

Middelengebruik en gokken onder jongeren en volwassenen met een licht verstandelijke beperking: aard, omvang, zorgbehoeften en huidig zorgaanbod

Alice Hammink & Carola Schrijvers (IVO Rotterdam)

Opdrachtgevers: Stichting de Vraagbaak Rijnmond & Pameijer (co-financier)

Inleiding

Achtergrond

In de algemene bevolking komt verslavingsproblematiek regelmatig voor. Tegenwoordig is er een groeiend besef dat dit ook in de groep mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) een probleem kan zijn. Uit een recente ruwe schatting van het aantal mensen met een verstandelijke beperking blijkt dat er tussen de 70.000 en 465.000 mensen in Nederland een licht verstandelijke beperking (IQ 50-70) of zwakbegaafdheid (IQ 70-85) hebben (Ras, Woittiez, Van Kempen, & Sadiraj, 2010). In dit onderzoek worden deze twee groepen gebundeld onder de noemer 'mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB)'. De mensen met LVB hebben naast een laag IQ bijkomende problematiek, een beperkt aanpassingsvermogen en hebben blijvende ondersteuning nodig.

Uit verkennend onderzoek onder jongeren met LVB blijkt dat zij gemiddeld even oud zijn als jongeren met een normale intelligentie wanneer zij de eerste keer alcohol of drugs gebruiken (Bransen, Schipper, Mutsaers, Haverman, & Blekman, 2008).

Er komen steeds meer signalen dat alcohol- en drugsgebruik bij deze groep problematische vormen aanneemt (Mutsaers, Blekman, & Schipper, 2007). Hoewel er aanwijzingen zijn dat het middelengebruik onder deze groep niet vaker voorkomt dan in de algemene bevolking (Dijkstra & Bransen, 2010), lijkt er wel vaker sprake te zijn van middelenmisbruik en overmatig drinken in deze groep dan in de algemene bevolking (Cocco & Harper, 2002; McGillicuddy, 2006; Mutsaers et al., 2007). Bovendien kan middelengebruik een grotere negatieve invloed hebben op jongeren en volwassenen met LVB dan op mensen zonder LVB. Zo kan het middelengebruik invloed hebben op de verstandelijke beperking, op al bestaande gedragsproblemen of op psychiatrische stoornissen en op de werkzaamheid van voorgeschreven medicatie. Ook kan het middelengebruik grote en snelle negatieve gevolgen hebben als stemmingswisselingen, agressief gedrag, criminaliteit, suïcidale gedachten en uitbuiting (McGillicuddy, 2006; Taggart, McLaughlin, Quinn, & Milligan, 2006). Het middelengebruik onder mensen met een LVB lijkt daarnaast eerder te leiden tot sociale problematiek, zoals problemen met werk of problemen in de sociale omgeving dan onder mensen uit de algemene bevolking/met een normale intelligentie (McGillicuddy, 2006; Sturmey, Reyer, Lee, & Robek, 2003). Het gaat bovendien om een groep die moeite kan hebben om sociale relaties op te bouwen. Zij kunnen alcohol of drugs gebruiken uit een verlangen naar sociale acceptatie, om sociaal minder remmingen te hebben of om gevoelens van eenzaamheid en isolatie te compenseren (Barrett & Paschos, 2006; McGillicuddy, 2006).

Factoren die een verhoogd risico op problematisch middelengebruik geven, zoals gedragsproblemen, middelengebruik door familieleden en het gebruik van meerdere middelen spelen bij mensen met LVB net zo'n belangrijke rol als bij mensen met een normale intelligentie. Deze risicofactoren komen bij mensen met LVB wel vaker voor (Clerkx & Trentelman, 2007; Didden, Embregts, van der Toorn, &

Laarhoven, 2009). Bovendien kunnen mensen met LVB te maken krijgen met stressvolle gebeurtenissen waar zij moeilijk mee om kunnen gaan, zij kunnen bijvoorbeeld langdurig en ernstig rouwen na het verlies van een dierbare, maar krijgen hier zelden de juiste hulp of ondersteuning bij (Dowling, Hubert, White, & Hollins, 2006; Taggart, McLaughlin, Quinn, & McFarlane, 2007).

