

Lvb en verslaving

Maak het bespreekbaar

Petra Noordhuis



Bij de verslavingskliniek van Tactus in Rekken interviewde ik Joanneke van der Nagel, psychiater. Zij schreef een proefschrift met de titel *Is it just the tip of the iceberg? Substance use and misuse in Intellectual Disability*.

Sinds begin 2007 werken Tactus en Aveleijn (zorg voor mensen met een verstandelijke beperking) samen op het gebied van onderzoek en zorg voor mensen met een lichte verstandelijke beperking (lvb) met middelenproblematiek. Hoewel het vaak niet past in het beeld dat men van de doelgroep heeft, blijkt dat ook bij hen middelengebruik een probleem is.

Groeit de bewustwording rondom mensen met een lvb en verslaving?

Ja, gelukkig wel. Dat het een probleem is staat in Nederland niet meer ter discussie. Dat was in het verleden wel anders. En de methodieken liggen er, maar ze moeten nog wel geïmplementeerd worden. In die implementatie, daar zit de crux. Dat is niet zomaar even gebeurd.

Daarvoor is een andere mindset nodig. Bijvoorbeeld dat zowel de verslavingszorg als de verstandelijk gehandicaptenzorg zich realiseren dat zij een taak en verantwoordelijkheid hierin hebben. En daarnaast natuurlijk praktische zaken zoals de scholing van professionals en het opbouwen van de ketenzorg.

Hoe krijg je een volledig beeld van middelengebruik bij mensen met een lvb?

De meeste instellingen doen weinig tot niets aan screening. En als het gebeurt, dan gebeurt het niet systematisch. Meestal wordt er gescreend op het moment dat er een probleem is. En dan hoef je eigenlijk niet te screenen. Dan weet je het al.

Redenen om het niet te doen zijn vaak gebrek aan tijd en de aanname dat het niets oplevert. In die gedachtegang zit de misvatting dat je het wel op tijd ziet aankomen als mensen problematisch gebruiken. Dat is dus niet zo. Daarom is screenen van iedereen uit de risicogroep mensen met een lvb of zwakbegaafdheid zo belangrijk. De meeste mensen denken bij screenen aan controles van urine en dergelijke. Natuurlijk kun je in theorie bij iedereen urine- of speekselmonsters afnemen. Maar daarmee heb je nog steeds geen betrouwbaar beeld. Veel mensen gebruiken periodiek, dus je mist gemakkelijk wat. Bovendien zijn die tests niet 100% betrouwbaar. Daarnaast geef je met het controleren het signaal 'ik vertrouw jou niet' af. Dat is funest als je een goed middelenbeleid neer wilt zetten.

De eerste stap is daarom systematisch naar middelen-gebruik vragen. Die stap wordt heel vaak overgeslagen, terwijl hij betrouwbare uitkomsten geeft. Zeker als je het onderwerp op een respectvolle en constructieve manier bespreekt. 100% waterdicht is het niet, maar dat geldt zoals gezegd ook voor de testen.

Belangrijk is de manier waarop je het bespreekbaar maakt.

Belangrijk is de manier waarop je het bespreekbaar maakt. Als er eens goed voor gaat zitten en aankondigt dat je iets belangrijks moet bespreken, dan zal de uitkomst anders zijn dan dat je het terloops vraagt. Mijn advies? Praat er gewoon eens over tijdens de afwas ofzo. Maak het vooral niet te beladen. Verweef het in het dagelijkse gebeuren en maak er geen 'ding' van. Het is dus ook niet iets dat alleen in de spreekkamer van de arts of hulpverlener aan de orde komt. De begeleiding kan er ook naar vragen, bijvoorbeeld naar aanleiding van een tv programma of een vraag van een cliënt. Sterker nog, ik vind het een taak van een begeleider om alert te zijn op gezondheids-bedreigende signalen. Mooi handvat daarvoor is de SumID-Q vragenlijst.¹

Piet, 48 jaar

'Ik zit nu negen weken in de kliniek van Tactus. Vrijwillig, maar ook wel op advies van anderen. Van de gemeente bijvoorbeeld. Ik woonde voorheen zelfstandig, maar ik gebruikte harddrugs. Ik heb adhd en van speed werd ik lekker rustig. In het begin zag ik alleen de voordelen van de speed, maar na verloop van tijd stapelden de problemen zich op. Ik ging ook andere middelen ontdekken en gebruiken, totdat de bom barstte. Ook letterlijk ja, want ik kan nog weleens ontploffen als mensen tegen mijn principes ingaan.

