

'Middelengebruik bij mensen met een verstandelijke beperking'  
Dossieronderzoek bij Aveleijn

Datum: 20-04-2010

Larissa ten Broeke

S0060646

Bachelorthese Psychologie

Begeleidster Aveleijn: Marion Kiewik

Begeleider Universiteit Twente: Gerben Westerhof

[l.n.r.tenbroeke@student.utwente.nl](mailto:l.n.r.tenbroeke@student.utwente.nl)

## Inhoudsopgave

1. Samenvatting
2. Inleiding
3. Theoretisch kader
4. Probleemstelling
5. Onderzoeksvragen
6. Methode
7. Resultaten
8. Conclusie
9. Discussie
10. Aanbevelingen
11. Referenties
12. Bijlage

## 1- Samenvatting

Middelengebruik bij mensen met een verstandelijke beperking wordt de laatste jaren steeds vaker opgemerkt en vormt een probleem. Echter herkennen de begeleiders deze problematiek vaak te laat. Wanneer het wel wordt herkend weten de begeleiders van deze mensen met een verstandelijke beperking vaak niet hoe ze hier mee om moeten gaan.

Om hier meer over te weten te komen zal dit onderzoeksrapport een dossieronderzoek beschrijven. In dit dossieronderzoek is het de bedoeling dat er een beter beeld wordt gecreëerd van deze doelgroep en dat uiteindelijk de cliënten die middelen gebruiken eerder herkend kunnen worden.

De verwachting is dat er een profiel ontstaat waardoor middelengebruikende cliënten eerder herkend kunnen worden en daardoor adequater geholpen kunnen worden.

Dit dossieronderzoek heeft plaatsgevonden bij Avelijn in Borne, een zorginstelling voor mensen met een verstandelijke beperking.

De volgende factoren zijn onderzocht om een beter beeld te verkrijgen van deze groep mensen: geslacht, leeftijd, woonsituatie, opleidingsniveau, IQ, contact met andere gebruikers, zelfredzaamheid, temperament, reden tot gebruik, beheer van geld, soort verslaving en poging tot stoppen. Opvallend was dat er in veel dossiers informatie ontbrak die in andere dossiers wel te vinden was.

Resultaten: het gemiddelde IQ van de groep lag op 68,8 punten. De groep bestond voor een derde uit licht verstandelijk beperkte mensen en voor een derde uit zwakbegaafde mensen. 72% van de onderzochte groep was mannelijk en 28% was vrouwelijk, dat is het dubbele percentage vrouwen dan in Ierland. De gemiddelde leeftijd van de groep lag op 38,5 jaar. 66,2% heeft speciaal onderwijs gevolgd. 47,8% van de onderzochte groep was langer in zorg dan 5 jaar. Bij Avelijn waren de mensen uit de onderzochte groep minder lang in zorg dan in Ierland.

61,4% van de onderzochte groep bezat een moeilijk temperament. Ongeveer 70% had geen partner, en ook ongeveer 70% had geen kinderen. 25% van de groep genoot dagbesteding. Slechts 4,9% van de groep scoorde een onvoldoende op zelfredzaamheid.

56,9% van de groep gebruikte alcohol en de meesten gebruikten middelen allen. Meer dan de helft van de onderzochte groep is niet bekend bij Tactus en bijna 90% van de groep rookt.

Conclusie: in de uiteindelijke checklist moeten de volgende factoren worden opgenomen: moeilijk temperament, hoge zelfredzaamheid, roken, verkeerde vrienden, verveling en overlijden ouder.

Het is onmogelijk om een checklist op te stellen die in alle situaties opgaat daar waar de factoren per persoon te veel van elkaar verschillen.

## 2- Inleiding.

Gebruik en misbruik van middelen komt in de gehele maatschappij voor. Zo ook bij mensen met een verstandelijke beperking. Onder het gebruik van middelen wordt volgens de encyclopedie verstaan: het af en toe consumeren van een drankje of een andere soort drug. Bij misbruik van middelen leidt het gebruik van middelen tot fysieke, emotionele, mentale of zintuiglijke beschadiging of verzwakking. (encyclopedie) Ook kan er bij misbruik van middelen sprake zijn van inname van grote hoeveelheden tegelijk of grote hoeveelheden van meerdere soorten middelen door elkaar. Een gangbaar voorbeeld van meerdere middelen door elkaar is cannabis en alcohol.

Een instantie die werkt met mensen met een verstandelijke beperking is Aveleijn. Dit onderzoek naar middelengebruik bij mensen met een verstandelijk beperking heeft plaatsgevonden onder cliënten van Aveleijn waarvan bekend is dat zij middelen gebruiken. Aveleijn kent 2300 cliënten in totaal. Hiervan is van 105 cliënten, oftewel 4,6%, bekend dat zij verslavende middelen gebruiken waarvan de meesten alcohol gebruiken. Niet van alle cliënten is even duidelijk hoeveel ze precies gebruiken, echter is bij deze cliënten opgemerkt dat er sprake is van gebruik. Van dit percentage cliënten binnen Aveleijn gebruikt ongeveer 80% alcohol. Op de tweede plek staat cannabis en daarna volgen speed, XTC en heroïne. Als laatste is er een categorie 'overig', hieronder vallen mensen die bekend zijn met veel eten, gokken, gamen en andere dan bovengenoemde drugssoorten.

Naar alle waarschijnlijkheid is het aantal van 105 cliënten een onderschatting. Deze telling heeft begin 2009 plaatsgevonden waardoor er de mogelijkheid bestaat dat er ondertussen meer cliënten bij zijn gekomen. Ook kan het zo zijn dat sinds de telling van 2009 cliënten gestopt zijn met het gebruiken van middelen, waardoor de groep gebruikende cliënten weer kleiner wordt. Van deze 106 cliënten is 31,4% licht verstandelijk beperkt, 28,6% zwakbegaafd.

Dat er cliënten zijn waarbij het gebruik van middelen nog niet is opgemerkt zal waarschijnlijk komen doordat begeleiders van verstandelijk beperkten niet altijd opmerken dat de betreffende cliënt middelen gebruikt. Wanneer dit niet wordt opgemerkt, zullen de cliënten ook niet de juiste behandeling ontvangen. Ook is het moeilijk om te kunnen constateren wanneer er sprake is van

middelengebruik of van middelengebruik aangezien veel cliënten niet de hele dag begeleid worden. Veel van de mensen met een verstandelijke beperking hebben behoorlijk veel vrije tijd waarop geen begeleiding aanwezig is.

Wanneer begeleiders van verstandelijk beperkte mensen wel opmerken dat er sprake is van middelengebruik, weten zij vaak niet hoe hier mee om te gaan. Andersom weten de begeleiders van verslaafden, zoals bij de instelling voor verslavingszorg: Tactus, vaak niet hoe ze om moeten gaan met mensen met een verstandelijke beperking. Het komt dan ook vaak voor dat de cliënten met een verstandelijke beperking door begeleiders van mensen met een verslaving worden overvraagd, en daardoor de behandeling niet kunnen voltooien Taggart, McLaughlin, Quinn en Milligan Overvraging houdt in dat een cliënt aangeeft meer te begrijpen dan dat hij of zij blijkt te begrijpen en dat begeleiders te veel uitgaan van de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt wat niet overeenkomt met hetgeen hij of zij aankan. Daarnaast kan er bij overvraging ook sprake zijn van te hoge eisen aan de cliënt. Door overvraging kan de cliënt erg in de war raken.

In 2008 zijn Aveleijn en Tactus verslavingszorg samen gaan werken om meer informatie over verstandelijk beperkte mensen met een verslaving te verkrijgen. Onder leiding van Marion Kiewik en Joanneke van der Nagel is een project gestart met de naam Sumid; Substance use and misuse in intellectual disability. Uit een eerste onderzoek, uitgevoerd onder zowel hulpverleners uit de verslavingszorg als hulpverleners uit de gehandicaptenzorg, is naar voren gekomen dat er bij beide groepen onvoldoende kennis aanwezig is. Deze kennis is nodig om mensen met een verstandelijke beperking die middelen gebruiken snel te signaleren, als om mensen met een verstandelijke beperking met een verslaving de juiste zorg te bieden.

In 2006 is in Ierland onderzoek gedaan door Taggart et al., naar mensen met een verstandelijke beperking en middelengebruik. In dit onderzoek is een vragenlijst opgesteld naar persoonlijke ervaringen met cliënten, welke vervolgens is ingevuld door medewerkers uit de verslavingszorg en uit de gehandicaptenzorg. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat in Ierland alcohol het meest voorkomende middel was dat wordt gebruikt. Met name ging het om mannen waarvan 70% een leeftijd had van ouder dan dertig jaar. Tweederde van deze gebruikers woonden op zichzelf en in ongeveer 30% van de gevallen was er sprake van een psychische aandoening. Meerdere verstandelijk beperkte mensen waren niet bekend bij de verslavingszorg en andersom. Een reden

voor het gebruik van middelen werd aangegeven als zijnde door verveling en gebrek aan dagbesteding (Taggart et al., 2006).

Aangezien deze onderzoeksresultaten niet direct generaliseerbaar zijn naar dezelfde doelgroep in Nederland en gezien het feit dat de zorg in Nederland anders georganiseerd is dan in Ierland, wordt er in Nederland een vergelijkbaar onderzoek gedaan bij Avelijn en Tactus verslavingszorg. In dit onderzoek zullen de gevonden risicofactoren van Taggart worden meegenomen. Bij deze gevonden risicofactoren van Taggart gaat het om leeftijd, geslacht, diagnose van een verstandelijk beperking, woonsituatie, het hebben van een psychische aandoening en de reden van gebruik. Naast deze gevonden factoren zal naar aanvullende gegevens worden gekeken. Hierbij valt te denken aan de financiële situatie van de cliënt, zelfredzaamheid, temperament, met wie de cliënt gebruikt en waar, hoelang de cliënt al gebruikt, of de cliënt rookt en of de cliënt ooit een serieuze poging heeft gedaan om te stoppen met het gebruik.

Al deze factoren zullen worden bekeken zodat er een checklist ontstaat waardoor de signalering van mensen met een verstandelijke beperking die middelen gebruiken beter en sneller plaats kan vinden. Wanneer deze checklist is ontstaan aan de hand van de risicofactoren die in dit onderzoek naar voren komen, zal het voor de hulpverleners in de gehandicaptenzorg makkelijker worden om cliënten te herkennen die middelen gebruiken.

Op deze manier zou deze cliënt beter in de gaten gehouden kunnen worden en uitgebreider worden onderzocht waardoor de eventuele problematiek eerder kan worden geconstateerd. Wanneer dat het geval is zal deze cliënt geholpen kunnen worden met zijn problematiek.

### Verstandelijke beperking

Waar men vroeger nog sprak van zwakbegaafden, wordt tegenwoordig gesproken van licht verstandelijk beperkten oftewel lvb'ers.

De definitie van een verstandelijke beperking luidt als volgt: een verstandelijke beperking wordt gekenmerkt door mensen met een IQ van 70 of lager, die significante beperkingen ondervinden in zowel het functioneren als in het adaptieve gedrag. Dit is ontstaan voor het 18<sup>e</sup> levensjaar (APA, 2000), (AAMR,2002), (WHO,1992). De DSM-IV hanteert een bredere grens namelijk een IQ van 50-85. In dit onderzoek wordt onderscheid gemaakt tussen mensen met een verstandelijke beperking

en mensen die zwakbegaafd zijn, om zo de onderzoeksresultaten zo precies mogelijk te kunnen gebruiken voor de aanbevelingen.

