

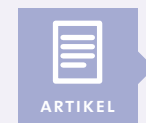
# Verslaving bij mensen met een lichte verstandelijke beperking; versterk de zorgketen

J.E.L. VANDERNAGEL, N. VAN DUIJVENBODE, S.W.L. VAN HORSEN

- ACHTERGROND** Mensen met een lichte verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid (LVB) vormen een risicogroep voor psychiatrische stoornissen, waaronder verslavingsproblemen. Behandeling wordt vaak gecompliceerd door psychiatrische en somatische comorbiditeit, alsook door handelingsverlegenheid bij hulpverleners.
- DOEL** Psychiaters houvast bieden bij het vormgeven van de zorg voor patiënten met een LVB en verslavingsproblemen.
- METHODE** Aan de hand van een casus beschrijven van obstakels en oplossingsrichtingen voor de zorg aan deze doelgroep.
- RESULTATEN** Nederland loopt voorop in de zorg voor patiënten met een LVB en verslaving. Bestaande interventies worden echter nog onvoldoende gebruikt.
- CONCLUSIE** Professionals moeten hun vaardigheden om met deze groepen te werken vergroten, en ketenzorg in de regio moet worden doorontwikkeld. Dit is een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor verslavingszorg, algemene ggz en verstandelijk gehandicaptenzorg.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)11, 798-803

**TREFWOORDEN** lichte verstandelijke beperking, psychiatrie, verslaving



Mensen met een lichte verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid (hier samen genomen onder de afkorting LVB) zijn kwetsbaar voor een scala aan psychiatrische stoornissen, waaronder verslavingsproblematiek (Van Duijvenbode e.a. 2015). Uit onderzoek in Nederlandse instellingen voor gehandicaptenzorg (VanDerNagel e.a. 2017a) bleek het gebruik van alcohol in de maand voor het onderzoek onder respondenten met een LVB lager te liggen (64%) dan in de algemene bevolking (77%), maar lagen bijvoorbeeld roken (62%) en cannabisgebruik (15%) juist hoger (ten opzichte van 25% en 5% in de algemene Nederlandse bevolking; Van Laar & Van Ooyen-Houben 2015). In Vlaanderen lijkt in instellingen voor gehandicaptenzorg vooral het gebruik van alcohol (46%) en tabak (48%) aan de orde (Swerts e.a. 2017).

Publicaties uit andere landen laten een wisselend beeld zien van verhoogde prevalentie (onder subgroepen zoals patiënten met LVB en psychiatrische aandoeningen (Salavert e.a. 2018) of forensische problematiek (zie bijvoorbeeld Lindsay e.a. 2013)), of juist verlaagde percentages gebruik (met name waar het om illegale middelen gaat) (Van Duijvenbode & VanDerNagel 2019).

Uit Nederlandse cijfers blijkt dat het gebruik vaak op jonge leeftijd begint. Zo vonden Kiewik e.a. (2016) onder leerlingen tussen de 12 en 15 jaar in het praktijkonderwijs dat 49% ervaring had met roken en 75% met alcohol.

De consequenties van langdurig overmatig middelengebruik zijn doorgaans ernstig en hebben niet alleen betrekking op de gezondheid en het welbevinden van de desbetreffende persoon, maar ook op diens omgeving. Ook voor

behandelaars is verslavingsproblematiek bij mensen met een LVB een moeilijke combinatie, die zowel in de gehandicaptenzorg als in de verslavingszorg tot handelingsverlegenheid leidt (VanDerNagel e.a. 2017b).

Deze problemen voor individu, omgeving, en zorgverleners worden nog complexer wanneer er daarnaast ook sprake is van een andere psychiatrische aandoening (tripelproblematiek) en/of ernstige psychosociale problemen (financiële problemen, sociale uitsluiting en forensische problematiek).

In dit artikel beschrijven we aan de hand van een casus zowel de complexiteit als de oplossingsrichtingen in de zorg voor patiënten met LVB en verslavingsproblematiek. Daarbij bespreken we in het kort een aantal interventies die beschikbaar zijn voor toepassing in de Nederlandse en Vlaamse zorg.

## GEVALSBESCHRIJVING

Patiënt A, een 42-jarige man, werd met een forensische zorgtitel aangemeld voor klinische behandeling van een stoornis in het gebruik van opiaten (heroïne) en benzodiazepinen. Verslavingsproblematiek en delictgedrag (diefstallen, heling, overtreding van de Opiumwet) stamden uit zijn vroege puberteit. Verwijzer vermoedde dat er daarnaast sprake was van aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD).