Mensen gebruiken geen drugs voor de lol. Het is meestal om bepaalde dingen te onderdrukken. Dat geldt ook voor mij. Bij Tactus werk je aan je verslaving, maar vooral ook aan je onderliggende problemen. Via onder andere EMDR heb ik de oorzaak van mijn problemen aangepakt. De scherpe kantjes zijn er nu wel vanaf. Ik heb meer rust in mijn hoofd en ze zeggen dat ik anders uit mijn ogen kijk. En dat doe ik ook echt, want ik heb nu een bril.

Mijn vader zei altijd: 'Het is een beste jongen, er zitten alleen geen papieren bij'. Die papieren heb ik nu gevonden, zeg maar. Als ik hier klaar ben dan wil ik huisje, boompje, beestje. Over beestje gesproken: ik leef voor mijn parkiet. Die is nu bij mijn pa. Eens per twee weken zoek ik ze op en dan zorg ik voor mijn vogeltje. Maar eerst ga ik terug naar begeleid wonen. Zij houden dan contact met Tactus. Als ik dan een terugval heb, dan kunnen ze gelijk ingrijpen.'

Het lastige daarbij kan zijn dat niet iedereen met een lvb begeleiding heeft.

Klopt. Een deel heeft helemaal geen professionele zorg, laat staan zorg vanuit de verstandelijk gehandicaptenzorg. Daarom worden de uitkomsten ook nooit waterdicht. Net als in de algemene bevolking. Maar ook daar zou een huisarts eigenlijk bij bijna alle kwalen moeten informeren naar rookgedrag en alcoholgebruik, omdat we weten dat die twee verslavingen heel veel voorkomen en ook sterk gerelateerd zijn aan bijna alle lichamelijke kwalen. Mensen denken bij roken al snel aan COPD en longkanker en bij alcohol misschien aan leverproblemen, maar alle soorten kanker hebben ook een relatie met alcohol en/of roken. Verder zijn mensen die gebruiken ook veel gevoeliger voor psychiatrische stoornissen zoals stemmings- en angstklachten. Eigenlijk zouden alle welzijns- en gezondheidsmedewerkers daarom standaard moeten nagaan of hier een risico zit.

¹ Meer uitleg: <https://www.tactus.nl/Over-Tactus/Onderzoek-bij-Tactus/SumID-Q>

In hoeverre verschilt het middelengebruik qua omvang bij de lvb en de niet-lvb?

Ongeveer tweederde van de cliënten in de verstandelijk gehandicaptenzorg rookt. Dat is veel meer dan in de algemene bevolking. Daar rookt zo'n 20%, afhankelijk van de leeftijdsgroep, sociaal economische groep et cetera. Daar zie je dus een fors verschil. En dat is zorgelijk, gezien de consequenties voor gezondheid en levensverwachting.

Ongeveer tweederde van de cliënten in de verstandelijk gehandicaptenzorg rookt.

Bij alcoholgebruik zie je een minder duidelijk verschil. Dat komt ook omdat bijna iedereen 'weleens' drinkt. Bij lvb is dit aantal iets lager dan in de algemene bevolking. Het aantal problematische drinkers is bij de lvb groep wel iets groter. Het is een kwetsbare groep, waarbij de gevolgen van te veel drinken groter kunnen zijn. Ook de combinatie met bijvoorbeeld epilepsie en medicatie kan voor meer gevolgen zorgen. Daarnaast kan ook het wonen in een instelling meer problemen opleveren. Wie op zichzelf woont heeft de volgende dag een kater of ruzie met zijn partner. In een instelling kan dat meer consequenties hebben. Sommigen raken zelfs dakloos door hun gebruik. Dat kan maken dat een zelfde mate van middelengebruik en een zelfde soort gedrag in de ene context niet problematisch is en de andere wel.

Je proefschrift heeft de titel 'Is it just a tip of the iceberg?'. Krijg je de rest boven water?

Door onze samenwerking met bijvoorbeeld lvb instellingen als Aveleijn, Ambiq, 's Heeren Loo en De Twentse Zorgcentra en sglvb zorginstellingen als Trajectum en Pluryn komt er wel steeds meer bovendrijven.

Michiel Vermaak vertelde eerder in een interview dat zo'n 30% van de dak- en thuislozen minimaal een lvb heeft. Hoe liggen die cijfers in de verslavingszorg?

