

Van stagnatie naar beweging: een kwalitatieve analyse van consultaties in de (jeugd-)ggz

B. Stringer, L. van Raalte, S. van der Weerd, D. van Kempen, D. Rammers, B. Koekkoek, F.E. Scheepers

- Achtergrond** Als het resultaat van ggz-behandeling en zorg over een langere periode achterblijft, komt bij ernstige problematiek de samenwerking tussen cliënt, diens naasten en professionals vaak onder druk te staan. Voor dit soort vastgelopen behandelsituaties kan consultatie worden aangevraagd.
- Doel** Het ontsluiten van de opgedane kennis en ervaringen uit consultaties van Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) binnen de (jeugd-)ggz voor de praktijk.
- Methode** Retrospectief kwalitatief onderzoek, waarin dossieranalyse (n = 60) en focusgroepen als onderzoeksmethoden gecombineerd werden.
- Resultaten** Een kernbevinding uit dit onderzoek was dat bij een vastlopende behandelsituatie betrokkenen gebaat waren bij reflectie vanuit een narratieve benadering met ruimte voor een meervoudig perspectief. Het in beeld krijgen van het levensverhaal van de cliënt bood daarbij nieuwe ingangen voor eventuele behandeling, zoals een passende begeleidingsstijl, betekenisvolle daginvulling of verbeteren van de relatie. Het effect van consultatie bleek geen lineair proces, maar een zorgvuldig afstemmen op hoe een team zich verhiel tot wat zich aandienende en of er beweging kon komen in het gezamenlijk narratief.
- Conclusie** Dit onderzoek laat zien hoe binnen complexe zorgsituaties patronen zichtbaar worden die verder reiken dan de afzonderlijke consultaties. Door deze patronen te herkennen en te begrijpen, kunnen teams houvast vinden en complexe zorgsituaties duurzaam in beweging brengen.

Professionals, cliënten en hun naasten in de (jeugd-)ggz werken in het merendeel van de situaties goed samen met voldoende resultaat. Cliënten herstellen en kunnen hun leven hervatten. Het wordt ingewikkelder in situaties waarin het resultaat van langer durende en intensieve behandeling achterblijft. Daardoor komt ook de samenwerking onder druk te staan. De handelingsverlegenheid onder professionals neemt in dit soort vastlopende behandelsituaties toe, levens van cliënten stagneren en naasten raken overbelast. Dit zorgt bij professionals voor morele stress, omdat zij vaak niet kunnen bieden waarvan ze wel weten of vinden dat het nodig is.¹ Handelingsverlegenheid kan leiden tot een uitstotingsreflex, in de vorm van gast- of overplaatsingen, langdurende separaties en uitschrijving van cliënten. Terwijl vanuit cliënt- en naastenperspectief in dit soort situaties juist een stabiele omgeving en continuïteit van betrokkenen gewenst wordt.²

Voor vastlopende situaties is in Nederland het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) beschikbaar voor consultatie (zie [onlinebijlage 1](#)). Tijdens consultaties kijkt het CCE samen met de betrokkenen naar de vast-

lopende situatie vanuit de verschillende perspectieven. Door te begrijpen en te expliciteren waarom het vastloopt, probeert het CCE weer beweging te krijgen. De gezamenlijke analyse over wat heeft bijgedragen aan het vastlopen en wat kan helpen bij het weer in beweging krijgen van de situatie noemen we het narratief. Dit gedeelte narratief geeft aanknopingspunten voor oplossingsrichtingen die bijdragen aan het vergroten van de kwaliteit van bestaan van de cliënt en de samenwerking in de triade (cliënt, professionals en naasten).

Door het systematisch beschouwen van ervaringen die het CCE opdoet in consultaties, kunnen we de kennis hierover ontsluiten voor de praktijk.

In een eerder CCE-onderzoek onderzochten Stringer e.a. in wat voor soort situaties professionals in de ggz handelingsverlegenheid ervaren. Dit betrof situaties rondom 1. agressie, 2. zelfbeschadiging, 3. zelfverwaarlozing en 4. sociaal-maatschappelijk grensoverschrijdend gedrag van cliënten.^{3,4} Voor een toelichting op deze situaties zie: https://cce.nl/sites/cce.nl/files/2022-06/factsheet_cce_onderzoek_consultaties_in_ggz.pdf.