Na klinische stabilisatie viel in op dat patiënt onrustig was en dat hij een beperkt begripsvermogen en beperkte vaardigheden had. Uit onderzoek bleken zowel zijn cognitieve als zijn adaptieve vermogens op LVB-niveau te liggen, en via zijn oom en tante hoorden we dat patiënt op school al niet goed mee kon komen. Daarmee werd de diagnose LVB zeer waarschijnlijk.

Na overplaatsing op een afdeling voor mensen met verslaving en LVB bloeide patiënt op. De intensieve begeleiding bij dagelijkse activiteiten en huishoudelijke zorg en de afwisseling tussen 'praattherapie' en werken in een dagbestedingsproject deden hem goed.

Toch bleef hij overdag onrustig en prikkelbaar, en 's nachts schreeuwde hij medepatiënten wakker. Een gesprek hierover wees hij af: 'dat heb ik eerder geprobeerd, helpt toch niet'. Navraag bij de reclassering leerde dat patiënt een traumataxatie had gehad, maar voor therapie werd afgevoerd vanwege zijn verslaving.

Pas toen hij een medepatiënt zag opknappen door trauma-behandeling stond ook patiënt open voor diagnostiek en behandeling. Een intensief *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR)-traject vanwege herhaald seksueel trauma leverde een sterke klachtenreductie op. De eerdere onrust was verdwenen, en de werkhypothese ADHD werd verworpen.

## AUTEURS

**JOANNEKE VAN DER NAGEL**, psychiater/epidemioloog, Tactus Centrum Verslaving & LVB, Enschede.

**NEOMI VAN DUIJVENBODE**, GZ-psycholoog i.o./onderzoeker, Tactus Centrum Verslaving & LVB, Zutphen.

**SASKIA VAN HORSEN**, orthopedagoog generalist/EMDR practitioner i.o., Tactus Centrum Verslaving & LVB, Enschede.

## CORRESPONDENTIEADRES

J. van der Nagel, Tactus Centrum Verslaving & LVB, Raiffeisenstraat 75, 7514 AM Enschede.

E-mail: j.vandernagel@tactus.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 31-7-2019.

## BESPREKING

In de casus van patiënt A werd zijn 'onrust' door verwijzer toegeschreven aan ADHD. Pas bij langer verblijf in een op zijn niveau aangepaste omgeving (met passend activiteitenprogramma en intensieve begeleiding) was er een dusdanige stabilisatie dat gerichte diagnostiek naar achterliggende problemen mogelijk was. Ook de aard, omvang en complexiteit van zijn problemen werden pas na jarenlange forensische bemoeienis duidelijk. Het ligt in de lijn van de verwachting dat patiënt in eerdere behandelingen werd overvraagd, waarbij probleemgedrag niet adequaat behandeld werd. Na succesvolle behandeling in de klinische context is patiënt toe aan de volgende stap: een rehabilitatieafdeling waarin toegewerkt wordt naar beschut wonen in de gehandicaptenzorg.

### Behandeling van verslaving bij LVB

De afgelopen jaren zijn er in Nederland verschillende interventies ontwikkeld voor verslavingsproblematiek bij patiënten met een LVB (zie Van Duijvenbode e.a. 2018 voor een overzicht en **TABEL 1** voor adviezen). Deze interventies richten zich op screening en diagnostiek, als ook op preventie en behandeling van verslavingsproblematiek bij mensen met een LVB.

### Preventie

De basis van een goed preventief beleid is het tijdig onderkennen van risicogedrag en risicofactoren in de omgeving. Uit onderzoek van Kiewik e.a. (2016) blijkt dat men hiervoor op jonge leeftijd moet beginnen, en dat de interventies zowel de jongeren als hun omgeving moeten betreffen.

Voor professionals uit de LVB-zorg is er scholingsaanbod en zijn er handboeken (VanDerNagel e.a. 2017b). Hierin komt naast middelenkennis en vaardigheden in het signaleren van risico's op gebruik, ook het gebruik van LVB-vriendelijk voorlichtingsmateriaal (zie bijvoorbeeld Rensink e.a. 2014) aan bod. Daarnaast wordt een interventie gericht op jongeren met een LVB en persoonlijkheidskenmerken met een hoog risico op problematisch gebruik onderzocht (Schijven e.a. 2014).

