar. Taggart (2006) vond dat middelenmisbruik vooral op een jonge leeftijd (23,9% tussen de 21 en 30 jaar) voorkomt en ook bij Smits (2008) zaten de misbruikers vooral binnen deze leeftijdsklasse (37% tussen de 20 en 29 jaar).

*Cognitief niveau.* De instellingen schatten dat gemiddeld 17,5% van de cliënten binnen de instellingen een zwakbegaafd cognitief niveau heeft en 25,5% een licht verstandelijk beperkt niveau.

Binnen de cliëntengroep waarbij sprake is van middelenmisbruik worden meer zwakbegaafde cliënten (55%) dan licht verstandelijk beperkte cliënten (45%) beschreven. Hierdoor lijkt er onder de zwakbegaafde cliënten meer sprake te zijn van middelenmisbruik. Smits (2008) vond ook een hoger percentage zwakbegaafde cliënten dan licht verstandelijk beperkte cliënten die middelen misbruikten. Doordat andere onderzoeken geen duidelijk onderscheid hebben gemaakt tussen verschil van cognitief niveau zijn deze cijfers helaas niet goed te vergelijken met ander onderzoek. Wel komen er uit eerder onderzoek aanwijzingen naar voren dat het cognitieve niveau invloed heeft op de mate van problematisch gebruik.

*Woonsituatie.* Uit dit en ander onderzoek blijkt dat het middelengebruik het grootst is bij cliënten die op zichzelf wonen (Taggart et al., 2006; Smits, 2008). In het algemeen zijn de zwakbegaafde en licht verstandelijk beperkte cliënten binnen de instellingen voornamelijk woonachtig buiten het instellingsterrein. Het is daarom niet opvallend dat het merendeel van de zwakbegaafde en licht verstandelijk beperkte cliënten die middelen misbruiken buiten het instellingsterrein wonen. Echter waar in het algemeen de verdeling van het wonen van deze doelgroep buiten het instellingsterrein ongeveer gelijk ligt (respectievelijk 35,9% in een groep en 35,2% in een appartement), valt op dat bij de beschreven cliënten die middelen misbruiken het gedeelte dat in een groep woont (27,5%) kleiner is dan het gedeelte dat in een appartement woont (38,2%). Hiermee lijkt het dat buiten de instelling in een appartement wonen een risicofactor vormt voor het misbruiken van middelen.

*Bijkomende problematiek.* 47,2% van de cliënten bleken medicatie te gebruiken en 47,2% hadden 1 of meerdere psychiatrische stoornissen.

*Middelen.* Alcohol is in verre mate het meest gebruikte middel. Binnen de licht verstandelijk beperkte groep wordt van 87% cliënten beschreven dat men alcohol

gebruikt in vergelijking met 56 % binnen de zwakbegaafde groep. Smits (2008) vond dat 29 van de 30 cliënten die middelen misbruikten alcohol gebruikten.

Het softdrugs gebruik van de zwakbegaafde en licht verstandelijk beperkte cliënten ligt beide op 50% binnen de groepen. Harddrugs worden vooral door zwakbegaafde cliënten gebruikt. 22% binnen de zwakbegaafde groep en 6% binnen de licht verstandelijk beperkte groep. Doordat zwakbegaafden waarschijnlijk nog meer dan licht verstandelijk beperkten in de samenleving opereren kan men veelvuldig in aanraking komen met soft- en harddrugs. De kans om in aanraking te komen met harddrugs lijkt bij de zwakbegaafde groep dan ook groter dan de licht verstandelijk beperkte groep. Zwakbegaafde mensen zijn sociaal kwetsbaar en kunnen zich makkelijk laten beïnvloeden door hun omgeving.

### **5.3 Omgang met middelen(problematiek)**

De interventies die door de instellingen zijn beschreven worden over het algemeen positief beoordeeld. Meer dan 70% van de onderzoekspopulatie schat de interventies die zij hanteren op het gebied van middelenproblematiek gemiddeld tot zeer effectief in. Ongeveer 40% van de interventies wordt (zeer) effectief beoordeeld. Vooral de interventies monitoren van gedrag, afspraken rondom het gedrag en contact derden voor behandeling gedrag. worden door de invullers van de vragenlijsten als effectief beoordeeld.

Ondanks dat veel instellingen (65%) een beleid of een protocol op het gebied van middelenproblematiek heeft wordt de deskundigheid die men binnen de instelling heeft als onvoldoende ervaren (80%). Veel instellingen (71%) werken samen met andere (verslavings)instanties. Bij het beoordelen van de interventies blijkt echter dat de interventie contact met verslavingszorg over het algemeen niet als effectief wordt ervaren. Onder de invullers van de vragenlijst leven veel vragen en er lijkt behoefte aan meer voorlichting en cursussen op het gebied van middelenmisbruik onder zwakbegaafde en licht verstandelijk beperkte mensen.