Het IQ van een zwakbegaafd persoon in dit onderzoek ligt tussen de 71 en de 85 punten en het IQ van een licht verstandelijk beperkt persoon ligt tussen de 50 en de 70 punten.

In Nederland heeft ongeveer 16 % van de Nederlandse bevolking een licht verstandelijke beperking (RIVM,2009). Volgens Boot & Knapen (2005) is van 112.000 mensen bekend dat ze een IQ hebben van lager dan 80 punten, waarvan de helft licht verstandelijk beperkt is. Er zijn ongeveer anderhalf keer zoveel mannen als vrouwen in de gehandicaptensector, of dit ook geldt voor LVG wordt hieruit niet duidelijk. Van de 56.000 licht verstandelijk beperkte mensen zijn dus 33.600 man en 22.400 vrouw.

In tegenstelling tot wat veel mensen denken is aan de persoon niet altijd te zien dat deze een verstandelijke beperking heeft. Vaak zien deze mensen er normaal uit en kunnen ze veel dingen zoals 'normale mensen' dit ook kunnen. Mensen met een licht verstandelijke beperking hebben een IQ tussen de 50 en 70 punten. Dat is ook hetgeen waarop mensen met een verstandelijke beperking verschillen van mensen zonder verstandelijke beperking. Echter is het niet alleen IQ waarop mensen met een verstandelijke beperking problemen ondervinden maar ook op andere aspecten zoals op emotioneel, sociaal, seksueel, religieus en moreel vlak. Mensen met een verstandelijke beperking verschillen niet kwalitatief maar kwantitatief in ontwikkeling van mensen zonder verstandelijke beperking. Beide doorlopen dezelfde fasen van ontwikkeling echter gaat dat bij iemand met een verstandelijke beperking langzamer en zal het nooit een gelijk niveau bereiken dan iemand zonder verstandelijke beperking (Došen, 2005).

Doordat van de buitenkant vaak niets te zien is worden mensen met een verstandelijke beperking worden vaak overvraagd. Overvraging houdt in dat begeleiders te veel uitgaan van de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt wat niet overeenkomt met hetgeen hij of zij aankan. Daarnaast kan er bij overvraging ook sprake zijn van te hoge eisen aan de cliënt. Door overvraging kan de cliënt erg in de war raken.

De zelfredzaamheid bij mensen met een verstandelijke beperking kan in sommige gevallen laag zijn. Dit houdt bijvoorbeeld in dat ze niet zelf hun tanden kunnen poetsen, niet zelf douchen en geen begrip hebben van de waarde van geld.

Voor deze mensen is begeleiding aanwezig. Avelijn is een instelling die zorgt voor deze begeleiding. Cliënten die veel begeleiding nodig hebben komen op een woongroep te wonen. Dit is een gebouw waarop cliënten hun eigen kamer hebben en waar een gezamenlijke ruimte is, ook

wel inloop genaamd, waar de cliënten kunnen samenkomen. Binnen deze woongroep zal 24-uurs begeleiding aanwezig zijn en zal het gehele dagprogramma worden ingevuld met activiteiten als samen eten, dagbesteding, werk en ontspanning. De begeleiding zal er op toezien dat de cliënten zichzelf wassen, tanden poetsen en naar de verschillende activiteiten gaan.

Voor mensen met een mindere mate van beperking is het ook mogelijk om begeleid zelfstandig te wonen. Dit houdt in dat ze wel een eigen huis hebben maar dat er een aantal keer per week begeleiding langskomt om te kijken hoe het gaat en om te helpen met dingen die ze niet zelf kunnen. Een voorbeeld hiervan kan zijn: het beheren van geld en het doen van administratie. De begeleider zal hier samen met de cliënt aan werken en zo goed mogelijk, op het niveau van de desbetreffende cliënt, proberen uit te leggen wat hij/zij doet.

### Verslaving en gebruik van middelen

Het hebben van een verslaving houdt in dat een persoon fysiek of mentaal afhankelijk is geworden van een gewoonte of stof. Vaak gaat het bij verslaving om de afhankelijkheid van een stof als alcohol of drugs.

Er is onderscheid te maken tussen twee soorten afhankelijkheid namelijk geestelijke afhankelijkheid en lichamelijke afhankelijkheid. Een geestelijke afhankelijkheid houdt in dat die persoon denkt afhankelijk te zijn van een bepaalde stof of gewoonte. Deze persoon zal er dan ook alles aan doen of laten om deze stof of gewoonte te verkrijgen.

Een lichamelijke afhankelijkheid houdt in dat het lichaam van de persoon afhankelijk is geworden van een bepaalde stof. Wanneer de persoon het middel niet kan krijgen of probeert af te kicken kunnen er ernstige ontwenningverschijnselen ontstaan.

De meeste mensen in Nederland die aan een verslaving lijden zijn verslaafd aan alcohol. Natuurlijk zijn er veel mensen die wel eens een glas alcohol nuttigen maar waar het gaat om zwaar alcoholgebruik betreft het tot 2007, 10,7% van de Nederlandse bevolking, 14,8% van de mannen en 4% van de vrouwen. Onder zwaar alcohol gebruik wordt verstaan dat de persoon in kwestie minimaal 1 keer per week 6 of meer glazen drinkt, en het is gemeten bij personen van twaalf jaar en ouder (Nationaal Kompas, 2009). Over het algemeen lijkt het drankgebruik licht gedaald maar onder de jongeren is het gebruik van alcohol sterk toegenomen, tot 2005 (Hollander, de Hoeymans en Nelse, 2006). Deze mensen die wel eens een glas alcohol nuttigen bedraagt onder de Nederlanders 81% ( Nationaal Kompas, 2009). Onder de vrouwen komen meer niet- drinkers voor dan onder de mannen. Bij de vrouwen gaat het om 23% en bij de mannen om 14%.



De gevolgen van regelmatig drankgebruik kunnen ernstig zijn. Lichamelijke klachten die kunnen ontstaan zijn het krijgen van leverproblemen, hart- en vaatziekten en kanker. Het gebruik van alcohol heeft ook invloed op concentratie vermogen en rijvermogen. Bij overmatig alcoholgebruik is de kans op ongelukken groter. (Ouwehand et al., 2006)

De tweede plaats op het gebied van gebruik van verslavende middelen wordt ingenomen door cannabis. 22,6 % van de Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder geeft aan wel eens cannabis te hebben gebruikt. Bijna tweederde van deze cannabisgebruikers is ouder dan 25 jaar (NDM, 2007).

Op de derde plaats volgt cocaïne. In 2005 gaf 3,4 % van de Nederlandse bevolking aan wel eens cocaïne te hebben gebruikt. Met name jongeren en jong volwassenen die vaak uitgaan snuiven vaker (RIVM, 2009). Naast het snuiven van cocaïne is er ook een mogelijkheid om cocaïne te roken. Wanneer dat aan de orde is wordt het ook wel crack genoemd.

Een andere drug die met name populair is onder het uitgaanspubliek, is XTC. Vooral op dansfeesten wordt er regelmatig een pilletje ingenomen. Hoewel het vrij vaak gebruikt wordt is het zelden een reden voor hulpvraag. In 2005 is van 3,6% van de Nederlandse bevolking bekend dat ze wel eens XTC hebben gebruikt, waarvan 1.1% toegeeft regelmatig te gebruiken (RIVM, 2009).

Gebruik van middelen bij licht verstandelijk beperkte mensen.

Over het gebruik van middelen bij verstandelijk beperkte mensen is weinig bekend, dit komt bijna uit alle literatuur naar voren. Er bestaat weinig kennis over het gebruik en de behandeling van licht verstandelijk beperkte mensen en middelgebruik (Mutsaers, Blekman & Schipper, 2007)

Wel is bekend dat wanneer het in deze doelgroep voorkomt, mensen met een verstandelijke beperking sneller geneigd zijn over te gaan tot verslaving en afhankelijkheid van de middelen (McGillycuddy, 2006). Ook is aangetoond dat mensen met een verstandelijke beperking die middelen misbruiken vaker last hebben van een minder goede fysieke en mentale gezondheid en dat er vaker sprake is van offensief gedrag en opname in ziekenhuizen (McGillivray & Moore, 2001; Sturmey, Reyer, Lee & Robek, 2003). Ook is aangetoond dat bij mensen met een verstandelijke beperking een hogere prevalentie van comorbide problemen als epilepsie, psychiatrische problemen en het gebruik van medicijnen er toe kan leiden dat problemen als gevolg van middelmisbruik groter zijn (McGillycuddy, 2006) (Sturmey e.a., 2003)

### 3- Risicofactoren.

Alvorens uit te leggen waarom er voor de verschillende risicofactoren gekozen is, zijn er een aantal begrippen die wat uitleg behoeven.

#### Sociale Zelfredzaamheid

Een uitgebreide definitie van sociale zelfredzaamheid is volgens Lambert, Nihira & Leland (1993): adaptief gedrag, sociale competentie van het sociaal functioneren. Deze definitie is met name gericht op het sociale aspect van sociale zelfredzaamheid waarmee het vermogen om sociaal te functioneren bedoeld wordt.

Het begrip sociale zelfredzaamheid in engere zin kan gezien worden als alles rondom zelfverzorging. (Kraijer & Plas, 2006)

Om de mate van verstandelijke beperking bij mensen vast te stellen moet er naast IQ ook gekeken worden naar de mate van zelfredzaamheid .

Na deze constatering is naar dit onderwerp veel onderzoek gedaan waaruit naar voren is gekomen dat intelligentieniveau en sociale zelfredzaamheid twee afzonderlijke begrippen zijn, maar wel samenhangen (Kraijer & Plas, 2006. p.202).

Tegenwoordig wordt bij Aveleijn bij de meeste cliënten een zelfredzaamheidschaal ingevuld, namelijk de SRZ- P. Deze test is in 1972 ontworpen en in 2004 voor het laatst herzien. De SRZ-P is geschikt voor personen met een matig- licht tot ernstige verstandelijke beperking in de leeftijdscategorie van 4 jaar en ouder. De test bestaat uit 31 items die onderverdeeld zijn in 3 categorieën, te weten: (TL) taalgebruik, in hoeverre de cliënt zich zelf verstaanbaar kan maken, (TK) taakgerichtheid, in hoeverre de cliënt doorzettingsvermogen en initiatief toont, (S) sociale gerichtheid, in hoeverre de cliënt goed kan omgaan met anderen. Deze SRZ- P wordt ingevuld door twee begeleiders die al een langere tijd met de betreffende cliënt werken en deze goed kennen. Het invullen van deze schaal zorgt er onder andere voor dat er een meer passende indicatiestelling en registratie van de cliënten gemaakt kan worden.

#### Temperament

Temperament is volgens Michielsen, de Vries en van Heck (2003): relatief stabiele wijzen waarop personen die situaties waarmee ze te maken hebben, selecteren, oproepen en manipuleren.

Temperament heeft daarom meer betrekking op de manier van omgaan met situaties dan met de inhoud van situaties zelf.

