

Verslavingspreventie is onvoldoende toegerust voor mensen met een lichte verstandelijke beperking

Marijke Dijkstra, Els Bransen en Monica Leeman*

Mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVG) zijn extra kwetsbaar voor problematisch alcohol- en drugsgebruik. Experimenteergedrag kan gemakkelijk overgaan in overmatig gebruik, doordat een cognitieve rem op het gedrag ontbreekt. In dit artikel bespreken we de resultaten van ons kwalitatieve onderzoek naar de wensen en behoeften van medewerkers in voorzieningen voor (jong)volwassenen met LVG ten aanzien van preventie van problematisch middelengebruik. We gaan in op het instellingsbeleid en de deskundigheid van medewerkers en geven suggesties voor de inzet van het preventieve programma Open en Alert.

Inleiding

Mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVG) hebben een lager intellectueel niveau dan mensen zonder verstandelijke beperking. In het dagelijks leven betekent dit dat mensen met LVG vaak een beperkt zelfinzicht en een laag zelfbeeld hebben, sterk beïnvloedbaar zijn en regelmatig 'overvraagd' worden; er wordt meer van hen gevraagd dan zij aankunnen, doordat hun beperking vaak niet direct zichtbaar is (Clerkx & Trentelman, 2007). Alcohol- en drugsgebruik kan gemakkelijk een compenserende functie gaan vervullen voor het tekort aan beschermende factoren in de sociale omgeving en voor het ontbreken van adequate sociale vaardigheden en weerbaarheid. De gevolgen van (problematisch) middelengebruik zijn bij mensen met LVG vaak ernstig. Het middelengebruik leidt bij hen sneller tot psychische ontregeling, (aangezet worden tot) criminaliteit, ernstige

* Drs. M. Dijkstra is wetenschappelijk medewerker bij het Trimbos-instituut te Utrecht. E-mail: mdijkstra@trimbos.nl.

Drs. E. Bransen is wetenschappelijk medewerker bij het Trimbos-instituut te Utrecht.

Drs. M. Leeman is programmamanager bij de Vereniging van Orthopedagogische Behandelcentra (VOBC) te Utrecht.

gedragsproblemen of ervaringen van seksueel of financieel misbruik (Bransen e.a., 2009; Mutsaers e.a., 2007; McGillicuddy, 2006; Cocco & Harper, 2002; Degenhardt, 2000). Binnen de groep mensen met LVG lijken degenen met een IQ tussen 70 en 85, eerder ook wel zwak-begaafden genoemd, het meest kwetsbaar voor deze nadelige gevolgen. Deze groep woont vaker zelfstandig, in de maatschappij, en komt gemakkelijker in aanraking met middelen. Om de problemen die ontstaan als gevolg van middelengebruik een halt toe te roepen, is verminderen van het alcohol- en drugsgebruik en voorkomen van het problematisch middelengebruik noodzakelijk.

Medewerkers in voorzieningen voor opvang, verblijf en begeleiding van mensen met LVG spelen vaak een belangrijke rol in het leven van hun cliënt. Als zij weten wat zich afspeelt in het leven van hun cliënten op het gebied van alcohol en drugs, in staat zijn tot open communicatie en duidelijke en heldere grenzen weten te stellen, kunnen zij een beschermende factor zijn voor riskant middelengebruik. Maar in hoeverre zijn kennis en vaardigheden aanwezig om middelengebruik te signaleren en bespreekbaar te maken? En sluit de reguliere aanpak van de verslavingszorg wel voldoende aan bij mensen met LVG?

In dit artikel bespreken we in hoeverre een specifiek deskundigheidsbevorderingsprogramma voor de preventie van problematisch alcohol- en drugsgebruik wenselijk is in voorzieningen voor (jong)volwassenen met LVG. De vragen waarop wij in dit artikel antwoord geven zijn: hoe ziet in Nederland het gebruik van alcohol en drugs door mensen met LVG eruit? Welke voorzieningen hebben een alcohol- en drugsbeleid en voeren dit beleid actief uit? In hoeverre zijn medewerkers in LVG-voorzieningen deskundig op het gebied van alcohol en drugs? In hoeverre zijn medewerkers in algemene voorzieningen deskundig op het gebied van een lichte verstandelijke beperking? Welke knelpunten en behoeften ervaren medewerkers bij het voorkomen of verminderen van (problematisch) middelengebruik door (jong)volwassenen met LVG?