### Casefinding en diagnostiek

De aard en complexiteit van de problemen van patiënten met LVB en verslaving zijn doorgaans niet meteen evident voor nieuw betrokken professionals. Deels ligt dit aan de specifieke 'bril' waarmee men kijkt, waarbij comorbide problemen bewust of onbewust minder aandacht krijgen. Deels ook aan de klachtpresentatie van de patiënt, die soms zijn klachten niet goed onder woorden kan brengen, maar ook vaak een expert is in het verbloemen van zijn problemen. Hierbij is er een groot risico op *diagnostic overshadowing*: symptomen en problemen worden ten onrechte toegewezen aan reeds bekende aandoeningen, waarbij comorbiditeit over het hoofd wordt gezien. Systematische screening, maar ook dóórvragen en blijven zoeken naar alternatieve verklaringen om toe te werken naar een integrale diagnostische beschrijving zijn hiervoor een

remedie. Soms is dit pas goed mogelijk na een periode van herstel en opbouw van vertrouwen.

Voor het in kaart brengen van middelengebruik bij LVB is er de *Substance use and misuse in Intellectual Disability Questionnaire* (SUMID-Q; VanDerNagel e.a. 2011). Van deze lijst is ook een Vlaamse, Deense en Duitse variant beschikbaar. Voor het screenen op LVB is er onder andere de *Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking* (SCIL; Kaal e.a. 2013).

### (Motiveren tot) behandeling

Motivatie tot verandering kan worden ondersteund door de methode *Sterker dan de kick* (Kroon e.a. 2016). Handvaten voor een goede start in de verslavingszorg vindt u in de Handreiking voor implementatie en uitvoering van een LVB-vriendelijke intake in de verslavingszorg (VanDerNagel e.a. 2017c).

Het vóór de kennismaking verzamelen van achtergrondinformatie bij ketenzorgpartners, en het in taalgebruik en bejegening aansluiten bij de patiënt zijn van essentieel belang. Houd daarnaast rekening met een beperkt probleembesef, en weinig vertrouwen van de patiënt in hulpverlening. Het creëren van perspectief op een positieve(re) toekomst door controle over middelengebruik is tezamen met een oplossingsgerichte benadering en technieken uit de motiverende gespreksvoering vaak de schakel om patiënten tot een veranderingstraject te moti-

**TABEL 1** Aanbevelingen voor de zorg voor patiënten met LVB en verslaving

Thema	Aanbevelingen
(H)erkenning en diagnostiek	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Erken mensen met een LVB als risicogroep voor psychiatrische stoornissen (waaronder verslaving)</li> <li>– Blijf alert op comorbiditeit (somaatich en psychiatrisch incl. verslaving)</li> <li>– Gebruik screeningsinstrumenten voor een brede systematische screening</li> <li>– Overweeg opnieuw diagnostiek na een periode van stabilisatie</li> <li>– Schakel waar nodig voor diagnostiek experts uit andere vakgebieden in</li> </ul>
Behandeling	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Maak gebruik van bestaande methodieken voor LVB en verslaving</li> <li>– Gebruik bij comorbiditeit de behandelrichtlijnen voor dubbele diagnose, met aanpassingen op het niveau van interventies aan mogelijkheden en beperkingen van de patiënt</li> <li>– Werk intensief samen met het systeem rondom de patiënt</li> <li>– Neem voor behandeltrajecten meer tijd per sessie, en zorg voor een verlengd traject</li> </ul>
Samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bevorder samenwerking tussen partners in gehandicaptenzorg, psychiatrie, verslavingszorg, somatiek en het sociaal domein bij preventie, vroegsignalering, verwijzing, behandeling, vervolgzorg en doorplaatsing</li> <li>– Doe dit op het niveau van individuele zorg, op teamniveau (uitwisseling van consulenten), als op regionaal organisatieniveau (wederzijdse scholing, formele afspraken over consultatie en samenwerking)</li> <li>– Erken hierbij elkaars expertise en verantwoordelijkheid, en neem verantwoordelijkheid om eigen expertise (ondanks comorbiditeit) in te brengen. Dit kan parallel of sequentieel aan trajecten van andere aanbieders</li> <li>– Gebruik de expertise van samenwerkingspartners om eigen vaardigheden in gespreksvoering, diagnostiek, behandeling te vergroten</li> </ul>

veren. Hierbij is samenwerking met het netwerk rondom de patiënt essentieel.

Voor de in de Nederlandstalige verslavingszorg gangbare cognitieve gedragstherapie (CGT) is een LVB-vriendelijke variant (VanDerNagel & Kiewik 2016) ontwikkeld. In de CGT+ zijn bijvoorbeeld de in de reguliere CGT gebruikte 'zelfcontroletechnieken' omschreven in de 6 A'tjes (TABEL 2). Gedurende de behandeling onderzoekt men met de patiënt stap voor stap welk 'A'tje' kan helpen in het verkrijgen van grip op gebruik. Hierbij stelt men een geleidelijke aanpak met kleine, haalbare doelen voor. Deze stap-voor-stapbenadering helpt zowel patiënt als diens omgeving in het creëren van nieuw perspectief, wederzijds vertrouwen en controle over gebruik.

