



rijksuniversiteit
groningen



DE BEREIDHEID TOT INZET VAN PSYCHEDELICA-GEASSISTEERDE THERAPIE ONDER ZORGPROFESSIONALS IN DE NEDERLANDSE VERSLAVINGSZORG: EEN MIXED-METHODS ONDERZOEK

**The Willingness to Implement Psychedelic-Assisted
Therapy Among Healthcare Professionals in Dutch
Addiction Care: A Mixed-Methods Study**

Naam	Job Hagdorn (S4141849)
E-mailadres	j.m.s.hagdorn@student.rug.nl
Instituut	Rijksuniversiteit Groningen Gedrags- en Maatschappijwetenschappen
Opleiding	MSc Sociologie: Criminaliteit & Veiligheid
Begeleider	Simon Venema
Referent	Wouter Kiekens
Datum	3 februari 2025 tot en met 14 september 2025

Samenvatting

De huidige behandelingen in de Nederlandse verslavingszorg kennen een hoog terugvalpercentage, wat de behoefte aan nieuwe behandelmethoden zoals psychedelica-geassisteerde therapie (PAT) vergroot. Dit onderzoek had als doel om de bereidheid van Nederlandse verslavingszorgprofessionals om PAT toe te passen in kaart te brengen en te onderzoeken in hoeverre de verklarende factoren van de *Theory of Planned Behavior* (attitudes, subjectieve norm en waargenomen gedragscontrole) deze bereidheid beïnvloeden. Hiervoor is een convergent mixed-methods ontwerp gebruikt. Kwantitatieve data zijn verzameld met een online vragenlijst onder verslavingszorgprofessionals (N = 110) en geanalyseerd met ordinale logistische regressie. Kwalitatieve data zijn verzameld door middel van vijftien semigestructureerde interviews voor vergelijking met de kwantitatieve data en extra verdieping.

De resultaten laten zien dat de attitudes ten aanzien van PAT overwegend positief zijn, waarbij een positievere attitude sterk samenhangt met een grotere bereidheid tot uitvoering. Deze overwegend positieve attitudes kunnen worden verklaard door verwachte therapeutische voordelen van PAT, zoals verminderd middelengebruik door behandeling van trauma- en depressieklachten en het losmaken van emoties bij cliënten. Tegelijkertijd zijn er zorgen over psychoserisico's en nieuwe afhankelijkheden, waardoor een strenge clientselectie vereist is. Om deze redenen kan PAT in de beginfase volgens verslavingszorgprofessionals beter in klinische setting plaatsvinden, waar meer supervisie is.

Daarnaast verwachten professionals dat de subjectieve normen vanuit collega's en cliënten mild positief zijn, al worden er grote verschillen verwacht. Waar de houding van cliënten een doorslaggevende factor blijkt voor de bereidheid om PAT toe te passen, benadrukken verslavingszorgprofessionals vooral de behoefte aan een gezamenlijke visie onder collega's ten aanzien van PAT. Er wordt een negatieve maatschappelijke subjectieve norm verwacht ten aanzien van PAT, waarbij een negatievere verwachting samenhangt met een grotere bereidheid om PAT toe te passen. Dit kan mogelijk worden verklaard door de motivatie van verslavingszorgprofessionals om het negatieve maatschappelijke beeld te doorbreken.

Verder is de waargenomen gedragscontrole ten aanzien van PAT relatief laag, waarbij een groter gevoel van competentie samenhangt met een grotere bereidheid om PAT uit te voeren. Professionals geven aan dat hun huidige kennisniveau beperkt is, wat hun gevoel van competentie en uitvoerbaarheid verkleint. De competentie van verslavingszorgprofessionals om PAT toe te passen zal worden vergroot door gerichte scholing en door aanvullend wetenschappelijk bewijs dat in deze scholing wordt geïntegreerd. Verder bestaan er juridische belemmeringen, zoals het verbod op

psychedelica onder de Opiumwet, en praktische belemmeringen, zoals de langdurige behandelsessies en de behoefte aan geschikte behandelruimtes. Hoewel deze geen invloed lijken te hebben op de huidige bereidheid van verslavingszorgprofessionals, vormen zij wel een potentiële barrière voor toekomstige implementatie en daarmee voor het daadwerkelijke gedrag. Concluderend zijn Nederlandse verslavingszorgprofessionals over het algemeen bereid om PAT in de toekomst toe te passen, mits er wordt voldaan aan strenge eisen.

Voor beleid en praktijk wordt aanbevolen om erkende scholing en certificering te ontwikkelen, multidisciplinaire teams te vormen rondom PAT binnen verslavingszorginstellingen, pilotprojecten in een klinische setting voor te bereiden en (online) bijeenkomsten te organiseren gericht op kennisdeling. Voor toekomstig onderzoek wordt aanbevolen om een kosten-batenanalyse van de implementatie van PAT uit te voeren, nieuw wetenschappelijk bewijs te genereren via grootschalige en langdurige trials naar verschillende psychedelica bij diverse vormen van verslaving, de meest effectieve vorm van scholing te onderzoeken en meer inzicht te verkrijgen in de typen cliënten die bereid zijn PAT te ondergaan.

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	1
Inleiding.....	5
Achtergrond van psychedelica-geassisteerde therapie.....	9
Theoretisch kader	11
Theory of Planned Behavior.....	11
Attitudes.....	12
Subjectieve norm.....	13
Waargenomen gedragscontrole	14
Hypothesen	16
Methodologie	17
Onderzoeksopzet	17
Participanten	17
Dataverzameling	19
Meetinstrumenten	19
Online vragenlijst	19
Interviewschema	21
Data-analyse.....	22
Ethische overwegingen	24
Resultaten.....	26
Kwantitatieve resultaten	26
Beschrijvende resultaten	26
Samenhang tussen variabelen	27
Regressieanalyse	29
Kwalitatieve resultaten	31
Thema 1: PAT als mogelijk antwoord op de vraag naar innovatie in de verslavingszorg	31
Thema 2: de implementatie van PAT in de verslavingszorg moet voldoen aan strenge voorwaarden.....	32
Thema 3: invloed van collega’s en cliënten weegt zwaarder dan de maatschappelijke norm	33
Thema 4: wetenschappelijk bewijs en erkende scholing geven gevoel van controle	35
Conclusie en discussie.....	36
Conclusie per deelvraag	36
Overkoepelende conclusie	39
Discussie	40
Interpretatie van de kwantitatieve resultaten	40

Methodologische reflectie	41
Aanbevelingen.....	42
Slotwoord	44
Literatuur	45
Bijlagen	54
Bijlage 1: vragenlijst kwantitatieve dataverzameling	54
Bijlage 2: interviewschema	65
Bijlage 3: SPSS-syntax.....	69
Bijlage 4: resultaten per instelling en functie	71
Bijlage 5: vergelijking groepen na listwise deletion.....	73
Bijlage 6: assumptietoetsing ordinale logistische regressie	74
Bijlage 7: codeboek.....	76
Bijlage 8: overzicht thematische structuur	80
Bijlage 9: informatiebrief en toestemmingsformulier interviews	81

Inleiding

Middelenverslaving is een wereldwijd voorkomend probleem. Naar schatting kampen er wereldwijd 181 miljoen mensen met een stoornis in het gebruik van middelen (Castaldelli-Maia & Bhugra, 2022). Het is een complex fenomeen, waarbij biologische, psychologische, sociale en zingevingfactoren samenspelen bij zowel het ontstaan als het oplossen van de verslaving (Blaauw et al., 2018). In Nederland ontvingen in 2023 ruim 65.000 mensen een behandeling binnen de Nederlandse verslavingszorg (Stichting IVZ, 2023). Dit cijfer weerspiegelt echter niet de werkelijke omvang van het probleem. Naar verwachting hadden in 2021 1,8 miljoen Nederlanders problemen met middelengebruik, waarvan een groot deel afhankelijk was van alcohol, tabak of medicijnen (Jellinek, 2023). 3% van deze groep was dat jaar daadwerkelijk in behandeling (Jellinek, 2023). Naast het feit dat slechts een klein deel van mensen met een verslaving of problematisch gebruik daadwerkelijk in behandeling gaat, kennen de behandelmethoden voor deze groep tekortkomingen in effectiviteit. Meer dan de helft van de mensen met een verslaving in Nederland valt binnen een jaar na behandeling terug in gebruik (Zorginstituut Nederland, 2014). Om dit terugvalpercentage terug te dringen is er behoefte aan innovatie in behandelmethoden binnen de verslavingszorg.

Een behandelmethode die dit terugvalpercentage in de verslavingszorg mogelijk zou kunnen verkleinen is psychedelica-geassisteerde therapie (hierna PAT). Bij PAT worden psychedelica onder gecontroleerde omstandigheden ingezet, ter ondersteuning van psychotherapie. Psychedelica is een verzamelnaam voor een aantal stoffen die hallucinogene effecten hebben en daarmee invloed hebben op de stemming, perceptie en de cognitie van een persoon (Wizla et al., 2022). In de jaren '50 en '60 werd uitgebreid onderzoek gedaan naar het gebruik van psychedelica als mogelijk hulpmiddel bij de behandeling van verslaving, waarbij de resultaten veelbelovend leken (Vamvakopoulou & Nutt, 2024). In de jaren '70 leidde de Amerikaanse president Nixon de zogenoemde 'War on Drugs', waarbij ook psychedelica streng werden aangepakt. Ook buiten de Verenigde Staten had dit grote gevolgen. Onder druk van deze beweging ondertekenden de meeste landen binnen de Verenigde Naties verdragen die het gebruik van de meeste psychedelica verboden (Nutt et al., 2024). Als gevolg daarvan kwam het internationale onderzoek naar psychedelica als mogelijke behandelmethode binnen de GGZ grotendeels tot stilstand.

In de afgelopen twee decennia is PAT teruggekeerd in de belangstelling van de verslavingszorg, wat blijkt uit een aanzienlijke toename in klinisch onderzoek. Een voorbeeld hiervan dat de potentie van PAT onderstreept, is een gerandomiseerde gecontroleerde trial met 93 participanten, waar het effect van een behandeling met psilocybine op problematisch alcoholgebruik is onderzocht. Tijdens de 32 weken na de eerste behandelsessie hadden deelnemers die psilocybine kregen gemiddeld 9,7%

zware drinkdagen, vergeleken met 23,6% in de controlegroep (Bogenschutz et al., 2022). Daarnaast toonde een meta-analyse van gerandomiseerde gecontroleerde klinische trials het effect van één relatief hoge dosis LSD als toevoeging aan de reguliere behandeling van problematisch alcoholgebruik (Krebs & Johansen, 2012). De eerste gerapporteerde follow-up, die tussen 1 en 12 maanden na de behandeling plaatsvond, liet een gemiddelde verbetering zien van 59% bij de LSD-groep, in vergelijking met 38% in de controlegroep. Een ander onderzoek dat de potentie van PAT bevestigt is een gerandomiseerde gecontroleerde klinische trial (N=96) die stelt dat ketamine bij de behandeling van problematisch alcoholgebruik leidt tot meer alcoholvrije dagen bij de eerste follow-up 6 maanden na de sessies (Grabski et al., 2022). Tenslotte suggereert het onderzoek van Johnson et al. (2014) dat sessies met psilocybine, toegevoegd aan cognitieve gedragstherapie, kunnen leiden tot een afname van rookgedrag. Bij de follow-up 6 maanden na de eerste sessie was 80% van de deelnemers abstinente. Hierbij moet opgemerkt worden dat het geen gerandomiseerde gecontroleerde trial betrof en dat de steekproefgrootte beperkt was (N=15). Ondanks de potentie van PAT is het onderzoek naar op dit moment nog in een vroeg stadium. Daarbij kampen bestaande studies vaak met methodologische uitdagingen, zoals kleine steekproeven, het ontbreken van controlegroepen en beperkte follow-up. Daarnaast is er onvoldoende kennis over de risico's op lange termijn en de onderliggende werkingsmechanismen en speelt er de vraag of uitkomsten generaliseerbaar zijn voor de brede cliëntpopulatie (Blom et al., 2025). Hoewel de huidige resultaten veelbelovend lijken, moeten deze dus voorzichtig geïnterpreteerd worden.

Daarnaast zal een mogelijke toekomstige implementatie van PAT binnen de verslavingszorg complex zijn. Ten eerste zijn er verschillende soorten psychedelica, zoals psilocybine, LSD en MDMA, die allemaal een verschillende werking kunnen hebben. Daarnaast zijn er binnen de verslavingszorg diverse typen verslavingen, waarbij het effect van PAT per verslavingsvorm kan verschillen. Tenslotte zijn er verschillende logistieke uitdagingen die kunnen meespelen bij de implementatie van PAT, zoals de behandelduur, die vaak zes uur of langer bedraagt (American Psychedelic Practitioners Association & BrainFutures, 2023). De variatie in zowel de soorten psychedelica als de verslavingssoorten zorgt voor een behoefte aan meer uiteenlopend onderzoek, waarin deze factoren zorgvuldig worden meegenomen.

Recent is er wetenschappelijk onderzoek gedaan naar PAT in bijvoorbeeld de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk, maar ook in Nederland neemt de aandacht toe. Op verzoek van het Nederlandse Kabinet wordt er al onderzoek gedaan naar de voor- en nadelen van medicinale MDMA (Rijksoverheid, 2024), wat erop wijst dat een implementatie van PAT in de Nederlandse GGZ mogelijk kan plaatsvinden in de toekomst. Voor deze implementatie is het belangrijk om te onderzoeken wat

de bereidheid is van Nederlandse verslavingszorgprofessionals om PAT toe te passen, omdat deze bereidheid hun gedrag om PAT uit te voeren beïnvloedt volgens de *Theory of Planned Behavior* (Ajzen, 1991). Daarnaast is het belangrijk om de verklarende factoren van de bereidheid te bestuderen. Volgens deze theorie wordt de bereidheid voorspeld door de attitudes van de verslavingszorgprofessional ten aanzien van PAT, de ervaren sociale norm door verslavingszorgprofessionals rondom PAT en het gevoel van controle en haalbaarheid (hierna waargenomen gedragscontrole) bij het toepassen van PAT in de verslavingszorg. Inzichten in de bereidheid van de Nederlandse verslavingszorgprofessionals, en de factoren die deze bereidheid kunnen verklaren, zijn essentieel om gerichte interventies, scholing en beleid te ontwikkelen die de succesvolle implementatie van PAT in de verslavingszorg kunnen ondersteunen.

Dit onderzoek levert op vier manieren een bijdrage aan de bestaande literatuur over de bereidheid van zorgprofessionals om PAT toe te passen. Ten eerste richt de bestaande literatuur zich voornamelijk op attitudes ten aanzien van PAT (Kim & Suzuki, 2023; Barnett et al., 2022; Barnett et al., 2024; Davis et al., 2021; Kraiem et al., 2024; Page et al., 2021). Er is relatief weinig aandacht voor de ervaren subjectieve norm van PAT en in hoeverre zorgprofessionals PAT haalbaar achten. Bovendien wordt er nauwelijks aandacht besteed hoe de attitudes, de ervaren subjectieve norm en de verwachte haalbaarheid de bereidheid van zorgprofessionals om PAT uit te voeren beïnvloeden. Inzicht in factoren die de bereidheid van verslavingszorgprofessionals beïnvloeden, is cruciaal voor een succesvolle implementatie van PAT in de toekomst.

Ten tweede zijn vrijwel alle bestaande onderzoeken naar de attitudes van zorgprofessionals ten aanzien van PAT uitgevoerd in de Verenigde Staten, met uitzondering van één studie die in het Verenigd Koninkrijk plaatsvond (Page et al., 2021). Dit onderzoek richt zich op verslavingszorgprofessionals die werkzaam zijn in Nederland. De uitkomsten van buitenlandse onderzoeken zijn mogelijk niet volledig generaliseerbaar naar verslavingszorgprofessionals in Nederland. Het is mogelijk dat zij anders aankijken tegen de mogelijke implementatie van PAT, vanwege verschillen in culturele, religieuze en maatschappelijke opvattingen ten opzichte van de zorgprofessionals in de bestaande studies.

Ten derde richt dit onderzoek zich specifiek op de bereidheid van professionals in de verslavingszorg om PAT uit te voeren, wat belangrijk is omdat hun kennis over verslavingsproblematiek inzichten kunnen geven die cruciaal zijn bij de implementatie van PAT in de verslavingszorg. Bestaande onderzoeken richtten zich op verschillende specialisten binnen de GGZ, namelijk psychiaters (Barnett et al., 2022; Barnett et al., 2024; Page et al., 2021), psychologen (Davis et al., 2021) en

psychoanalytisch opgeleide klinici (Kraiem et al., 2024), terwijl alleen in het onderzoek van Kim en Suzuki (2023) de verslavingszorgspecialisten centraal stonden. Door juist deze beroepsgroep te onderzoeken wordt duidelijk welke vakinhoudelijke expertise en mogelijke praktijkervaring nodig is om PAT te integreren binnen de verslavingszorg.

Tenslotte draagt dit onderzoek bij aan een verbreding van de bestaande kennis door het gebruik van mixed methods, die een mogelijke implementatie van PAT effectiever kan maken. Afgezien van het onderzoek van Page et al. (2021), waarin via focusgroepen met zeven psychiaters is gesproken over hun houding ten aanzien van PAT, zijn er enkel kwantitatieve studies over dit onderwerp. Het kwantitatieve deel kan de attitudes, de ervaren subjectieve norm en de waargenomen gedragscontrole meten en hun invloed op de bereidheid om PAT uit te voeren, terwijl het kwalitatieve deel inzicht biedt in de mechanismen en achterliggende redenen die deze bereidheid verklaren.

De leidende onderzoeksvraag van dit onderzoek is: *‘Wat zijn de attitudes, de ervaren subjectieve normen en de waargenomen gedragscontrole van zorgprofessionals in de Nederlandse verslavingszorg ten aanzien van PAT, wat is hun bereidheid om PAT toe te passen, en op welke wijze beïnvloeden deze attitudes, normen en gedragscontrole deze bereidheid?’* Deze hoofdvraag kan worden onderverdeeld in de volgende vijf deelvragen:

1. Wat zijn de attitudes van zorgprofessionals in de Nederlandse verslavingszorg ten aanzien van PAT?
2. Welke subjectieve norm ervaren zorgprofessionals in de Nederlandse verslavingszorg ten aanzien van PAT?
3. Wat is de waargenomen gedragscontrole van zorgprofessionals in de Nederlandse verslavingszorg ten aanzien van PAT?
4. Wat is de bereidheid van zorgprofessionals in de Nederlandse verslavingszorg om PAT in de toekomst toe te passen?
5. Hoe beïnvloeden de attitudes, de ervaren subjectieve norm en de waargenomen gedragscontrole de bereidheid van zorgprofessionals in de Nederlandse verslavingszorg om PAT in de toekomst toe te passen?

Achtergrond van psychedelica-geassisteerde therapie

Om de bereidheid van verslavingszorgprofessionals ten aanzien van het toepassen van PAT beter te kunnen begrijpen, is het belangrijk om inzicht te krijgen in de werking van psychedelica en de onderliggende wetenschappelijke kennis. Deze kennis kan namelijk invloed hebben op de attitudes van professionals, hun vertrouwen in het succesvol toepassen van PAT en de subjectieve norm.

Psychedelica vormen een diverse groep middelen met zowel natuurlijke als synthetische varianten. Er bestaan verschillende natuurlijke psychedelica, zoals DMT, dat voorkomt in diverse plantensoorten, en psilocybine, dat wordt aangetroffen in bepaalde soorten paddenstoelen (Raj et al., 2023). Deze natuurlijke psychedelica worden al duizenden jaren door mensen gebruikt, met name in religieuze en spirituele rituelen (Vamvakopoulou & Nutt, 2024). Daarnaast bestaan er synthetische psychedelica, zoals LSD en MDMA. Deze stoffen worden chemisch geproduceerd en zijn ontworpen om voorspelbare psychedelische effecten te veroorzaken (Raj et al., 2023). Synthetische psychedelica worden nog steeds ontwikkeld en gewijzigd. Onderzoekers hebben bijvoorbeeld recent met een chemische wijziging in LSD een nieuwe verbinding ontwikkeld, waarbij de therapeutische werking behouden blijft, maar het hallucinogene effect afgenomen lijkt te zijn (Tuck et al., 2025). Klinische studies onderzoeken de effecten van diverse psychedelische stoffen voor de behandeling van onder andere depressie, PTSS en verslaving (Mitchell & Anderson, 2023), waarbij recent vooral MDMA en psilocybine het meest zijn onderzocht (Fonseka & Woo, 2023).

Er is behoefte aan meer wetenschappelijk onderzoek naar de werkingsmechanismen van PAT (Blom et al., 2025), mede vanwege de complexe aard van PAT, waarbij verschillende psychedelica potentieel kunnen worden toegepast bij uiteenlopende typen verslavingen. Er zijn echter al verschillende onderliggende werkingsmechanismen geïdentificeerd die mogelijk kunnen verklaren waarom PAT potentie toont in de behandeling van middelenverslaving, waarvan er hier drie belangrijke worden behandeld. Ten eerste stimuleren psychedelica de groei en het herstel van verbindingen tussen hersencellen stimuleren, omdat bepaalde neurobiologische stoffen zoals *Brain-Derived Neurotrophic Factor* (BDNF) actiever worden (De Vos, Mason & Kuypers, 2021). Dit is een eiwit dat het aanpassingsvermogen van de hersenen vergroot en nieuwe verbindingen helpt vormen (de Vos, Mason & Kuypers, 2021). De nieuwe hersenverbindingen bevorderen therapeutisch leren, wat suggereert dat hardnekkig verslavingsgedrag daardoor gemakkelijker kan worden afgeleerd (Barrett & Preller, 2022). Verder hangt een verhoogd BDNF-niveau samen met minder impulsief beslisgedrag (Zakowicz et al., 2024), wat bij kan dragen aan het verminderen van verslavingsproblematiek (Goudriaan, Crunelle, Wolf, & Schellekens, 2023), in het bijzonder bij problematisch alcoholgebruik (Pagni et al., 2025). Daarnaast kan het verhoogde BDNF-niveau depressieve symptomen verlichten

(Yang et al., 2020), wat problematiek met middelengebruik mogelijk ook kan verminderen (McGovern et al., 2023).

Een tweede werkingsmechanisme achter de werking van PAT bij verslaving heeft te maken met de mystieke ervaringen die psychedelica kunnen oproepen. Een mystieke ervaring is een bepaald bewustzijn waarbij iemand zichzelf ervaart als één geheel met God, het universum of een andere ultieme werkelijkheid, en lijkt te resulteren in minder verslavingsgedrag (Spoelstra et al., 2024). Tijdens de mystieke ervaring kan er een diepe motivatie ontstaan om het leven anders in te richten, wat kan bijdragen aan een duurzame gedragsverandering (Barrett & Preller, 2022). De mystieke ervaring kan een beter inzicht geven in het eigen gedrag en de onderliggende problemen, waardoor hardnekkige denk- of gedragspatronen doorbroken kunnen worden (Wizla et al., 2022). Hoe intenser de mystieke ervaring tijdens een behandeling, des te groter de kans op een langere periode van abstinentie (Barrett & Preller, 2022).

