

Triple Trouble: Tobben of Teamwork?

Neomi van Duijvenbode ^{a, b, c}

Joanneke E. L. van der Nagel ^{a, c, d}

Mary Janssen van Raay ^e

Robert Didden ^{b, f}

^a Tactus Verslavingszorg, Postbus 154, 7400 AD Deventer

^b Radboud Universiteit Nijmegen, Behavioural Science Institute, Postbus 9104, 6500 HE Nijmegen

^c Radboud Universiteit Nijmegen, Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction, Postbus 6909, 6503 GK Nijmegen

^d Aveleijn, Grotestraat 260, 7622 GW Borne

^e Antes, Postbus 8549, 3009 AM Rotterdam

^f Trajectum, Postbus 40012, 8004 DA Zwolle

Correspondentieadres: Neomi van Duijvenbode, Tactus Verslavingszorg, Postbus 154, 7400 AD Deventer.

Email: n.vanduijvenbode@tactus.nl

Tel.: 088 382 28 87

Samenvatting

Triple problematiek is het samengaan van psychische stoornissen en verslaving bij mensen met een LVB. Waarschijnlijk komt deze vorm van complexe co-morbiditeit vaker voor dan gedacht, met name onder cliënten die intensieve en langdurige zorg ontvangen en bij cliënten binnen het justitiële domein. De behandeling van deze complexe problematiek is voor de zorgprofessional is vaak een lastige kwestie. Wat te doen als de problematiek van cliënten niet in bestaande protocollen past? In dit artikel exploreren we de aard en omvang van triple problematiek en doen we suggesties voor de begeleiding en behandeling van cliënten met triple problematiek.

Sleutelwoorden

Lichte verstandelijke beperking; Verslaving; Psychische stoornissen; Triple problematiek

===

Title

Triple diagnosis: psychiatric disorder, addiction and a mild intellectual disability

Summary

Triple diagnosis is the combination of a psychiatric disorder and addiction in individuals with a mild intellectual disability. It is probably more common than expected, particularly among clients who receive intensive and long-term care and among clients within the judicial domain. Triple diagnosis is by definition complex. It is also difficult for health care professionals. Existing treatment protocols often cannot be used. So, what to do? In this paper we explore the nature and prevalence of triple diagnosis and make suggestions for the care and treatment of clients with triple diagnosis.

Key words

Mild intellectual disability; Addiction; Psychiatric disorder; Triple diagnosis

1. Introductie

“Een ongeluk komt zelden alleen”, oftewel: als er iets misgaat, gaat er vaak nog meer mis. Een spreekwoord dat zonder twijfel opgaat voor cliënten binnen de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Er is bij hen immers vaak sprake van co-morbiditeit, oftewel het tegelijkertijd voorkomen van twee of meer separate psychische en/of gedragsstoornissen bij één persoon. Uit onderzoek blijkt dat psychische stoornissen, verslaving en een lichte verstandelijke beperking (LVB) regelmatig, en in wisselende combinaties, samen voorkomen onder volwassenen. Zo is er bij ongeveer 50% van de mensen met een verslaving sprake van bijkomende psychische stoornissen – al loopt dat percentage sterk uiteen afhankelijk van bijvoorbeeld doelgroep en specifieke combinatie van klachten (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2015). Van mensen met een LVB wordt over het algemeen aangenomen dat zij kwetsbaarder zijn voor het ontwikkelen van zowel psychische stoornissen (Cooper, Smiley, Morrison, Williamson, & Allan, 2007; Wieland, 2016) als een verslaving dan mensen zonder een LVB (Van Duijvenbode et al., 2015).

Het samengaan van psychische stoornissen en verslaving (zogenaamde ‘dubbeldiagnose problematiek’) – en in mindere mate verslaving of psychische stoornissen bij mensen met een LVB – staat al enige tijd op het netvlies bij zowel wetenschappers als zorgprofessionals. De combinatie met een bijkomende LVB (‘driedubbeldiagnose problematiek’ of ‘triple problematiek’) is daarentegen nog relatief onontgonnen terrein. Triple problematiek is het samengaan van psychische stoornissen en verslaving bij mensen met een LVB. Grootschalig onderzoek naar de prevalentie ervan ontbreekt, en er is ook nog maar weinig bekend over de aard van de doelgroep. Wel is duidelijk dat co-morbiditeit de klachten voor de persoon in kwestie verergert en de prognose van behandeling verslechtert (Lambert, LePage, & Schmitt, 2003; Langas, Malt, & Opjordsmoen, 2011; Van der Nagel, Kiewik, & Didden, 2017).

Triple problematiek maakt het ook zorgprofessionals lastig. Richtlijnen, behandelprotocollen en begeleidingstrajecten richten zich namelijk vaak op slechts één of hooguit twee deelaspecten. Door de gescheiden zorgsectoren, de daarmee gepaard gaande specialisatie van zorgprofessionals in één sector binnen de geestelijke gezondheidszorg en de gebrekkige samenwerking tussen sectoren dreigen cliënten met co-morbide problematiek tussen wal en schip te vallen (Van der Nagel, Van Dijk, Kemna, Barendregt, & Wits, 2017). Onderzoek naar de aard en omvang van triple problematiek binnen de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg is daarmee van groot belang.

