

ONDERZOEKSARTIKEL

Problemen in de begeleiding en behandeling van verslavingsproblematiek bij mensen met een lichte verstandelijke beperking

Een beschrijvend kwantitatief onderzoek naar het perspectief van professionals

Koos de Haan, Froukje Wielenga, Addy Pruijssers, Berno van Meijel

Samenvatting

DOEL: Inventarisatie en analyse van de problemen die professionals in de verstandelijk-gehandicaptenzorg (VG-zorg) en verslavingszorg ervaren in de begeleiding en behandeling van volwassenen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) en verslavingsproblematiek.

METHODE: Enquête onder behandelaren en begeleiders in de beide sectoren (n = 227). Problemen zijn gedefinieerd en uitgewerkt in de volgende clusters: de cliënt, het sociale netwerk, de hulpverlening en de organisatie van zorg. De resultaten zijn vergeleken tussen de beide sectoren.

RESULTATEN: In beide sectoren worden relatief veel problemen op het niveau van de cliënt geformuleerd, vooral op de niveaus cognitief, sociaal-emotioneel, sociaal-economisch en motieven voor gebruik. Hulpverleners ervaren vooral de sociaal-economische situatie en de beïnvloedbaarheid van cliënten als problematisch. Verder ervaren zij het als een probleem om effectief om te gaan met aspecten die te maken hebben met de verstandelijke beperking als zodanig, zoals een gebrekkig inzicht van cliënten tussen oorzaak en gevolg in hun gedrag en het toepassen in de praktijk van aangeleerde kennis en vaardigheden.

In de verslavingszorg worden de methodische problemen als relatief sterk ervaren, vooral ten aanzien van het effectief uitvoeren van de intake bij de doelgroep en het op onderbouwde wijze vinden van aansluiting bij de cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling van volwassenen met LVB. Op dit laatste punt bestaat overeenstemming met de professionals in de VG-zorg. Verder bestaat er overeenstemming over het gebrek aan gemeenschappelijk beleid tussen instellingen op het gebied van behandeling en begeleiding van de doelgroep.

CONCLUSIE: Professionals in beide sectoren ervaren een breed scala aan problemen in de behandeling en zorg voor volwassen LVB-cliënten met verslavingsproblemen, gerelateerd aan individuele kenmerken van de cliënt, aan diens sociale functioneren, aan professionele vaardigheden en methodieken, en aan de context van zorgverlening.

Trefwoorden

Lichte verstandelijke beperkingen, verslavingsproblematiek, behandeling, begeleiding

Wat is bekend?

- De behandeling en begeleiding van volwassenen met een lichte verstandelijke beperking en verslavingsproblematiek verloopt vaak moeizaam.

Wat is nieuw?

- Een inventarisatie en analyse van de problemen in de behandeling en begeleiding vanuit het perspectief van de professionals.

Wat is de relevantie?

- Met deze inventarisatie en analyse kunnen verdere stappen worden gezet in de aanpassing van de behandeling en begeleiding aan de behoeften van de doelgroep.

Inleiding

Verpleegkundigen die als behandelaar of begeleider werkzaam zijn in de verslavingszorg of verstandelijk-gehandicaptenzorg (VG-zorg) hebben te maken met cliënten die naast hun lichte verstandelijke beperking (LVB) tevens verslavingsproblemen hebben. Het gaat hierbij om cliënten met een IQ van 50 tot 85 en een beperkt sociaal aanpassingsvermogen. Er is bij hen sprake van een langdurige en vaak blijvende behoefte aan ondersteuning (1). Onderzoek van Van der Nagel bevestigt dat mensen met een LVB allereerste verslavende middelen gebruiken. Het percentage cannabisgebruik is aanzienlijk hoger dan dat in de algemene bevolking. Alcohol wordt in mindere mate gebruikt door mensen met een LVB (2). Van der Nagel onderzocht het voorkomen van de combinatie van LVB en middelenproblematiek binnen de VG-zorg en de verslavingszorg en kwam uit op percentages van respectievelijk 4,5 en 5,7%. De precieze omvang van de doelgroep van cliënten met LVB en verslaving lijkt echter onderschat te worden, mede door gebrek aan systematische screening en de hantering van verschillende definities van LVB en problematisch middelengebruik (2-5). Internationale onderzoeken geven aan dat het middelengebruik door mensen met een verstandelijke beperking sinds de extramuralisering van zorg steeds meer is gaan lijken op het gebruik binnen de algemene bevolking (6,7). Geschat wordt dat 2 tot 10% van de zelfstandig wonende mensen met LVB middelen gebruikt (6). Hassiotis et al. maken melding van 9,5% alcoholmisbruik, 2,9% afhankelijkheid van cannabis en 2,4% afhankelijkheid van andere drugs bij zelfstandig wonende mensen met LVB in Groot-Brittannië (8). De percentages uit dit onderzoek zijn zelfs significant hoger dan die bij de normale populatie. Ook in Nederland is eenzelfde tendens waar te nemen. De percentages liggen zelfs nog hoger bij mensen met LVB met complexe problematiek, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van comorbide psychiatrische stoornissen. Teneij en Koot (9) spreken over 42% middelenmisbruik bij cliënten voorafgaand aan een opname in klinieken voor Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapten (SGLVG). Didden et al. melden 49% middelenmisbruik bij intramurale cliënten met ernstige gedragsproblematiek en emotionele problemen (10). Al met al kan uit het beschikbare onderzoek worden geconcludeerd dat de kans op schadelijk gebruik van middelen bij mensen met LVB toeneemt bij een hoger cognitief niveau van functioneren, bij een leeftijd van 22 jaar en hoger, bij aanwezigheid van een psychiatrische stoornis, bij zelfstandig wonen, in geval van wonen buiten het