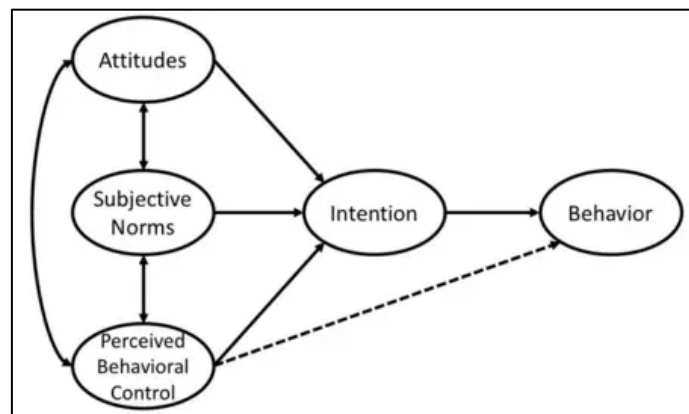
Het derde werkingsmechanisme betreft dat psychedelica kunnen helpen bij het beter reguleren van negatieve emoties (Barrett & Preller, 2022). Mensen met een middelengebruikstoornis zijn gemiddeld minder goed in het reguleren van deze negatieve emoties (Dingle et al., 2017), wat kan leiden tot een versterkte negatieve stemming en daardoor tot meer problematisch middelengebruik. Eén of meerdere behandelingen met psychedelica kunnen de emotieregulatie verbeteren en daardoor het probleemoplossend vermogen versterken, wat kan leiden tot verminderd middelengebruik (Barrett & Preller, 2022).

De beschreven werkingsmechanismen functioneren echter niet los van de context. De effectiviteit van PAT als behandelmethode voor verslavingsproblematiek lijkt afhankelijk van een zorgvuldig vormgegeven omgeving. Een veilige en rustige omgeving, gecombineerd met een goed voorbereide en deskundige begeleider, ondersteunt cliënten bij goed kunnen omgaan met emoties die worden opgeroepen tijdens een behandeling (American Psychedelic Practitioners Association & BrainFutures, 2023). Uit onderzoek blijkt dat een zorgvuldig vormgegeven setting de kans op positieve ervaringen vergroot en bijdraagt aan langdurige gedragsverandering. Ontbreekt een dergelijke context, dan neemt de kans op negatieve reacties juist toe (Penn et al., 2021).

Theoretisch kader

Theory of Planned Behavior

De Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991) vormt de basis voor deze studie (zie figuur 1). Deze theorie stelt dat de *intentie*, ofwel bereidheid, om PAT toe te passen in de verslavingszorg het resultaat is van het samenspel tussen 1) de houding ofwel *attitude* ten aanzien van PAT, 2) de perceptie over de mate waarin anderen de toepassing van PAT goedkeuren of afkeuren, ofwel *de subjectieve norm*, en 3) de mate waarin zij het eigen vermogen inschatten om PAT uit te voeren, ofwel *waargenomen gedragscontrole*. Deze theorie lijkt geschikt om de bereidheid van verslavingszorgprofessionals te verklaren. Dit wordt ondersteund door een systematische review van Godin et al. (2008), waarin 56 studies over de gedragsintentie van zorgprofessionals zijn meegenomen die de Theory of Planned Behavior (of de voorloper, de *Theory of Reasoned Action*) gebruikten. Bij de zorgprofessionals hadden de intenties betrekking op de klinische praktijk, zoals de intentie om zorg te verlenen aan patiënten of de intentie om richtlijnen na te leven. De attitudes, de subjectieve norm en de waargenomen gedragscontrole verklaarden hierin gemiddeld 59% van de variantie in de gedragsintentie van de zorgprofessionals.



Figuur 1: Theory of Planned Behavior

Het daadwerkelijke gedrag van verslavingszorgprofessionals ten aanzien van PAT kan echter nog niet gemeten kan worden, doordat PAT op dit moment niet is geïmplementeerd binnen de Nederlandse verslavingszorg. De andere factoren van de Theory of Planned Behavior kunnen al wel worden geanalyseerd bij Nederlandse verslavingszorgprofessionals. Met informatie over de bereidheid van de verslavingszorgprofessionals en de waargenomen gedragscontrole kan er voorspeld worden wat het daadwerkelijke gedrag zal zijn, wanneer PAT wordt geïmplementeerd binnen de Nederlandse verslavingszorg.

Attitudes

De eerste verklarende factor voor de bereidheid van verslavingszorgprofessionals om PAT uit te voeren is hun persoonlijke attitude ten aanzien van PAT als behandelmethode. Binnen deze studie verwijst een attitude naar de psychologische neiging om PAT met een bepaalde mate van goedkeuring of afkeuring te beoordelen (Eagly & Chaiken, 1993). Deze attitude wordt gevormd op basis van de verwachte gevolgen van het uitvoeren van PAT (Ajzen, 1991). Vertrouwen van zorgprofessionals in positieve effecten van PAT binnen de verslavingszorg leidt tot een positievere attitude, terwijl verwachtingen van negatieve gevolgen samenhangen met een negatievere attitude.

In de Verenigde Staten zijn meerdere studies uitgevoerd naar de attitudes van zorgprofessionals ten opzichte van PAT, onder andere voor de behandeling van middelenstoornissen (Barnett et al., 2022, 2024; Davis et al., 2021; Kim & Suzuki, 2023; Kraiem et al., 2024). Ook in het Verenigd Koninkrijk is hier onderzoek naar verricht (Page et al., 2021). GGZ-behandelaars lijken over het algemeen een voorzichtig positieve, maar behoedzame attitude hebben ten aanzien van PAT als behandeling van middelenstoornissen. Een uitzondering hierop is het onderzoek van Kraiem et al. (2024), waarin psychoanalytici negatiever waren over de effectiviteit van PAT bij middelenstoornissen. Uit een enquête in de Verenigde Staten, ingevuld door 145 verslavingsdeskundigen, bleek dat 65,5% een positieve werking van PAT binnen de verslavingszorg verwachtte (Kim & Suzuki, 2023). In dit onderzoek moet er echter rekening worden gehouden met selection bias en een niet volledig bekende responsgraad, waardoor de 65,5% mogelijk een overschatting van de positieve attitude is. Ook binnen de psychiatrie lijkt er een overwegend positieve attitude te zijn ten aanzien van PAT, waarbij 73,3% van de psychiaters positieve effecten verwacht van het gebruik van psychedelica in de psychotherapie (Barnett et al., 2024). De positieve attitude lijkt sterker voor jongere professionals (Barnett et al., 2024) en professionals die zelf ervaring hebben met het gebruik van psychedelica (Kraiem et al., 2024).

Naast de verwachte positieve effecten zijn er ook mogelijke risico's van PAT, die een negatieve invloed kunnen hebben op de attitude ten aanzien van PAT. Het eerste mogelijke risico dat door zorgprofessionals vaak wordt benoemd is het verslavingspotentieel van de psychedelische stoffen (Davis et al., 2021; Kim & Suzuki, 2023). De huidige wetenschappelijke literatuur biedt momenteel geen aanwijzingen dat behandelingen met psychedelica leiden tot afhankelijkheid (Hogea et al., 2025). Tegelijkertijd kan dit risico niet in alle populaties met middelenverslaving met zekerheid worden uitgesloten. Daarnaast wijzen relatief veel professionals op het risico op een psychose bij behandelingen met psychedelica (Davis et al., 2021; Hogea et al., 2025). Hoewel het risico op psychoses bij het gebruik van psychedelica binnen een klinisch veilige en therapeutische setting met professionele begeleiding relatief klein lijkt (Santos et al., 2018; Sabé et al., 2024), is er meer

voorzichtigheid vereist bij mensen met schizofrenie of andere psychotische stoornissen, mensen die ernaast andere middelen gebruiken (polygebruikers) en mensen met een familiegeschiedenis met psychoses (Sabé et al., 2024). Tenslotte geven sommige zorgprofessionals aan bezorgd te zijn over mogelijke cognitieve schade bij het gebruik van psychedelica in de behandelingen (Davis et al., 2021; Kraiem et al., 2024).

Het is mogelijk dat Nederlandse verslavingszorgprofessionals een positievere attitude hebben ten aanzien van PAT dan hun collega's in de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk. In Nederland is er minder religiositeit (CBS, 2024; ONS, 2022; Smith et al., 2025), wat samenhangt met meer tolerante opvattingen over drugsgebruik (Stylianou, 2004). Daarnaast heeft Nederland al sinds de jaren '80 een *harm reduction* aanpak in het drugsbeleid (Busz et al., 2024), een strategie waarbij de nadruk ligt op volksgezondheid en risicobeperking in plaats van strafrechtelijke vervolging. Tenslotte

Subjectieve norm

Er zijn nog geen wetenschappelijke inzichten over de mogelijke invloed van sociale normen op de mate waarin zorgprofessionals PAT als geschikt achten binnen de verslavingszorg is. Binnen dit onderzoek verwijst de subjectieve norm naar hoe Nederlandse verslavingszorgprofessionals de houding vanuit de brede maatschappij, hun collega's of hun cliënten ervaren of verwachten ten aanzien van PAT. Dit kan zorgen voor een gevoel van sociale druk, wat hun bereidheid om PAT toe te passen kan vergroten of verkleinen (La Barbera & Ajzen, 2020). Deze sociale druk zou kunnen verschillen in de mate van invloed, afhankelijk of deze afkomstig is van collega's, cliënten of de bredere maatschappij.

Ten eerste kan de maatschappelijke norm ten aanzien van PAT zorgen voor sociale druk.

Deze huidige maatschappelijke norm is in zekere mate negatief beïnvloed door het stigma dat is ontstaan rondom psychedelica in de jaren '60 en '70. Deze stigmatisering is een sociaal proces waarbij psychedelische middelen werden geassocieerd met de protestcultuur en de risico's ervan sterk werden overdreven (Hall, 2022). Ondanks de wetenschappelijke herwaardering van PAT, is er momenteel nog steeds een stigma aanwezig, mede vanwege de blijvende associatie met het recreatieve gebruik van psychedelica (Andrews & Wright, 2022). Naast de negatieve invloed van stigmatisering op de maatschappelijke norm ten aanzien van PAT is er ook positieve beïnvloeding. In Nederland is er namelijk een relatief tolerante houding ten aanzien van drugs, waarbij het gebruik vooral wordt benaderd als een gezondheidsprobleem in plaats van een juridisch vraagstuk (Van Laar & Ooyen-Houben, 2009). Dit kan er mogelijk aan bijdragen dat de maatschappelijke norm ten aanzien van psychedelica relatief positief is in Nederland.

Naast de beïnvloeding vanuit de bredere maatschappij, kunnen verslavingszorgprofessionals ook worden beïnvloed door de opvattingen van collega's. Hoewel er momenteel geen gegevens beschikbaar zijn over de houding van Nederlandse verslavingszorgprofessionals, blijkt uit recent onderzoek dat Nederlandse GGZ-professionals een relatief positieve houding te hebben ten aanzien van PAT (gemiddelde attitude-score 3,5 op een schaal van 1–5; Koolen et al., 2025). Hoe collega's zich uitlaten over een nieuwe behandelmethode kan belangrijk zijn. De houding van collega's speelt namelijk een belangrijke rol speelt in de adoptie van innovaties, vooral wanneer deze collega's zelf al ervaring hebben met het voorschrijven van een geneesmiddel (Donohue et al., 2018).

Tenslotte kan de bereidheid van verslavingszorgprofessionals om PAT uit te voeren ook worden beïnvloed door de houding van cliënten. In Ierland is onderzoek gedaan naar de attitudes van gebruikers van geestelijke gezondheidszorg ten aanzien van PAT (Corrigan et al., 2021). Van de 99 respondenten geeft 20% aan dat ze een behandeling met psilocybine geschikt vinden voor de behandeling van verslavingsproblematiek. Deze relatief negatieve attitude zal waarschijnlijk minder sterk aanwezig zijn onder cliënten in de Nederlandse verslavingszorg, mede omdat er relatief minder religieuze personen zijn in Nederland (42.5%; CBS, 2024), dan de 71.4% uit het Ierse onderzoek (Corrigan et al., 2021). Religiositeit onder cliënten hing in het onderzoek dan ook samen met een meer negatieve houding ten aanzien van PAT (Corrigan et al., 2021). Het oordeel van de cliënt over de geschiktheid van PAT kan invloed hebben op de mate waarin de behandelaar bereid is PAT uit te voeren. Volgens de Nederlandse GGZ-standaarden voor problematisch alcohol- en drugsgebruik (NKO, 2017, 2018) dient de keuze voor een bepaalde behandelmethode namelijk gemaakt te worden via gezamenlijke besluitvorming tussen behandelaar en cliënt.

Waargenomen gedragscontrole

De waargenomen gedragscontrole verwijst naar de mate waarin een Nederlandse verslavingszorgprofessional denkt PAT te kunnen uitvoeren (Ajzen, 1991). Dit kan binnen dit onderzoek worden beïnvloed door wettelijke barrières, praktische obstakels en een gebrek aan kennis, vaardigheden en scholing. Deze mogelijke obstakels kunnen de mate beïnvloeden waarin de professional denkt PAT succesvol uit te kunnen voeren.

Op dit moment zijn er wettelijke barrières die de implementatie van PAT tegenhouden. Psychedelica zoals LSD, paddo's, DMT en ecstasy, staan in Nederland op Lijst I van de Opiumwet, met uitzondering van truffels (*wetten.overheid.nl*, 2023). Dit betekent dat ze volgens de wet worden beschouwd als harddrugs met een onaanvaardbaar risico voor de volksgezondheid. Tenzij er een specifieke ontheffing is verleend voor specifieke wetenschappelijke of medische doeleinden, is het bezit of gebruik van deze stoffen verboden. Er is een opiumontheffing nodig om wetenschappelijk onderzoek

te kunnen doen naar de medische of therapeutische toepassing van middelen die op Lijst I van de Opiumwet staan (Trimbos Instituut, 2021). Het feit dat PAT nog niet klinisch wordt toegepast in de Nederlandse verslavingszorg duidt op een gebrek aan voldoende wetenschappelijk bewijs en het ontbreken van professionele richtlijnen, factoren die de controle van professionals tot uitvoering van PAT mogelijk beperken en daarmee hun bereidheid tot uitvoering verkleinen.

Naast de juridische obstakels, zijn er ook mogelijke praktische obstakels rondom PAT. Ten eerste kunnen behandel sessies van PAT zes uur duren of langer, afhankelijk van het psychedelische middel (American Psychedelic Practitioners Association & BrainFutures, 2023). De werking van psilocybine duurt ongeveer zes uur (Ziff et al., 2022), bij MDMA is de gemiddelde werking 4,2 uur (Vizeli & Liechti, 2017) en bij LSD duren de effecten gemiddeld 8,5 uur (Holze et al., 2019). Bij deze lange behandelduur hoort een intensieve begeleiding, die veel voorbereiding en nazorg vereisen (ZonMw, 2023). Dit kan zorgen voor extra druk op de verslavingszorg, waar tussen 2018 en 2023 al een stijging te zien was in het aantal cliënten dat behandeld werd (Stichting IVZ, 2023). Daarnaast moeten er genoeg prikkelvrije en rustgevende behandelruimtes beschikbaar zijn voor deze langdurige sessies, waar noodmedicatie aanwezig is en er een optie tot overnachting is, indien nodig (ZonMw, 2023). Dit betekent dat er behandelruimtes aanwezig moeten zijn of gecreëerd moeten worden, die geschikt zijn voor de behandel sessies met psychedelica. De extra druk die PAT met zich mee kan brengen en andere praktische obstakels binnen de verslavingszorg kunnen ertoe leiden dat professionals zich minder in staat voelen om deze behandelvorm succesvol toe te passen.

Tenslotte kan een gebrek aan kennis of vaardigheden eraan bijdragen dat Nederlandse verslavingszorgprofessionals verwachten minder goed in staat te zijn PAT succesvol uit te voeren. Veel zorgprofessionals geven aan weinig te weten over PAT. Zo geven 60,2% van de psychiaters in het Verenigd Koninkrijk aan dat ze niet of slechts enigszins bekend zijn met het therapeutisch gebruik van psychedelica, terwijl formele, wetenschappelijk onderbouwde kennis over PAT het vertrouwen in het toepassen van deze behandelvorm te vergroten (Page et al., 2021). Een goede scholing zou dit probleem potentieel kunnen oplossen. Psychiaters erkennen de behoefte aan scholing over de klinische voordelen van psychedelica als behandel methode, de praktische uitvoering en eventuele bijwerkingen (Barnett et al., 2022). Wetenschappelijke onderbouwing van de scholing wordt als essentieel beschouwd, waarbij nieuwe inzichten uit onderzoek aanleiding kunnen geven tot aanpassingen in de opleidingsinhoud (Plourde et al., 2025).

Hypothesen

Op basis van de Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991) zijn drie hypothesen opgesteld, welke statistisch worden getoetst door de kwantitatieve data en geduid met behulp van de kwalitatieve data. De drie hypothesen zijn:

- 1) Hoe positiever de attitude van Nederlandse verslavingszorgprofessionals ten aanzien van PAT, des te sterker is de bereidheid om PAT toe te passen.
- 2) Hoe sterker de waargenomen gedragscontrole van een Nederlandse verslavingszorgprofessional ten aanzien van het toepassen van PAT - die mogelijk wordt belemmerd door wettelijke barrières, praktische obstakels en een gebrek aan kennis, vaardigheden en scholing - des te groter is de bereidheid om deze behandelmethode toe te passen.
- 3) Hoe positiever een Nederlandse verslavingszorgprofessional de subjectieve norm rondom PAT ervaart - zowel vanuit cliënten, collega's als de bredere maatschappij - des te sterker is de bereidheid om PAT toe te passen

Methodologie

Onderzoeksopzet

Om de onderzoeksvraag en de bijbehorende deelvragen goed te kunnen beantwoorden, is het *mixed-methods convergent design* gehanteerd (Creswell & Clark, 2017), waarbij de gegevens zijn verzameld in één dataverzamelingsfase, afzonderlijk zijn geanalyseerd, en vervolgens gezamenlijk gebruikt om geïntegreerde conclusies te trekken. De kwantitatieve data zijn verzameld via een online vragenlijst en kwalitatieve data via semigestructureerde interviews. In de vragenlijst zijn de attitudes, de ervaren subjectieve norm, de waargenomen gedragscontrole en de bereidheid van Nederlandse verslavingszorgprofessionals gemeten ten aanzien van PAT. Hiermee kunnen de hypothesen worden getoetst. De interviews zijn thematisch geanalyseerd en zijn binnen dit onderzoek vooral belangrijk omdat ze een dieper inzicht in de context achter de kwantitatieve resultaten (Tashakkori & Teddlie, 2010), waarbij de subjectieve interpretatie van de interviews door de onderzoeker een nuttige aanvulling kan zijn (Creswell & Clark, 2017). Binnen dit onderzoek hebben beide methoden een gelijkwaardige rol. De toepassing van mixed-methods maakt het mogelijk de onderzoeksvraag vanuit zowel statistische verbanden als contextuele verklaringen te benaderen, wat kan resulteren in een completer en diepgaander antwoord.

Participanten

De onderzoekspopulatie van deze studie bestaat uit zorgprofessionals die werkzaam zijn bij een Nederlandse verslavingszorginstelling. Binnen deze instellingen worden uiteenlopende functies bekleed, waaronder psychiater, klinisch psycholoog, GZ-psycholoog, basispsycholoog, verpleegkundige, verpleegkundig specialist, sociotherapeut, verslavingsarts, beleidsmaker, bestuurder, reclasseringswerker en onderzoeker. Deelnemers kwamen in aanmerking wanneer zij ten tijde van de dataverzameling werkzaam waren bij een Nederlandse verslavingszorginstelling en bereid waren deel te nemen. Studenten en stagiairs werden uitgesloten.

Respondenten van de online vragenlijst

Bij de online vragenlijst was er sprake van een *convenience sample*, waarbij het doel was om zoveel mogelijk respondenten te werven die aan de populatiecriteria voldeden (Golzar, Noor & Tajik, 2022). Hierbij is er geen volledige populatielijst nodig en kan er op relatief snelle wijze veel data verkregen worden. Deze methode vergroot echter wel de kans op selection bias, omdat verslavingszorgprofessionals met een specifieke interesse in PAT mogelijk vaker hebben deelgenomen, waardoor de resultaten mogelijk niet volledig representatief zijn voor de gehele

populatie van Nederlandse verslavingszorgprofessionals. De convenience sample heeft geresulteerd in 110 respondenten, met uiteenlopende functies binnen de verslavingszorg.

Participanten van de interviews

Voor de werving van participanten voor interviews is er gebruik gemaakt van *maximum variation sampling*, een specifieke vorm van *purposeful sampling* waarbij de verslavingszorgprofessionals bewust zijn geselecteerd op basis van variatie in functie, leeftijd, en aantal jaren werkervaring binnen de verslavingszorg. Deze wervingsstrategie resulteert in een grote variatie in inzichten over PAT (Creswell & Clark, 2017), wat aansluit bij de multidisciplinaire aard van PAT (Blom et al., 2024), waarbij verschillende disciplines een rol kunnen spelen bij de uitvoering. De potentiële behandelaars die zijn geïnterviewd bestonden uit twee ambulant hulpverleners, twee basis psychologen, twee verpleegkundigen, twee verslavingsartsen, één verpleegkundig specialist, één psychiater en één sociotherapeut. Daarnaast zijn er twee reclasseringswerkers geïnterviewd, omdat zij werken met een specifieke doelgroep binnen de verslavingszorg en veel contact hebben met familie en andere betrokken instanties. Tenslotte zijn er twee beleidsadviseurs geïnterviewd, omdat zij waardevolle inzichten kunnen hebben in de beleidsmatige aspecten van het implementeren van een nieuwe behandelmethode binnen de verslavingszorg. In totaal zijn er 18 verslavingszorgprofessionals benaderd voor een interview, waarvan er 15 hebben toegestemd. Een overzicht van de achtergrondkenmerken van deze 15 participanten is weergegeven in tabel 1.

Tabel 1

Overzicht van achtergrondkenmerken van de geïnterviewde professionals

ID	Geslacht	Leeftijd	Werkervaring	Functie	Setting	Duur
P01	Vrouw	55	9	Ambulant hulpverlener	Face-to-face	52m16s
P02	Vrouw	24	1	Basis psycholoog	Face-to-face	49m7s
P03	Vrouw	31	9	Ambulant hulpverlener	Online	42m37s
P04	Vrouw	28	1,5	Basis psycholoog	Face-to-face	42m45s
P05	Man	34	8	Reclasseringswerker	Face-to-face	34m4s
P06	Vrouw	29	3	Reclasseringswerker	Face-to-face	46m2s
P07	Man	44	22	Verpleegkundig specialist	Online	52m55s
P08	Vrouw	46	16	Beleidsadviseur	Face-to-face	49m39s
P09	Man	63	25	Psychiater	Face-to-face	40m14s
P10	Man	42	11	Verslavingsarts	Face-to-face	45m8s
P11	Vrouw	60	18	Verpleegkundige	Face-to-face	39m35s
P12	Vrouw	24	1,5	Verpleegkundige	Face-to-face	39m38s
P13	Man	32	4	Sociotherapeut	Face-to-face	1u14m49s
P14	Man	43	14	Verslavingsarts	Online	1u7m32s
P15	Vrouw	35	6	Beleidsadviseur	Face-to-face	40m36s
						Gemiddeld 45m8s

Dataverzameling

Kwantitatieve dataverzameling

De kwantitatieve dataverzameling heeft plaatsgevonden tussen 8 mei 2025 tot en met 25 juni 2025 door middel van een online vragenlijst, die via Qualtrics is verspreid. Gedurende deze periode hebben 110 geschikte respondenten vrijwillig de vragenlijst ingevuld. De respondenten voor de online vragenlijst zijn op twee manieren geworven. Ten eerste zijn verslavingszorginstellingen direct per e-mail benaderd met informatie over het onderzoek en het verzoek de vragenlijst binnen de organisatie te verspreiden. De e-mail bevatte een link en QR-code die direct toegang gaven tot de online vragenlijst, die zij vervolgens via de e-mail en hun interne digitale platform hebben verspreid binnen de organisatie. Ten tweede hebben de overkoepelende organisaties Verslavingskunde Nederland (VKN), de Vereniging van Verslavingsgeneeskundigen Nederland (VVGn) en het Nederlands Nijmegen Institute for Scientist Practitioners in Addiction (NISPA) geholpen met het verspreiden van de online vragenlijst. Dit hebben ze gedaan door de link en de QR-code te verspreiden via hun nieuwsbrief en hun LinkedIn-pagina.