In dit artikel wordt daarom allereerst de literatuur over de prevalentie van triple problematiek samengevat. Vervolgens wordt op basis van dossieranalyse van cliënten

binnen de (forensische) geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg de aard van de doelgroep geëxploreerd. Hierbij wordt specifiek ingegaan op persoonskenmerken, problematiek en hulpverleningsgeschiedenis. We sluiten het artikel af met enkele conclusies en suggesties voor de praktijk.

2. Prevalentie van triple problematiek

Wetenschappelijke informatie over de prevalentie van triple problematiek is moeilijk te vinden. Wie in zoeksystemen als Web of Science, PsycINFO, PubMed of Eric op zoek gaat naar artikelen over triple problematiek, krijgt met name resultaten over de combinatie van verslaving, psychische stoornissen en HIV/AIDS of over verslaving en psychische stoornissen bij mensen met sociaal-maatschappelijke problematiek zoals crimineel gedrag of dakloosheid. In geen van de via deze weg gevonden artikelen gaat het daadwerkelijk om het samengaan van verslaving en psychische stoornissen bij mensen met een LVB. Dit betekent dat er een alternatieve zoekstrategie moet worden ontwikkeld, bijvoorbeeld één die zich richt op het identificeren van artikelen over verslaving *of* psychische stoornissen bij mensen met een LVB, van waaruit mogelijk informatie kan worden gedestilleerd over triple problematiek. Deze zoekstrategie levert al meer informatie op.

In de afgelopen jaren zijn er in toenemende mate artikelen gepubliceerd over verslaving *of* psychische stoornissen bij mensen met een LVB. In een aantal van deze artikelen worden prevalentiecijfers gepresenteerd van zowel psychische stoornissen als verslaving bij mensen met een LVB. Hassiotis et al. (2011), bijvoorbeeld, rapporteren hoge prevalenties van persoonlijkheidsstoornissen (81.5%), neurotische stoornissen (53.1%) en psychotische stoornissen (11.3%) bij een groep van 170 gevangenen met een LVB. Daarnaast zou er bij 61.3% en 55.7% van hen sprake zijn van alcohol- respectievelijk drugsproblematiek. Chaplin et al. (2017) concluderen dat er bij 44% van de gevangenen met een LVB sprake is van psychische stoornissen en bij 37.5% van een verslaving. Alhoewel deze cijfers op zijn minst enige overlap in prevalentie suggereren, kunnen er geen conclusies worden getrokken over de prevalentie van triple problematiek. De mate van overlap wordt immers niet geëxpliciteerd.

Tussen 2000 en 2018 zijn er – naar ons beste weten – slechts 16 artikelen gepubliceerd waarin er concrete informatie staat over de prevalentie van triple problematiek. Deze artikelen zijn samengevat in Tabel 1. De resultaten ervan zijn moeilijk met elkaar te vergelijken, bijvoorbeeld door verschillen in populatie, setting, methodologie en gehanteerde definities van LVB, verslaving en psychische stoornissen. Dit betekent dat de gerapporteerde prevalentiecijfers grote onderlinge verschillen laten zien. Zo lijkt de prevalentie van triple problematiek te variëren tussen 11% (Holden & Neff, 2000) en 67% (Frielink, Schuengel, Kroon, & Embregts, 2015). Met name bij mensen die 24-uurs zorg ontvangen en bij mensen binnen het justitiële domein lijken hoge prevalenties van triple problematiek te bestaan.

Psychotische stoornissen, angst- en stemmingsstoornissen lijken het vaakst voor te komen in samenhang met een LVB en verslaving. Gezien het kleine aantal gepubliceerde artikelen en de grote onderlinge verschillen is het echter onmogelijk conclusies te trekken over de daadwerkelijke prevalentie van triple problematiek en mogelijke onderlinge verbanden tussen LVB, verslaving en psychische stoornissen.

=== VOEG TABEL 1 ONGEVEER HIER IN ===

3. De doelgroep in beeld

In het kader van het onderzoeksproject “Complexe zorg leer je van elkaar” zijn de dossiers van 75 cliënten met triple problematiek uit de (forensische) verstandelijk gehandicaptenzorg, verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg geanalyseerd. Er is daarbij gebruik gemaakt van een gestandaardiseerd formulier om informatie te verzamelen over persoonsgegevens, problematiek en hulpverleningsgeschiedenis (inclusief justitiële voorgeschiedenis).

Het overgrote deel van de cliënten ($n = 47$, 62.7%) betrof ongehuwde autochtone mannen tussen de 19 en 65 jaar ($M = 38.0$; $SD = 10.5$ jaar). In totaal had 40% ($n = 30$) van de steekproef één of meer kinderen. Ten tijde van het onderzoek ontvingen zij tussen de 1 en 17 jaar ($M = 2.6$; $SD = 3.0$ jaar) hulpverlening bij de huidige zorgverlener. In meer dan de helft van de gevallen betrof dit onvrijwillige zorg vanuit een civielrechtelijk of strafrechtelijk kader (zie Figuur 1). Een groot deel van de cliënten ontving 24-uurs zorg, ofwel op een beschut terrein ($n = 41$, 54.7%) ofwel in de wijk ($n = 13$, 17.3%). Hoewel het een steekproef betreft, lijken cliënten met triple problematiek dus vaak langdurige en intensieve zorg vanuit een gedwongen kader te ontvangen.