#### *Non-response*

Een kanttekening van het onderzoek is de vraag in hoeverre de resultaten generaliseerbaar zijn voor licht verstandelijk beperkte en zwakbegaafde cliënten in Nederland. Het onderzoek heeft uiteindelijk ongeveer een kwart bruikbare vragenlijsten



geretourneerd gezien. Een beperking van het onderzoek is dit lage responscijfer. Hiervoor zijn een aantal verklaringen zichtbaar die op dit resultaat van invloed lijken te zijn. Bij het verhalen van gegevens werd duidelijk dat veel instellingen de vragenlijst niet in hadden gevuld omdat door de afwezigheid van een cliëntensysteem, het invullen van de vragenlijst te tijdrovend was. Echter ook bij de onderzoekspopulatie bleek dat maar vijf instellingen gebruik hebben gemaakt van hun cliëntensysteem om de vragenlijst in te vullen. Bij de instellingen waarvan bekend was waarom men niet mee wilde werken aan het onderzoek bleek dat men het vaak ook niet kon omdat er geen registratiesysteem aanwezig was. Door de afwezigheid van een registratiesysteem en te weinig overzicht (vaak bij grote instellingen) lijkt de tijdsinvestering te groot te zijn.

Aan de instellingen zelf is gevraagd om te bepalen wie het meest geschikt was om de vragenlijst in te vullen. De vragenlijst is daarom naar het algemene postadres en later ook naar het info e-mailadres (algemeen) verzonden. Op de envelop en in de e-mail is geen contactpersoon vermeld, hierdoor kan het zijn dat de vragenlijst niet of te laat bij de 'juiste' persoon terecht is gekomen. Een andere verklaring voor de lage respons kan de beperkte gebruiksvriendelijkheid van de digitale vragenlijst zijn. De mogelijkheid bestond om de vragenlijst ook digitaal in te vullen, deze moest echter in 1 keer ingevuld worden. Er was geen mogelijkheid om op een later moment de lijst verder aan te vullen. Dit kan een drempel hebben gevormd bij het invullen van de vragenlijst en hiermee het responscijfer verlaagd hebben. Tenslotte zou de 'crisistijd' een negatieve invloed kunnen hebben op het meewerken aan niet directe productiewerkzaamheden zoals bijvoorbeeld een onderzoek. Bij de laatste poging (telefonisch) om respondenten te werven bleek de reden '*prioriteiten elders*' de meest voorkomende reden van geen deelname aan het onderzoek.

Vooraf was al duidelijk dat het onderzoek vooral een exploratief karakter zou hebben. Op basis van deze insteek heeft het onderzoek relevante en interessante resultaten opgeleverd. Echter om een beter beeld te krijgen van de huidige situatie in Nederland, om data beter met elkaar te kunnen vergelijken en om aanbevelingen over interventies te kunnen doen is verder onderzoek binnen ons land gewenst.

## 6. Aanbevelingen

Dit onderzoek heeft informatie verkregen op het gebied van middelengebruik en problematiek binnen meerdere zorginstellingen voor verstandelijk beperkte mensen in Nederland. Om resultaten met elkaar te kunnen vergelijken en een beter beeld te krijgen van middelen en verstandelijk beperkte mensen in Nederland is vervolgonderzoek in Nederland noodzakelijk.

Binnen dit onderzoek zijn duidelijke criteria gesteld voor het bepalen van de mate van verstandelijke beperking van de cliënt. Voor vervolgonderzoek is het belangrijk om dan ook duidelijk gestelde criteria te hanteren voor het bepalen van het cognitieve niveau van de cliënten. Hierdoor is het mogelijk om onderzoek beter met elkaar te vergelijken. Ook is het belangrijk om rekening te houden met definities van de begrippen middelenproblematiek, middelenmisbruik en middelengebruik.

Uit het onderzoek wordt duidelijk dat het gebruik en misbruik van middelen nauwelijks geregistreerd wordt. Dit gegeven maakt een snelle beeldvorming van de grootte van de problematiek moeilijk. Binnen instellingen voor verstandelijke beperkte mensen is het raadzaam om bij te houden wat cliënten gebruiken, hoeveel ze gebruiken, of het een probleem is en wat ze hier tegen doen? Door in kaart te brengen wat het probleem is en wat men daartegen doet, komt de volgende stap dichterbij namelijk; Welke methoden, 'middelen' of interventies werken bij verstandelijk beperkten mensen die middelen misbruiken.