Jongeren en volwassenen met LVB kunnen zich in verschillende zorgsettings bevinden, onder andere in de verslavingszorg, de (L)VG-zorg, het voortgezet speciaal onderwijs, de maatschappelijke opvang, sociale werkvoorzieningen en MEE Rotterdam.

Doelstelling en onderzoeksvragen

Stichting de Vraagbaak en Pameijer hebben het IVO gevraagd onderzoek uit te voeren naar het middelengebruik onder mensen met LVB in de regio Rotterdam. Dit onderzoek bestaat uit twee delen: Het eerste gedeelte van het onderzoek is gericht op het in kaart brengen van middelengebruik onder jongeren en volwassenen met LVB in de regio Rotterdam. We richten ons hierbij op alcohol- en drugsgebruik en gokken en het huidige zorgaanbod en de zorgbehoeften omtrent middelengebruik en LVB. Bij het bepalen van de zorgbehoefte van mensen met LVB gaan we uit van de zorgbehoefte zoals die door zorgprofessionals op groepsniveau wordt ingeschat op basis van de beschikbare gegevens over de kenmerken van de doelgroep. Daarnaast brengen we de zorgbehoefte van de doelgroep zelf in kaart. De zorgbehoefte kan ook de behoefte aan begeleiding of preventie betreffen. Onder zorgaanbod worden niet alleen complete preventie, behandel- of begeleidingsprogramma's verstaan, maar ook losse trainingen of modules die kunnen worden aangeboden aan deze doelgroep. Het tweede gedeelte van het onderzoek omvat het evalueren van een pilotinterventie in één van de settings in Rotterdam waar mensen met LVB zich bevinden.

In deze rapportage wordt verslag gedaan van het eerste deel van het onderzoek waarin de volgende onderzoeksvragen centraal stonden:

- 1) Wat is de geschatte omvang van de groep jongeren en (jong) volwassenen met problematisch middelengebruik en problemen met gokken¹ en LVB in de regio Rotterdam?
- 2) Wat zijn de kenmerken van deze groep en hun middelengebruik?
 - a) Wat zijn de kenmerken van de jongeren en volwassenen met LVB die middelen gebruiken?
 - b) Welke type middelen gebruiken zij?
 - c) Wat is de mate van gebruik (bijvoorbeeld binge drinken)?
 - d) Welke functie(s) heeft het middelengebruik in hun (sociale) leven?
 - e) Hoe beschikbaar zijn deze middelen voor hen?
 - f) Wanneer wordt middelengebruik problematisch, dat wil zeggen in die mate dat het middelengebruik het functioneren in het dagelijks leven belemmert?
- 3) Wat zijn risicofactoren (bijvoorbeeld problemen thuis, verandering van leefsituatie, bepaalde vrienden) voor het ontwikkelen van problematisch middelengebruik onder mensen met LVB?
- 4) Wat zijn de zorgbehoeften van de jongeren en volwassenen met LVB die middelen gebruiken?
- 5) Hoe zijn de ervaringen met het huidige zorgaanbod en sluit dit aan op de zorgbehoeften met betrekking tot middelengebruik van jongeren en volwassenen met LVB?

¹ Hierna geldt dat wanneer in de onderzoeksvragen over middelengebruik gesproken wordt daar ook gokken mee bedoeld wordt