De problematiek van de cliënten was per definitie meervoudig en complex. Het gemiddelde IQ was 69.4 ($SD = 8.6$). De helft van deze gegevens was echter meer dan vier jaar oud, wat betekent dat ze niet meer geldig zijn en mogelijk geen goede representatie weergeven van de intellectuele vermogens van de cliënten. Met betrekking tot middelengebruik valt op dat de helft van de cliënten ($n = 37$, 49.3%) zowel tabak, alcohol, cannabis als harddrugs gebruikte (zie Figuur 2). Ondanks dat in de dossiers wel melding werd gemaakt van middelengebruik, ontbrak in ongeveer de helft van de dossiers echter informatie over de frequentie en hoeveelheid van het middelengebruik. Dit suggereert dat middelengebruik niet structureel in kaart wordt gebracht. Desondanks was er bij 70 cliënten (93.3%) sprake van een verslaving, blijkend uit een DSM classificatie van ‘stoornis in het gebruik van een middel’. In het overgrote gedeelte betrof dit alcohol ($n = 39$, 52.0%), cannabis ($n = 35$, 46.7%) of cocaïne ($n = 31$, 41.3%). Naast verslaving werden persoonlijkheidsstoornissen ($n = 24$, 32.0%) en neurobiologische ontwikkelingsstoornissen

zoals autismespectrumstoornissen en aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornissen ($n = 27$, 36.0%) het vaakst geassocieerd. Trauma-gerelateerde stoornissen ($n = 18$, 24.0%), stemmingsstoornissen ($n = 13$, 17.3%) en angststoornissen ($n = 4$, 5.3%) kwamen daarentegen opvallend weinig voor. Mogelijk betreft dit een onderschatting van de daadwerkelijke prevalentie, aangezien er bij 49 cliënten (65.3%) wel sprake is van (een vermoeden van) internaliserende problematiek. In het dossier werd er in die gevallen bijvoorbeeld gesproken over een belaste voorgeschiedenis, piekeren, onzekerheid of een laag zelfbeeld. Overigens werd ook externaliserende problematiek, met name agressie en delictgedrag, veelvuldig gerapporteerd ($n = 65$, 86.7%).

De hulpverleningsgeschiedenis was uitgebreid en divers (zie Figuur 3). Ondanks dat veel cliënten een belaste voorgeschiedenis hebben (bijv. kinderen van verslaafde ouders of ouders met psychische problemen, slachtoffer van mishandeling, misbruik of verwaarlozing) en de problematiek vaak al op jonge leeftijd aanvang, is er bij minder dan de helft van hen betrokkenheid geweest van jeugdzorg. Relatief weinig cliënten hebben gebruik gemaakt van begeleiding en behandeling vanuit de verstandelijk gehandicaptenzorg. Het merendeel van de cliënten heeft wel te maken gehad met hulpverlening vanuit de geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg. Inhoudelijke informatie over deze hulpverlening – aanleiding, vorm en inhoud van het traject, beloop – was echter vaak niet beschikbaar. Wanneer hier wel iets over staat beschreven, valt op dat de genoemde trajecten vaak voortijdig zijn afgebroken. Als redenen werden onder andere genoemd dat cliënten niet gemotiveerd zijn, hun afspraken niet nakomen of niet lijken te profiteren van het behandelaanbod. Cliënten lijken te worden overschat en overvraagd. Ook ongeoorloofd middelengebruik werd genoemd als reden waarvoor cliënten werden weggestuurd, bijvoorbeeld bij de maatschappelijke opvang of uit klinische voorzieningen in de verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg.

Tot slot was het overgrote deel van de cliënten met triple problematiek bekend bij politie en justitie ($n = 56$, 74.7%), vaak als meer- of veelpleger. Met name vermogens- en geweldsdelicten (respectievelijk $n = 48$, 64.0%; $n = 47$, 62.7%) kwamen veelvuldig voor. Cliënten zijn doorgaans meerdere malen strafrechtelijk veroordeeld tot een detentie ($n = 42$, 56%), voorwaardelijke detentie ($n = 37$, 49.3%), geldboete ($n = 33$, 44.0%) of taakstraf ($n = 30$, 40.0%). Leerstraffen werden opvallend weinig opgelegd ($n = 3$, 4.0%). De justitiële voorgeschiedenis was in veel gevallen echter fragmentarisch. Justitiële documentatie ontbrak veelal. In hoeverre er binnen de huidige hulpverleningscontacten aandacht is besteed aan risicofactoren voor delictgedrag en vermindering van het recidiverisico bleef ook onduidelijk. Met uitzondering van cliënten met een strafrechtelijk juridische titel werd hier in de dossiers geen melding van gemaakt.