Dat is lastig te beantwoorden, omdat ze eigenlijk al een tijdje abstinente moeten zijn om hun niveau goed te kunnen testen. We hebben het wel getest bij mensen die wat langer bij ons in de kliniek zitten en daar bleek zo'n 30-40% een IQ beneden de 85 te hebben. Nu zijn dat niet per se allemaal mensen met een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid, want het kunnen natuurlijk ook mensen zijn die door hun gebruik lager scoren.

Speelt groepsdruk een grotere rol bij mensen met een lvb?

Ze zijn vaak met verslavingsgedrag opgegroeid. De ouders roken bijvoorbeeld meestal ook. De eerdere versie van het handboek dat we hebben geschreven had als titel 'Iedereen gebruikt toch?' Ze weten vaak niet beter. Ze denken dat iedereen rookt. Ik vroeg laatst aan een cliënt of hij enig idee had hoeveel mensen in Nederland weleens cocaïne gebruiken. Hij dacht dat dat minstens de helft van de bevolking was. Het idee leeft dat gebruik normaal is. En omdat ze er zelf mee bezig zijn, zien ze ook daadwerkelijk veel mensen die gebruiken. Vergelijkbaar met als je een nieuwe blauwe auto hebt gekocht. Dan zie je ineens overal blauwe auto's van dat merk. Je hele waarneming en je opmerkzaamheid is veranderd door het gebruik en dat is een teken van verslaving. En daarmee houdt de verslaving zichzelf in stand, want je ziet het als normaal.

Uitgangspunt is dat mensen met een lvb bevattelijker zijn voor verslavingen. Komt dat doordat ze minder goed na kunnen denken over oorzaak-gevolg of zijn er ook nog andere (fysiologische) redenen?

Verslaving is een multifactoriële aandoening. Ik heb geen enkele reden om aan te nemen dat dat bij mensen met een lvb anders is. Factoren die een rol spelen zijn bijvoorbeeld genetische aanleg en het (ontbreken van het) besef van de risico's en de gevolgen. Daarnaast slepen mensen met een lvb vaak veel levensleed met zich mee.



Er is druk vanuit de maatschappij om te participeren, maar tegelijkertijd krijgen ze constant het signaal dat ze er niet bij horen. Eigenlijk hebben we een heel ontoegankelijke maatschappij, waarin mensen met een lvb continu worden geconfronteerd met regels waarvan ze het nut niet snappen. Of die ze niet kennen. Een wereld waarin ze continu achter de feiten aan hollen en dus altijd een hoog stressniveau hebben. Of ze hebben een traumatische voorgeschiedenis. Al die risicofactoren stapelen zich bij iemand met een lvb op. En dan kan het heel plezierig lijken om met behulp van welk middel dan ook een nacht wél te slapen. Of de ellende te vergeten.

Met roken speelt er iets anders. Dat is op de korte termijn (gedurende zeven minuten) heel belonend. De langetermijnschade ondervind je niet direct. Na die zeven minuten effect komt de 'afkick'. Je voelt je minder lekker of onrustig. Dat effect wordt veroorzaakt door de sigaret die je net gerookt hebt. Veel mensen roken dus (zonder dat ze dat weten) om de stress of onrust die het roken teweegbrengt te dempen. We weten nu dat stoppen met roken bij mensen met spanningsklachten, angsten of milde depressie een vergelijkbaar effect heeft als medicatie tegen die klachten. Door te stoppen met roken kun je dus je psychiatrische klachten verminderen. Terwijl de meeste mensen zeggen dat ze roken vanwege die psychiatrische klachten. Het is dus net andersom. Maar ga dat maar uitleggen aan iemand met een lvb.

Voordat we naar behandeling gaan: hoe zit het met preventie? Is een eerste stap daarbij het gedrag van de omgeving?

Er speelt vaak een discussie over 'gezellig samen roken'. Begeleiding en andere medewerkers in de zorg onderschatten hoeveel kansen er verloren gaan om middelengebruik bij cliënten te beperken, doordat ze zelf meedoen met het verslavingsgedrag. Er wordt nog steeds in de nabijheid en in het zicht van cliënten gerookt en iedereen vindt het normaal dat cliënten roken. Hier zijn echt nog stappen te zetten.

Stel dat ik als begeleider verslaafd ben aan gamen of gokken, dan doe ik dat ook niet op het werk. Waarom is dat van roken wel geaccepteerd?