Alcohol- en drugsgebruik door mensen met LVG

Nederland telt minimaal 154.000 mensen met een lichte verstandelijke beperking (Ras e.a., 2010). Van LVG is sprake wanneer een laag intellectueel functioneren, ofwel een IQ-score van 50-85, samengaat met een beperkt sociaal aanpassingsvermogen en een blijvende behoefte aan ondersteuning (Moonen & Versteegen, 2006). In dit artikel hantieren we bovengenoemde definitie van LVG (zie ook het kader hierna). Enkele onderzoeken in Nederland laten signalen zien van problematisch alcohol- en drugsgebruik onder mensen met LVG. Grootverbruik

van alcohol (het zogenaamde ‘binge’-drinken) en cannabis (alle dagen van de week meer dan zesmaal) blijkt hoger te liggen bij jongeren met LVG dan bij jongeren in het algemeen. Dat geldt vooral voor de jongeren in orthopedagogische behandelcentra (Bransen e.a., 2009) en voor de mensen met een hoger cognitief niveau van functioneren (IQ 70-85; Smits, 2008). Voorlopige resultaten van onderzoek naar het gebruik van alcohol, tabak en drugs onder jongeren in het speciaal onderwijs laten zien dat overmatig alcohol- en cannabisgebruik vooral hoog is onder zeer moeilijk lerende kinderen (Kepper e.a., 2009), waaronder jongeren met LVG.

Definitie lichte verstandelijke beperking

Mensen met een lichte verstandelijke beperking worden vaak aangeduid met de term LVG, een afkorting van de woorden licht verstandelijk gehandicapt. In Nederland is van LVG sprake bij: a een IQ van 50-70, of b een IQ van 70-85 in combinatie met een beperkt sociaal aanpassingsvermogen en een blijvende behoefte aan ondersteuning. Dit laatste houdt in dat iemand zich zonder hulp niet in sociale situaties kan handhaven. Zonder (langdurige) ondersteuning komt de persoon steeds opnieuw in de problemen (Moonen & Verstegen, 2006). Een IQ van 70-85 verwijst volgens de DSM-IV naar zwakbegaafdheid (‘borderline intellectueel functionering’).

Ook in de verslavingszorg zijn er cliënten met LVG. Bij Tactus Verslavingszorg heeft 6,5% van de cliënten een lichte verstandelijke beperking (De Jong e.a., 2009). Van de justitiabelen, ofwel personen die zich in het strafrechtelijk systeem bevinden, gebruikt 15-39% problematisch drugs en heeft een verstandelijke beperking (Kaal e.a., 2010). Overigens zijn individuele IQ-scores in onderzoek vaak onbekend. Grootchalig Nederlands onderzoek naar de omvang van problematisch alcohol- en drugsgebruik onder mensen met LVG wordt momenteel uitgevoerd onder de noemer SumID[®] (Van der Nagel e.a., 2008).

PREVENTIE TOT NU TOE

In 2008 sloegen de Vereniging van Orthopedagogische Behandelcentra (VOBC) en het Trimbos-instituut de handen ineen om het problematisch gebruik van alcohol en drugs door mensen met LVG terug te dringen. Onder leiding van het Trimbos-instituut stelden experts van de verslavingszorg en de LVG-zorg een preventief programma samen voor jongeren met LVG, op basis van bestaande initiatieven voor deze

doelgroep en het programma Open en Alert. Dit laatste programma, een product van het Trimbos-instituut in samenwerking met Mondriaan Verslavingspreventie, is gericht op preventie van problematisch alcohol- en drugsgebruik in risicosettings en bestaat uit beleidsontwikkeling en deskundigheidsbevordering. Open en Alert kent een versie voor de residentiële jeugdhulpverlening en een versie voor justitiële jeugdinrichtingen. Een aanpassing van het programma voor LVG-settings is uitgetest in drie orthopedagogische behandelcentra. Het programma bleek in deze setting uitvoerbaar en werd positief beoordeeld (Hilderink & Bransen, 2010). In 2011 is Open en Alert erkend als theoretisch goed onderbouwde interventie door het Centrum Gezond Leven van het RIVM.