Volgens Thomas en Chess (1977) is temperament iets anders dan 'ability' en ook iets anders dan motivatie maar heeft het juist te maken met de manier waarop mensen zich gedragen. Temperamentonderzoek bij mensen met een verstandelijke beperking is van belang aangezien deze mensen gebrek hebben aan 'ability'. Zij komen vaak tekort op cognitief vlak en op het gebied van zelfredzaamheid en vaak ook op emotioneel vlak. Het is dan ook niet altijd mogelijk om een IQ test goed of geheel af te nemen en met name bij deze cliënten wordt gekeken naar temperament. Temperament is te meten zonder medewerking van de cliënt namelijk door observatie. Aan de hand van deze observatie kan een goed beeld gecreëerd worden van hoe deze persoon zich gedraagt. Wanneer begeleiders meer weten over het temperament van de cliënten kunnen zij probleemgedrag vroegtijdig proberen te voorkomen.

Tegenwoordig wordt bij Aveleijn bij de meeste cliënten een temperamentschaal ingevuld te weten de TVZ (temperamentschaal voor zwakzinnigen). Deze test is in 1990 uitgegeven en is voor de doelgroep van ernstig en matig verstandelijk beperkten. De COTAN heeft de normen en begripsvaliditeit van de TVZ als goed beoordeeld en de betrouwbaarheid als voldoende. De criteriumvaliditeit is onvoldoende wegens gebrek aan onderzoek.

Deze schaal bestaat uit 56 items die onder verdeeld zijn in 7 categorieën te weten:

- 1) Intensiteit: in welke mate de cliënt zich uitdrukt (zowel in positieve situaties als in negatieve situaties). (9 items)
- 2) Susbaarheid: in welke mate de cliënt te kalmeren is bij storend gedrag. (7 items)
- 3) Stemming: maakt de cliënt een positieve/ vrolijke indruk of een negatieve/ sombere indruk. (8 items)
- 4) Aanpassing: de snelheid waarmee de cliënt zich kan aanpassen aan nieuwe of gewijzigde situaties. (9 items)
- 5) Toenadering: in hoeverre de cliënt in nieuwe situaties afwacht of deze nieuwe situaties juist gaat ontdekken. (8 items)
- 6) Prikkelgevoeligheid: de snelheid waarmee de cliënt reageert op prikkels van buiten. (8 items)
- 7) Doorzettingsvermogen: de mate waarin de cliënt zich goed of slecht kan concentreren op een bezigheid. (8 items)

De schalen zeggen achtereenvolgens iets over de intensiteit van reageren, de mate van susbaarheid, de snelheid en mate van aanpassing aan veranderingen, de stemming, het doorzettingsvermogen, de mate waarin betrokkene toenadering zoekt en de prikkelgevoeligheid. Op grond van de gezamenlijke schalen wordt een uitspraak gedaan over het temperament en over iemands gerichtheid op de omgeving.

Na het invullen van deze schaal zal er een gemakkelijk of moeilijk temperament uitkomen.

Een makkelijk temperament houdt in dat er laag is gescoord op: intensiteit, en hoog op susbaarheid, stemming en aanpassing. Deze persoon is makkelijk om mee te werken en snel tevreden met hetgeen hem geboden wordt. Een risico van iemand met een makkelijk temperament is dat deze snel wordt overvraagd omdat de begeleiders te veel van hem verwachten en de omgeving te hoge verwachtingen van hem heeft.

Een moeilijk temperament houdt in dat er hoog gescoord is op 1 van de categorieën en laag gescoord op respectievelijk 3 andere categorieën. Deze persoon wordt ervaren als moeilijk mee te werken en vaak is de stemming van deze persoon moeilijk af te leiden of te sussen. De persoon past zich moeilijk aan en is moeilijk te sussen.

Naast het bovengenoemde wordt er ook gekeken naar de intensiteit van de reacties van de onderzochte personen.

Laag op susbaarheid houdt in dat de persoon moeilijk is af te leiden van vervelend of intens gedrag. Er is dus sprake van geringe susbaarheid. Soms kan humor hier bij helpen.

Hoog op susbaarheid houdt in dat de persoon goed te sussen is en makkelijk af te leiden van vervelend of intens gedrag. ( TVZ- basisverslag)

Verantwoording van keuze van de risicofactoren.

In dit onderzoek zullen de gevonden risicofactoren van Taggart worden meegenomen. Bij deze gevonden risicofactoren van Taggart gaat het om leeftijd, geslacht, diagnose van een verstandelijk beperking, woonsituatie, het hebben van een psychische aandoening en de reden van gebruik. Naast deze gevonden factoren zal naar aanvullende gegevens worden gekeken. Hierbij valt te denken aan de financiële situatie van de cliënt. Het zou kunnen zijn dat het al dan niet beheren van hun eigen geld een factor is die een rol speelt bij het gebruik van middelen. Bijvoorbeeld omdat cliënten die hun eigen geld beheren meer zelf kunnen beslissen wat ze met hun geld doen

dan cliënten die hun geld in beheer hebben van de begeleiding. Naast deze factoren zal ook naar temperament en zelfredzaamheid gekeken worden. Aangezien bij Aveleijn bij praktisch elke cliënt een zelfredzaamheidschaal en een temperamentschaal is ingevuld, is ook dit een harde maat waar naar gekeken kan worden hopende een verband tussen deze maat en het gebruik van middelen te vinden. Een tweede reden waarom naar deze maten wordt gekeken is omdat vanuit Aveleijn werd aangegeven dat ze benieuwd waren of er een verband is tussen deze maten en het gebruik van middelen.

Om er voor te zorgen dat er zo uitgebreid mogelijk gekeken kan worden naar mogelijke risicofactoren, is er ook gekeken naar waar de cliënten met name gebruiken en met wie. Om te kunnen zien in hoeverre de cliënten willen stoppen met het gebruik van middelen zal er gekeken worden of er ooit sprake is geweest van een poging tot stoppen met het gebruik van middelen en hoe lang deze periode heeft aangehouden.

Ook zal er gekeken worden of de cliënt rookt of niet.

#### 4- Probleemstelling en onderzoeksvragen

Uit de literatuur komt naar voren dat er nog maar weinig onderzoek is gedaan naar mensen met een verstandelijke beperking en middelenproblematiek. Daarnaast weten begeleiders van mensen met een licht verstandelijk beperking niet goed om te gaan met cliënten met een verslaving en weten begeleiders van mensen met een verslaving niet hoe ze om moeten gaan met mensen met een verstandelijke beperking.

Doordat cliënten die middelen gebruiken niet vroegtijdig worden herkend, worden ze vaak 'verkeerd' ingeschaald op het gebied van wonen en begeleiding. Wanneer dit van te voren beter kan worden ingeschat, aan de hand van een checklist met de risicofactoren, zullen de patiënten meer passende begeleiding kunnen ontvangen en kan er worden gekeken naar een manier van wonen die beter bij deze cliënt past.

Om een checklist met de risicofactoren te kunnen maken van mensen met een verstandelijke beperking die middelengebruiken is er een zelfopgestelde vragenlijst ingevuld aan de hand van de dossiers. In deze vragenlijst zijn verschillende factoren aan bod gekomen waarvan onderzocht is in welke mate ze van belang zijn gebleken bij het opstellen van een checklist.

De centrale hoofdvraag is dus:

Welke risicofactoren, aanwezig in de dossiers, zijn van belang bij mensen met een verstandelijke beperking, bekend bij Aveleijn, met betrekking tot het gebruik/ misbruik van middelen?

Aan de hand van deze centrale hoofdvraag ontstaan er een aantal onderzoeksvragen die beantwoord moeten worden om de centrale hoofdvraag te beantwoorden. Deze onderzoeksvragen zijn:

-

Onderzoeksvragen:

1. Welke persoonlijke gegevens zijn kenmerkend voor de cliënten?

OM deze vraag te beantwoorden zullen er factoren aan bod komen als leeftijd en geslacht van een cliënt, wat de hoogst afgeronde opleiding, en wat de IQ score is van de cliënt. Een groot deel van deze vragen is overlappend met het onderzoek van Taggart (2006). Aan de hand van een aantal van deze vragen zal dan ook vergeleken kunnen worden met het onderzoek van Taggart. Hiernaast zal ook gekeken worden naar de scores op de verschillende onderdelen van de temperamentschaal, de TVZ.

2. Welke gegevens betreffende de sociale situatie zijn kenmerkend voor de cliënten?

In het onderzoek van Taggart is ook naar voren gekomen dat woonsituatie een rol speelt in het risicoprofiel. Om dit te onderzoeken zal er in dit onderzoek gekeken worden naar de huisvesting van de cliënten en hoe de woonsituatie is. Andere sociale factoren waar naar gekeken zal worden zijn: de dagelijkse bezigheden van de cliënt, of deze contact heeft met andere gebruiker, hoe het contact is met tussen de cliënt en zijn ouders en hoe de omgang is tussen de cliënt en andere mensen. Ook zal er gekeken worden of de cliënt een partner heeft en/of kinderen. Onder de sociale situatie van de cliënt wordt ook de score op de SRZ-P verstaan, oftewel de mate van zelfredzaamheid. Relevant hierbij is om te kijken naar het jaartal van afname aangezien de zelfredzaamheid van een cliënt kan toenemen dan wel afnemen. Ook wordt hier gekeken naar het beheer van het geld. Is het zo dat de cliënt het zelf regelt, of regelt zijn familie het voor hem of de begeleiders?

3. Welke gegevens zijn bekend over het gebruik van middelen en de behandeling hiervan?

Bij het onderzoek van Taggart kwam naar voren dat alcohol het middel was dat het vaakst gebruikt werd. Om te weten hoe dat bij dit onderzoek ook zo is wordt er gekeken naar welke middelen de cliënt met name gebruikt. Om nog meer informatie over het gebruik van middelen te verzamelen zal er ook naar aanvullende factoren gekeken worden zoals: op welke leeftijd de cliënt begonnen is met het gebruik van middelen, met wie de cliënt vooral gebruikt en waar. Ook zal er gekeken worden of de cliënt ooit hulp heeft ontvangen van Tactus of op een andere manier een poging heeft gedaan om te stoppen en of de cliënt rookt. Bij deze vraag wordt ook gekeken of er in het leven van de cliënt iets is voorgevallen wat er eventueel voor heeft kunnen zorgen dat de cliënt middelen is gaan gebruiken. Dit is een construct dat erg moeilijk te meten is. Aangezien het vaak heel moeilijk aan te geven is wat de reden van gebruik is, zeker in deze doelgroep.

4. Is er sprake van gezondheidsproblemen bij de cliënt als gevolg van of naast het middelengebruik?

Hierbij valt te denken aan zowel psychische als lichamelijke problemen. Er wordt gekeken of er problemen zijn die vaker naar voren komen in het onderzoek dan anderen en of de cliënt hier medicijnen voor gebruikt.

5. Is er sprake van significante verschillen tussen mannen en vrouwen met een licht verstandelijke beperking en het gebruik van middelen?

Bij alle onderzochte factoren zal gekeken worden of er een significant verschil is tussen de populatie mannen en vrouwen. Dit omdat wanneer dit het geval is er verschillende checklisten moeten bestaan voor mannen met een beperking en het gebruik van middelen en vrouwen met een beperking en het gebruik van middelen.

6. Is er verschil tussen zwakbegaafde mensen en mensen met een licht verstandelijke beperking?

Bij alle onderzochte factoren zal gekeken worden of er een verschil is tussen zwakbegaafde mensen en mensen met een licht verstandelijke beperking. Dit omdat wanneer dit het geval is er verschillende checklisten moeten bestaan voor cliënten met een licht verstandelijke beperking en het gebruik van middelen en cliënten die zwakbegaafd zijn middelen gebruiken.

