

Triple problematiek is het samengaan van psychische stoornissen en verslaving bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. Dit komt vaker voor dan gedacht en de diagnostiek en behandeling van triple problematiek is vaak lastig. Wat te doen als de problematiek van cliënten niet in bestaande protocollen past? Neomi van Duijvenbode en collega's exploreren de aard en omvang van triple problematiek en doen suggesties voor de begeleiding en behandeling.

TOBBEN OF TEAMWORK?

TRIPLE TROUBLE

INTRODUCTIE

‘Een ongeluk komt zelden alleen.’ Oftewel: als er iets misgaat, gaat er vaak nog meer mis. Een spreekwoord dat zonder enige twijfel opgaat voor cliënten binnen de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Er is bij hen immers vaak sprake van comorbiditeit: 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; IQ 50–85) regelmatig, en in wisselende combinaties, samen voorkomen onder volwassenen. Zo is er bij ongeveer de helft 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 et al., 2007; Wieland, 2016) als een verslaving dan mensen zonder een LVb (Van Duijvenbode & Van der Nagel, in druk; Van Duijvenbode et al., 2015).

Het samengaan van psychische stoornissen en verslaving (zogenaamde ‘dubbeldiagnose-problematiek’) staat al enige tijd op het netvlies van zowel wetenschappers en

beleidsmakers 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.

Onderzoek naar de prevalentie ervan is schaars, en er is ook nog maar weinig bekend over hoe die doelgroep eruitziet qua demografie en aard van de problematiek. Wel is duidelijk dat comorbiditeit (tussen bijvoorbeeld verslaving en een psychische stoornis of tussen verslaving en een LVb) 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 vormt een grote uitdaging voor zorgprofessionals. Behandelaren in de geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg herkennen de beperkingen passend bij een LVb bijvoorbeeld niet (Wieland, 2016) of onderzoeken deze niet of niet met de juiste middelen (Kruisdijk et al., 2019). Andersom worden in de verstandelijk gehandicaptenzorg psychische klachten van cliënten soms ten onrechte toegeschreven aan de LVb of lagere ontwikkelingsleeftijd (*diagnostic overshadowing*) of ze worden gemist omdat de aard en uiting van klachten atypisch zijn (Fletcher et al., 2016). Richtlijnen,

behandelprotocollen en begeleidingstrajecten richten zich tot slot vaak op slechts één of hooguit twee deelaspecten. In bestaande protocollen voor een comorbide verslaving en psychische stoornis wordt bijvoorbeeld geen rekening gehouden met de LVB; en in protocollen voor de behandeling van psychische stoornissen bij mensen met een LVB is onvoldoende aandacht voor de rol van de verslaving.

De gescheiden zorgsectoren (geestelijke gezondheidszorg, verstandelijk gehandicaptenzorg, verslavingszorg), curricula van gescheiden opleidingen, de daarmee gepaard gaande specialisatie van zorgprofessionals in één sector en de gebrekkige samenwerking tussen sectoren dragen verder bij aan dit probleem. Cliënten met comorbide problematiek vallen daardoor vaak tussen wal en schip (Van der Nagel et al., 2017). Onderzoek naar de aard en omvang van triple problematiek binnen de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg en de mogelijkheden voor begeleiding en behandeling van cliënten is daarmee van groot belang.

Triple problematiek vormt een grote uitdaging voor zorgprofessionals

In 2017 hebben wij een subsidie ontvangen van het RadboudCSW Innovatiefonds voor het project *Complexe zorg*, bedoeld om de kennis over de (zorg voor) mensen met triple problematiek te vergroten. Dit artikel schetst de context van dit project en geeft een beschrijving van de aard en omvang van de problematiek. Allereerst vatten we de literatuur over de prevalentie van triple problematiek samen. Vervolgens exploreren we op basis van een dossieranalyse van cliënten binnen de (forensische) geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg de kenmerken van de doelgroep. Hierbij gaan we in op persoonskenmerken, aard van de problematiek en hulpverleningsgeschiedenis. We sluiten het artikel af met enkele conclusies en aanbevelingen voor de praktijk. Naast dit artikel is er ook een informatief filmpje over dit project beschikbaar (Van Duijvenbode & Van der Nagel, 2019).