Om te bepalen of er tevens behoefte is aan een dergelijk preventieprogramma voor voorzieningen voor (jong)volwassenen met LVG, hebben wij verkend welke knelpunten en behoeften voor preventie en deskundigheid medewerkers uit deze voorzieningen ervaren. In dit artikel maken we onderscheid in algemene voorzieningen waar mensen met LVG geregeld mee in contact staan en LVG-voorzieningen die zich specifiek en uitsluitend op deze doelgroep richten.

Methode

Ons onderzoek was kwalitatief van aard. We interviewden 52 sleutelfiguren van 27 organisaties verspreid over Nederland (zie tabel 1). De algemene voorzieningen waren de maatschappelijke opvang, psychiatrische penitentiaire centra en de verslavingszorg. Wij hebben de geestelijke gezondheidszorg (ggz) niet meegenomen in ons onderzoek, omdat daar gelijktijdig een vergelijkbaar onderzoek liep (Neijmeijer e.a., 2010). De LVG-voorzieningen waren de verstandelijk gehandicaptenzorg (VG), MEE en sociale werkvoorziening. MEE is een organisatie die mensen met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking of mensen met problemen door een chronische ziekte informatie, advies en ondersteuning biedt.

Per setting benaderden wij telefonisch vier organisaties verspreid over het land voor deelname aan een interview. Wij deelden daarbij Nederland op in vier regio's: Noord, Oost, West (de Randstad, bijvoorbeeld ook Utrecht) en Zuid. De organisaties werden aangedragen via de contactpersoon van de koepelorganisaties, zoals de Federatie Opvang en MEE Nederland. Twintig interviews zijn 'face to face' afgenomen en acht telefonisch. Vanwege de belangrijke rol bij alcohol- en drugspreventie hebben wij in de regionale instellingen voor verslavingszorg

vragenlijsten uitgezet. Daarin namen wij vergelijkbare vragen op als in de semi-gestructureerde vragenlijst voor de interviews. De dataverzameling vond plaats tussen november 2009 en maart 2010.

De vragen in de interviews en de vragenlijst gingen over het volgende.

- *Beleid in organisaties.* ‘Welke knelpunten worden ervaren bij de uitvoering van alcohol- en drugsbeleid?’
- *Deskundigheid in organisaties.* ‘Welk percentage van de medewerkers van uw instelling(slocatie) is deskundig in het begeleiden van middelengebruik door mensen met LVG?’
- *Samenwerking met andere instellingen.* ‘In hoeverre heeft u contact met andere instanties op het gebied van preventie en behandeling van problematisch middelengebruik?’

Daarnaast hebben wij vragen gesteld over volwassenen met LVG, het alcohol- en drugsgebruik van deze groep en de risico's en gevolgen van dit gebruik. De bevindingen van die resultaten staan beschreven in Bransen e.a. (2010). De interviews duurden gemiddeld een uur. De functies van de sleutelfiguren liepen uiteen van persoonlijk begeleider en behandelcoördinator tot manager en directeur. De werkervaring (in de huidige functie) varieerde van drie maanden tot 34 jaar. Gemiddeld werkten de geïnterviewden twaalf jaar in de betreffende sector.

Resultaten

We bespreken eerst de bevindingen van ons onderzoek over het alcohol- en drugsbeleid in instellingen. Daarna volgen de resultaten over deskundigheid in de algemene voorzieningen, dus in de maatschappelijke opvang, psychiatrische penitentiaire centra en verslavingszorg. We kijken dan vooral naar de ervaren deskundigheid van medewerkers op het gebied van een verstandelijke beperking. Dezelfde vragen be-

Tabel 1. Aantal organisaties en sleutelfiguren die zijn geïnterviewd of die vragenlijsten invulden.

	Aantal organisaties	Aantal sleutelfiguren
LVG-settings:		
VG-instellingen	4	12
MEE	5	11
Sociale werkvoorzieningen	4	7
Algemene settings:		
Maatschappelijke opvang	4	6
Psychiatrische penitentiaire centra	4	5
Verslavingszorg	6	11
Totaal	27	52

antwoorden we over de LVG-voorzieningen, maar daar ligt het accent meer op de ervaren deskundigheid op het gebied van alcohol en drugs. Vervolgens benoemen we de samenwerking tussen instellingen en de ervaren knelpunten en behoeften.