instellingsterrein en bij afwezigheid van werk of dagbesteding (2,6,11,12). De behandeling en begeleiding van deze cliënten verloopt vaak moeizaam, mede doordat bestaande methodes onvoldoende op de specifieke problemen van deze cliënten zijn afgestemd (1,3). Hoewel in Nederland recentelijk een aantal behandelmethodieken is ontwikkeld voor mensen met LVB en middelenproblematiek (zie 13,14) hanteert de verslavingszorg bij de subpopulatie van mensen met verstandelijke beperkingen vooral begeleidings- en behandelprogramma's voor normaal begaafden. Binnen de VG-zorg kent men nauwelijks specifieke programma's gericht op verslavingsproblematiek. De kennis over verslavingsproblematiek is binnen die sector beperkt (5). Bovendien ontbreekt het bij begeleiders aan de benodigde vaardigheden om adequaat met de specifieke problemen en behoeften van deze doelgroep om te gaan (2,4). In november 2009 is het door SIA RAAK gesubsidieerde project 'LVG en verslaving: ontwikkeling van een begeleidings- en behandelprogramma' van start gegaan. Het project bestond uit twee fasen: de probleemanalyse en de programmaontwikkeling. Beide fasen zijn uitgevoerd binnen een consortium bestaande uit het lectoraat GGZ-verpleegkunde van Hogeschool Inholland, Brijder Verslavingszorg, Esdégé-Reigersdaal en 's Heeren Loo Noord-Holland. In 2,5 jaar werd toegewerkt naar een begeleidings- en behandelprogramma voor volwassenen met LVB en verslavingsproblemen. Hierbij is gebruikgemaakt van programma's die in de reguliere verslavingszorg hun wetenschappelijke en praktische waarde reeds hebben bewezen. Deze programma's zijn echter niet zonder meer te gebruiken bij de mensen met LVB. Aanpassingen zijn noodzakelijk (2). Om deze aanpassingen op verantwoorde wijze door te kunnen voeren, is in de fase van probleemanalyse van het project onderzoek gedaan naar de problemen die ten aanzien van deze thematiek werden ervaren door professionals, cliënten en hun familie/verwanten. Doel van deze probleemanalyse was om bij toekomstige programmaontwikkeling gericht aan te kunnen sluiten op de door deze partijen ervaren problemen. Hiermee verwachtten we optimale bruikbaarheid en effectiviteit van het programma te kunnen realiseren.

In dit artikel richten we ons op de problemen die door de professionals ervaren worden. Onder professionals verstaan we behandelaren en begeleiders met een verpleegkundige of agogische opleiding. Twee onderzoeksvragen staan centraal:

1. Wat zijn de belangrijkste problemen die door professionals in de VG-zorg en verslavingszorg ervaren worden in de

begeleiding en behandeling van volwassen mensen met LVB en verslavingsproblematiek?

2. Wat zijn de verschillen tussen de ervaren problemen door professionals uit de VG-zorg en professionals uit de verslavingszorg?

Methodie

Om de tweeledige onderzoeksvraag te beantwoorden is gekozen voor een kwantitatief dwarsdoorsnedeonderzoek in de vorm van een enquête (15). De enquête is voorgelegd aan professionals werkzaam met volwassen cliënten met LVB en verslavingsproblematiek.

Enquête

De enquête is ontwikkeld op basis van de uitkomsten van literatuuronderzoek, gevolgd door een focusgroep die bestond uit twaalf professionals met ruime werkervaring met de doelgroep. Het literatuuronderzoek leidde tot een eerste opsomming en inhoudelijke uitwerking van de problemen die bekend zijn in de zorg voor cliënten met een verstandelijke beperking en verslavingsproblematiek. Per inhoudelijk probleem werden diverse deelaspecten beschreven in een overzichtsdokument. Ter voorbereiding op de focusgroepbijeenkomst werden hoofdpijnen en deelaspecten vertaald naar een topicijst. Tijdens de bijeenkomst werd met de twaalf experts en met ondersteuning van twee moderators uitvoerig gediscussieerd over de aard en omvang van de geïnventariseerde problemen: op welke wijze doet het zich voor in de alledaagse zorg en welk inzicht hebben we in de oorzakelijke en instandhoudende factoren? Tevens werden de problemen belicht op hun consequenties voor de hulpverlener en voor de cliënt en diens sociale systeem. De experts konden aanvullende problemen belichten die niet in de literatuur werden genoemd. De gecombineerde analyse van literatuur en de resultaten van de focusgroepbijeenkomst leidde tot de definitie van 75 items, die werden vertaald naar stellingen die ieder op zich verwezen naar een bepaald (deel-) aspect van de respectievelijke problemen. De 75 stellingen zijn gegroepeerd in zeven clusters, waarbij de meeste clusters weer een onderverdeling kennen in meerdere subniveaus (zie Tabel 1). De respondenten konden de stellingen scoren op een vijf-punt Likertschaal, waarbij 1 staat voor 'helemaal mee eens' en 5 voor 'helemaal mee oneens'. Daarnaast kon 'niet van toepassing' (n.v.t.) aangekruist worden. Bij sommige stellingen hebben alleen behandelaren – en niet de verpleegkundigen en agogen werkzaam als begeleiders – kunnen antwoorden, bijvoorbeeld bij stellingen binnen het cluster 'Hulpverlening' op items

Cluster (aantal stellingen)	Niveau (aantal stellingen)
Cliënt (19)	Sociaal-economisch (3)
	Cognitief (5)
	Sociaal-emotioneel (2)
	Psychiatrische problematiek en gedragsproblemen (2)
	Motieven voor gebruik (6)
	Motivatief (1)
Netwerk (3)	Gezinsstelsel (2)
	Systeem buiten het gezin (1)
Hulpverlening (36)	Methodiek – intake (6)
	Methodiek – behandelmethodes (2)
	Methodiek – behandeling/begeleiding (4)
	Competenties – kennis (4)
	Competenties – vaardigheden (8)
	Competenties – attitude (5)
Relatie hulpverlener – cliënt (6)	Samenwerking (7)
	Overvraging (1)
Team (3)	Methodiek (5)
Organisatie (4)	
Organisatie-overstijgend (4)	

Tabel 1. Clusters, niveaus en aantal stellingen.

	Aantal	Percentage (%)
Geslacht en leeftijd		
Vrouw	160	70,5
Man	62	27,3
Onbekend	5	2,2
Gemiddelde leeftijd	39,6 jaar (SD 11,23)	
Werkzame jaren		
Gemiddeld in sector	11,8 jaar (SD 10)	
Gemiddeld in functie	6,6 jaar (SD 7,3)	
Opleidingsniveau		
Mbo	56	24,7
Hbo	115	50,7
Post-hbo	13	5,7
Wo	37	16,3
Onbekend	6	2,6
Opleidingsrichting		
Zorg/verpleging	56	24,7
Pedagogisch	118	52,0
Zorg en pedagogisch	20	8,8
Medisch	5	2,2
Anders	2	0,9
Onbekend	26	11,5
Functieniveau		
Begeleiding	151	66,5
Behandelaar	61	26,9
Leidinggevend	13	5,7
Staf	2	0,9

Tabel 2. Demografische gegevens respondenten (n = 227).

die verwezen naar intake en behandelmethodes.