=== VOEG FIGUREN 1, 2 EN 3 ONGEVEER HIER IN ===

4. Discussie

Met name onder cliënten die intensieve en langdurige zorg ontvangen (bijv. 24-uurs zorg) en bij cliënten binnen het justitiële domein komt triple problematiek relatief vaak voor. De problematiek van deze cliënten is per definitie complex en meervoudig, hetgeen een uitdaging vormt voor professionals. Als zorgprofessional sta je voor goede begeleiding en behandeling van jouw cliënten. Maar wat te doen als de problematiek van deze cliënten niet in bestaande protocollen past? Reguliere behandelprogramma's en protocollen zijn voor deze doelgroep immers minder geschikt. Onderzoek naar wat wél werkt staat nog in de kinderschoenen. Ook de resultaten vanuit het dossieronderzoek zijn beperkt en betreffen slechts een steekproef die mogelijk niet representatief is van de totale doelgroep. Desondanks sluiten we dit artikel af met enkele suggesties voor de praktijk.

Ten eerste wordt aangeraden een goede dossieranalyse te doen. Zoals blijkt uit de resultaten van het project "Complexe zorg leer je van elkaar" hebben cliënten vaak al meerdere hulpverleningstrajecten doorlopen, die in meer of mindere mate succesvol waren. Het opvragen van deze informatie is van belang om te kunnen leren van wat eerder werkte. Overigens verdient het ook de aanbeveling om cliënten zelf te vragen wat hun ervaringen zijn bij eerdere hulpverleningstrajecten. Als ervaringsdeskundigen kunnen zij vaak goed vertellen wat voor hen wel én niet heeft gewerkt. Op basis van deze informatie kan vervolgens richting gegeven worden aan het huidige hulpverleningstraject.

Ten tweede is grondige diagnostiek van essentieel belang. Kenmerken die passen bij psychische stoornissen, verslaving of een LVB overlappen immers met elkaar. Missende informatie is daarmee een extra handicap die het moeilijk maakt om het gedrag van cliënten te verklaren of te 'snappen'. Breng de situatie daarom zo goed mogelijk in kaart. Het hanteren van een brede blik en een multidisciplinaire aanpak worden aangeraden. Dossiers van cliënten zouden ten minste informatie moeten bevatten over het functioneren (bij voorkeur intellectueel, adaptief en sociaal-emotioneel), klachten en middelengebruik (aard, ernst, frequentie, beloop) en bijkomende sociaal-maatschappelijke problematiek om te kunnen komen tot een integratief beeld.

Ten derde wordt aangeraden om multidisciplinair samen te werken. Dit houdt in dat er bij voorkeur een behandelteam wordt samengesteld met een brede achtergrond, deskundigheid en interesse. Hiermee worden verschillende klinische blikken gecombineerd en kan er gebruik worden gemaakt van elkaars kennis en expertise. Multidisciplinaire samenwerking houdt ook in dat er waar nodig andere, externe partijen (zowel professioneel als persoonlijk) betrokken worden het hulpverleningstraject. Complexe problematiek of weinig expertise hebben op een bepaald onderwerp (denk aan het begeleiden van mensen met een LVB of

het behandelen van een verslaving) mag niet als ‘smoes’ gebruikt te worden om problematiek onbehandeld te laten of trajecten af te sluiten en over te dragen naar de volgende. Onderlinge samenwerking en afstemming voorkomt dit zogenaamde “hete aardappel-effect”.

Ten vierde is het belangrijk om al in een vroeg stadium de ketenzorg vorm te geven om behaalde resultaten vast te kunnen houden. Met name 24-uurs zorg is vaak tijdelijk en wordt na verloop van tijd afgebouwd naar minder intensieve vormen van hulpverlening. Bij dit soort transitiemomenten kan er een “gat” ontstaan, waarbij het eerste hulpverleningstraject is afgesloten en de tweede nog moet worden opgestart. Juist bij dit soort “gaten” tussen twee hulpverleningstrajecten in, gaat het vaak mis. Maak daarom in een vroeg stadium van het traject al afspraken over het vervolg en laat deze waar kan met elkaar overlappen.

Tot slot: triple problematiek is per definitie complex. Puzzelen en uitproberen zijn sleutelwoorden in de begeleiding en behandeling van deze cliënten. Dit is soms lastig of moeilijk. Zorgprofessionals kunnen met het gebrek aan standaard protocollen het gevoel krijgen dat er niets voorhanden is of dat zij gedwongen worden “uit de losse pols te werken”. Dit is niet het geval. Met een goede basis en een hoge dosis creativiteit, ondernemingslust en positiviteit is het werken met deze doelgroep leuk en uitdagend en is er een hoop te bereiken.