In dit vervolgonderzoek richten we ons op het verdiepen en verrijken van de vier eerder gevonden exemplarische situaties (ES'en), met de volgende onderzoeksvragen:

- Op welke manieren draagt consultatie bij aan een ander 'narratief' en daarmee aan een andere betekenis voor het gedrag en de dynamiek?
- Welke consequenties heeft dit andere narratief voor de uiteindelijke oplossingsstrategieën voor de vastlopende behandelsituatie?
- Hoe worden deze oplossingsstrategieën geïmplementeerd in het kader van consultatietrajecten en met welk effect?

Voor het huidige onderzoek hebben we de scope verbreed naar de jeugd-ggz, nadat we bij een verkenning onder betrokkenen hadden vastgesteld dat de gevonden exemplarische situaties ook voor professionals in de jeugd-ggz herkenbaar waren.

METHODE

We verrichtten een retrospectieve kwalitatieve studie, waarbij we dossieranalyse en focusgroepen als onderzoeksmethoden combineerden. Vanuit de dossiers gebruikten we de aanvraagformulieren en de bevindingenverslagen. Het aanvraagformulier omvat de perspectieven van de professionals, cliënt en/of naasten op de reden van aanvraag voor de consultatie. In het bevindingenverslag wordt de uitgebreide analyse van de vastlopende situatie vanuit meerdere perspectieven beschreven en de door CCE-consulenten gegeven specifieke oplossingsrichtingen.

De focusgroepen gaven aanvullend generiek inzicht in het consultatieproces, zoals dat verloopt nadat het bevindingenverslag is besproken met alle betrokkenen. Deze focusgroepen hadden hiermee het doel om zicht te krijgen op de implementatie en het resultaat van de voorgestelde oplossingsrichtingen in de praktijk.

Onderzoekspopulatie en steekproef

Het CCE werkt met een cliëntinformatiesysteem (CIS) waarin een dossier wordt bijgehouden van elke consultatie. Om tot de onderzoekspopulatie te komen maakten we een selectie van de consultatiedossiers uit dit CIS. Selectiecriteria waren: afsluitdatum tussen januari 2016 en januari 2023, leeftijd 12-65 jaar en sectoren ggz en jeugd. We selecteerden alleen dossiers waarbij de consultatie afgesloten werd wanneer de oorspronkelijke consultatievraag beantwoord was. Dit resulteerde in 1285 dossiers.

Deze deelden we handmatig in in een van de eerdergenoemde vier categorieën van exemplarische situaties of in de categorie 'overig'. De dossiers werden verdeeld tussen de eerste en tweede auteur en twee collega's na instructie en onder supervisie van de eerste auteur. Bij twijfel over toewijzing van een dossier aan een ES besloot de eerste auteur of werd het dossier toegewezen aan de categorie 'overig'.

De uiteindelijke procentuele verdeling over de ES'en en de categorie 'overig' kwam in deze steekproef redelijk overeen met die van het eerdere onderzoek:

- ES 1. agressie: 20 versus 24%;
- ES 2. zelfbeschadiging: 19 versus 22%;
- ES 3. zelfverwaarlozing: 16 versus 24%;
- ES 4. sociaal-maatschappelijk grensoverschrijdend gedrag: 9 versus 12%;
- 'overig' 21 versus 17%.⁴

Bij de resterende dossiers was geen bevindingenverslag aanwezig (7%), of was sprake van onderwijscasuïstiek (9%).

Van de 805 dossiers toegewezen aan de vier exemplarische situaties selecteerden we random volgens een verdeelsleutel 15 per exemplarische situatie, waarvan er gemiddeld 10 behoorden tot de sector ggz (volwassenen) en 5 tot de sector jeugd. Bij onvoldoende informatiedichtheid in een dossier werd een boven- of onderliggend dossier gekozen. Dit resulteerde in een uiteindelijke steekproef van 60 dossiers.

