

*Een dossieronderzoek bij Tactus verslavingszorg Twente.
Middelengebruik en het hebben van een verstandelijke beperking.*

Debbie Nieuwenhuis

Bachelorthese Psychologie

Begeleider Tactus: Margreet van der Meer

Begeleider Universiteit Twente : Gerben Westerhof

d.a.m.nieuwenhuis@student.utwente.nl

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
1. Inleiding	3
2. Verslaving	5
2.1 Verslavende middelen	5
2.2 Prevalentie	6
2.3 Gevolgen van middelengebruik	7
3. Verstandelijk beperkten	8
4. Verstandelijk beperkt en een verslaving	10
4.1 prevalentie verstandelijk beperkten met een verslaving	10
4.2 Onderzoek Taggart in Ierland	11
4.3 Onderzoek populatie in Nederland	12
4.4 Inventarisatie in Twente door Tactus verslavingszorg	12
5. Het ontstaan en voortduren van een verslaving volgens het biopsychosociaal model	13
5.1 Biologische factoren	13
5.2 Psychische factoren	13
5.3 Sociale factoren	14
6. Risicofactoren bij mensen met een verstandelijke beperking	14
6.1 Biologische risicofactoren	14
6.2 Psychische risicofactoren	15
6.3 Sociale risicofactoren	15
6.4 Redenen voor gebruik	16
7. Probleemstelling en onderzoeksvragen	17
8. Methode	18
8.1 Selectie van de dossiers	18
8.2 Inhoud van de dossiers	18
8.3 Totstandkoming checklist voor analyse	19
8.4 Methode analyse dossiers	21
8.5 Beantwoording open vragen	21
8.6 Data-analyse resultaten	22
9. Resultaten	22
9.1 Demografische gegevens	23
9.2 Middelengebruik	25
9.3 Biologische factoren	27
9.4 Psychische factoren	28
9.5 Sociale factoren	31
9.6 Behandeling en resultaat	34
9.7 Redenen voor gebruik	36
9.8 Vergelijking leeftijdsgroepen	37
10. Profiel 15-35 en 35 jaar en ouder	38
11. Conclusie	41
12. Discussie en aanbeveling	43
13. Referentielijst	46
14. Bijlagen	49

Samenvatting

Dit onderzoeksrapport beschrijft een dossieronderzoek naar de populatie personen met een verstandelijke beperking en middelengebruik in Twente. Het doel van dit dossieronderzoek is het vormen van een beter beeld en het verkrijgen van een profiel van deze groep cliënten. Met een checklist zijn dossiers van deze personen geanalyseerd en hierbij is gebruik gemaakt van het biopsychosociaal model. Het biopsychosociaal model (Engel, 1977) stelt dat een ziekte of in dit geval een verslaving ontstaat en in stand gehouden wordt door biologische, psychologische en sociale factoren.

In de dossiers is gekeken naar deze factoren maar ook naar redenen voor gebruik en het resultaat van de behandeling tot nu toe. In totaal zijn 120 dossiers geanalyseerd.

De meeste personen uit het dossieronderzoek zijn mannen. De gemiddelde leeftijd is 40 jaar. Alcohol komt naar voren als de grootste problematiek bij deze personen. Gemiddeld duurt het gebruik al meer dan 10 jaar en bij de meeste personen is het gebruik dagelijks in tijd van gebruik. De leeftijden van begin van het gebruik verschillen sterk per middel. De meeste personen zijn ongehuwd en zijn alleenstaand. Psychische problemen komt bij een groot aantal mensen naar voren. Van de helft van de personen is bekend dat zij wel eens problemen hebben ondervonden met hun sociale omgeving. De meeste personen zijn ongehuwd en alleenstaand. 70% van de personen ontvangt een uitkering. De behandeling van tweederde van de personen is meer dan 5 jaar geleden begonnen. Er bestaan duidelijk verschillen tussen twee leeftijdsgroepen. Zo is het primaire middel dat gebruikt wordt bij de jongere leeftijdsgroep tot 35jaar cannabis en bij de oudere leeftijdsgroep alcohol. Er wordt niet uitgesloten dat er een groot aantal personen van de 120 cliënten ook een rookverslaving heeft. Vooral op het gebied van middelengebruik wijkt de populatie af van de normale populatie bekend bij Tactus. Aanbevelingen zijn gedaan met name op het gebied van volledigheid van de dossiers en de verschillende factoren die mogelijk een aanwijzing kunnen zijn dat mensen een verstandelijke beperking hebben. Aanbevolen is om bij intake en behandeling meer te letten op redenen voor gebruik, opleiding die is afgerond, de GAF score, overige hulpvraag, het hebben van een reguliere baan, middelengebruik en het hebben van een dagritme en het kunnen plannen van activiteiten.

1. Inleiding

De laatste jaren is er meer aandacht voor middelenmisbruik bij mensen met een verstandelijke beperking. Hoewel het gebruik onder deze populatie lager is dan bij de 'normale populatie' zijn er signalen dat dit gebruik toeneemt (McGillicuddy, 2006). Mensen uit de zorg geven aan dat het behandelen van deze mensen op dit moment niet effectief gebeurt (VanderNagel, Kiewik, Buitelaar, & deJong, submitted for publication). Dit komt omdat zowel instellingen voor mensen met een (licht) verstandelijke beperking (LVG instellingen) als verslavingsinstellingen te weinig kennis en geen goed behandelaanbod hebben voor mensen met een verstandelijke beperking en een verslaving (Taggart, McLaughlin, Quinn en Milligan, 2006). Mede door het beperkte kennisniveau, verminderde sociale weerbaarheid en de lichamelijke en psychische problemen die bij mensen met een verstandelijke beperking vaker voorkomen (Vandereycken, Hoogduin & Emmekamp, 2008), leidt kennismaking met verdovende middelen mogelijk vaker tot problemen (McGillicuddy, 2006).

Dat er steeds meer signalen zijn van middelengebruik bij de populatie verstandelijk beperkten heeft als mogelijke oorzaken dat er de laatste jaren meer onderzoek is gedaan naar deze populatie, met name sinds de jaren negentig (Vandereycken et al. 2008), maar ook door de extramuralisatie van de zorg (McGillicuddy,2006). Met extramuralisatie wordt bedoeld dat mensen met een verstandelijke beperking niet meer binnen een traditionele instelling wonen maar vaker opzichzelf waarbij zij ambulante zorg ontvangen. Dit betekent ook meer vrijheden en als gevolg hiervan komen mensen met een verstandelijke beperking in onze samenleving mogelijk eerder en makkelijker in aanraking met verslavende middelen. De invloed van middelenmisbruik en verslaving op mensen met een verstandelijke beperking lijkt daarnaast groot te zijn, met een groter risico op fysieke gezondheidsproblemen, epileptische activiteit, gewelddadig gedrag, comorbide psychische problemen, risicovol gedrag en uitbuiting door anderen in vergelijking tot de normale populatie (Taggart et al. 2006). In de zorg heeft men geen aangepaste screeningsvragenlijsten en behandelingen voor de groep verstandelijk beperkten met een verslaving (Subsidieaanvraag Sumid Project, ZonMw, 2008). Binnen de verslavingszorg worden mensen met een verstandelijke beperking niet altijd herkend en zijn behandelingen niet goed aangepast aan het intellectuele niveau van de persoon. Daarnaast zien mensen met een verstandelijke beperking vaak niet de link tussen het middelenmisbruik en hun problemen (Subsidieaanvraag Sumid Project, ZonMw, 2008).

Tactus, verslavingszorginstelling in Oost Nederland, heeft dit probleem ook erkend en is in 2008 in subregio Twente een samenwerkingsverband aangegaan met AveleijnSDT gehandicaptenzorg in het kader van onderzoek naar deze populatie. Uit deze inventarisatie zijn uiteindelijk 120 cliënten naar voren gekomen met een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid. Bij 40 van deze personen was deze beperking vastgesteld met een IQ test, van de rest had men een vermoeden op basis van het vertoonde gedrag of de opleiding die men had genoten. Omdat een IQ test niet standaard door Tactus bij intake wordt afgenomen is het belangrijk om verschillende demografische, sociale en cognitieve kenmerken van deze personen in kaart te brengen (Subsidieaanvraag Sumid Project, ZonMw, 2008). Het doel van dit dossieronderzoek is het verkrijgen van een profiel van deze personen in Twente. De hypothese is dat dit profiel overeen zal komen met het profiel dat Taggart gevonden heeft in Ierland, verkregen door een onderzoek dat verder besproken zal worden in hoofdstuk 4. Met deze informatie kunnen mensen met de beschreven problematiek in de toekomst mogelijk eerder herkend worden binnen de verslavingszorg en zo kan de behandeling beter afgestemd worden op de capaciteiten van de persoon.

Dit onderzoeksrapport bevat als eerste een theoretisch kader waarin de begrippen verslaving en een verstandelijke beperking gedefinieerd worden. Daarna wordt een overzicht gegeven van achtergrondinformatie over de populatie verstandelijk beperkten met een verslaving. De probleemstelling en de verschillende onderzoeksvragen worden gepresenteerd en de methoden gebruikt voor het analyseren van de dossiers. Daarna volgt een overzicht van de analyse van de gegevens en een overzicht van de resultaten en de conclusies die hier uit getrokken zijn.

2. Verslaving

Veel mensen zijn van mening dat bepaalde middelen het bestaan veraangenamen of draaglijk kunnen maken. Een negatief effect van deze stoffen is dat zij ook tot schade aan het lichaam, verslaving of zelfs psychische stoornissen kunnen leiden. Om uit te maken of iemand aan een verslaving leidt maakt men in de professionele hulpverlening gebruik van de ICD-10 criteria of de DSM-IV criteria. In Nederland wordt vooral gebruik gemaakt van de DSM-IV. Er wordt binnen de DSM-IV (Vandereycken et al. 2008) niet van verslaving gesproken maar van stoornissen in het gebruik of door het gebruik van psychoactieve stoffen. Bij stoornissen in het gebruik wordt er onderscheid gemaakt tussen middelenmisbruik en middelenafhankelijkheid. Onder middelenmisbruik wordt verstaan: herhaald gebruik met een verhoogde kans op fysiek gevaar, verwaarlozing van maatschappelijke verplichtingen, problemen met politie/justitie (door bijvoorbeeld alcohol in het verkeer) en/ of interpersoonlijke problemen. De criteria voor middelenafhankelijkheid zijn; het optreden van tolerantie (steeds meer moeten gebruiken voor hetzelfde effect), onthoudingsverschijnselen, hevig verlangen naar het middel, veel tijd spenderen om aan het middel te komen, opgeven en/of verwaarlozen van belangrijke sociale- werk- of recreatieve activiteiten en doorgaan met gebruik ondanks kennis van negatieve consequenties. In dit rapport wordt met verslaving bedoeld zowel middelenmisbruik als middelenafhankelijkheid volgens de criteria van de DSM-IV. Over het begrip verslaving is een tijd geleden de discussie ontstaan of een verslaving op te vatten is als een hersenziekte die ook op deze manier behandeld dient te worden. De visie dat een verslaving een aandoening van de hersenen is wordt steeds meer algemeen geaccepteerd en er komt steeds meer bewijs voor deze visie uit neuropsychologisch onderzoek (van den Brink, 2005, Leshner, 1997). Deze medisch biologische benadering is de laatste jaren steeds dominantier geworden wanneer het gaat om het optreden van afhankelijkheid (Vandereycken, 2008).

2.1 Verslavende middelen

De psychoactieve stoffen die in Nederland voornamelijk gebruikt worden zijn alcohol, nicotine, cannabis, cocaïne, amfetaminen (speed), GHB, benzodiazepinen, XTC en in kleinere mate opiaten (heroïne, methadon), blijkt uit cijfers van de Nationale Drug Monitor (2007). Het gebruik van cafeïne laten we buiten beschouwing. Op het gebied van verslaving komt alcoholverslaving het meest voor. In Nederland bedraagt het aantal zware drinkers (1 of meer dagen meer dan vijf glazen) zo'n 11 % (18% van de mannen en 4% van de vrouwen). Het drankgebruik lijkt de afgelopen jaren over het algemeen licht gedaald maar onder jongeren sterk toegenomen blijkt uit onderzoek van Hollander, Hoeymans en Melse (2006). Over cannabis is bekend dat 22,6% van de Nederlandse bevolking vanaf 15 jaar ooit gebruikt heeft. Van 2001 tot 2005 bleef het cannabisgebruik in Nederland stabiel. Wel lijkt er meer gebruikt te worden door probleemjongeren en is binnen de verslavingszorg een stijging te zien van mensen die cannabis als primaire problematiek ervaren blijkt uit een rapport van het Trimbos instituut door Dorsseleer, Zeijl, Van den Eeckhout en Ter Bogt (2007). Over cocaïne blijkt uit het jaarbericht 2007 van de Nationale Drug Monitor dat het gebruik in Nederland bij mensen tussen de 15 en 64 jaar in 2005 zo'n 3,4 % was en dat tussen 2001 en 2005 het aantal personen dat ervaring heeft met cocaïne is gestegen. Vooral onder uitgaanspubliek komt gebruik van cocaïne(snuiven) vaker voor en er zijn aanwijzingen dat de drug steeds populairder wordt onder plattelandjongeren blijkt uit onderzoek van Nabben, Koet en Korf (2007).

Gebruik van opiaten (heroïne, methadon) komt in de algemene bevolking relatief weinig voor. Volgens het Nationaal Prevalentie Onderzoek door Rodenburg, Spijkerman, van den Eijnden en van de Mheen (2007) had 0.6% van de Nederlanders van 15 t/m 64 jaar in 2005 ervaring met heroïne. Naar schatting zijn er in Nederland zo'n 27000 probleemgebruikers, waarvan 13500 gerigistreerd zijn, van deze gerigistreerden gebruikt 80% methadon (NDM, jaarbericht 2007).

2.2 Prevalentie

In 2006 riepen in Nederland zo'n 65000 personen een keer of herhaaldelijk hulp in van de verslavingszorg. De gemiddelde leeftijd hierbij was 45 jaar en bestond voor driekwart uit mannen (Vandereycken et al. 2008). Binnen de verslavingszorg in Nederland heeft bijna de helft primair een probleem met alcohol. Zo'n 20 % primair een probleem met opiaten en 15% primair een probleem met cocaïne (Ouweland, Mol, Kuijpers, & Boonzajer Flaes 2006).

In Nederland zijn er naar schatting zo'n 1,2 miljoen probleemdrinkers. Slechts een klein deel van dit aantal vraagt echter om hulp bij verslavingszorginstellingen (Vandereycken et al. 2008). Uit het jaarbericht 2009 van de Nationale Drug Monitor (NDM) komt naar voren dat binnen de verslavingszorg het aantal cliënten met een cannabisprobleem gestaag groeit, het aantal mensen met een alcohol of amfetamine probleem neemt eveneens toe al blijft de laatste groep relatief klein.

2.3 Gevolgen van middelengebruik

Hierboven werd al besproken dat schade door psychoactieve stoffen een van de belangrijkste gezondheidsproblemen in Nederland vormt. Aangezien de meeste verslavingen een alcoholverslaving zijn, wordt er van alcohol voorbeelden gegeven. Oorzaken van middelengebruik worden in hoofdstuk 6 weergegeven.