Ondanks dat veel instellingen wel een beleid of een protocol op het gebied van middelenmisbruik in huis hebben wordt de mate van deskundigheid bij het merendeel als onvoldoende ervaren. Ook uit de open vragen aan het einde van de vragenlijst blijkt dat men verlegen zit om adequaat te kunnen reageren op het misbruik. Binnen dit onderzoek worden vooral kleine, kortdurende, interventies genoemd die in de praktijk toegepast worden. Opvallend is de grote diversiteit van toegepaste interventies. De instellingen gaan verschillend met middelenmisbruik van cliënten om. Ook binnen een instelling wordt vaak niet op een eenduidige manier met de problematiek omgegaan. Samenwerking tussen verslavingszorg en gehandicaptenzorg is nodig om interventies op het gebied van middelenproblematiek beter toe te spitsen op de licht verstandelijk en zwakbegaafde doelgroep.

Het is belangrijk om onderscheid te maken in de wijze waarmee men aan informatie wil komen. Bij dit onderzoek worden gegevens verhaald bij mensen binnen de instelling die een totaal beeld van de instelling hebben. Andere methoden die gebruikt worden zijn 'self-reports' en interviews waarbij gegevens rechtstreeks bij de cliënt verkregen worden.

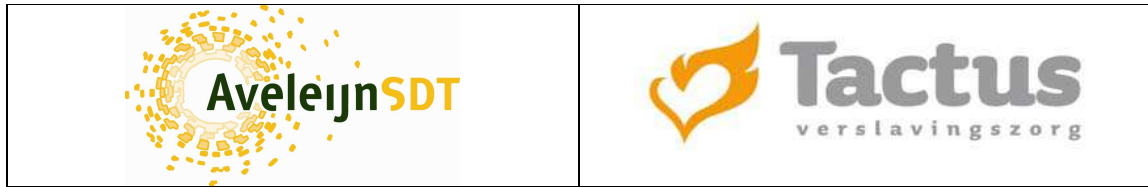
## Referenties

- Annand, G. N., & Ruf, G. (1998). Over-coming barriers to effective treatment for persons with mental retardation and substance related problems. *NADD Bulletin*, 1 (2), 14-17.
- Burgard, J.F., Donohue, B., Azrin, N., & Teichner, G. (2000). Prevalence and Treatment of Substance abuse in the Intellectually Retarded Population an Empirical Review. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32, 3, 293-298.
- CBS Statline (2009). Alcoholgebruik, omvang van het probleem. Cijfers over 2007. [http://www.rivm.nl/vtv/object\\_document/o1190n19086.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1190n19086.html).
- Christian, L., & Poling, A. (1997). Drug abuse in persons with intellectual disability. A review. *American Journal on Intellectual Disability*, 102 (2), 126-136.
- Clarke, J.J., & Wilson, D.N. (1999). Alcohol problems and intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, Volume 43, Part 2*, 135-139.
- 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(1): 34-41.
- Degenhardt, L. (2000). Interventions for people with alcohol use disorders and an intellectual disability: A review of the literature. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, Vol. 25, No. 2, 135-146.
- Delaney, D., & Poling, A. (1990). Drug abuse among mentally retarded people: An overlooked problem? *Journal of alcohol and drug education*, 35, 48 – 54.
- DiNitto, D.M., & Krishef, C.H. (1983). Drinking patterns of mentally retarded persons. *Alcohol, health and Research World*, 8, 40-42.
- Edgerton, R.B. (1986). Alcohol and drug use by intellectually retarded adults. *American Journal on Intellectual Disability*, 90, 602-609.
- Gress, J.R., & Boss, M.S. (1996). Substance Abuse Differences Among Students Receiving Special Education School Services. *Child Psychiatry and human Development*, 26 (4), 235 – 246.
- Huxley, A., Copello, A., & Day, E. (2005). Substance misuse and the need for integrated services. *Learning Disability Practice*, 6, 14-17.
- Koster van Groos, G.A.S. (2001). Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM IV (vertaling uit het Engels), Lisse, Swets en Zeitlinger.

- Kraijer, D.W. & Plas, J.J. (2006). Handboek psychodiagnostiek en verstandelijke beperking: classificatie, test- en schaalgebruik. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Krishef, C.H., & DiNitto, D.M. (1981). Alcohol abuse among mentally retarded individuals. *Mental Retardation*, 19 (4), 151-155.
- Krishef, C.H. (1986). Do the mentally retarded drink? A study of their alcohol usage. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 31, 64 – 70.
- Laar, M. van, Cruys, G., Gageldonk, A. van, Croes, E., Ooyen-Houben, M. van, Meijer, R. (2007). Nationale drug monitor. Trimbos-instituut, WODC.  
<http://www.trimbos.nl/Downloads/Producten/AF0809%20NDM%20Jaarbericht%202007%20compleet.pdf>.
- Lottman, T.J. (1993). Access to generic substance abuse services for persons with intellectual disability. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 39, 41-55.
- Maag, J.W., Irvin, D.M., Reid, R., & Vasa, S.F. (1994). Prevalence and Predictors of Substance Use: A Comparison Between Adolescents With and Without Learning Disabilities. *Journal of learning disabilities*, Vol. 27, No. 4, 223-234.
- McCrystal, P., Percy, A., & Higgins, K. (2007). Substance Use Behaviors of Young People with a Moderate Learning Disability: A Longitudinal Analysis. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33, 155-161.
- McGilliguddy, N.B., & Blane, H.T. (1999). Substance use in individuals with Intellectual disability. *Addictive Behaviors*, 24, 6, 869-878.
- McGilliguddy, N.B. (2006). Intellectual Disability and Develop Intellectual Disabilities; Research Reviews 12: 41-47. A review of substance use research among those with intellectual disability.
- McGillivray, J.A., & Moore, M.R. (2001). Substance use by offenders with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 26(4), 297-310.
- McKay, J.R. (2005). Is there a case for extended interventions for alcohol and drug use disorders? *Addiction*, 100, 1594 – 1610.
- Mutsaers, K., Blekman, J.W., & Schipper, H.C. (2007). Licht verstandelijk gehandicapt en middelengebruik: Wat is er tot op heden bekend? Trimbos-instituut, Utrecht.