Methode: Interviews met professionals en cliënten

Er is gekozen om vier settings waarin mensen met LVB zich kunnen bevinden in kaart te brengen, namelijk: MEE Rotterdam, de verslavingszorg, de (L)VG-zorg en de maatschappelijke opvang. De settings sociale werkvoorziening en voortgezet speciaal onderwijs (VSO) zijn om verschillende redenen buiten het onderzoek gelaten. Allereerst blijkt uit eerder onderzoek dat de werkgevers van sociale werkvoorzieningen erg weinig zicht hebben op het middelengebruik van hun medewerkers (Dijkstra & Bransen, 2010). Daarnaast is het de verwachting dat mensen met LVB en problematisch middelengebruik al eerder zijn uitgevallen in het werkproces vanwege hun middelengebruik. De setting VSO is niet geïncorporeerd in dit onderzoek omdat er momenteel al veel onderzoeksinitiatieven zijn omtrent middelengebruik op het VSO, en vrij recent zijn er representatieve landelijke cijfers verschenen over middelengebruik onder deze doelgroep (Kepper & Monshouwer, 2011). Verder is ervoor gekozen om niet in elke setting zowel jongeren (16 tot en met 22 jaar) als volwassenen (23 jaar en ouder) in kaart te brengen. Belangrijk criterium bij de keuze voor welke groep we in kaart zouden brengen in elke setting was hoeveel er al bekend is over de groep. Er is bijvoorbeeld vrij recent een onderzoek onder zwerfjongeren uitgevoerd in de regio Rotterdam (Barendregt, Schrijvers, Baars, & van de Mheen, 2011), daarom is er voor gekozen in de maatschappelijke opvang alleen volwassen cliënten in kaart te brengen. Om een zo breed mogelijke beeld te krijgen van het middelengebruik onder volwassenen met LVB die middelen gebruiken in de maatschappelijke opvang hebben we professionals geïnterviewd uit de nachtopvang, 24-uursopvang en uit de ambulante begeleiding.

In totaal zijn 14 professionals uit de vier verschillende settings geïnterviewd. Daarnaast zijn vijf mensen uit de doelgroep geïnterviewd. Er zijn geen cliënten van MEE Rotterdam geïnterviewd, omdat MEE een doorverwijsfunctie heeft en we hun cliënten dus in de andere settings spreken. De verdeling van de interviews is te zien in tabel 1.

Tabel 1. Verdeling interviews over de vier settings

	Professionals (n=14)		Cliënten (n=5)	
	Jongeren	Volwassenen	Jongeren	Volwassenen
MEE Rotterdam	1	1	-	-
Verslavingszorg	1	3	1	1
(L)VG-zorg	5	-	2	-
Maatschappelijke opvang	-	3	-	1
Totaal	7	7	3	2

Voor de interviews was een lijst met onderwerpen opgesteld die als richtlijn diende voor het gesprek. Deze zogenaamde topiclijst was deels gebaseerd op de vragenlijst over LVB en verslaving die al eerder door het Trimbos-instituut gebruikt werd (Dijkstra & Bransen, 2010). De topiclijst voor professionals was opgedeeld in drie delen: (1) algemene gegevens van de geïnterviewde en de organisatie waar hij of zij werkzaam was, (2) middelengebruik en gokken onder LVB cliënten en (3) beleid van de instelling betreffende alcohol- of drugsgebruik of de begeleiding van cliënten met LVB en samenwerking met andere instellingen (De topiclijst voor de interviews met cliënten bevatte enkele vragen over persoonlijke gegevens en was vervolgens toegespitst op het alcohol-, softdrugs- en harddrugsgebruik en gokken en de zorgbehoeften op het gebied van middelengebruik).

De interviews met professionals duurden gemiddeld een uur, de interviews met mensen uit de doelgroep duurden gemiddeld drie kwartier.

Samenvatting van de resultaten en conclusie

Het eerste deel van dit onderzoek was gericht op het in kaart brengen van de aard en omvang van het middelengebruik onder jongeren en volwassenen met LVB in de regio Rotterdam. Ook is gekeken naar het huidige zorgaanbod voor en de zorgbehoeften van mensen uit de doelgroep. Dit onderzoek is uitgevoerd in vier settings waar mensen met LVB zich bevinden: MEE Rotterdam, de (L)VG-zorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke opvang. Doordat het onderzoek niet is uitgevoerd in alle settings waar mensen met LVB zich bevinden, en doordat niet in iedere setting jongeren en volwassenen in kaart zijn gebracht, zijn de onderzoeksresultaten niet te generaliseren naar de totale populatie mensen met LVB in de regio Rotterdam.