ALCOHOL- EN DRUGSBELEID

In de psychiatrische penitentiaire centra en de maatschappelijke opvang is meestal een alcohol- en drugsbeleid aanwezig. De meeste respondenten in de maatschappelijke opvang geven aan dat dit beleid uitvoerbaar is. Tegelijkertijd geven enkele respondenten aan dat de uitvoering van dit beleid per cliënt verschilt (bijvoorbeeld: 'Per persoon wordt bekeken wat de invloed van het middelengebruik is'). In de psychiatrische penitentiaire centra is gebruik van alcohol en drugs niet toegestaan. De centra nemen diverse preventieve en controlerende maatregelen om gebruik tegen te gaan zoals fouilleren, celcontrole en urinecontrole. Deze maatregelen gelden voor iedereen, ongeacht of er sprake is van een verstandelijke beperking. De geïnterviewden geven aan dat het alcohol- en drugsbeleid gehandhaafd wordt. Desondanks is drugsgebruik in de psychiatrische penitentiaire centra niet goed uit te bannen, zoals een respondent aangeeft. Dat komt overeen met recent onderzoek in justitiële jeugdinrichtingen (Kepper e.a., 2010). Heel anders is de situatie in de onderzochte LVG-voorzieningen, waar alcohol- en drugsbeleid minder vaak aanwezig is. Geïnterviewden van MEE melden dat er geen (geschreven) beleid is ten aanzien van middelengebruik in de eigen instelling. Respondenten van VG-instellingen geven aan dat er vaak wel beleid is, maar dat dit beleid in de praktijk niet wordt nageleefd. Zo vertelt een sleutelfiguur dat het voor cliënten nadelig is om star aan protocollen vast te houden. Ondanks het restrictieve instellingsbeleid staat men gebruik van alcohol en softdrugs dan ook (met mate) toe op deze locatie. In de sociale werkvoorziening zijn alcohol en drugs op de werkvloer niet toegestaan. Uit de interviews met de sleutelfiguren komt naar voren dat het moeilijk blijft om (preventief) iets aan het middelengebruik te doen, zolang er geen werkgerelateerde problemen zijn (zoals ziekteverzuim). De werkgeverfunctie is duidelijk anders dan de hulpverleningsfunctie.

DESKUNDIGHEID IN ALGEMENE VOORZIENINGEN

Kennis op het gebied van preventie, screening en begeleiding van (jong)volwassenen met LVG is nauwelijks aanwezig, volgens de meeste sleutelfiguren in de psychiatrische penitentiaire centra en de verslavingszorg. Opvallend is dat de meeste respondenten in de psychiatrische penitentiaire centra de beperkte kennis van zowel een verstande-

lijke beperking als alcohol en drugs voldoende vinden. Dat komt onder meer doordat middelengebruik niet is toegestaan en de zorg na detentie belangrijker wordt gevonden. In de maatschappelijke opvang vinden de meeste geïnterviewden de kennis en vaardigheden voldoende, maar heeft een aantal behoefte aan scholing over een verstandelijke beperking. En dat lijkt ook wel op zijn plaats: door een aantal respondenten wordt namelijk veel harddrugsgebruik gesignaleerd, terwijl anderen dat helemaal niet signaleren. Dit heeft onder andere met het type voorziening (en het bijbehorende beleid) te maken, maar duidt ook op onbekendheid van medewerkers met harddrugs en het herkennen van dit gebruik bij (jong)volwassenen met LVG. Dit laatste geldt eveneens voor de verslavingszorg, waar een aantal respondenten veel overmatig alcohol, softdrugs- en harddrugsgebruik signaleert bij mensen met LVG en anderen nauwelijks.

DESKUNDIGHEID IN LVG-VOORZIENINGEN

In LVG-voorzieningen is uiteraard kennis aanwezig op het gebied van een verstandelijke beperking, maar ontbreekt juist kennis over alcohol en drugs. Sleutelfiguren van VG-instellingen vinden deze beperkte kennis onvoldoende. MEE en sociale werkvoorzieningen vinden dit minder bezwaarlijk. Zij zijn immers geen specialistische hulpverlenende instelling. Een aantal geïnterviewden heeft echter behoefte aan deskundigheidsbevordering over het signaleren van alcohol- en drugsgebruik en het toepassen van motiverende gespreksvoering voor doorverwijzing naar bijvoorbeeld de verslavingszorg.