Op het gebied van biologische aspecten heeft drankgebruik veel invloed op het lichaam. Er bestaat bij veel regelmatig drankgebruik een grote kans op neurologische schade, schade aan de lever, een vergrote kans op hart- en vaatziekten en een vergrote kans op verschillende soorten van kanker. Ook heeft drankgebruik grote gevolgen voor een ongeborn kind wanneer een vrouw veel drinkt tijdens de zwangerschap (Vandereycken et al. 2008). In tegenstelling tot incidenteel gebruik leidt herhaald en frequent gebruik van verslavende stoffen tot langdurige en mogelijk blijvende veranderingen in de hersenen. Volgens Everitt en Robbins (2005) hebben deze veranderingen te maken met het beloningssysteem. De dopaminereceptoren nemen steeds verder af en de verslavende stof wordt in het geheugen en de beleving van de persoon steeds belangrijker als bron van beloning. Ook ontstaat er conditionering. Dit betekent dat de ervaring van de gebruikte stoffen steeds sterker gekoppeld raakt aan druggerelateerde omgevingssituaties en stress. In het begin is het gebruik vooral gekoppeld aan positieve ervaringen en het verminderen van stress. Wanneer het gebruik voortduurt, kan men in een volgende fase komen waarin het gebruik steeds minder gekoppeld is aan plezier en ontspanning maar meer een gewoonte is geworden. Dit proces heeft ook weer te maken met veranderingen in de hersenen en heeft volgens sommige onderzoekers het gevolg dat een afhankelijkheid overgaat in een irreversibele verslaving (Everitt & Robbins, 2005).

Naast lichamelijke gevolgen kan middelengebruik ook verschillende andere negatieve consequenties hebben. Op psychisch gebied kan alcohol verschillende negatieve gevoelens veroorzaken zoals agressiviteit, depressiviteit, stoornissen in aandacht en beoordeling en emotionele labiliteit. Daarnaast zijn ook het delirium en het syndroom van korsakoff (geheugenstoornis) bekende gevolgen van alcoholgebruik (Vandereycken, 2008). Sociale en maatschappelijke gevolgen door middelengebruik

kunnen (verkeers)ongelukken, het verliezen van werk, financiële problemen, sociale problemen, in een sociaal isolement raken of problemen met politie/justitie zijn. Wanneer iemand hulp nodig heeft omdat het middelengebruik voor problemen zorgt, komt men vaak terecht bij de verslavingszorg. Het gebeurt ook dat overheidsinstanties mensen verplichten om hulp te zoeken bij deze instanties.

3. Verstandelijk beperkten

Mensen met een verstandelijke beperking hebben significante beperkingen in zowel het intellectueel functioneren als in het adaptieve gedrag wat vaak tot uiting komt in beperkte sociale en praktische vaardigheden, en voor het achttiende levensjaar is ontstaan. (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAID). De DSM IV hanteert vergelijkbare criteria.

Bij het onderwerp verstandelijk beperkten en verslaving gaat het om mensen die een licht verstandelijke beperking hebben of zwakbegaafd zijn. Dit onderscheid is te maken door te kijken naar verschil in IQ. Er zijn verschillende verdelingen voor het IQ bekend. In dit verslag zal gesproken worden over mensen met LVG (licht verstandelijk gehandicapt), mensen met een licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid en houden we de onderstaande IQ verdeling aan.

Tabel 1. Verdeling IQ

Term	IQ
Hoog begaafd	>130
Begaafd	120 – 130
Gemiddeld	85 – 115
Zwakbegaafd	70 – 85
Licht verstandelijke beperking	50 – 70
Matig verstandelijke beperking	35 – 50
Ernstig verstandelijke beperking	20 – 35
Diepe verstandelijke beperking	< 20

De AAID hanteert voor zwakbegaafdheid een bredere range namelijk een IQ tussen de 70 en 90. Deze brede range geeft al aan dat het gaat om een zeer diverse groep mensen waarbij het niet altijd meteen zichtbaar is dat er sprake is van een beperking. Het gaat om een groep met uiteenlopende beperkingen en uiteenlopende mogelijkheden, waarbij het intellectuele niveau is te vergelijken met dat van een kind van 6-12 jaar (Vandereycken et al.2008). De hulpvraag kan uiteenlopen van hulp bij administratieve zaken tot 24- uurs begeleiding.

De omvang van de groep mensen met een licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid (IQ onder de 80) wordt geschat op zo'n 16% van de algemene bevolking. Hierbij is de groep zwakbegaafden het grootst (Resing & Blok, 2002).

Afhankelijk van de ernst van de beperking komen mensen in aanmerking voor begeleid zelfstandig wonen, wonen binnen een woonvoorziening of andere instelling voor verstandelijk gehandicapten waar bijvoorbeeld dagbesteding geboden wordt.

Er bestaan in Nederland een groot aantal van deze instellingen waar mensen met een lichte verstandelijke handicap wonen of die ambulante zorg leveren. Volgens het Sociaal en Cultureel Planbureau is de vraag naar verstandelijke gehandicaptenzorg het afgelopen decennium met 9% per jaar gegroeid. Bijna de helft van de totale groei in de vraag naar zorg komt door de groei in langdurig verblijf. De groei in begeleiding was volgens het CPS verantwoordelijk voor bijna een kwart van de totale groei maar het was wel de snelste groeier (CPS, 2010).

4. Verstandelijk beperkt en een verslaving

Veel literatuur over mensen met een verstandelijke beperking die middelen misbruiken geeft aan dat er weinig kennis bestaat over deze groep. Het gaat hier vooral om weinig kennis over gebruik en uitkomsten van behandelingen van verslaving bij deze groep, blijkt uit literatuuronderzoek van Mutsaers, Bleckman en schippers (2007). De resultaten uit verschillende onderzoeken laten zien dat middelengebruik onder mensen met een verstandelijke beperking minder is in vergelijking tot de 'normale' populatie, maar toch voor veel personen met een verstandelijke beperking een probleem vormt. Van deze mensen die middelen gebruiken blijkt er een groter aantal te zijn dat heeft te maken met misbruik van middelen en verslaving dan de normale populatie (McGillicuddy, 2006). Ook is bekend dat mensen met een verstandelijke beperking hun verslavingsprobleem niet altijd als een probleem zien en vaak dus ook geen hulpvraag hebben op het gebied van verslaving (Subsidieaanvraag Sumid Project, ZonMw, 2008).

4.1 Prevalentie verstandelijk beperkten en verslaving

Uit de literatuur komt naar voren dat middelengebruik onder verstandelijk beperkten lijkt te zijn toegenomen. Mede door de extramuralisatie en vermaatschappelijking van de gehandicaptenzorg is het gebruik steeds meer gaan lijken op dat van de algemene bevolking. Dit is waarschijnlijk het gevolg van grotere toegankelijkheid tot middelen (McGillicuddy, 2006). Juist bij deze groep lijken ook de risico's die samengaan met middelengebruik groter te zijn (Taggart et al. 2006, Sturmey, Reyer, Lee, & Robkek, 2003).

Voor mensen met een licht verstandelijke handicap die zelfstandig wonen wordt de prevalentie van middelengebruik geschat op 2 tot 10% (Sturmey et al. 2003). Van de mensen in behandeling bij vijf SGLVG-klinieken (sterk gedragsgestoord LVG) in Nederland was er bij 42% sprake van middelenmisbruik (Tenneij en Koot, 2007). Uit jaarbericht 2009 van het NDM blijkt dat jongeren in het speciaal onderwijs veel vaker cannabis gebruiken dan jongeren in het reguliere onderwijs. Uit onderzoek van Kepper, Dorsselaer, Monshouwer en Vollebergh (2009) blijkt dat met name jongeren op REC-4 scholen (voor zeer moeilijk opvoedbare leerlingen of langdurig zieke leerlingen met psychiatrische problematiek) vaker cannabis en ook vaker andere drugs gebruiken.

Tabel 2.

Cannabisgebruik onder leerlingen van 12-16 jaar van het speciaal en regulier onderwijs, naar leeftijdsgroep.

	Ooitgebruik			Actueel gebruik		
	12-13 jaar	14-15 jaar	16 jaar	12-13 jaar	14-15 jaar	16 jaar
Speciaal						
REC-4 ^I	20%	42%	54%	11%	23%	41%
Pro ^{II}	5%	15%	19%	2%	6%	10%
Lwoo ^{III}	7%	17%	25%	3%	7%	13%
Regulier	4%	17%	30%	2%	9%	13%

Percentage gebruikers ooit en actueel (laatste maand). Peiljaar voor het speciaal onderwijs is 2008.

Peiljaar voor het regulier onderwijs is 2007. I. REC = Regionaal Expertise Centrum.

II. Pro = praktijkonderwijs. III. Lwoo = leerwagondersteunend onderwijs. Bronnen: Trimbos-instituut;

Bron: NDM Jaarbericht 2009

4.2 Onderzoek Taggart in Ierland

Een onderzoek van Taggart, McLaughlin, Quinn en Milligan (2006) naar de populatie verstandelijk beperkten met middelenproblematiek in Ierland, is een van de meest informatieve onderzoeken tot nu toe. In dit onderzoek hebben zorgverleners van gehandicaptenzorg en verslavingszorg een vragenlijst ingevuld over cliënten met een verstandelijke beperking en een verslaving. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat het in Ierland vooral gaat om mannelijke gebruikers, 70% van de personen was ouder dan 30. Het voornaamste middel dat gebruikt werd was alcohol, een vijfde gebruikte daarnaast andere soorten drugs. Bij meer dan 70% duurde het gebruik al meer dan 5 jaar. Tweederde van de personen woonde gedeeltelijk of geheel zelfstandig. Niet alle gebruikers binnen de verslavingszorg waren bekend bij de gehandicaptenzorg en andersom. De gebruikers die bekend zijn bij gehandicaptenzorg zijn vaak zwakbegaafd, man, jong (onder de 30) en hebben naast de diagnose zwakbegaafdheid in bijna 30% van de gevallen een andere psychische aandoening. Een andere belangrijke conclusie uit dit onderzoek is dat veel gebruikers zich geïsoleerd en verveeld voelen doordat zij geen vaste dagelijkse activiteiten hebben. Dit is volgens Taggart mogelijk een reden voor mensen om middelen te blijven gebruiken. Ook gaf het onderzoek aan dat instellingen voor personen met een verstandelijke beperking niet goed om weten te gaan met mensen met een verslaving.

4.3 Onderzoek populatie in Nederland

Eenzelfde soort onderzoek is in Nederland door VanderNagel, Kiewik, Buitelaar, & deJong (submitted for publication) uitgevoerd waarbij ook vragenlijsten aan instellingen voor gehandicaptenzorg zijn verstuurd.

Er is voor het onderzoek een vragenlijst opgestuurd met vragen over ervaringen met cliënten en de zorg die geboden wordt. Een kwart van de 153 aangeschreven instellingen retourneerde de vragenlijst. De conclusies zijn dat bij deze instellingen begeleiders vaak niet weten hoe er om gegaan moet worden met cliënten die gebruiken en bestaat er angst voor consequenties van gebruik voor andere cliënten. Er bestaat echter wel vaak een beleid (bij 2/3 van de instellingen) op het gebied van middelengebruik. De informatie op cliëntniveau beschrijft verschillende kenmerken van cliënten die middelen misbruiken. Dit zijn bij de bevroegde instellingen voornamelijk mannelijke cliënten die buiten de instelling wonen en vooral alcohol en/of cannabis gebruiken. Het gebruik van medicatie en/of de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis werd bij ongeveer de helft van de cliënten weergegeven.

4.4 Inventarisatie populatie in Twente door Tactus verslavingszorg

Om een beeld te krijgen van de grootte van de populatie in Twente hebben medewerkers binnen de verslavingsinstelling Tactus gerapporteerd over de cliënten die zij kennen met een verstandelijke beperking. In totaal 34 medewerkers van de Sociale Verslavingszorg, afdeling Jeugd en de afdeling Behandeling en Begeleiding binnen Tactus rapporteerden over 143 cliënten waarvan zij weten of een vermoeden hebben dat de persoon een verstandelijke beperking heeft.

Van het overgrote deel van deze cliënten is niet officieel met een IQ-test vastgesteld dat er sprake is van een licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid, of deze IQ score is door medewerkers niet vernoemd. Op het gebied van middelengebruik werd in 63 % van de gevallen alcohol als probleemmiddel genoemd, cocaïne en/of speed in 21%, cannabis in 15 %, opiaten in 9% en benzodiazepinen in 5% van de gevallen. Deze aantallen komen overeen met het geschatte aantal gebruikers van de verschillende middelen in Nederland volgens de Nationale Drug Monitor 2007. Bij veel personen binnen Tactus in Twente lijken er ook bijkomende psychische problemen aan de orde te zijn zoals ADHD en persoonlijkheidsproblematiek. Van deze problemen en andere somatische problemen is bekend dat zij vaker voorkomen bij mensen met een verstandelijke beperking (Taggart et al. 2006).

5.Het ontstaan van een verslaving volgens het biopsychosociaal model

We hanteren het biopsychosociaal model om te kijken naar ontstaan en voortduren van een verslaving en bespreken biologische, psychische en sociale factoren die van invloed kunnen zijn bij een verslaving. Volgens het biopsychosociaal model vormen deze factoren bij elkaar een bepaalde kwetsbaarheid die onder invloed van stress of ingrijpende levensgebeurtenissen een psychische of lichamelijke ziekte kunnen veroorzaken en/of in stand houden (Engel, 1977).

In het volgende hoofdstuk zal besproken worden welke risicofactoren voor een verslaving er al bekend zijn voor mensen met een verstandelijke beperking.

5.1 Biologische factoren

Wanneer we kijken naar biologische factoren, spelen met name aanleg, erfelijkheid en bestaande ziekten en medicijngebruik een rol. Erfelijke factoren kunnen zorgen voor een verschil in gevoeligheid voor verschillende stoffen en kunnen zorgen dat bepaalde mensen meer geneigd zijn om verslavende stoffen als belonend te ervaren dan anderen. Het aandeel van erfelijkheid wordt volgens Ball en Colier (2004) bij mannen geschat op zo'n 50% en bij vrouwen op zo'n 25%.

Verder behoren tot deze benadering de onthoudingsverschijnselen die het moeilijker kunnen maken om te stoppen met het gebruik van verslavende stoffen.

5.2 Psychische factoren

Bij psychische factoren gaat het om persoonlijkheid, karaktertrekken en andere psychische eigenschappen van de persoon. Recente studies laten zien dat verslaving vaak samen gaat met gedragsstoornissen en ADHD zoals hierboven al aangegeven (Matthys et al. 2006). Voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis is de prognose vaak slechter, vooral bij mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Deze mensen gebruiken volgens Shedler en Block (1990) vaker en op jongere leeftijd. Verder blijkt dat 'harm avoidance' en 'novelty seeking' samenhangen met de kans op een verslaving op latere leeftijd. (Shedler & Block, 1990). Bij een groot deel van de verslaafden kan gezegd worden dat zij vaak kenmerken vertonen als; lage zelfwaardering, hang naar het nieuwe (novelty seeking), emotionaliteit en antisociale trekken (Emmelkamp en Vedel, 2006). Deze kenmerken komen echter ook voor bij mensen zonder verslavingsprobleem.

5.3 Sociale factoren

Bij sociale factoren gaat het vooral om de sociale omgeving. Er mag volgens Santrock (2007) vanuit worden gegaan dat allerlei sociale factoren zoals sociaal economische status, cultuur, rijkdom, religie, het sociale netwerk zoals familie en gezin, woonomgeving, werk en vrienden invloed hebben op de gezondheid van een persoon. De sociale factor binnen het biopsychosociaal model is mede gebaseerd op de sociaal leertheorie van Bandura (1982). Deze theorie gaat er van uit dat men gedrag vertoont zoals men dat heeft geleerd en gezien heeft in zijn/haar omgeving. De cognitieve verslavingsmodellen die er bestaan zijn vooral gebaseerd op deze theorie. De belangrijkste concepten uit deze theorie zijn omgevingsstimuli (stressoren), modellering van middelenmisbruik, copingvaardigheden, zelfvertrouwen (self-efficacy) en verwachtingen over het effect van een middel (Bandura, 1977,1997).