## 5- Methode

Het onderzoek betreft een dossieronderzoek.

Dossiers Avelijn.

Avelijn heeft twee soorten dossiers: elektronische en hard- copy. De elektronische dossiers zijn pas vanaf 2003 redelijk bijgehouden. Informatie ouder dan 2003 en gegevens vanuit de woonvoorziening zelf zijn alleen in de hardcopy variant aanwezig. Het dossieronderzoek zal daarom voornamelijk gebaseerd zijn op de hard- copy dossiers. Dossiers waarvan geen hardcopy variant aanwezig is zullen digitaal bekeken worden.

De dossiers zijn als volgt opgebouwd; persoonsgegevens, alle mails die over de betreffende cliënt zijn gestuurd, geschiedenis van de cliënt, psychodiagnostiek en behandeling.

Procedure.

Ik heb een lijst aangereikt gekregen van Avelijn met daarop de 106 dossiers die ik kon gebruiken in mijn onderzoek. Hiervan bleken er 6 niet aanwezig en de andere 100 zijn allemaal opgenomen in de analyses. Ook waar het niet ging om cliënten met een verstandelijke beperking maar bijvoorbeeld om zwakbegaafd of cliënten met een nog diepere beperking heb ik de antwoorden wel mee laten tellen in de analyses. Dit omdat de groep anders wel erg klein werd aangezien slechts 44% van de aangereikte dossiers LVB' ers omvatte.

Aan de hand van deze dossiers is er een vragenlijst opgesteld. Hiervoor is de vragenlijst van Taggart gebruikt en vertaald om zo uiteindelijk vergelijkend onderzoek te kunnen doen naar zijn vindingen. Naast deze vragen zijn een tal andere vragen opgenomen waarvan verwacht of vermoed wordt dat ze invloed zouden kunnen hebben op het middelengebruik bij mensen met een verstandelijke beperking. Ook zijn een aantal factoren die opgenomen in de vragenlijst ontstaan vanuit de literatuur. Zie bijlage voor de uiteindelijke vragenlijst.

Na het inzien van deze dossiers en het opstellen van de vragenlijst is er een kleine steekproef genomen van 3 dossiers (waarvan bekend is dat ze een verstandelijke beperking hebben én middelen gebruiken) om te kijken of de opgestelde vragen relevant zijn. Daarnaast om te kijken of er nog items in de vragenlijst missen die in de dossiers vaak naar voren komen.



Nadat alle vragenlijsten waren ingevuld zijn alle gegevens ingevoerd in SPSS. Hierbij zijn alle antwoorden omgeschaald naar cijfers om het overzichtelijk en berekenbaar te houden. Dossiers die niet aanwezig waren, 6 stuks, zijn ook niet meegenomen in de analyse. Ook is vaak voorgekomen dat een bepaalde vraag in het ene dossier wel te beantwoorden was en in de andere niet. Ik heb ervoor gekozen om per factor te kijken naar de gevonden antwoorden. Wanneer in een dossier het antwoord op een bepaalde vraag niet gevonden kon worden werd dat dossier in de betreffende factor niet meegenomen.

Nadat al deze gegevens waren ingevoerd in SPSS heeft de analyse van de gegevens plaatsgevonden. Hier betreft het met name frequenties en gemiddelden van de gevonden scores in de dossiers.

## 6- Resultaten

De onderzochte groep bestond uit 106 cliënten met een verstandelijke beperking die bekend zijn bij Aveleijn. Van deze groep waren 72 cliënten mannelijk, 28 cliënten vrouwelijk en van 6 cliënten was niks bekend.

De gemiddelde leeftijd op de pijldatum 1 juli 2010 was 38,5 jaar. Voor de mannen lag de gemiddelde leeftijd op 38,3 en voor de vrouwen lag dit gemiddelde op 39 jaar.

Het merendeel van deze groep (29,3%) heeft een leeftijd in de categorie van 21- 30 jaar.

Aan de hand van de eerder opgestelde deelvragen zal de rest van de resultaten besproken worden. Van elke onderzochte factor zal ik in de resultaten enkel de significante verschillen benoemen wanneer deze aanwezig bleken te zijn en niet wanneer deze afwezig waren. Op deze manier wordt deelvraag 6. Is er verschil tussen zwakbegaafde mensen en mensen met een licht verstandelijke beperking? daar beantwoord worden waar dit relevant is.

### 6.1. Welke persoonlijke gegevens zijn kenmerkend voor de cliënten?

In tabel 1 zijn de persoonlijke gegevens die kenmerkend zijn voor de cliënt weergegeven.

Van de onderzochte groep heeft 33,8% regulier onderwijs gevolgd en 66,2% heeft speciaal onderwijs gevolgd. Hierbij is een significant verschil gevonden tussen mannen en vrouwen, zie tabel 1. Dit ontstaat doordat bij de mannen 52,2% speciaal onderwijs heeft genoten, tegen 18,1% die regulier onderwijs hebben gevolgd. Bij de vrouwen is het andersom en heeft het merendeel regulier onderwijs genoten, 55% tegen 45% die op het speciaal onderwijs heeft gezeten.

Van de gehele groep cliënten met een verstandelijke beperking en het gebruik van middelen is in 32,1% van de gevallen MLK de hoogst afgeronde opleiding en in 30,4% van de gevallen is VMBO het hoogst. Opvallend is dat van 17,9% van de groep cliënten met een verstandelijke beperking en het gebruik van middelen geen opleiding heeft afgerond.

Bij 86,5% van de onderzochte groep cliënten is een verstandelijke beperking vastgesteld en bij 10,1% is er vermoedelijk sprake van een beperking. Bij 15 personen is er niets over bekend of er sprake is van een beperking. Dit kan verschillende redenen hebben zoals: bij sommige mensen is het niet mogelijk om een IQ test af te nemen bijvoorbeeld omdat ze zich niet lang genoeg kunnen concentreren. Ook kan het zijn dat het dossier niet aanwezig was of dat de cliënten relatief nieuw in zorg zijn waardoor er nog geen IQ test is afgenomen.

Van de groep waarbij wel een beperking kon worden vastgesteld is 40% zwakbegaafd en 44% heeft een licht verstandelijke beperking. Opvallend is hier dat de doelgroep dus niet alleen licht verstandelijke mensen omvat maar dat er beter gesproken kan worden van: mensen met een verstandelijke beperking. Zeker aangezien de percentages dicht bij elkaar liggen.

De gemiddelde IQ score van deze groep lag op 68.8 punten. Voor de mannen lag de gemiddelde IQ score op 69.25 en voor de vrouwen lag deze score op 67.65.

52,2% van de onderzochte cliënten zijn tussen de 0-5 jaar in zorg bij Aveleijn. 34,4% van de cliënten ontvangt sinds een periode van 5-10 jaar zorg van Aveleijn. Opvallen is hier dat meer dan de helft van de cliënten met een verstandelijke beperking die middelen gebruiken nog niet langer dan 5 jaar in zorg zijn.

Bij 53,8% van de cliënten is een temperamentschaal afgenomen. 61,4% van de cliënten heeft een temperament in de categorie: moeilijk 1,2 of 3. Dit houdt in dat zij een temperament hebben die door anderen als zeer moeilijk worden ervaren. Slecht 10,5% van de onderzochte groep cliënten heeft aan temperament in de categorie 8, 9 of tien, wat inhoudt dat het temperament van de cliënt door de omgeving als makkelijk wordt beschouwd. In 28,1% is er sprake van een gemiddeld temperament.

Tabel 1. Persoonlijke gegevens van de cliënt

Risicofactor uit de checklist	Variabelen	N	% van totaal	% totaal man (N=72)	% totaal vrouw (N=28)	Verskil Man vrouw (X <sup>2</sup> )	ZB	LVB	Verskil LVB en zwak begaafd
Geslacht	Man	72	72%	-	-	-	(22) 73,3%	(27) 81,8%	X <sup>2</sup> (1,n=100)= 8,50, p=.037
	Vrouw	28	28%	-	-	-	(8) 26,7%	(6) 18,2%	
Leeftijd op peildatum	10- 20	4	4.0	(3) 4,2%	(1) 3,7%	X <sup>2</sup> (5,n=100) = .668, p=.985	(1) 3,3%	(1) 3,0%	X <sup>2</sup> (5,n=99)= 8,50, p=.037
	21- 30	29	29,3	(21) 29,2%	(8) 29,6%		(13) 43,4%	(8) 24,2%	
	31- 40	26	26,3	(19) 26,4%	(7) 25,9%		(7) 23,3%	(9) 27,3%	
	41- 50	24	24,2	(18) 25,0%	(6) 22,2%		(7) 23,3%	(9) 27,3%	
	51- 60	11	11,1	(7) 9,7%	(4) 14,8%		(1) 3,3%	(4) 12,2%	
>60	5	5,1	(4) 5,6%	(1) 3,7%	(1) 3,3%	(2) 6,1%			
Type onderwijs	Regulier	24	33,8	(13) 18,1%	(11) 55,0%	Fisher's Exact (1,n=71) p=.020	(8) 30,8%	(4) 16,7%	X <sup>2</sup> (1,n=71)= 7,38, p=.061
	Speciaal	47	66,2	(38) 52,8%	(9) 45,0%		(18) 69,2%	(20) 83,3%	
Hoogste afgeronde opleiding	Geen	10	17,9%	(8) 19,0%	(2) 14,3%	X <sup>2</sup> (4, n=56) = 10,95 p= .027	(2) 11,1%	(3) 15,8	X <sup>2</sup> (4,n=56)= 13,76, p=.316
	ZMLK	6	10,7%	(5) 11,9%	(1) 7,1%		(3) 16,7%	(1) 5,3%	
	MLK	18	32,1%	(16) 38,1%	(2) 14,3%		(8) 44,4%	(7) 36,8%	
	VMBO	17	30,4%	(8) 19,0%	(9) 64,3%		(4) 22,2%	(4) 21,1%	
Anders	5	8,9%	(5) 11,9%	-	-	(1) 5,6%	(4) 21,1%		
Verstandelijke beperking	Vastgesteld	77	86,5%	(55) 84,6%	(22) 91,7%	X <sup>2</sup> (2, n=89) = 1,311 p= .519	(29) 96,7%	(30) 96,8%	X <sup>2</sup> (2,n=89)= 22,90, p=.001
	Vermoedelijk	9	10,1%	(8) 12,3%	(1) 4,2%		(1) 3,3%	(1) 3,2%	
	Niet	3	3,4%	(2) 3,1%	(1) 4,2%		-	-	
Mate beperking	Niet beperkt	7	9,3%	(5) 9,1%	(2) 10,0%	X <sup>2</sup> (3,n=75) =8,50, p= 0.037	-	-	X <sup>2</sup> (3,n=75)= 8,50, p=.037
	Zwakbegaafd	30	40,0%	(22) 40,0%	(8) 40,0%		-	-	
	LVB	33	44,0%	(27) 49,1%	(6) 30,0%		-	-	
	Anders	5	6,7%	(1) 1,8%	(4) 20,0%		-	-	
Totale IQ			Gem. Iqtotaal 68.8	N= Gem. IQman 69.25	N= 20 Gem. IQvrouw 67.65				X <sup>2</sup> (1,n=77)= 8,50, p=.037
Verbale IQ			Gem. VIQ 71.42						X <sup>2</sup> (1,n=66)= 8,50, p=.037
Perfor- male IQ			Gem. PIQ 73.18						X <sup>2</sup> (1,n=68)= 8,50, p=.037