- Paxon, J.E. (1995). Relapse prevention for individuals with developintellectual disabilities, borderline intellectual functioning or illiteracy. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27, 167-172.
- Smits, A.E.C. (2008). Beperkte kater? Onderzoek naar (de begeleiding en behandeling van) alcohol- en drugsmisbruik bij mensen met een verstandelijke beperking. Rijksuniversiteit, Groningen.
- Taggart, L., McLaughlin, D., Quinn, B., & Milligan, V. (2004). An exploration of substance misuse in people with learning disabilities living within Northern Ireland.
- Taggart, L., McLaughlin, D., Quinn, B., & Milligan, V. (2006). An exploration of substance misuse in people with learning disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50 (8), 588-597.
- 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 (4), 360-368.
- Westermeyer, J.W., Kemp, K., & Nugent, S. (1996). Substance disorder among persons with mild mental retardation. *The American Journal on Addictions*, 5 (1), 23-31.
- Westermeyer, J.W., Phaobtong, T., & Neider, J. (1988). Substance use and abuse among mentally retarded persons: A comparison of patients and a survey population. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 14 (1), 109 – 123.

## Bijlage: de Quickscan



### Middelenproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking

#### Een landelijk onderzoek

Dit onderzoek richt zich op de aard en omvang van de problematiek van alcohol- en druggebruik (middelengebruik) bij licht verstandelijk beperkten en zwakbegaafden. Ook de aanpak en werkwijze van begeleiders van gehandicapteninstellingen rondom deze problematiek worden in het onderzoek meegenomen. Onderzocht wordt hoe vaak middelengebruik gesignaleerd wordt, tot welke problemen dit leidt, en welke oplossingen hiervoor al zijn gevonden.

Deze vragenlijst kan worden ingevuld door behandelaars, leidinggevendenden, gedragswetenschappers, beleidsmedewerkers of anderen die een goede indruk kunnen geven over populatie, beleid en interventies in hun instelling.

De invulduur van deze vragenlijst bedraagt gemiddeld 20 minuten.  
Bij vragen of problemen kunt u contact opnemen met dhr. T. Krooshof  
(t.krooshof@aveleijnsdt.nl)

Alvast hartelijk dank voor uw deelname!

**NB: de gegevens zullen na verwerking worden verwijderd. Gegevens worden strikt vertrouwelijk behandeld.**

1. Naam instelling: .....
2. Naam invuller: .....
3. Functie invuller: .....
4. Telefoon en e-mail: .....

**Algemene gegevens van uw organisatie**

5. Aan hoeveel cliënten in totaal verleent uw organisatie diensten? .....

6. Welke verstandelijk beperkte cliënten kent u binnen uw organisatie?

- Zwakbegaafden (IQ 70 - 85)
- Licht verstandelijke beperking (IQ 50-70)
- Matige verstandelijke beperking (IQ 35-50)
- Ernstige verstandelijke beperking (IQ 20-35)
- Diepe verstandelijke beperking (IQ <20)

7. Kent uw organisatie zwakbegaafde en/of licht verstandelijk beperkte cliënten?

- Ja (ga verder met de volgende vraag)
- Nee (ga verder met vraag 81)



8. Wat is het percentage zwakbegaafden (IQ 70 - 85) binnen uw organisatie?

- 0 %
- 1 - 10 %
- 11 - 20 %
- 21 - 30 %
- 31 - 40 %
- 41 - 50 %
- 51 - 60 %
- 61 - 70 %
- 71 - 80 %
- 81 - 90 %
- 91 - 100 %