6. Risicofactoren bij mensen met een verstandelijke beperking

In de literatuur komen verschillende factoren naar voren die bij mensen met een verstandelijke beperking van invloed kunnen zijn bij het beginnen of in stand houden van middelenmisbruik. Hier worden deze factoren ingedeeld in biologische, psychische en sociale factoren. Onderzoek van Taggart (2006) in Ierland naar de risicofactoren voor middelenmisbruik bij mensen met een verstandelijke beperking laat zien dat het in Ierland vooral gaat om mannen in de leeftijd ouder dan 30 jaar. De diagnose is bijna altijd zwakbegaafd of licht verstandelijk gehandicapt, waarbij zwakbegaafd vaker voorkwam. De meeste personen uit het onderzoek wonen zelfstandig en hebben vaak bijkomende psychiatrische problemen.

Alcohol was het middel dat het meest gebruikt werd en bij bijna tweederde van de personen duurde het problematisch alcoholgebruik al meer dan 5 jaar. Verdere belangrijke conclusies uit dit onderzoek zijn dat de cliënten door hulpverleners slecht herkend worden als verstandelijk beperkt of verslaafd en dat cliënten zelf vaak ontkennen een probleem te hebben en hierdoor zelf vaak geen hulp zoeken (Taggart, 2006).

6.1 biologische risicofactoren

Bijkomende stoornissen of beperkingen onder mensen met een verstandelijke handicap komen veel vaker voor dan in de normale populatie. Het gaat om motorische stoornissen, epilepsie, zintuiglijke stoornissen, psychische problemen en gedragsproblemen (Vandereycken, 2008). Deze kwetsbaarheid en medicijngebruik bij bepaalde aandoeningen kan zorgen dat problemen door middelengebruik groter zijn dan bij de normale populatie (McGillicuddy, 2006). Of er een biologisch verband is tussen het hebben van een verstandelijke beperking en een verslaving is niet bekend, wel kunnen de comorbide problemen gezien worden als een biologische risicofactor.

6.2 Psychische risicofactoren

Bij de biologische factoren werd al beschreven dat ook psychische problemen en gedragsproblemen bij personen met een verstandelijke beperking veel vaker voorkomen. Uit de literatuur komt naar voren dat de frequentie van aanwezigheid van psychische stoornissen 30 to 50% is bij deze groep en vergeleken met de normale populatie, lopen mensen met een verstandelijke beperking een drie tot vijf keer hoger risico om aan een stoornis of gedragsprobleem te lijden stelt Dosen (2005). Ook blijken mensen met een verstandelijke beperking volgens Hartley en MacLean (2008) over het algemeen veel stress te ervaren en kan middelengebruik hier een copingstrategie zijn. Algemeen wordt verondersteld dat personen met een licht verstandelijke beperking een beperkt kennisniveau en minder zelfvertrouwen en sociale weerbaarheid hebben en minder goed in staat zijn om 'nee' te zeggen tegen personen die hen middelen aanbieden (Burgard et al.2000). Uit een nog te publiceren artikel van van der Nagel blijkt dat bij mensen met een verstandelijke handicap, psychiatrische stoornissen vaak net iets anders tot uiting dan bij de normale populatie.

6.3 Sociale risicofactoren

Ondanks dat er niet veel bekend is over het voorkomen van het aantal personen met een verstandelijke beperking en middelenproblematiek is er wel enige informatie te vinden over sociale factoren en redenen voor gebruik die van invloed zijn bij deze personen.

Eerder werd al aangegeven dat mensen met een verstandelijke beperking door extramuralisatie de laatste jaren steeds meer de kans wordt geboden, om op een normale manier mee te draaien in de maatschappij. In onze dagelijkse omgeving met een hoge mate van autonomie en een grote nadruk op prestatie is het volgens Cocco en Harper (2002) niet moeilijk voor te stellen dat mensen met een laag intelligentie niveau hier moeilijkheden mee hebben. Onderzoek door Maughan, Collishaw en Pickles (1999) naar de problemen die deze mensen ondervinden geeft weer dat mensen met een verstandelijke beperking sociale vaardigheden missen, vaak weinig sociale steun hebben en dat onafhankelijk wonen vaker samen gaat met werkloosheid, financiële problemen, sociale problemen en problemen met politie/justitie.

6.4 Redenen voor gebruik

Over redenen voor gebruik die mensen met een verstandelijke beperking zelf aangeven is niet veel bekend, wel heeft Taggart hier onderzoek naar gedaan (2007). Het overheersende thema dat hij vond noemde hij: 'zelfmedicatie tegen negatieve ervaringen in het leven'. De twee subthema's die hier uit naar voren kwamen zijn 'psychologisch trauma' en 'de sociale afstand van de maatschappij'.

In eerder onderzoek vond Taggart (2006) dat veel personen aangaven dat ze zich verveelden en zich geïsoleerd voelden, wat mogelijk een reden kan zijn om te blijven gebruiken. Sociale afstand of het 'er bij horen' wordt in veel literatuur benoemd. Een van de eerste onderzoeken door Huang (1981) laat zien dat adolescenten met een verstandelijke beperking vaker aangeven dat zij drinken omdat vrienden drinken en om er bij te horen en geven minder dan de normale populatie aan dat zij drinken om plezier te hebben.

Ook kunnen stressvolle ervaringen een belangrijke rol spelen in het beginnen van het gebruik en het voortduren van het gebruik volgens Ashby, Wills en Hirkey (1996).

7. Probleemstelling en onderzoeksvragen

De probleemstelling voor dit dossieronderzoek is dat er niet genoeg kennis bestaat over de kenmerken van cliënten met een LVG probleem en middelenproblematiek in de Twentse verslavingszorg om deze goed te kunnen herkennen en behandelen. Alleen kijken naar het IQ is niet voldoende om een grens te kunnen trekken tussen mensen die wel en geen verstandelijke beperking hebben (kijkend naar de definitie verstandelijke beperking AAID). De structuur van het biopsychosociaal model wordt aangehouden en er zal antwoord worden gegeven op de volgende onderzoeksvragen.

- Wat is er bekend over het middelengebruik bij mensen in behandeling bij Tactus verslavingszorg met een verstandelijke beperking in Twente.
- Welke biologische kenmerken zijn er bekend bij mensen in behandeling bij Tactus verslavingszorg met een verstandelijke beperking in Twente.
- Welke psychologische kenmerken zijn er bekend bij mensen in behandeling bij Tactus verslavingszorg met een verstandelijke beperking in Twente
- Welke sociale kenmerken zijn er bekend bij mensen in behandeling bij Tactus verslavingszorg met een verstandelijke beperking in Twente.
- Wat is er bekend over behandeling en resultaat bij mensen in behandeling bij Tactus verslavingszorg met een verstandelijke beperking in Twente.
- Wat is er bekend over redenen voor gebruik bij mensen in behandeling bij Tactus verslavingszorg met een verstandelijke beperking in Twente.

Onderzoek van Taggart (2006) heeft laten zien dat leeftijd mogelijk een rol speelt. Daarom wordt gekeken of er verschil is tussen twee verschillende leeftijdsgroepen.

Het gevonden profiel wordt vergeleken met het profiel van Taggart(2006). We kijken hierbij alleen naar de factoren; leeftijd, geslacht, leef- en woonsituatie, middelengebruik, duur van het middelengebruik belangrijkste dagelijkse bezigheden en of men ooit een psychische behandeling heeft gehad. Deze laatste onderzoeksvraag is relevant om een beeld te krijgen van de vergelijkbaarheid van de populatie en vergelijkbaarheid van de verschillende onderzoeken.

8. Methode

8.1 Selectie dossiers

Begin 2009 is een inventarisatie gehouden onder medewerkers van Tactus over cliënten met een middelenprobleem en een verstandelijke beperking. Zij rapporteerden over 143 cliënten. Na het verwijderen van dubbele namen bleven 122 dossiers over om te analyseren. De gegevens van twee dossiers zijn achteraf niet meegenomen in de analyse. Het ging hier een keer om een persoon met een gemiddeld IQ en een keer om een persoon met een eetverslaving, welke niet in de te onderzoeken populatie vallen. Dit onderzoek heeft geen medisch-ethische toets ondergaan omdat aan de volgende eisen van de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO) is voldaan: Er wordt op geen enkele manier inbreuk gemaakt op de integriteit van de cliënten. Clienten zijn niet lijfelijk bij het onderzoek betrokken.

8.2 Inhoud dossiers

Het gaat bij de dossiers om volledig elektronische dossiers die bij Tactus bekeken worden door middel van het programma 'User'. Alle gegevens die over een client bekend zijn worden vermeld in het dossier. Contactmomenten worden er in bijgehouden door verschillende hulpverleners die een cliënt begeleiden. Dit kunnen zijn; maatschappelijk werkers, psychologen, psychiaters, artsen, verpleegkundigen enz. De dossiers kunnen alleen geraadpleegd worden via een beveiligde internetomgeving binnen de Tactus instellingen. De dossiers vallen onder de wettelijke normen beheer van persoonsgegevens en beheer van medische dossiers. Er worden in de resultaten dan ook geen namen vernoemd van de clienten. In het dossier is informatie gehaald uit het zorgplan, cliëntgegevens, diagnose, verslavingsgegevens, voortgang/contact en de MATE intakevragenlijst. Het zorgplan geeft een samenvatting over de zorgvraag, de situatie van de persoon en de behandeling die men krijgt. Bij clientgegevens zijn algemene gegevens zoals burgerlijke staat en bron van inkomsten vermeld. Bij de diagnose wordt de diagnose op de vijf verschillende assen van de DSM-IV vermeld. Hier staat ASI voor klinische syndromen, ASII voor persoonlijkheidsstoornissen, ASIII voor de lichamelijke toestand en ASIV voor psychosociale problemen. AS-V vormt een globale beoordeling van het functioneren, beoordeeld met een schaal, de GAF-score. Deze schaal geeft psychisch, maatschappelijk en beroepsmatig functioneren globaal weer (Vandereycken et al. 2008). Bij verslavingsgegevens wordt de primaire problematiek weergegeven, de secundaire problematiek, de duur van het gebruik en de leeftijd van eerste gebruik. Bij voortgang/ contact zijn samenvattingen van alle contactmomenten terug te vinden. De MATE ontwikkeld door Schippers en Broekman (2007) is een intakevragenlijst die gebruikt wordt om klinisch relevante patiëntkenmerken vast te stellen in de verslavingszorg.

8.3 Totstandkoming checklist voor analyse

Het dossieronderzoek bevat een aantal dezelfde onderwerpen als eerder onderzoek uitgevoerd door Taggart in Ierland (2006). Er is beschikking over de vragenlijst die bij dit onderzoek in Ierland is gebruikt en waar mogelijk zijn de vragen in de analyse meegenomen. Daarnaast is een groot aantal vragen opgesteld op het gebied van biologische, psychische en sociale factoren. Deze vragen bevatten onderwerpen die uit voorgaande hoofdstukken naar voren zijn gekomen op het gebied van verslaving en op het gebied van het herkennen van een verstandelijke beperking. Er is gekozen voor de vragen zoals deze te zien zijn in tabel 3 'Vragen checklist en locatie user'. Alle vragen zijn totstand gekomen op basis van de informatie die in de dossiers beschikbaar is en vragen verkegen uit de MATE zijn een kopie van hoe deze zijn gesteld tijdens de intake.

Met deze eerste ruime opzet is een pilot gehouden en zijn 20 dossiers geanalyseerd. Dit zijn 10 dossiers van personen die bekend zijn bij AvelijnSDT en 10 willekeurige personen geweest. Zo is er zekerheid dat de vragen toegepast worden op dossiers waarvan zeker is dat de persoon een verstandelijke beperking heeft en hier enige informatie over te vinden moet zijn. Door deze analyse is een goed beeld ontstaan van de elektronische dossiers en welke vragen wel of niet toepasbaar zijn op het dossier. Na deze analyse is een uiteindelijke checklist opgesteld met 50 vragen (zie bijlage 1) en een open vragenlijst met 12 vragen (zie bijlage 2). Tabel 3 'Vragen checklist en locatie User', geeft aan welke vragen toegepast konden worden op de dossiers en waar deze informatie in de dossiers terug te vinden is. Er zijn een aantal vragen die niet expliciet terug te leiden zijn naar de literatuur in dit verslag. De eerste vier van de onderstaande onderwerpen kwamen in de analyse van de eerste 20 dossiers echter wel vaak naar voren waardoor we graag een beeld willen van alle dossiers. Met wie en waar er wordt gebruikt kan mogelijk van pas komen bij het ontwikkelen van nieuwe voorlichtingen en behandelingen voor mensen met een verstandelijke beperking.

- Is er bij de persoon sprake van nicotinegebruik.
- Zijn er problemen met het hebben van een dagritme en uitvoeren van dagelijkse routine handelingen.
- Zijn er ooit problemen met onderdak geweest.
- Heeft de persoon ooit gedachten aan suicide gehad
- Met wie wordt gebruikt.
- Waar wordt gebruikt.

Tabel 3

Vragen Checklist en locatie in User

<u>Kenmerken per onderzoeks-vraag</u>	<u>Variabelen Checklist gebruikt bij analyse</u>	<u>Locatie User Variabelen checklist</u>
Algemene gegevens	Geslacht Leeftijd nu en leeftijd bij inschrijving Burgerlijke staat Bron van inkomsten Opleiding Nationaliteit	Traject Clientgegevens
Middelengebruik	Eerste problematiek Duur eerste problematiek Frequentie van gebruik Leeftijd eerste gebruik Nicotinegebruik	Verslavings-gegevens/ Zorgplan MATE
Biologische kenmerken	Diagnose op ASI van de DSM-IV, klinische syndromen. Diagnose op ASII van de DSM-IV; lichamelijke toestand Is er middelenmisbruik/verslaving in de familie van de cliënt bekend.	Diagnose Zorgplan Voortgang/contacten
Psychische kenmerken	Diagnose ASII: persoonlijkheidsstoornissen Diagnose ASV: GAFscore IQ score. (Wanneer bekend ook VIQ, PIQ) Persoon ooit een psychische behandeling gehad Heeft de persoon moeite met het maken en behouden van vrienden in het algemeen? Zijn er problemen met het hebben van een dagritme en uitvoeren van dagelijkse routine handelingen? Heeft de persoon moeite om met stress of druk om te gaan? Heeft de persoon moeite om nieuwe vaardigheden te leren of kennis op te doen en toe te passen (indruk hulpverlener)	Diagnose Clientgegevens MATE
Sociale kenmerken	Diagnose as IV: psychosociale problemen Leefsituatie Woonsituatie Sprake van kinderen Belangrijkste dagelijkse bezigheden Aanraking justitie Ervaart de persoon moeilijkheden bij recreatieve activiteiten of dagbesteding. Zijn er ooit problemen met onderdak geweest Zijn er personen die een positieve invloed op cliënt hebben in de omgeving m.b.t. herstel Zijn er personen die een negatieve invloed hebben m.b.t herstel Sprake van partner? Heeft de partner ook lvg Met wie wordt gebruikt? Waar wordt gebruikt?	Diagnose Clientgegevens MATE Zorgplan/ voortgang contacten
Behandeling	Is de persoon op dit moment nog in behandeling Sinds hoeveel jaar heeft de persoon contact met Tactus. Hoeveel inschrijvingen heeft de persoon gehad. Wat is de zorgvraag van de client Welk zorgniveau is geïndiceerd Welke behandeling ontvangt de cliënt Wat is het resultaat van de behandeling tot nu toe	

8.4 Analyse dossiers

Gekozen is voor toepassing van de checklist bij alle 120 dossiers en de open vragenlijst bij 40 willekeurig uitgekozen dossiers in verband met de tijd dat dit analyseren in beslag neemt.