Respondenten

Voor deelname aan het onderzoek golden de volgende inclusiecriteria:

- Minstens één jaar werkzaam met volwassen mensen met LVB en verslavingsproblematiek.
- Discipline: (1) verpleegkundigen of agogisch opgeleiden werkzaam als begeleider; (2) behandelaren, zoals leefstijltrainers, (GZ-) psychologen, orthopedagogen, artsen, psychiaters en vaktherapeuten.
- Opleiding: minimaal mbo-niveau.

De steekproef had een beoogde omvang van 400 professionals, waarvan 200 uit de verslavingszorg en 200 uit de VG-zorg. Alle tien gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg in Nederland zijn geselecteerd voor deelname aan dit onderzoek. Tien instellingen voor VG-zorg zijn willekeurig geselecteerd uit de ledenlijst van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN). Met deze instellingen is telefonisch contact opgenomen om informatie over het onderzoek te verstrekken. Desgewenst is ook schriftelijke informatie voorgelegd. Als instellingen aangaven mee te willen werken aan het onderzoek, werd hen gevraagd de enquête te verspreiden onder twintig professionals binnen hun instelling. Bij minder dan twintig respondenten binnen één instelling is een andere instelling uit de VGN-lijst geselecteerd met hetzelfde verzoek.

Data-analyse

Data-analyse is uitgevoerd met SPSS (versie 17). Allereerst zijn per stelling de gemiddelden per item berekend over de totale steekproef, gevolgd door berekening van gemiddelden voor de respondenten uit de verslavingszorg en VG-zorg afzonderlijk. Hoe lager de gemiddelde score, hoe meer de respondenten de inhoud van de stelling als probleem ervoeren. Als afkapwaarde is gekozen voor een gemiddelde van 2,5, zijnde een indicatie dat het probleem dat verwoord is in de stelling als betekenisvol wordt ervaren door de respondenten.

Daarnaast zijn ook de standaarddeviaties (SD's) per stelling berekend. Hoe kleiner de SD, hoe meer consensus er bestaat ten aanzien van een bepaalde stelling. Om de verschillen tussen de beide sectoren te toetsen zijn de uitkomsten voor de beide groepen per stelling met elkaar vergeleken, gebruikmakend van de non-parametrische Mann-Whitney U-test, gegeven het feit dat de data op het merendeel van de items niet-normaal waren verdeeld (Kolmogorov-Smirnov toets). Toetsing ($\alpha = .05$) heeft enkel plaatsgevonden wanneer de stelling binnen ten minste een

Stellingen	M	SD	M verstandelijk-gehandicaptenzorg	M verslavingszorg
Sociaal-economisch				
Schulden	2,26	1,03	2,23	2,33
Prostitutie	2,21	1,10	2,18	2,26
Cognitief				
Moeite met causale verbanden	1,97	1,12	2,13	1,65*
Moeite met generaliseren	2,09	1,06	2,28	1,71*
Moeite met uitvoeren afspraken	2,21	1,09	2,25	2,13
De oplossing van zijn/haar problemen afschuiven	2,68	1,12	2,77	2,47
Sociaal-emotioneel				
Sterk beïnvloedbaar	1,90	0,95	1,97	1,75
Psychiatrische problematiek en gedragsproblemen				
Psychiatrische problemen	2,50	1,13	2,60	2,31
Agressie	2,48	0,92	2,42	2,62
Motief gebruik				
Gebrekkig toekomstperspectief	2,33	0,99	2,33	2,32
Eenzaamheid	2,44	0,99	2,45	2,43
Verslavende middelen als zelfmedicatie	2,43	1,05	2,45	2,40
Beïnvloed door andere gebruikers	2,10	0,97	2,15	1,99
Middelengebruik in gezin/familie	2,60	0,99	2,67	2,47
Motivatie				
Ongemotiveerd veranderen situatie	2,56	1,07	2,47	2,75

* Verschil tussen verstandelijk-gehandicaptenzorg en verslavingszorg significant bij $p \leq 0,05$

Tabel 3. Ervaren problemen in het cluster 'Cliënten'.

van beide sectoren als problematisch werd gescoord ($M \leq 2,5$).

Resultaten

Van de 345 professionals die de enquête retourneerden, voldeden er 250 aan de inclusiecriteria voor deelname aan de enquête. Na verdere verwijdering van 23 respondenten die vrijwel geen stellingen hadden beoordeeld, bleven er 227 geldige enquêtes over. Bijna 70% van de respondenten was werkzaam in de VG-zorg ($n = 155$), en 30% in de verslavingszorg ($n = 72$). In Tabel 2 staan de demografische gegevens vermeld.

Welke problemen ervaren de professionals?

De tabellen 3 tot en met 7 laten zien dat in de sector gehandicaptenzorg 19 problemen geïdentificeerd zijn (score $M \leq$

2,5). Dertien van deze problemen zijn cliëntgerelateerd, drie hulpverleninggerelateerd en drie problemen zijn als organisatie-overstijgend aan te merken. In de sector verslavingszorg worden 27 problemen geïdentificeerd. Meer dan de helft (veertien) van de problemen is cliëntgerelateerd, negen problemen zijn hulpverleninggerelateerd, één probleem hangt samen met het netwerk van de cliënt, twee problemen betreffen de organisatie en één probleem is organisatie-overstijgend.

Welke verschillen ervaren de professionals?

Bij acht items die door minimaal een van de sectoren als problematisch werd gescoord (score $M \leq 2,5$), waren er significante verschillen in ernstscore tussen de beide sectoren.

In de verdere beschrijving van de resul-

taten wordt per cluster ingegaan op beide onderzoeksvragen. In twee van de zeven clusters, 'Relatie hulpverlener - cliënt' en 'Team', zijn geen problemen geconstateerd.