PREVALENTIE 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 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 het afgelopen decennium zijn er in toenemende mate artikelen gepubliceerd over verslaving of psychische stoornissen bij mensen met een LVB. In sommige 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 (82%), neurotische stoornissen (53%) en psychotische stoornissen (11%) bij een groep van 170 gedetineerden met een LVB. Daarnaast zou er bij 61% en 56% 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 38% 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 – voor zover wij konden nagaan – slechts zestien artikelen gepubliceerd waarin er informatie staat over de prevalentie van triple problematiek. In deze artikelen staat, met andere woorden, concreet beschreven hoe vaak de combinatie van psychische stoornissen, verslaving en een LVB voorkomt. Deze artikelen zijn samengevat in tabel 1. De resultaten ervan zijn moeilijk met elkaar te vergelijken – bijvoorbeeld door verschillen in steekproef, setting, methodologie en gehanteerde definities van LVB, verslaving en psychische stoornissen. Dit betekent onder andere dat de gerapporteerde prevalentiecijfers grote onderlinge verschillen laten zien. Zo lijkt de prevalentie van

triple problematiek te variëren tussen 11% (Holden & Neff, 2000) en 54% (Slayter, 2010b). Met name bij mensen die 24-uurs zorg ontvangen en bij mensen binnen het justitiële domein bestaan hoge prevalenties van triple problematiek. Psychotische stoornissen, angst- en stemmingsstoornissen komen het vaakst voor 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 prevalentie van triple problematiek, laat staan over de mogelijke onderlinge verbanden tussen LVB, verslaving en psychische stoornissen. Om verder zicht te krijgen op de kenmerken van de doelgroep hebben wij daarom een aantal dossiers geanalyseerd.

DE DOELGROEP IN BEELD

In het kader van het project *Complexe zorg leer je van elkaar* hebben we de dossiers van 75 cliënten met triple problematiek uit de (forensische) verstandelijk gehandicaptenzorg, verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg geanalyseerd om zo meer zicht te krijgen op de kenmerken van de doelgroep. We hebben daarbij gebruik gemaakt van een gestandaardiseerd formulier om informatie te verzamelen over persoonsgegevens, aard van de problematiek en hulpverleningsgeschiedenis (inclusief justitiële voorgeschiedenis).

Het overgrote deel van de cliënten ($n=47$, 63%) betrof ongehuwde autochtone mannen tussen de 19 en 65 jaar ($M=38.0$; $sd=10.5$). 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 ($M=2.6$; $sd=3.0$) hulpverlening bij de huidige zorgverlener. In meer dan de helft van de gevallen betrof dit onvrijwillige zorg vanuit een civielrechtelijk ($n=11$; 15%) of strafrechtelijk kader ($n=33$; 44%). De meeste cliënten ontvingen 24-uurs zorg, ofwel op een beschut terrein ($n=41$; 55%) ofwel in de wijk ($n=13$; 17%). Hoewel het een steekproef betreft en waarschijnlijk niet representatief is voor de populatie, lijken cliënten met triple problematiek vaak langdurige en intensieve zorg vanuit een gedwongen kader te ontvangen.

De aard van de problematiek van de cliënten was per definitie meervoudig en complex. Het gemiddelde IQ was 69 ($sd=8.6$). In de helft van de gevallen was deze informatie 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 het middelengebruik valt op dat de helft van de cliënten ($n=37$; 49%) zowel tabak, alcohol, cannabis als harddrugs

gebruikte (zie figuur 1). In ongeveer de helft van de dossiers ontbrak echter informatie over de frequentie en hoeveelheid van het middelengebruik. Dit impliceert dat middelengebruik onvoldoende in kaart wordt gebracht.