Kwalitatieve dataverzameling

Voor de kwalitatieve dataverzameling hebben er interviews plaatsgevonden tussen 30 april 2025 en 10 juni 2025. De voorkeur ging uit naar face-to-face interviews en bij 12 van de 15 participanten was dit het geval. Hier is de audio opgenomen via een laptop. Bij de overige drie participanten heeft het interview online plaatsgevonden, ook hier is de audio opgenomen via een laptop. De interviews duurden gemiddeld ruim 45 minuten. Eén participant moest onverwacht eerder vertrekken, waardoor dit interview korter was dan gepland. De audio-opnamen zijn met behulp van Goodtape getranscribeerd. Omdat de eerste versies niet volledig overeenkwamen met de oorspronkelijke audio, zijn de transcripten handmatig gecorrigeerd.

Meetinstrumenten

Online vragenlijst

Bij de kwantitatieve dataverzameling is er gebruik gemaakt van een vragenlijst die in samenwerking tussen het NISPA en VNN is gemaakt (zie bijlage 1), die deels is gebaseerd op de Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991). Uit deze vragenlijst zijn alleen items geselecteerd voor dit onderzoek die betrekking hadden op de attitudes, de ervaren subjectieve norm, de waargenomen gedragscontrole en de bereidheid van verslavingszorgprofessionals ten aanzien van PAT. De waargenomen gedragscontrole is in de online vragenlijst uitsluitend gemeten met twee items over het kennisniveau ten aanzien van PAT. Andere mogelijke aspecten van de waargenomen gedragscontrole, zoals de juridische status, mogelijke praktische obstakels en behoefte aan scholing, zijn niet opgenomen in de

kwantitatieve vragenlijst. Verder werd gevraagd welk psychedelisch middel respondenten het meest geschikt vinden voor toepassing binnen PAT. Deze gegevens zijn ook meegenomen in dit onderzoek om een beter inzicht te krijgen hoe verslavingszorgprofessionals de mogelijke implementatie van PAT voor zich zien.

Afhankelijke variabele

Bereidheid: De afhankelijke variabele in dit onderzoek is de bereidheid van verslavingszorgprofessionals om PAT toe te passen. Deze bereidheid is gemeten aan de hand van de vraag: *“Hoe zou u uw bereidheid beoordelen om, indien bevoegd, psychedelica-geassisteerde behandeling van verslaving toe te passen of te adviseren?”*. Bij dit item is de antwoordschaal variërend van tot ‘helemaal niet bereid’ (1) tot ‘zeer bereid’ (5). 6 Respondenten die op deze vraag ‘weet ik niet / niet van toepassing’ hadden ingevuld, zijn als missing gecodeerd.

Onafhankelijke variabelen

Attitudes: De attitudes van verslavingszorgprofessionals ten aanzien van PAT is gemeten aan de hand van twee afzonderlijke items uit de vragenlijst: *“Hoe beoordeelt u het potentieel van psychedelica-geassisteerde behandeling als toekomstige behandelvorm voor verslaving?”* en *“Hoe beoordeelt u het potentieel van psychedelica-geassisteerde behandeling van verslaving om in de toekomst bij te dragen aan verbeterde uitkomsten op het gebied van herstel?”*. Bij beide vragen varieerden de antwoordenopties van ‘helemaal niet belovend’ (1) tot ‘zeer veelbelovend’ (5). De gemiddelde score op deze twee vragen resulteren in één samengestelde variabele die de algemene attitude van de verslavingszorgprofessionals weergeeft ten aanzien van PAT. De interne consistentie van de samengestelde variabele was hoog (Cronbach’s $\alpha = 0.94$). 6 respondenten die op beide vragen ‘weet ik niet / niet van toepassing’ hadden ingevuld, zijn als missing gecodeerd. Respondenten die op één van de twee items een geldig antwoord gaven, zijn wel in de samengevoegde schaal meegenomen.

Waargenomen gedragscontrole: De waargenomen gedragscontrole van verslavingszorgprofessionals ten aanzien van PAT is ook gemeten aan de hand van twee afzonderlijke items uit de vragenlijst: *“Hoe zou u uw kennis over de effectiviteit van psychedelica-geassisteerde behandeling van verslaving beoordelen?”* en *“Hoe zou u uw kennis over de bijwerkingen van psychedelica-geassisteerde behandeling van verslaving beoordelen?”*. Bij beide vragen varieerden de antwoordenopties van ‘geen kennis’ (1) tot ‘zeer goed’ (5). Hier resulteert de gemiddelde score op deze twee vragen ook in één samengestelde variabele die de waargenomen gedragscontrole van verslavingszorgprofessionals ten aanzien van PAT weergeeft. Van deze samengestelde variabele is de interne consistentie wederom hoog (Cronbach’s $\alpha = 0.91$). Er zijn bij deze variabele geen respondenten als missing gecodeerd.

Subjectieve norm: De subjectieve norm die verslavingszorgprofessionals ervaren of verwachten ten aanzien van PAT wordt onderzocht vanuit drie perspectieven: vanuit collega's, cliënten en de maatschappij. De subjectieve norm vanuit collega's is gemeten met het item: *“Hoe zou u het draagvlak voor psychedelica-geassisteerde behandeling van verslaving binnen uw organisatie beoordelen?”*. De subjectieve norm vanuit cliënten is gemeten met het item: *“Hoe zou u het draagvlak voor psychedelica-geassisteerde behandeling van verslaving onder cliënten van uw organisatie beoordelen?”*. De subjectieve norm vanuit de maatschappij is gemeten met het item: *“Hoe zou u het draagvlak voor psychedelica-geassisteerde behandeling van verslaving in de maatschappij beoordelen?”*. De antwoordopties varieerden bij elk van deze items van ‘zeer klein’ (1) tot ‘zeer groot’ (5). Respondenten die ‘weet ik niet / niet van toepassing’ hebben ingevuld bij deze vraag, worden als missing gecodeerd. Voor de vraag over collega's betrof dit 33 respondenten, voor de vraag over cliënten 29 respondenten en voor de vraag over de maatschappij 16 respondenten.

Controlevariabelen

Als controlevariabelen zijn leeftijd en werkervaring meegenomen, omdat beide factoren de relatie tussen attitudes, subjectieve norm en waargenomen gedragscontrole enerzijds en de bereidheid om PAT toe te passen anderzijds kunnen beïnvloeden. Oudere professionals hebben de opkomst van het stigma rond psychedelica meegemaakt, wat hun houding ten aanzien van PAT negatiever kan hebben gemaakt, terwijl jongere professionals mogelijk sneller bereid zijn om nieuwe behandelmethoden uit te proberen. Daarnaast kan de werkervaring ook invloed hebben, doordat meer ervaring kan samengaan met een groter kennisniveau, maar ook tot vaste routines die de bereidheid kunnen beperken om innovatieve behandelmethoden toe te passen.

Leeftijd: De leeftijd van de respondenten is gemeten met het item *“Wat is uw leeftijd?”*, waarbij respondenten konden antwoorden in hele jaren.

Werkervaring: De duur van de werkervaring binnen de verslavingszorg is gemeten met het item: *“Hoe lang bent u in totaal werkzaam in de verslavingszorg?”*, waarbij respondenten konden antwoorden in hele jaren.

Interviewschema

Voor de kwalitatieve dataverzameling is er een semigestructureerd interviewschema ontwikkeld (zie bijlage 2), waarin theoretisch onderbouwde vragen zijn gecombineerd werden met ruimte voor gerichte verdieping tijdens het interview. Op deze manier kunnen er zowel gerichte informatie als persoonlijke inzichten worden verkregen (Galletta & Cross, 2013). De vragen zijn gebaseerd op de literatuur en de sluiten aan bij de factoren uit de Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991). Bij elk van deze factoren werd er ook gesproken over de bereidheid van de participant om PAT uit te voeren.

Binnen het onderdeel attitudes is er gevraagd naar de persoonlijke houding van de verslavingszorgprofessionals ten aanzien van PAT, de verwachte positieve effecten, de mogelijke risico's en twijfels, en eventuele eigen ervaringen met psychedelica. Rondom de subjectieve norm zijn er vragen gesteld over de houding rondom PAT van collega's, cliënten en de maatschappij, en de mogelijke invloed hiervan op de eigen bereidheid om PAT uit te voeren. Daarnaast is er gevraagd naar de mogelijke invloed van religieuze overtuigingen. Tenslotte is er binnen de waargenomen gedragscontrole gevraagd naar het kennisniveau rondom PAT van de verslavingszorgprofessional, de invloed van de juridische status op de eigen bereidheid PAT uit te voeren, de praktische uitvoerbaarheid, de mogelijke behoefte aan scholing en het belang van wetenschappelijk bewijs van PAT. De kwalitatieve dataverzameling geeft op deze manier een breder beeld van de waargenomen gedragscontrole dan de kwalitatieve dataverzameling, omdat ook andere aspecten dan het kennisniveau ten aanzien van PAT zijn meegenomen.

Naast deze vooropgestelde vragen was er ruimte om door te vragen en om participanten nieuwe onderwerpen te laten aandragen, die later aan het interviewschema konden worden toegevoegd. Op basis van de eerste drie interviews is daarom een vraag toegevoegd over het mogelijke verschil in geschiktheid van PAT tussen ambulante en klinische hulpverlening binnen de verslavingszorg.

Data-analyse

Kwantitatieve data-analyse

Voor de kwantitatieve data-analyse is er gebruik gemaakt van het statistische programma SPSS (zie bijlage 3 voor de gebruikte SPSS-syntax van de analyse). Ten eerste worden de beschrijvende statistieken van de variabelen geanalyseerd, bestaande uit het aantal respondenten (N), het gemiddelde, de standaarddeviatie en de minimum- en maximumwaarden. Daarnaast zijn er ook twee aanvullende tabellen opgesteld waarin de beschrijvende statistieken per functie en per verslavingszorginstelling zijn gerapporteerd (zie bijlage 4). Ten tweede wordt er een bivariate analyse uitgevoerd, waarbij een correlatietabel de samenhang tussen de verschillende variabelen weergeeft. Tot slot is met hulp van een ordinale logistische regressie met een logit-linkfunctie (proportional odds model) geanalyseerd in welke mate de attitudes, de waargenomen gedragscontrole en de subjectieve norm van collega's, cliënten en de maatschappij de bereidheid van verslavingszorgprofessionals om PAT uit te voeren kunnen verklaren. Hierbij is gecontroleerd voor de leeftijd en de werkervaring van de respondent. De keuze voor dit model is gemaakt omdat de afhankelijke variabele van ordinale aard is en de antwoordcategorieën (helemaal niet bereid t/m zeer bereid) geen gegarandeerde gelijke afstanden tussen de schaalpunten hebben.

Bij deze regressie is de chi-kwadraattoets gebruikt om te toetsen of het model met voorspellers significant beter is dan een model zonder voorspellers. Daarnaast is de model fit gerapporteerd met behulp van de Nagelkerke R^2 . De resultaten van de regressie zijn weergegeven in regressiecoëfficiënten (b), standaardfouten (SE), significantieniveaus (p), odds ratio's (OR) met 95%-betrouwbaarheidsintervallen.

Omdat er sprake was van ontbrekende waarden (missing), is er in de regressie-analyses gebruikgemaakt van *listwise deletion*, waardoor het aantal respondenten in de analyse lager uitvalt dan het totaal aantal ingevulde vragenlijsten. Om na te gaan in hoeverre de groep die in de regressie-analyse is meegenomen representatief is voor de volledige steekproef, is de uitgesloten groep vergeleken met de meegenomen groep op de gemiddelden van de variabelen die in de ordinale regressie zijn opgenomen, door middel van een t-toets. Daarbij is met de *Levene's Test for Equality of Variances* getoetst of variantie tussen de groepen gelijk waren (zie bijlage 5 voor de resultaten van deze t-toetsen)

Voor het toepassen van ordinale regressie is er rekening gehouden met vier assumpties (Laerd Statistics, 2015), die niet worden geschonden (zie bijlage 6). Ten eerste moet de afhankelijke variabele een ordinale schaal hebben, gemeten met een Likertschaal. Ten tweede moeten er één of meer onafhankelijke variabelen zijn die continu, ordinaal of categorisch zijn. Ten derde mag er geen multicollineariteit bestaan tussen de onafhankelijke variabelen, wat wordt getoetst met een lineaire regressie met tolerance-waarden en VIF-waarden. Tenslotte moeten de effecten van de onafhankelijke variabelen constant zijn voor alle categoriegrenzen, waardoor de odds ratio voor iedere onafhankelijke variabele hetzelfde blijft bij elke overgang naar een hogere categorie van de afhankelijke variabele (bereidheid). Dit wordt in SPSS getoetst met de *Test of Parallel Lines*.

Thematische analyse

De transcripten van de interviews vormen de kwalitatieve data en worden thematisch geanalyseerd, met ondersteuning van het programma ATLAS.ti. Bij thematische analyse worden door systematisch coderen betekenisvolle patronen in de data geïdentificeerd en ontwikkeld tot thema's. (Braun & Clarke, 2021). Bij deze analyse is de *codebook approach* toegepast, een benadering waarbij codes vooraf deductief zijn vastgelegd in een codeboek, terwijl in een later stadium ook inductieve codes konden worden toegevoegd (zie bijlage 7). Elke code is daarbij gekoppeld aan de attitudes, de subjectieve norm, de waargenomen gedragscontrole of de bereidheid (Ajzen, 1991).

Onder de attitudes vallen onder meer de codes '*ATT-effecten-positief*', die betrekking heeft op fragmenten waarin een participant mogelijke positieve effecten van PAT benoemt, en '*ATT-risicos-PAT*', die betrekking heeft op fragmenten waar de respondent mogelijke risico's van PAT benoemt.

Onder de subjectieve norm vallen bijvoorbeeld de codes ‘*SN-collegas-positief*’, die betrekking heeft op fragmenten waarin respondenten aangeven dat collega’s positief staan tegenover PAT, en ‘*SN-maatsch-negatief*’, waarin participanten benoemen dat er een relatief negatief maatschappelijke norm is ten aanzien van PAT. Bij de waargenomen gedragscontrole horen onder meer de codes ‘*WG-uitvoerbaar-wel*’, waarbij participanten aangeven dat PAT uitvoerbaar zou zijn binnen de eigen instelling, en ‘*WG-scholing-wel*’, waarin participanten benoemen dat zij behoefte hebben aan aanvullende scholing om PAT succesvol toe te kunnen passen. Tenslotte zijn er aparte codes voor wanneer de participant aangeeft wel of niet bereid te zijn om zelf PAT uit te voeren.

Met het deductieve codeboek is er een begin gemaakt in het coderen van de transcripten. Tijdens dit proces zijn er fragmenten gevonden die niet aansloten bij één van de deductieve codes, of waarin een specifiek aspect regelmatig werd benoemd. In deze gevallen zijn er inductieve codes toegevoegd aan het codeboek, bijvoorbeeld bij de code ‘*ATT-PAT-laet-stadium*’, die betrekking heeft op fragmenten waarin de participant aangeeft dat PAT vooral geschikt lijkt voor cliënten die al langere tijd in behandeling zijn binnen de verslavingszorg.

Nadat het coderen is voltooid, staat het bedenken van voorlopige thema’s centraal (Braun & Clarke, 2021). Hier wordt gezocht naar combinaties van codes die samen een overkoepelend thema weergeven (zie bijlage 8 voor een overzicht van de thematische structuur). De geschiktheid van de voorlopige en thema’s wordt beoordeeld door te kijken of ze samenhangend zijn en aansluiten op de onderzoeksvragen. Daarnaast moet het *central organising concept*, oftewel het kernidee van het thema, niet overlappen tussen de verschillende thema’s.

Nadat dit gebeurd is, wordt er gecontroleerd of de thema’s goed de kernideeën van de interviews weergeven. Tenslotte zijn de thema’s gerapporteerd en onderbouwd met citaten uit de interviews, waarbij is gestreefd naar het benutten van data van alle verschillende participanten.

Ethische overwegingen

Het verzamelen van zowel de kwantitatieve data als de kwalitatieve data heeft plaatsgevonden met vooraf verkregen informed consent van de respondenten. Het invullen van de online vragenlijst was pas mogelijk nadat respondenten hadden bevestigd ze dat de ze de informatie over het onderzoek hadden gelezen, dat de deelname volledig vrijwillig was, dat zij op ieder moment kunnen stoppen zonder een reden te vermelden, en dat hun antwoorden mochten worden verzameld, opgeslagen en gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek. De antwoorden kunnen enkel worden bekeken door onderzoekers binnen VNN en hun gegevens blijven in dit gehele proces anoniem. Bij de interviews hadden de participanten een toestemmingsformulier ondertekend, voordat de audio-opname startte (zie bijlage 9). In dit formulier staat dat participanten te allen tijde het recht behouden om hun

deelname aan het onderzoek te beëindigen, of om te verzoeken dat er specifieke onderdelen van het interview worden verwijderd. Daarnaast zijn de transcripten geanonimiseerd, zodat ze niet herleidbaar zijn tot de verslavingszorgprofessional of de instelling waar deze werkzaam is. Deze informatie hebben de participanten ook eerder op de mail gekregen.

De audio-opnamen zijn met behulp van Goodtape omgezet in een eerste transcriptieversie. Goodtape gaat veilig om met data door gebruik te maken van versleutelde verbindingen en opslag op Nederlandse servers, waardoor de gegevens binnen de AVG-regelgeving blijven. Het transcript van Goodtape moet zorgvuldig worden gecontroleerd om eventuele fouten te corrigeren en om te voorkomen dat de participant of de instelling waar deze werkzaam is, herleidbaar is. De audio-opnamen worden hierna verwijderd, net zoals de transcripten op Goodtape. Wanneer de transcripten op Goodtape worden verwijderd, worden deze definitief verwijderd van hun servers. De transcripten worden opgeslagen in een beveiligde omgeving van VNN, waar uitsluitend het onderzoeksteam van VNN toegang toe heeft. Omdat het onderzoek als niet-WMO-plichtig is verklaard (referentienummer: M24.330492) door de Medical Ethics Review Board van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), mogen de transcripties worden bewaard zolang dat noodzakelijk is voor onderzoeksdoeleinden, binnen de kaders van de AVG. De transcripten staan tien jaar in de beveiligde omgeving van VNN.

Resultaten

Kwantitatieve resultaten

Beschrijvende resultaten

Tabel 2 geeft de beschrijvende statistieken van de variabelen: de steekproefgrootte, het gemiddelde, de standaarddeviatie en de minimum- en maximumscore. De respondenten scoorden gemiddeld hoog op de bereidheid ($M = 4,17$; schaal 1-5), wat betekent dat er relatief veel Nederlandse verslavingszorgprofessionals openstaan voor de toepassing van PAT. De standaarddeviatie ($SD = 0,92$) toont enige spreiding, maar dat de meeste respondenten scoren boven het neutrale midden. Ook de attitudes waren overwegend positief ($M = 3,59$; $SD = 0,77$), waarbij de kleinere spreiding aangeeft dat dit oordeel breed wordt gedeeld. De waargenomen gedragscontrole liet een lager gemiddelde zien ($M = 2,23$; $SD = 1,03$). Dit duidt erop dat relatief veel respondenten twijfelen of zij momenteel PAT kunnen uitvoeren, terwijl de grotere spreiding aangeeft dat er ook respondenten zijn die meer controle ervaren. De drie subjectieve normen hebben een relatief lage steekproefgrootte, wat erop wijst dat relatief veel respondenten lastig kunnen inschatten wat de norm is ten aanzien van PAT of dit niet relevant vinden. Het verschil in score tussen de drie verschillende subjectieve normen was echter relatief groot. De norm vanuit cliënten werd gemiddeld het meest positief verwacht of ervaren ($M = 3,28$; $SD = 0,95$). De norm vanuit collega's werd als iets minder positief gerapporteerd ($M = 2,73$; $SD = 0,87$) en de norm vanuit de maatschappij werd het meest negatief beoordeeld ($M = 2,40$; $SD = 0,95$). Met betrekking tot de controlevariabelen was de gemiddelde leeftijd van de respondenten 43,60 jaar ($SD = 12,18$; range 23-71), wat laat zien dat professionals uit alle leeftijdsgroepen deelnamen. De gemiddelde werkervaring was 11,39 jaar ($SD = 8,38$; range 0-38), wat betekent dat zowel beginnende als zeer ervaren professionals vertegenwoordigd waren.

Tabel 2

Steekproefgrootte, gemiddelde, standaarddeviatie, minimum en maximum van de variabelen ($N = 110$)

Variabele	N	M	SD	Mix	Max
Bereidheid	104	4,17	0,92	1,00	5,00
Attitudes	104	3,59	0,77	1,00	5,00
Waargenomen gedragscontrole	110	2,23	1,03	1,00	5,00
Subjectieve norm (collega's)	77	2,73	0,87	1,00	5,00
Subjectieve norm (cliënten)	81	3,28	0,95	1,00	5,00
Subjectieve norm (maatschappij)	94	2,40	0,92	1,00	5,00
Leeftijd (in jaren)	110	43,60	12,18	23,00	71,00
Werkervaring (in jaren)	109	11,39	8,38	0,00	38,00

Niet alle variabelen zijn gegevens voor de gehele steekproef beschikbaar

Respondenten hebben ook aangegeven welk psychedelisch middel zij als meest geschikt beoordelen om te gebruiken bij PAT. De uitkomsten hiervan zijn weergegeven in tabel 3. Opvallend is dat 64,29% van de respondenten aangeeft psilocybine of MDMA het meest geschikt te vinden bij een mogelijke implementatie van PAT, wanneer de respondenten die ‘weet ik niet / niet van toepassing’ niet worden meegerekend.

Tabel 3

Gekozen psychedelisch middel dat het meest kansrijk wordt geacht voor PAT in de verslavingszorg ($N = 110$)

Middel	<i>n</i>	%
Psilocybine (paddo's of magic mushrooms)	29	26,4
MDMA (ofwel ecstasy)	25	22,7
Ketamine	12	10,9
Lysergic acid diethylamide (LSD)	9	8,2
Ibogaïne	5	4,5
DMT (o.a. ayahuasca, 5-MeO DMT en andere varianten)	2	1,8
Ayahuasca	1	0,9
Cannabis	1	0,9
Weet ik niet / niet van toepassing	26	23,6
Totaal	110	100

Samenhang tussen variabelen

Een Pearson-correlatieanalyse draagt bij aan een goed inzicht in de samenhang tussen de verschillende variabelen. Uitkomsten van deze analyse zijn weergegeven in tabel 4. Bereidheid tot het toepassen van PAT heeft een sterke, significante correlatie met de attitudes ($r = 0,63$, $p < 0,01$).