Hieronder worden de verschillende onderzoeksvragen² beantwoord. Allereerst wordt ingegaan op de omvang van de groep mensen met LVB en middelengebruik in de regio Rotterdam (onderzoeksvraag 1), vervolgens worden de kenmerken van deze groep beschreven (onderzoeksvraag 2). Daarna wordt beschreven wat de risicofactoren voor het ontwikkelen van problematisch middelengebruik zijn in deze groep (onderzoeksvraag 3) en worden de zorgbehoeften van de groep uiteen gezet (onderzoeksvraag 4). Tot slot worden de ervaringen met het huidige zorgaanbod beschreven en worden de hiaten vastgesteld tussen het huidige zorgaanbod en de zorgbehoeften in de regio Rotterdam (onderzoeksvraag 5).

Onderzoeksvraag 1: Wat is de geschatte omvang van de groep jongeren en (jong) volwassenen met problematisch middelengebruik en LVB in de regio Rotterdam?

Het is niet mogelijk een precieze schatting te maken van de omvang van de groep jongeren en (jong)volwassenen met problematisch middelengebruik en LVB. Hierdoor is de omvang van het middelengebruik onder mensen met LVB ook niet te vergelijken met de omvang van het middelengebruik van de algemene bevolking. In de settings buiten de (L)VG-zorg (maatschappelijke opvang en verslavingszorg) wordt niet standaard een IQ-test afgenomen en is het soms onduidelijk of een cliënt LVB heeft. Tenminste driekwart van de mensen met LVB in de settings buiten de (L)VG-zorg gebruikt alcohol of drugs. In de (L)VG-zorg gebruikt ongeveer één op de vijf jongeren en volwassenen met LVB alcohol of drugs, maar dit aantal verschilt per organisatie en type zorg. Gokken komt incidenteel voor, zowel onder jongeren als onder volwassenen met LVB.

Onderzoeksvraag 2: Wat zijn de kenmerken van deze groep en hun middelengebruik?

De jongeren met LVB gebruiken voornamelijk cannabis en sommigen gebruiken alcohol. Gokken komt zeer weinig voor onder jongeren. Harddruggebruik wordt ook incidenteel gesignaleerd onder jongeren met LVB, het gaat dan voornamelijk om het gebruik van xtc of cocaïne. Cannabis wordt zowel wekelijks als dagelijks gebruikt. Het gebruik begint omdat ze willen mee doen met de rest, maar daarna wordt het meer een gewoonte. Sommigen gebruiken cannabis ook als een vorm van zelfmedicatie, om rustig te worden of om bepaalde problemen en zorgen te vergeten. Alcohol, en dan met name bier en sterke drank, wordt daarentegen vaak in het weekend gedronken. De jongeren met LVB drinken niet vaak, maar als ze drinken, drinken ze regelmatig (te) veel. Als ze drinken is het vooral voor de gezelligheid, samen met anderen. De jongeren met LVB gebruiken vaak meer alcohol of drugs wanneer zij over geld beschikken, dus als hun uitkering of zakgeld is gestort. Het is niet

² Wanneer in de onderzoeksvragen gesproken wordt over middelengebruik, wordt hier ook gokken mee bedoeld

uitgesloten dat ze soms wat terug moeten doen voor de middelen, bijvoorbeeld dat ze ingezet worden als drugsrunner. Problematische gevolgen van het middelengebruik van deze jongeren zijn problemen op het gebied van werk en dagbesteding, financiële problemen, criminele activiteiten en het versterken van (negatief) gedrag. Dit laatste houdt in dat jongeren met LVB die van nature een opvliegend karakter hebben, agressiever kunnen reageren als zij middelen hebben gebruikt. Van cannabisgebruik kunnen ze ook meer sombere gevoelens krijgen.

Volwassenen met LVB gebruiken voornamelijk alcohol, maar cannabis- en harddrugsgebruik komt ook wel voor. Dit laatste betreft dan voornamelijk cocaïne (basecoke) en xtc, terwijl opiaatgebruik weinig voorkomt onder deze groep. Gokken komt ook onder volwassenen erg weinig voor. De volwassenen met LVB die alcohol drinken, drinken voornamelijk dagelijks. Zij drinken om stemmingen of angsten te onderdrukken, om mee te doen met de rest, of om de teleurstellingen in hun leven te vergeten. De volwassenen met LVB kopen alcohol en drugs zelf, bij de supermarkt, coffeeshop of dealer. Zij ervaren dezelfde problemen als gevolg van hun middelengebruik als jongeren; het heeft een negatieve invloed op hun werk, dagbesteding, en op hun gedrag. Daarnaast heeft het middelengebruik ook een negatieve invloed op hun sociale netwerk en ervaren zij lichamelijke problemen als gevolg van het gebruik. Mensen met LVB hebben weinig inzicht in de (problematische) gevolgen van hun alcohol- of drugsgebruik.