Cliëntgerelateerde problemen

De meeste problemen worden binnen het cluster 'Cliënt' gedefinieerd (zie Tabel 3). Er bestaat daarbij veel overeenkomst tussen de meningen van de professionals uit de VG-zorg en de verslavingszorg. Binnen beide sectoren ervaart men het als problematisch dat de cliënten schulden hebben, zich prostitueren en crimineel gedrag vertonen ('sociaal-economisch niveau'). Ook op het 'cognitieve niveau' bestaat grote overeenstemming over de problemen. De professionals uit de verslavingszorg ervaren het echter als een significant groter probleem dat de cliënten

Stellingen	M	SD	M verstandelijk-gehandicaptenzorg	M verslavingszorg
Een klein aantal sociale contacten buiten het gezin	2,53	1,08	2,63	2,35

Tabel 4. Ervaren problemen cluster 'Netwerk'.

moeite hebben om oorzaak en gevolg van gedrag met elkaar in verband te brengen en eerder geleerde zaken toe te passen in nieuwe situaties (generalisatie van vaardigheden).

Beide sectoren ervaren het als probleem dat de cliënten (sterk) beïnvloedbaar zijn door de sociale omgeving ('sociaal-emotionele niveau' en 'motieven voor gebruik'). Hierbij gaat het om de invloed van andere gebruikers en/of familie- of gezinsleden. Andere factoren die als probleem ervaren worden, zijn het beperkte toekomstperspectief en de eenzaamheid van cliënten ('motieven voor gebruik').

Clusters 'Netwerk' en 'Hulpverlening'

Binnen het cluster 'Netwerk' wordt door de professionals uit de verslavingszorg signaleerd dat cliënten slechts een klein aantal sociale contacten buiten het gezin hebben (zie Tabel 4). In het cluster 'Netwerk' zijn geen problemen en verschillen geconstateerd door beide groepen professionals op het niveau 'gezinssysteem'.

Veel problemen worden er echter binnen het cluster 'Hulpverlening' geïdentificeerd (zie Tabel 5). Door de sector verslavingszorg negen, tegen drie door de sector VG-zorg. Deels wordt dit verschil

veroorzaakt doordat een deel van de stellingen betrekking heeft op de intake, een onderdeel van de behandeling waarmee vooral behandelaars uit de verslavingszorg te maken hebben. Binnen het niveau 'methodiek-intake' ervaren deze behandelaars significant grotere problemen en aanzien van het ontbreken van geschikte assessmentmethoden voor het vaststellen van beperkingen, het vaststellen van het cognitieve niveau van functioneren en de invloed van sociaal-emotionele factoren. Daarnaast vinden zij dat de cliënten te veel vragen moeten beantwoorden.

In de beschikbare behandelmethodes voor

Stellingen	M	SD	M verstandelijk-gehandicaptenzorg	M verslavingszorg
Intake				
Een standaard screening gericht op beperkingen van de cliënt ontbreekt	2,59	1,18	2,92	2,19*
Een standaard screening op het cognitieve niveau ontbreekt	2,57	1,19	2,92	2,13*
Een standaard screening op het sociaal-emotionele niveau ontbreekt	2,48	1,17	2,79	2,10*
De cliënt moet te veel vragen beantwoorden	2,45	1,18	2,53	2,35
Behandelmethodes				
Niet aansluiten op het cognitieve niveau van de cliënt	2,19	1,10	2,40	2,11
Niet aansluiten op het sociaal-emotionele niveau van de cliënt	2,29	1,07	2,40	2,24
Behandeling/begeleiding				
Geen gebruikmaken van beeldend materiaal	2,75	1,09	3,01	2,27*
Competenties: vaardigheden				
Ondersteunen van nieuwe sociale contacten	2,44	1,09	2,54	2,24
Samenwerking				
Visieverschillen over behandeling/begeleiding tussen verslavingszorg en gehandicaptenzorg	2,28	0,98	2,23	2,37

* Verschil tussen verstandelijk-gehandicaptenzorg en verslavingszorg significant bij $p \leq 0,05$.

Tabel 5. Ervaren problemen cluster 'Hulpverlening'.

Stellingen	M	SD	M verstandelijk-gehandicaptenzorg	M verslavingszorg
Te weinig kennis in organisatie over verstandelijke beperkingen	3,54	1,20	4,11	2,45*
Te weinig behandelplekken	2,61	1,17	2,68	2,48

* Verschil tussen verstandelijk-gehandicaptenzorg en verslavingszorg significant bij $p \leq 0,05$.

Tabel 6. Ervaren problemen cluster 'Organisatie'.

Stellingen	M	SD	M verstandelijk-gehandicaptenzorg	M verslavingszorg
Vanuit CIZ-indicatie onvoldoende tijd voor begeleiding/behandeling	2,59	1,15	2,47	2,92*
Vanuit CIZ-indicatie onvoldoende tijd voor overleg met hulpverleners van andere instellingen	2,58	1,09	2,50	2,79
Geen gemeenschappelijk beleid van instellingen uit verslavingszorg en gehandicaptenzorg	2,03	0,96	2,08	1,93

* Verschil tussen verstandelijk-gehandicaptenzorg en verslavingszorg significant bij $p \leq 0,05$.

Tabel 7. Ervaren problemen cluster 'Organisatie-overstijgend'.

verslavingsproblematiek vinden beide groepen professionals het een probleem dat deze niet aansluiten op zowel het cognitieve als het sociaal-emotionele niveau van cliënten met LVB. Daarnaast ervaren de professionals uit de verslavingszorg een gebrek aan beeldend materiaal in de vorm van plaatjes, foto's, et cetera, die ondersteunend kunnen zijn in hun begeleiding en behandeling.

Ten slotte ervaren beide groepen professionals een probleem op het gebied van samenwerking tussen de sectoren, en wel specifiek ten aanzien van 'het bestaan van visieverschillen over begeleiding/behandeling tussen verslavings- en VG-zorg'. Professionals uit de verslavingszorg vinden het problematisch om de cliënt te ondersteunen bij het realiseren van nieuwe sociale contacten die ondersteunend kunnen zijn in de begeleiding en behandeling (cluster 'Hulpverlening', niveau 'competenties - vaardigheden'). Binnen het cluster 'Hulpverlening' worden geen problemen geconstateerd op de niveaus 'competenties - kennis' en 'competenties - attitude'.