Contact	0-5 jaar	35	52,2%	(28)	56,0%	(7)	41,2%	$\chi^2$	(9)	42,9%	(12)	50,0%	$\chi^2$
Aveleijn	5-10 jaar	23	34,3%	(15)	30,0%	(8)	47,1%	(2,n=67)	(9)	42,9%	(6)	25,0%	(2,n=67)=
	>10 jaar	9	13,4%	(7)	14,0%	(2)	11,8%	=1,66,	(3)	14,3%	(6)	25,5%	3,49,
								p= .437					p=.745
Tempera	Moelijk	35	61,4%	(21)	55,3%	(14)	73,7%	$\chi^2$	(16)	66,7%	(10)	52,6%	$\chi^2$
ment	gemiddeld	16	28,1%	(13)	34,2%	(3)	15,8%	(2,n=57)=	(4)	16,7%	(8)	42,1%	(2,n=57)=
	Makkelijk	6	10,5%	(4)	10,5%	(2)	10,5%	2,23,	(4)	16,7%	(1)	5,3%	6,77,
								p=.328					p=.343

## 6.2 Welke gegevens betreffende de sociale situatie zijn kenmerkend voor de cliënten?

Om informatie te verzamelen over de sociale situatie van de cliënten is er onder andere gekeken naar de huisvesting van de cliënten. Deze informatie is samengevat in tabel 2. Van de 106 cliënten woont 46,7% (42 personen) begeleid zelfstandig, 27,8% van de onderzochte groep cliënten bezit een eigen woning, 17,8% woont op een woongroep en 6,7% woont bij familie. 1 man in de onderzochte groep is dakloos.

Naast de huisvesting is er ook gekeken naar de woonsituatie van de cliënt. In 51,8% van de gevallen woont de cliënt alleen, 25,9% van de cliënten woont met andere cliënten, 14,1% leeft met een partner.

Ook is er gekeken naar de dagelijkse bezigheden van de onderzochte cliënten. 44,4% van de cliënten werkt en 27,3% van de cliënten geniet dagbesteding. Opvallend is dat 25% van de cliënten geen dagelijkse bezigheden heeft, 3,4% van de onderzochte cliënten gaat naar school.

Van de cliënten heeft 71,3% geen partner en van 28,7% is bekend dat er een partner aanwezig is in zijn/haar leven.

Voor het hebben van kinderen geldt dat 69,4% van de cliënten geen kinderen heeft.

Naast bovengenoemde gegevens is er ook gekeken naar de sociale zelfredzaamheid van de cliënten. Opvallend is hier dat het grootste gedeelte (57,3% van de cliënten) een voldoende scoort op het gebied van zelfredzaamheid, 37,8% van de onderzochte cliënten scoort zelfs goed (meer dan ruim voldoende) op de zelfredzaamheidstest. Slechts 4,9% scoort een onvoldoende.

Om het beeld compleet te maken is ook de financiële situatie van de cliënten bekeken. Hier kwam naar voren dat meer dan de helft van de onderzochte cliënten, 50,7% van de cliënten, zijn/haar financiën heeft geregeld via de stadsbank, 17,3% van de cliënten regelt zijn/haar financiën zelf, 16% heeft de financiën uit handen gegeven aan de begeleiding en 16% beheert zijn/haar financiën op een andere manier dan bovengenoemd. Opvallend is dat van slechts 75 personen uit de dossiers op te maken was wie hun financiën beheert maar deze factor wordt ook niet standaard opgenomen in een cliënten dossier bij Aveleijn.

Tabel 2. Gegevens betreffende de sociale situatie van de cliënt.

Risicofactor uit checklist	variabelen	N	%	% totaal Man (N=72)	% totaal vrouw (N=28)	Verskil man vrouw (X <sup>2</sup> )	ZB	LVB	Verskil ZB en LVB
Huisvesting	Begeleidzelfstandig	42	46,7%	(30) 41,7%	(12) 42,9%	X <sup>2</sup>	(18) 62,1%	(14) 46,7%	X <sup>2</sup>
	Eigen woning	25	27,8%	(19) 26,4%	(6) 21,4%	(4,n=90)	(7) 24,1%	(8) 26,7%	(4,n=70)=
	Woongroep	16	17,8%	(10) 15,4%	(6) 21,4%	=1,70,	(3) 10,3%	(6) 20,0%	11,45,
	Bij familie	6	6,7%	(5) 7,7%	(1) 4%	p= 0.791	(1) 3,4%	(1) 3,3%	p=.491
	Dakloos	1	1,1%	(1) 1,5%	-		-	(1) 3,3%	
Woon situatie	Alleen	44	51,8%	(32) 52,2%	(12) 50,0%	X <sup>2</sup>	(17) 60,7%	(12) 42,9%	X <sup>2</sup>
	Met partner	12	14,1%	(7) 11,5%	(5) 20,8%	(4,n=860)	(3) 10,7%	(5) 17,9%	(4,n=66)=
	Andere cliënten	22	25,9%	(16) 26,2%	(6) 25,0%	=2,71,	(6) 21,4%	(9) 32,1%	13,12,
	Anders	4	4,7%	(4) 6,6%	-	p= .607	(1) 3,6%	(2) 7,1%	p=.361
	Bij ouders	3	3,5%	(2) 3,3%	(1) 4,2%		(1) 3,6%	-	
Dagelijkse bezigheden	School	3	3,4%	(2) 3,1%	(1) 4,2%	X <sup>2</sup>	(1) 3,3%	(1) 3,4%	X <sup>2</sup>
	Werk	39	44,3%	(33) 51,6%	(6) 25,0%	(3,n=88)	(15) 50,0%	(13) 44,8%	(3,n=71)=
	Dagbesteding	24	27,3%	(14) 21,9%	(10) 41,7%	=5,57,	(8) 26,7%	(8) 27,6%	10,78,
	Niet	22	25,0%	(15) 23,4%	(7) 29,2%	p= .134	(6) 20,0%	(7) 24,1%	p=.291
Partner	Ja	25	28,7%	(16) 25,0%	(9) 39,1%	Fisher's	(9) 33,3%	(7) 21,2%	X <sup>2</sup>
	Nee	62	71,3%	(48) 75,0%	(14) 60,9%	exact (1,n=87) , p= 0.155	(18) 67,7%	(26) 78,8%	(1,n=70)= 1,342 p=.719
Kinderen	Ja	26	30,6%	(22) 36,1%	(4) 16,7%	Fisher's	(4) 15,4%	(11) 36,7%	X <sup>2</sup>
	Nee	59	69,4%	(39) 63,9%	(20) 83,3%	exact (1,n=85) p= 0.065	(22) 84,6%	(19) 63,3%	(1,n=66)= 5,96, p=.133
Sociale zelfredzaamheid	Onvoldoende	4	4,9%	(2) 3,5%	(2) 8,0%	X <sup>2</sup>	-	(1) 3,6%	X <sup>2</sup>
	voldoende	47	57,3%	(32) 56,1%	(15) 60,0%	(2,n=82)	(18) 62,1%	(16) 57,1	(2,n=69)=
	goed	31	37,8%	(23) 40,4%	(8) 32,0%	=1,08, p= .581	(11) 37,9%	(11) 39,3%	9,48, p=.148
Financieel	Zelf	13	17,3%	(7) 12,7%	(6) 30,0%	X <sup>2</sup>	(1) 3,8%	(6) 23,1%	X <sup>2</sup>
	Stadsbank	38	50,7%	(30) 54,5%	(8) 40,0%	(3,n=75)	(13) 50,0%	(12) 46,2%	(3,n=59)=
	Begeleiding	12	16,0%	(8) 14,5%	(4) 20,0%	=4,02,	(5) 19,2%	(4) 15,4%	9,45,
	Anders	12	16,0%	(10) 18,2%	(2) 10,0%	p= 0.259	(7) 26,9%	(4) 15,4%	p=.397

### 6.3 Welke gegevens zijn bekend over het gebruik van middelen en de behandeling hiervan?

Om het gebruik van cliënten goed in kaart te brengen zijn er verschillende factoren onderzocht.

De uitkomsten zijn terug te vinden in tabel 3.

Om te beginnen is er gekeken naar welke substantie het meest wordt gebruikt. Alcohol opzich werd door 62,6% van de onderzochte groep gebruikt. Voor de algemene populatie geldt dat voor 47%. Het gebruik van cannabis kwam in 20,9% van de gevallen naar voren als eerste problematiek.

Er werd een significant verschil gevonden tussen zwakbegaafde mensen en mensen met een verstandelijke beperking, zie tabel 3. Bij beide groepen is het gebruik van alcohol het hoogst: bij de zwakbegaafden gaat het hier om 56,6% en bij de LVB'ers om 63,3%. Het verschil ligt in het gebruik van cannabis en in het gebruik van meer dan twee substanties. Daar waar 33,3% van de onderzochte mensen die zwakbegaafd zijn cannabis gebruiken geldt dat slechts voor 6,7% van de LVB'ers. Bij het gebruik van meer dan 2 substanties is het andersom, 30% van de LVB'ers tegen 10% van de zwakbegaafde mensen. Door naast de substantie ook te kijken naar de locatie waar het gebruik plaatsvindt kan er nog meer informatie verzameld worden betreffende het middelengebruikende gedrag.

De locatie waar de meeste middelen werden gebruikt was thuis (zowel in eigen huis als bij vrienden thuis), dit gold voor 69,1% van de cliënten. 31,2% van de onderzochte cliënten gebruikte op openbare plaatsen. Hierbij valt te denken aan locaties als in de kroeg en op straat.

Opvallend is dat slechts van 68 cliënten bekend is waar ze hun middelen het meest gebruiken.

Naast de locatie is er ook gekeken met wie de cliënten met name middelen gebruiken. Hier kwam naar voren dat 43,5% van de cliënten vooral alleen gebruiken en de overige 56,5 met anderen.

Om te kijken of er actie is ondernomen om het gebruik aan te pakken is er onderzocht of de cliënten in contact zijn met hulpverleners in de verslavingszorg, in dit geval Tactus. Het grootste gedeelte van de cliënten, 54,1%, is niet bekend bij Tactus. Hier werd een significant verschil gevonden tussen mannen en vrouwen, zie tabel 3. Dit significante verschil is uit te leggen doordat 72% van de vrouwen niet bekend is bij Tactus waar voor de mannen geldt dat het slechts 46,7% betreft. Het percentage wat dus wel bekend is bij Tactus ligt voor de vrouwen veel lager (28%) van voor de mannen (53,3%)

Naast contact leggen met professionele hulpverleners zijn er natuurlijk meerdere manieren om je middelengebruik aan te pakken. Er kan door de persoon zelf besloten worden om een poging te doen tot stoppen. Uit het onderzoek blijkt dat 48,1% van de cliënten wel eens een serieuze poging heeft gedaan om te stoppen met het gebruiken van middelen. De andere helft heeft nog nooit een poging gedaan om te stoppen.

Echter is slechts van 54 personen bekend of ze wel of geen stop-poging hebben gedaan. Hier moet bij vermeld worden dat het geen standaard item is dat wordt opgenomen in de dossiers van Avelijn.