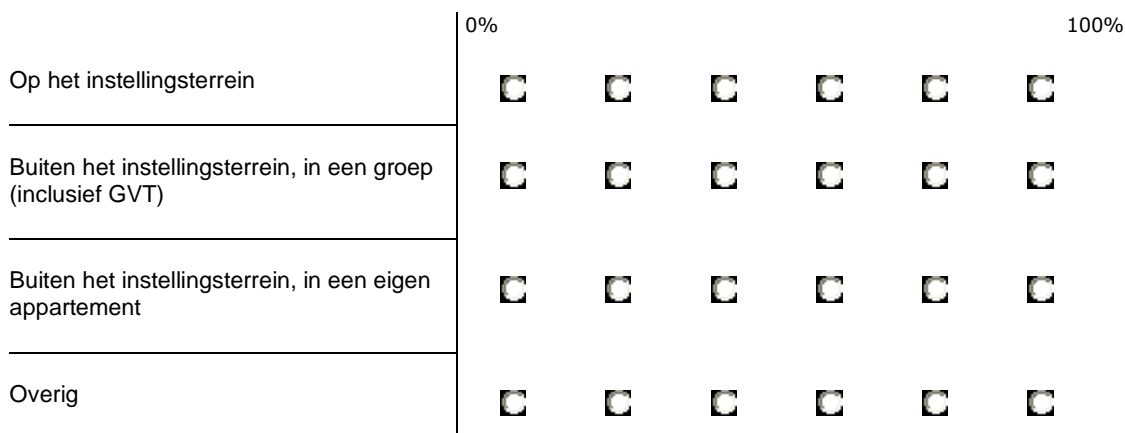
9. Wat is het percentage licht verstandelijk beperkten (IQ 50 - 70) binnen uw organisatie?

- 0 %
- 1 - 10 %
- 11 - 20 %
- 21 - 30 %
- 31 - 40 %
- 41 - 50 %
- 51 - 60 %
- 61 - 70 %
- 71 - 80 %
- 81 - 90 %
- 91 - 100 %

10. Wat is de woonsituatie van uw zwakbegaafde en licht verstandelijk beperkte cliënten? (uitgedrukt in een schatting in percentages.

Het eerste rondje is 0%, de 2e: 20%, de 3e: 40%, de 4e: 60%, de 5e: 80% en de 6e: 100%)

De som van de percentages moet samen 100% zijn.



Vragen m.b.t. middelengebruik en problematisch middelengebruik\* bij zwakbegaafden en licht verstandelijk beperkten

(indien het aantal niet exact gegeven kan worden, dan graag een schatting maken en aangeven met ca ... personen)

11. Hoeveel van uw zwakbegaafde en licht verstandelijk beperkte cliënten hebben ooit alcohol gebruikt? .....
12. Hoeveel van uw zwakbegaafde en licht verstandelijk beperkte cliënten hebben ooit softdrugs gebruikt? .....
13. Hoeveel van uw zwakbegaafde en licht verstandelijk beperkte cliënten hebben ooit harddrugs gebruikt? .....
14. Hoeveel van uw zwakbegaafde en licht verstandelijk beperkte cliënten hebben het afgelopen jaar (2008) alcohol gebruikt? .....
15. Hoeveel van uw zwakbegaafde en licht verstandelijk beperkte cliënten hebben het afgelopen jaar (2008) softdrugs gebruikt? .....
16. Hoeveel van uw zwakbegaafde en licht verstandelijk beperkte cliënten hebben het afgelopen jaar (2008) harddrugs gebruikt? .....

**\* Problematisch gebruik**

Het gebruik van een middel op zo'n manier dat hierdoor lichamelijke, psychische of sociale problemen ontstaan, of op zo'n manier dat maatschappelijke overlast ontstaat. Problematisch gebruik is niet altijd verslaving. "Misbruik" is een vorm van problematisch gebruik waarbij geen sprake is van verslaving.

17. Bij hoeveel van uw zwakbegaafde en licht verstandelijk beperkte cliënten is er sprake van problematisch alcoholgebruik? .....
18. Bij hoeveel van uw zwakbegaafde en licht verstandelijk beperkte cliënten is er sprake van problematisch softdrugsgebruik? .....
19. Bij hoeveel van uw zwakbegaafde en licht verstandelijk beperkte cliënten is er sprake van problematisch harddrugsgebruik? .....
20. Op basis van welke bron(nen) baseert u de bovenstaande schattingen?

- Cliëntdossiers
- Databank (cliëntstelsel)
- Eigen inzicht
- Anders, namelijk.....

21. Met wat voor zekerheid schat u bovenstaande schattingen?

- 0% – 20%
- 20% - 40%
- 40% - 60%
- 60% - 80%
- 80% - 100%

**Hieronder willen we u vragen om de 5 vijf laatst gemelde gevallen van middelenmisbruik bij zwakbegaafde of licht verstandelijk beperkte cliënten (op anonieme wijze) nader te omschrijven.**

22. Wat is de leeftijd van cliënt 1? .....
23. Wat is het geslacht van uw cliënt?
- Man
  - Vrouw
24. Wat is het cognitieve niveau van uw cliënt?
- Zwakbegaafd (IQ 70 – 85)
  - Licht verstandelijke beperking (IQ 50 – 70)
25. Wat is de woonsituatie van uw cliënt?
- Op het instellingsterrein
  - Buiten het instellingsterrein, in een groep (incl. GVT)
  - Buiten het instellingsterrein, in een eigen appartement
  - Overig
26. Gebruikt uw cliënt medicatie?
- Nee
  - Ja, namelijk.....
27. Is er sprake van een psychiatrische stoornis?
- Nee
  - Ja, namelijk.....
28. Waar houdt de cliënt zich op een doordeweekse dag mee bezig? (N.B. Er zijn meerdere antwoordmogelijkheden tegelijkertijd mogelijk)
- Studie
  - Werk
  - Dagbesteding
  - Zit thuis
  - Overig, namelijk.....