De gevonden informatie is bij de checklist gelijk verwerkt in het statistische programma SPSS17.0.

De vragen van de open vragenlijst zijn beantwoord bij de eerste 20 dossiers en daarna om de 5 dossiers waarbij de informatie is opgeschreven. In paragraaf 7.5 is weergegeven hoe deze informatie is verkregen. De lijst met cliënten samengesteld door medewerkers van Tactus is overgezet in een SPSS bestand.

Per vraag van de checklist is daarna gekeken welke antwoordmogelijkheden in het SPSS bestand ingevoerd dienden te worden. Een eerste opzet is hierbij gemaakt, tijdens het analyseren van de dossiers zijn bij een aantal vragen nog extra antwoordmogelijkheden toegevoegd.

8.5 Beantwoording open vragenlijst

Vraag 1 t/m 9 van de open vragenlijst zijn vragen die ook terugkomen in de vragenlijst van Taggart (2006). Hier werden deze vragen door medewerkers van instellingen ingevuld en nu aan de hand van informatie uit de dossiers. Vraag 1, 2 en 5 zijn te beantwoorden met de informatie die uit de checklist naar voren is gekomen, maar zijn voor de volledigheid ook in deze lijst met vragen meegenomen om een totaalbeeld te kunnen vormen. Bij resultaat van de behandeling en of er knelpunten bestaan bij samenwerking tussen instellingen is gekeken naar het zorgplan en naar voortgang/contacten. Hierbij is als maat voor het resultaat genomen of de persoon het middel, dat als hoofdmiddel geldt voor de persoon, nog gebruikt.

Bij redenen voor gebruik is in het zorgplan en in voortgang/contacten gekeken of mensen zelf ergens duidelijk aangeven waarom zij gebruiken of wat de belemmeringen zijn om te stoppen. Of er relevante thema's bekend waren bij begin van het gebruik is bekeken door de voortgang/contacten te bestuderen aan het begin van eerste aanmelding bij Tactus. De invloed van het middelengebruik op de fysieke en mentale gesteldheid en zijn/haar persoonlijke relaties is bekeken in het zorgplan, voortgang/contacten en de diagnose op ASIII van de DSM-IV. De laatste vraag of er sprake is van bepaalde gedragingen wanneer de persoon onder invloed is, is bekeken in voortgang/contacten en het zorgplan. Bij het bekijken van voortgang/contacten is er gescand naar samenvattingen van de voortgang van de persoon en opvallende gebeurtenissen die een antwoord kunnen geven op de verschillende vragen.

8.6 Data analyse resultaten

De analyse van de gevonden data zal in de eerste plaats beschrijvend van aard zijn. Gemiddelden, aantallen en percentages van de uitkomsten van de verschillende vragen zullen in tabellen worden weergegeven. Voor mannen en vrouwen zal telkens het percentage van het totaal weergegeven worden. Wanneer er met de Chi-kwadraat toets verschillen worden gevonden tussen mannen en vrouwen zal dit aangegeven worden.

Ook is gekeken of er verschillen tussen leeftijdsgroepen bestaan. We houden hierbij de grens van 35 jaar aan (mediaan). Er is een apart profiel opgesteld voor personen onder de 35 en personen boven de 35 met de kenmerken leef- en woonsituatie, middelengebruik, duur van het middelengebruik en aanwezigheid van psychische problemen. Voor de vergelijking tussen de twee leeftijdsgroepen is gekozen voor de mediaan van de leeftijden die bekend zijn op het moment dat mensen zich aanmelden bij Tactus. De toets die gebruikt is bij vergelijking is de chi-kwadraat toets. Bij redenen voor gebruik zijn alle redenen die bekend zijn geclusterd naar verschillende hoofdthema's. De verschillende hoofdthema's zullen in tabellen worden weergegeven.

9. Resultaten

Eerst zullen demografische gegevens besproken worden, daarna volgen de resultaten per onderzoeksvraag. Wanneer een vergelijking is gemaakt met alle personen in behandeling bij Tactus in Twente is gebruik gemaakt van de pijldatum 1 Januari 2010. We spreken hier telkens over de algemene populatie in Twente, waarmee we bedoelen alle personen in behandeling bij Tactus in Twente.

9.1 Demografische gegevens

In Tabel 1 zijn de demografische gegevens weergegeven. De onderzochte groep bestond uit 120 personen waarvan 90 mannen en 30 vrouwen. Dit komt overeen met het gemiddeld aan mannen (75%) en vrouwen (25%) dat in behandeling is bij Tactus.

De gemiddelde leeftijd tijdens intake is 35 en de gemiddelde leeftijd bij analyse van de dossiers is 40. 70% van de personen in behandeling bij Tactus in Twente is 35 jaar of ouder. Uit de analyse blijkt dat 65% van de populatie verstandelijk beperkten 35 jaar of ouder is wat dus ook overeenkomt met de algemene populatie in behandeling bij Tactus.

De meeste personen zijn ongehuwd. In de algemene populatie bij Tactus is het aantal ongehuwden 53%, tegenover 64,2 % van de populatie verstandelijk beperkten. 15% van de algemene populatie is getrouwd tegenover 8% van de groep met een verstandelijke beperking.

Zo'n 65% van de personen heeft een uitkering als bron van inkomsten, tegenover 50% van de algemene populatie. De meeste personen hebben een opleiding op het lager beroeps niveau afgerond. 22 % heeft geen opleiding afgerond tegenover 15 % van de gewone populatie. Na statistische analyse is gebleken dat er geen significant verschil is tussen mannen en vrouwen in leeftijd bij intake $X^2(41, N=120) = 25,75, p = .97$. Er is geen significant verschil tussen mannen en vrouwen in leeftijd bij analyse $X^2(45, N=120) = 54,0, p = .16$. Er is geen significant verschil gevonden tussen mannen en vrouwen in burgerlijke staat, $X^2(6, N=120) = 6,11, p = .41$. Er is geen verschil gevonden tussen mannen en vrouwen in bron van inkomsten $X^2(7, N=120) = 11,19, p = .13$. De meeste personen hebben de Nederlandse nationaliteit. Opvallend is dat van een groot aantal personen niet bekend is welke opleiding men heeft afgerond, terwijl dit duidelijk iets kan zeggen over het intellectueel niveau van een persoon.

Tabel 1

Demografische gegevens mensen met een verstandelijke beperking bekend bij Tactus verslavingszorg Twente.

Vraag Checklist	Variabelen	N	%	% tot. Man (n=90)	% tot. Vrouw (n=30)	Significantie verschil man vrouw X ²
<i>Personen (n=120)</i>						
<i>Geslacht</i>	<i>Man (N= 90)</i> <i>Vrouw (N=30)</i>					
<i>Leeftijd bij intake</i>	<i>(M= 35, SD = 12.8,)</i>					<i>X² (41, N=120) = 25,75, p= .97</i>
		<i>Man; M= 35.8</i>				
		<i>Vrouw: M= 31.9</i>				
<i>Leeftijd bij analyse</i>	<i>(M= 40, SD= 12,8)</i>					<i>X² (45, N=120) = 54,0, p= .16.</i>
		<i>Man: M= 41.9</i>				
		<i>Vrouw: M=37.8</i>				
<i>Burgerlijke staat</i>	<i>Ongehuwd</i>	<i>77</i>	<i>64,2%</i>	<i>66,7%</i>	<i>56,7%</i>	<i>X² (6, N=120) = 6,11, p= .41.</i>
	<i>Gehuwd</i>	<i>10</i>	<i>8,3%</i>	<i>6,7%</i>	<i>13,3%</i>	
	<i>Samenwonend</i>	<i>8</i>	<i>6,6%</i>	<i>5,6%</i>	<i>10%</i>	
	<i>Gescheiden</i>	<i>18</i>	<i>15%</i>	<i>14,4%</i>	<i>16,7%</i>	
	<i>Weduwe/weduwnaar</i>	<i>4</i>	<i>3.3%</i>	<i>4,4%</i>	<i>0%</i>	
	<i>onbekend</i>	<i>3</i>	<i>2.5 %</i>	<i>2,2%</i>	<i>3,3%</i>	
<i>Bron van inkomsten</i>	<i>eigen inkomen/loon</i>	<i>23</i>	<i>19,2%</i>	<i>23,3%</i>	<i>6,7%</i>	<i>X² (7, N=120) = 11,19, p= .13</i>
	<i>Uitkering</i>	<i>70</i>	<i>58,3%</i>	<i>54,4%</i>	<i>70%</i>	
	<i>WAO uitkering</i>	<i>8</i>	<i>6,7%</i>	<i>5,6%</i>	<i>10%</i>	
	<i>AOW</i>	<i>1</i>	<i>0,8%</i>	<i>1,1%</i>	<i>0%</i>	
	<i>Uitkering stadsbank</i>	<i>1</i>	<i>0,8%</i>	<i>1,1%</i>	<i>0%</i>	
	<i>Studiefinanciering</i>	<i>2</i>	<i>1,7%</i>	<i>1,1%</i>	<i>3,3%</i>	
	<i>Geen eigen inkomen</i>	<i>6</i>	<i>5%</i>	<i>3,3%</i>	<i>10%</i>	
	<i>onbekend</i>	<i>9</i>	<i>7,5%</i>	<i>10%</i>		
<i>Opleiding afgerond</i>	<i>Geen</i>	<i>27</i>	<i>22,5%</i>	<i>21,1%</i>	<i>26,6%</i>	<i>X²(6 N=120)=5.36, p= .49</i>
	<i>BUO/spec onderwijs</i>	<i>10</i>	<i>8,3%</i>	<i>8,8%</i>	<i>6,7%</i>	
	<i>LVO/LBO</i>	<i>44</i>	<i>36,6%</i>	<i>26,6%</i>	<i>40%</i>	
	<i>MVO/MBO</i>	<i>11</i>	<i>9,2%</i>	<i>11,1%</i>	<i>3,3%</i>	
	<i>Onbekend</i>	<i>28</i>	<i>23,3%</i>	<i>22,2%</i>	<i>23,3%</i>	
<i>Nationaliteit</i>	<i>Nederlandse</i>	<i>109</i>	<i>90, 8%</i>			
	<i>Turkse</i>	<i>7</i>	<i>5,8%</i>			
	<i>Latijns-Amerikaans</i>	<i>1</i>	<i>0,8%</i>			
	<i>Surinaams</i>	<i>1</i>	<i>0,8%</i>			
	<i>Onbekend</i>	<i>2</i>	<i>1,6%</i>			

9.2 Gegevens middelengebruik

De gegevens over middelengebruik zijn in tabel 2 weergegeven. Wanneer er een significant verschil is gevonden tussen mannen en vrouwen is dit in de tekst aangegeven.

De eerste problematiek is bij 62,5% van de personen alcohol tegenover 47% van de algemene populatie. Meer mannen dan vrouwen zijn probleemdrinkers, wat ook overeenkomt met nationale cijfers (NDM, 2009). Het gebruik van cannabis is gelijk met dat van de algemene populatie, dat van cocaïne ligt iets hoger, 15 % tegenover 11%. Er is over alle middelen geen significant verschil gevonden in gebruik tussen mannen en vrouwen $X^2(8, N=120)=12,3, p=.13$ De eerste problematiek duurt bij de meeste personen al meer dan 5 jaar en bij zeker de helft van de personen al meer dan 10 jaar. Hier is een verschil gevonden tussen mannen en vrouwen, waarbij mannen vaker meer dan 10 jaar gebruiken, $X^2(6, N=120)= 13,2, p= .039$. Dit is opvallend omdat de Bruijn (2005) stelt dat over het algemeen 74% van personen met de diagnose alcoholafhankelijk herstelt na een periode van 3 jaar. Volgens vandereycken (2008) is de mogelijke oorzaak hiervan dat mensen hun probleem ontkennen, omdat de huisarts het probleem niet heeft vastgesteld of omdat men geen vertrouwen heeft in de hulpverlening.

De frequentie van het gebruik is bij de meeste personen dagelijks. Hier is ook weer een verschil gevonden tussen mannen en vrouwen, waarbij mannen vaker dagelijks gebruiken, $X^2(6, N=120)= 20,7, p= .002$. De tweede problematiek is met name cannabis. De leeftijd van begin van het eerste gebruik is over alle middelen genomen 17 jaar. In de tabel staan per middel ook de gemiddelde leeftijd van eerste gebruik en de range van leeftijden die zijn gevonden in de dossiers. Er is een duidelijk verschil te zien tussen de leeftijden bij begin van het gebruik bij verschillende middelen. Cannabis wordt gevolgd door alcohol, cocaine en vervolgens heroïne.

Het blijkt dat het overgrote deel van de personen ook een rookverslaving heeft. Daarbij moet vermeld worden dat dit meegenomen wordt in de MATE vragenlijst, deze is slechts bij 56 personen ingevuld. Nicotinegebruik wordt niet standaard in de rest van het dossier opgenomen. Bij 12 personen was dit wel in het zorgplan opgenomen. Het aantal nicotinegebruikers kan dus nog hoger liggen.

Tabel 2

Gegevens middelengebruik bij mensen met een verstandelijke beperking bekend bij Tactus verslavingszorg Twente.

Vraag Checklist	Variabelen	N	%	% Man totaal (n=90) (n) %	% Vrouw totaal (n=30) (n)%	Verskil Man/Vrouw X ²
Personen (n=120)						
Eerste problematiek	Alcohol	75	62,5%	(60) 66,7%	(15) 50%	X ² (8,n=120)= 12,31, p= .138
	Cocaïne	15	12,5%	(7) 7,8%	(8) 26,7%	
	Cannabis	14	11,7%	(11)12,2%	(3) 10%	
	Methadon(heroïne)	10	8,3%	(8) 8,9%	(2) 6,7%	
	GHB	1	0,8%	(1) 1,1%		
	Speed	1	0,8%	(1) 1,1%		
	Anders	4	3,2%	(2) 2,2%	(2) 6,7%	
Duur eerste problematiek	0-2 jaar	8	6,7%	(6) 6,7%	(2) 6,7%	X ² (6, N=120)= 13,2, p= .039
	2-5 jaar	15	12,5 %	(7) 7,8%	(8) 26,7%	
	5-10 jaar	7	5,8%	(5) 5,6%	(2) 6,7%	
	10 jaar of meer	59	9,1%	(51) 56,7%	(8) 26,7%	
	20 jaar of meer	6	5%	(5) 5,7%	(1) 3,3%	
	Onbekend	25	20,8%	(16)17,7%	(9) 30%	
Frequentie gebruik eerste problematiek	Dagelijks	58	48,3%	(48)53,3%	(10) 33,3%	X ² (6, N=120)= 20,7, p= .002.
	Meermalen per week	11	9,1%	(6) 6,7%	(5) 16,7 %	
	Onregelmatig	18	15%	(13) 14,4%	(5) 16,7 %	
	Anders	3	2,5%	(2) 2,2%	(1) 3,3 %	
	Niet meer van toepassing	5	4,1%	(0)	(5) 16,7%	
Tweede problematiek	Onbekend	25	20,8%	(21) 23,3%	(4) 13,3%	X ² (6, n=120)= 4.05, p= .667
	Alcohol	11	9,1%	(7) 7,8%	(4) 13,3%	
	Cannabis	13	10,8%	(10) 11,1%	(3) 10 %	
	Cocaïne	6	5%	(6) 6,7%	(0)	
	Benzodiazepinen	5	4,1%	(3) 3,3%	(2) 6,7%	
	Gokken	2	1,6%	(2) 2,2%	(0)	
Nicotine gebruik	Niet van toepassing	28	23,3%	(21) 23,3%	(7) 23,3%	
	Onbekend	55	45,8%	(41) 45,6%	(14)46,7%	
	Ja	6		38	17	
	Nee	58		6	0	
	Onbekend			46	13	