Zoals eerder al genoemd is er ook gekeken of het mogelijk is om een reden van gebruik te achterhalen. Hierbij wil ik nogmaals vermelden dat de redenen gevonden in de dossiers niet perse de redenen zijn waarom deze cliënten middelen zijn gaan gebruiken. Deze factoren die naar voren komen zouden gezien kunnen worden als factoren die zijn opgevallen in meerdere dossiers. In sommige gevallen is wel aangegeven dat de genoemde reden daadwerkelijk de reden was om te gebruiken maar dat betrof er slechts een paar.

Opvallend was dat verkeerde vrienden(30,5%), verveling (23,1%) en het overlijden van ouders(25,5%) het meest voorkwam.

Ook is gekeken hoeveel mensen van de onderzochte groep rookt. Hier kwam naar voren dat 89,1% van de cliënten met een beperking en het gebruik van middelen rookt. Echter is van slechts de helft van de onderzochte cliënten in de dossiers te vinden of deze wel al dan niet roken.

Tabel 3. Het gebruik van middelen.

Risicofactor uit checklist	Variabelen	N	%	% totaal Man (N=72)	% totaal vrouw (N=28)	Vershil man vrouw (X <sup>2</sup> )	ZB	LVB	Vershil ZB en LVB
Substantie	Alcohol	57	62,6%	(41) 61,2%	(16) 66,7%	X <sup>2</sup> (2,n=91) = 1,56, p=.460	(17) 56,7%	(19) 63,3%	X <sup>2</sup> (2,n=71) = 14,35, p=.026
	Cannabis	19	20,9%	(16) 23,9%	(3) 12,5%		(10) 33,3%	(2) 6,7%	
	>2 substanties	15	16,5%	(10) 14,9%	(5) 20,8%		(3) 10,0%	(9) 30,0%	
Locatie	Thuis	47	69,1%	(33) 68,8%	(14) 70,0%	Fisher's exact (1,n=68) p=.580	(18) 81,8%	(13) 52,0%	X <sup>2</sup> (1,n=55) = 5,74, p=.125
Gebruik	Openbare plaatsen	21	30,9%	(15) 31,2%	(6) 30,0%		(4) 18,2%	(12) 48,0%	
Gebruik met wie	Alleen	30	43,5%	(19) 39,6%	(11) 52,4%	Fisher's exact (1,n=69) p=.234	(12) 52,2%	(7) 30,4%	X <sup>2</sup> (1,n=54) = 4,96, p=.175
	Met anderen	39	56,5%	(29) 60,4%	(10) 57,6%		(11) 47,8%	(16) 69,6%	
Bekend	Ja	39	45,9%	(32) 53,3%	(7) 28,0%	Fisher's exact (1,n=85) p=.028	(14) 53,8%	(12) 40,0%	X <sup>2</sup> (1,n=66) = 2,08, p=.556
Tactus	Nee	46	54,1%	(28) 46,7%	(18) 72,0%		(12) 46,2%	(18) 60,0%	
Poging stoppen	Ja	26	48,1%	(20) 51,3%	(6) 40,0%	Fisher's exact (1,n=54) p=.331	(10) 50,0%	(8) 44,4%	X <sup>2</sup> (1,n=42) = 1,86, p=.757
	Nee	28	51,9%	(19) 48,7%	(9) 60,0%		(10) 50,0%	(10) 55,6%	
Reden van gebruik	Verveling	15	23,1%	(11) 16,9%	(4) 6,2%	P=.600	(6) 11,8%	(3) 5,9%	P=.292
	Overlijden ouder	14	25,5%	(12) 24,5%	(2) 4,1%	P=.195	(3) 8,6%	(6) 17,1	P=.424

	Seksueeltrauma	5	10,9%	(4)	10 %	(1)	2,5%	P=. 608	(3)	10,7%	(1)	3,6%	P=.434
	Verkeerde vrienden	18	30,5%	(12)	22,6%	(6)	11,3%	P=.563	(3)	7,9%	(10)	26,3%	P=.134
	Automedicatie	7	14,6%	(4)	9,5%	(3)	7,1%	P=.429	(3)	10%	(2)	6,7%	P=.855
	Mishandelt	3	6,8%	(3)	7,9%	-		P=.347	(1)	3,8%	(1)	3,8%	P=.866
Rookt	Ja	49	89,1%	(34)	89,5%	(15)	88,2%	Fisher's exact (1,n=55) p=0.610	(20)	95,2%	(14)	82,4%	X <sup>2</sup> (1,n=44) = 3,38, p=.334
	Nee	6	10,9%	(4)	10,5%	(2)	11,8%		(1)	4,8%	(3)	17,6%	



#### 6.4 Is er sprake van gezondheidsproblemen bij de cliënt als gevolg van of naast het middelengebruik?

Om een compleet beeld te verkrijgen van de doelgroep is er in de populatie ook gekeken naar het voorkomen van gezondheidsproblemen.

Als eerste is er gekeken of er sprake was van psychische problematiek. De meest opvallende resultaten waren dat 13% van de onderzochte cliënten ADHD had en 5% vermoedelijk ADHD. In 17% van de gevallen was er sprake van een andere psychische aandoening zoals angststoornissen en andere persoonlijkheidsstoornissen. De precieze aantallen van verschillende psychische problemen zijn in Tabel 4 terug te vinden.

Ook is gekeken naar aanwezigheid van gezondheidsproblemen. Bij 61,9% van de onderzochte cliënten was er sprake van een psychisch probleem. Hier gold dat 18 mensen ADHD hadden, 4 mensen waren autistisch, 4 mensen hadden borderline, 1 persoon had een psychose en 6 personen waren depressief.

Ook is gekeken of de onderzochte cliënten medicatie kregen voor de psychische problemen. Opvallend was hier dat slecht 34,3% van de gevallen medicatie ontving voor hun psychische problemen.

In 33,8% van de gevallen waren gezondheidsproblemen aanwezig.

Tabel 4. Gezondheidsproblemen.

Risicofactor uit checklist	Variabelen	N	%	% totaal Man (N=72)	% totaal vrouw (N=28)	Verskil man vrouw (X <sup>2</sup> )	ZB	LVB	Verskil ZB en LVB
Psychisch Problemen	Aanwezig	39	61,9%	(38) 63,3%	(15) 65,2%	Fisher's exact (1,n=83) p= .542	(16) 64,0%	(14) 53,8%	X <sup>2</sup> (1, n=63) p=.484
	Afwezig	24	38,1%	(22) 36,7%	(8) 34,8%		(9) 36,0%	(12) 46,2%	
Medicatie psychisch probleem	Ja	23	34,3%	(18) 36,7%	(5) 27,8 %	X <sup>2</sup> (1,n=67)= 468 ,p=0.552	(8) 33,3%	(5) 23,8%	X <sup>2</sup> (1, n=54)= 6,429, p=.093
	Nee	44	65,7%	(31) 63,3%	(13) 72,2%		(16) 66,7%	(16) 76,2%	
Gezondheidsprobleem	Aanwezig	27	33,8%	(17) 30,4%	(10) 41,7%	Fisher's exact (1,n=80) p=.234	(8) 33,3%	(7) 24,1%	X <sup>2</sup> (1,n=63) = 1,390, p=.708
	Afwezig	53	66,2%	(39) 69,6%	(14) 58,3%		(16) 66,7%	(22) 75,9%	

## 7- Conclusie

De onderzochte groep bestond uit 106 cliënten van Aveleijn waarvan 72 (72%) mannen, 28 (28%) vrouwen en van 6 dossiers was niks bekend. In het onderzoek van Taggart et al. 2006 was 61,2% van de onderzochte groep man en (38,8%) vrouw. In Nederland zijn dus meer mannen en minder vrouwen geïncludeerd.

Bij Aveleijn is geen database beschikbaar waarin de informatie van alle cliënten bekend staat dus het is niet mogelijk om de onderzochte groep te vergelijken met de 'normale' cliënten van Aveleijn. De gevonden gegevens zullen daar waar het kan vergeleken worden met het onderzoek van Taggart.

Persoonlijke gegevens.

De gemiddelde leeftijd van de onderzochte groep lag op 38,5 jaar oud. In Ierland ligt het percentage mannelijke gebruikers onder de 30 jaar oud op 36,6%, wat ongeveer vergelijkbaar is met Aveleijn, 33,3%. Bij de vrouwen is wel een verschil te zien aangezien in Ierland het percentage vrouwelijke gebruikers onder de 30 jaar op 15,4% ligt en bij Aveleijn dit percentage bijna verdubbeld is, namelijk 33,3%.

In Ierland waren 18 mensen (26,9%) ouder dan 50, 12 mensen (17,9%) tussen de 41 en de 50 jaar oud, 18 mensen (26,9%) tussen de 31 en de 40 jaar oud, 16 mensen (23,9%) tussen de 21 en de 30 jaar oud en 3 mensen (4,5%) tussen de 18 en de 20 jaar oud.

Bij Aveleijn waren 16 mensen (15,3%) ouder dan 50, 24 mensen (24,2%) tussen de 41 en de 50 jaar oud, 26 mensen (26,3%) tussen de 31 en de 40 jaar oud, 29 mensen (29,3%) tussen de 21 en de 30 jaar oud en 4 mensen (4%) tussen de 18 en de 20 jaar oud. Hetgeen hier op valt is dat het aantal mensen in de categorie 50 en ouder in Ierland een stuk hoger ligt dan bij Aveleijn.

Het grootste gedeelte van de onderzochte groep heeft speciaal onderwijs gevolgd namelijk 66,2%. Echter is van slechts 71 cliënten bekend welke opleiding ze genoten hebben. Aveleijn zou nauwkeurig in de dossiers moeten rapporteren.

Bij 74% van de cliënten is een verstandelijke beperking vastgesteld. In tegenstelling met de verwachting dat het alleen licht verstandelijk beperkte mensen betreft was ongeveer een derde

van de groep licht verstandelijk beperkt en een derde zwakbegaafd. Voor de uitkomsten van dit onderzoek zal dat geen verdere gevolgen hebben behalve dat alle onderzochte factoren voor zowel LVB als zwakbegaafden zijn onderzocht en dat er gekeken is of er significante verschillen bestaan tussen deze groepen.

De gemiddelde IQ score van de groep lag op 68.8 punten.

Bij slecht 67 van de 106 onderzochte personen is aangegeven hoelang zij in zorg zijn. Aveleijn zou er goed aan doen dit standaard op te nemen in de dossiers en dit te rapporteren. Opvallend is dat in Nederland 47,8% van de onderzochte personen langer dan 5 jaar in zorg zijn tegenover 73,1% in Ierland. Verstandelijk beperkten die middelen gebruiken lijken bij Aveleijn dus minder lang in zorg te zijn. Om dit te voorkomen kan Aveleijn zorgen dat ze van nieuw komende cliënten zo veel mogelijk informatie verzamelen die op de uiteindelijke checklist van dit onderzoek komen. Op deze manier kan de problematiek eerder herkend worden en kunnen de cliënten beter geholpen worden. Het zou kunnen zijn dat de reden voor aanmelding voor zorg te maken heeft met het gebruik van middelen maar dat zou verder moeten worden onderzocht.

61,4% van de onderzochte cliënten blijkt een temperament te hebben die door de omgeving als moeilijk wordt ervaren. Dit is een hoog percentage wat aangeeft dat het van groot belang kan zijn om bij nieuwe cliënten hierop te letten. Aveleijn zou er voor kunnen zorgen dat deze schaal zo snel mogelijk ingevuld wordt door de betreffende begeleiders. Bij cliënten met een hoog temperament moet goed gekeken worden naar de andere factoren die de checklist bevat.