Onderzoeksvraag 3: Wat zijn risicofactoren (bijvoorbeeld problemen thuis, verandering van leefsituatie, bepaalde vrienden) voor het ontwikkelen van problematisch middelengebruik onder mensen met LVB?

De risicofactoren die genoemd werden kwamen overeen met de risicofactoren die in eerdere onderzoeken zijn vastgesteld en komen inderdaad overeen met de risicofactoren voor (overmatig) gebruik in de algemene bevolking (Clerkx & Trentelman, 2007; Didden et al., 2009). Factoren die het middelengebruik van jongeren met LVB kunnen verergeren zijn onder andere een laag zelfbeeld, een traumatische ervaring, problemen in de thuissituatie, gebrek aan toekomstperspectief, invloed van een vriendengroep die middelen gebruikt en de aanwezigheid van gedragsstoornissen als ADHD en autisme, waardoor deze jongeren meer verslavingsgevoelig kunnen zijn.

Risicofactoren die het middelengebruik van volwassenen met LVB kunnen verergeren zijn onder andere een vriendengroep die (veel) alcohol en drugs gebruikt, het veranderen van de vertrouwde omgeving door bijvoorbeeld het overlijden van een familielid of stresserende factoren die een acute inname van alcohol of drugs kunnen veroorzaken. Bij deze stresserende factoren kan bijvoorbeeld gedacht worden aan brieven van deurwaarders of Belastingdienst.

Onderzoeksvraag 4: Wat zijn de zorgbehoeften van deze groep?

De professionals schatten in dat jongeren en volwassenen met LVB vooral de behoefte hebben om gehoord en begrepen te worden. Er is wel behoefte aan hulp bij het minderen of stoppen met middelengebruik; deze hulp moet niet te ingewikkeld zijn. Het is belangrijk dat ze hulp krijgen die afgestemd is op hun belevingswereld.

Twee van de jongeren met LVB die we spraken wilden wel hulp bij het minderen of stoppen met hun middelengebruik. Een andere jongere wilde wel stoppen met blowen, maar deed dat liever zonder hulp van buitenaf. Eén van de jongeren zat al geruime tijd te wachten op een doorverwijzing naar een geschikte vervolvoorziening, maar kwam bij de ene voorziening niet in aanmerking vanwege zijn

leeftijd (te oud) en bij de andere voorziening was zijn zware middelengebruik een contra-indicatie. De volwassenen hadden vooral behoefte aan zo min mogelijk bemoeienis van de zorg.

Onderzoeksvraag 5: Hoe zijn de ervaringen met het huidige zorgaanbod en sluit dit aan op de zorgbehoeften met betrekking tot middelengebruik?

Binnen alle settings (verslavingszorg, maatschappelijke opvang, (L)VG-zorg en MEE Rotterdam) is toenemende aandacht voor jongeren en volwassenen met gecombineerde LVB en middelengebruik. De settings binnen de (L)VG-zorg (MEE Rotterdam en (L)VG-zorg) zoeken samenwerking met de settings buiten de (L)VG-zorg (verslavingszorg en maatschappelijke opvang) en andersom. Naast de onderzoeksresultaten worden hieronder ook enkele (landelijke) ontwikkelingen beschreven die als voorbeeld kunnen dienen voor hoe het middelengebruik onder mensen met LVB aangepakt kan worden.