**29.** Wilt u aangeven welke middelen hij of zij ooit gebruikt heeft?  
 (NB: Er zijn meerdere antwoordmogelijkheden tegelijkertijd mogelijk)

- Alcohol
- Cannabis (bv. Marihuana, wiet, hasj)
- Speed / Cocaine
- GHB /XTC
- Opiaten (bv. heroïne, morfine, opium)
- Benzodiazepines (bv. librium, valium, rohypnol)
- Paddo's
- Overig, nl.....

**30.** Wilt u aangeven welke middelen hij of zij momenteel gebruikt?  
 (NB: Er zijn meerdere antwoordmogelijkheden tegelijkertijd mogelijk)

- Alcohol
- Cannabis (bv. Marihuana, wiet, hasj)
- Speed / Cocaine
- GHB /XTC
- Opiaten (bv. heroïne, morfine, opium)
- Benzodiazepines (bv. librium, valium, rohypnol)
- Paddo's
- Overig, nl.....

**31.** Welke interventies gebruikt u bij de behandeling en/of begeleiding van het middelenmisbruik bij deze cliënt?

- 1 .....
- 2 .....
- 3 .....

**32.** Kunt u daarnaast aangeven hoe u deze interventies beoordeelt qua effectiviteit?  
 (NB: Er zijn meerdere antwoordmogelijkheden tegelijkertijd mogelijk)

	niet effectief			zeer effectief		
interventie 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
interventie 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
interventie 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**33.** Kunt u nog een cliënt beschrijven?

- Nee (ga verder met vraag 81)
- Ja (ga door met de volgende cliënt)

34. Wat is de leeftijd van cliënt 2? .....

35. Wat is het geslacht van uw cliënt?

- Man
- Vrouw

36. Wat is het cognitieve niveau van uw cliënt?

- Zwakbegaafd (IQ 70 – 85)
- Licht verstandelijke beperking (IQ 50 – 70)

37. Wat is de woonsituatie van uw cliënt?

- Op het instellingsterrein
- Buiten het instellingsterrein, in een groep (incl. GVT)
- Buiten het instellingsterrein, in een eigen appartement
- Overig

38. Gebruikt uw cliënt medicatie?

- Nee
- Ja, namelijk.....

39. Is er sprake van een psychiatrische stoornis?

- Nee
- Ja, namelijk.....

40. Waar houdt de cliënt zich op een doordeweekse dag mee bezig? (N.B. Er zijn meerdere antwoordmogelijkheden tegelijkertijd mogelijk)

- Studie
- Werk
- Dagbesteding
- Zit thuis
- Overig, namelijk.....

**41. Wilt u aangeven welke middelen hij of zij ooit gebruikt heeft?**  
*(NB: Er zijn meerdere antwoordmogelijkheden tegelijkertijd mogelijk)*

- Alcohol
- Cannabis (bv. Marihuana, wiet, hasj)
- Speed / Cocaine
- GHB /XTC
- Opiaten (bv. heroïne, morfine, opium)
- Benzodiazepines (bv. librium, valium, rohypnol)
- Paddo's
- Overig, nl.....

**42. Wilt u aangeven welke middelen hij of zij momenteel gebruikt?**  
*(NB: Er zijn meerdere antwoordmogelijkheden tegelijkertijd mogelijk)*

- Alcohol
- Cannabis (bv. Marihuana, wiet, hasj)
- Speed / Cocaine
- GHB /XTC
- Opiaten (bv. heroïne, morfine, opium)
- Benzodiazepines (bv. librium, valium, rohypnol)
- Paddo's
- Overig, nl.....

**43. Welke interventies gebruikt u bij de behandeling en/of begeleiding van het middelenmisbruik bij deze cliënt?**

- 1 .....
- 2 .....
- 3 .....