Sociale situatie.

Uit de analyses is gebleken dat het grootste gedeelte van de populatie (71,3%) geen partner heeft en geen kinderen (69,4%). Of dit een factor is die aanwezig moet zijn op de checklist, is niet geheel duidelijk. Er kan door Aveleijn zeker naar gekeken worden maar het is niet de belangrijkste factor aanwezig.

In Ierland woonde 44,8% van de cliënten op zichzelf in tegenstelling tot bij Aveleijn waar 27,8% in een eigen huis woont. Bij Aveleijn woont het grootste gedeelte van de onderzochte groep begeleid zelfstandig. Opvallend is dat slechts van 70 personen in de dossiers te lezen is hoe zij wonen. Dit zou duidelijker aan moeten worden gegeven in de dossiers.

Bij Aveleijn is in 25% van de onderzochte gevallen geen sprake van dagbesteding daar waar in Ierland slechts 17,9% wel een dagelijkse routine heeft. Op dit gebied scoort Aveleijn dus zeer

goed. Nog beter zou zijn wanneer de overige 25% ook een dagbesteding zou genieten aangezien wordt aangegeven dat verschillende onderzochte cliënten middelen gebruiken uit verveling.

Op het gebied van sociale zelfredzaamheid, afgenomen met de SRZ-p, valt op dat, in tegenstelling tot de verwachtingen, slechts 4,9% een onvoldoende scoort. Juist cliënten met een voldoende tot hoge zelfredzaamheid vallen dus in de risicogroep.

Op het gebied van financiën kan opgemerkt worden dat het grootste gedeelte, 50,7%, van de groep zijn/haar financiën via de stadsbank heeft lopen. Ook hier geldt dat het niet standaard in de dossiers is opgenomen om dit te rapporteren maar dat het wel handig zou zijn.

#### Middelengebruik.

56,9% van de onderzochte groep bij Aveleijn gebruikt alcohol, dit is de nummer 1 problematiek. In Ierland vond Taggart dat 100% alcohol gebruikte, zowel als eerste problematiek dan als tweede.

Cannabisgebruik kwam bij de onderzochte groep bij Aveleijn in 20,9% van de gevallen voor.

De plek waar de middelen het vaakst worden gebruikt is thuis, dit in 69,1% van de gevallen. Echter was dit in de dossiers slechts bij 55 cliënten te vinden.

De meesten cliënten, 56,5%, gebruiken de middelen voornamelijk met anderen. Aveleijn zou kunnen opletten dat van cliënten waarvan bekend is dat ze middelen gebruiken in de gaten gehouden wordt waar ze naartoe gaan. Dit om te voorkomen dat ze met andere mensen gaan gebruiken.

Om te kijken of er ooit actie is ondernomen om het middelengebruik te stoppen is er gekeken of er contact is tussen de cliënten van Aveleijn en verslavingszorginstelling Tactus.

Helaas is meer dan de helft van de onderzochte cliënten 54,1% niet bekend bij Tactus en is slechts van 66 personen te vinden in de dossiers of ze bekend zijn bij Tactus. Ook dit zou voor cliënten waarvan bekend is dat ze middelen gebruiken standaard moeten worden opgenomen in het dossier.

Uit verder onderzoek blijkt dat slechts 48,1% van de onderzochte groep ooit een poging heeft gedaan om te stoppen en dat van slechts 42 cliënten bekend is of ze ooit een poging hebben gedaan om te stoppen. Ook dit is goed voor Aveleijn om te noteren aangezien je hier uit kunt afleiden of ze eventueel willen stoppen met het gebruik van middelen.

Redenen voor gebruik die het meest voorkwamen waren, verkeerde vrienden, verveling en het overlijden van 1 van de ouders of beide. Echter is van deze resultaten niet te zeggen of deze redenen direct zijn toe te schrijven aan het gebruik van middelen.

Een laatste opvallende factor is rookgedrag van de cliënten. Uit het onderzoek kwam naar voren dat 89,1% van de gebruikende cliënten rookt. Het lijkt er op dat roken een factor is die eruit springt en waar op gelet moet worden door Avelijn echter is het niet vergeleken met het rookgedrag van de normale populatie aangezien hier geen gegevens over bekend zijn.

Gezondheidsproblemen.

In Ierland vond Taggart dat in 26,9% van de gevallen naast het gebruik van middelen ook sprake was van psychische problemen. Bij Avelijn bleek 61,9% van de onderzochte groep psychische problemen te hebben. Het lijkt dus van groot belang dat Avelijn dit opneemt in de checklist en rapporteert in de dossiers. Op dit moment was van slechts 63 personen in de dossiers te lezen of er sprake was van een psychisch probleem.

Slechts 41,5% van de mensen met een psychisch probleem gebruikte hier ook medicatie voor. Het kan zijn dat het er meer zijn maar dat dat niet in de dossiers is vermeld.

Bij Avelijn had 33,8% last van een gezondheidsprobleem ongeveer gelijk zoals in Ierland (29,9%). Opvallend is dat in Ierland werd gevonden dat 9% last had van epilepsie terwijl bij Avelijn het slechts 1 persoon betrof.

Vergelijkbaar als bij Taggart kwam ook in de dossiers van Avelijn vaker factoren naar voren als stemmingswisselingen, verbale of fysieke agressie ( met name tegen begeleiders en andere bewoners). Echter werd dit niet standaard in de dossiers opgenomen wat wel is aan te raden.

Checklist:

In de uiteindelijke checklist zullen de volgende factoren moeten worden opgenomen.

- Temperament, wanneer er sprake is van een moeilijk temperament moet deze persoon extra in de gaten worden gehouden.
- Wanneer de persoon een voldoende scoort op zelfredzaamheid moet deze persoon extra in de gaten worden gehouden.
- Wanneer de persoon in kwestie rookt, moet deze extra in de gaten worden gehouden.
- Wanneer deze persoon te maken heeft met verkeerde vrienden, verveling of het overlijden van een ouder, moet deze persoon extra in de gaten gehouden worden.

Dit waren de factoren die het meest naar voren kwamen uit het onderzoek. Verder waren we nog meer belangrijke factoren maar deze hoeven niet per definitie opgenomen te worden in de checklist. Bijvoorbeeld kwam naar voren dat er meer mannen dan vrouwen waren, maar dat betekent niet dat het geslacht mannelijk moet worden opgenomen in de checklist, aangezien er nog steeds ook een behoorlijk aantal vrouwen zijn die middelen gebruiken.

Het opstellen van een checklist die in veel gevallen op gaat is niet mogelijk daar waar de factoren per persoon te veel uit elkaar kunnen lopen en kunnen verschillen.

## 8- Discussie en aanbevelingen

Dossieronderzoek zorgt ervoor dat veel informatie tot in kleine details kan worden gevonden. Een nadeel van dossieronderzoek is hetgeen dat op papier staat hetgeen is waar je het mee moet doen. Er kan geen extra informatie verzameld worden door vragen te stellen. Hierdoor zullen de dossiers, wanneer er geen duidelijke richtlijnen zijn voor het bijhouden van een dossier, op den duur niet meer compleet zijn en ontbreekt er veel belangrijke informatie.

Een tweede nadeel van dossieronderzoek is voornamelijk te zien bij het beantwoorden van open vragen. Het kan zijn dat de ene onderzoeker de vraag anders beantwoordt dan de ander. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is dus laag.

Om er voor te zorgen dat er meer informatie komt over het verschil tussen deze groep cliënten en de groep die geen middelen gebruiken wil ik aanbevelen om een vergelijkbare groep cliënten zonder middelengebruik te vergelijken met deze groep. Op deze manier zal nog meer duidelijk worden wat de precieze verschillen zijn en op welke factoren extra gelet moet worden bij het invullen van de checklist.

Een tweede aanbeveling voor Avelijn is om de dossiers beter en gestructureerder bij te houden.

Er ontbreekt veel informatie in het ene dossier, wat in een ander dossier wel te vinden is.

Wanneer er een betere structuur bestaat betreffende het bijhouden van informatie zal dit voor een duidelijker dossier zorgen. Wanneer middelgebruik bij een cliënt wordt geconstateerd is het aan te bevelen om daar zo veel mogelijk informatie over te verzamelen van de cliënt en deze in het dossier te zetten. Aangezien een persoonlijk begeleider die weet hoe hij/ zij om moet gaan met de betreffende cliënt waarschijnlijk meer informatie van deze cliënt zal ontvangen dan een

medewerker van Tactus. Op deze manier kan de persoonlijk begeleider, de medewerker van Tactus inlichten daar waar de cliënt mogelijk niet met de medewerker van Tactus over praat. Een derde aanbeveling is om meer te letten op cliënten die middelen gebruiken. Wanneer deze mensen eerder herkend worden kunnen ze ook beter geholpen worden. Wanneer er sprake is van middelengebruik of een vermoeden is het verstandig om Tactus in te schakelen. Op dit moment zijn nog te weinig cliënten, 45,9%, bekend bij Tactus.

Een nadeel van mijn onderzoek is dat er niet vermeld is in welke mate cliënten middelen gebruiken. In slechts een aantal dossiers stond dit duidelijk aan gegeven. Nu zijn deze dossiers mij toegewezen dus kan ik er wel vanuit gaan dat er sprake is van misbruik van middelen echter is dit uit de dossiers lang niet altijd op te merken.

Nog een nadeel van mijn onderzoek is dat er in eerste instantie vanuit werd gegaan dat de onderzoeksgroep alleen Lvb' ers bevatte, echter bleek dat er ook een groot deel zwakbegaafd waren. Ondanks dat dit goed is opgevangen door deze in twee groepen te verdelen had er meer informatie verzameld kunnen worden over zwakbegaafden wanneer dit van te voren bekend was. 25% van de onderzochte cliënten had geen dagelijks terugkerende activiteiten. Aangezien ook dat naar voren kwam als een reden voor mensen om middelen te gaan gebruiken is aan te bevelen om hier wat aan te veranderen. Voor die mensen waarvan geen reden bekend is waarom ze geen dagbesteding genieten moet zo snel mogelijk naar een dagbesteding gezocht worden. Om verveling te voorkomen en hiermee wellicht bij een aantal cliënten het middelengebruik af te laten nemen.

Naast de factoren die Taggart in Ierland had onderzocht is er een groot aantal extra factoren die ik heb bekeken en waar conclusies uitgetrokken konden worden.

Behandelaars moeten er op letten dat ze gebruik maken van de checklist met daarin de onderzochte, relevante factoren zodat cliënten die middelen gebruiken eerder herkent kunnen worden. Ook moeten behandelaars afwijkend gedrag van cliënten rapporteren en moet er onderzocht worden waarom deze client zich anders gedraagt.

Wanneer bovenstaande aanbevelingen worden meegenomen zullen begeleiders van Aveleijn gebruikende cliënten wellicht eerder herkennen en kunnen deze cliënten eerder geholpen worden met het zoeken naar een oplossing voor hun middelengebruik.