5. Dankwoord

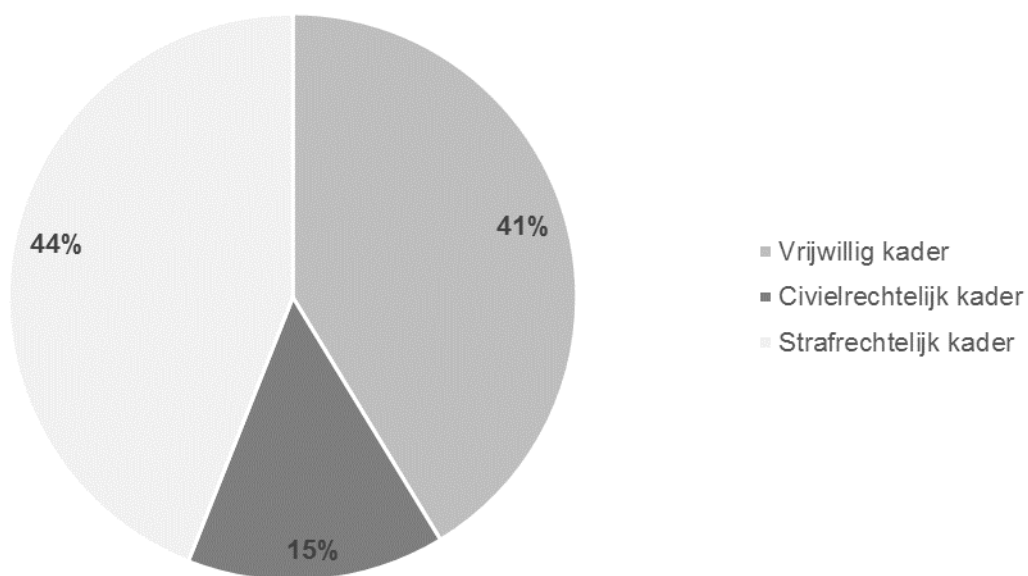
Het project “Complexe zorg leer je van elkaar” is gefinancierd door een subsidie van het RadboudCSW Innovatiefonds, verleend aan N. van Duijvenbode, J. van der Nagel, R. Didden en M. Janssen van Raay.

6. Referenties

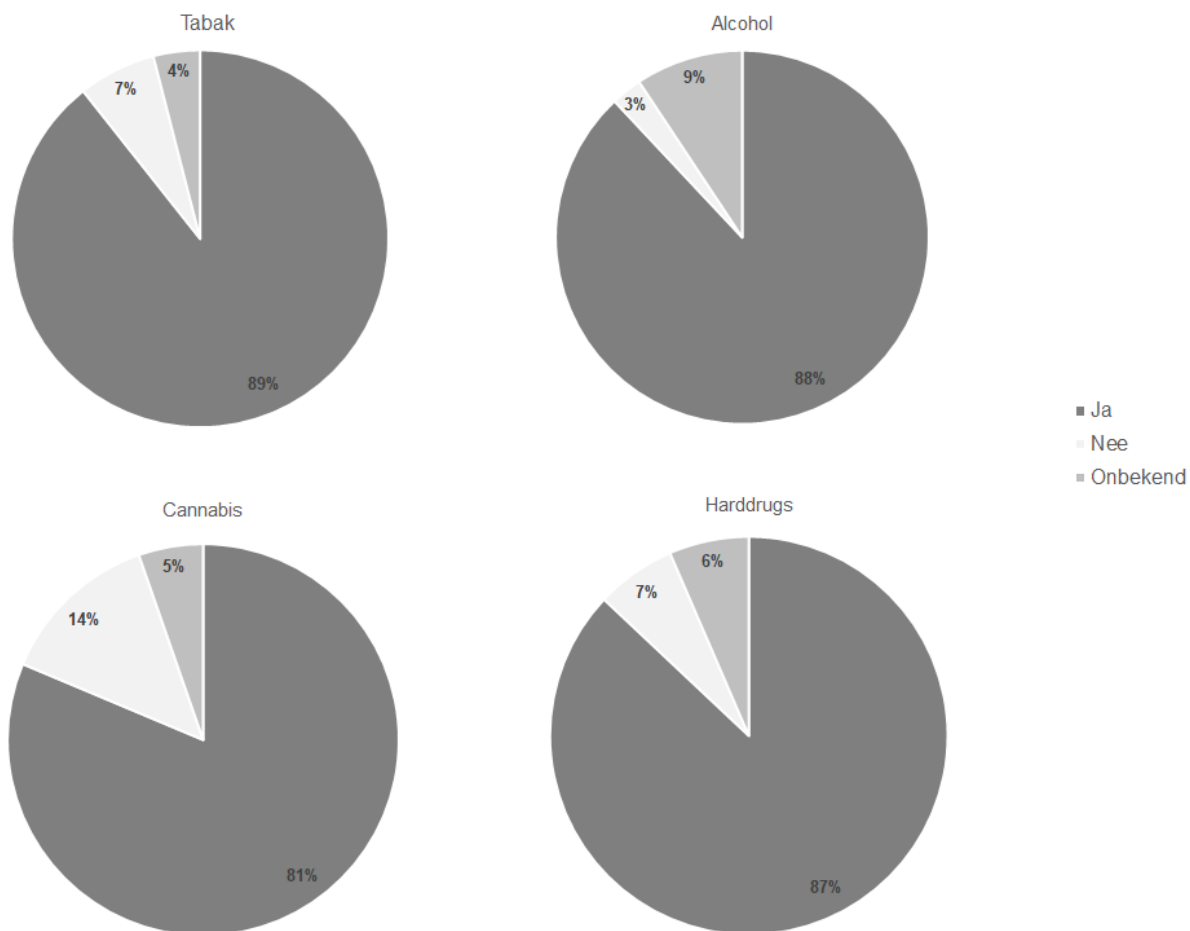
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT. The Alcohol Use Disorder Identification Test: Guidelines for use in primary care (2nd ed.)*. Genève: World Health Organisation.
- Chaplin, E., Gilvarry, C., & Tsakanikos, E. (2011). Recreational substance use patterns and co-morbid psychopathology in adults with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities, 32*, 2981 – 2986.
- Chaplin, E., McCarthy, J., Underwood, L., Forrester, A., Hayward, H., ..., & Murphy, D. (2017). Characteristics of prisoners with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 61*, 1185 – 1195.
- Cooper, S.-A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., & Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: Prevalence and associated factors. *British Journal of Psychiatry, 190*, 27 – 35.