Cluster 'Organisatie'

Binnen het cluster 'Organisatie' worden door de professionals uit de verslavingszorg twee problemen geïdentificeerd (zie Tabel 6). Zo vindt men dat er binnen hun organisaties te weinig plaatsen zijn voor mensen met LVB en middelenmisbruik. Daarnaast is men van mening dat er binnen hun organisatie te weinig kennis

is over verstandelijke beperkingen. Op dit laatste punt verschillen zij significant van mening met de professionals uit de VG-zorg die hiermee geen problemen ervaren.

Cluster 'Organisatie-overstijgend'

Binnen het cluster 'Organisatie-overstijgend' bestaat deels overeenstemming (zie Tabel 7). Beide groepen professionals ervaren het als een probleem dat er geen gemeenschappelijk beleid bestaat om de zorg voor de doelgroep van LVB met verslavingsproblemen adequaat uit te voeren. Daarnaast ervaren professionals uit de VG-zorg het als een probleem dat zij vanuit het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) te weinig tijd hebben om overleg te voeren met hulpverleners van andere instellingen en tevens dat zij vanuit het CIZ te weinig tijd hebben voor begeleiding/behandeling. Over dit laatste item verschillen zij significant van mening met de professionals uit de verslavingszorg.

Discussie

Het voorliggende onderzoek levert belangrijke inzichten op ten aanzien van de ervaren problemen binnen zowel de VG-sector als de verslavingszorg met betrekking tot de zorg voor LVB-cliënten met verslavingsproblematiek. In deze paragraaf zullen een aantal discussiepunten worden besproken ten aanzien van methodologie, inhoud en implicaties voor de praktijk.

De enquête die ten grondslag ligt aan dit onderzoek is ontwikkeld op basis van literatuur- en focusgroeponderzoek. De deelnemers aan deze focusgroep zijn zorgvuldig geselecteerd vanwege hun specifieke kennis en ervaring op het gebied van verslavingsproblematiek bij cliënten met LVB. Door de gevolgde procedures bij de ontwikkeling van de enquête mogen we verwachten dat de inhoudsvaliditeit ervan hoog is. De belangrijkste problemen die beschreven zijn in de literatuur en die ervaren worden door uiteenlopende professionals binnen beide sectoren zijn in de enquête opgenomen.

Een beperking van dit onderzoek is dat, hoewel de selectie van instellingen voor VG-zorg en verslavingszorg (met deelname van alle tien instellingen voor verslavingszorg) zorgvuldig is verricht, de selectie van respondenten uiteindelijk in handen was van contactpersonen binnen de geselecteerde instellingen. Op deze gang van zaken hebben de onderzoekers beperkte invloed gehad. Hierdoor kan enige selectiebias zijn opgetreden. Dit kan van invloed zijn op zowel de interne als externe validiteit van dit onderzoek.

Ten aanzien van de inhoudelijke uitkomsten van het onderzoek valt op dat professionals in de begeleiding en behandeling van mensen met LVB en verslavingsproblematiek relatief veel problemen rapporteren die gerelateerd zijn aan het niveau van functioneren van cliënten, en in het bijzonder ten aanzien van hun cog-

nitief en executief functioneren. Beperking in cognitie is een centrale eigenschap van de verstandelijke beperking. Willner et al. veronderstellen dat beperkingen in de executieve functies, zoals deze voorkomen bij LVB-cliënten, samenhangen met verstoringen in het impulsieve systeem, wat een grote invloed kan hebben op het gedrag van deze cliënten, onder meer op het gebied van verslavingsgedrag (16). Een deel van de onderzochte problemen ('moeite met causale verbanden', 'moeite met generaliseren' en 'moeite om gemaakte afspraken uit te voeren') hangen samen met de beperkte executieve functies van cliënten binnen onze doelgroep (17). Hiermee hebben de professionals uit de verslavingszorg overigens meer moeite dan die uit de gehandicaptenzorg, wat begrijpelijk is gezien hun beperkte expertise en ervaring met de doelgroep van cliënten met LVB.

Bovendien gaat langdurig middelengebruik gepaard met een verzwakt reflectief systeem, wat op zijn beurt weer verstoringen in de executieve functies tot gevolg kan hebben. Het werkgeheugen vermindert, gedragsinhibitie en uitstel van directe behoeftebevrediging worden lastiger (18). Uit onderzoek van Van Duijvenbode blijkt bovendien dat de cognitieve vertekeningen bij problematische drinkers met LVB onderling sterk kunnen verschillen (19).

In de begeleiding en behandeling worden deze beperkingen in functies als knelpunten ervaren. De bestaande behandelmethoden sluiten niet aan bij de bestaande functionele beperkingen op het gebied van cognitie, emoties, en executief en sociaal functioneren van mensen met LVB. Bij toekomstige ontwikkeling van nieuwe, of de aanpassing van bestaande methoden dienen deze functionele beperkingen expliciet meegewogen te worden, met daarbij acceptatie van de (veelal beperkte) mogelijkheden van de cliënt.

In de methodiek van hulpverleners wordt binnen de VG-zorg bij voorkeur gewerkt met haalbare doelen en worden behaalde tussendoelen beloond. Geus et al. verwijzen naar de waarde van toepassing van oplossingsgerichte methodieken (4). Voor de VG-zorg zijn deze beschreven door Roeden en Bannink (20). Met deze oplossingsgerichte methodieken, die goed toepasbaar zijn bij verslavingsgerelateerde problematiek, wordt in eerste instantie aangesloten bij oplossingen die bij de cliënt eerder hebben gewerkt. Van belang hierbij is om doelen op te delen in kleinere gehelen, waardoor aangesloten kan worden bij dat wat haantbaar en haalbaar is voor mensen met LVB.

Daarnaast is het van belang dat de professional aandacht besteedt aan het feit dat cliënten 'moeite hebben met causale verbanden'. Een cliënt kan er bijvoorbeeld

moeite mee hebben om te begrijpen dat omgang met een bepaalde vriendengroep eerder leidt tot misbruik van middelen. Dit zal meerdere malen moeten worden uitgelegd om het begrip hieromtrent te bevorderen. In dit kader kan bijvoorbeeld ook geoefend worden met nee zeggen in geval van hoge sociale druk vanuit de peer-groep (21). Verder dient in de begeleiding veel aandacht besteed te worden aan de generalisatie van kennis en vaardigheden naar andere sociale contexten dan de oorspronkelijke leercontext (4,22). Nee zeggen moet bijvoorbeeld ook geoefend worden in relatie tot gezinsleden en niet alleen bij de vriendengroep.