Ervaringen met het huidige zorgaanbod omtrent middelengebruik in de (L)VG-zorg

Op dit moment zijn er in de verschillende settings al enkele initiatieven gaande als het gaat om aandacht voor middelengebruik onder mensen met LVB. In de (L)VG-zorg is een trend zichtbaar van het verbieden van middelengebruik naar het meer begeleiden van gebruik. De meeste voorzieningen staan alcohol- en drugsgebruik op de locatie niet toe, maar middelengebruik (buiten de voorziening) is niet langer een contra-indicatie voor verblijf. Belangrijke uitdaging hierbij is het concreet benoemen van middelengebruik, dus wanneer een cliënt onder invloed is dat benoemen in plaats van het gesprek er over te ontwijken. Binnen de (L)VG-zorg heeft Bouman GGZ bij een aantal organisaties medewerkers getraind op het herkennen van en omgaan met (problematisch) middelengebruik. Ander aanbod gericht op mensen met LVB en middelengebruik binnen de (L)VG-zorg is de training over middelengebruik die MEE Rotterdam samen met Bouman GGZ aanbiedt aan hun cliënten. De cliënten maken echter weinig gebruik van dit aanbod. Voorlichting aan mensen met LVB vereist waarschijnlijk een andere aanpak dan een groepstraining. Mensen met LVB hebben een intensievere, meer één op één begeleiding nodig, waarbij ze zo min mogelijk in een kamer tussen vier muren zitten, maar meer praktische handreikingen krijgen in hun dagelijks leven.

Mensen met LVB kunnen de dingen die zij geleerd hebben binnen een behandeling soms moeilijk vertalen naar hun dagelijks leven thuis. Het Trimbos-instituut heeft twee producten ontwikkeld die gebruikt kunnen worden in de voorlichting over middelengebruik aan mensen met LVB. Allereerst is 'Bekijk 't nuchter' ontwikkeld, een box met een handleiding en allerlei 'LVB-proof' voorlichtingsmateriaal over middelen. Een tweede product is TRIP, een bordspel dat gebruikt kan worden om op een laagdrempelige manier over alcohol en drugs te praten met jongeren met LVB.

Tot slot heeft het Trimbos-instituut een preventieprogramma ontwikkeld, genaamd 'Open en Alert', dat aandacht besteedt aan deskundigheidsbevordering op het gebied van middelengebruik onder mensen met LVB en aan de samenwerking met de verslavingszorg. Dit programma is gericht op professionals die werkzaam zijn in verschillende settings waar mensen met LVB zich bevinden.

Ervaringen met het huidig zorgaanbod omtrent middelengebruik en LVB buiten de (L)VG-zorg

De organisaties buiten de (L)VG-zorg besteden ook steeds meer aandacht aan de begeleiding van mensen met gecombineerde LVB en middelengebruik. In de verslavingszorg is het een grote uitdaging om de behandeling van cliënten met LVB te kunnen inbedden in de dagelijkse omgeving van de cliënt. De betrokkenheid van begeleiders en ouders is essentieel voor het slagen van de behandeling, maar is soms moeilijk te bewerkstelligen. Daarnaast is het voor medewerkers soms een uitdaging om een gepaste houding te hebben ten opzichte van mensen met LVB.

In de behandeling van cliënten met LVB is er in de verslavingszorg toenemende aandacht voor psycho-educatie, en is er steeds meer het besef dat het belangrijk is om kleine stappen te nemen, veel herhaling in te bouwen en concreet te werk te gaan. De huidige behandeling, die veelal gebaseerd is op motiverende gespreksvoering, sluit echter inhoudelijk niet altijd goed genoeg aan bij cliënten met LVB. De professionals pleiten voor meer samenwerking tussen de (L)VG-zorg en de verslavingszorg op dit terrein. Een voorbeeld van een dergelijke samenwerking die momenteel plaatsvindt is de samenwerking tussen Youz (jongerenafdeling van Bouman) en Pameijer. Zij zijn een pilot gestart van een leefstijltraining specifiek gericht op jongeren met LVB. Deze training bevat meer spelelementen en afwisseling dan de reguliere leefstijltraining. Ook landelijk is er een Leefstijltraining PLUS ontwikkeld die meer aansluit bij mensen met LVB dan de reguliere Leefstijltraining (De Haan, Wielenga, & Van Meijel, 2012).

Een ander voorbeeld van een behandelmodule specifiek gericht op mensen met LVB en middelenmisbruik is 'Minder drank of drugs' van Tactus en Aveleijn, een behandelmodule die in de verslavingszorg in te zetten is. Belangrijke elementen voor het slagen van de behandeling is het aanbieden van de module in de context van de cliënt en een goed contact tussen de behandelaren en een vertrouwenspersoon uit de LVB-instelling (Kiewik & Den Ouden, 2012).