Vraag Checklist	Variabele	Gemiddelde leeftijd M SD	Gemiddelde leeftijd man	Gemiddelde leeftijd vrouw
Leeftijd eerste gebruik	Totaal gemiddeld	(M=17, SD= 5,3)	(N=58, M=17,1 SD=5,3)	(N=18, M=18,3, SD=5,3)
	Alcohol	(M= 16, SD=3,8)		
	Cannabis	(M= 14,7 D=1,6)		
	Cocaïne	(M=20,3 D=6,0)		
	Heroïne /Methadon	(M=23 SD= 1,6)		

9.3 Biologische factoren

Bij biologische factoren hebben we gekeken naar de diagnose op AS I en AS III van de DSM-IV, gebruik van ouders en de manier waarop middelen de fysieke en mentale gesteldheid van de persoon beïnvloeden. Een aantal gegevens zijn weergegeven in tabel 3. Er is geen significant verschil gevonden tussen mannen en vrouwen op de diagnose op ASI $X^2(8, N=120)=6,53, p=.60$. Bij de diagnose op AS III van de DSM is bij het overgrote deel van de dossiers aangegeven dat er geen relevante diagnose is. Bij 10 personen is wel een diagnose aangegeven in het dossier. Hier ging het twee keer om overgewicht en daarnaast om: reuma, maagklachten, hartklachten, copd, gehad hebben van een cva, diabetes en acute alcohol hepatitis. Op de vraag hoe de middelen de fysieke en mentale gesteldheid van een persoon beïnvloeden is niet altijd een antwoord te geven. Over de hiervoor genoemde lichamelijke problemen kan met uitzondering van het laatste geval niet met zekerheid gezegd worden dat zij veroorzaakt zijn door het middelengebruik. Van 5 personen is uit het dossier duidelijk naar voren gekomen dat zij ernstige lichamelijke klachten ondervinden als gevolg van het middelengebruik. Van 3 personen is bekend dat zij ten tijde van de analyse van de dossiers inmiddels zijn overleden, hoogstwaarschijnlijk ten gevolge van het middelengebruik omdat de gerelateerde lichamelijke ziekte door artsen aan het middelengebruik werd toegeschreven. Gebruik bij ouders en/of familie is 12 keer uit de dossiers naar voren gekomen. Hierbij werd 6 keer gebruik in de familie vermeld, 2 keer gebruik door de vader, 2 keer gebruik door de moeder en 2 keer gebruik door beide ouders. Welke middelen deze ouders en/of familie gebruiken of hebben gebruikt werd niet vermeld.

Tabel 3

Gegevens Biologische kernmerken bij mensen met een verstandelijke beperking bekend bij Tactus verslavingszorg Twente

Vraag Checklist	Variabelen	Percentage Totaal		Percentage man (n=90)		Percentage Vrouw(n=30)		Verschil man /vrouw X ²
		(N)	%	(N)	%	(N)	%	
Diagnose ASI DSM-IV	Alcoholafhankelijk	(70)	58,3%	(54)	60%	(16)	53,3%	X ² (8, N=120)=6,53, p=.60
	Cannabisafhankelijk	(15)	12,5%	(12)	13,3%	(3)	10%	
	Cocaïne afhankelijk	(15)	12,5%	(8)	8,8%	(7)	23,3%	
	Opiaat afhankelijk	(8)	6,7%	(6)	6,7%	(2)	6,7%	
	Alcohol en meerdere andere middelen	(6)	5%	(5)	5,5%	(1)	3,3%	
	Alcohol en cannabis	(2)	1,6%	(2)	2,2%	(0)		
	Alcohol en cocaïne	(1)	0,8%	(1)	1,1%	(0)		
	anders	(3)	2,5%	(1)	1,1%	(2)	6,7%	
Gebruik ouders/familie	Gebruik in de familie	(n=6)	5%					
	Gebruik vader	(n=2)	1,6%					
	Gebruik moeder	(n=2)	1,6%					
	Gebruik beide ouders	(n=2)	1,6%					

9.4 Psychische factoren

Van mensen met een verstandelijke beperking is bekend dat er vaker andere psychische aandoeningen aan de orde zijn. In de dossiers is gevonden dat 50 personen duidelijke kenmerken vertonen van bepaalde verschillende psychische aandoeningen. Vaak is deze diagnose gesteld door Mediant. Opvallend is dat met name ADHD vaak voorkomt wat ook door literatuur over de doelgroep ondersteund wordt. Bij niet alle personen is de diagnose adhd met zekerheid vastgesteld maar bestaat er wel een groot vermoeden. De gegevens over (sociaal) psychische factoren zijn verwerkt in tabel 4. IQ scores en GAF scores staan in tabel 5, waarbij ook het aantal personen is aangegeven waarbij de scores bekend zijn. Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen mannen en vrouwen .

Tabel 4

Psychische kenmerken bij mensen met een verstandelijke beperking beken bij Tactus verslavingszorg.

Vraag Checklist	Variabelen	Personen (n=120)		Mannen (n=90)	Vrouwen (n=30)	Significantie verschil man/vrouw X ²
		(N)	%	(N)%	(N)%	
Diagnose ASII DSM-IV	Lichte zwakzinnigheid	(6)	5%	(2) 2,2%	(4) 13,3%	X ² (6, n=120)= 7,74, p= .26
	zwakbegaafdheid	(24)	20%	(16) 17,8%	(8) 26,6%	
	Geen diagnose	(29)	24,1%	(23) 25,5%	(6) 20%	
	Diagnose uitgesteld	(58)	48,3	(45) 50 %	(13) 43,3%	
	Stoornis NAO	(3)	2,5%	(3) 3,3%	(0)	
Ooit psychische behandeling gehad	Ja	(41)	34,1%	(26) 28,9%	(15) 50%	X ² (2,n=120)= 5.11. p=.07
	Nee	(29)	24,1%	(25) 27,8%	(4) 13,3%	
	Onbekend	(50)	41,6%	(39) 43,3%	(11) 36,6%	
Bekend met psychische aandoening	ADHD	(15)	12,5%	(13) 14,4%	(2) 6,7%	
	PTSS	(7)	5,8 %	(6) 6,7%	(1) 3,3%	
	Borderline	(7)	5,8%	(2) 2,2%	(5) 16,7%	
	Depressie	(3)	2,5%	(2) 2,2%	(1) 3,3%	
	Antisociale persoonlijkheidsst.	(3)	2,5%	(3) 3,3%	(0)	
	aanpassingsstoornis	(2)	1,6%			
	Schizofrenie	(2)	1,6%			
	PDD- NOS	(2)	1,6%			
	Korsakov syndroom	(2)	1,6%			
	psychotische trekken	(2)	1,6%			
	syndroom Asperger	(1)	0,8%			
	Dementie syndroom	(1)	0,8%			
	Autisme spectrum stoorn.	(1)	0,8%			
	schizotypische stoorn.	(1)	0,8%			
	ontwijkende pers. stoornis	(1)	0,8%			
	Geen psychische aandoening bekend	(70)	58,3%			

Tabel 5 IQ score en GAF score bij personen met een verstandelijke beperking bekend bij Tactus

Vraag Checklist	Aantal personen N	Gemiddelde score totaal	Gemiddelde score man	Gemiddelde score vrouw
IQ score	34	(M=69,5, SD=8,8,)	(M=69,4, SD=8,9, N=25)	(M=69,9, SD=8,9, N=9)
IQ score WAIS-III	5	(M=76,4, SD=2)		
TIQ	5	(M= 77,2, SD=1,9)		
PIQ	5	(M= 77,2, SD=2)		
VIQ				
Meest recente GAFscore	90	(M=53, SD=8,5)	(M=52,9, SD=8,4,N=69)	(M=53,8 SD=9,N=21)
GAF score bij intake	68	(M=47,6, D=7,7)	(M=47,7, SD=8,1,N=54)	(M=47,2,SD=6,5,N=14)

Van de meeste IQ scores is niet bekend welke test hierbij is gebruikt. De scores lijken voor mannen en vrouwen gelijk te zijn met een gemiddelde van 69,5.

De gemiddelde GAF score bij intake is 47,6 en de meest recente GAF score is gemiddeld 53.

Bij de intake vragenlijst 'de MATE' worden verschillende vragen gesteld over sociale contacten en of men om kan gaan met stress. Deze gegevens zijn in een aparte tabel, tabel 6, weergegeven. Omdat de MATE is afgenomen bij 56 personen, iets minder dan de helft van het totaal is niet gekeken naar verschillen tussen mannen en vrouwen bij deze onderwerpen. Ongeveer 50% van de personen geeft aan moeite te hebben met contacten in het algemeen, moeilijkheden te hebben met intieme relaties en moeite te hebben met het maken en behouden van vrienden. Zeker 70% geeft in matige tot ernstige mate aan moeite te hebben met het omgaan met stress. Gezien de lage aantallen is niet met een statistische analyse bekeken of er verschillen zijn tussen mannen en vrouwen. Op het gebied van tijdsindeling en vrije tijd geeft meer dan de helft aan moeite te hebben met een dagritme en het plannen van activiteiten. Ook heeft 70% moeite met het invullen van zijn/haar vrije tijd of het zoeken van ontspanning.

Tabel 6

Gegevens over psychische kenmerken aan de hand van een aantal vragen uit de MATE intakevragenlijst van personen met een verstandelijke beperking bekend bij Tactus.

Vraag checklist	Variabelen	totaal(n=56) (n) %	totaal Mannen(n=40) (n) %	totaal Vrouwen(n=16) (n) %
<i>Moeilijkheden met contacten in het algemeen</i>	<i>geen</i>	<i>Aantal personen: n=56</i> <i>(28) 50%</i>	<i>(23)57,5%</i>	<i>(5)31,2%</i>
	<i>licht</i>	<i>(5)8,9%</i>	<i>(2)5%</i>	<i>(3)18,7%</i>
	<i>matig</i>	<i>(13)23,2%</i>	<i>(11)27,5%</i>	<i>(2)12,5%</i>
	<i>ernstig</i>	<i>(10)17,8%</i>	<i>(5)12,5%</i>	<i>(5)31,2%</i>
<i>Moeite met het maken /behouden van vrienden</i>	<i>Ja</i>	<i>(21)37,5%</i>	<i>(13)32,5%</i>	<i>(8) 50%</i>
	<i>Nee</i>	<i>(35)62,5%</i>	<i>(27)67,5%</i>	<i>(8) 50%</i>
<i>Moeilijkheden met intieme relaties</i>	<i>geen</i>	<i>(29)51,8%</i>	<i>(25)62,5%</i>	<i>(4) 25%</i>
	<i>licht</i>	<i>(7) 12,5%</i>	<i>(4)10%</i>	<i>(3)18,7%</i>
	<i>matig</i>	<i>(10) 17,8%</i>	<i>(6)15%</i>	<i>(4) 25%</i>
	<i>ernstig</i>	<i>(6)10,7%</i>	<i>(3)7,5%</i>	<i>(3)18,7%</i>
<i>Moeite omgaan met stress</i>	<i>volledig</i>	<i>(5)8,9%</i>	<i>(3) 7,5%</i>	<i>(2)16,6%</i>
	<i>geen</i>	<i>(10)17,8%</i>	<i>(9)22,5%</i>	<i>(1) 6,3%</i>
	<i>licht</i>	<i>(7) 12,5%</i>	<i>(6)15%</i>	<i>(1) 6,2%</i>
	<i>matig</i>	<i>(11)19,6%</i>	<i>(10)25%</i>	<i>(1) 6,2%</i>
<i>Moeite met dagritme plannen activiteiten</i>	<i>ernstig</i>	<i>(25)44,6%</i>	<i>(16)40%</i>	<i>(9) 56%</i>
	<i>volledig</i>	<i>(7)12,5%</i>	<i>(4)10%</i>	<i>(3)18,7%</i>
	<i>geen</i>	<i>(23)41%</i>	<i>(19) 47,5%</i>	<i>(4)25%</i>
	<i>licht – matig</i>	<i>(22)40%</i>	<i>(15) 37,5%</i>	<i>(7) 43,8%</i>
<i>Moeite met invullen vrije tijd / ontspanning zoeken</i>	<i>ernstig- volledig</i>	<i>(11)19%</i>	<i>(6) 15%</i>	<i>(5) 31.2%</i>
	<i>Ja</i>	<i>(40)71,4%</i>	<i>(31)77,5%</i>	<i>(10)62,5 %</i>
	<i>Nee</i>	<i>(16) 28,6%</i>	<i>(10)22,5%</i>	<i>(6) 37,5%</i>

9.5 Sociale factoren

Een groot aantal variabelen valt onder de sociale factoren. Er is gekeken naar de diagnose op as IV van de DSM-IV, leefsituatie, woonsituatie, gezinssituatie en belangrijkste bezigheden. De problemen die naar voren komen op AS-IV van de DSM-IV zijn problemen met de sociale omgeving, problemen binnen de primaire steungroep, werkproblemen, woonproblemen en financiële problemen. Deze diagnoses zijn weergegeven in tabel 7. Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen mannen en vrouwen voor deze problemen. Opvallend is dat bij een groot aantal personen problemen met de sociale omgeving wordt vermeld. Op welke manier deze problemen tot uiting komen is niet duidelijk. Bij 47 personen is in de dossiers vermeld dat er problemen zijn binnen de primaire steungroep. 46% van de personen is wel eens in aanraking met politie / justitie geweest. Op welke manier komt bij de cliëntgegevens niet naar voren.

Tabel 7

Diagnose As IV van de DSM-IV bij mensen met een verstandelijke beperking bekend bij Tactus.

Vraag Checklist	Variabelen	Totaal(n=120)		Totaal man n=90		Totaal vrouw n=30		Significantie verschil man/vrouw χ^2
		(n)	%	(n)	%	(n)	%	
<i>Personen n=120</i>								
<i>Problemen sociale omgeving</i>	<i>Ja</i>	(61)	50,8%	(48)	53,5%	(13)	43,3%	$\chi^2(2, n=120)=1,35$ $p=.50$
	<i>Nee, niet vermeld bij de diagnose</i>	(59)	49,2%	(42)	47,5%	(17)	56,7%	
<i>Problemen binnen primaire steungroep</i>	<i>Ja</i>	(47)	39,1%	(39)	43,3%	(8)	26,6%	$\chi^2(1, n=120)=2,62$, $p=.13$
	<i>Nee niet vermeld bij de diagnose</i>	(73)	60,9%	(51)	56,6%	(22)	73,3%	
<i>Woonproblemen</i>	<i>Ja</i>	(32)	26,6%	(25)	27,8%	(7)	23,3%	$\chi^2(2, n=120)=1,35$, $p=.50$
	<i>Nee niet vermeld bij de diagnose</i>	(88)	73,3%	(65)	72,2%	(23)	76,6%	
<i>Werkproblemen</i>	<i>Ja</i>	(45)	37,5%	(35)	38,9%	(10)	33,3%	$\chi^2(2, n=120)=0,68$ $p=.71$
	<i>Nee, niet vermeld bij de diagnose</i>	(75)	62,5%	(55)	61,1%	(20)	66,7%	
<i>Financiële problemen</i>	<i>Ja</i>	(46)	38,3%	(39)	43,3%	(7)	23,3%	$\chi^2(1, n=120)=2,62$, $p=.13$
	<i>Nee, niet vermeld bij de diagnose</i>	(74)	61,6%	(51)	56,6%	(23)	76,6%	
<i>Ooit in aanraking geweest met politie/justitie</i>	<i>Ja</i>	(55)	45,8%	(44)	48,9%	(11)	36,7%	$\chi^2(2, n=120)=3,1$, $p=.21$
	<i>Nee</i>	(17)	14,1%	(10)	11,1%	(7)	23,3%	
	<i>Onbekend</i>	(49)	40,8%	(36)	40%	(12)	40%	

Gegevens over de leefsituatie zijn in tabel 8 op pagina 31. vermeld. Het grootste deel van de personen is alleenstaand en ongeveer de helft van de personen heeft een eigen huis. 18 personen wonen binnen een instelling. 5 personen ontvangen opvang maar onduidelijk is of het hier om tijdelijke of definitieve opvang gaat. Bij 19 personen is ooit sprake geweest van gebrek aan huisvesting of onderdak. Van 52 personen is bekend dat zij kinderen hebben. Van 34 personen wordt duidelijk vermeld dat er een partner aanwezig is in het leven van de persoon. Bij 9 van deze partners is met zekerheid ook een verstandelijke beperking geconstateerd. 34 personen werken in de vorm van betaald werk, vrijwilligers werk of betaald begeleid werk. Het gaat hier om een derde van de mannen en zo'n 10% van de vrouwen.