Respondenten die positievere attitudes hebben ten aanzien van PAT, zijn gemiddeld ook vaker bereid om het toe te passen. Verder hing de bereidheid significant samen met de subjectieve norm vanuit cliënten ($r = 0,57$, $p < 0,01$), de subjectieve norm vanuit collega's ($r = .45$, $p < .01$) en in mindere mate met de waargenomen gedragscontrole ($r = 0,31$, $p < 0,01$). Tenslotte bleek de bereidheid om PAT uit te voeren niet significant samen te hangen met de subjectieve norm vanuit de maatschappij of met de controlevariabelen leeftijd en werkervaring ($p < 0,05$).

Bij de attitudes werden soortgelijke correlaties gevonden als bij de bereidheid. Er was een middelmatige tot sterke, positieve correlatie tussen de attitudes en de subjectieve norm vanuit cliënten ($r = 0,45$, $p < 0,01$) en collega's ($r = 0,40$, $p < 0,01$), evenals een kleinere, maar significante correlatie met de waargenomen gedragscontrole ($r = 0,30$, $p < 0,01$). Ook de attitudes van

verslavingszorgprofessionals ten aanzien van PAT hangen niet significant samen met de subjectieve norm vanuit de maatschappij of met de controlevariabelen leeftijd en werkervaring.

De drie verschillende subjectieve normen hangen middelmatig sterk en significant met elkaar samen. Er werden middelmatig sterke, significante gevonden tussen de subjectieve norm vanuit cliënten en collega's ($r = 0,34, p < .0,01$), de subjectieve norm vanuit cliënten en de maatschappij ($r = 0,38, p < 0,01$) en de subjectieve norm vanuit collega's en de maatschappij ($r = 0,28, p = 0,02$).

Ten aanzien van de controlevariabelen leeftijd en werkervaring zijn er geen significante verbanden gevonden met de afhankelijke variabele en de onafhankelijke variabelen. Wel is er een zeer sterke positieve correlatie gevonden tussen leeftijd en werkervaring ($r = 0,70, p < 0,01$). Dit duidt mogelijk op multicollineariteit, maar aanvullende VIF-analyses laten zien dat dit niet het geval is (zie bijlage 6).

Tabel 4
Samenhang tussen de variabelen (Pearson's r ; $N = 110$)

Variabele	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Bereidheid	-							
2. Attitudes	0,63**	-						
3. Waargenomen gedragscontrole	0,31**	0,30**	-					
4. Subjectieve norm (collega's)	0,45**	0,40**	0,14	-				
5. Subjectieve norm (cliënten)	0,57**	0,45**	0,18	0,34**	-			
6. Subjectieve norm (maatschappij)	0,11	0,18	0,23*	0,28*	0,38**	-		
7. Leeftijd	- 0,08	- 0,13	- 0,02	- 0,03	0,15	0,12	-	
8. Werkervaring	- 0,05	- 0,13	0,01	- 0,16	0,08	0,16	0,70**	-

* = correlatie is significant op het niveau van $p < .05$; tweezijdige toets.

** = correlatie is significant op het niveau van $p < .01$; tweezijdige toets.

Regressieanalyse

Om de hypothesen te toetsen is een ordinale logistische regressie uitgevoerd, waarvan de resultaten worden weergegeven in tabel 5. Het model met de voorspellers verklaart de bereidheid significant beter dan een model zonder voorspellers ($X^2 = 52,96$, $p < 0,001$). Dit betekent dat de combinatie van de gekozen onafhankelijke variabelen en controlevariabelen bijdraagt aan het voorspellen van de bereidheid van verslavingszorgprofessionals om PAT uit te voeren. De Nagelkerke pseudo R^2 -waarde is 0,474, wat erop wijst dat 47,4% van de variantie in de afhankelijke variabele kan worden verklaard door de voorspellers in het model.

Tabel 5

Resultaten van de ordinale logistische regressie ($N = 62$)

Predictor	b	SE	p	OR	95%-BI voor OR
Attitudes	1,79	0,53	<0,001**	5,99	[2,12; 16,93]
Waargenomen gedragscontrole	1,10	0,36	<0,001**	3,00	[1,48; 6,08]
Subjectieve norm (collega's)	0,66	0,41	0,11	1,93	[0,87; 4,32]
Subjectieve norm (cliënten)	1,65	0,47	<0,001**	5,21	[2,07; 13,08]
Subjectieve norm (maatschappij)	- 0,95	0,39	0,02*	0,39	[0,18; 0,83]
Leeftijd	- 0,05	0,03	0,18	0,95	[0,89; 1,02]
Werkervaring	0,02	0,05	0,75	1,02	[0,93; 1,13]

b = regressiecoëfficiënt; SE = standaardfout; OR = odds ratio; BI = betrouwbaarheidsinterval.

* = $p < .05$

** = $p < .01$

Uit de analyse blijkt dat de attitudes een sterke en significante voorspeller zijn van de bereidheid om PAT uit te voeren ($b = 1,79$, $SE = 0,53$, $p < 0,001$). De odds ratio ($OR = 5,99$) geeft aan dat een stijging van één punt op de attitudeschaal samenhangt met bijna zes keer hogere odds om in een hogere bereidheidscategorie terecht te komen. Deze resultaten zijn in lijn met hypothese 1, waarin werd verondersteld dat positievere attitudes leiden tot een grotere bereidheid om PAT toe te passen.

Daarnaast laat de waargenomen gedragscontrole een iets minder sterk, maar nog steeds significant effect zien ($b = 1,10$, $SE = 0,36$, $p < 0,001$, $OR = 3,00$). Bij een stijging van één punt op de schaal voor waargenomen gedragscontrole zijn de odds drie keer zo groot om tot een hogere bereidheidscategorie te behoren ($OR = 3,00$). Deze resultaten ondersteunen hypothese 2, waarin werd verondersteld dat een hogere waargenomen gedragscontrole samenhangt met een grotere bereidheid om PAT toe te passen.

De subjectieve norm vanuit collega's hangt positief samen met bereidheid, maar laat geen significant effect zien ($b = 0,66$, $SE = 0,41$, $p = 0,11$, $OR = 1,93$). De subjectieve norm vanuit cliënten heeft wel een sterk en significant effect op de bereidheid ($b = 1,65$, $SE = 0,41$, $p < 0,001$, $OR = 5,21$). Opvallend

is dat de subjectieve norm vanuit de maatschappij in dit regressiemodel een significant negatief effect heeft op de bereidheid ($b = -0,95$, $SE = 0,39$, $p = 0,02$, $OR = 0,39$). Dit staat haaks op de eerder geconstateerde lichte positieve samenhang tussen deze subjectieve norm en de bereidheid om PAT toe te passen. De hypothese dat een positievere ervaren subjectieve norm samenhangt met een grotere bereidheid om PAT uit te voeren, wordt gedeeltelijk ondersteund door deze resultaten. De subjectieve norm vanuit cliënten ondersteunt de hypothese, de norm vanuit de collega's laat geen significant effect zien, en de norm vanuit de maatschappij blijkt een significant en negatief effect te hebben.

Tenslotte hebben de controlevariabelen leeftijd ($b = -0,05$, $SE = 0,03$, $p = 0,18$, $OR = 0,95$) en werkervaring ($b = 0,02$, $SE = 0,05$, $p = 0,75$, $OR = 1,02$) geen significant effect op de bereidheid om PAT uit te voeren.

Kwalitatieve resultaten

Uit de thematische analyse van de vijftien interviews zijn vier centrale thema's naar voren gekomen. In deze paragraaf worden deze thema's toegelicht en geïllustreerd met citaten van participanten die hun ervaringen, verwachtingen en perspectieven toelichten. Tijdens de interviews kwam ook de rol van mogelijke juridische en praktische belemmeringen aan bod. Deze bleken echter nauwelijks invloed te hebben op hun bereidheid om PAT toe te passen. Ze bemoeilijken vooral de daadwerkelijke uitvoering, en zullen daardoor eerder het gedrag van de professionals in de toekomst beïnvloeden dan hun bereidheid.

Thema 1: PAT als mogelijk antwoord op de vraag naar innovatie in de verslavingszorg

Het central organising concept van het eerste thema is dat er binnen de verslavingszorg een sterke behoefte is aan nieuwe behandelmethoden, waarbij verslavingszorgprofessionals door hun relatief positieve attitude potentie zien in PAT om dit tekort aan te vullen. Verslavingszorgprofessionals stellen dat het huidige aanbod van behandelmethodes te schaars is voor de grote en complexe uitdagingen van verslaving. Ze zien dat cliënten jarenlang in behandeling zijn, zonder dat er duurzaam succes wordt geboekt en hopen dat vernieuwing binnen de verslavingszorg kan leiden tot het doorbreken van hardnekkige patronen in het gedrag van cliënten.

“We zien dat de therapieën die op dit moment worden aangeboden, in mijn ervaring negen van de tien keer niet slagen. De behandelingen worden bijna altijd voortijdig negatief beëindigd, ofwel omdat het vanuit de behandelaar niet werkt, ofwel omdat de client zegt geen resultaten te zien.”
(participant 6, basis psycholoog)

PAT wordt gezien als een mogelijke nieuwe behandelmethode die het beperkte aanbod zou kunnen aanvullen. In dertien van de vijftien interviews hebben participanten een positieve attitude ten aanzien van een mogelijke toepassing van PAT in de verslavingszorg. Er zijn meerdere positieve effecten die professionals verwachten te zien bij het uitvoeren van PAT in de verslavingszorg. Ten eerste verwachten ze dat psychedelica cliënten kunnen helpen om hun problemen vanuit een ander perspectief te bekijken, wat kan leiden tot een verminderd middelengebruik. Daarnaast geven veel participanten aan dat PAT zou kunnen helpen tegen depressie of het verwerken van trauma's, problemen die vaak gepaard gaan met verslavingsproblematiek. Tenslotte geven professionals binnen de verslavingszorg aan dat PAT kan helpen bij het losmaken van emoties, zodat de kern van de problematiek van de cliënt beter aangepakt kan worden.

“Psychedelica als stof heeft de eigenschap om mensen wat los te maken en hen in een soort van andere realiteit te brengen. Vaak mensen met emotieregulatieproblematiek, PTSS of hechtingsproblemen zitten vrij vast in zichzelf.” (participant 14, verslavingsarts)

Verslavingszorgprofessionals erkennen dat hun attitude ten aanzien van PAT en de verwachtingen over de effecten in de verslavingszorg beïnvloed kunnen worden door eigen ervaringen met psychedelica. Negatieve ervaringen met psychedelica zullen eerder leiden tot een meer negatieve attitude, terwijl een positieve ervaring kan resulteren in een meer positieve attitude. De eigen ervaring kan ertoe leiden dat de objectieve, professionele blik op de behandelmethode enigszins verandert. Daarnaast werd religie besproken als mogelijke factor die attitudes kan beïnvloeden, maar hierover liepen de verwachtingen uiteen. Bovendien was slechts één van de deelnemers religieus, waardoor het moeilijk is om op basis van deze interviews conclusies te trekken over de rol van religie.

Het heeft gewoon impact op je handelen als je daar een negatieve ervaring mee hebt. En dat zal ook zo zijn als je psilocybine gebruikt hebt en daar hartstikke achterdochtig van bent geworden. Ja, dan zullen mensen terughoudender zijn, dat is logisch. (participant 9, psychiater)

Thema 2: de implementatie van PAT in de verslavingszorg moet voldoen aan strenge voorwaarden.

Het central organising concept van het tweede thema is dat de relatief positieve attitude van verslavingszorgprofessionals ten aanzien van PAT gepaard gaat met grote voorzichtigheid, waarbij toepassing alleen wordt geaccepteerd onder strenge voorwaarden en een zorgvuldige selectie van cliënten. Naar verwachting zullen de positieve effecten van PAT namelijk niet bij elk type cliënt optreden. Dertien participanten hebben het belang van een zorgvuldige en strenge selectieprocedure benoemd om te screenen of een cliënt geschikt is voor de toepassing van PAT. Deze selectie moet onder andere gebaseerd zijn op de stabiliteit en motivatie van de client, de eerlijkheid over huidig middelengebruik en medicatie, en de inschatting of de behandeling meer kans biedt op herstel dan op risico's.

“Waar het positief kan werken, dat is natuurlijk altijd in de wat kleinere percentielen. Ik denk niet dat je het kunt veralgemeniseren, maar ik denk bij een klein gedeelte van een grote groep, dat psychedelica wel degelijk nut gaan hebben.” (participant 14, verslavingsarts)

Verslavingszorgprofessionals ervaren doorgaans dat zij een redelijk goede inschatting kunnen maken of een cliënt geschikt is voor een bepaalde behandelmethode, ondanks dat sommige cliënten onjuiste informatie geven, bijvoorbeeld over hun middelengebruik. Ze schetsten een beeld van het

type cliënt voor wie de positieve effecten van PAT kunnen werken met een relatief laag risico. PAT lijkt vooral geschikt voor cliënten die relatief stabiel zijn, naar verwachting therapietrouw zullen zijn, goed bekend zijn bij de behandelaar, behoefte hebben aan meer zelfreflectie, al enige afstand hebben tot zwaar middelengebruik, en ondanks eerdere behandelingen vastlopen in hardnekkige patronen.

“Juist voor de cliëntengroep die al veel behandeltrajecten heeft doorlopen en telkens tegen dezelfde problemen aanloopt — zoals impulsiviteit, het vermijden van depressieve gevoelens, trauma — kan het waardevol zijn om te zeggen: ‘Laten we dit proberen.’” (participant 12, verpleegkundige)

Ook bij cliënten die geschikt lijken voor PAT benoemen verslavingszorgprofessionals verschillende risico's waarmee zorgvuldig moet worden omgegaan. Er werd gewezen op het opwekken van emoties die moeilijk te reguleren zijn en het verlies van controle tijdens de sessie. Daarnaast wezen tien participanten op het verslavingsrisico bij het toedienen van psychedelische middelen aan cliënten binnen de verslavingszorg. Tenslotte benoemden zeven participanten dat een behandeling met psychedelica psychoses zou kunnen uitlokken.

“Past het ook bij deze persoon, of lopen we een risico op ontregeling? En dat kan dus gaan over — wat ik al zei — psychoses. Maar dat kan natuurlijk ook gaan over iemand die de controle verliest en daar heel veel angst door krijgt.” (participant 7, verpleegkundig specialist)

Al deze mogelijke risico's maken dat veel verslavingszorgprofessionals van mening zijn dat PAT in de beginfase beter in een klinische setting zou kunnen plaatsvinden. De langdurige supervisie en de mogelijkheid tot goed herstel met intensieve nazorg zijn aspecten van een klinische setting die volgens de professionals belangrijk zijn in de startfase, omdat er dan nog onverwachte situaties kunnen optreden.

“Ambulant heb je beperkte mogelijkheden, want op een gegeven moment gaat hier de deur dicht en dan begint voor heel veel mensen met een verslaving het echte leven. Ik denk dat het zeker in de onderzoeksfase in de kliniek moet, maar misschien wel altijd.” (participant 10, verslavingsarts)

Thema 3: invloed van collega's en cliënten weegt zwaarder dan de maatschappelijke norm

Het central organiserend concept van dit thema is dat de bereidheid van verslavingszorgprofessionals om PAT toe te passen beïnvloed kan worden door de houding van collega's en cliënten, terwijl de overwegend negatieve maatschappelijke norm hierbij nauwelijks een rol speelt. Participanten geven aan relatief weinig te praten met collega's over PAT. Tegelijkertijd ervaren of verwachten ze toch een enig verschil tussen de verschillende attitudes van hun collega's rondom PAT, waarbij ze verwachten dat de meerderheid overwegend positief zal staan tegenover deze behandelmethode. De

participanten hebben geen duidelijke verwachting over een verschil in houding ten opzichte van PAT tussen oudere en jongere collega's. De houding van de collega's wordt als relatief invloedrijk beschouwd op de eigen bereidheid om PAT toe te passen, waarbij collega's door middel van gesprekken tot een gezamenlijke visie moeten komen over de behandelmethode.

"Ik zou dit prima kunnen doen, maar iemand kan met een argument komen om het niet te doen, waarvan ik denk: 'oh, daar heb ik nog niet eens aan gedacht'. Ik sta zeer zeker open voor tips en trucs — stel dat er iemand is met wél ervaring daarin." (participant 11, verpleegkundige)

De participanten verwachten een groot verschil tussen cliënten in de mate waarin ze open staan voor een psychedelica-geassisteerde behandeling. Aan de ene kant zullen er cliënten zijn die middelen per definitie associëren met hun verslavingsproblematiek, en zullen er daardoor negatief tegenover staan. Aan de andere kant zullen er ook cliënten die open staan voor de geestverruimende effecten van PAT. De mate waarin cliënten openstaan voor PAT beïnvloedt de bereidheid van verslavingszorgprofessionals, omdat behandeling zonder instemming van de cliënt niet effectief zal zijn.

"Ik kan me best voorstellen dat er een groep cliënten is die zegt: 'Geef het me maar mee, ik red me er wel mee', en andere cliënten die het juist spannend zullen vinden omdat het een middel is, terwijl ze herstellen van hun verslaving." (participant 8, beleidsadviseur)

Tenslotte komt de maatschappelijke norm rondom PAT aan bod en de mogelijke invloed daarvan op de bereidheid van professionals om het toe te passen. Verslavingszorgprofessionals ervaren of verwachten voornamelijk negatieve opvattingen vanuit de maatschappij over het gebruik van psychedelica in de verslavingszorg, hoewel sommige participanten beweren een positieve verschuiving merken, waarbij jongeren vanuit het perspectief van de participanten positiever lijken te staan tegenover een behandeling met psychedelica. De overwegend negatieve maatschappelijke norm beïnvloedt hun bereidheid om PAT toe te passen nauwelijks; elf respondenten geven namelijk aan zich niet door de maatschappij te laten beïnvloeden. Participanten geven aan dat er binnen de verslavingszorg al vaker behandelmethodes zijn geïmplementeerd die weinig maatschappelijke steun kregen. Ze benoemen dat “drugs” inzetten niks nieuws is binnen de verslavingszorg, wat bijvoorbeeld al gebeurt met de methadonverstrekking en de Medische Heroïnebehandelunits (HBU's). Wanneer de effecten van een behandeling met psychedelica als positief bewezen zijn, worden verslavingszorgprofessionals niet beïnvloed door mogelijke maatschappelijke weerstand.

"Ik denk dat wij weinig doen met het beeld vanuit de maatschappij. Ik denk dat wij juist willen bewijzen dat we het kunnen normaliseren." (participant 3, ambulant hulpverlener)

Thema 4: wetenschappelijk bewijs en erkende scholing geven gevoel van controle

Het central organiserende concept van dit laatste thema is dat verslavingszorgprofessionals meer vertrouwen krijgen in hun vermogen om PAT succesvol toe te passen wanneer er voldoende wetenschappelijk bewijs en erkende scholing beschikbaar is. Alle vijftien participanten benadrukten meermaals dat nieuwe wetenschappelijke bewijzen belangrijk zijn voor een mogelijke toekomstige implementatie van PAT in de verslavingszorg. De professionals met meer kennis van PAT benadrukten vaker de complexiteit van de behandelmethode, wat volgens hen de noodzaak voor aanvullende wetenschappelijke bewijzen onderstreept. PAT kan namelijk worden toegepast met verschillende soorten psychedelica, bij diverse typen verslavingen, en kent daarbij verschillende werkingsmechanismen en risico's. Meer kennis over de complexiteit van PAT vergroot volgens participanten hun bereidheid om PAT zelf uit te voeren.

“Ik weet wel van onderzoeken die lijken te impliceren dat psychedelica bepaalde neuroplasticiteit kunnen stimuleren, dat is meer op biologisch niveau. Er moet dus op verschillende vlakken naar gekeken worden. Geldt dit ook voor iemand die alcoholverslaafd is geweest? Of voor iemand die crack rookt? Werkt dat hetzelfde in de hersenen?” (participant 13, psychotherapeut)

Op dit moment geeft de ruime meerderheid van de verslavingszorgprofessionals echter aan over weinig kennis te beschikken ten aanzien van PAT. Scholing over dit onderwerp, waarin nieuwe wetenschappelijke bewijzen worden meegenomen, zou het kennisniveau vergroten. Hierin moet onder andere informatie worden verstrekt over de effecten, de mogelijke bijwerkingen, de dosering, interacties met andere middelen en effectiviteit bij verschillende doelgroepen. Naast dit theoretische aspect, moet er ook een praktisch onderdeel zijn, waarbij klinische lessen en het observeren van ervaren professionals hen voorbereiden om PAT op een verantwoorde manier toe te passen. Een erkende cursus van deze orde, waarbij diverse kennis en vaardigheden worden opgedaan, vergroot het vertrouwen van verslavingszorgprofessionals om PAT op een verantwoorde en effectieve manier toe te kunnen passen.

“Hoe moet je doseren? En in combinatie met welke therapie is er bewijs dat het werkt? Je moet gewoon de ins en outs van de behandeling kennen. Er is uitgebreide kennis nodig van de stof en van de neuromodulatie die het op gang brengt. Je moet dus niet alleen de werkingsmechanismen kennen, maar ook de toepassing en de praktische consequenties.” (participant 9, psychiater)

Conclusie en discussie

Het doel van dit onderzoek was om met een convergent mixed-methods design de bereidheid van Nederlandse verslavingszorgprofessionals om psychedelica-geassisteerde therapie (PAT) uit te voeren in kaart te brengen en de factoren te onderzoeken die invloed hebben op deze bereidheid. Hierbij is geanalyseerd hoe de attitudes, de subjectieve normen en de waargenomen gedragscontrole ten aanzien van PAT de bereidheid beïnvloeden. In dit leidende onderzoeksvraag binnen deze studie was *‘Wat zijn de attitudes, de ervaren subjectieve normen en de waargenomen gedragscontrole van zorgprofessionals in de Nederlandse verslavingszorg ten aanzien van PAT, wat is hun bereidheid om PAT toe te passen, en op welke wijze beïnvloeden deze attitudes, normen en gedragscontrole deze bereidheid?’*

Dit hoofdstuk begint met een conclusie per deelvraag, waarin gegevens uit het kwantitatieve en het kwalitatieve onderzoek worden geïntegreerd, gevolgd door een beantwoording op de overkoepelende onderzoeksvraag. Vervolgens worden in de discussie gereflecteerd op de methodologische keuzes en de theorie. Tenslotte worden er aanbevelingen gedaan voor de praktijk, het beleid en voor mogelijk vervolgonderzoek.

Conclusie per deelvraag

Wat zijn de attitudes van zorgprofessionals in de Nederlandse verslavingszorg ten aanzien van PAT?

Uit de kwalitatieve data blijkt dat Nederlandse verslavingszorgprofessionals relatief positieve attitudes hebben ten aanzien van PAT, al blijft in dit onderzoek onduidelijk in hoeverre de relatief lage religiositeit (Stylianou, 2004) en de harm reduction-aanpak (Busz et al., 2024) in Nederland hierin een rol spelen. Uit de kwalitatieve data blijkt dat de positieve attitudes voortkomen uit verschillende positieve effecten die van PAT worden verwacht. Ze verwachtten verminderd middelengebruik te zien bij cliënten, doordat PAT kan helpen onderdrukte emoties los te maken en de middelenproblematiek vanuit een ander perspectief te bekijken. Daarnaast verwachtten ze dat PAT kan helpen bij trauma- en depressieklachten, die regelmatig de kern vormen van de onderliggende middelenverslaving. Deze uitkomst sluit aan bij internationaal onderzoek, waar GGZ-behandelaars meestal een voorzichtig positieve attitude hebben ten aanzien van PAT (Barnett et al., 2022, 2024; Davis et al., 2021; Kim & Suzuki, 2023; Page et al., 2021). Uit de interviews blijkt dat er een duidelijke behoefte is aan nieuwe behandelmethoden binnen de verslavingszorg. In combinatie met de relatief positieve attitude ten aanzien van PAT leidt dit ertoe dat verslavingszorgprofessionals PAT zien als potentiële aanvulling.