- Doody, G., Thomson, P., Miller, P., & Johnstone, E. (2000). Predictors of admission to a high-security hospital of people with intellectual disability with and without schizophrenia. *Journal of Intellectual Disability Research, 44*, 130 – 137.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2015). *Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe*. Lissabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Frielink, N., Schuengel, C., Kroon, A., & Embregts, P. J. C. M. (2015). Pretreatment for substance-abusing people with intellectual disabilities: Intervening on autonomous motivation for treatment entry. *Journal of Intellectual Disability Research, 59*, 1168 – 1182.
- Hassiotis, A., Gazizova, D., Akinlonu, L., Bebbington, P., Meltzer, H., & Strydom, A. (2011). Psychiatric morbidity in prisoners with intellectual disabilities: Analysis of prison survey data for England and Wales. *British Journal of Psychiatry, 199*, 156 – 157.
- Holden, P., & Neff, J. A. (2000). Intensive outpatient treatment of persons with mental retardation and psychiatric disorder: A preliminary study. *Mental Retardation, 38*, 27 – 32.
- Lin, E., Balogh, R., McGarry, C., Selick, A., Dobranowski, K., ... & Lunskey, Y. (2016). Substance-related and addictive disorders among adults with intellectual and developmental disabilities (IDD): An Ontario population cohort study. *BMJ Open, 6*: e011638.
- Lindsay, W. R., Carson, D., Holland, A. J., Taylor, J. L., O'Brien, G., ... & Steptoe, L. (2013). Alcohol and its relationship to offence variables in a cohort of offenders with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 38*, 325 – 331.
- Mayfield, D., McLeod, G., & Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument. *American Journal of Psychiatry, 131*, 1121 – 1123.
- Pezzoni, V., & Kouimtsidis, C. (2015). Screening for alcohol misuse within people attending a psychiatric intellectual disability community service. *Journal of Intellectual Disability Research, 59*, 353 – 359.
- Taggart, L., McLaughlin, D., Quinn, B., & McFarlane, C. (2007). Listening to people with intellectual disabilities who misuse alcohol and drugs. *Health and Social Care in the Community, 15*, 360 – 368.
- Taggart, L., McLaughlin, D., Quinn, B., & Milligan, V. (2006). An exploration of substance misuse in people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 50*, 558 – 597.
- To, W. T., Neiryck, S., Vanderplasschen, W., Vanheule, S., & Vandeveld, S. (2014). Substance use and misuse in persons with intellectual disabilities (ID): Results of a survey in ID and addiction services in Flanders. *Research in Developmental Disabilities, 35*, 1 – 9.