Een dergelijke vergelijking maak ik ook wel eens. Sommige begeleiders zeggen dat samen roken een manier is om goed contact te hebben. Stél dat dat zo is, dan zou je ook gezellig samen een shot moeten zetten als je contact wilt maken met een heroïneverslaafde. Het zijn onzinredenen. Smoesjes noemen wij ze. En er zijn wel instellingen waar een rookbeleid is, maar ook dat wordt omzeild door sommige begeleiders. Die gaan dan met een vette knipoog naar de cliënt samen 'een stukje wandelen'. Met een sigaret dus. En ik noem nu de begeleiding, maar hetzelfde

geldt natuurlijk voor andere medewerkers en familieleden. Persoonlijk vind ik dat cliënten die roken maximaal ondersteund moeten worden om te stoppen. Verbieden is lastig, maar uitgebreid faciliteren is het andere uiterste.

Persoonlijk vind ik dat cliënten die roken maximaal ondersteund moeten worden om te stoppen.

Attitudeverandering van de omgeving is dus een must om het probleem te verkleinen.

Klopt. En in het kader daarvan zou je beleid kunnen maken. Er zouden uitvoerbare regels moeten komen, die goed bij de betrokkenen landen en die op een plezierige manier bespreekbaar worden gemaakt. Dus niet alleen verbieden. Dat dat wel degelijk kan is in de hele maatschappij zichtbaar: wie had 25 jaar geleden gedacht dat er niet meer in de kroeg gerookt zou mogen worden? Daarnaast moeten er goede verwijslijnen zijn, zodat cliënten op de goede plek terecht komen.

Waar kunnen mensen met een lvb en een verslaving terecht?

Wat mij betreft gewoon bij de lokale verslavingszorg. Die is echter niet altijd even gastvrij voor mensen met een beperking. Er heerst helaas soms de misvatting dat er een heel apart circuit bestaat voor sggz voor mensen met een verstandelijke beperking en een verslaving of andere ggz problemen.

Maar ggz hulp voor mensen met een verstandelijke beperking is gewoon specialistenwerk voor de ggz. En ben je daar nog niet vaardig in, dan weet je in ieder geval waar je je scholingsbudget aan kunt besteden. Binnen de vg zorg kun je best een stuk begeleiding of behandeling op je nemen, maar je kunt niet alles doen. Er zijn medische, gedragsmatige en contextuele aspecten. Daar zou de specialistische zorg zich mee bezig moeten houden. Verslavingsbehandeling van mensen met een lvb behoort gewoon tot de basisbehandeling van de ggz. En natuurlijk is niet iedereen binnen de ggz geschikt of gemotiveerd om mensen met een lvb te behandelen, maar een deel van de hulpverleners moet hier toch mee om weten te gaan. Gezien het grote aantal mensen binnen onze samenleving dat een lvb heeft, krijgen ze er immers gegarandeerd mee te maken. Ik zie het als de opdracht van de ggz om ook deze cliënten goede zorg te bieden.

Behandeling kan het beste uitgevoerd worden via de ketenzorg. Dat klinkt heel logisch, maar toch lijkt het iets nieuws.

Ik denk dat de specialistische ggz niet zo gewend was om in een keten met maatschappelijke partners te werken. Bij het Jeugdteam van Tactus hoef ik niet te vertellen dat je ook het systeem moet uitnodigen. Dat je dat bij volwassen patiënten ook zou moeten doen is voor veel mensen nieuw. Die zien het als eigen verantwoordelijkheid van de cliënt. Maar de cliënt met een lvb woont niet voor niets in een instelling, dus in hoeverre kun je hem zelf verantwoordelijk maken? Er zijn cliënten die buiten de instelling wonen, omdat ze best zelf kunnen koken en afwassen, maar die het niet lukt om op tijd op afspraken te zijn. Dan komen ze hier drie kwartier te laat aan. En dan zit de volgende al in mijn spreekkamer. Zij kunnen die verantwoordelijkheid voor het nakomen van afspraken niet aan en hebben daar extra ondersteuning in nodig. Door de begeleiding, of door bijvoorbeeld familie.

Waarin verschilt de behandeling nou wezenlijk met die van iemand zonder lvb?