Bij het kijken naar personen met een positieve invloed op de persoon komen het vaakst de primaire steungroep naar voren; ouders en/of broers en zussen, daarna vrienden en begeleiders van Aveleijn of andere hulpverleners van een hulpverleningsinstantie.

Bij personen met een negatieve invloed worden het vaakst vrienden en/of kennissen genoemd die ook gebruiken en medegebruikers die men tegenkomt in bijvoorbeeld de kroeg of die bijvoorbeeld in hetzelfde huis wonen. Over de laatste twee vragen horende bij psychische factoren, met wie wordt gebruikt en waar wordt gebruikt is weinig tot geen informatie in de dossiers te vinden. Acht keer is aangegeven dat men alleen thuis gebruikt, twaalf keer werd vermeld dat men vooral met vrienden gebruikt.

Tabel 8

Sociale situatie bij mensen met een verstandelijke beperking bekend bij Tactus verslavingszorg.

Vraag Checklist	Variabelen	Totaal (n=120)		Totaal man n=90		Totaal vrouw n=30		Significantie verschil man/vrouw X ²
		(N)	%	(n)	%	(n)	%	
Leefsituatie	<i>alleenstaand</i>	59	49,1%	48	53,3%	11	36,6%	$X^2 (10, n=120)=25.55$ $p=.004$
	<i>met partner zonder kinderen</i>	16	13,3%	9	10%	7	23,3%	
	<i>met partner met kinderen</i>	8	6,7%	3	3,3%	5	16,7%	
	<i>meeroudergezin</i>	7	5,8%	6	6,6%	1	3,3%	
	<i>bij een v/d ouders</i>	4	3,3%	4	4,4%	0		
	<i>alleenstaand met kinderen</i>	5	4,1%	1	1,1%	5	16,7%	
	<i>opvang anders</i>	13	10,8%	10	8,3%	3	10%	
	<i>onbekend</i>	8	6,7%	9	10%	0		
Woonsituatie	<i>Eigen huis huur/kp</i>	57	47,5%	40	44,4%	7	23,3%	$X^2 (8, n=120)= 5,3$ $p=.72$
	<i>ouderlijk huis</i>	10	8,3%	9	10%	1	3,3%	
	<i>Gehandicaptenzorg</i>	7	5,8%	6	6,6%	1	3,3%	
	<i>Begeleid wonen</i>	11	9,1%	7	7,8%	4	13,3%	
	<i>dak/thuislozen/nacht opvang</i>	5	4,2%	4	4,4%	1	3,3%	
	<i>op kamers</i>	9	7,5%	7	7,8%	2	6,7%	
	<i>bij familie / kennissen</i>	3	2,5%	2	2,2%	1	3,3%	
	<i>anders</i>	12	5%	9	10%	3	10%	
<i>onbekend</i>	6	10%	6	6,6%	0			
Sprake van een partner	<i>Ja</i>	25	20,8%					
	<i>Ja en deze partner heeft LVG</i>	9	7,5%					
	<i>Onbekend</i>	86	71,6%					
Heeft de persoon kinderen	<i>Ja</i>	52	43,4%	33	36,7%	19	63,3%	
	<i>Nee of</i>	68	56,6%	57	63,3%	11	36,7%	
	<i>Onbekend</i>							
Belangrijkste dagelijkse bezigheden	<i>Betaald werk</i>	23	19,1%	21	23,3%	2	6,7%	$X^2 (7, n=120)= 22,7$, $p=.003$
	<i>Huishouding</i>	23	19,1%	11	12,2%	12	40%	
	<i>vrijwilligerswerk</i>	6	5%	4	4,4%	2	6,7%	
	<i>begeleid werk</i>	5	4,1%	5	5,5%	0		
	<i>studeren/stage</i>	4	3,3%	1	1,1%	3	10%	
	<i>anders</i>	20	16,7%	17	18,9%	3	10%	
	<i>geringe dagbesteding</i>	2	1,6%	1	1,1%	1	3,3%	
	<i>onbekend</i>	37	30,8%	30	10%	7	23,3%	

9.6 Behandeling

Op het moment van analyse van de dossiers is 82 % van de lijst met cliënten nog in behandeling. In tabel 9 zijn de resultaten voor de vragen over behandeling en resultaat weergegeven. In tabel 9.1 staan variabelen die handmatig zijn gescoord. Wanneer personen niet meer in behandeling zijn is dit in de meeste gevallen door wederzijds overleg gebeurd doordat de persoon geen hulpvraag meer heeft. In sommige gevallen is het dossier afgesloten bij een lange tijd geen gehoor vanuit de kant van de cliënt en in een aantal gevallen omdat de cliënt is overleden. Het eerste contact met Tactus is voor de meeste personen meer dan 5 jaar geleden. De meeste personen hebben in totaal 1 inschrijving gehad. Tussen deze inschrijvingen zit soms een lange periode maar soms ook maar een paar weken. De zorgvraag is over het algemeen stoppen met het gebruik van het middel waar men aan verslaafd is of het leren van matigen van gebruik. Vaak hebben de personen een zorgvraag op meerdere levensgebieden. Tactus biedt hier vaak ook hulp bij of personen hebben contact met een of meerdere andere hulpverleningsinstanties. Voor de personen uit het dossieronderzoek is dit met name AvelijnSDT gehandicaptenzorg (13%), MEE Twente (10,7%), Mediant (8,2%) en daarnaast in zeker meer dan vijf gevallen, de huisarts, stichting JP van de Bent, Humanitas en RIBW. 43 personen zijn al in behandeling bij gehandicaptenzorg. Bij 22 personen kwam een zorgvraag naar voren op een ander gebied dan middelengebruik.

De zorgvraag die mensen hebben naast het middelengebruik is met name: hulp met financiën, hulp met zelfstandig wonen, juist beschermd willen wonen, hulp met het vinden van dagbesteding en om kunnen gaan met psychische problemen. Bij verschillende personen is er vanuit de persoon zelf geen zorgvraag m.b.t middelengebruik. Vaak wil men niet stoppen of alleen minderen en in sommige gevallen wil men helemaal geen hulp. Het zorgniveau dat is vastgesteld komt niet altijd duidelijk uit de dossiers naar voren. Bij de dossiers waar dit wel is vermeld is er in de meeste gevallen sprake van zorgniveau 3. De zorg en behandeling die een persoon ontvangt is per persoon en per zorgniveau verschillend. Binnen Tactus bestaan er verschillende behandelmethoden en modules. De modules en behandelingen die het meest naar voren komen bij deze groep zijn module 18 gericht op abstinente van middelen, casemanagement, medische module, bemoeizorg, ambulante detox, vinger aan de pols contact, en praktische ondersteuning. Bij zeven gevallen is de hulp vooral gericht op het stabiel houden van de situatie van de persoon. Bij zeker vijf personen werd er op het moment van analyse toegewerkt naar begeleid wonen. Cliënten krijgen vaak een combinatie van verschillende behandelingen. Bij verschillende personen zoals die mensen die onder bemoeizorg vallen en zorgmijders is vaak geen behandeling ingevuld in de dossiers. De resultaten van de verschillende behandelingen zijn bekeken aan de hand van de samenvattingen van de verschillende contacten en het zorgplan. Uit deze contacten komt niet altijd duidelijk naar voren of en hoeveel een persoon nog

gebruikt. Bij veel mensen lijkt door het contact met Tactus het gebruik wel te zijn afgenomen maar zijn er vaak terugvallen. Het aantal personen waarbij met zekerheid gezegd kan worden dat deze gestopt zijn met gebruik is 15. 5 cliënten zijn uitgeschreven waarbij het onbekend is of zij nog gebruiken. Van drie personen is bekend dat zij inmiddels zijn overleden.

Tabel 9

Behandeling en resultaat bij mensen met een verstandelijke beperking bekend bij Tactus

Vraag Checklist	Variabelen	N	%	(N)%van man tot(n=90)	(N)%van vrouw tot (n=30)	Signif. man/vrouw X ²
<i>In behandeling</i>	<i>Dossiers</i>		<i>n=120</i>			
	Ja	99	82%	(75)83,3%	(24)80%	$X^2(1,n=120)=$ 0,17, $p= .78$
Nee	21	18%	(15)16,7%	(6)20%		
<i>Eerste contact met Tactus</i>	0-1 Jaar geleden	5	4,1%	(3)3,3%	(2)40%	$X^2(3,n=120)=$ 2,37, $p=.49$
	1-3 jaar	34	28,3%	(24)26,7%	(10)30%	
	3-5 jaar	23	19,1%	(20)22,8%	(3)13%	
	meer dan 5 jaar	58	48,3%	(43)47,8%	(15)50%	
<i>Aantal inschrijvingen</i>	1 inschrijving	63	53%	(46)51,1%	(17)56,7%	$X^2(3,n=120)$ $= 1,46, p=.69$
	2 inschrijvingen	38	31%	(31)34,3%	%	
	3 inschrijvingen	13	11%	(9)10%	(7)23,3%	
	4 inschrijvingen	6	5%	(4)4,4%	(2)6,7%	
<i>Zorgvraag gebruik</i>	stoppen gebruik alcohol	41	34,1%	(31)34,4%	(10)33,3%	$X^2(10,n=120)$ $= 8,0 p=.62$
	stoppen gebruik anc middelen	22	18,3%	(15)16,7%	(7)23,3%	
	terugval voorkom leren matigen	7	5,8%	(5)5,5%	(2)6,7%	
	geen zorgvraag	20	16,7%	(14) 15,5%	(6)20%	
	anders	12	10%	(11) 12,2%	(1)3,3%	
	onbekend	11	9,1%	(7)7,8%	(4)13,3%	
		7	5,8%	(7)7,8%	(0)0%	
<i>Zorgniveau</i>	niveau 1	5	4,2%	(4)4,4%	(1)3,3%	$X^2(4,n=120)=$ 1,67, $p= .79$
	niveau 2	11	9,1%	(6)6,7%	(5)16,7%	
	niveau 3	21	17,5%	(14)15,5%	(7)23,3%	
	niveau 4	8	6,7%	(7)7,8%	(1)3,3%	
	onbekend	75	62,5%	(59)65,5%	(16)53,3%	

Tabel 9.1
Bekendheid bij andere instanties en resultaat

Vraag Checklist	variabelen	N	% Totaal	
<i>Andere instanties</i>	<i>Aveleijn</i>	20	16.7%	
	<i>Aveleijn en MEE</i>	5	4,1%	
	<i>MEE- Twente</i>	12	10%	
	<i>Jp. Vd bent</i>	6	5%	
	<i>RIBW</i>	9	7.4%	
	<i>Humanitas</i>	3	5.4%	
	<i>Mediant</i>	10	8,3%	
	<i>Leger des Heils</i>	2	1,6%	
	<i>Logos</i>	1	0,8%	
	<i>Adhesie</i>	1	0,8%	
	<i>Geen duidelijke andere contactinstantie</i>	53	44,1%	
	<i>Resultaat tot nu toe</i>	<i>Met zekerheid gestopt</i>	15	12.5%
		<i>Gebruik sterk afgenomen</i>	30	25%
<i>Gebruikt nog steeds</i>		34	28,3%	
<i>Uitgeschreven</i>		5	4,2%	
<i>gebruik onbekend</i>		8		
<i>Gebruik in wisselende mate</i>		2	6.7%	
<i>persoon overleden</i>		3	2,5%	
<i>Gebruik onbekend</i>		23	22,5%	

9.7 Redenen voor gebruik

De redenen voor gebruik worden in de dossiers niet altijd vermeld. Wanneer van een persoon wel redenen bekend zijn, zijn deze voornamelijk beschreven in het zorgplan. De vragen ‘welke redenen voor gebruik geeft een persoon zelf aan’ en ‘welke belemmeringen om te stoppen geeft een persoon aan’ zijn bij 40 dossiers beantwoord. Uit deze analyse komen een groot aantal verschillende redenen voor gebruik naar voren. De redenen zijn ingedeeld in verschillende hoofdthema’s en in tabel 10 en 11 samengevat. Door eenzelfde persoon worden vaak meerdere redenen genoemd om te gebruiken. Weinig dagbesteding, verveling en eenzaamheid kwamen vaak samen voor maar ook spanning en zich alleen voelen en ontspanning en gezelligheid. Ook afstand van de maatschappij zoals Taggart vond in zijn onderzoek is uit de dossiers naar voren gekomen.

Tabel 10

Redenen voor gebruik bij mensen met een verstandelijke beperking bekend bij Tactus

Verslavingszorg

Redenen voor gebruik	aantal
Geen dagbesteding / verveling / geen werk	14
Spanning / stress	12
emoties / angst / verdriet	11
nare gedachten / boosheid / frustratie	10
eenzaamheid / alleen voelen	8
invloed van vrienden	7
ontspanning	7
onzekerheid/ laag zelfbeeld	4
gezelligheid	4

Tabel 11

Belemmeringen om te stoppen die cliënten met een Verstandelijke beperking zelf aangeven bekend bij Tactus verslavingszorg

Belemmering om te stoppen	Aantal
Problemen / gebeurtenissen willen vergeten	6
Moeite met nee zeggen	5
Gebrek aan steun	3
Veranderingen van omgeving	3
Ontwenningverschijnselen	1

De vraag of er bepaalde thema's bekend zijn bij begin van het gebruik is maar bij een aantal dossiers te beantwoorden. Bij een aantal dossiers komen verlieservaringen naar voren als duidelijke reden voor begin van het gebruik, toename van het gebruik of opnieuw gaan gebruiken. Het gaat dan vaak om het overlijden van naasten of een verbroken relatie. Uit de analyse van alle dossiers komt nog bij 6 personen naar voren dat zij mishandeling en/of misbruik hebben meegemaakt en 3 personen hebben ooit een zeer traumatische ervaring gehad. Dit zou bij deze personen mogelijk van invloed kunnen zijn op het middelengebruik.

9.8 Overige vragen open vragenlijst

De meeste vragen uit de lijst met open vragen zijn in de voorgaande paragrafen al beantwoord. Op de vraag welke knelpunten er bestaan bij samenwerking tussen instellingen is op basis van de dossiers geen antwoord te geven. Ook of er sprake is van bepaalde gedragingen wanneer de persoon onder invloed is niet duidelijk op te maken uit de dossiers. Wel komt er bij een aantal personen agressie en bij een aantal personen suicidale gedachten naar voren (16) maar onbekend is of dit te maken heeft met het middelengebruik of andere persoonlijkheidsproblematiek.