## 9- Referenties

- AAMR (2002). *Mental retardation, definition, classification and systems of supports*. Washington, AAMR
- American Psychological Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth edition. Washington DC: APA, 1994
- Boot & J.M, Knapen, M.H.J.M (2006) , *De Nederlandse gezondheidszorg*, Bohn Stafleu van Loghum, 2005 – 395 pagina's
- Centraal Bureau Statistiek (2009) Jaarbericht 2009
- Degenhardt, L., (2000) Interventions for people with alcohol use disorders and an intellectual disability: A review of the literature. *Journal of intellectual and developmental disability*, 25, 135-146.
- Došen, A. (2005). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap*. Assen, Koninklijke van Gorcum.
- DSM-IV (1994). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*. Washington. American Psychiatric Association.
- Hollander , A.E.M. de, Hoeymans, N., Melse, J.M., e.a (red.) (2006) *Zorg voor gezondheid- Volksgezondheid toekomstverkenning 2006*. Den Haag: RIVM, Volksgezondheid toekomstverkenning.
- ICD-10 (1992). *International Classification of Mental and Behavioural Disorders*. World Health Organisation, Geneva.
- Iriszorg, instelling voor verslavingszorg en maatschappelijke opvang (2009). Van alcohol tot xtc. *Actuele basisinformatie over de meest gebruikte middelen*. Vierde druk. Arnhem.
- Kraijer, D., Plas, J. (2006). *Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid*. Leiden, Harcourt Book Publishers
- Lambert, N., Nihira, K., & Leland, H. (1993) *AAMR Adoptive Behavior Scale- school (2<sup>nd</sup> ed.) Austin, TX:PRO- ED*
- Nationale Drug Monitor ( 2007) Jaarbericht 2007. Utrecht : Trimbos-instituut.
- McGillicuddy, N. (2006). A review of substance use research among those with mental retardation. *Mental Retardation & Developmental disabilities research Reviews*, 50, 227-236
- McGillivray, J. A., & Moore, M. R. (2001). Substance use by offenders with mild intellectual disability, In: Harrison, L. (Ed.) *Alcohol problems in community*, 26, 197- 210.



Michielsen, H.J., Vries, J. de, & Heck, G.L. van (2003). In search of personality and temperament predictors of chronic fatigue: a prospective study. *Personality and Individual Differences*, 35(5), 1073-1087.

Mutsaers K., Blekman J. & Schipper H. (2007). Licht verstandelijk gehandicapten en middelengebruik. Wat is er tot op heden bekend? Utrecht: Trimbos-instituut

Ouwehand , A.W. van, Mol,A., Kuijpers, W.G.T., & Boonzajer Flaes, S. (2006). *Kerncijfers verslavingszorg 2005. Landelijk alcohol en drugs informatie systeem*. Houten: IVV

Sturmeij, P., Reyer, H., Lee, R., & Robek, A.( 2003) *Substance related disorders in persons with mental retardation*. Kingston: NADD

Taggart, L., McLaughlin, D.F., Quinn, B., & Milligan, V. (2006). An exploration of substance misuse in people with intellectual disabilities. *Journal of intellectual disability research*, 50, 227-236

Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>>, Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 3.20, 10 december 2009

World Health Organisation (1992) Jaarbericht 1992

## 10- Bijlage

### Vragenlijst Dossieronderzoek Tactus en Aveleijn.

Profielinformatie van een populatie van licht verstandelijk beperkte personen die tevens middelen gebruiken.

Instructie bij de vragenlijst:

Onderstaande vragenlijst zal aan de hand van de dossiers van Aveleijn worden ingevuld.

In de vragenlijst zitten enkele items waarbij meerdere antwoorden mogelijk zijn. Wanneer dit aan de orde is zal dat bij de desbetreffende vraag worden aangegeven.

Een aantal items zal een speciale manier van aanpak behoeven. Tijdens het invullen van deze vragenlijst zult u voor uitleg van item 32 tot en met 38 terug verwezen worden naar deze instructie.

Instructie voor het invullen van item 32 tot en met 38:

Bij het invullen van deze items zijn meerdere antwoorden mogelijk, aangezien 1 cliënt meerdere verslavingen kan hebben. Wanneer dit het geval is wil ik u vragen om van de desbetreffende verslavingen de volgende afkortingen te gebruiken:

Alcohol: A

Cannabis: CA

Cocaine: CO

XTC: X

Speed: S

Heroïne: H

Wanneer u bij: anders, een substantie invult, zou u bijvoorbeeld de eerste twee letters hiervan kunnen gebruiken.

### Voorbeeld:

1) Welke substantie(s) gebruikt de cliënt vooral:

Alcohol [ A ] Cannabis [ ] Cocaine [ CO ] XTC [ ] Speed [ ] Heroïne [ ] Anders.....

2) Sinds hoe lang gebruikt de cliënt de substantie:

< 1 Jaar [ CO ] 1 - 2 jaar [ A ] 2 – 5 jaar [ ] > 5 jaar [ ]

### Vragenlijst Dossieronderzoek Tactus en Aveleijn.

Profielinformatie van een populatie van licht verstandelijk beperkte personen die tevens middelen gebruiken.

Persoonlijke gegevens cliënt

- 1) Geboortedatum:.....
- 2) Leeftijd op peildatum:.....
- 3) Geslacht:     Man    Vrouw
- 4) Contact met Aveleijn sinds  
 <1 jaar    1-2 jaar    2-5 jaar    5-8 jaar    8-10 jaar    >10 jaar
- 5) Wat is de indicatie van de cliënt?  
 verblijf, schaal....  
 extramuraal, schaal....  
 overig
- 6) De huisvesting van de cliënt ziet er als volgt uit:  
 In eigen flat  
 In eigen woning  
 Bij familie in huis  
 Begeleid zelfstandig  
 Woont in een woon  
 Dakloos  
 Onbekend
- 7) De woonsituatie van de cliënt ziet er als volgt uit:  
 Alleen  
 Met vrienden  
 Met ouders  
 met partner (en kinderen)  
 met andere mensen met een verstandelijke beperking  
 Met andere mensen met psychische problemen  
 Anders, namelijk.....
- 8) Welk type onderwijs heeft cliënt ontvangen:  
 Regulier onderwijs  
 Speciaal onderwijs  
 Geen
- 9) Wat is de hoogst afgeronde opleiding van de cliënt?

- VMBO                     MLK  
 MAVO                     ZMLK  
 HAVO                     Cluster 1/ 2  
 VWO                     Cluster 3  
 LBO                     Cluster 4  
 MBO  
 HBO  
 WO

10) Dagelijkse bezigheden:

- Werk  School  Dagbesteding  Geen  Onbekend

11) Psychiatrische stoornis:

- ADHD  PDD  Psychose  Borderline  Onbekend  Afwezig  
 Anders namelijk: .....

12) Medicatie voor psychiatrische stoornis:

- Nee  Ja, Ritalin  Ja, antidepressiva  Ja, anti- psychotica

13) Rookt?

- Ja  nee

14) Financiële situatie:

- eigen beheer  familie  stadsbank  begeleiding  anders

Gegevens verstandelijke beperking

15) Verstandelijke beperking:

- Vastgesteld  Vermoeden

16) Bekend bij Tactus:

- Ja  Nee

17) Indien bekend bij Tactus, vanaf welke leeftijd? ....

18) Wanneer heeft de laatst afgenomen IQ-test plaatsgevonden?.....

19) Vastgestelde ( totale) IQ score:.....  Niet vastgesteld

20) Welke IQ test is gebruikt?

- WAIS III                    ( ga verder naar vraag 23)  
 WISC-R                    ( ga verder naar vraag 25)  
 KAIT                    ( ga verder naar vraag 25)  
 GIT                    (ga verder naar vraag 25)  
 Andere test nl:..... ( ga verder naar vraag 25)

21) Vastgestelde VIQ score: .....

22) Vastgestelde PIQ score: .....

23) Wat zijn de vastgestelde scores op de SRZ?

Z ...

TK ...

TL ...

Totaal: ...

24) Wanneer is deze score afgenomen?

.....

25) Wat is de vastgestelde score op de TVZ?

.....

26) Mate van verstandelijke beperking aan de hand van de gebruikte IQ test (op basis van de totale IQ- score):

Zwakbegaafd: IQ 70/75-85/90;

Lichte verstandelijke handicap: IQ 50/55-70;

Matige verstandelijke handicap: IQ 35/40-50/55;

Ernstige verstandelijke handicap: IQ 20/25-35/40;

Diepe verstandelijke handicap: IQ lager dan 20/25.

#### Gegevens sociale situatie

27) Is er sprake van een partner?  Ja  Nee  Onbekend

28) Heeft de cliënt kinderen?  Ja  Nee  Onbekend

29) Heeft de cliënt contact met andere gebruikers? ( Bij deze vraag zijn meerdere antwoorden mogelijk)

Nee  Onbekend  ja, Ouders  Ja, Partner  Ja, Vrienden

Ja, medebewo(o)n(st)er

30) Wat is de mate van beperking voor de cliënt in intieme relaties:

geen  onbekend  licht  matig  ernstig  volledig

31) Wat is de mate van beperking in de relatie tussen de cliënt en zijn ouder(s)?

geen  onbekend  licht  matig  ernstig  volledig

32) Wat is de mate van beperking in het maken van contact en de omgang met anderen?

geen  onbekend  licht  matig  ernstig  volledig

Gegevens verslaving:

- 33) Welke substantie(s) gebruikt de cliënt vooral:  
 Alcohol  Cannabis  Cocaine  XTC  Speed  Heroine  Anders.....
- 34) Sinds hoe lang gebruikt de cliënt de substantie:  
 < 1 Jaar  1 - 2 jaar  2 – 5 jaar  > 5 jaar
- 35) Met wie gebruikt de cliënt de substantie ( meerdere antwoorden mogelijk):  
 Alleen  
 Met partner  
 Met familie  
 Met medebewo(o)n(st)ers  
 Met vrienden met een verstandelijke beperking  
 Met vrienden/ leeftijdsgenoten met een verslaving  
 Met vrienden zonder verslaving en zonder verstandelijke beperking
- 36) Waar gebruikt de cliënt de substantie vooral (meerdere antwoorden mogelijk):  
 Thuis  
 Bij vrienden thuis  
 in cafe/ club  
 Openbare plaatsen
- 37) Heeft de cliënt ooit een serieuze poging gedaan om te stoppen?  
 Ja  Nee  Onbekend
- 38) Hoe lang heeft de cliënt dit volgehouden?  
 .....
- 39) Hoe lang geleden vond deze poging plaats?  
 Nu  <1 jaar  1-2 jaar  2-5 jaar  5-8 jaar  8-10 jaar  >10 jaar
- 40) Hoe beïnvloeden de middelen de fysieke en mentale gesteldheid van de cliënt  
 .....  
 .....  
 .....
- 41) Hoe beïnvloeden deze middelen de dagelijkse routine van een cliënt?  
 .....  
 .....  
 .....
- 42) Hoe beïnvloeden deze middelen zijn/haar persoonlijke relaties?

.....  
.....  
.....  
43) Hoe is het leven van de cliënt veranderd sinds het gebruik?  
.....  
.....  
.....

Gegevens gezondheid cliënt

- 44) Is er sprake van andere gezondheidsproblemen als gevolg van het gebruik van middelen?  
[ ] Epilepsie  
[ ] psychose  
[ ] leverproblemen  
[ ] andere, namelijk.....

Begin van middelengebruik

- 45) Op welke leeftijd is cliënt begonnen met het middelengebruik:.....
- 46) Zijn er bepaalde thema's bekend in het leven van de cliënt die op dat moment een rol speelden. (denk hierbij aan bijv, scheiding, verbreken relatie)  
.....  
.....  
.....