Er zijn geen wezenlijke verschillen. Behandeling bestaat uit een mengvorm van psychologische interventies, bijvoorbeeld van cognitieve gedragstherapie en medische interventies. Net als bij cliënten zonder lvb. In de behandeling hou je rekening met een trager werktempo, mindere cognitieve belastbaarheid en met het feit dat cliënten de dingen die ze leren niet meteen in de praktijk kunnen toepassen. Je geeft ze meer ondersteuning bij het oefenen in de praktijk. Daarom is de inbreng van mensen vanuit de

*Mensen met een
lvb komen niet van
Mars hoor.*

Meer aandacht voor LVB en verslaving

LVB en verslaving staat in Nederland sinds een aantal jaren goed op de kaart. Ook internationaal is er meer aandacht voor deze vorm van comorbiditeit. Een bloemlezing uit recente publicaties:

Uit onderzoek onder 419 volwassenen met een lvb die zorg krijgen van een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg, bleek 62% te roken, 64% alcohol te gebruiken, en 15% cannabis te gebruiken. Gebruik in de sociale omgeving (door familie, vrienden, en professionele zorgverleners) bleek een belangrijke voorspellende waarde te hebben (VanDerNagel, e.a. 2017).

Interessant genoeg beschrijven Leser e.a. (2018) in een onderzoek naar rookgedrag onder mensen met een ontwikkelingsstoornis (waaronder een verstandelijke beperking) en hun begeleiders een heel ander beeld. In dit onderzoek rookte de meerderheid (64%) van de begeleiders en de overgrote meerderheid van de cliënten (92%) juist niet. Daarnaast werd geen verband gevonden tussen rookgedrag van cliënt en begeleiders. Een mogelijke verklaring is het lage responspercentage in deze studie (10%). De verschillen tussen deze studies vallen mogelijk ook te verklaren vanuit verschillen in methodologie en populatie tussen de studies.

Recent zijn er ook wat publicaties over (het opsporen van) patiënten met een lager IQ in de verslavingszorg. Zo beschrijven Luteijn e.a. (2017), en Braatveit e.a.

(2018) een gemiddeld IQ van respectievelijk 88 (SD11) in 188 patiënten in een Nederlandse forensische verslavingskliniek, en 87 (SD 12) in 90 patiënten in drie Noorse verslavingsklinieken.

Naast deze aandacht voor de dubbele problematiek van LVB en verslaving focussen Salavert e.a. (2018) op triple problematiek: het samengaan van psychiatrische stoornissen, VB en verslaving. Zij onderzochten de dossiers van 88 patiënten met een verstandelijke beperking op een psychiatrische afdeling in het algemeen ziekenhuis en ontdekten dat ten minste een derde van hen een verslaving had.

Van Duijvenbode e.a (2018) beschrijven hoe proefpersonen met een stoornis in het gebruik van alcohol, zowel neutrale, positieve als negatieve situaties vaker associëren met gebruik dan niet-problematisch gebruikers. Zij focussen daarmee op de impact die verslaving heeft op het neuropsychologisch functioneren van mensen met een LVB; een aspect dat zowel voor onderzoek als behandeling van groot belang is. Terecht roepen Kiewik e.a. (2017) dan ook op tot het ontwikkelen van meer op LVB toegesneden preventieve en curatieve interventies in de verslavingszorg: ondanks de stappen die in dit vakgebied zijn gezet, valt er nog veel te onderzoeken en ontwikkelen.

Ook interessant:

De LinkedIn kenniscgroep: kenniscentrum LVB en verslaving.
www.lvbenverslaving.nl

² Beide boeken zijn te koop via Boom Psychologie

³ <https://webwinkeltactus.nl/webshop>

professionele vg zorg zo belangrijk. Het is dus geen compleet andere therapie, zoals wel gedacht wordt. Mensen met een lvb komen niet van Mars hoor.

Mede om dat over het voetlicht te brengen hebben jullie het 'Handboek LVB en verslaving' geschreven.

In het begin durfden we het nog geen handboek te noemen, omdat we eigenlijk meer de geschiedenis van onze projecten beschreven. Misschien ook vanuit bescheidenheid en omdat we ons als schrijvers een beetje 'eenogen in het land der blinden' voelden. Maar de reacties waren enthousiast en uiteindelijk hebben we het dus toch een handboek genoemd.

In het boek benadrukken we het belang van het vroeg signaleren van verslaving. Daarnaast bevat het handboek informatie over behandelmethodieken, instrumenten voor diagnostiek, beleid, wet- en regelgeving, preventie. Bij het handboek hoort een casusboek, waarin (nog meer) verhalen uit de praktijk staan, inclusief tips en valkuilen.² Een soort 'verplichte kost' dus voor iedereen die hiermee te maken heeft en die er nog onvoldoende van weet.