In de maatschappelijke opvang worden mensen met het vermoeden van LVB doorgestuurd naar MEE Rotterdam voor diagnostisch onderzoek. Deze samenwerking verloopt echter niet altijd soepel, met name de wachttijd voor het onderzoek plaats kan vinden is vaak te lang.

Wanneer een cliënt gediagnosticeerd is met LVB zoekt de MO zo snel mogelijk een geschikte vervolgvoorziening voor deze cliënt. Momenteel is er één woonvoorziening (van het Leger des Heils) in de maatschappelijke opvang specifiek ingericht voor mensen met LVB en middelengebruik die dakloos zijn geraakt. Landelijk zijn er ook voorbeelden van specifieke maatschappelijke opvangvoorzieningen die gericht zijn op mensen met LVB, zoals de Kei (van Altrecht) in Utrecht.

Aansluiting van het zorgaanbod bij de zorgbehoeften

Uit de onderzoeksresultaten over de aansluiting van het huidige zorgaanbod bij de zorgbehoeften blijkt dat er sprake is van een aantal hiaten op dit terrein. Deze hiaten hebben betrekking op drie hoofdpunten, waaruit blijkt dat er vooral behoefte is aan: (1) geschreven beleid over middelengebruik en LVB, (2) woonvoorzieningen, dagbesteding en werk voor mensen met LVB en middelengebruik en (3) deskundigheid op het gebied van LVB (in de niet (L)VG-zorg) en middelengebruik (in de (L)VG-zorg).

1. Behoeft aan geschreven beleid over middelengebruik en LVB

Slechts enkele organisaties hebben geschreven beleid op het gebied van middelengebruik en LVB. Geschreven beleid dient als leidraad voor het handelen in de praktijk met betrekking tot het middelengebruik. Bij gebrek aan geschreven beleid is het voor medewerkers binnen de (L)VG-zorg niet altijd gemakkelijk om cliënten aan te spreken op hun middelengebruik. Daarnaast is het voor

medewerkers buiten de (L)VG-zorg soms lastig om op een juiste manier om te gaan met cliënten met LVB.

2. Behoeftte aan geschikte woonvoorzieningen, dagbesteding en werk

Het doorverwijzen van cliënten vanuit de (L)VG-zorg naar de verslavingszorg is soms moeilijk, omdat LVB een contra-indicatie voor behandeling kan zijn. Daarnaast is het voor zowel de verslavingszorg als de maatschappelijke opvang moeilijk om woon-, werk- of dagbestedingsvoorzieningen te vinden voor cliënten met LVB die middelen gebruiken. Goede samenwerking tussen de maatschappelijke opvang, verslavingszorg en (L)VG-zorg is essentieel bij het plaatsen van cliënten met gecombineerde LVB en middelengebruik in een vervolgvoorziening.

3. Behoeftte aan deskundigheidsbevordering

In alle settings is grote behoefte aan meer deskundigheid op het gebied van middelengebruik (settings binnen de (L)VG-zorg) of LVB (settings buiten de (L)VG-zorg). De cursus over middelengebruik die Bouman GGZ gegeven heeft aan medewerkers van MEE Rotterdam en in de (L)VG-zorg werd bijvoorbeeld als zeer nuttig ervaren. De professionals binnen de (L)VG-zorg geven hun voorkeur aan het jaarlijks of tweejaarlijks herhalen van een dergelijke cursus. De samenwerking met Bouman GGZ wordt door MEE Rotterdam en de (L)VG-zorg op kleine schaal als prettig ervaren. De grote omvang van Bouman GGZ wordt echter soms wel als een belemmering ervaren. De verslavingszorg en maatschappelijke opvang hebben vooral behoefte aan meer aandacht voor het diagnosticeren van de verstandelijke beperking. Zij zouden graag een betere samenwerking met de (L)VG-zorg en MEE Rotterdam willen.