10. Profiel 15 -35 en 35 jaar en ouder

In totaal zijn er 41 personen onder de 35 jaar en 79 personen 35 jaar of ouder. Zie tabel 12. Er is een verschil gevonden in leefsituatie, woonsituatie, middelengebruik en duur van middelengebruik en belangrijkste dagelijkse bezigheden. Leef en woonsituatie zijn waarschijnlijk uit te leggen doordat bij de jongere groep een groot deel nog in het ouderlijk huis woont. Ook verschil in duur van het middelengebruik is uit te leggen door het verschil in leeftijd. Op het gebied van middelengebruik heeft de jongere groep in 31% van de gevallen een probleem met alcohol tegenover 78% van de oudere groep.

Cannabis wordt in de jongere groep door 30% gebruikt en in de oudere groep door slechts 2,4 %.

Er is geen verschil gevonden in het ooit hebben gehad van een psychische behandeling, zie tabe 12.1.

Bij de jongere groep is wel vaker ADHD geconstateerd dan bij de oudere groep.

Tabel 12.
Een vergelijking van de leeftijdsgroepen tot 35 jaar en 35 jaar en ouder bij mensen met een verstandelijke beperking bekend bij Tactus verslavingszorg

Vraag Checklist	gegevens	Totaal (n=120)		Totaal jonger dan 35 n=41		Totaal 35 en ouder n=79		Significantie verschil leeftijdsgroepen X ²
		(N)	%	(n)	%	(n)	%	
Leefsituatie	<i>alleenstaand</i>	59	49,1%	16	39%	43	54,4%	X ² (10,n=120)= 22,3 , p= .013
	<i>met partner zonder kinderen</i>	16	13,3%	6	14,6%	10	12,6%	
	<i>met partner met kinderen</i>	8	6,7%	2	4,8%	6	7,5%	
	<i>meeroudergezin bij een v/d ouders</i>	7	5,8%	6	14,6%	1	1,2%	
	<i>alleenstaand met kinderen</i>	4	3,3%	2	4,8%	2	2,4%	
	<i>anders</i>	5	4,1%	1	2,4%	4	4,8%	
	<i>onbekend</i>	13	10,8%	5	12,%	8	9,6%	
		8	6,7%	3	7,3%	5	6,3%	
Woonsituatie	<i>Eigen huis huur/kp</i>	57	47,5%	14	34,1%	43	54,4%	X ² (8,n=120)= 23,11, p= .003
	<i>ouderlijk huis</i>	10	8,3%	8	19,5%	2	2,4%	
	<i>Gehandicaptenzorg</i>	7	5,8%	4	9,7,%	3	3,8%	
	<i>Begeleid wonen</i>	11	9,1%	5	12%	6	7,4%	
	<i>dak/thuislozen/nacht opvang</i>	5	4,2%	1	2,4%	4	4,8%	
	<i>op kamers</i>	9	7,5%	1	2,4%	8	9,6%	
	<i>bij familie / kennissen</i>	3	2,5%	3	7,3%	0		
	<i>anders</i>	12	10%	4	9,7%	8	9,6%	
	<i>onbekend</i>	6	5%	1	2,4%	5	6,3%	
Eerste problematiek	<i>Alcohol</i>	75	62,5%	13	31,7%	62	78%	p=.000
	<i>Cocaine</i>	15	12,5%	10	24,4%	5	6,3%	
	<i>Cannabis</i>	14	11,7%	12	29,3%	2	2,4%	
	<i>Methadon(heroïne)</i>	10	8,3%	3	7,3%	7	8,8%	
	<i>GHB</i>	1	0,8%	1	2,4%	0		
	<i>Speed</i>	1	0,8%	1	2,4%	0		
	<i>Anders</i>	4	3,2%	1	2,4%	0		
Duur eerste problematiek	<i>0-2 jaar</i>	8	6,7%	4	9,7%	4	4,8%	X ² (6, n=120) = 21,4 p= .002
	<i>2-5 jaar</i>	15	12,5%	10	24,4%	5	6,3%	
	<i>5-10 jaar</i>	7	5,8%	5	12%	2	2,4%	
	<i>10 jaar of meer</i>	59	9,1%	12	29,3%	47	59%	
	<i>20 jaar of meer</i>	6	5%	1	2,4%	5	6,3%	
	<i>Onbekend</i>	25	20,8%	9	21,9%	16	20,2%	
Belangrijkste dagelijkse bezigheden	<i>Betaald werk</i>	23	19,1%	10	24,4%	13	16,5%	X ² (7,n=120) = 25,8 p= .001
	<i>Huishouding</i>	23	19,1%	5	12%	18	22,8%	
	<i>vrijwilligerswerk</i>	6	5%	4	9,7%	2	2,4%	
	<i>begeleid werk</i>	5	4,1%	4	9,7%	1	1,2%	
	<i>studeren/stage</i>	4	3,3%	4	9,7%	0		
	<i>anders</i>	20	16,7%	3	7,3%	17	21,5%	
	<i>geringe dagbesteding</i>	2	1,6%	2	4,8%	0		
	<i>onbekend</i>	37	30,8%	8	9,6%	28	35,4%	

Tabel 12.1 Verschillen tussen twee leeftijdsgroepen op het gebied van psychische behandeling

Vraag Checklist	Variabelen	Totaal (n=120)		leeftijd tot 35		35 jaar en ouder		Significantie verschil man/vrouw χ^2
		(N)	%	(n)	%	(n)	%	
<i>ooit psychische behandeling</i>	Ja	(41)	34,1%	18	43,9%	23	29,1%	$X^2(2, n=120) = 3,2,$ $p = .201$
	Nee	(29)	24,1%	10	24,3%	19	24%	
	Onbekend	(50)	41,6%	13	31,7%	37	46,8%	
<i>Bekend met een psychische aandoening</i>	ADHD	(15)	12,5%	12	29,2%	3	3,8%	
	PTSS	(7)	5,8 %	2	4,8%	5	6,3%	
	Borderline	(7)	5,8%	2	4,8%	5	6,3%	
	Depressie	(3)	2,5%	0		3	3,8%	
	Antisociale persoonlijkheidsst.	(3)	2,5%	1	2,4%	2	2,5%	
	aanpassingsstoornis	(2)	1,6%	0		2	2,5%	
	Schizofrenie	(2)	1,6%	1	2,4%	1	1,2%	
	PDD- NOS	(2)	1,6%	2	4,8%	0		
	Korsakov syndroom	(2)	1,6%	0		2	2,5%	
	psychotische trekken	(2)	1,6%	0		2	2,5%	
	Dementie syndroom	(1)	0,8%	0		1	1,2%	
	Autisme spectrum stoorn.	(1)	0,8%	1	2,4%	0		
	schizotypische stoorn.	(1)	0,8%	0		1	1,2%	
	ontwijkende pers. stoornis	(1)	0,8%	0		1	1,2%	
	anders	(4)		2	4,8%	2	2,5%	
Geen psychische aandoening bekend	(69)	58,3%	18	43,9%	51	64,5%		

11. Conclusie

Geslacht en leeftijd van de onderzochte groep komen overeen met de gehele populatie personen dat in Twente bij Tactus in behandeling is. Bij de personen uit het onderzoek is het percentage dat gehuwd is iets lager en het percentage dat ongehuwd is iets hoger. De meeste personen hebben een opleiding op LBO niveau, 9 personen hadden een opleiding op MBO niveau. Zo'n 23 % heeft geen opleiding afgemaakt. Opvallend is dat bij een kwart van de personen opleidingsniveau niet bekend is. Voor de diagnose zwakbegaafd of LVG is het wel of niet hebben afgerond van een opleiding en opleidingsniveau echter wel een duidelijke aanwijzing.

Middelengebruik

62% (n=75) van de personen heeft een alcoholverslaving. Dit is 12 % meer dan de algemene populatie in Twente. Bij personen onder de 35 uit het dossieronderzoek is de diagnose bij 30% alcoholverslaving, bij 30% cannabisverslaving en bij 25% cocaïneverslaving. Dit ligt voor alcohol lager en voor cannabis en cocaïne beduidend hoger dan het gemiddelde. Gemiddeld over alle personen duurt het gebruik al meer dan 10 jaar. Dit duidt op langdurige problematiek. De frequentie van het gebruik is vooral bij mannen dagelijks. Uit literatuur komt naar voren dat een groot deel van personen dat te maken heeft met misbruik of afhankelijkheid van alcohol spontaan herstelt na een periode van 3 jaar misbruik of afhankelijkheid. (Vandereycken et al. 2008). Bij deze groep is dit duidelijk niet aan de orde, oorzaken hiervoor moeten verder onderzocht worden.

Biologisch

Bij de biologische factoren is op het gebied van erfelijkheid 12 keer aangegeven dat personen erfelijk belast zijn. Dit is 10% van het totaal. 5 personen uit het dossieronderzoek ondervinden ernstige lichamelijke problemen als gevolg van het middelengebruik. 3 personen zijn ten tijde van de analyse van de dossiers inmiddels overleden. Bij zeker twee personen heeft middelengebruik hier grote invloed op gehad. Er zijn verder geen kenmerken van de lichamelijke toestand gevonden die bij mensen met een verstandelijke beperking specifiek van invloed zouden kunnen zijn.

Psychisch

Opvallend is dat slechts bij 30 personen de diagnose zwakbegaafdheid of lichte zwakzinnigheid is gesteld. Dit geeft aan dat van veel mensen waarschijnlijk nooit door een officiële instantie getest zijn op hun IQ en hierdoor mogelijk niet altijd als zodanig herkend zijn. Bij de meeste personen is de diagnose uitgesteld, of dit zo is omdat er een vermoeden van een beperking bestaat is niet bekend. Van

50 personen uit het dossieronderzoek is bekend dat zij een psychische aandoening hebben. Er is hier geen verschil gevonden tussen mannen en vrouwen. Bij 12,5 % is dit ADHD. Of het hebben van ADHD verband houdt met het hebben van een verstandelijke beperking is tot dusver niet bekend. De IQ score is gemiddeld 69,5 wat onder de verdeling die is aangehouden net valt onder de grens van zwakbegaafdheid en staat voor een lichte verstandelijke beperking. De meest recente GAF score die bekend is, is gemiddeld 53. Dit staat voor matige problemen in het sociaal functioneren, op het werk, of op school. De vragen over sociaal functioneren, vrije tijd en stress laten zien dat veel mensen moeite hebben met het omgaan met stress en met het plannen van vrije tijd.

Sociaal

Bij sociale factoren komt naar voren dat de meeste personen alleenstaand zijn, mannen vaker dan vrouwen. Van 47% is duidelijk vermeld dat zij een eigen huis hebben. Bij de algemene populatie is dit 54%, wat iets hoger ligt.

Bij de diagnose op ASIV is het opvallend dat 45% wel eens in aanraking is geweest met politie of justitie. Het is niet bekend of het hier gaat om dader of slachtoffer dus met conclusies hierover moet men voorzichtig zijn. Bij de helft van de personen komen problemen met de sociale omgeving naar voren. Welke soort problemen dit zijn is niet bekend. Op het gebied van leefsituatie komt naar voren dat de meeste personen alleenstaand zijn, de meeste personen een eigen huis hebben en dat 43% kinderen heeft. Opvallend is dat slechts 23 personen een reguliere baan heeft waarvan 90% man is.

Behandeling

De meeste personen zijn al meer dan 5 jaar in contact met Tactus. 12,5% is inmiddels gestopt met het gebruik, bij 25% is het gebruik sterk afgenomen. De zorgvraag is met name stoppen van het gebruik van alcohol. Uit de dossiers komt naar voren dat personen vaak ook een zorgvraag op andere levensgebieden hebben. Vooral de vraag om hulp bij financiën, hulp bij wonen en vinden van dagbesteding komt duidelijk naar voren. De zorgvraag op deze gebieden wordt in de dossiers verder niet uitgebreid behandeld. Bekend is dat 43 personen al in behandeling zijn bij een instelling voor gehandicaptenzorg. In de dossiers staat weinig tot geen informatie over samenwerking met deze instellingen.

Redenen voor gebruik

Wanneer dit is aangegeven gaat het vooral om psychische spanningen en om verveling. Bij belemmering om te stoppen komt vooral het willen vergeten van problemen naar voren en geen nee kunnen zeggen. Bij een aantal dossiers worden kenmerken genoemd die mogelijk kunnen wijzen op

een lager intellect. Bij een aantal cliënten werd aangegeven dat zij moeite hadden om de aandacht bij het gesprek te houden. Drie Nederlandse cliënten hadden moeite met de Nederlandse taal. Vier cliënten geven aan snel de controle over een situatie te verliezen. Drie cliënten geven aan geheugen en concentratie problemen te hebben. Bij drie cliënten is vermeld dat men snel overvraagd is. Bij drie cliënten worden beperkte probleemoplossende vaardigheden genoemd. Deze factoren zijn we ook bij de analyse met behulp van de gesloten vragenlijst vaak tegen gekomen.

Verder is van 33 personen naar voren gekomen dat zij waren begonnen aan een (vervolg)opleiding maar deze niet hebben afgemaakt.

12. Discussie en aanbeveling

Dossieronderzoek biedt de mogelijkheid om kennis en informatie op detailniveau te verzamelen. Vaak wordt een dossieronderzoek, net als hier, uitgevoerd op een relatief beperkte groep. De aangewezen cliënten vormen hierbij een steekproef van de totale populatie van personen met een verstandelijke beperking en middelenproblematiek. Een nadeel van dossieronderzoek is dat gewerkt moet worden met de gegevens die beschikbaar zijn. Daarnaast zijn de factoren die worden bekeken en vragen die worden gesteld uiteindelijk allemaal uitgekozen door de onderzoeker. Het kan zijn dat verschillende variabelen door andere personen overbodig gevonden worden of dat zij juist variabelen missen. De lijst met open vragen heeft niet bij alle 40 dossiers het gewenste resultaat opgeleverd. Uiteindelijk zijn alleen de vragen over behandeling en middelengebruik meegenomen in de analyse.

Op het gebied van demografische gegevens is het bij opleidingsniveau van belang om deze bij alle personen duidelijk te vermelden. Zo krijgt men gelijk een beeld van het intellectueel niveau van de persoon. Wanneer een persoon bepaalde redenen aangeeft voor het niet afronden van een bepaalde opleiding, bijvoorbeeld omdat het te moeilijk bleek of men dingen slecht kon onthouden kan dit meegenomen worden in het zorgplan en bijdragen aan de effectiviteit van de behandeling die men zal ontvangen.

Bij middelengebruik is het opvallend dat de meeste personen alcohol gebruiken. Bij personen onder de 35 is er bij 30% sprake van een cannabisverslaving. Of dit grotere aantal dan het gemiddelde samenhangt met de leeftijd of met de beperking is niet bekend. Onderzoek laat zien dat cannabisgebruik onder jongeren in het speciaal onderwijs groter is dan bij jongeren in het regulier onderwijs. Of er specifiek ook meer gebruikt wordt door jongeren met een verstandelijke beperking moet verder onderzocht worden. Middelengebruik is geanalyseerd door vooral naar

verslavingsgegevens te kijken en naar de diagnose op ASI van de DSM-IV. De MATE intake vragenlijst is bij 56 personen ingevuld, deze vragenlijst geeft veel meer details over de het middelengebruik, zoals de hoeveelheid en het aantal jaren dat men gebruikt per middel. Om een beter beeld te krijgen van het precieze gebruik voor mensen met een verstandelijke beperking bij aanmelding is het daarom een aanbeveling om bij al deze personen waar een vermoeden van een verstandelijke beperking bestaat de MATE af te nemen.