Welke tips heb je voor de AVG?

- Maak middelengebruik op een ontspannen manier bespreekbaar. Op het spreekuur, maar vooral ook in de woonsituatie. Een handig hulpmiddel is de SumID-Q lijst, die via de webshop van Tactus³ te bestellen is.
- Investeer in de samenwerkingsrelatie met verslavingszorg en consulteer waar nodig. Ik zeg altijd: 'Een kop koffie drinken kan altijd'.
- Draai eens een keer mee in een politeam. De AVG is van harte welkom. We hebben trouwens ook een stageplek voor een AVG in opleiding bij onze kliniek in Rekken.



Joanneke van der Nagel
J.vandernagel@Tactus.nl

Petra Noordhuis
www.tekstenderest.nl

Jason, 28 jaar

'In het begin vond ik ze wel een beetje streng hier, maar na twee maanden ben ik daar wel aan gewend. Ik heb al een heel aantal klinieken gehad, daar is het wel vrijer. Daar mocht ik later naar bed. Ik zat in die klinieken omdat ik drugs en drank gebruikte. Coke, GHB en wiet enzo. Ik ben zelf met de wiet en GHB gestopt. Daar had ik gewoon genoeg van. Van de overige middelen kwam ik niet zo goed af. Die verslavingen bleven maar terugkomen.

Uiteindelijk zijn we erachter gekomen waar het probleem door ontstaan is. Toen ik twaalf was, is mijn moeder overleden. Ik stopte mijn verdriet weg en onderdrukte het met drugs, maar het gevoel kwam terug toen ook mijn oom/buurman plotseling overleed. Mijn neefje en nichtje kwamen alleen te staan en mijn oude verdriet kwam weer bij me naar boven. Toen ben ik extreem veel gaan gebruiken.

Met EMDR heb ik alles een plekje kunnen geven. Daar ben ik heel blij mee. Het is nu niet meer nodig om elke dag voor het slapen gaan naar de twee nummers van mijn moeders begrafenis te luisteren. Over ruim een week ga ik met ontslag en dan ga ik naast mijn vader en tante wonen. De volgende dag heb ik een sollicitatiegesprek. Dan heb ik mijn dagen gevuld en daardoor is de kans op terugval kleiner. Want hoe goed ik het hier ook heb, mij zien ze hier niet meer terug.'

Braatveit KJ, Torsheim T, Hove O. Intellectual Functioning in In-Patients with Substance Use Disorders: Preliminary Results from a Clinical Mediation Study of Factors Contributing to IQ Variance. *Eur Addict Res.* 2018;24(1):19-27.

Van Duijvenbode, N., Didden, R., VanDerNagel, J. E. L., Korzilius, H. P. L. M., & Engels, R. C. M. E. (2018). The relationship between drinking motives and interpretation bias in problematic drinkers with mild to borderline intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 43 (2), 125-136.

Leser KA, Pirie PL, Ferketich AK, Haverkamp SM, Wewers ME. (2018) Smoking behaviors of adults with developmental disabilities and their direct support professional providers. *Disabil Health J.* 2018 Jul;11(3):461-465.

Kiewik, M., VanDerNagel, J. E. L., Engels, R. C. M. E., & De Jong, C. A. J. (2017) Intellectually disabled and addicted: a call for evidence based tailor-made interventions. *Addiction*, 112, 2067-2068.

Luteijn, I., Didden, R. & der Nagel, J.E.L. Individuals with Mild Intellectual Disability or Borderline Intellectual Functioning in a Forensic Addiction Treatment Center: Prevalence and Clinical Characteristics. *Adv Neurodev Disord* (2017) 1: 240. <https://doi.org/10.1007/s41252-017-0031-7>

Salavert, J., Clarabuch, A; Fernández-Gómez, M J; Barrau, V; Giraldez, M P; Borràs, J. Substance use disorders in patients with intellectual disability admitted to psychiatric hospitalisation. *J Intellect Disabil Res*; 2018 Jul 01.

VanDerNagel, J. E. L., Kiewik, M., Didden, R., Korzilius, H. P. L.M., van Dijk, M., van der

Palen, J., Buitelaar, J. K., de Jong, C. A. J. (2017) Substance use in individuals with mild to borderline intellectual disability in the Netherlands: An exploration of Risks and Rates. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 283-293. ■