Waar nodig kan men deze interventies aanvullen met farmacotherapie (bij detoxificatie, terugvalpreventie en comorbiditeit), aanvullende CGT gericht op comorbiditeit, alsmede psychosociale interventies zoals casemanagement of trajectbegeleiding.

Wanneer klinische detoxificatie nodig is, kan deze doorgaans op een reguliere verslavingsafdeling plaatsvinden. De patiënten die op basis van de complexiteit en ernst van problematiek een intensieve klinische vervolgbehandeling nodig hebben, zijn aangewezen op de (bovenregionale) afdelingen voor LVB en verslaving. Het succes van dergelijke klinische episodes hangt echter in belangrijke mate af van het voor- en natraject in de eigen regio.

### De zorgketen

Adequate behandeling en zorg zijn voor patiënten met LVB en verslaving nog niet vanzelfsprekend. Verslaving wordt in de gehandicaptenzorg nogal eens gezien als contra-indicatie voor plaatsing. In de verslavingszorg worden patiënten met een LVB soms al vóór kennismaking of intake afgewezen, vanuit de veronderstelling dat de LVB een succesvolle verslavingsbehandeling in de weg zou staan (Van Duijvenbode e.a. 2018; VanDerNagel e.a. 2017c). Wanneer men ondanks comorbiditeit wel behandelt, ontbreekt het

vaak aan goede vervolgzorg of integratie met parallel lopende zorg voor de comorbiditeit.

Netto resultaat: de patiënt wordt telkens doorverwezen naar een andere instelling, of krijgt helemaal geen zorg. Hoewel integrale zorg vaak wenselijk is, kan de gevoelde opdracht hiertoe ook het 'hete aardappel'-effect versterken: zorgverleners voelen zich niet capabel om alle problemen aan te pakken. Sequentiële of parallelle zorg uit verschillende sectoren kan hiervoor een goede alternatieve oplossing zijn.

Het vormgeven van een zorgketen en intersectorale samenwerking tussen verstandelijk gehandicaptenzorg en verslavingszorg is derhalve van essentieel belang. Een dergelijke zorgketen begint bij de tijdige identificatie van (mogelijke) dubbele (of drievoudige) problematiek, en de bereidheid hierin over de grenzen van de instellingen samen te werken, met behoud van eigen identiteit, deskundigheids- en verantwoordelijkheidsgebied (TABEL 1).

De interventies die we in dit artikel beschrijven, vormen samen een stevige basis voor een dergelijke keten en zouden door reguliere (gespecialiseerde) ggz-instellingen in samenwerking met hun LVB-ketenpartners in elke regio moeten worden aangeboden.

### CONCLUSIE

Zorg voor patiënten met een LVB en verslaving betekent vaak complexe zorg, voor meervoudige problematiek. Dit vraagt veel van zowel patiënt, naastbetrokkenen als professionals. Nederland loopt voorop in de zorg voor patiënten met een LVB en verslaving (Van Duijvenbode & VanDerNagel 2019), en ook in Vlaanderen worden stappen gezet om de zorg voor deze groep te verbeteren. Bestaande interventies en methodieken worden echter nog onvoldoende gebruikt en ketenzorg in de regio moet men doorontwikkelen. Professionals in zowel de verstandelijk gehandicaptenzorg als de verslavingszorg dragen hiervoor een gezamenlijke verantwoordelijkheid.

TABEL 2 Zelfcontroletechnieken CGT+: de zes A'tjes (VanDerNagel & Kiewik 2016)

Techniek	A'tje	Toelichting
Stimuluscontrole	Afstand nemen	Letterlijk of figuurlijk afstand nemen
Stimulusrespons	Alternatieven	Gezonde alternatieven voor gebruik
	Afleiding zoeken	Omgaan met moeilijke momenten
	Aangeven en bespreken	Ondersteuning bij vertrouwenspersoon zoeken
	Anders denken - anders doen	Van smoesjes naar helpende gedachten en gezond gedrag
Responsconsequenties	Applaus	Erkenning, beloningen en complimenten