**44. Kunt u daarnaast aangeven hoe u deze interventies beoordeelt qua effectiviteit?**  
*(NB: Er zijn meerdere antwoordmogelijkheden tegelijkertijd mogelijk)*

	niet effectief			zeer effectief		
interventie 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
interventie 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
interventie 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**45. Kunt u nog een cliënt beschrijven?**

- Nee (ga verder met vraag 81)
- Ja (ga door met de volgende cliënt)

46. Wat is de leeftijd van cliënt 3? .....

47. Wat is het geslacht van uw cliënt?

- Man
- Vrouw

48. Wat is het cognitieve niveau van uw cliënt?

- Zwakbegaafd (IQ 70 – 85)
- Licht verstandelijke beperking (IQ 50 – 70)

49. Wat is de woonsituatie van uw cliënt?

- Op het instellingsterrein
- Buiten het instellingsterrein, in een groep (incl. GVT)
- Buiten het instellingsterrein, in een eigen appartement
- Overig

50. Gebruikt uw cliënt medicatie?

- Nee
- Ja, namelijk.....

51. Is er sprake van een psychiatrische stoornis?

- Nee
- Ja, namelijk.....

52. Waar houdt de cliënt zich op een doordeweekse dag mee bezig? (N.B. Er zijn meerdere antwoordmogelijkheden tegelijkertijd mogelijk)

- Studie
- Werk
- Dagbesteding
- Zit thuis
- Overig, namelijk.....

**53.** Wilt u aangeven welke middelen hij of zij ooit gebruikt heeft?  
*(NB: Er zijn meerdere antwoordmogelijkheden tegelijkertijd mogelijk)*

- Alcohol
- Cannabis (bv. Marihuana, wiet, hasj)
- Speed / Cocaine
- GHB /XTC
- Opiaten (bv. heroïne, morfine, opium)
- Benzodiazepines (bv. librium, valium, rohypnol)
- Paddo's
- Overig, nl.....

**54.** Wilt u aangeven welke middelen hij of zij momenteel gebruikt?  
*(NB: Er zijn meerdere antwoordmogelijkheden tegelijkertijd mogelijk)*

- Alcohol
- Cannabis (bv. Marihuana, wiet, hasj)
- Speed / Cocaine
- GHB /XTC
- Opiaten (bv. heroïne, morfine, opium)
- Benzodiazepines (bv. librium, valium, rohypnol)
- Paddo's
- Overig, nl.....

**55.** Welke interventies gebruikt u bij de behandeling en/of begeleiding van het middelenmisbruik bij deze cliënt?

- 1 .....
- 2 .....
- 3 .....

**56.** Kunt u daarnaast aangeven hoe u deze interventies beoordeelt qua effectiviteit?  
*(NB: Er zijn meerdere antwoordmogelijkheden tegelijkertijd mogelijk)*

	niet effectief			zeer effectief		
interventie 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
interventie 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
interventie 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**57.** Kunt u nog een cliënt beschrijven?

- Nee (ga verder met vraag 81)
- Ja (ga door met de volgende cliënt)



58. Wat is de leeftijd van cliënt 4? .....

59. Wat is het geslacht van uw cliënt?

- Man
- Vrouw

60. Wat is het cognitieve niveau van uw cliënt?

- Zwakbegaafd (IQ 70 – 85)
- Licht verstandelijke beperking (IQ 50 – 70)

61. Wat is de woonsituatie van uw cliënt?

- Op het instellingsterrein
- Buiten het instellingsterrein, in een groep (incl. GVT)
- Buiten het instellingsterrein, in een eigen appartement
- Overig

62. Gebruikt uw cliënt medicatie?

- Nee
- Ja, namelijk.....

63. Is er sprake van een psychiatrische stoornis?

- Nee
- Ja, namelijk.....

64. Waar houdt de cliënt zich op een doordeweekse dag mee bezig? (N.B. Er zijn meerdere antwoordmogelijkheden tegelijkertijd mogelijk)

- Studie
- Werk
- Dagbesteding
- Zit thuis
- Overig, namelijk.....

**65.** Wilt u aangeven welke middelen hij of zij ooit gebruikt heeft?  
*(NB: Er zijn meerdere antwoordmogelijkheden tegelijkertijd mogelijk)*

- Alcohol
- Cannabis (bv. Marihuana, wiet, hasj)
- Speed / Cocaine
- GHB /XTC
- Opiaten (bv. heroïne, morfine, opium)
- Benzodiazepines (bv. librium, valium, rohypnol)
- Paddo's
- Overig, nl.....

**66.** Wilt u aangeven welke middelen hij of zij momenteel gebruikt?  
*(NB: Er zijn meerdere antwoordmogelijkheden tegelijkertijd mogelijk)*

- Alcohol
- Cannabis (bv. Marihuana, wiet, hasj)
- Speed / Cocaine
- GHB /XTC
- Opiaten (bv. heroïne, morfine, opium)
- Benzodiazepines (bv. librium, valium, rohypnol)
- Paddo's
- Overig, nl.....

**67.** Welke interventies gebruikt u bij de behandeling en/of begeleiding van het middelenmisbruik bij deze cliënt?

- 1 .....
- 2 .....
- 3 .....