Het uitvoeren van gemaakte (behandel-) afspraken wordt door beide groepen professionals als belangrijk probleem ervaren en is mede het gevolg van de beperkte cognitieve en executieve functies van cliënten. Er is immers planning nodig om uitvoering te geven aan wat is afgesproken. Voor de professionals betekent dit dat zij mensen met LVB hierin ondersteunen, zodat de gemaakte behandelafspraken kunnen worden vertaald naar de specifieke sociale context van de cliënt.

Problemen in de motivatie van de cliënt kunnen eveneens een grote rol spelen bij de uitvoering van het vastgestelde behandelbeleid. Bij een disharmonische ontwikkeling, waarbij sprake is van een lagere sociaal-emotionele ontwikkeling dan het cognitieve ontwikkelingsniveau, is motivatie om vaardigheden uit te voeren meestal een groter probleem dan de feitelijke competenties van de cliënt om die vaardigheid uit te voeren. Motiveren is een centrale interventie binnen de verslavingszorg (23). De taak van de professional bestaat vooral uit de cliënt via motiverende strategieën te laten ervaren dat er feitelijke veranderingen in de levenssituatie kunnen worden gerealiseerd, waardoor het functioneren en de kwaliteit van leven verbeteren.

Door de beperkte cognitieve vermogens van mensen met LVB is het raadzaam om gebruik te maken van ondersteunend beeldend materiaal in de begeleiding en behandeling (21). De beschikbaarheid ervan wordt met name gemist door professionals uit de verslavingszorg.

In de Leefstijltraining-PLUS (24), die op basis van deze probleemanalyse is ontwikkeld, zijn veel van bovenstaande onderdelen verwerkt. Naast de toepassing van de oplossingsgerichte methode is gebruikgemaakt van striptekeningen om zaken te visualiseren. Er wordt verder beperkte informatie en instructie geboden en er wordt veel herhaling ingebouwd. De bepaling van het cognitieve en sociaal-emotionele niveau van de cliënt wordt als eerste stap binnen deze leefstijltraining beschreven, zodat het vervolg van de behandeling hierop kan worden afgestemd. Om de

motivatie te bevorderen wordt aangeraaden om gebruik te maken van principes en methoden van motiverende gespreksvoering, in combinatie met gedragstherapeutische elementen, waarbij gebruikgemaakt wordt van regelmatige beloning. Frielink en Embregts hebben onderzocht dat motiverende gespreksvoering ook bij mensen met LVB goed toe te passen is (25). Cognitieve gedragstherapie kan aangepast worden aan de LVB-doelgroep en leiden tot positieve resultaten, onder meer door de gebruikte taal te vereenvoudigen, doelopdrachten toe te voegen en gebruik te maken van visuele naast verbale opdrachten (26). Deze aanpassingen zijn ook toegepast in 'Take it personal' (Pluyn), een training voor jongeren met LVB en gedragsproblemen die alcohol en drugs gebruiken (27).

Professionals uit de verslavingszorg constateren dat er binnen hun organisatie te weinig kennis is over verstandelijke beperkingen, maar beoordelen daarentegen hun eigen kennis over verstandelijke beperkingen en de gevolgen daarvan niet als een probleem. Gezien de hierboven geconstateerde problemen is het echter de vraag of hun competenties ten aanzien van de omgang met verslaafde LVB-cliënten niet te beperkt zijn. De noodzakelijke competenties zijn deels gerelateerd aan kennis over de (on)mogelijkheden van mensen met LVB, maar kunnen ook te maken hebben met de acceptatie ervan. Dit pleit voor structurele scholing van professionals in de verslavingszorg over de mogelijkheden en onmogelijkheden van mensen met LVB en hoe hier adequaat mee om te gaan.

De professionals uit de verslavingszorg ervaren daarnaast een belangrijk methodisch probleem ten aanzien van de intake: zij missen een standaard-screening gericht op vaststelling van het cognitieve en sociaal-emotionele niveau, evenals een standaard-screening ten aanzien van beperkingen op uiteenlopende levensgebieden van de cliënt. Dit betekent dat de intakeprocedures die standaard worden gehanteerd binnen de verslavingszorg, een te beperkt inzicht bieden in de mogelijkheden en beperkingen van mensen met LVB. Sinds 2013 is de SCIL (Screener voor Intelligentie en Licht verstandelijke beperking) beschikbaar voor volwassenen en sinds 2015 voor 14-17 jarige jongeren (28). Deze kan ten dele een antwoord bieden aan het geconstateerde tekort aan methodische instrumenten. De SCIL wordt gebruikt om te screenen op de aanwezigheid van LVB. Aanvullend is de SumID Questionnaire een bruikbaar meetinstrument voor het in kaart brengen van middelengebruik specifiek bij mensen met LVB (29). Deze is geschikt voor de doelgroep van cliënten met LVB dan andere, meer generieke intake-instrumenten.

ten, zoals bijvoorbeeld de MATE (30). Daarnaast is het een mogelijkheid om de Kleuren SEO-R, een instrument om de sociaal-emotionele ontwikkeling van een cliënt in beeld te brengen, te gaan inzetten (31). Dit instrument is echter nog niet gevalideerd en heeft specifieke kennis en vaardigheden om het te gebruiken.

Hulpverleners ondervinden in hun begeleiding en behandeling ook nog andere cliëntgebonden problemen waaronder 'eenzaamheid' en 'gebrek aan toekomstperspectief'. Hierbij zijn cliënten sterk beïnvloedbaar door andere gebruikers en familie- en/of gezinsleden die ook middelen gebruiken. Cocco en Harper en Taggart et al. noemen onder meer 'erbij willen horen', 'gebrek aan gezelschap' en 'geen vrienden hebben' als motieven voor mensen met een verstandelijke beperking om te gebruiken (32,33). Het hebben van schulden, prostitutie en crimineel gedrag verzwakken de positie van de cliënt verder, waardoor de vicieuze cirkel van persoonlijke problematiek en beperkt sociaal aanpassingsvermogen enerzijds, en verslavingsgedrag anderzijds wordt versterkt (1,17,34). Wil de behandeling van verslavingsproblematiek bij de doelgroep effectief zijn, dan zullen methodieken ontwikkeld moeten worden die gericht zijn op de ontwikkeling en instandhouding van zinvolle en stabiele sociale netwerken, evenals het vroegtijdig ingrijpen bij zich ontwikkelende sociale problemen.