Tegelijkertijd blijkt uit de interviews dat de relatief positieve attitudes behoedzaam zijn. Een strenge selectieprocedure voor cliënten is vereist, waarbij de keuze op PAT toe te passen gebaseerd moet worden op stabiliteit, motivatie en eerlijkheid van de cliënt. Daarnaast worden het risico op het ontwikkelen van een nieuwe afhankelijkheid en het risico op psychoses regelmatig genoemd, zorgen die ook in eerder onderzoek onder zorgprofessionals naar voren kwamen (Davis et al., 2021; Hoge et al., 2025). Met deze risico's in het achterhoofd denken verslavingszorgprofessionals over het algemeen dat PAT in de beginfase beter in een klinische setting zou kunnen plaatsvinden.

Samengevat, er heerst een relatief positieve maar realistische en kritische attitude ten aanzien van PAT, waarbij ze hoopvol zijn over de effecten van PAT, maar beseffen dat een mogelijke toepassing alleen verantwoord is onder de juiste omstandigheden.

Welke subjectieve norm ervaren zorgprofessionals in de Nederlandse verslavingszorg ten aanzien van PAT?

De ervaren of verwachte subjectieve norm ten aanzien van PAT verschilt per perspectief. Uit de kwantitatieve blijkt dat verslavingszorgprofessionals de meest positieve subjectieve norm verwachten vanuit cliënten. Dit staat in contrast met de studie van Corrigan et al. (2021), waarin slechts 20% van de cliënten een behandeling met psilocybine als geschikt achtte. Uit de interviews blijkt dat er vooral een groot verschil tussen de houding van cliënten ten aanzien van PAT wordt verwacht, omdat sommigen psychedelica negatief zullen associëren met hun eigen middelenproblematiek. De kwantitatieve data suggereren dat de gemiddelde subjectieve norm bij collega's mild positief zal zijn, terwijl de participanten in de interviews veelal aangeven weinig te praten met collega's over dit onderwerp. Uit zowel de kwantitatieve als de kwalitatieve data blijkt dat verslavingszorgprofessionals een negatieve maatschappelijke norm ten aanzien van PAT verwachten. Dit suggereert dat zij ervan uitgaan dat het stigma rond psychedelica, ontstaan in de jaren '60 en '70 (Hall, 2022) door de stigmatisering van recreatief gebruik (Andrews & Wright, 2022), nog steeds aanwezig is. In de interviews werd de mogelijke implementatie van PAT meermaals vergeleken met de introductie van methadonverstrekking en heroïnebehandelunits (HBU's) in de verslavingszorg, die in de beginfase ook met maatschappelijke weerstand te maken hadden.

Wat is de waargenomen gedragscontrole van zorgprofessionals in de Nederlandse verslavingszorg ten aanzien van PAT?

De waargenomen gedragscontrole, die weergeeft in welke mate de professional denkt PAT daadwerkelijk te kunnen uitvoeren (Ajzen, 1991), is op dit moment relatief laag bij verslavingszorgprofessionals. De kwantitatieve data laten zien dat de professionals over relatief weinig kennis van PAT beschikken, wat aansluit bij eerder onderzoek (Page et al., 2021). De interviews geven verdere verdieping. Ze bevestigen het lage kennisniveau, met uitzondering van enkele

professionals die beter op de hoogte waren van de materie. De professionals hebben aangegeven dat het gebrek aan kennis het gevoel van controle belemmert. Participanten erkennen dat er behoefte is aan aanvullend wetenschappelijk bewijs, vanwege de complexe aard van verslaving en de uiteenlopende eigenschappen van verschillende psychedelica. Dit sluit aan bij bestaande literatuur, waarin wordt vermeld dat er nog onvoldoende kennis is over langetermijnrisico's en onderliggende werkingsmechanismen van PAT (Blom et al., 2025). Daarnaast zeggen participanten meer vertrouwen te hebben om PAT succesvol uit te voeren wanneer er erkende scholing beschikbaar is die aansluit bij nieuwe wetenschappelijke inzichten. In lijn hiermee liet het onderzoek van Barnett et al. (2022) zien dat Amerikaanse psychiaters scholing willen over de klinische toepassing van psychedelica en mogelijke bijwerkingen, die wetenschappelijk onderbouwd moet zijn en meebeweegt met nieuwe onderzoeksresultaten (Plourde et al., 2025). De scholing zou verslavingszorgprofessionals van uitgebreide kennis moeten voorzien over de effecten van psychedelica, mogelijke bijwerkingen, de dosering en interactie met andere medicatie. Daarnaast zou praktische ervaring opdoen onder supervisie bijdragen aan het gevoel PAT veilig en succesvol toe te passen.

Wat is de bereidheid van zorgprofessionals in de Nederlandse verslavingszorg om PAT in de toekomst toe te passen?

Ondanks de genoemde kanttekeningen lijkt de bereidheid van Nederlandse verslavingszorgprofessionals om PAT toe te passen in de toekomst hoog. Uit de kwantitatieve data-analyse blijkt dat een ruime meerderheid van de Nederlandse verslavingszorgprofessionals bereid is om PAT in de toekomst te gaan gebruiken, en de kwalitatieve gegevens ondersteunen dit beeld. Veel professionals staan open voor PAT en beschouwen het als een potentiële aanvulling op de huidige behandelmethoden. Tegelijkertijd geven de participanten aan dat er nog veel moet veranderen, vooral op het gebied van nieuwe wetenschappelijke inzichten en erkende scholing, voordat zij in de toekomst bereid zijn PAT uit te voeren.

Hoe beïnvloeden de attitudes, de ervaren subjectieve norm en de waargenomen gedragscontrole de bereidheid van zorgprofessionals in de Nederlandse verslavingszorg om PAT in de toekomst toe te passen?

Uit de kwantitatieve analyse blijkt dat de attitudes, de subjectieve normen en de waargenomen gedragscontrole samen effect hebben op de bereidheid van Nederlandse verslavingszorgprofessionals om PAT uit te voeren. Dit resultaat sluit aan bij de Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991) en eerdere bevindingen van Godin et al. (2008), die aantoonde dat dit model ook toepasbaar is op gedragsintenties van zorgprofessionals. De persoonlijke attitude is een sterke voorspeller van de bereidheid. Hoe positiever de attitudes van de professional ten aanzien van PAT, hoe groter de bereidheid is om PAT in de toekomst te willen toepassen. Daarnaast hangt de waargenomen gedragscontrole ook sterk samen met de bereidheid, blijkt uit de kwantitatieve gegevens. Dit wordt in

de interviews bevestigt doordat participanten aangeven dat hun kennisniveau invloed heeft op de mate waarin zij bereid zijn PAT toe te passen. Bij de samenhang van de subjectieve normen en de bereidheid is het complexer. Uit de kwantitatieve data-analyse is gebleken dat de ervaren of verwachte subjectieve norm vanuit cliënten een sterke voorspeller was van de bereidheid om PAT uit te voeren. Dit komt overeen met de bevinding uit de interviews dat input van cliënten zeer belangrijk wordt gevonden. De subjectieve norm vanuit collega's liet in de correlatieanalyse een positieve, significante samenhang met bereidheid zien, maar deze significantie verdween in het regressiemodel zodra de overige variabelen werden meegenomen. Toch gaven de interviews aan dat collega's niet onbelangrijk zijn, waarbij er vooral gezocht moet worden naar een gezamenlijk draagvlak binnen het team bij een mogelijke implementatie van PAT. De invloed van collega's zou mogelijk indirect kunnen zijn, door het delen van kennis omtrent PAT. Verder is het opvallend dat de maatschappelijke norm geen positief effect heeft op de bereidheid. In tegendeel, uit de regressie-analyse blijkt dat een positievere ervaren of verwachte maatschappelijke norm ten aanzien van PAT geassocieerd wordt met een lagere bereidheid. Dit staat in contrast met de bivariate analyse, waarin een lichte positieve samenhang tussen de maatschappelijke norm en de bereidheid werd gevonden.

Overkoepelende conclusie

Verslavingszorgprofessionals hebben over het algemeen een positieve maar voorzichtige attitude ten aanzien van PAT. Ze zien mogelijkheden voor verbeteringen in hardnekkige patronen, maar benadrukken strikte voorwaarden voor veilige en succesvolle toepassing. De subjectieve norm verschilt per perspectief. Bij cliënten wordt over het algemeen een relatief positieve houding verwacht, al zullen er grote verschillen bestaan tussen cliënten. Voor de subjectieve norm vanuit collega's geldt hetzelfde, behalve dat deze subjectieve norm iets minder positief wordt ingeschat. De maatschappelijke norm ten aanzien van PAT wordt door verslavingszorgprofessionals overwegend negatief ingeschat. De waargenomen gedragscontrole is momenteel laag, vooral door gebrek aan kennis en scholing, maar erkende training en nieuw wetenschappelijk bewijs zouden deze controle kunnen vergroten. Ondanks deze kanttekeningen is de bereidheid om PAT in de toekomst toe te passen hoog, waarbij attitudes, de waargenomen gedragscontrole en de subjectieve norm vanuit cliënten de meest bepalende factoren zijn.

Discussie

In deze discussieparagraaf worden eerst enkele kwantitatieve resultaten geïnterpreteerd. Daarna wordt er gereflecteerd op methodologische keuzes die er zijn gemaakt. Vervolgens worden er aanbevelingen gedaan voor de praktijk, het beleid en mogelijk toekomstig onderzoek, waarna wordt afgesloten met een slotwoord.

Interpretatie van de kwantitatieve resultaten

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat de attitude van verslavingszorgprofessionals ten aanzien van PAT een sterke voorspeller zijn van de bereidheid tot uitvoering van PAT. Dit betekent dat professionals die meer voordelen of minder nadelen van PAT verwachten, ook sneller bereid zijn om PAT toe te passen.

Daarnaast blijkt dat de subjectieve normen van collega's, en in nog sterkere mate die van cliënten, een positieve rol spelen. Dit betekent dat de houding van andere personen in de directe werkomgeving belangrijk is voor de eigen bereidheid om PAT uit te voeren. Dit bevestigt dat de implementatie van een nieuwe behandelmethode in de verslavingszorg niet uitsluitend afhangt van individuele attitudes, maar ingebed is in een breed professioneel netwerk.

Het is opvallend dat de subjectieve norm vanuit de maatschappij een significant negatief verband laat zien in de regressieanalyse, terwijl er in de bivariate correlatie een lichte positieve samenhang zichtbaar was. Wanneer de attitudes, de waargenomen gedragscontrole en de subjectieve normen van cliënten en collega's worden meegenomen, waardoor overlap tussen de voorspellers wordt verwijderd, blijft er enkel een negatief verband van de maatschappelijke norm op de bereidheid over. Een mogelijke verklaring voor dit negatieve verband komt naar voren in de interviews, waaruit blijkt dat verslavingszorgprofessionals een sterke behoefte hebben om het tegendeel bewijzen van de negatieve houding van de maatschappij. Hierdoor kan een negatieve maatschappelijke norm ten aanzien van PAT verslavingszorgprofessionals juist extra motiveren in hun bereidheid om PAT uit te voeren.

Tenslotte liet de waargenomen gedragscontrole een significant positief verband zien met bereidheid. Dit betekent dat professionals met een hoger kennisniveau meer bereidheid tonen om PAT uit te voeren. Tegelijkertijd kan het zo zijn dat verslavingszorgprofessionals met een lager kennisniveau alsnog bereid zijn PAT toe te passen, in de veronderstelling dat dit kennisniveau in de toekomst verder ontwikkeld kan worden.

Methodologische reflectie

Binnen dit mixed methods onderzoek zijn er meerdere methodologische keuzes gemaakt die mogelijk van invloed zijn geweest op de betrouwbaarheid, validiteit en generaliseerbaarheid van de resultaten. Ten eerste is er gekozen voor het convergent mixed-methods design, waarbij de kwantitatieve dataverzameling en de kwalitatieve dataverzameling tegelijkertijd hebben plaatsgevonden. Dit had als voordeel dat er in een relatief korte tijd veel data verzameld kon worden, waardoor een breed inzicht ontstond in de bereidheid van Nederlandse verslavingszorgprofessionals om PAT toe te passen. De kwalitatieve data konden veelal patronen uit de kwantitatieve data verklaren, waardoor de combinatie van methoden resulteerde in zowel breedte als diepgang van de resultaten. Een nadeel van het convergent mixed-methods design was dat de respondenten van de online vragenlijst niet dezelfde groep vormden als de participanten van de interviews, waardoor de triangulatie tussen de kwantitatieve en de kwalitatieve resultaten enigszins minder sterk werd (Bergman, 2008). Een grotere overlap tussen de steekproeven van de kwantitatieve en kwalitatieve data zou de vergelijkbaarheid hebben versterkt en de triangulatie sterker hebben gemaakt.

Ten tweede waren alle participanten van de interviews professionals binnen VNN. Omdat VNN uitsluitend actief is in Groningen, Friesland en Drenthe, vertegenwoordigen deze professionals mogelijk niet de gehele populatie van verslavingszorgprofessionals in Nederland. Dit beperkt mogelijk de externe validiteit, aangezien resultaten die in een specifieke context zijn verkregen slechts in beperkte mate gegeneraliseerd kunnen worden naar bredere populaties (Bryman, 2016).

Ten derde is de betrouwbaarheid van de kwalitatieve resultaten mogelijk enigszins beperkt, omdat er bij de semigestructureerde interviews niet altijd exact dezelfde vragen zijn gesteld. Dit kwam bijvoorbeeld doordat sommige participanten dieper wilden ingaan op een specifiek onderwerp. Deze flexibiliteit heeft bijgedragen aan interessante, aanvullende data, maar kan de mate van vergelijkbaarheid tussen de interviews hebben verminderd.

Ten vierde kan er binnen deze studie in enige mate sprake zijn geweest van *selection bias*. Het is mogelijk dat de online vragenlijst, die vrijwillig ingevuld kon worden, relatief vaker is ingevuld door verslavingszorgprofessionals met een bestaande interesse in of juist een uitgesproken afkeer van psychedelica, waardoor de resultaten mogelijk minder representatief zijn voor alle Nederlandse verslavingszorgprofessionals. Zonder de selection bias zouden er mogelijk relatief meer respondenten met gematigde attitudes, subjectieve normen, waargenomen gedragscontrole en bereidheid tot toepassing van PAT zijn vertegenwoordigd. Dit had ertoe kunnen leiden dat de gemiddelden minder uitgesproken waren geweest. Hierdoor waren de gevonden correlaties en regressiecoëfficiënten mogelijk zwakker geweest, aangezien extremere opvattingen in de huidige steekproef mogelijk

oververtegenwoordigd zijn. Daarnaast is er bij de kwalitatieve dataverzameling ook kans op selection bias, hoewel deze waarschijnlijk beperkt is. Van de achttien benaderde professionals stemden vijftien in met deelname aan een interview.

Ten vijfde is bij de kwantitatieve data-analyse in de ordinale regressieanalyse gebruikgemaakt van *listwise deletion*. Respondenten met ontbrekende waarden op één of meerdere variabelen zijn hierdoor automatisch uitgesloten, waardoor de steekproefomvang voor deze analyses kleiner uitviel ($N = 62$) dan het totaal aantal respondenten ($N = 110$). Dit resulteerde in een verlies aan informatie en verminderde generaliseerbaarheid van de kwantitatieve resultaten. Er zijn geen significante verschillen gevonden in de gemiddelde scores op de variabelen tussen de groep die is meegenomen in de regressieanalyse en de uitgesloten groep, behalve bij de waargenomen gedragscontrole, waarbij de meegenomen groep een groter kennisniveau ten aanzien van PAT bleek te hebben (zie bijlage 5). Hierdoor weerspiegelt de regressieanalyse vooral de bereidheid tot het uitvoeren van PAT onder verslavingszorgprofessionals met een relatief hoger kennisniveau.

Tenslotte is de waargenomen gedragscontrole bij de kwantitatieve dataverzameling slechts gedeeltelijk meegenomen. Het werd gemeten aan de hand van twee vragen die het kennisniveau over PAT betroffen. Idealiter had de waargenomen gedragscontrole breder gemeten moeten worden, bijvoorbeeld met stellingen over mogelijke praktische en juridische belemmeringen, en de mate waarin er behoefte is aan scholing om PAT succesvol uit te kunnen voeren. De resultaten van de kwantitatieve dataverzameling geven geen compleet beeld van de waargenomen gedragscontrole. Deze aspecten zijn wel meegenomen in de kwalitatieve dataverzameling.

Aanbevelingen

Suggesties voor praktijk en beleid

Ten eerste is er een sterke behoefte onder Nederlandse verslavingszorgprofessionals om erkende scholing te krijgen in het toepassen van PAT. De scholing zou moeten bestaan uit multidisciplinaire trainingen waarin behandelaren worden opgeleid voor de drie verschillende fasen van PAT: de voorbereiding, de behandelsessies en de integratie (Blom et al., 2024). Een afgeronde scholing moet resulteren in een erkende certificering, die verslavingszorgprofessionals meer vertrouwen geeft PAT succesvol uit te voeren en daarmee de bereidheid tot toepassing vergroot. Daarnaast leidt goede scholing bij de professionals tot beter geïnformeerde cliënten, die een cruciale rol spelen bij de keuze of PAT geschikt is voor hen als behandelmethode.

Ten tweede is het aan te bevelen om binnen verslavingszorginstellingen tijdig multidisciplinaire teams te vormen rondom PAT. Verslavingszorgprofessionals met verschillende functies kunnen een rol spelen binnen de behandelsessies. Een behandelsessie wordt idealiter uitgevoerd door twee

specialisten, waarvan één bijvoorbeeld een psychiater of een verslavingsarts is en de ander een verpleegkundige. Een multidisciplinair team zorgt ervoor dat een instelling goed voorbereid is wanneer PAT in de Nederlandse verslavingszorg wordt geïmplementeerd.

Een derde aanbeveling betreft de voorbereiding van pilotprojecten met PAT binnen een klinische setting. Verslavingszorgprofessionals zien verschillende risico's van PAT, waaronder verlies van controle, het ontstaan van een afhankelijkheid van psychedelica en het risico op psychoses. Om deze reden schatten zij in dat PAT in de beginfase moet plaatsvinden in een klinische setting, waar ook na de behandeling langdurige supervisie mogelijk is. Het tijdig organiseren van geschikte klinieken, behandelruimtes en voldoende personeel voor langdurige sessies zorgt voor een succesvolle toekomstige start van PAT in de Nederlandse verslavingszorg.

De laatste aanbeveling voor praktijk en beleid is het organiseren van (online) bijeenkomsten binnen verslavingszorginstelling, gericht op kennisdeling over de wetenschappelijke status en andere verwachtingen van PAT. Nederlandse verslavingszorgprofessionals geven aan dat het ontwikkelen van een gezamenlijke visie met collega's belangrijk is bij de implementatie van een nieuwe behandelmethode. Bovendien vergroten deze bijeenkomsten het kennisniveau van verslavingszorgprofessionals, wat een toekomstige implementatie van PAT binnen de instelling kan vergemakkelijken.

Suggesties voor toekomstig onderzoek

Een eerste suggestie voor toekomstig onderzoek is het uitvoeren van een gedetailleerde kosten-batenanalyse van de implementatie van PAT binnen een verslavingszorginstelling. Uit de interviews kwam naar voren dat verzekeraars eerst goedkeuring moeten verlenen voordat een nieuwe behandelmethode als PAT financieel vergoed wordt. De verzekeraars hechten waarde aan een onderbouwde afweging van de verwachte kosten ten opzichte van de potentiële baten voor cliënten binnen de instelling. Deze analyse kan bijdragen aan de bekendheid van PAT, zowel binnen de eigen organisatie als bij de verzekeraars, waardoor bij een toekomstige implementatie al inzicht bestaat rondom de verwachte kosten en baten.

Ten tweede is er behoefte aan aanvullend wetenschappelijk onderzoek naar de werking van PAT binnen de verslavingszorg. Toekomstig onderzoek zou zich moeten richten op verschillende psychedelica en hun werking bij diverse vormen van verslaving. Idealiter wordt dit uitgevoerd in de vorm van gerandomiseerde gecontroleerde trials met grootschalige steekproeven en langdurige follow-up, zodat ook de langetermijneffecten en mogelijke risico's duidelijk worden. Daarbij is het wenselijk om verschillende typen verslavingsproblematiek afzonderlijk te onderzoeken, zodat de werkingsmechanismen en de risico's per doelgroep duidelijk worden. Meer uiteenlopend

wetenschappelijk bewijs rondom PAT, dat publiekelijk gefinancierd moet worden volgens een grote meerderheid van de psychiaters (Kraiem et al., 2024 & Barnett et al., 2022), zou de kwaliteit van de scholing kunnen verbeteren.

Ten derde is er behoefte aan onderzoek naar de meest effectieve vorm van scholing in PAT binnen de verslavingszorg. Het is belangrijk om te onderzoeken welke onderdelen van belang zijn om het vertrouwen van verslavingszorgprofessionals in het uitvoeren van PAT te vergroten. Hierbij moet gekeken worden naar de theoretische kennis, praktische oefeningen, begeleiding en de mogelijkheid om mee te kijken bij ervaren professionals die PAT vaker hebben toegepast.

Tenslotte kan er toekomstig onderzoek worden gedaan naar de subjectieve norm van cliënten ten aanzien van PAT. Deze norm heeft namelijk een belangrijk effect op de mate van bereidheid bij verslavingszorgprofessionals om PAT toe te passen. Er wordt verwacht dat cliënten sterk van elkaar zullen verschillen in hun waardering van PAT. Inzichten in deze verschillen is waardevol, omdat hierdoor de implementatie van PAT kan worden afgestemd op de wensen en behoeften van de cliënt, wat het draagvlak onder zowel cliënten als verslavingszorgprofessionals kan vergroten.

Slotwoord

Dit onderzoek biedt waardevolle inzichten in de bereidheid van Nederlandse verslavingszorgprofessionals om PAT uit te voeren. Dit onderzoek vormt echter slechts één stap in de complexe verkenning van deze therapie als mogelijke nieuwe behandelmethode in de verslavingszorg. Het geheel van deze bevindingen markeert geen eindpunt, maar een aanzet tot verder onderzoek en dialoog binnen de verslavingszorg, met als doel te bepalen of deze behandelvorm op een veilige en effectieve manier geïntegreerd kan worden.