SAMENWERKING

De meeste instellingen die betrokken waren bij ons onderzoek hebben contact met de verslavingszorg. Daarbij gaat het voornamelijk om incidenteel contact over een doorverwijzing of het verzorgen van een scholing over alcohol en drugs voor medewerkers. De maatschappelijke opvang vormt daarop een uitzondering. Daar vindt tevens structureel casuïstiekbespreking en multidisciplinair overleg plaats met (onder andere) de verslavingszorg.

KNELPUNTEN EN BEHOEFTE

Respondenten van LVG-voorzieningen vinden dat het aanbod van de verslavingszorg (zoals het geven van voorlichting, behandeling, de wijze van benadering en foldermateriaal) onvoldoende aangepast is aan mensen met LVG. Respondenten van de verslavingszorg ervaren dat in de praktijk zelf ook. Zij richten zich te veel op het zelfsturend vermogen van hun cliënten, wat nu net bij iemand met LVG wat min-

der aanwezig is. Bovendien houden zij geen rekening met de korte aandachtsspanne en overvragen ze de cliënt. Een ander knelpunt dat respondenten van de verslavingszorg noemen is het verschil in inzicht tussen de eigen medewerkers en medewerkers van LVG-voorzieningen over begeleiding en behandeling. Voor de verslavingszorg is autonomie van de cliënt richtinggevend, terwijl de verstandelijk gehandicaptenzorg bescherming van cliënten als centraal paradigma heeft. Een moeizame samenwerking en het onvoldoende van de grond krijgen van preventieactiviteiten zijn vaak het gevolg.

Uit de interviews blijkt ook dat instellingen een cliënt met zowel LVG als problematisch middelengebruik proberen te 'vermijden'. De verslavingszorg geeft aan weinig te kunnen bieden voor (ongemotiveerde) cliënten met LVG en verwijst ze terug naar de LVG-voorziening. Andersom weten LVG-voorzieningen zich geen raad met gebruikende cliënten en verwijzen ze - ook om hun andere cliënten te beschermen - naar de verslavingszorg. Voor cliënten betekent dit de zoveelste 'faal-ervaring' en het uitblijven van de benodigde zorg. Maar de kern van het probleem is het ontbreken van expertise bij de betrokken medewerkers en de beperkte samenwerking tussen instellingen. Ten slotte wordt de financiering van preventie en scholing als belangrijk knelpunt ervaren.

De belangrijkste behoefte van VG-instellingen is het aangereikt krijgen van meer praktische handvatten voor de begeleiding van cliënten die (problematisch) middelen gebruiken. Ook willen LVG-voorzieningen graag ondersteuning bij het opstellen van alcohol- en drugsbeleid. De ondervraagde algemene voorzieningen hebben vooral behoefte aan het signaleren van een verstandelijke beperking (protocol is in ontwikkeling; Moonen, 2011) en de juiste wijze van benadering van de doelgroep. Hoe spreek je ze aan? Wat moet je nu wel en juist niet doen bij het geven van voorlichting? Respondenten van de verslavingszorg hebben voornamelijk behoefte aan duidelijke afspraken tussen instellingen en een diagnostisch instrument om problematisch middelengebruik bij mensen met LVG te kunnen vaststellen.

Conclusie

Wij onderzochten in hoeverre een specifiek preventieprogramma wenselijk is in voorzieningen voor (jong)volwassenen met LVG. Dit deden wij door interviews af te nemen met 52 sleutelfiguren uit voorzieningen die met deze doelgroep in contact staan. Daarbij maakten we een onderscheid in enkele algemene voorzieningen (maatschappelijke

opvang, psychiatrische penitentiaire centra, verslavingszorg) en LVG-voorzieningen (VG-instelling, MEE, sociale werkvoorziening). Wat zeggen de resultaten?

In LVG-voorzieningen ontbreekt veelal alcohol- en drugsbeleid. Ondersteuning bij het opzetten van ontmoedigingsbeleid is nodig om de doelgroep eenduidig te kunnen begeleiden. In LVG-voorzieningen ontbreekt bovendien kennis van de medewerkers op het gebied van alcohol en drugs. Scholing waarin praktische handvatten voor preventie en begeleiding geboden worden, is gewenst. In algemene voorzieningen ontbreekt kennis over verstandelijke beperkingen. Vanwege het verbod op middelengebruik in de psychiatrische penitentiaire centra is scholing daar volgens de respondenten niet nodig, al valt ook daar wellicht winst te behalen als meer op preventie en scholing wordt ingezet. In de maatschappelijke opvang en verslavingszorg is vooral behoefte aan het signaleren van een verstandelijke beperking en de juiste wijze van benaderen. De LVG-voorzieningen en de verslavingszorg weten elkaar te vinden, maar er wordt sporadisch gebruik gemaakt van elkaars expertise. Dit heeft onder meer te maken met het verschil in inzicht over de manier van begeleiding en behandeling en ontbrekende financiële middelen voor preventie en onderlinge deskundigheidsbevordering.