## LITERATUUR

- Van Duijvenbode N, VanDerNagel JEL, Didden R, Engels RCME, Buitelaar JK, Kiewik M, e.a. Substance use disorders in individuals with mild to borderline intellectual disability: Current status and future directions. *Res Dev Disabil* 2015; 38: 319-28.
- Van Duijvenbode N, VanDerNagel JEL. A systematic review of substance use (disorder) in individuals with mild to borderline intellectual disability. *Eur Add Res* 2019; doi: 10.1159/000501679.
- Van Duijvenbode N, VanDerNagel JEL, Poelen E, Kiewik M, Kemna L, Bierman K. Middelengebruik bij mensen met LVB, Een best practice handreiking. Utrecht: Academische werkplaats Kajak; 2018.
- Kaal HL, Nijman H, Moonen X. Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking. Amsterdam: Hogrefe; 2013.
- Kroon ACC, Frielink N, Embregts PJCM. Sterker dan de kick. Een handleiding voor trainers. Gennep: Dichterbij; 2016.
- Kiewik M, VanDerNagel JEL, Kemna LEM, Engels RCME, de Jong CAJ. Substance use prevention program for adolescents with intellectual disabilities on special education schools: a cluster randomised control trial. *J Intellect Disabil Res* 2016; 60: 191-200.
- Van Laar MW, Van Ooyen-Houben MMJ. Nationale Drug Monitor. Utrecht: Trimbos-instituut; 2015.
- Lindsay WR, Carson D, Holland AJ, Taylor JL, O'Brien G, e.a. Alcohol and its relationship to offence variables in a cohort of offenders with intellectual disability. *J Intellect Developm Disabil* 2013; 38: 325-31.
- Rensink H, Hilderink I, Bareman J. Hasj en wiet, zonder flauwekul. Alcohol, zonder flauwekul. Gamers, zonder flauwekul. XTC, cocaïne, en speed, zonder flauwekul. Utrecht: Trimbos-instituut; 2014.
- Salavert J, Clarabuch A, Fernández-Gómez MJ, Barrau V, Giráldez MP, Borràs J. Substance use disorders in patients with intellectual disability admitted to psychiatric hospitalisation. *J Intellect Disabil Res* 2018; 62: 923-30.
- Schijven EP, VanDerNagel JEL, Lammers J, Poelen EAP. Trainershandleiding Take it personal!: Een interventie voor middelengebruik en comorbide gedragsproblemen voor jongeren met een licht verstandelijke beperking. Nijmegen: Pluryn; 2014.
- Swerts C, Vandeveldel S, VanDerNagel JEL, Vanderplasschen W, Claes C, DeMayer J. Substance use among persons with intellectual disabilities (ID) living independently in the community in Flanders. *Res Developm Disabil* 2017; 63: 107-17.
- VanDerNagel JEL, Kiewik M. CGT+, cognitieve gedragstherapeutische behandeling voor problematisch middelengebruik bij mensen met een Lichte Verstandelijke Beperking. Utrecht: Perspectief; 2016.
- VanDerNagel JEL, Kiewik M, van Dijk M, de Jong CAJ, Didden R. Handleiding SumID-Q. Meetinstrument voor het in kaart brengen van middelengebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. Deventer: Tactus; 2011.
- VanDerNagel JEL, Kiewik M, Didden R, Korzilius HPLM, van Dijk M, Van der Palen J, e.a. Substance use in individuals with mild to borderline intellectual disability in the Netherlands: an exploration of risks and rates. *Adv Neurodev Disord* 2017a; 283-93.
- VanDerNagel JEL, Kiewik M, Didden R. Handboek LVB en verslaving. Amsterdam: BOOM; 2017b.
- VanDerNagel JEL, Van Dijk M, Kemna LEM, Barendregt C, Wits E. (H)erkend en juist behandeld, Handreiking voor implementatie en uitvoering van een LVB-vriendelijke intake in de verslavingszorg. Utrecht: Perspectief; 2017c.

## SUMMARY

# Substance use disorder in individuals with mild intellectual disabilities; collaboration needed

J.E.L. VANDERNAGEL, N. VAN DUIJVENBODE, S.W.L. VAN HORSEN

- BACKGROUND** Individuals with a mild intellectual disability or borderline intellectual functioning (MBID) are at risk for psychiatric disorders, including addictive disorders. Treatment of these disorders is often complicated by co-morbidity, as well as caregiver's and practitioner's struggle to effectively help.
- AIM** To provide guidelines for psychiatrists to organize and deliver treatment to patients with MBID and addiction.
- METHOD** Based on a case study, we describe obstacles in the care for patients with MBID and addiction, and provide guidelines to overcome these.
- RESULTS** The Netherlands are leading in providing proper care for patients with MBID and addiction. However, available treatment protocols are not widely implemented.
- CONCLUSION** Staff needs to be trained in working with patients with MBID and addiction, and interagency collaboration needs to be put in place. This is a collective responsibility of addiction medicine, general psychiatry, and disability services.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)11, 798-803

**KEY WORDS** intellectual disability, psychiatry, substance use disorder