Literatuur

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-t](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-t)
- American Psychedelic Practitioners Association, & BrainFutures. (2023). *Professional practice guidelines for psychedelic-assisted therapy* (1st ed.). <https://www.brainfutures.org/wp-content/uploads/2023/08/Professional-Practice-Guidelines-for-Psychedelic-Assisted-Therapy-Aug-2023.pdf>
- Andrews, T., & Wright, K. (2022). The frontiers of new psychedelic therapies: A survey of sociological themes and issues. *Sociology Compass*, 16(2), e12959. <https://doi.org/10.1111/soc4.12959>
- Barrett, F. S., & Preller, K. H. (2022). Disruptive psychopharmacology. In *Current topics in behavioral neurosciences*. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-12184-5>
- Barnett, B. S., Arakelian, M., Beebe, D., Ontko, J., Riegal, C., Siu, W. O., Weleff, J., & Pope, H. G. (2024). American psychiatrists’ opinions about classic hallucinogens and their potential therapeutic applications: A 7-year follow-up survey. *Psychedelic Medicine*, 2(1), 1–9. <https://doi.org/10.1089/psymed.2023.0036>
- Barnett, B. S., Beaussant, Y., King, F., & Doblin, R. (2022). Psychedelic knowledge and opinions in psychiatrists at two professional conferences: An exploratory survey. *Journal of Psychoactive Drugs*, 54(3), 269–277. <https://doi.org/10.1080/02791072.2021.1957183>
- Beukenhorst, D., & Kerssemakers, F. (2010). *Statistische Methoden (10002)*. Centraal Bureau voor de Statistiek. <https://www.cbs.nl/-/media/imported/onze-diensten/methoden/gevalideerde-methoden/input/documents/2010/10/2010-x37-02-pub.pdf?la=nl-nl>
- Bergman, M. M. (2008). *Advances in mixed methods research: Theories and applications*. Sage eBooks. <http://ci.nii.ac.jp/ncid/BA85957113>
- Blaauw, E., Anthonio, G., Van der Meer-Jansma, M., & Van den Bos, A. (2018). Visie op de mens, visie op verslaving: Een meervoudige kijk op problematiek en herstel. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 60(11), 774–781.

- Blom, R., Bloemen, O., Bostoen, T., Van Den Brink, W., Kamphuis, J., Van Marle, H., Mauro, G., Van Der Meer, P., Özgen, H., Schroder, A., Somers, M., Veraart, J., Van Elk, M., Spijkers, T., & Breeksema, J. (2024). *Memorandum psychedelica in de psychiatrie: Handreiking voor de therapeutische toepassing van psychedelica*. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
https://www.psychiatrie.nl/app/uploads/2025/01/Memorandum-psychedelica-in-de-psychiatrie_okt-2024-def.pdf
- Blom, R. E., Bostoen, T., Bloemen, O. J. N., Schröder, A. E., Breeksema, J. J., van Elk, M., van den Brink, W., & Somers, M. (2025). Psychedelica bij de behandeling van psychiatrische aandoeningen anno 2025. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 67(6), 313–316.
- Bogenschutz, M. P., Ross, S., Bhatt, S., Baron, T., Forcehimes, A. A., Laska, E., Mennenga, S. E., O'Donnell, K., Owens, L. T., Podrebarac, S., Rotrosen, J., Tonigan, J. S., & Worth, L. (2022). Percentage of heavy drinking days following psilocybin-assisted psychotherapy vs placebo in the treatment of adult patients with alcohol use disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 79(10), 953. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.2096>
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). *Thematic analysis: A practical guide*. Sage Publications Limited.
- Bryman, A. (2016). *Social research methods*. Oxford University Press.
- Busz, M., Schiffer, K., Voets, A., & Pomfret, A. (2024). Reframing Dutch drug policies: A new era for harm reduction. *Harm Reduction Journal*, 21(1).
<https://doi.org/10.1186/s12954-024-01071-1>
- CBS. (2024, 4 september). Welk geloof hangen we aan? – Nederland in cijfers 2024.
<https://longreads.cbs.nl/nederland-in-cijfers-2024/welk-geloof-hangen-we-aan/>
- Castaldelli-Maia, J. M., & Bhugra, D. (2022). Analysis of global prevalence of mental and substance use disorders within countries: Focus on sociodemographic characteristics and income levels. *International Review of Psychiatry*, 34(1), 6–15.
<https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2040450>

- Corrigan, K., Haran, M., McCandliss, C., McManus, R., Cleary, S., Trant, R., Kelly, Y., Ledden, K., Rush, G., O’Keane, V., & Kelly, J. R. (2021). Psychedelic perceptions: Mental health service user attitudes to psilocybin therapy. *Irish Journal of Medical Science*, 191(3), 1385–1397.
<https://doi.org/10.1007/s11845-021-02668-2>
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2017). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. SAGE Publications.
- Davis, A. K., Agin-Liebes, G., España, M., Pilecki, B., & Luoma, J. (2021). Attitudes and beliefs about the therapeutic use of psychedelic drugs among psychologists in the United States. *Journal of Psychoactive Drugs*, 54(4), 309–318. <https://doi.org/10.1080/02791072.2021.1971343>
- de Vos, C. M. H., Mason, N. L., & Kuypers, K. P. C. (2021). Psychedelics and neuroplasticity: A systematic review unraveling the biological underpinnings of psychedelics. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 724606. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.724606>
- Dingle, G. A., Da Costa Neves, D., Alhadad, S. S. J., & Hides, L. (2017). Individual and interpersonal emotion regulation among adults with substance use disorders and matched controls. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 186–202. <https://doi.org/10.1111/bjc.12168>
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Cengage Learning.
- Galletta, A., & Cross, W. E. (2013). *Mastering the semi-structured interview and beyond: From research design to analysis and publication*. NYU Press.
- Godin, G., Bélanger-Gravel, A., Eccles, M., & Grimshaw, J. (2008). Healthcare professionals’ intentions and behaviours: A systematic review of studies based on social cognitive theories. *Implementation Science*, 3(1). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-3-36>
- Goudriaan, A. E., Crunelle, C. L., Wolf, C., & Schellekens, A. (2023). Neurale netwerken bij verslaving. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 65(10), 609–612.
- Grabski, M., McAndrew, A., Lawn, W., Marsh, B., Raymen, L., Stevens, T., Hardy, L., Warren, F., Bloomfield, M., Borissova, A., Maschauer, E., Broomby, R., Price, R., Coathup, R., Gilhooly, D., Palmer, E., Gordon-Williams, R., Hill, R., Harris, J., Morgan, C. J. A. (2022). Adjunctive

ketamine with relapse prevention–based psychological therapy in the treatment of alcohol use disorder. *American Journal of Psychiatry*, 179(2), 152–162.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2021.21030277>

Hall, W. (2022). Why was early therapeutic research on psychedelic drugs abandoned? *Psychological Medicine*, 52(1), 26–31. <https://doi.org/10.1017/S0033291721004207>

Hogea, L., Tabugan, D. C., Costea, I., Albai, O., Nussbaum, L., Cojocaru, A., Corsaro, L., & Anghel, T. (2025). The therapeutic potential of psychedelics in treating substance use disorders: A review of clinical trials. *Medicina*, 61(2), 278. <https://doi.org/10.3390/medicina61020278>

Holze, F., Duthaler, U., Vizeli, P., Müller, F., Borgwardt, S., & Liechti, M. E. (2019). Pharmacokinetics and subjective effects of a novel oral LSD formulation in healthy subjects. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 85(7), 1474–1483. <https://doi.org/10.1111/bcp.13918>

Jellinek. (2023). Hoeveel mensen zijn verslaafd en hoeveel zijn er in behandeling? *Jellinek*. <https://www.jellinek.nl/vraag-antwoord/hoeveel-mensen-zijn-verslaafd-en-hoeveel-zijn-er-in-behandeling/>

Johnson, M. W., Garcia-Romeu, A., Cosimano, M. P., & Griffiths, R. R. (2014). Pilot study of the 5-HT2AR agonist psilocybin in the treatment of tobacco addiction. *Journal of Psychopharmacology*, 28(11), 983–992. <https://doi.org/10.1177/0269881114548296>

Kim, A., & Suzuki, J. (2023). Addiction specialists’ attitudes toward psychedelics: A national survey. *The American Journal on Addictions*, 32(6), 606–609. <https://doi.org/10.1111/ajad.13461>

Koolen, M., Wirsching, A., Krediet, E., & Van Elk, M. (2025). Assessing the Attitudes of Dutch Mental Health Care Professionals Toward Psychedelic-Assisted Psychotherapy: A Cross-Sectional Exploratory Study. *Journal of Psychoactive Drugs*, 1–11. <https://doi.org/10.1080/02791072.2025.2508156>

Kraiem, E., Diener, M., Guss, J., Mavrides, L., & Saban, S. (2024). Psychoanalyst attitudes towards psychedelic-assisted therapy. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/09687637.2024.2359444>

Krebs, T. S., & Johansen, P.-Ø. (2012). Lysergic acid diethylamide (LSD) for alcoholism: Meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Psychopharmacology*, 26(7), 994–1002.

<https://doi.org/10.1177/0269881112439253>

La Barbera, F., & Ajzen, I. (2020). Control interactions in the theory of planned behavior: Rethinking the role of subjective norm. *Europe's Journal of Psychology*, 16(3), 401–417.

<https://doi.org/10.5964/ejop.v16i3.2056>

Laerd Statistics. (2015). Ordinal logistic regression using SPSS Statistics. *Statistical tutorials and software guides*. <https://statistics.laerd.com/>

McGovern, M. P., Dunn, J., Bonnell, L. N., Leibowitz, G., Waddell, E., Rose, G., & Littenberg, B. (2023).

The association between depression and substance use among primary care patients with comorbid medical and behavioral health conditions. *Journal of Primary Care & Community Health*, 14. <https://doi.org/10.1177/21501319231200302>

Mitchell, J. M., & Anderson, B. T. (2023). Psychedelic therapies reconsidered: Compounds, clinical indications, and cautious optimism. *Neuropsychopharmacology*, 49(1), 96–103.

<https://doi.org/10.1038/s41386-023-01656-7>

NKO. (2017). *Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving: Zorgstandaard* (autorisatiedatum 2 november 2017). GGZ Standaarden.

https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_e2b72aaa-26bb-41d4-8464-df33e7abc619_problematisch-alcoholgebruik-en-alcoholverslaving_authorized-at_02-11-2017.pdf

NKO. (2018). *Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines: Zorgstandaard* (autorisatiedatum 26 februari 2018). GGZ Standaarden.

https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_0e102773-58a2-451c-b50d-fa258334508a_stoornissen-in-het-gebruik-van-cannabis-cocaine-amfetamine-ecstasy-ghb-en-benzodiazepines_authorized-at_26-02-2018.pdf

Nutt, D. J., Morgan, C., & Klaire, S. (2024). A perspective on psychedelics as treatments for addictions.

Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 85(5), 583–588. <https://doi.org/10.15288/jsad.23-00032>

Office for National Statistics (ONS). (2022, November 29). Religion, England and Wales: Census 2021.

<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/culturalidentity/religion/bulletins/religionenglandandwales/census2021>

Page, L. A., Rehman, A., Syed, H., Forcer, K., & Campbell, G. (2021). The readiness of psychiatrists to implement psychedelic-assisted psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, 12.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.743599>

Pagni, B. A., Zeifman, R. J., Mennenga, S. E., Carrithers, B. M., Goldway, N., Bhatt, S., O'Donnell, K. C., Ross, S., & Bogenschutz, M. P. (2025). Multidimensional personality changes following psilocybin-assisted therapy in patients with alcohol use disorder: Results from a double-blind, placebo-controlled clinical trial. *American Journal of Psychiatry*, 182(1), 114–125.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20230887>

Penn, A., Dorsen, C. G., Hope, S., & Rosa, W. E. (2021). CE: Psychedelic-assisted therapy. *AJN*

American Journal of Nursing, 121(6), 34–40.

<https://doi.org/10.1097/01.naj.0000753464.35523.29>

Plourde, L., Chang, S., Farzin, H., Stephan, J., Fallu, J., & Dorval, M. (2025). Experiential dimension of psilocybin-assisted therapy training: Necessity or hindrance to wider accessibility? *Journal of*

Psychedelic Studies. <https://doi.org/10.1556/2054.2024.00431>

Raj, P., Rauniyar, S., & Sapkale, B. (2023). Psychedelic drugs or hallucinogens: Exploring their medicinal potential. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.48719>

Rijksoverheid. (2024, 6 juni). Staatscommissie MDMA ziet mogelijkheden voor therapeutische toepassing MDMA.

<https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2024/06/06/staatscommissie-mdma-ziet-mogelijkheden-voor-therapeutische-toepassing-mdma>

- Sabé, M., Sulstarova, A., Glangetas, A., De Pieri, M., Mallet, L., Curtis, L., Richard-Lepouriel, H., Penzenstadler, L., Seragnoli, F., Thorens, G., Zullino, D., Preller, K., Böge, K., Leucht, S., Correll, C. U., Solmi, M., Kaiser, S., & Kirschner, M. (2024). Reconsidering evidence for psychedelic-induced psychosis: An overview of reviews, a systematic review, and meta-analysis of human studies. *Molecular Psychiatry*. <https://doi.org/10.1038/s41380-024-02800-5>
- Santos, R. G. D., Bouso, J. C., Alcázar-Córcoles, M. Á., & Hallak, J. E. C. (2018). Efficacy, tolerability, and safety of serotonergic psychedelics for the management of mood, anxiety, and substance-use disorders: A systematic review of systematic reviews. *Expert Review of Clinical Pharmacology*, 11(9), 889–902. <https://doi.org/10.1080/17512433.2018.1511424>
- Smith, G. A., Cooperman, A., Alper, B. A., Mohamed, B., Rotolo, C., Tevington, P., Nortey, J., Kallo, A., Diamant, J., Fahmy, D., & Pew Research Center. (2025). *Decline of Christianity in the U.S. has slowed, may have leveled off*. Pew Research Center. <https://www.pewresearch.org>
- Spoelstra, S. K., Schoevers, R. A., Venema, S. D., ... (2024). Psychedelics as a potential treatment for tobacco use disorder: A systematic review. *Discover Mental Health*, 4, 37. <https://doi.org/10.1007/s44192-024-00095-0>
- Stichting IVZ. (2023). *Kerncijfers verslavingszorg 2018–2023*. <https://cdn.bluenotion.nl/7777531cdebe6e17c64026642c55a35ce105c0b8988cae42365cf3c61b8e0273.pdf>
- Stylianou, S. (2004). The role of religiosity in the opposition to drug use. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 48(4), 429–448. <https://doi.org/10.1177/0306624x03261253>
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (2010). *SAGE handbook of mixed methods in social & behavioral research*. SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781506335193>
- Trimbos Instituut. (2021). *Psychedelica-therapie*. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2023/06/AF2076-Psychedelica-therapie..pdf>

- Tuck, J. R., Dunlap, L. E., Khatib, Y. A., Hatzipantelis, C. J., Novak, S. W., Rahn, R. M., Davis, A. R., Mosswood, A., Vernier, A. M. M., Fenton, E. M., Aarrestad, I. K., Tombari, R. J., Carter, S. J., Deane, Z., Wang, Y., Sheridan, A., Gonzalez, M. A., Avanes, A. A., Powell, N. A., ... Olson, D. E. (2025). Molecular design of a therapeutic LSD analogue with reduced hallucinogenic potential. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 122(16).
<https://doi.org/10.1073/pnas.2416106122>
- Van Laar, M., & Van Ooyen-Houben, M. (2009). Conclusies en discussie. In M. van Laar & M. van Ooyen-Houben (Eindred.), *Evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid* (pp. 383–389). Trimbos-instituut & WODC.
- Vamvakopoulou, I. A., & Nutt, D. J. (2024). Psychedelics: From cave art to 21st-century medicine for addiction. *European Addiction Research*, 1–19. <https://doi.org/10.1159/000540062>
- Vizeli, P., & Liechti, M. E. (2017). Safety pharmacology of acute MDMA administration in healthy subjects. *Journal of Psychopharmacology*, 31(5), 576–588.
<https://doi.org/10.1177/0269881117691569>
- Wetten.overheid.nl. (2023, 1 januari). *Regeling - Opiumwet - BWBR0001941*.
<https://wetten.overheid.nl/BWBR0001941/2023-01-01/#BijlageI>
- Yang, T., Nie, Z., Shu, H., Kuang, Y., Chen, X., Cheng, J., Yu, S., & Liu, H. (2020). The role of BDNF on neural plasticity in depression. *Frontiers in Cellular Neuroscience*, 14.
<https://doi.org/10.3389/fncel.2020.00082>
- Zakowicz, P., Narozna, B., Kozłowski, T., Bargiel, W., Grabarczyk, M., Terczynska, M., Pilecka, J., Wasicka-Przewozna, K., Pawlak, J., & Skibinska, M. (2024). Peripheral Brain-Derived Neurotrophic Factor (BDNF) and Its Regulatory miRNAs as Biological Correlates of Impulsivity in Young Adults. *Metabolites*, 14(10), 529. <https://doi.org/10.3390/metabo14100529>
- Ziff, S., Stern, B., Lewis, G., Majeed, M., & Gorantla, V. R. (2022). Analysis of psilocybin-assisted therapy in medicine: A narrative review. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.21944>

ZonMw. (2023). *Therapeutische toepassingen van psychedelica: Kansen, uitdagingen en zorginnovatie voor behandelresistente psychiatrische aandoeningen.*

[https://www.zonmw.nl/sites/zonmw/files/2023-](https://www.zonmw.nl/sites/zonmw/files/2023-04/ZonMw_signalement_Therapeutische_toepassingen_van_psychedelica_2023-2-1.pdf)

[04/ZonMw_signalement_Therapeutische_toepassingen_van_psychedelica_2023-2-1.pdf](https://www.zonmw.nl/sites/zonmw/files/2023-04/ZonMw_signalement_Therapeutische_toepassingen_van_psychedelica_2023-2-1.pdf)

Bijlagen

Bijlage 1: vragenlijst kwantitatieve dataverzameling

Algemeen

Er zijn verschillende psychedelica die mogelijk kunnen worden toegepast in de behandeling van verslaving.

1. Kunt u voor elk van de onderstaande vormen van psychedelica aangeven of u bekend bent met hun toepassing in behandelingen binnen de verslavingszorg of GGZ?

	Ja, ik ben bekend met de toepassing in de verslavingszorg of GGZ	Nee, ik ben niet bekend met de toepassing in de verslavingszorg of GGZ	Weet ik niet / niet van toepassing
Psilocybin (ofwel paddo's of magic mushrooms)			
Lysergic acid diethylamide (LSD)			
MDMA (ofwel ecstasy)			
Mescaline (peyote of San Pedro cactus)			
Ibogaine			
Ketamine			
DMT (o.a. ayahuasca, 5-MeO-DMT en andere varianten)			
Salvinorine A (salvia divinorum)			
Andere stof, namelijk:			

Opmerking (optioneel):

2. Kunt u voor elk van deze vormen van psychedelica aangeven in hoeverre u deze kansrijk acht voor mogelijk toekomstige psychedelica-geassisteerde behandeling van verslaving?

	Heel erg kansrijk	Een beetje kansrijk	Neutraal	Weinig kansrijk	Helemaal niet kansrijk	Ik ben niet bekend met dit middel	Weet ik niet/niet van toepassing
Psilocybin (ofwel paddo's of magic mushrooms)							
Lysergic acid diethylamide (LSD)							
MDMA (ofwel ecstasy)							

Mescaline (peyote)							
Ibogaine							
Ketamine							
DMT (o.a. ayahuasca, 5-MeO-DMT en andere varianten)							
Salvinorine A (salvia divinorum)							
Andere stof, namelijk:							

Opmerking (optioneel):

3. Als u één middel zou moeten kiezen voor psychedelica-geassisteerde behandeling van verslaving, welk middel acht u dan het meest kansrijk?

- ☐ Psilocybin (ofwel paddo's of magic mushrooms)
- ☐ Lysergic acid diethylamide (LSD)
- ☐ MDMA (ofwel ecstasy)
- ☐ Peyote
- ☐ Ayahuasca
- ☐ Ibogaine
- ☐ Ketamine
- ☐ **DMT o.a. ayahuasca, 5-MeO-DMT en andere varianten**
- ☐ Salvia divinorum
- ☐ Andere stof, namelijk: _____
- ☐ Weet ik niet / niet van toepassing

Opmerking (optioneel):

Kennis en risico's

De volgende vragen gaan over kennis en risico's met betrekking tot de toepassing van psychedelica in de verslavingszorg.

4. **Hoe zou u uw kennis over de effectiviteit van psychedelica-geassisteerde behandeling van verslaving beoordelen?** *Beantwoord deze vraag alstublieft op basis van het middel waarin u het meeste vertrouwen heeft.*
 - ☐ Zeer goed
 - ☐ Goed
 - ☐ Matig
 - ☐ Beperkt
 - ☐ Geen kennis
 - ☐ Weet ik niet / niet van toepassing

5. **Hoe zou u uw kennis over de bijwerkingen van psychedelica-geassisteerde behandeling van verslaving beoordelen?** *Beantwoord deze vraag alstublieft op basis van het middel waarin u het meeste vertrouwen heeft.*
 - ☐ Zeer goed
 - ☐ Goed
 - ☐ Matig
 - ☐ Beperkt
 - ☐ Geen kennis
 - ☐ Weet ik niet / niet van toepassing

6. **Hoe zou u de aanwezigheid van expertise over psychedelica-geassisteerde behandeling van verslaving binnen uw organisatie beoordelen?** *Beantwoord deze vraag alstublieft op basis van het middel waarin u het meeste vertrouwen heeft.*
 - ☐ Zeer goed
 - ☐ Goed
 - ☐ Matig
 - ☐ Beperkt
 - ☐ Zeer beperkt
 - ☐ Weet ik niet / niet van toepassing

7. **In hoeverre heeft u vertrouwen dat de eventuele risico's van psychedelica-geassisteerde behandeling van verslaving beheersbaar zijn?** *Beantwoord deze vraag alstublieft op basis van het middel waarin u het meeste vertrouwen heeft.*
 - ☐ Heel veel vertrouwen
 - ☐ Tamelijk veel vertrouwen
 - ☐ Neutraal
 - ☐ Niet zo veel vertrouwen
 - ☐ Helemaal geen vertrouwen
 - ☐ Weet ik niet / niet van toepassing

8. Wat zijn volgens u de grootste risico's van het gebruik van psychedelica in de behandeling van verslaving?

9. Wat zijn volgens u de (potentiële) voordelen van het gebruik van psychedelica in de behandeling van verslaving?

10. In hoeverre vindt u het belangrijk om kennis over psychedelica-geassisteerde behandelvormen op te nemen in de opleiding van professionals in de verslavingszorg?

Beantwoord deze vraag alstublieft op basis van het middel waarin u het meeste vertrouwen heeft.

- ☐ Heel belangrijk
- ☐ Belangrijk
- ☐ Neutraal
- ☐ Niet heel belangrijk
- ☐ Helemaal niet belangrijk
- ☐ Weet ik niet / niet van toepassing

11. Hoe zou u de huidige wetenschappelijke bewijsbasis voor de effectiviteit van psychedelica-geassisteerde behandelingen van verslaving beoordelen om het in de toekomst toe te gaan passen? Beantwoord deze vraag alstublieft op basis van het middel waarin u het meeste vertrouwen heeft.

- ☐ Zeer sterk
- ☐ Sterk
- ☐ Neutraal
- ☐ Zwak
- ☐ Zeer zwak
- ☐ Weet ik niet / niet van toepassing

Opmerking (optioneel):

Houding ten aanzien van de mogelijke toekomstige toepassing van psychedelica in de behandeling van verslaving

12. Hoe beoordeelt u het potentieel van psychedelica-geassisteerde behandeling als toekomstige behandelvorm voor verslaving? *Beantwoord deze vraag alstublieft op basis van het middel waarin u het meeste vertrouwen heeft.*

- ☐ Zeer veelbelovend
- ☐ Veelbelovend
- ☐ Neutraal
- ☐ Weinig veelbelovend
- ☐ Helemaal niet veelbelovend
- ☐ Weet ik niet / niet van toepassing

13. Hoe beoordeelt u het potentieel van psychedelica-geassisteerde behandeling van verslaving om in de toekomst bij te dragen aan verbeterde uitkomsten op het gebied van herstel? *Beantwoord de vragen alstublieft op basis van het middel waar u het meeste vertrouwen in heeft.*

- ☐ Zeer veelbelovend
- ☐ Veelbelovend
- ☐ Neutraal
- ☐ Weinig veelbelovend
- ☐ Helemaal niet veelbelovend
- ☐ Weet ik niet / niet van toepassing

14. Hoe waarschijnlijk acht u dat uw organisatie in de toekomst psychedelica-geassisteerde behandelingen voor verslaving zal implementeren? *Beantwoord deze vraag alstublieft op basis van het middel waarin u het meeste vertrouwen heeft.*

- ☐ Zeer waarschijnlijk
- ☐ Enigszins waarschijnlijk
- ☐ Neutraal
- ☐ Enigszins onwaarschijnlijk
- ☐ Zeer onwaarschijnlijk
- ☐ Weet ik niet / niet van toepassing
- ☐ In mijn organisatie worden psychedelica al toegepast in de behandeling van verslaving

15. Wat zijn volgens u de belangrijkste barrières in de mogelijk toekomstige toepassing van psychedelica in behandelingen voor verslaving?