De diagnose alcoholafhankelijkheid is bij 70 personen gesteld. Bij 75 personen komt alcohol echter als eerste problematiek naar voren. Dit kan komen doordat personen inmiddels niet meer vallen onder de diagnose alcoholafhankelijk of omdat alcohol eerst een tweede problematiek was, wat vaak gezien wordt bij cocaïneafhankelijkheid, en nu eerste problematiek is geworden. Over de lichamelijke toestand is bij het dossieronderzoek weinig naar voren gekomen. Over het algemeen is namelijk bekend dat mensen met een verstandelijke beperking vaker lichamelijke klachten hebben als epilepsie, zintuigelijke stoornissen of motorische stoornissen. Bij Tactus verslavingszorg zou hier meer aandacht aan besteed kunnen worden om ze te zien of bij de populatie bekend bij Tactus ook meer van deze stoornissen voorkomen en dit dus een herkenningspunt kan zijn.

De psychische aandoeningen die benoemd zijn, zijn met de hand gescoord. Hierdoor is er geen verschil tussen mannen en vrouwen berekend. Bij 39 personen is er in de dossiers een IQ score naar voren gekomen. Dit is opvallend omdat 43 personen bekend zijn bij een instantie voor gehandicaptenzorg. Het kan zijn dat er bij een groter aantal personen IQ scores bekend zijn maar dat deze niet zijn meegenomen in de algemene gegevens over een persoon. Een aanbeveling is om deze scores wel in bijvoorbeeld het zorgplan mee te nemen. Bij de IQ scores is ook te zien dat er niet altijd bekend is welke test hier is gebruikt. Dit werd niet expliciet in de dossiers vernoemd. Dit kan echter wel van belang zijn wanneer bij een grote groep mensen beslissingen over bijvoorbeeld behandeling gemaakt worden op basis van het IQ. In de toekomst is het daarom een aanbeveling om bij de score in de dossiers ook gegevens over de test en jaar van afname mee te nemen. De GAF scores geven een globale beoordeling van het functioneren maar blijken wel vaak aan te geven dat personen met een verstandelijke beperking matig functioneren op gebied van werk of school wat een goede beoordeling is van de praktijk zoals deze naar voren komt uit de dossiers. GAF score zou daarom in de toekomst meegenomen kunnen worden in een checklist voor het aanwezig zijn van een beperking.

De personen waarbij de MATE is ingevuld geven aan moeite met stress te hebben en moeite met het plannen van hun activiteiten. Wanneer bij alle personen de MATE ingevuld zou zijn zou bekeken

kunnen worden of dit voor alle personen met een verstandelijke beperking geldt en of er geen bias bestaat in het wel of niet invullen van de MATE.

Het aantal personen dat een eigen huis heeft ligt bijna 20% lager dan het aantal dat bekend is bij de algemene populatie. Dit kan dus mogelijk een aanwijzing zijn

Van alle personen is bij slechts 23 personen aangegeven dat men een reguliere baan heeft. De redenen voor het niet hebben van een reguliere baan wordt in de dossiers niet vermeld. Er is een grote kans dat de verstandelijke beperking een rol speelt en doorvragen over dit onderwerp geeft mogelijk aanwijzingen voor een verminderd functioneren op intellectueel niveau.

Verschillende personen geven aan ook een hulpvraag te hebben op andere gebieden dan middelengebruik. Over deze zorgvraag wordt verder vaak in het zorgplan niet ingegaan. Dit kan echter wel een aanwijzing zijn dat iemand niet alleen problemen ondervindt door het hebben van een verslaving maar ook door het hebben van een verstandelijke beperking. Een aanbeveling is het kijken naar waar de overige zorgvraag zijn oorsprong vindt. Ook wordt aanbevolen om meer samen te werken met instellingen voor gehandicaptenzorg. Een echte samenwerking komt in de dossiers slechts bij een aantal gevallen naar voren. In vervolgonderzoek kan een vergelijking worden gemaakt met bevindingen uit een vergelijkbaar onderzoek bij gehandicapteninstelling Avelijn in Twente. Hier ging het met name om kenmerken van verslaving bij mensen met een verstandelijke beperking.

In de dossiers is weinig informatie opgenomen over redenen voor gebruik. Het is mogelijk dat dit wel meegenomen wordt bij de behandeling die men krijgt. Echter het vermelden van redenen voor gebruik lijkt op zijn plaats wanneer een dossier gelezen wordt door alle verschillende betrokken hulpverleners. Zo kwam naar voren bij een bepaald persoon dat deze vooral dronk uit verveling. Wanneer er binnen de woonvoorziening waar hij woont een activiteit werd georganiseerd dronk hij een hele dag niet.

Voor verder onderzoek wordt met name aanbevolen om verschillen in gebruik en kenmerken bij verschillende leeftijdsgroepen verder uit te diepen. Wanneer men gemiddeld 40 jaar is en het gebruik gemiddeld al meer dan 10 jaar duurt kan men concluderen dat het begin van het middelenmisbruik tussen de 20 en 30 jaar oud begint. Juist bij deze leeftijdsgroep is meer informatie nodig over verschillen met de algemene populatie en de redenen dat er gebruikt wordt. Is dit inderdaad omdat er voor deze jongeren meer mogelijkheden zijn gekomen en er meer toegang is tot de middelen? Of wordt er in onze maatschappij nog niet genoeg rekening mee gehouden dat nou eenmaal niet iedereen een topadvocaat kan worden. Mijn mening is dat wanneer jongeren met een verstandelijke beperking op tijd gediagnosticeerd worden en leren zelfvertrouwen te ontwikkelen door een dagbesteding en structuur op niveau te bieden er minder contrast is met 'de rest van de maatschappij' en middelenmisbruik mogelijk minder vaak als een uitweg voor problemen of verveling wordt gekozen.

13. Referentielijst

- American Psychological Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth edition. Washington DC: APA, 1994
- Ball, D & en Colier, D (2004). *Genetic approaches to alcohol dependence*. *The British Journal of Psychiatry* (2004) 185: 449-451
- Bandura, A. (1977) *Self-efficacy: towards a unifying theory of behavioural change*. *Psychology review*: 84, 191-195
- Bandura, Albert (1997), *Self-efficacy: The exercise of control*, New York: Freeman
- Barret, N & D. Paschos (2006) 'Alcohol related problems in adolescents and adults with intellectual disabilities.' *Current opinion in psychiatry* 19, pp.481-485
- Boer, M.C. de (1993) *Alcohol: Expectancy of effect and effect of expectancy*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Brink van den, W., (2005) *Verslaving, een chronisch recidiverende hersenziekte*. *Verslaving* (2005) 1: 47-53 DOI 10.1007 / BF03075325
- Burgard, J.F., Donahue, B., Azrin, N.H. en Teichner, G (2000) *Prevalence and treatment of substance abuse in the mentally retarded population; an empirical review*. *Journal of Psychoactive drugs*. Volume 32 (3) 2000.
- Cocco, M.K., Harper, D.C., (2002) *Substance use in people with mental retardation: a missing link in understanding community outcomes?* *RCB* 46:1 pp. 34-41.
- 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.
- Dosen, A. (2005) *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap. Een integratieve benadering bij volwassenen en kinderen*. Koninklijke van Gorkum B.V. Assen.
- Drummond, D.C., Tiffany, S.T., Glautier, S., & Remington, B. (red.) (1995) *Addictive behaviour : Cue exposure theory and practice*. New York : John Wiley.
- Engel, George L. (1977). *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. *Science* 196:129–136. ISSN 0036-8075 (print) / ISSN 1095-9203 (web) DOI: 10.1126/science.847460
- Emmelkamp en Vedel (2006) *Alcohol en drugsverslaving Een gids voor effectief gebleken behandelingen*. pp 28-29. New York: Routledge
- Everitt, B.J., & Robbins, T.W. (2005). *Neural systems of reinforcement fore drug addiction: from actions to habits to compulsion*. *Nature Neuroscience*, 8, 481-489.
- Hartley, S.L. & MacLean, W.E. (2008). *Coping strategies of adults with mild intellectual disability for stressful social interactions*. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 1, 109-127.

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.

Huang, A.M (1981) *The drinking behaviour of the educable mentally retarded and the nonretarded students*. Journal of alcohol and drug education, 26, 41-50

Iriszorg, instelling voor verslavingszorg en maatschappelijke opvang (2009). Van alcohol tot xtc. *Actuele basisinformatie over de meest gebruikte middelen*. Vierde druk. Arnhem.

Kepper, A., Van Dorsselaer, S., Monshouwer, K., Vollebergh, W. (2009). *Experimenteel en problematisch genotmiddelengebruik door jongeren in het Speciaal Onderwijs en de Residentiële Jeugdzorg (EXPLORE): resultaten meting oktober - december 2008*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Leshner, A.L. (1997). *Addiction is a brain disease and it matters*. Science . Vol. 278. no. 5335, pp. 45 – 47 DOI: 10.1126/science.278.5335.45

Maughan, B., Collishaw,S., & Pickles, A. (1999). *Mild mental retardation; Psychosocial functioning in adulthood*. Psychological medicine, 29: 351-366

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.

McGillicuddy, N. (2006). *A review of substance use research among those with menatal retardation*. Mental Retardation & Developmental disabilities Research Reviews, 12, 41- 47

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

VanderNagel, J., Kiewik, M., Buitelaar, J., DeJong, C., (submitted for publication) *Substance use and misuse in Intellectual Disability according to Dutch Social Services: Prevalences, Profiles and Policies*

Nabben, T., Koet, S., Korf, D.J. (2007). *NL.Trendwatch: gebruikersmarkt uitgaansdrugs in Nederland, 2006-2007*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

Nationale Drug Monitor (2007) Jaarbericht 2007. 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

Resing, W.C.M., & Blok, J.B. (2002). De classificatie van intelligentiescores. Voorstel voor een eenduidig systeem. *De Psycholoog*, 37 244-249.

Rodenburg, G., Spijkerman, R., Van den Eijnden, R., Van de Mheen, D. (2007). *Nationaal prevalentieonderzoek middelengebruik 2005*. Rotterdam: IVO.

SCP, Sociaal Cultureel Planbureau. Auteurs: Ras, M., Woittiez, I., van Kempen, H., Sadiraj, K. (2010) *Steeds meer verstandelijk gehandicapten? Ontwikkelingen in vraag en gebruik van zorg voor verstandelijk gehandicapten 1998-2008*.

Santrock, J. W. (2007). *A Topical Approach to Human Life-span Development* (3rd ed.). St. Louis, MO: McGraw-Hill.

Schippers, G.M. & Broekman, T.G. (2007). *MATE, Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation. Development of an instrument assessing patient characteristics in substance abuse treatment. Final report ZonMw/Resultaten Scoren-project nr 31000068*. Amsterdam, AIAR, AMC-Amsterdam & Bureau Bêta, Nijmegen.

Shedler, J., Block, J. (1990) Adolescent drug use and psychological health: A longitudinal inquiry. *American Psychologist*, 45, 612-630

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

Subsidieaanvraagformulier. ZonMw: Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie. *SUMID project*, (2008) Dossier nummer: 60-60600-97-158

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

Taggart, L. (2007): *An exploration of the supports received by people with intellectual disabilities who have been bereaved*. *Journal of Research in Nursing*, 12 (2), 129 – 144.

Vandereycken, W., Hoogduin C.A.L., Emmekamp, P.M.G. (2008) *Handboek psychopathologie. Basisbegrippen*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

14. Bijlagen

Bijlage I. Vragenlijst dossieronderzoek in chronologische volgorde van analyse per dossier

- 1) Cliëntnummer Tactus:.....
- 2) Leeftijd:..... Geboortjaar:.....
- 3) Geslacht:
- 4) Contact met tactus sinds <1 jaar [] 1-2 jaar [] 2-5 jaar >5 jaar []
- 5) Aantal inschrijvingen tot nu toe
- 6) In behandeling op dit moment Ja/ Nee
- 7) Is de beperking vastgesteld of bestaat er een vermoeden
- 8) IQ score
- 9) Bekend bij Avelijn Ja /Nee

- 10) Bijzonderheden ASI klinische syndromen
- 11) Bijzonderheden ASII persoonlijkheidsstoornissen
- 12) Bijzonderheden ASIII lichamelijke toestand:
- 13) Bijzonderheden ASIV psychosociale problemen
- 14) Bijzonderheden ASV Gaf score
- 15) zorgvraag
- 16) contact met andere instanties
- 17) Zorgniveau
- 18) behandeling
- 19) burgerlijke staat
- 20) opleiding afgerond
- 21) opleiding niet afgerond
- 22) bron van inkomsten
- 23) leefsituatie
- 24) woonsituatie
- 25) sprake van kinderen
- 26) belangrijkste dagelijkse bezigheden
- 27) ooit psychisch behandeld
- 28) Aanraking justitie
- 29) Eerste problematiek:
- 30) Duur eerste problematiek
- 31) frequentie
- 32) Leeftijd eerste gebruik
- 33) Tweede problematiek
- 34) sprake van nicotinegebruik
- 35) moeite met het maken en behouden van vrienden in het algemeen? (afgelopen maand)
- 36) moeilijkheden met contact maken en omgaan met anderen in het algemeen (afgelopen maand)
- 37) moeilijkheden recreatieve activiteiten of dagbesteding
- 38) Zijn er ooit problemen met gebrek aan onderdak geweest
- 39) zijn er problemen met het hebben van een dagritme en uitvoeren dagelijkse routine handelingen?
- 40) Heeft de persoon moeite om met stress of druk om te gaan?
- 41) Heeft de persoon moeite om nieuwe vaardigheden te leren of kennis op te doen en toe te passen (indruk hulpverlener)
- 42) zijn er personen die een positieve invloed op cliënt hebben in de omgeving m.b.t. herstel
- 43) zijn er personen die een negatieve invloed hebben op herstel
- 44) sprake van partner?
- 45) heeft de partner ook lvg
- 46) met wie wordt gebruikt?
- 47) waar wordt gebruikt?
- 48) middelengebruik bij ouders bekend?
- 49) Wat is het resultaat van de behandeling tot nu toe?
- 50) Heeft de persoon wel eens aan zelfdoding gedacht?

Bijlage II Vragenlijst open vragen

Gegevens betreft behandeling bij Tactus

Cliëntnummer:

1. Welke behandeling ontvangt cliënt bij Tactus:

.....

.....

2. Welke zorg ontvangt de cliënt nog meer

.....

.....

3. Zijn er duidelijke verbeteringen opgetreden sinds start van de behandeling, welke resultaten zijn er bekend?

.....

.....

4. Welke knelpunten bestonden/bestaan er bij de behandeling en eventuele samenwerking met lvg instellingen?

.....

.....

Middelengebruik

5. Op welke leeftijd is cliënt begonnen met het middelengebruik:.....

6. Zijn er bepaalde thema's bekend in het leven van de cliënt die op dat moment een rol speelden.

.....

.....

7. Hoe beïnvloeden de middelen de fysieke en mentale gesteldheid van de cliënt

.....

.....

8. Hoe beïnvloeden deze middelen zijn/haar persoonlijke relaties?

.....

.....

9. Is er sprake van een van een van de volgende gedragingen wanneer de persoon onder invloed is.

Verbale agressie ()

Fysieke agressie ()

Getting into rows met partner ()

Getting into rows met care staff ()

Problemen met politie/ crimineel gedrag ()

Uitgebuit worden door anderen ()

Zelf anderen uitbuiten ()

Suicidale gedachten ()

Overdosis op voorgeschreven medicatie ()

Zelf verwonding ()

Naar de eerste hulp moeten ()

Veranderingen in humeur ()

Toename in epileptische activiteit ()

Anders.....

10. Wat geeft de cliënt zelf aan als reden voor gebruik?

.....

.....

11. Welke belemmeringen geeft de cliënt zelf aan bij het stoppen met middelengebruik

.....

.....