Daarnaast is er door de professionals nog een aantal organisatieproblemen geïdentificeerd, zoals geen gemeenschappelijk beleid van instellingen uit verslavingszorg en gehandicaptenzorg en visieverschillen over begeleiding/behandeling tussen verslavingszorg en gehandicaptenzorg. Orga-

nisatieproblemen zijn rechtstreeks van invloed op de kwaliteit van de begeleiding en behandeling. De Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet het gebrek aan regie in behandeling en begeleiding, wanneer meerdere instellingen betrokken zijn, als een belangrijk probleem en bepleit structurele samenwerking in verantwoorde netwerkzorg (34).

Organisaties voor VG-zorg en verslavingszorg dienen maatregelen te nemen in het kader van effectieve samenwerking. De basis hiervoor wordt gelegd in een door beide partijen gedeelde visie op de wijze van samenwerken, maar ook op de inhoudelijke samenwerking. In Open en alert, een door het Trimbos-instituut ontwikkeld programma, wordt onder meer ingegaan op de ontwikkeling van middenbeleid binnen instellingen voor gehandicaptenzorg (35). In de Implementatiehandleiding van de Leefstijltraining-PLUS, die ontwikkeld is in de ontwikkelingsfase van het project LVG en verslaving, wordt aandacht besteed aan de verschillende fasen die doorlopen worden wanneer de Leefstijltraining-PLUS door instellingen in gezamenlijkheid wordt aangeboden aan cliënten (36). Hierbij wordt ook ingegaan op gezamenlijke beleids- en visievorming.

Conclusie

In dit onderzoek stond de vraag centraal wat de belangrijkste problemen zijn die professionals uit de VG-zorg en verslavingszorg ervaren in de begeleiding en behandeling van mensen met LVB en verslavingsproblematiek, en tevens of er verschillen in ervaren problemen bestaan tussen de beide sectoren. In beide sectoren worden relatief veel problemen binnen het cluster 'Cliënt' geformuleerd, vooral op de niveaus cognitief, sociaal-emotioneel, sociaal-economisch en

motieven voor gebruik. In de verslavingszorg worden de methodische problemen binnen het cluster 'Hulpverlening' als relatief sterk ervaren, vooral als het gaat om het effectief uitvoeren van de intake bij de doelgroep en het vinden van aansluiting via de gehanteerde methoden bij de cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling van mensen met LVB. Op dit laatste punt bestaat grote overeenstemming met de VG-zorg. Verder bestaat er grote overeenstemming over het gebrek aan gemeenschappelijk beleid tussen instellingen op het gebied van behandeling en begeleiding van de doelgroep.

Over het algemeen kan worden gesteld dat in de verslavingszorg meer zaken als problematisch worden geduid. Tevens worden de problemen als ernstiger ervaren, blijkend uit de lagere gemiddelde scores op de items. Verder lijkt men het meer met elkaar eens te zijn omtrent de aard van de problemen, blijkend uit de overwegend kleinere standaarddeviaties op de items.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Naar aanleiding van het beschreven onderzoek valt aan te bevelen om bestaande (aangepaste) methodieken te toetsen op hun implementeerbaarheid, bruikbaarheid en effectiviteit in de praktijk. Als bijzonder aandachtspunt geldt hier de totstandkoming van effectieve samenwerking tussen de VG-zorg en verslavingszorg. De basis wordt echter gevormd door de daadwerkelijke aansluiting van ontwikkelde methodieken op de mogelijkheden en beperkingen van mensen met LVB en verslavingsproblematiek. Onderzoek naar de ervaren tevredenheid over de methodieken door cliënten, hun netwerk en hulpverleners vormt hiervan een belangrijk onderdeel.

Summary

Problems in treatment of people with substance abuse and mild intellectual disabilities

A quantitative study of professionals' perspectives

Koos de Haan, Froukje Wielenga, Addy Pruijssers, Berno van Meijel

AIM: Identifying and analysing problems concerning treatment and care of adults with mild intellectual disabilities and substance abuse.

METHOD: A survey among professionals working in two sectors, either addiction care or care of adults with intellectual disabilities (N = 227). Problems are elaborated on the level of the client, his or her social network, care provision, and the organisational context.

FINDINGS: In both sectors, numerous problems were identified, in particular concerning the client's level with respect to cognitive, emotional, and economical functioning, and regarding motives for substance use. Especially problematic

were: the socio-economic status of the client and being largely influenceable by other addicts. Furthermore, the limited client insight into causal relations concerning their behaviour and limited implementation of acquired skills in daily practice raised concerns in professionals. In addition settings, many care provision problems were experienced concerning intake procedures and suitable methods for effective management of cognitive, social and emotional limitations of clients. This latter problem was also experienced by professionals in the intellectual disabilities sector. Finally, consensus exists concerning need of joint policies for both sectors regarding treatment and care for the target group.

CONCLUSION: Professionals working with clients with intellectual disabilities and addiction problems experienced multiple problems related to treatment and care of individual characteristics of clients, their social functioning, professionals' skills/methods, and context/organisation of care provision.

Key words:

Mild intellectual disability, substance abuse, treatment

Literatuur

1. Moonen X, Verstegen D. LVG jeugd met ernstige gedragsproblematiek in de verbinding van praktijk en wetgeving. *Onderzoek & Praktijk* 2006;4:23-8.
2. Van der Nagel JEL. Is it just the tip of the iceberg? Substance use and misuse in individuals with Intellectual Disability (SumID). PhD [dissertatie]. Nijmegen: Radboud University Nijmegen; 2016.
3. Van Duijvenbode N, van der Nagel JE, Didden R, et al. Substance use disorders in individuals with mild to borderline intellectual disability: current status and future directions. *Res Dev Disabil* 2015;38:319-28.
4. De Geus R, Kiewik M, van der Nagel JEL, Sieben G. Verstandelijk gehandicapten en verslavingsproblematiek. In: Loth C, Rutten R, redactie. *Verslaving*. Maarssen: Reed Business; 2009. p. 313-23.
5. Mutsaers K, Blekman JW, Schipper HC. Licht verstandelijk gehandicapten en middelengebruik: wat is er tot op heden bekend? Utrecht: Trimbos-instituut; 2007.
6. Sturmey P, Reyer H, Lee R, Robek A. Substance-related disorders in persons with mental retardation. New York: NADD Press; 2003.
7. McGillicuddy NB. A review of substance use research among those with mental retardation. *Ment Retard Dev Disabil Res* 2006;12:41-7.
8. Hassiotis A, Strydom A, Hall I, et al. Psychiatric morbidity and social functioning among adults with borderline intelligence living in private households. *J Intellect Disabil Res* 2008;52:95-106.
9. Tenneij N, Koot H. Doelgroep in Beeld. Utrecht: De Borg; 2007.
10. Didden R, Embregts P, van der Toorn M, et al. Substance abuse, coping strategies, adaptive skills and behavioral and emotional problems in clients with mild to borderline intellectual disability admitted to a treatment facility: a pilot study. *Res Dev Disabil* 2009;30:927-32.
11. Edgerton R. Alcohol and drug use by mentally retarded adults. *Am J Ment Defic* 1986;90:602-9.
12. Dijkstra M, Bransen E. Middelengebruik bij volwassenen met een lichte verstandelijke beperking. Een verkennend onderzoek. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010.
13. Van der Nagel JEL, Kiewik M. Handleiding CGT+, Cognitieve gedragstherapeutische behandeling voor problematisch middelengebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. Amersfoort: Resultaten Scoren; 2016.
14. Van der Nagel JEL, Westendorp H, van Dijk M, Kiewik M. *Minder Drank of Drugs 2.0*. Deventer: Tactus; 2016.
15. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer & Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
16. Willner P, Bailey R, Parry R, et al. Evaluation of executive functioning in people with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res* 2010; 54:366-79.
17. Van Nieuwenhuijzen M, Orobio de Castro B, Matthys W. Problematiek en behandeling van LVG jeugdigen; een literatuurreview. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met een verstandelijke beperking* 2006;4:211-29.
18. Hyman SE, Malenka RC, Nestler EJ. Neural mechanisms of addiction: The role of reward-related learning and memory. *Annu Rev Neurosci* 2006;29:565-98.
19. Van Duijvenbode N. "It's all between my ears!": Deficiencies in information processing in problematic drinkers with mild to borderline intellectual disability. PhD [dissertatie]. Nijmegen: Radboud University Nijmegen; 2016.
20. Roeden J, Bannink F. *Handboek Oplossingsgericht werken met licht verstandelijk beperkte cliënten*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V; 2009.
21. De Wit M, Moonen X, Douma J. Richtlijn effectieve interventies LVB; aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG; 2011.
22. Didden R. Bejegening. In: Roos J, Didden R, Steenbergen B, redactie. *Vakwerk! Handboek voor begeleiders 24-uurszorg die werken met cliënten met een licht verstandelijke beperking en ernstige gedragsstoornissen en/of psychiatrische aandoeningen*. Utrecht: De Borg; 2010. p.85-93.
23. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 1982;19:276-88.
24. De Haan K, Wielenga F, van Meijel B. *Leefstijltraining-PLUS: Handleiding voor de trainers*. Amsterdam: Hogeschool Inholland; 2012.
25. Frielink N, Embregts P. Modification of motivational interviewing for use with people with mild intellectual disability and challenging behaviour. *J Intellect Disabil Res* 2013;38:279-91.
26. Didden R, Korzilius H, van Oorsouw W, et al. Behavioral treatment of challenging behaviors in individuals with mild mental retardation: Meta-analysis of single-subject research. *Am J Ment Retard* 2006;111:290-8.
27. Schijven E, van der Nagel JEL, Engels R, et al. 'Take it personal!' Een interventie voor het verminderen van middelengebruik en comorbide gedragsproblemen bij jongeren met een licht verstandelijke beperking. *Onderzoek & Praktijk* 2016(2);14:7-18.
28. Kaal HL, Nijman HL, Moonen XM, SCIL; Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking. Amsterdam: Hogrefe; 2013.
29. Van der Nagel JEL, Kiewik M, van Dijk M, et al. Handleiding SumID-Q; meetinstrument voor het in kaart brengen van middelengebruik bij mensen met een lichte Verstandelijke Beperking. Enschede: Tactus Verslavingszorg; 2011.
30. Schippers G, Broekman T, Buchholz A. Handleiding en protocol voor afname, scoring en gebruik van de MATE 2.1. Nijmegen: Beta Boeken; 2011.
31. De Groot R. Handleiding SEO-R kleurenprofiel. Doetinchem: Graviant educatieve uitgaven; 2011.
32. Cocco KM, Harper DC. Substance use in people with mental retardation: a missing link in understanding community outcomes? *Rehabil Couns Bull* 2002;46:33-40.
33. Taggart L, McLaughlin D, Quinn B, et al. Listening to people with intellectual disabilities who misuse alcohol and drugs. *Health Soc Care Community*, 2007;15:360-8.
34. IGZ. Gebrekkige indicatiestelling en samenwerking bedreiging voor kwaliteit van zorg voor licht verstandelijk gehandicapten. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg; 2010.
35. Dijkstra M, Bransen E. *Open en Alert: Handboek voor preventiemedewerkers*. Utrecht: Trimbos-instituut; 2011.
36. De Haan K, Wielenga F, van Meijel B. *Leefstijltraining-PLUS: Implementatiehandleiding*. Amsterdam: Hogeschool Inholland; 2012.

Over de auteurs

Drs. Koos de Haan is verpleegkundige, docent, verpleegwetenschapper en zelfstandig ondernemer.
Froukje Wielenga MSc. werkt als begeleider bij Sherpa.
Dr. Addy Pruijsers is gz-psycholoog. Zij is werkzaam bij Esdege-Reigersdaal, waar ze is verbonden aan het cluster De Ronde - Expertisecentrum VG-GGZ.
Prof. dr. Berno van Meijel is lector/bijzonder hoogleraar GGZ-verpleegkunde aan de Hogeschool Inholland, het VU Medisch Centrum / afdeling Psychiatrie te Amsterdam en de Parnassia Groep te Den Haag.

Correspondentieadres: f.wielenga@gmail.com