**68.** Kunt u daarnaast aangeven hoe u deze interventies beoordeelt qua effectiviteit?  
*(NB: Er zijn meerdere antwoordmogelijkheden tegelijkertijd mogelijk)*

	niet effectief			zeer effectief		
interventie 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
interventie 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
interventie 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**69.** Kunt u nog een cliënt beschrijven?

- Nee (ga verder met vraag 81)
- Ja (ga door met de volgende cliënt)

70. Wat is de leeftijd van cliënt 5? .....

71. Wat is het geslacht van uw cliënt?

- Man
- Vrouw

72. Wat is het cognitieve niveau van uw cliënt?

- Zwakbegaafd (IQ 70 – 85)
- Licht verstandelijke beperking (IQ 50 – 70)

73. Wat is de woonsituatie van uw cliënt?

- Op het instellingsterrein
- Buiten het instellingsterrein, in een groep (incl. GVT)
- Buiten het instellingsterrein, in een eigen appartement
- Overig

74. Gebruikt uw cliënt medicatie?

- Nee
- Ja, namelijk.....

75. Is er sprake van een psychiatrische stoornis?

- Nee
- Ja, namelijk.....

76. Waar houdt de cliënt zich op een doordeweekse dag mee bezig? (N.B. Er zijn meerdere antwoordmogelijkheden tegelijkertijd mogelijk)

- Studie
- Werk
- Dagbesteding
- Zit thuis
- Overig, namelijk.....

**77.** Wilt u aangeven welke middelen hij of zij ooit gebruikt heeft?  
*(NB: Er zijn meerdere antwoordmogelijkheden tegelijkertijd mogelijk)*

- Alcohol
- Cannabis (bv. Marihuana, wiet, hasj)
- Speed / Cocaine
- GHB /XTC
- Opiaten (bv. heroïne, morfine, opium)
- Benzodiazepines (bv. librium, valium, rohypnol)
- Paddo's
- Overig, nl.....

**78.** Wilt u aangeven welke middelen hij of zij momenteel gebruikt?  
*(NB: Er zijn meerdere antwoordmogelijkheden tegelijkertijd mogelijk)*

- Alcohol
- Cannabis (bv. Marihuana, wiet, hasj)
- Speed / Cocaine
- GHB /XTC
- Opiaten (bv. heroïne, morfine, opium)
- Benzodiazepines (bv. librium, valium, rohypnol)
- Paddo's
- Overig, nl.....

**79.** Welke interventies gebruikt u bij de behandeling en/of begeleiding van het middelenmisbruik bij deze cliënt?

- 1 .....
- 2 .....
- 3 .....

**80.** Kunt u daarnaast aangeven hoe u deze interventies beoordeelt qua effectiviteit?  
*(NB: Er zijn meerdere antwoordmogelijkheden tegelijkertijd mogelijk)*

	niet effectief			zeer effectief		
interventie 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
interventie 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
interventie 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Algemeen (Instellingsniveau)**

**81.** Bestaat er binnen de organisatie beschreven beleid of een protocol op het gebied van middelenmisbruik?

- Nee
- Ja, namelijk gericht op: .....

**82.** Vindt u dat er voldoende deskundigheid betreffende middelenmisbruik in huis is?

- Nee
- Ja

**83.** Wordt er samengewerkt met andere instanties betreffende middelenmisbruik?

- Nee (ga verder met vraag 85)
- Ja, namelijk met: .....

**84.** Op welke gebied(en) wordt er samengewerkt?

- Scholing
- Casusniveau
- Onderzoek
- Overig, namelijk: .....

**85.** Wat voor vragen leven er in uw organisatie over middelenmisbruik bij mensen met een verstandelijke beperking? (denk bijvoorbeeld aan: wat is het effect van een bepaald middel bij deze doelgroep? of hoe kan meer kennis verkregen worden over het onderwerp)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**86.** Overige vragen/opmerkingen:

.....  
.....  
.....  
.....

**87.** De Quickscan is ontworpen om informatie te verkrijgen bij organisaties met zwakbegaafde en licht verstandelijk beperkte mensen die te maken hebben met middelenproblematiek. Zou u het zinvol achten dat er in de toekomst ook onderzoek gedaan wordt naar de overige groep verstandelijk beperkten (bijvoorbeeld binnen de groep matig of ernstig verstandelijk beperkten)?

- Nee
- Ja

**Hartelijk dank voor uw medewerking! Bovenstaande gegevens zullen strikt vertrouwelijk behandeld worden. Naar aanleiding van alle vragenlijsten ontvangt u een uitgebreide eindrapportage over het onderzoek. Daarnaast ontvangt u een analyse van eigen instellingsgegevens ten opzichte van de gehele onderzoekspopulatie.**

Met vriendelijke groet,

T. Krooshof, psycholoog i.o.  
AveleijnSDT i.s.m. Tactus Verslavingszorg  
Contactadres:  
Grotestraat 260  
7622 GW Borne  
074-2556600