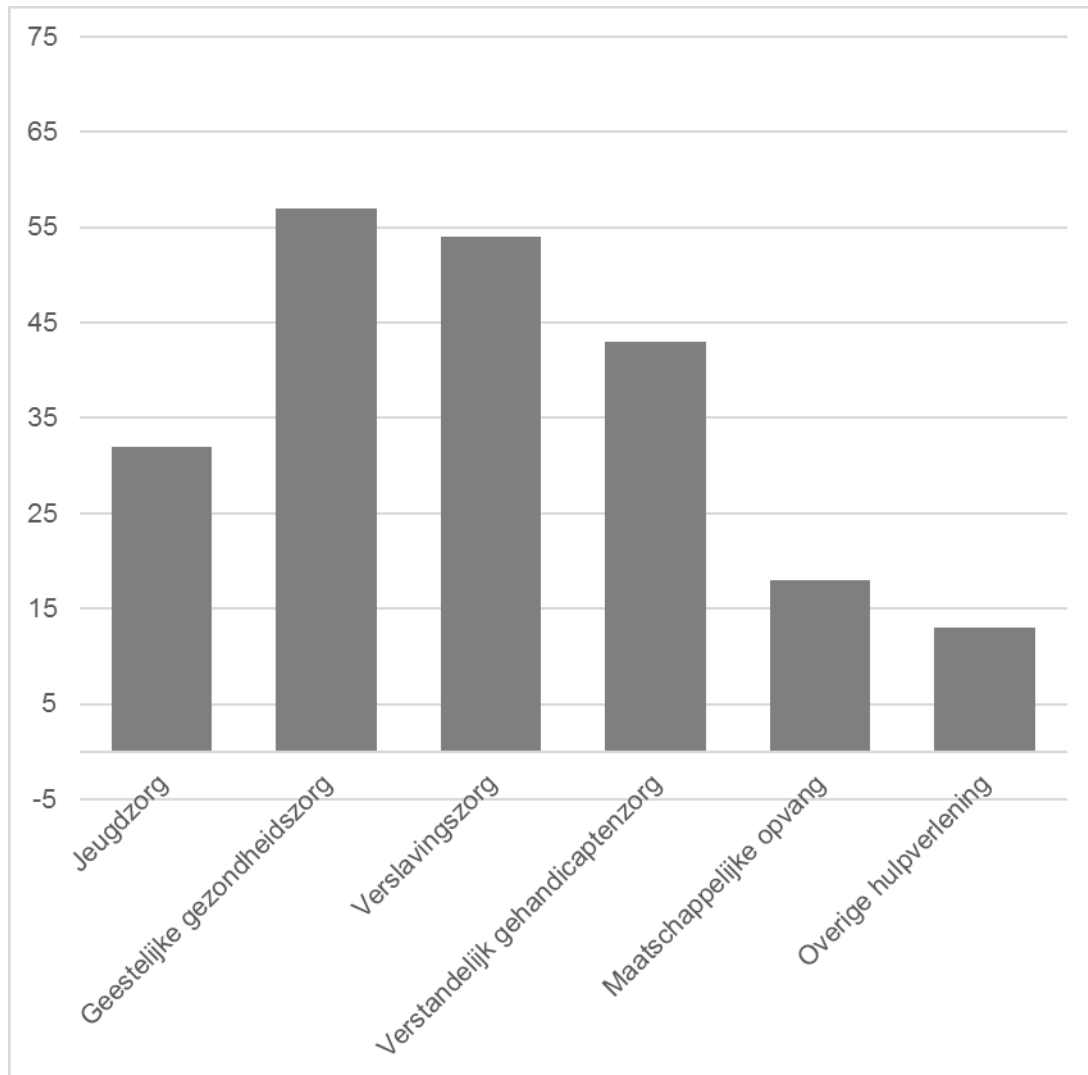
- Turygin, N., Matson, J. L., Adams, H. L., & Williams, L. W. (2014). Co-occurring disorder clusters in adults with mild and moderate intellectual disability in residential treatment settings. *Research in Developmental Disabilities, 35*, 3156 – 3161.
- Salavert, J., Clarabuch, A., Fernández-Gómez, M. J., Barrau, V., Giráldez, M. P., & Borrás, J. (2018). Substance use disorders in patients with intellectual disability admitted to psychiatric hospitalisation. *Journal of Intellectual Disability Research, 62*, 923 – 930.
- Slayter, E. M. (2010a). Demographic and clinical characteristics of people with intellectual disabilities with and without substance abuse disorders in a Medicaid population. *Intellectual and Developmental Disabilities, 48*, 417 – 431.
- Slayter, E. M. (2010b). Disparities in access to substance abuse treatment among people with intellectual disabilities and serious mental illness. *Health and Social Work, 35*, 49 – 59.
- Slayter, E. M. (2010c). Not immune: Access to substance abuse treatment among medicare-covered youth with mental retardation. *Journal of Disability Policy Studies, 20*, 195 – 204.
- Van Duijvenbode, N., VanDerNagel, J. E. L., Didden, R., Engels, R. C. M. E., Buitelaar, J. K., Kiewik, M., & De Jong, C. A. J. (2015). Substance use disorders in individuals with mild to borderline intellectual disabilities: Current status and future directions. *Research in Developmental Disabilities, 38*, 319 – 328.
- VanDerNagel, J. E. L., Kiewik, M., Buitelaar, J. K., & De Jong, C. A. J. (2011). Staff perspectives of substance use and misuse among adults with intellectual disabilities enrolled in Dutch disability services. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 8*, 143 – 149.
- VanDerNagel, J. E. L., Kiewik, M., & Didden, R. (2017). *Handboek LVB en verslaving*. Amsterdam: Boom.
- VanDerNagel, J. E. L., Van Dijk, M., Kemna, L. E. M., Barendregt, C., & Wits, E. (2017). *(H)erkend en juist behandeld. Handreiking voor implementatie en uitvoering van een LVB-vriendelijke intake in de verslavingszorg*. Utrecht: Perspectief.
- Wieland, J. *Psychopathology in borderline intellectual functioning*. Leiden: Universiteit Leiden.



Figuur 1. Zorgkader van het huidige hulpverleningstraject.



Figuur 2. Gebruik van tabak, alcohol, cannabis en harddrugs.



Figuur 3. Betrokkenheid vanuit verschillende sectoren van de geestelijke gezondheidszorg.

Tabel 1. *Overzicht van artikelen over de prevalentie van triple problematiek, gerangschikt op jaar van publicatie.*

Auteurs (jaar)	Onderzoekspopulatie	Methode	Belangrijkste uitkomsten
Doody, Thomson, Miller, & Johnstone (2000)	108 volwassenen met een LVB en schizofrenie	Dossieranalyse	<ul style="list-style-type: none"> - Bij 29% van de participanten opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis was er sprake van triple problematiek; - Bij 18% van de participanten die ambuland werden begeleid was er sprake van triple problematiek.
Holden & Neff (2000)	28 volwassenen met een LVB	Dossieranalyse	<ul style="list-style-type: none"> - Bij 11% van de participanten was er sprake van triple problematiek.
Taggart, McLaughlin, Quinn, & McFarlane (2007)	10 volwassenen met een LVB en verslaving	Interview	<ul style="list-style-type: none"> - Bij 40% van de participanten was er sprake van triple problematiek; - Bij 30% van de participanten was er mogelijk sprake van triple problematiek.
Taggart, McLaughlin, Quinn, & Milligan (2006)	54 zorgprofessionals	Enquête	<ul style="list-style-type: none"> - De prevalentie van verslaving bij cliënten met een LVB werd geschat op 0.8% van de populatie; - 26.9% van de cliënten met een LVB en verslaving was daarnaast gediagnosticeerd met psychische klachten; - Bij 11.9% van de cliënten met een LVB en verslaving was er mogelijk sprake van co-morbide psychische klachten; - Meest voorkomende psychische klachten waren psychotische

stoornissen en stemmingsstoornissen.