Desondanks was er bij 70 cliënten (93%) sprake van een verslaving, blijkend uit een DSM-classificatie van 'stoornis in het gebruik van een middel'. Dit betrof doorgaans alcohol ($n=39$; 52%), cannabis ($n=35$; 47%) of cocaïne ($n=31$; 41%). Naast verslaving werden persoonlijkheidsstoornissen ($n=24$; 32%) en neurobiologische ontwikkelingsstoornissen zoals autismespectrumstoornissen en aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornissen ($n=27$; 36%) het vaakst geclassificeerd. Trauma-gerelateerde stoornissen ($n=18$; 24%), stemmingsstoornissen ($n=13$; 17%) en angststoornissen ($n=4$; 5%) kwamen daarentegen (veel) minder vaak voor. Bij 49 cliënten (65%) was er wel sprake van (een vermoeden van) internaliserende problematiek, zoals piekeren, onzekerheid of een laag zelfbeeld. Ook externaliserende problematiek, met name agressie en delictgedrag, werd veelvuldig gerapporteerd ($n=65$; 87%).

De hulpverleningsgeschiedenis van cliënten was uitgebreid en divers (zie figuur 2). Ondanks dat veel cliënten een belaste voorgeschiedenis hebben (bijv. kind waren van verslaafde ouders of ouders met psychische problemen en/of een LVB, slachtoffer van mishandeling, misbruik of verwaarlozing) en de problematiek vaak al op jonge leeftijd aanwezig was, is er bij minder dan de helft ($n=32$; 43%) van hen betrokkenheid geweest van jeugdzorg. Relatief weinig cliënten hebben gedurende hun leven gebruik gemaakt van begeleiding en behandeling vanuit de verstandelijk gehandicaptenzorg ($n=32$; 57%). Wel hebben de meeste cliënten te maken gehad met hulpverlening vanuit de geestelijke gezondheidszorg ($n=57$; 76%) of verslavingszorg ($n=54$; 72%). Inhoudelijke informatie over deze hulpverlening – aanleiding, vorm en inhoud van het traject, beloop en resultaat – was echter vaak niet beschikbaar in de dossiers. 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 profiteren van het behandel- en zorgaanbod. Dit impliceert dat cliënten 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

TABEL 1. OVERZICHT ARTIKELN OVER DE PREVALENTIE VAN TRIPLE PROBLEMATIEK, GERANGSCHIKT OP JAAR VAN PUBLICATIE.

AUTEURS (JAAR)	ONDERZOEKSPOPULATIE	METHODE	BELANGRIJKSTE UITKOMSTEN
Doody et al. (2000)	108 volwassenen met een LVB en schizofrenie	Dossieranalyse	Bij 29% van de participanten opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis was er sprake van triple problematiek; Bij 18% van de participanten die ambulant werden begeleid was er sprake van triple problematiek.
Holden & Neff (2000)	28 volwassenen met een LVB	Dossieranalyse	Bij 11% van de participanten was er sprake van triple problematiek.
Taggart et al. (2007)	10 volwassenen met een LVB en verslaving	Interview	Bij 40% van de participanten was er sprake van triple problematiek; Bij 30% van de participanten was er mogelijk sprake van triple problematiek.
Taggart et al. (2006)	54 zorgprofessionals	Enquête	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.
Slyter (2010a)	924.554 adolescenten en volwassenen (12+) met en zonder een LVB	Dossieranalyse	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%).
Slyter (2010b)	226.974 adolescenten en volwassenen (12+) met en zonder een LVB	Dossieranalyse	Bij 54% van de participanten was er sprake van triple problematiek.
Slyter (2010c)	150.009 adolescenten (12-21 jaar) met en zonder een LVB	Dossieranalyse	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.