Wij kunnen concluderen dat het preventieprogramma Open en Alert ook nodig is in voorzieningen voor (jong)volwassenen met LVG. In dit programma staan het opstellen van een passend alcohol- en drugsbeleid in de voorziening centraal, evenals het geven van scholing aan medewerkers over het omgaan met alcohol en drugs. Vanwege het gegeven dat de subgroep met een IQ van 70-85 het meest kwetsbaar lijkt voor (de nadelige gevolgen van) middelengebruik, is invoering van Open en Alert met name - maar niet alleen! - in voorzieningen voor deze subgroep van mensen met LVG van belang.

Discussie

Welke mogelijkheden bieden deze uitkomsten? Het is duidelijk dat verslavingspreventie actiever moet inzetten op de LVG-doelgroep. Zij kan een faciliterende rol spelen, door scholing te bieden aan medewerkers van LVG-voorzieningen en hen te ondersteunen bij het opzetten van eenduidig en uitvoerbaar alcohol- en drugsbeleid. Open en Alert biedt daarvoor concrete handvatten en de versie voor LVG-settings is vanaf 2011 landelijk beschikbaar. Omgekeerd is ook meer expertise nodig in algemene voorzieningen op het gebied van een verstandelijke beperking. Meer samenwerking, financiering en multidisciplinair overleg lijkt de meeste kans van slagen te hebben om proble-

matisch gebruik van middelen door mensen met LVG effectief aan te pakken. Tevens is meer onderzoek nodig naar bestaande deskundigheidsbevordering voor algemene voorzieningen over een verstandelijke beperking, waarna eventueel een specifiek programma ontwikkeld of aangepast dient te worden voor landelijke implementatie.

Overigens zijn er regio's in Nederland waar de samenwerking goed verloopt en waar regelmatig activiteiten plaatsvinden om de problematiek aan te pakken. Maar juist door de regionale verschillen blijft de vraag wat er nodig is om een preventief programma als Open en Alert te implementeren in de LVG-zorg. Waarom lukt dit in de ene regio wel en in de andere regio niet? Momenteel onderzoekt het Trimbos-instituut met financiering van het ministerie van VWS wat deze verschillen zijn en welke belemmerende en bevorderende factoren van belang zijn voor landelijke implementatie. Daarnaast zal de VOBC het initiatief nemen voor het opstellen van een richtlijn voor middelengebruik. De richtlijn wordt een praktisch hulpmiddel dat gebruikt kan worden bij de afwegingen die begeleiders van cliënten met LVG in hun dagelijkse werk maken. De richtlijn kan daarnaast als kwaliteitsinstrument gebruikt worden.

Kortom, er worden belangrijke stappen in de goede richting gezet. Dat geldt ook voor de ontwikkeling van een betrouwbaar screeningsinstrument voor het vaststellen van middelengebruik bij mensen met LVG, een belangrijk resultaat van het grootschalig onderzoek van SumID[®] (Van der Nagel & Kiewik, 2009). Daarmee wordt voorzien in een duidelijke behoefte die ook in ons onderzoek naar voren kwam. Is problematisch middelengebruik onder (jong)volwassenen met LVG daarmee over een paar jaar verdwenen? Nee. Problematisch middelengebruik van mensen met LVG staat niet op zichzelf. Vaak speelt er ook psychische, sociale en financiële problematiek. Wij pleiten dan ook voor onderzoek naar het bereiken van deze doelgroep in verschillende voorzieningen en de uitkomsten van de geboden hulp- en dienstverlening. En dan vooral bij de subgroep mensen met een IQ van 70-85 die vanwege de vermaatschappelijking van de zorg en het ontbreken van werk of andere dagbesteding het meest kwetsbaar zijn voor problematisch middelengebruik en bijkomende problemen. Of de voorzieningen voor deze subgroep binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg blijven vallen of dat zij mogelijk onderdeel gaan worden van de algemene voorzieningen, staat nog te bezien (Rijksoverheid, 2010). Duidelijk is dat deze algemene voorzieningen voldoende toegankelijk zullen moeten zijn voor deze groep. Anders zal het risico op een negatief beloop van middelengebruik voor hen onverantwoord toenemen.