Slayter (2010a)	924.554 adolescenten en volwassenen (12+) met en zonder een LVB	Dossieranalyse	<ul style="list-style-type: none"> - De prevalentie van verslaving onder participanten met een LVB was 2.6%; - 52.9% van de participanten met een LVB en verslaving was daarnaast gediagnosticeerd met psychische klachten; - Participanten met een LVB en verslaving hadden een vier maal zo grote kans op het hebben van psychische klachten dan participanten met een LVB zonder verslaving; - Meest voorkomende psychische klachten waren angststoornissen (25.8%) en stemmingsstoornissen (22.0%).
Slayter (2010b)	226.974 adolescenten en volwassenen (12+) met en zonder een LVB	Dossieranalyse	<ul style="list-style-type: none"> - Bij 54% van de participanten was er sprake van triple problematiek.
Slayter (2010c)	150.009 adolescenten (12-21 jaar) met en zonder een LVB	Dossieranalyse	<ul style="list-style-type: none"> - De prevalentie van verslaving onder participanten met een LVB was 2.7%; - 58.6% van de participanten met een LVB en verslaving was daarnaast gediagnosticeerd met psychische klachten.
Chaplin, Gilvarry, & Tsakanikos (2011)	115 volwassenen met een LVB	Dossieranalyse	<ul style="list-style-type: none"> - De prevalentie van life-time verslaving was 15%; - Van de participanten met een life-time diagnose van verslaving

was 63.2% daarnaast gediagnosticeerd met een psychotische stoornis, 10.5% met een autismespectrumstoornis en 5.3% met een affectieve stoornis;

- De prevalentie van huidige verslaving was 8.1%;
- Van de participanten met een huidige diagnose van verslaving was 60.0% daarnaast gediagnosticeerd met een psychotische stoornis en 10% met een affectieve stoornis.

<p>Van der Nagel, Kiewik, Buitelaar, & De Jong (2011)</p>	<p>39 zorgprofessionals</p>	<p>Enquête</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bij 48.2% van de participanten was er sprake van triple problematiek; - Meest voorkomende psychische klachten waren autismespectrumstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en ADHD.
<p>Lindsay et al. (2013)</p>	<p>477 gevangenen met een LVB</p>	<p>Dossieranalyse</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bij 29.5% van de participanten was er sprake van triple problematiek.
<p>To, Neiryck, Vanderplasschen, Vanheule, & Vandeveld (2014)</p>	<p>104 zorgprofessionals</p>	<p>Enquête</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bij 43.3% van de participanten was er sprake van triple problematiek.
<p>Turygin, Matson,</p>	<p>99 volwassenen met een</p>	<p>Dossieranalyse</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bij 12.1% van de participanten was er sprake van triple

Adams, & Williams (2014)	LVB	problematiek.	
Frielink, Schuengel, Kroon, & Embregts (2015)	6 volwassenen met een LVB en verslaving	Enquête	<ul style="list-style-type: none"> - Bij 66.7% van de participanten was er sprake van triple problematiek; - De participanten waren gediagnosticeerd met een stemmingsstoornis of autismespectrumstoornis.
Pezzoni & Kouimtsidis (2015)	40 volwassenen met een LVB	Enquête	<ul style="list-style-type: none"> - Bij 17.5% van de participanten was er sprake van triple problematiek - CAGE¹: 87.5% van de participanten met een LVB en verslaving had daarnaast psychische klachten; - AUDIT²: 77.0% van de participanten met een LVB en verslaving had daarnaast psychische klachten; - Angststoornissen kwamen het vaakst voor.
Lin et al. (2016)	163.073 volwassenen met en zonder een LVB	Dossieranalyse	<ul style="list-style-type: none"> - De prevalentie van verslaving onder participanten met een LVB was 6.4%; - 78.8% van de participanten met een LVB en verslaving had daarnaast psychische klachten; - Meest voorkomende psychische klachten waren angststoornissen (67.6%), stemmingsstoornissen (44.6%) en psychotische stoornissen (35.8%).

Salavert et al. (2018)	88 volwassenen met een LVB	Dossieranalyse	<ul style="list-style-type: none"> - Bij 36.4% van de participanten was er sprake van triple problematiek; - Schizofrenie, overige psychotische stoornissen, aanpassingsstoornissen en schizoaffectieve stoornissen kwamen het vaakst voor.
------------------------	----------------------------	----------------	---

¹ CAGE (Mayfield, McLeod, & Hall, 1974).

² AUDIT (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001)