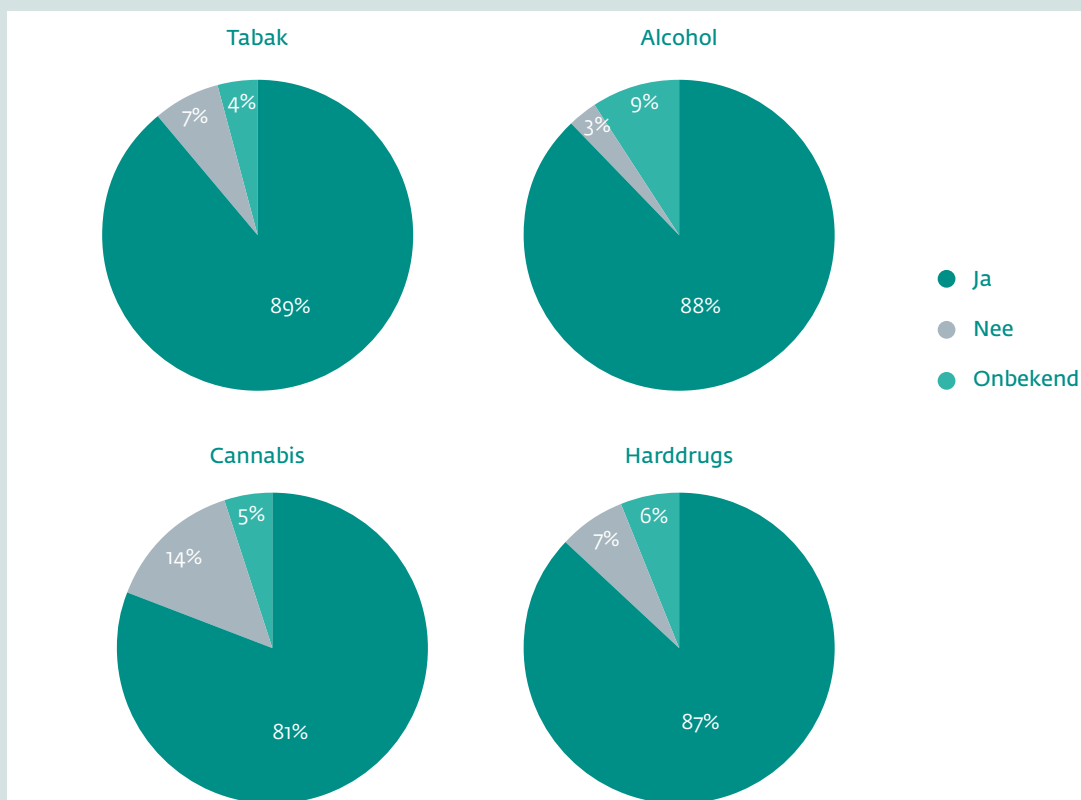
AUTEURS (JAAR)	ONDERZOEKSPOPULATIE	METHODE	BELANGRIJKSTE UITKOMSTEN
Chaplin, Gilvarry, & Tsakanikos (2011)	115 volwassenen met een LVB	Dossieranalyse	De prevalentie van life-time verslaving was 15%; Van de participanten met een life-time diagnose van verslaving was 63.2% daarnaast gediagnosticeerd met 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.
Van der Nagel et al. (2011)	39 zorgprofessionals	Enquête	Bij 48.2% van de participanten was er sprake van triple problematiek; Meest voorkomende psychische klachten waren autismespectrumstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en ADHD.
Lindsay et al. (2013)	477 gevangenen met een LVB	Dossieranalyse	Bij 29.5% van de participanten was er sprake van triple problematiek.
To et al. (2014)	104 zorgprofessionals	Enquête	Bij 43.3% van de participanten was er sprake van triple problematiek.
Turygin et al. (2014)	99 volwassenen met een LVB	Dossieranalyse	Bij 12.1% van de participanten was er sprake van triple problematiek.
Frielink et al. (2015)	6 volwassenen met een LVB en verslaving	Enquête	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	Bij 17.5% van de participanten was er sprake van triple problematiek CAGE ¹ : 87.5% van de participanten met een LVB en verslaving had daarnaast psychische klachten; AUDIT ² : 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	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	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 et al., 2001)			