Literatuur

- Bransen, E., Dijkstra, M., & Leeman, M. (2010). Alcohol en drugsgebruik door (jonge) mensen met een lichte verstandelijke beperking. *Onderzoek en Praktijk*, 8, 26-35.
- Bransen, E., Schipper, H., & Blekman, J. (2009). Middelengebruik door jongeren met een licht verstandelijke handicap. Een eerste verkenning van aard en omvang. *Verslaving*, 5, 37-49.
- Clerkx, M., & Trentelman, M. (2007). Van Kei en Eik. Over de behandeling van verslaving bij volwassen mensen met een lichte verstandelijke handicap. In R. Didden & X. Moonen (red.), *Met het oog op behandeling. Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking* (pp. 105-111). Amersfoort: Landelijk Kenniscentrum LVG/Expertisecentrum De Borg.
- Cocco, K.M., & Harper, D.C. (2002). Substance use in people with mental retardation: A missing link in understanding community outcomes? *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 46, 34-41.
- 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.
- Hilderink, I., & Bransen, E. (2010). *Voorkomen van problematisch middelengebruik door jongeren met een licht verstandelijke beperking. Een interventieprogramma*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Jong, C. de, Nagel, J. van der, Kiewik, M., & Kemna, L. (2009). 7th European congress of mental health in intellectual disability. Presentatie 4 september 2009 (Sio6): Substance use and misuse in intellectual disability (SumID). Amsterdam.
- Kaal, H.L., Ooyen-Houben, M.M.J. van, Ganpat, S., & Wits, E. (2009). Een complex probleem. *Passende zorg voor verslaafde justitiabelen met co-morbide psychiatrische problematiek en een lichte verstandelijke handicap*. Den Haag: Ministerie van Justitie/Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum.
- Kepper, A., Dorsselaer, S. van, 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.
- Kepper, A., Veen, V., Monshouwer, K., Stevens, G., Drost, W., Vroome, T. de, & Vollebergh, W. (2010). *Middelengebruik bij jongens in Justitiële Jeugdinrichtingen. Het gebruik van tabak, alcohol, cannabis en harddrugs bij jongens met en zonder PIJ-maatregel*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- McGillicuddy, N.B. (2006). A review of substance use research among those with mental retardation. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 12, 41-47.
- Moonen, X.M.H. (2011). *Mondelinge mededeling*. College and Graduate School of Child Development and Education, University of Amsterdam.
- Moonen, X., & Verstegen, D. (2006). LVG-jeugd met ernstige gedragsproblematiek in de verbinding van praktijk en wetgeving. *Onderzoek en Praktijk*, 4, 23-28.
- Mutsaers, K., Blekman, J.W., & Schipper, H.C. (2007). *Licht verstandelijk gehandicapten en middelengebruik. Wat is er tot op heden bekend?* Utrecht: Trimbos-instituut.

- Nagel, J.E.L. van der, Kiewik, M., Jong, C.A.J. de, Buitelaar, J.K., Didden, R., Uges, D.R.A., McGillicuddy, N.B., & Korzilius, H. (2008). Grant application form. Dossier number: 60-60600-97-158. ZonMW programma Risicogedrag en afhankelijkheid. Internet: www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/substance-use-and-misuse-among-intellectually-disabled-persons-sumid.
- Neijmeijer, L., Moerdijk, L., Veneberg, G., & Muusse Ch. (2010). *Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ. Een verkennend onderzoek*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Ras, M., Woittiez, I., Kempen, H. van, & Sadiraj, K. (2010). *Steeds meer verstandelijk gehandicapten? Ontwikkelingen in vraag en gebruik van zorg voor verstandelijk gehandicapten 1998-2008*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Rijksoverheid (2010). *Vrijheid en verantwoordelijkheid*. Regeerakkoord VVD-CDA. Internet: www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2010/09/30/regeerakkoord-vvd-cda.html (30-11-2010).
- Smits, A. (2008). *Beperkte kater? Onderzoek naar (de begeleiding en behandeling van) alcohol- en drugsmisbruik bij mensen met een verstandelijke beperking*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, Afdeling Orthopedagogiek.