Het volledige onderzoeksrapport van Hammink & Schrijvers (2012) getiteld 'Middelengebruik en gokken onder jongeren en volwassenen met een licht verstandelijke beperking in de regio Rotterdam. Aard, omvang, zorgbehoeften en huidig zorgaanbod' is te vinden op www.ivo.nl.

Literatuur

- Barendregt, C., Schrijvers, C., Baars, J., & van de Mheen, D. (2011). *Zorg voor zwerfjongeren met ernstige problematiek. Onderzoek naar de aansluiting tussen de zorgvraag en zorgaanbod in Rotterdam*. Rotterdam.
- Barrett, N., & Paschos, D. (2006). Alcohol-related problems in adolescents and adults with intellectual disabilities. *Current opinion in psychiatry*, 19(5), 481–5. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16874120>
- Bransen, E., Schipper, H., Mutsaers, K., Haverman, M., & Blekman, J. (2008). *Aard en omvang van middelengebruik bij licht verstandelijk gehandicapte jongeren. Een eerste verkenning bij jongeren zelf en hun begeleiders*. Utrecht.
- Clerkx, M., & Trentelman, M. (2007). Van Kei en Eik. Over de behandeling van verslaving bij volwassen mensen met een licht verstandelijke handicap. *Met het oog op behandeling. Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking*. Amersfoort: Landelijk Kenniscentrum LVG & Expertisecentrum.
- Cocco, K., & Harper, D. (2002). Substance use in people with mental retardation: A missing link in understanding community outcomes? *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 46, 34–41.
- De Haan, K., Wielenga, F., & Van Meijel, B. (2012). *Leefstijltraining-PLUS. Handleiding voor de trainers*. Alkmaar.
- Didden, R., Embregts, P., van der Toorn, M., & Laarhoven, N. (2009). Substance abuse, coping strategies, adaptive skills and behavioral and emotional problems in clients with mild to borderline intellectual disability admitted to a treatment facility: a pilot study. *Research in developmental disabilities*, 30(5), 927–32. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19217753>
- Dijkstra, M., & Bransen, E. (2010). *Middelengebruik bij volwassenen met een licht verstandelijke beperking. Een verkennend onderzoek*. Utrecht.
- Dowling, S., Hubert, J., White, S., & Hollins, S. (2006). Bereaved adults with intellectual disabilities: a combined randomized controlled trial and qualitative study of two community-based interventions. *Journal of intellectual disability research : JIDR*, 50(Pt 4), 277–87. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16507032>
- Kepper, A., & Monshouwer, K. (2011). Substance use by adolescents in special education and residential youth care institutions. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 311–319. doi:10.1007/s00787-011-0176-2
- Kiewik, M., & Den Ouden, R. (2012). *Factsheet. Minder drank of drugs*. Deventer.
- McGillicuddy, N. B. (2006). A review of substance use research among those with mental retardation. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 12(1), 41–7. doi:10.1002/mrdd.20092
- Mutsaers, K., Blekman, J., & Schipper, H. (2007). *Licht verstandelijk gehandicapten en middelengebruik. Wat is er tot op heden bekend? Ons Geestelijk Erf* (Vol. 64). Utrecht.
- 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. Zorg en Financiering* (Vol. 9). Den Haag. doi:10.1007/BF03095370

- Sturmey, P., Reyer, H., Lee, R., & Robek, A. (2003). *Substance related disorders in persons with mental retardation*. Kingston, New York: NADD.
- Taggart, L., McLaughlin, D., Quinn, B., & McFarlane, C. (2007). Listening to people with intellectual disabilities who misuse alcohol and drugs. *Health & social care in the community*, 15(4), 360–8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17578397>
- Taggart, L., McLaughlin, D., Quinn, B., & Milligan, V. (2006). An exploration of substance misuse in people with intellectual disabilities. *Journal of intellectual disability research : JIDR*, 50(Pt 8), 588–97. doi:10.1111/j.1365-2788.2006.00820.x
- Trimbos-instituut. (2010). *Preventieve aanpakken rond GHB-gebruik. Do's en don'ts bij preventie. Drugs*. Utrecht.
- Van Laar, M., Cruts, A. A. N., Van Ooyen-Houben, M. M. J., Croes, E., & Ketelaars, A. (2011). *Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2011*. Utrecht.