problematiek bekend bij politie en justitie ($n=56$; 75%), vaak als meer- of veelpleger. Met name vermogens- en geweldsdelicten (respectievelijk $n=48$; 64%; $n=47$; 63%) kwamen veelvuldig voor. Cliënten zijn doorgaans meerdere malen strafrechtelijk veroordeeld tot een detentie ($n=42$; 56%), voorwaardelijke detentie ($n=37$; 49%), geldboete ($n=33$; 44%) of taakstraf ($n=30$; 40%). Leerstraffen werden weinig opgelegd ($n=3$; 4%). De justitiële voorgeschiedenis was in veel gevallen fragmentarisch gerapporteerd in de dossiers. Justitiële documentatie, zoals strafblad, informatie over de detentie of delictanalyse, 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 hiervan in de dossiers geen melding gemaakt.

CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

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 divers en omvat verschillende combinaties van psychische stoornissen en soorten middelen die gebruikt worden. Dit betekent dat het een heterogene doelgroep is. De gemeenschappelijke deler is dat er sprake is van complexe en meervoudige problematiek die met elkaar samenhangt, elkaar in stand houdt en elkaar soms zelfs versterkt. Dit vormt een uitdaging voor professionals. We sluiten dit artikel daarom af met enkele aanbevelingen voor de praktijk. Deze aanbevelingen vormen de hoekstenen van goed hulpverlenerschap en worden verder toegelicht in het filmpje bij dit project (Van Duijvenbode & Van der Nagel, 2019).

FIGUUR 1. GEBRUIK VAN TABAK, ALCOHOL, CANNABIS EN HARDDRUGS



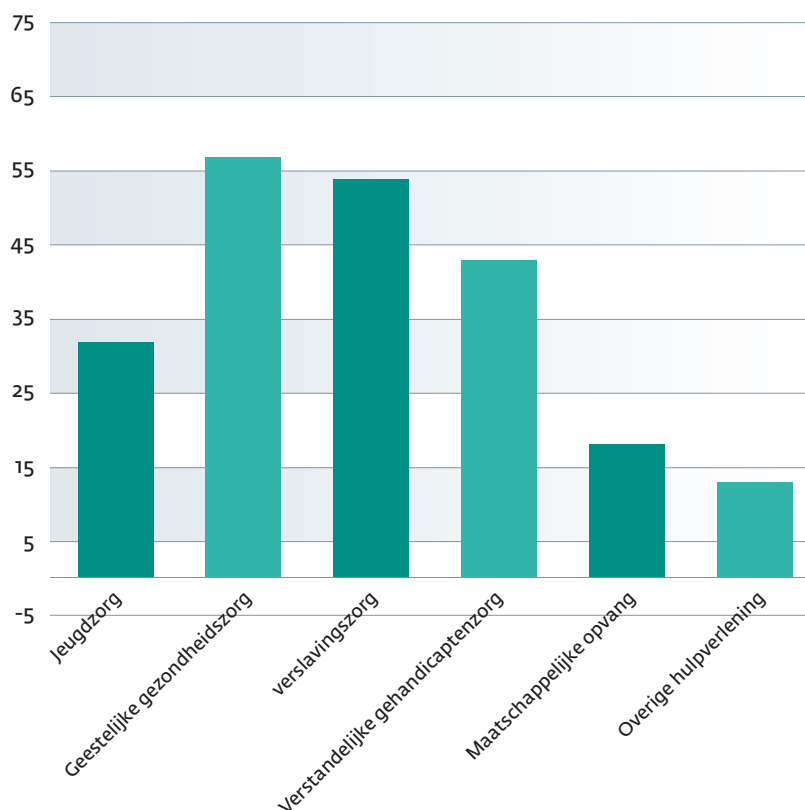
De eerste aanbeveling is om, voorafgaand aan of in een vroeg stadium van een hulpverleningstraject, een goede analyse van het bestaande dossier te doen. Zoals blijkt uit de resultaten van ons project hebben cliënten vaak al meerdere hulpverleningstrajecten doorlopen, die in meer of mindere mate succesvol waren. Inhoudelijke informatie over deze trajecten ontbreekt echter vaak in de dossiers. Dat is jammer, omdat het opvragen, analyseren en op een rijtje zetten van deze informatie van belang is om te kunnen leren van wat eerder (niet) werkte. Overigens kunnen cliënten in aanvulling op de eerdere rapportage vaak ook zelf vertellen over hun ervaringen en wat wel én niet heeft gewerkt in eerdere hulpverleningstrajecten. Op basis van deze informatie kan vervolgens richting gegeven worden aan het huidige hulpverleningstraject.