Opmerking (optioneel):

Intenties voor de mogelijk toekomstige toepassing van psychedelica-geassisteerde behandeling van verslaving

De volgende vragen gaan over uw visie op de toepassing van psychedelica-geassisteerde behandeling van verslaving, aangenomen dat er op een gegeven moment voldoende bewijs is voor de effectiviteit van deze toepassing.

16. Hoe zou u uw bereidheid beoordelen om, indien bevoegd, psychedelica-geassisteerde behandeling van verslaving toe te passen of te adviseren? *Beantwoord deze vraag alstublieft op basis van het middel waarin u het meeste vertrouwen heeft.*

- ☐ Zeer bereid
- ☐ Enigszins bereid
- ☐ Neutraal
- ☐ Weinig bereid
- ☐ Helemaal niet bereid
- ☐ Weet ik niet / niet van toepassing

17. Hoe zou u uw bereidheid beoordelen om actie te ondernemen om de introductie van psychedelica-geassisteerde behandeling van verslaving te bevorderen? *Beantwoord deze vraag alstublieft op basis van het middel waarin u het meeste vertrouwen heeft.*

- ☐ Zeer bereid
- ☐ Enigszins bereid
- ☐ Neutraal
- ☐ Weinig bereid
- ☐ Helemaal niet bereid
- ☐ Weet ik niet / niet van toepassing

18. Hoe staat u tegenover de mogelijke invoering van psychedelica-geassisteerde behandeling van verslaving binnen uw organisatie? *Beantwoord deze vraag alstublieft op basis van het middel waarin u het meeste vertrouwen heeft.*

- ☐ Zeer positief
- ☐ Positief
- ☐ Neutraal
- ☐ Negatief
- ☐ Zeer negatief
- ☐ Weet ik niet / niet van toepassing

Opmerking (optioneel):

Draagvlak

Draagvlak in de geestelijke gezondheidszorg betekent acceptatie, begrip en betrokkenheid bij initiatieven en beleid om de geestelijke gezondheid te bevorderen. Essentieel voor succesvolle implementatie, omvat de bewustwording (verminderen van stigma), betrokkenheid van alle belanghebbenden, toegang tot informatie en middelen, en politieke/financiële steun.

19. Hoe zou u het draagvlak voor psychedelica-geassisteerde behandeling van verslaving binnen uw organisatie beoordelen? *Beantwoord deze vraag alstublieft op basis van het middel waarin u het meeste vertrouwen heeft.*

- ☐ Zeer groot
- ☐ Groot
- ☐ Neutraal
- ☐ Klein
- ☐ Zeer klein
- ☐ Weet ik niet / niet van toepassing

20. Hoe zou u het draagvlak voor psychedelica-geassisteerde behandeling van verslaving onder cliënten van uw organisatie beoordelen? *Beantwoord deze vraag alstublieft op basis van het middel waarin u het meeste vertrouwen heeft.*

- ☐ Zeer groot
- ☐ Groot
- ☐ Neutraal
- ☐ Klein
- ☐ Zeer klein
- ☐ Weet ik niet / niet van toepassing

21. Hoe zou u het draagvlak voor psychedelica-geassisteerde behandeling van verslaving binnen de verslavingszorg als geheel beoordelen? *Beantwoord deze vraag alstublieft op basis van het middel waarin u het meeste vertrouwen heeft.*

- ☐ Zeer groot
- ☐ Groot
- ☐ Neutraal
- ☐ Klein
- ☐ Zeer klein

- ☐ Weet ik niet / niet van toepassing

22. Hoe zou u het draagvlak voor psychedelica-geassisteerde behandeling van verslaving in de maatschappij beoordelen? *Beantwoord deze vraag alstublieft op basis van het middel waarin u het meeste vertrouwen heeft.*

- ☐ Zeer groot
☐ Groot
☐ Neutraal
☐ Klein
☐ Zeer klein
☐ Weet ik niet / niet van toepassing

Opmerking (optioneel):

Eigen ervaringen

23. In hoeverre heeft u als professional ervaring met psychedelica-geassisteerde behandeling voor verslaving en/of andere psychische problemen?

- ☐ Geen ervaring
☐ Een beetje ervaring
☐ Veel ervaring
☐ Zeg ik liever niet
☐ Niet van toepassing

24. Heeft u ooit zelf psychedelica gebruikt?

- ☐ Nee
☐ Ja
☐ Zeg ik liever niet

25. Zo ja, hoe zou u uw ervaring met het gebruik van psychedelica in het algemeen omschrijven?

- ☐ Zeer negatief
☐ Negatief
☐ Neutraal
☐ Positief
☐ Zeer positief
☐ Zeg ik liever niet
☐ Niet van toepassing

Opmerking (optioneel):

26. Hoe beoordeelt u het potentieel van psychedelica-geassisteerde behandeling van verslaving voor gedragsverslavingen (bijvoorbeeld gokken of gamen) in vergelijking met stofverslavingen (bijvoorbeeld cocaïne of alcohol)?

- ☐ Effectiever voor gedragsverslavingen dan voor stofverslavingen
- ☐ Effectiever voor stofverslavingen dan voor gedragsverslavingen
- ☐ Geen verschil
- ☐ Weet ik niet / niet van toepassing

27. Welke setting of locatie acht u het veiligst om psychedelica-geassisteerde behandeling van verslaving aan te bieden? Meerdere antwoorden mogelijk.

- ☐ Algemeen ziekenhuis
- ☐ Thuis
- ☐ GGZ- of verslavingszorgkliniek
- ☐ Polikliniek van de GGZ of de verslavingszorg
- ☐ Anders, namelijk: _____

Uw kenmerken

Ten slotte hebben we nog een aantal algemene vragen om een goed beeld te krijgen van uw situatie en werkzaamheden.

28. Hoe lang bent u in totaal werkzaam in de verslavingszorg? Indien u het niet zeker weet, geef dan een schatting.

jaar

- ☐ Zeg ik liever niet

29. Wat is uw leeftijd?

jaar

- ☐ Zeg ik liever niet

30. Wat is uw geslacht?

- ☐ Man
- ☐ Vrouw
- ☐ Anders
- ☐ Zeg ik liever niet

31. Wat is uw hoogst voltooide opleiding?

- ☐ Basisonderwijs
- ☐ Praktijkonderwijs
- ☐ Vmbo (lbo, vbo, lts, mavo, ivo, mulo)
- ☐ Havo (mms, hbs)
- ☐ Vwo (gymnasium, atheneum)
- ☐ Mbo (mts, meao)
- ☐ Hbo- of wo-bachelor (hts, heao)
- ☐ Hbo- of wo master (kandidaats, doctoraal)
- ☐ Anders, namelijk: _____
- ☐ Zeg ik liever niet

32. Wat is uw huidige functie binnen de verslavingszorg?

- ☐ Psychiater
- ☐ Klinisch psycholoog
- ☐ GZ-psycholoog
- ☐ Basispsycholoog
- ☐ Verpleegkundige
- ☐ Verpleegkundig specialist
- ☐ Sociotherapeut
- ☐ Verslavingsarts
- ☐ Beleidsmaker
- ☐ Bestuurder
- ☐ Onderzoeker
- ☐ Anders, namelijk: _____
- ☐ Zeg ik liever niet

33. Binnen welke verslavingszorgorganisatie bent u werkzaam?

- ☐ Jellinek
- ☐ Tactus
- ☐ Novadic Kentron
- ☐ Brijder
- ☐ Verslavingszorg Noord Nederland
- ☐ IrisZorg
- ☐ Antes
- ☐ De Hoop GGZ
- ☐ TerWille
- ☐ Vincent van Gogh
- ☐ Anders, namelijk: _____
- ☐ Zeg ik liever niet

Staat u ervoor open om in een later stadium benaderd te worden voor een diepte-interview en/of focusgroep over dit onderwerp?

De geschatte duur van een interview is 60 minuten. Een focusgroep duurt gemiddeld 60 tot 90 minuten. Een interview kan face-to-face, telefonisch of via beeldbellen plaatsvinden op een moment dat u past. Een focusgroep kan zowel face-to-face als via beeldbellen.

- ☐ Nee
- ☐ Ja
 - Zo ja, laat dan hier uw e-mailadres achter: _____

Wilt u op de hoogte worden gehouden van de uitkomsten van het onderzoek?

- ☐ Nee
- ☐ Ja
 - Zo ja, laat dan hier uw e-mailadres achter: _____

Ten slotte

Zijn er nog andere onderwerpen rondom psychedelica-geassisteerde behandeling van verslaving die voor u relevant zijn maar die nog niet aan bod zijn gekomen?

Bijlage 2: interviewschema

Interviewschema

Start de audio-opname, benoem interview ID, datum en tijd

Interview ID: _____

Datum: _____

Tijd: _____

Introductie

In het eerste deel van het gesprek stel ik u een aantal vragen over uw houding ten opzichte van het gebruik van psychedelica: zowel recreatief, medisch als specifiek binnen de verslavingszorg. Daarbij is er aandacht voor zowel de potentiële meerwaarde als de mogelijke gevaren van therapie met ondersteuning van psychedelica. Vervolgens stel ik u enkele vragen over uw beeld van hoe collega's, cliënten en de bredere omgeving aankijken tegen het gebruik van psychedelica-geassisteerde therapie binnen de verslavingszorg. Tot slot stel ik u enkele vragen over in hoeverre u zichzelf in staat acht om psychedelica-geassisteerde therapie goed uit te voeren. Hierbij wordt aandacht besteed aan de mogelijke behoefte aan scholing, of aan het ontbreken van bepaalde vaardigheden die nodig zijn om deze therapievorm succesvol toe te passen.

1. Attitude ten aanzien van PAT

- Wat vindt u van PAT als mogelijke behandelmethodes binnen de verslavingszorg?
 - Wat maakt dat u er op die manier over denkt?
 - Welke ervaringen of informatie hebben uw mening gevormd?
 - In hoeverre speelt uw visie op de aard en behandelbaarheid van verslaving daarin mee?
 - Hoe verhoudt PAT als mogelijke behandeloptie voor verslavingsproblematiek zich volgens u tot andere psychische aandoeningen?
- Kunt u zich voorstellen dat uw organisatie PAT zou aanbieden als behandeloptie? Wat vindt u daarvan?
 - Stel dat psychedelica-geassisteerde therapie (PAT) beschikbaar komt binnen uw werkomgeving: kunt u zich voorstellen dat u PAT zelf zou toepassen bij de behandeling van verslavingsproblematiek? (*alleen als de deelnemer een behandelaar is*)
 - Wat zou u nodig hebben om daadwerkelijk die stap te zetten?
 - Zijn er voorwaarden of obstakels die u zouden weerhouden?
- Wat zou u hopen dat PAT kan betekenen voor mensen met verslavingsproblematiek?
 - Verwacht u specifieke veranderingen of effecten?
 - Denkt u dat PAT anders werkt bij verslaving dan bij andere psychische aandoeningen?
 - Zijn er typen cliënten bij wie u PAT juist wel of niet passend acht? Waarom?
- Heeft u zorgen of twijfels over PAT?
 - Wat zijn mogelijke risico's of bijwerkingen waar u aan denkt?
 - Zijn er ethische dilemma's die u ziet bij het gebruik van psychedelica in therapie?
 - In hoeverre beïnvloeden deze zorgen uw bereidheid om PAT toe te passen?
- Heeft u zelf enige ervaring met psychedelica (optioneel)
 - Zou u deze ervaring omschrijven als een positieve ervaring of als een negatieve ervaring?
 - Heeft deze positieve/negatieve ervaring u invloed op uw eigen bereidheid om PAT toe te passen binnen de verslavingszorg?

2. Subjectieve norm

- Wat merkt u in uw werkomgeving over hoe collega's aankijken tegen PAT?
 - Heeft u het onderwerp weleens besproken? Wat kwam daaruit?
 - Zijn er verschillen in opvattingen, bijvoorbeeld tussen disciplines of teams?

- Heeft hun houding invloed op uw eigen kijk op PAT?
- Hoe denkt u dat cliënten PAT zouden zien als behandeloptie?
 - Denkt u dat zij er open voor zouden staan? Waarom wel of niet?
 - Heeft u meegemaakt dat cliënten interesse toonden in psychedelische therapie?
 - Verwacht u ook weerstand? Waar zou die vandaan kunnen komen?
- Wat is volgens u het algemene maatschappelijke beeld van psychedelica in de zorg?
 - Is er volgens u sprake van stigma, hype, of juist normalisering?
 - Denkt u dat dit maatschappelijke beeld invloed heeft op uw professionele ruimte?
- In hoeverre spelen morele of religieuze overtuigingen een rol in hoe PAT wordt bekeken?
 - Bij uzelf, bij collega's of in uw organisatie?
 - Denkt u dat deze overtuigingen de acceptatie of toepasbaarheid van PAT beïnvloeden?

3. Waargenomen gedragscontrole

- Hoe zou u uw eigen kennisniveau over PAT omschrijven?
 - Hoe heeft u zich hierover geïnformeerd (literatuur, opleiding, collega's, media)?
 - Voelt u zich voldoende toegerust om er in de toekomst eventueel mee te werken?
- Wat weet u over de huidige juridische status van psychedelica in Nederland?
 - Heeft deze status invloed op hoe u kijkt naar de toepasbaarheid van PAT?
 - Stel dat bepaalde middelen legaal worden toegestaan voor therapie: wat zou dat voor u betekenen?
- In hoeverre denkt u dat PAT praktisch uitvoerbaar zou zijn binnen uw werkomgeving?
 - Wat zou er nodig zijn om het goed te kunnen toepassen? (bijv. ruimtes, personeel, protocollen, nazorg)
 - Heeft uw instelling daar op dit moment mogelijkheden voor?
 - Zijn er institutionele richtlijnen of beleidsregels die u als belemmerend ervaart?
 - Welke organisatorische obstakels voorziet u?
- Verwacht u een verschil in geschiktheid van psychedelica-geassisteerde therapie in de verslavingszorg tussen ambulante hulpverlening en klinische hulpverlening? Waarom?
- Wat zou u nodig hebben aan scholing of training om met PAT te kunnen werken?
 - Welke kennis of vaardigheden zou u willen ontwikkelen?
 - Zou een erkende cursus of certificering bijdragen aan uw vertrouwen?

- Hoe belangrijk is wetenschappelijk bewijs voor u bij PAT?
 - Is voldoende onderbouwing voor effectiviteit en veiligheid voor u een voorwaarde?
 - Wacht u op bepaalde onderzoeksresultaten of richtlijnen?
 - Denkt u dat uw instelling alleen bereid is PAT te implementeren bij voldoende wetenschappelijke en beleidsmatige onderbouwing?

Afsluiting

- Zijn er nog andere overwegingen, ervaringen of gedachten die u zou willen delen over PAT?
- Wat vond u van dit gesprek en de vragen die gesteld zijn?
- Wilt u op de hoogte gehouden worden van de resultaten van dit onderzoek?

Hartelijk dank voor het beantwoorden van de interviewvragen. Zou ik u vriendelijk mogen vragen om nog enkele aanvullende achtergrondgegevens te verstrekken? Mocht u één of meerdere van deze gegevens liever niet willen delen, dan is dat uiteraard geen probleem. Het gaat om de volgende informatie: uw leeftijd, uw geslacht, uw hoogst voltooide opleiding, het aantal jaren dat u werkzaam bent binnen de verslavingszorg en uw huidige functie binnen de verslavingszorg.

Gegevens

Leeftijd:

Geslacht:

Hoogst voltooide opleiding:

Aantal jaar werkzaam in de verslavingszorg:

Huidige functie binnen verslavingszorg:

(De interviewer bedankt de participant na afloop voor het delen van zijn/haar ervaringen en inzichten. Bij dit semigestructureerde interviewschema geldt dat de volgorde van vragen niet strikt vastligt – de vragen kunnen in natuurlijke flow gesteld worden. Belangrijk is dat alle drie hoofdthema's (attitude, subjectieve norm, gedragscontrole) aan bod komen, terwijl de participant de ruimte krijgt om zijn/haar eigen relevant geachte onderwerpen in te brengen.)

Bijlage 3: SPSS-syntax

* Encoding: UTF-8.

*Het omcoderen van de schaalscores zodat de richting van de schaal wordt omgedraaid.

```
RECODE Q4 Q5 Q12 Q13 Q16 Q19 Q20 Q21 Q22 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1) (6=SYSMIS) INTO  
    WG_effectiviteit WG_bijwerkingen ATT_verslaving ATT_herstel Bereidheid SN_organisatie  
SN_clienten  
    SN_verslavingszorg SN_maatschappij.  
EXECUTE.
```

*Een variabele aanmaken met het gemiddelde van de items die de attitudes meten.

```
COMPUTE ATT_gemiddeld=MEAN.1(ATT_verslaving, ATT_herstel).  
EXECUTE.
```

*Een variabele aanmaken met het gemiddelde van de items die de subjectieve norm meten.

```
COMPUTE SN_gemiddeld=MEAN.1(SN_organisatie, SN_clienten, SN_verslavingszorg,  
SN_maatschappij).  
EXECUTE.
```

*Een variabele aanmaken met het gemiddelde van de items die de waargenomen gedragscontrole meten.

```
COMPUTE WG_gemiddeld=MEAN.1(WG_effectiviteit, WG_bijwerkingen).  
EXECUTE.
```

*Beschrijvende Statistieken.

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=Bereidheid Attitudes WaargenomenGedragscontrole  
SubjectieveNorm_collegas  
    SubjectieveNorm_clienten SubjectieveNorm_maatschappij Leeftijd Werkervaring  
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

*Correlatiematrix.

```
CORRELATIONS  
/VARIABLES=Bereidheid Attitudes WaargenomenGedragscontrole SubjectieveNorm_collegas  
    SubjectieveNorm_clienten SubjectieveNorm_maatschappij Leeftijd Werkervaring  
/PRINT=TWOTAIL NOSIG FULL  
/MISSING=PAIRWISE.
```

*lineaire regressie om multicollineariteit te controleren.

```
REGRESSION  
/MISSING LISTWISE  
/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA COLLIN TOL  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)  
/NOORIGIN  
/DEPENDENT Bereidheid  
/METHOD=ENTER Attitudes WaargenomenGedragscontrole SubjectieveNorm_collegas
```

SubjectieveNorm_clienten SubjectieveNorm_maatschappij Leeftijd Werkervaring.

*Gemiddelden en standaarddeviaties van de bereidheid, de gemiddelde attitudes, de gemiddelde subjectieve norm en de gemiddelde waargenomen gedragscontrole per functie.

```
MEANS TABLES=Bereidheid Attitudes WaargenomenGedragscontrole SubjectieveNorm_collegas  
SubjectieveNorm_clienten SubjectieveNorm_maatschappij BY Functie  
/CELLS=MEAN COUNT STDDEV.
```

*Gemiddelden en standaarddeviaties van de bereidheid, attitudes, waargenomen gedragscontrole en subjectieve normen per instelling.

```
MEANS TABLES=Bereidheid Attitudes WaargenomenGedragscontrole SubjectieveNorm_collegas  
SubjectieveNorm_clienten SubjectieveNorm_maatschappij BY Instelling  
/CELLS=MEAN COUNT STDDEV.
```

*Cronbach's Alpha attitudes.

```
RELIABILITY  
/VARIABLES=ATT_verslaving ATT_herstel  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=ALPHA.
```

*Cronbach's Alpha waargenomen gedragscontrole.

```
RELIABILITY  
/VARIABLES=WG_effectiviteit WG_bijwerkingen  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=ALPHA.
```

*Ordinale logistische regressie.

```
PLUM Bereidheid WITH Attitudes WaargenomenGedragscontrole SubjectieveNorm_collegas  
SubjectieveNorm_clienten SubjectieveNorm_maatschappij Leeftijd Werkervaring  
/CRITERIA=CIN(95) DELTA(0) LCONVERGE(0) MXITER(100) MXSTEP(5) PCONVERGE(1.0E-6)  
SINGULAR(1.0E-8)  
/LINK=LOGIT  
/PRINT=FIT PARAMETER SUMMARY TPARALLEL.
```

*vergelijking groepen listwise deletion.

```
DATASET ACTIVATE DataSet1.  
T-TEST GROUPS=included(0 1)  
/MISSING=ANALYSIS  
/VARIABLES=Bereidheid Attitudes WaargenomenGedragscontrole SubjectieveNorm_collegas  
SubjectieveNorm_clienten SubjectieveNorm_maatschappij Leeftijd Werkervaring  
/ES DISPLAY(TRUE)  
/CRITERIA=CI(.95).
```

Bijlage 4: resultaten per instelling en functie

Tabel 6

Gemiddelden en standaarddeviaties van de bereidheid, de gemiddelde attitudes, de gemiddelde subjectieve norm en de gemiddelde waargenomen gedragscontrole per instelling

Instelling	N (Ber)	M (SD) bereidheid	N (Att)	M (SD) attitudes	N (WG)	M (SD) waargenomen gedragscontrole	N (SN col)	M (SD) subjectieve norm collega's	N (SN cli)	M (SD) subjectieve norm cliënten	N (SN maa)	M (SD) subjectieve norm maatschappij
Jellinek	10	4,50 (0,53)	10	3,80 (0,63)	10	2,60 (1,10)	9	3,56 (0,53)	9	3,33 (1,22)	10	1,80 (0,63)
Tactus	23	4,04 (1,02)	23	3,74 (0,84)	24	2,40 (1,11)	14	2,71 (0,99)	19	3,42 (0,96)	20	2,50 (0,83)
Brijder	1	5,00 (-)	1	4,00 (-)	1	2,00 (-)	0	-	0	-	1	3,00 (-)
VNN	55	4,16 (0,92)	55	3,52 (0,69)	58	2,14 (0,92)	44	2,64 (0,78)	44	3,30 (0,93)	50	2,46 (0,95)
IrisZorg	2	4,50 (0,71)	2	3,75 (0,35)	2	3,00 (0,71)	1	3,00 (-)	2	3,00 (1,41)	2	1,50 (0,71)
Vincent van Gogh	7	4,00 (1,00)	6	3,25 (0,88)	7	1,79 (0,95)	4	2,50 (0,58)	3	2,67 (0,58)	6	2,50 (1,05)
Optimaal leven	1	5,00 (-)	1	5,00 (-)	1	5,00 (-)	1	4,00 (-)	1	3,00 (-)	1	4,00 (-)
Leger des Heils	1	2,00 (-)	2	2,00 (1,41)	2	1,25 (0,35)	1	1,00 (-)	0	-	0	-
Wil niet zeggen	4	4,50 (0,58)	4	4,00 (0,00)	5	2,00 (1,27)	2	2,00 (1,41)	2	3,50 (0,71)	3	2,33 (1,15)
Totaal	104	4,17 (0,92)	104	3,59 (0,77)	110	2,23 (1,03)	77	2,73 (0,87)	81	3,28 (0,95)	94	2,40 (0,92)