Ten tweede is grondige diagnostiek van essentieel belang. In veel dossiers ontbreekt essentiële informatie of zijn

gegevens verouderd. Een analyse van de problematiek en de samenhang tussen de verschillende elementen ervan ontbreekt veelal. Dit maakt het moeilijk om het gedrag van cliënten te verklaren of te 'snappen'. Het hanteren van een brede blik hierbij is nodig. Dossiers van cliënten zouden ten minste informatie moeten bevatten over het functioneren (bij voorkeur intellectueel, adaptief en sociaal-emotioneel), klachten, middelengebruik (aard, ernst, frequentie, beloop) en bijkomende sociaal-maatschappelijke problematiek om te kunnen komen tot een integratief beeld waarin een hypothese is verrat over hoe deze elementen met elkaar samenhangen.

Ten derde is het van essentieel belang dat organisaties binnen de verslavingszorg, geestelijke gezondheidszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg met elkaar samenwerken. Onvoldoende expertise hebben op een bepaald onderwerp (denk aan het begeleiden van mensen met een lvb of het

FIGUUR 2. BETROKKENHEID VANUIT VERSCHILLENDE SECTOREN VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG



behandelen van een verslaving) mag niet als 'smoes' gebruikt worden om problematiek onbehandeld te laten of trajecten over te dragen naar de volgende. Onderlinge samenwerking en afstemming voorkomt dit zogenaamde 'hete aardappel-effect'. Een voorbeeld van een analyse van knelpunten en oplossingen in het vormgeven van ketenzorg wordt gegeven in de *Handreiking aangepaste intake in de verslavingszorg* (Van der Nagel et al., 2017). Veel van de in deze handreiking beschreven tips en aandachtspunten (bijvoorbeeld: investeer in een goede voorbereiding van de intake, laat de cliënt een vertrouwenspersoon meebrengen) zijn ook goed toepasbaar in andere sectoren.

Ten vierde moet in de behandeling voldoende aandacht besteed worden aan alle drie aspecten: psychische stoornissen, verslaving en een LVb. Helaas bestaan er nog geen geprotocolleerde behandelinterventies voor cliënten met triple problematiek. Hieraan wordt overigens wel gewerkt (zie bijvoorbeeld het project *Seeking Safety Plus* voor geïntegreerde behandeling van trauma en verslaving bij cliënten met een LVb; Van Duijvenbode et al., in ontwikkeling). Waar specifieke triple protocollen ontbreken is het devies: geprotocolleerd maatwerk leveren. Oftewel: volg de reguliere behandelprotocollen en richtlijnen, maar pas deze aan de specifieke mogelijkheden, problematiek en kenmerken van de cliënt aan (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2018). Behandelinterventies voor psychische stoornissen of verslaving bij cliënten met een LVb (bijv. Van Duijvenbode et al., 2019; Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2018) bieden voor deze aanpassingen goede aanknopingspunten. Deze interventies kunnen 'gestapeld' of 'aangepast' worden, afhankelijk van de problematiek van de cliënt.

Ten vijfde 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 binnen de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg – en in mindere mate ook binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg – 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 standaardprotocollen 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.

OVER DE AUTEURS¹

Neomi van Duijvenbode is verbonden aan Tactus Verslavingszorg, het Behavioural Science Institute en het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction van de Radboud Universiteit. Joanneke van der Nagel is werkzaam bij Tactus Verslavingszorg, het Behavioural Science Institute van de Radboud Universiteit en Aveleijn. Mary Janssen van Raay is werkzaam bij Antes. Robert Didden is verbonden aan het Behavioural Science Institute van de Radboud Universiteit en Trajectum. Correspondentie: n.vanduijvenbode@tactus.nl.

Summary

TRIPLE TROUBLE: MENTAL DISORDER, ADDICTION AND MILD INTELLECTUAL DISABILITY

N. VAN DUIJVENBODE, J. VAN DER NAGEL, M. JANSSEN VAN RAAY & R. DIDDEN

Triple diagnosis is the combination of a mental disorder and addiction in individuals with a mild intellectual disability. It is especially common among clients receiving intensive and long-term care and among clients within the judicial domain. Triple diagnosis is by definition complex. It is difficult to address for health care professionals. Existing treatment protocols often cannot be used and the assessment is hampered by overlapping symptoms. In this paper, we explore the nature and prevalence of triple diagnosis and provide suggestions for the care and treatment of clients with triple diagnosis.

1 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. We willen cliënten en medewerkers van Tactus Verslavingszorg, Trajectum, GGNet en Pluryn bedanken voor hun bijdrage aan dit project.

Literatuur

- 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. et al. (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.
- Fletcher, R.J., Barnhill, J., McCarthy, J. & Strydom, A. (2016). From DSM to DM-ID. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 3, 189-204.
- 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.
- Kruisdijk, S., Jonker, F., Goedhard, L. & Nijman, H. (2019). Licht verstandelijke beperking in de DSM-5: Het belang van adaptief functioneren. *De Psycholoog*, 54, 34-42.
- Kwaliteitsontwikkeling GGZ (2018). *Generieke module: Psychische stoornissen en een lichte verstandelijke beperking*. Te verkrijgen via <https://tinyurl.com/yy42ql5e>.
- Lin, E., Balogh, R., McGarry, C., Selick, A., Dobranowski, K. et al. (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. et al. (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., Neirynck, S., Vanderplasschen, W., Vanheule, S. & Vandevelde, 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., Klein Snakenborg, J., Van der Nagel, J.E.L. & De Haan, H. (in ontwikkeling). *Seeking Safety Plus. Addendum bij Seeking Safety voor de toepassing bij mensen met een lichte verstandelijke beperking*.
- Van Duijvenbode, N., & Van der Nagel, J. E. L. (2019). *Complexe zorg leer je van elkaar*. Verkregen via: <https://www.youtube.com/watch?v=4jTjBtwaZBc>.
- Van Duijvenbode, N. & Van der Nagel, J.E.L. (in druk). A systematic review of substance use (disorder) in individuals with mild to borderline intellectual disability. *European Addiction Research*.
- Van Duijvenbode, N., Van der Nagel, J.E.L., Didden, R., Engels, R.C.M.E., Buitelaar, J.K. et al. (2015). Substance use disorders in individuals with mild to borderline intellectual disabilities: Current status and future directions. *Research in Developmental Disabilities*, 38, 319-328.
- Van der Nagel, J.E.O.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.
- Van Duijvenbode, N., Van der Nagel, J.E.L., Poelen, E., Kiewik, M., Kemna, L. & Bierman, K. (2019). *Handreiking middelengebruik en verslaving bij mensen met een LVB. Een praktijk-theoretische beschrijving van beschikbare methodieken en interventies voor jeugdigen en volwassenen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Academische Werkplaats Kajak.
- Van Der Nagel, J.E.L., Kiewik, M. & Didden, R. (2017). *Handboek LVB en verslaving*. Amsterdam: Boom.
- Van Der Nagel, 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. (2016). *Psychopathology in borderline intellectual functioning*. Leiden: Universiteit Leiden.