Tabel 7*Gemiddelden en standaarddeviaties van de bereidheid, de gemiddelde attitudes, de gemiddelde subjectieve norm en de gemiddelde waargenomen gedragscontrole per instelling*

Functie	N (Ber)	M (SD) bereidheid	N (Att)	M (SD) attitudes	N (WG)	M (SD) waargenomen gedragscontrole	N (SN col)	M (SD) subjectieve norm collega's	N (SN cli)	M (SD) subjectieve norm cliënten	N (SN maa)	M (SD) subjectieve norm maatschappij
Psychiater	6	4,33 (0,82)	5	3,80 (0,84)	6	3,17 (0,93)	5	3,40 (0,55)	5	3,60 (0,55)	5	3,20 (0,84)
Klinisch psycholoog	4	3,00 (0,82)	4	3,25 (0,50)	4	1,63 (0,48)	3	1,67 (1,15)	3	2,33 (1,15)	3	2,33 (1,15)
GZ-psycholoog	12	4,00 (1,13)	11	3,05 (0,96)	12	1,88 (0,86)	7	2,71 (0,95)	7	3,14 (1,07)	10	2,10 (0,88)
Basispsycholoog	8	4,25 (0,46)	9	3,67 (0,71)	9	2,17 (1,32)	7	3,29 (0,95)	7	3,29 (1,38)	9	2,33 (0,71)
Verpleegkundige	20	4,35 (0,59)	20	3,68 (0,47)	20	2,10 (1,03)	16	2,81 (0,54)	16	3,94 (0,77)	18	2,61 (1,14)
Verpleegkundig specialist	14	4,21 (0,70)	12	3,42 (0,97)	14	2,39 (0,98)	11	2,55 (0,69)	10	3,40 (0,52)	12	1,92 (0,67)
Sociotherapeut	12	4,08 (1,38)	12	3,83 (0,86)	12	2,42 (1,35)	7	3,43 (0,79)	11	3,18 (1,08)	10	2,60 (0,97)
Beleidsmaker	0	-	1	4,00 (-)	1	1,50 (-)	0	-	1	4,00 (-)	1	3,00 (-)
Onderzoeker	2	4,50 (0,71)	2	4,00 (0,00)	2	1,50 (0,71)	0	-	0	-	1	3,00 (-)
Overig	23	4,21 (1,04)	25	3,64 (0,78)	27	2,24 (0,87)	18	2,39 (0,85)	19	2,84 (0,83)	23	2,35 (0,88)
Wil niet zeggen	3	4,33 (0,58)	3	3,83 (0,29)	3	2,83 (1,26)	3	2,00 (1,00)	2	3,00 (0,00)	2	2,50 (0,71)
Totaal	104	4,17 (0,92)	104	3,59 (0,77)	110	2,23 (1,03)	77	2,73 (0,87)	81	3,28 (0,95)	94	2,40 (0,92)

Bijlage 5: vergelijking groepen na listwise deletion

Tabel 8

Vergelijking van opgenomen respondenten en uitgesloten respondenten

Variabele	Gem. (SD) opgenomen	Gem. (SD) uitgesloten	t(df)	p
Bereidheid	4,21 (0,89)	4,12 (0,97)	- 0,49 (102)	0,62
Attitudes	3,65 (0,78)	3,51 (0,75)	- 0,87 (102)	0,39
Waargenomen gedragscontrole	2,48 (1,07)	1,91 (0,89)	- 3,03 (108)	0,003*
Subjectieve norm (collega's)	2,77 (0,89)	2,53 (0,74)	- 0,96 (75)	0,34
Subjectieve norm (cliënten)	3,32 (0,95)	3,16 (0,95)	- 0,66 (79)	0,51
Subjectieve norm (maatschappij)	2,50 (0,99)	2,21 (0,75)	- 1,54 (79)	0,13
Leeftijd (in jaren)	44,15 (12,97)	42,90 (11,17)	- 0,53 (108)	0,60
Werkervaring (in jaren)	12,44 (9,07)	10,02 (7,25)	- 1,50 (107)	0,14

* = $p < .05$;

Bij subjectieve norm (maatschappij) is de toets gerapporteerd met equal variances not assumed (Levene's test significant).

Bijlage 6: assumptietoetsing ordinale logistische regressie

Voordat de ordinale logistische regressie kan worden uitgevoerd, moeten er vier aannames worden gecontroleerd (Laerd Statistics, 2015):

1) *De afhankelijke variabele moet van ordinale aard zijn en een Likertschaal hebben.*

De afhankelijke variabele *bereidheid* is gemeten aan de hand van vraag: “Hoe zou u uw *bereidheid beoordelen om, indien bevoegd, psychedelica-geassisteerde behandeling van verslaving toe te passen of te adviseren?*”. Bij dit item is de antwoordschaal variërend van tot ‘*helemaal niet bereid*’ (1) tot ‘*zeer bereid*’ (5).

2) *Eén of meer onafhankelijke variabelen moeten continu, ordinaal of categorisch zijn, waarbij de ordinale onafhankelijke variabelen als continu of categorisch moeten worden gebruikt.*

Alle onafhankelijke variabelen zijn van ordinale aard (schaal 1-5) en worden op SPSS als continu gebruikt in de regressie. Dit is te zien doordat de *measure op scale* staat bij deze variabelen.

Subjectieve...	Numeric	8	2		None	None	16	Right	Scale	Input
Subjectieve...	Numeric	8	2		None	None	13	Right	Scale	Input
Subjectieve...	Numeric	8	2		None	None	17	Right	Scale	Input
Attitudes	Numeric	8	2		None	None	15	Right	Scale	Input
Waargeno...	Numeric	8	2		None	None	14	Right	Scale	Input

3) *Er mag geen sprake zijn van te sterke samenhang tussen de onafhankelijke variabelen (multicollineariteit).*

Omdat SPSS dit niet test bij ordinale regressie, is dit getoetst met een lineaire regressie. Op basis van de tolerance- en VIF-waarden kan zo de aanwezigheid van multicollineariteit worden beoordeeld. Een VIF-waarde boven 10 duidt of een tolerance-waarde lager dan 0,1 wijst op problematische multicollineariteit. Uit de onderstaande afbeelding blijkt dat er geen sprake is van problematische multicollineariteit bij de onafhankelijke en controlevariabelen.

Coefficients ^a								
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients			Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta	t	Sig.	Tolerance	VIF
1	(Constant)	1,101	,523		2,105	,040		
	Attitudes	,511	,120	,445	4,247	<,001	,660	1,514
	WaargenomenGedragscontrole	,159	,075	,191	2,114	,039	,886	1,128
	SubjectieveNorm_collegas	,174	,097	,175	1,795	,078	,767	1,304
	SubjectieveNorm_clienten	,375	,100	,403	3,759	<,001	,632	1,582
	SubjectieveNorm_maatschappij	-,242	,096	-,269	-2,518	,015	,638	1,568
	Leeftijd	-,009	,009	-,127	-1,013	,316	,462	2,166
	Werkervaring	,009	,012	,091	,721	,474	,453	2,209

a. Dependent Variable: Bereidheid

4) *De effecten van de onafhankelijke variabelen moeten constant zijn voor alle categoriegrenzen*

Dit betekent dat er één set coëfficiënten gebruikt kunnen worden voor de verschillende waarden van de ordinale afhankelijke variabele. Met SPSS wordt dit getoetst bij een ordinale regressie met de *Test of Parallel Lines*. De resultaten lieten zien dat het model niet significant verschilde van het ongelimiteerde model ($\chi^2(21) = 21,45$, $p = 0,43$). Hiermee is de assumptie niet geschonden en kan ordinale regressie worden toegepast.

Test of Parallel Lines ^a				
Model	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Null Hypothesis	87,157			
General	65,712 ^b	21,445 ^c	21	,432

The null hypothesis states that the location parameters (slope coefficients) are the same across response categories.

a. Link function: Logit.

b. The log-likelihood value cannot be further increased after maximum number of step-halving.

c. The Chi-Square statistic is computed based on the log-likelihood value of the last iteration of the general model. Validity of the test is uncertain.

Bijlage 7: codeboek

Attitudes ten aanzien van PAT		
Code	Beschrijving	Deductief/ inductief
ATT-positief	Participant staat positief tegenover het gebruik van PAT in de verslavingszorg	Deductief
ATT-negatief	Participant staat negatief tegenover het gebruik van PAT in de verslavingszorg	Deductief
ATT-geschikt-verslaving	Participant geeft aan dat PAT geschikt zou zijn, specifiek binnen de verslavingszorg	Deductief
ATT-geschikt-anders	Participant geeft aan dat PAT geschikt zou zijn bij andere psychische aandoeningen dan verslavingsproblematiek	Deductief
ATT-instellingtoepassing-wel	Participant ziet het wel voor zich dat de eigen instelling PAT gaat toepassen	Deductief
ATT-instellingtoepassing-niet	Participant ziet het niet voor zich dat de eigen instelling PAT gaat toepassen	Deductief
ATT-effecten-positief	Participant benoemt positieve effecten van PAT	Deductief
ATT-risicos-PAT	Participant benoemt een risico van PAT in de verslavingszorg	Deductief
ATT-client-geschikt	Participant benoemt een type cliënt die geschikt is voor PAT	Deductief
ATT-client-ongeschikt	Participant benoemt een type cliënt die ongeschikt is voor PAT	Deductief
ATT-wel-ethiek	Participant erkent het ethische dilemma van het toepassen van PAT in de verslavingszorg	Deductief
ATT-geen-ethiek	Participant erkent het ethische dilemma niet van het toepassen van PAT in de verslavingszorg	Deductief
ATT-wel-ervaring	Participant heeft wel ervaring met psychedelica	Deductief
ATT-geen-ervaring	Participant heeft geen ervaring met psychedelica	Deductief
ATT-ervaring-positief	Participant heeft een positieve persoonlijke ervaring met psychedelica	Deductief
ATT-ervaring-negatief	Participant heeft een negatieve persoonlijke ervaring met psychedelica	Deductief
ATT-ervaring-invloed-wel	Ervaring met psychedelica beïnvloedt wel hoe de participant de geschiktheid van PAT in de verslavingszorg beoordeelt	Deductief
ATT-ervaring-invloed-niet	Ervaring met psychedelica beïnvloedt niet hoe de participant de geschiktheid van PAT in de verslavingszorg beoordeelt	Deductief
ATT-religie-wel	Religieuze overtuigingen beïnvloeden wel hoe de participant de geschiktheid van PAT in de verslavingszorg beoordeelt	Deductief
ATT-religie-niet	Religieuze overtuigingen beïnvloeden niet hoe de participant de geschiktheid van PAT in de verslavingszorg beoordeelt	Deductief

ATT-PAT-laet-stadium	Participant geeft aan dat PAT vooral geschikt lijkt voor cliënten die al langere tijd vertelt in behandeling zijn binnen de verslavingszorg.	Inductief
ATT-behoefte-nieuw	Participant benadrukt het belang van nieuwe behandelmethoden in de verslavingszorg.	Inductief
ATT-hoop-effect	Effecten die de participant hoopt te zien bij de toepassing van PAT in de verslavingszorg.	Inductief
ATT-methadon-heroin	Participant vertelt over het verstrekken van methadon en medicinale heroïne als bestaande praktijk binnen de verslavingszorg.	Inductief
ATT-controleverlies	participant wijst op het mogelijke controleverlies dat cliënten kunnen ervaren tijdens een PAT-sessie	Inductief
ATT-verslavingsrisico-PAT	Participant benadrukt dat het toepassen van PAT binnen de verslavingszorg gepaard kan gaan met een risico op nieuwe verslavingsproblematiek	Inductief
ATT-ambulant	Participant verwacht dat PAT geschikter is binnen de ambulante hulpverlening	Inductief
ATT-klinisch	Participant verwacht dat PAT geschikter is binnen de klinische hulpverlening	Inductief
ATT-psychose-risico	Participant benoemt dat psychosegevoelige cliënten een risicogroep zijn bij de toepassing van PAT	Inductief
ATT-selectiecriteria-PAT	Participant benadrukt het belang van een zorgvuldig onderscheid tussen cliënten die wel of niet geschikt zijn voor PAT	Inductief

Subjectieve norm

Code	Beschrijving	Deductief/ Inductief
SN-weinigbesproken	PAT wordt weinig of niet besproken met collega's	Deductief
SN-collegas-positief	Over het algemeen beoordelen collega's PAT in de verslavingszorg positief	Deductief
SN-collegas-negatief	Over het algemeen beoordelen collega's PAT in de verslavingszorg negatief	Deductief
SN-collegas-verschil	Het verschilt hoe collega's PAT in de verslavingszorg beoordelen	Deductief
SN-collegas-jong	Participant verwacht dat jongere collega's, of collega's met minder werkervaring, positiever oordelen over PAT	Deductief
SN-collegas-oud	Participant verwacht dat oudere collega's, of collega's met meer werkervaring, positiever oordelen over PAT	Deductief
SN-collegas-afhankelijk	Hoe collega's PAT beoordelen, heeft wel invloed op de eigen beoordeling	Deductief
SN-collegas-onafhankelijk	Hoe collega's PAT beoordelen, heeft geen invloed op de eigen beoordeling	Deductief
SN-client-open	Participant geeft uitleg over cliënten die open zouden staan voor PAT	Deductief
SN-client-nietopen	Participant geeft uitleg over cliënten die niet open zouden staan voor PAT	Deductief
SN-client-interesse	Participant geeft aan dat een cliënt wel eens interesse heeft getoond in PAT.	Deductief

SN-maatsch-positief	Participant verwacht dat PAT in de verslavingszorg over het algemeen een positief maatschappelijk beeld heeft	Deductief
SN-maatsch-negatief	Participant verwacht dat PAT in de verslavingszorg over het algemeen een negatief maatschappelijk beeld heeft	Deductief
SN-maatsch-welinvloed	Het maatschappelijk beeld beïnvloedt de eigen beoordeling van PAT	Deductief
SN-maatsch-geeninvloed	Het maatschappelijk beeld beïnvloedt de eigen beoordeling van PAT niet	Deductief
SN-jong-positief	Volgens de participant staan jongeren positiever tegenover PAT in de verslavingszorg dan oudere mensen	Deductief
SN-oud-positief	Volgens de participant staan ouderen positiever tegenover PAT in de verslavingszorg dan oudere mensen	Deductief
SN-religie-welrol	Participant verwacht dat religieuze overtuigingen van anderen hun beoordeling van PAT beïnvloeden	Deductief
SN-religie-geenrol	Participant verwacht dat religieuze overtuigingen van anderen hun beoordeling van PAT niet beïnvloeden	Deductief
SN-maatsch-verandering	Participant ziet verandering in de maatschappij in de houding ten aanzien van PAT	Inductief
SN-betrekking naasten	Participant benadrukt het belang van het betrekken van naasten bij PAT in de verslavingszorg	Inductief

Waargenomen gedragscontrole

Code	Beschrijving	Deductief/ inductief
WG-juridisch-kennis-wel	Participant weet veel over de huidige juridische status van psychedelica in Nederland	Deductief
WG-juridisch-kennis-niet	Participant weet weinig of niks over de huidige juridische status van psychedelica in Nederland	Deductief
WG-juridisch-welinvloed	De juridische status van psychedelica in Nederland beïnvloedt hoe geschikt de participant PAT acht voor de verslavingszorg	Deductief
WG-juridisch-geeninvloed	De juridische status van psychedelica in Nederland beïnvloedt niet hoe geschikt de participant PAT acht voor de verslavingszorg	Deductief
WG-uitvoerbaar-wel	Volgens de participant is PAT uitvoerbaar binnen de eigen instelling	Deductief
WG-uitvoerbaar-niet	Volgens de participant is PAT niet uitvoerbaar binnen de eigen instelling	Deductief
WG-scholing-wel	Participant heeft behoefte aan scholing om PAT te kunnen uitvoeren	Deductief
WG-scholing-niet	Participant heeft geen behoefte aan scholing om PAT te kunnen uitvoeren	Deductief
WG-wil-ontwikkelen	Kennis of vaardigheden die participant wil ontwikkelen rondom PAT	Deductief
WG-personeel-behoefte	participant benadrukt het belang van voldoende geschikt personeel voor de uitvoering van PAT	Deductief

WG-personeel-genoege	Participant geeft aan dat eigen instelling voldoende geschikt personeel heeft om PAT uit te voeren	Deductief
WG-cursus-vertrouwen	Participant geeft aan dat een erkende cursus of certificering bijdraagt aan het eigen vertrouwen om PAT uit te voeren	Deductief
WG-cursus-geenvertrouwen	Participant geeft aan dat een erkende cursus of certificering niet bijdraagt aan het eigen vertrouwen om PAT uit te voeren	Deductief
WG-vertrouwensband	Participant gaat in op het (al dan niet) cruciale belang van een vertrouwensband tussen behandelaar en cliënt bij de uitvoering van PAT.	Deductief
WG-wetensch-bewijs	Participant geeft aan dat wetenschappelijk bewijs een vereiste is voordat PAT geïmplementeerd kan worden	Deductief
WG-veelkennis	Participant beschikt over aanzienlijke voorkennis van PAT	Deductief
WG-weinigkennis	Participant heeft weinig of geen voorkennis van PAT	Deductief
WG-kosten-belang	Participant denkt dat het belangrijk is om rekening te houden met de kosten die PAT met zich meebrengt	Inductief
WG-scholing-hoe	De participant deelt een visie op hoe scholing in PAT vormgegeven zou moeten worden	Inductief
WG-belang-nazorg	Participant gaat in op de noodzaak van goede nazorg na een PAT-traject	Inductief
WG-belang-controle	Participant geeft aan dat PAT het beste kan worden uitgevoerd door professionals binnen een gecontroleerde setting	Inductief
WG-experiment-pilot	Participant geeft aan dat PAT eerst kleinschalig als pilot of experiment moet worden geïntroduceerd voordat bredere toepassing mogelijk is	Inductief
WG-methode-implementeren	Participant legt uit wat er nodig is om een nieuwe behandelmethode binnen de instelling te kunnen implementeren	Inductief

Bereidheid

Code	Beschrijving	
BER-uitvoering-bereid	Participant geeft aan zelf bereid te zijn om PAT uit te voeren in de toekomst	Deductief

Bijlage 8: overzicht thematische structuur

Thema	Codes
Thema 1: PAT als mogelijk antwoord op de vraag naar innovatie in de verslavingszorg	- ATT-behoefte-nieuw - ATT-positief - ATT-effecten-positief - ATT-geen-ethiek - ATT-ervaring-positief - ATT-ervaring-invloed-wel
Thema 2: de implementatie van PAT in de verslavingszorg moet voldoen aan veel voorwaarden	- ATT-selectiecriteria PAT - WG-vertrouwensband - ATT-client-geschikt - ATT-client-ongeschikt - ATT-PAT-laet-stadium - ATT-risicos-PAT - ATT-verslavingsrisico-PAT - ATT-psychose-risico - ATT-controleverlies - ATT-klinisch
Thema 3: invloed van collega's en cliënten weegt zwaarder dan de maatschappelijke norm	- SN-weinigbesproken - SN-collegas-positief - SN-collegas-negatief - SN-collegas-afhankelijk - SN-client-open - SN-client-nietopen - SN-maatsch-negatief - SN-maatsch-geeninvloed - SN-maatsch-verandering - SN-jong-positief
Thema 4: wetenschappelijk bewijs en scholing als basis voor bekwaamheid	- WG-wetensch-bewijs - WG-weinigkennis - WG-scholing-hoe - WG-scholing-wel - WG-cursus-vertrouwen

Bijlage 9: informatiebrief en toestemmingsformulier interviews

Beste verslavingszorgprofessional,

Graag willen wij u uitnodigen om deel te nemen aan ons onderzoek naar de houdingen en attitudes van zorgprofessionals in de Nederlandse verslavingszorg ten aanzien van psychedelica-geassisteerde therapie. Dit onderzoek wordt uitgevoerd in samenwerking tussen Verslavingszorg Noord Nederland (VNN) en het Nijmegen Institute for Scientist Practitioners in Addiction (NISPA). Uw visie is van groot belang voor een mogelijke toekomstige implementatie van psychedelica-geassisteerde therapie als behandelvorm bij verslaving, aangezien de opvattingen van verslavingszorgprofessionals een cruciale rol spelen in de praktische toepassing ervan.

Wat betekent meedoen aan het onderzoek?

Tijdens een interview zullen wij u vragen stellen over uw opvattingen met betrekking tot dit thema. Het gesprek duurt **maximaal een uur**.

Deelname aan het onderzoek is geheel vrijwillig. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Als u een vraag niet wilt beantwoorden of als u op enig moment wilt stoppen met het onderzoek, kunt u dit zonder gevolgen aangeven. U hoeft geen redenen op te geven voor het weigeren of stoppen van uw deelname. Er zijn geen fysieke, juridische of economische risico's verbonden aan uw deelname.

Wat gebeurt er met uw antwoorden?

Uw privacy wordt maximaal beschermd. Er worden geen vertrouwelijke informatie of persoonsgegevens van of over u naar buiten gebracht. Het onderzoek is **anoniem** en de antwoorden die u geeft zijn niet terug te herleiden naar uw instelling, of naar u als persoon. De gegevens worden opgeslagen in een beveiligde digitale omgeving van VNN en niet gedeeld met andere organisaties. Alleen de onderzoekers van ons team hebben toegang tot uw antwoorden. Na tien jaar worden de gegevens verwijderd.

Tijdens het interview worden **audio-opnamen** gemaakt. Dit doen we alleen als u hiervoor toestemming geeft. Dit zullen we zo nog vragen. De audio-opnames gebruiken we alleen om het interview uit te werken. Nadat de opname is verwerkt, wordt de opname gewist.

Wanneer u van gedachten veranderd en besluit om niet meer mee te willen doen aan het onderzoek, dan kunt u dit op elk moment aangeven. De audio-opname wordt vervolgens verwijderd. Het stoppen met deelname aan het onderzoek heeft geen gevolgen voor u. Dit kan ook wanneer het interview al afgelopen is. Als u dan alsnog besluit om te stoppen met deelname aan het onderzoek, dan kunt u dit doorgeven aan ons. De audio-opname wordt vervolgens verwijderd.

De uitkomsten van het interview worden verwerkt in een wetenschappelijk onderzoeksverslag. Wij zorgen ervoor dat u niet herleidbaar bent in de verslaglegging. Uw naam en andere persoonlijke gegevens zullen niet in het verslag worden opgenomen.

Toestemmingsformulier

Wilt u meedoen aan het onderzoek?

- ☐ Ja, ik geef toestemming om deel te nemen aan het onderzoek. Ik ga ermee akkoord dat de verzamelde gegevens worden gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek. Ik bevestig dat ik voldoende ben geïnformeerd over het doel en de opzet van het onderzoek en dat ik op dit moment geen verdere vragen heb.
- ☐ Nee, ik doe niet mee aan het onderzoek.

Als u niet meedoet aan het onderzoek, zou u dan aan willen geven waarom u niet meedoet?

Dit is niet verplicht, maar helpt ons wel om het onderzoek te verbeteren.

Gaat u akkoord dat we audio-opnamen maken tijdens het interview? *Deze opnamen worden alleen voor onderzoek gebruikt en worden nooit gedeeld met andere partijen.*

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Handtekening deelnemer:

Naam onderzoeker:

Datum:

Handtekening onderzoeker