Dataverzamelmethode

Naast de aanvraagformulieren en bevindingenverslagen hielden we vier focusgroeptijden bijeenkomsten, elk gericht op één exemplarische situatie. In deze focusgroepen werd gereflecteerd op dilemma's en bijzonderheden die uit de kwalitatieve data-analyse van de dossiers kwamen en op het proces in consultaties. Elke focusgroep bestond uit 8 tot 12 coördinatoren en consulenten, die nauw betrokken waren bij consultaties binnen de desbetreffende exemplarische situatie. Twee coördinatoren en een consulent participeerden in twee focusgroepen, vanwege hun brede ervaring. Gezien de focus op één specifieke exemplarische situatie had deze dubbele participatie geen substantiële impact op de resultaten. Eén van de onderzoekers trad op als facilitator (SW), de andere onderzoekers (BS en LR) namen deel aan alle focusgroepen om waar nodig de analyse toe te lichten. De transcripten van deze focusgroepen gebruikten we als onderzoeksdata. Een samenvatting van de focusgroepen werd als *member check* voorgelegd aan de participanten van de focusgroepen.

Data-analyse

De data uit de consultatiedossiers en focusgroepen werden thematisch geanalyseerd met het codeerprogramma ATLAS.ti.⁵ Het analyseproces bestond uit meerdere stappen, waaronder het transcriberen, het open coderen van de gegevens, het ontwikkelen van thema's (BS, LR) en het verfijnen van deze thema's door middel van iteratieve vergelijking (BS, LR, SW) en overleg tussen onderzoekers (DR, DK, BK, FS). Door deze methodiek konden we patronen en thema's systematisch identificeren. Door te selecteren op informatierijke dossiers per exemplarische situatie in combinatie met de reflecties uit de focusgroepen werd datasaturatie bereikt. Gedurende het gehele onderzoeksproces werd een logboek bijgehouden om alle stappen systematisch te documenteren en de transparantie van het onderzoek te waarborgen.

Medisch-ethische aspecten

De Medisch Ethische Toetsingscommissie NedMec heeft een niet-WMO-verklaring afgegeven (23-113/DB) voor het onderzoeksvoorstel omdat het retrospectief verkrijgen van informed consent als niet noodzakelijk werd beschouwd. Aan de deelnemers van de focusgroepen werd wel informed consent gevraagd. Het onderzoek werd uitgevoerd binnen de geldende wet- en regelgevingen, waaronder de Algemene Verordening Gegevensbescherming. De CIS-data werden vastgelegd in een Excel-databestand. Anonimiteit en vertrouwelijkheid werden gewaarborgd door het gebruik van geanonimiseerde data en het zorgvuldig opslaan van alle gegevens in beveiligde databases. Enkel de hoofdonderzoeker (BS) en medeonderzoeker (LR) hadden toegang tot de data en het sleutelbestand van de deelnemers om te kunnen bepalen aan welke exemplarische situatie een dossier moest worden toegewezen.

RESULTATEN

Hoewel de uitingsvorm van het gedrag in de verschillende exemplarische situaties verschilde, bleken de onderliggende factoren die meespeelden in het tot stand komen en in stand houden van de vastlopende situatie bij de vier exemplarische situaties zeer vergelijkbaar. We beschrijven de resultaten van onze studie dan ook generiek aan de hand van de volgende indeling:

1. het narratief, bestaande uit:
 - generieke elementen in vastlopende situaties vanuit verschillende perspectieven;
 - exemplarische patronen die verklarend zijn voor het vastlopen van de situatie;
2. de oplossingsrichtingen die aangedragen worden binnen de consultatie;
3. de implementatie en het effect van consultatie.

Het narratief

Het narratief dat in consultaties ontstond, was meer eenvoudig en omvatte de perspectieven van respectievelijk cliënten, professionals en naasten. Binnen die perspectieven werden de gevonden thema's uitgelicht.

Het narratief vanuit het perspectief van cliënten

Een terugkerend thema in de analyse was dat cliënten in hun levensloop veel negatieve levensgebeurtenissen hadden meegemaakt en mede daardoor een negatief zelfbeeld en (inadequate) copingstrategieën hadden ontwikkeld. In veel gevallen speelden verwaarlozing en onveiligheid in het opgroeien, fysiek en seksueel misbruik; ook verlieservaringen kenmerkten het verleden van veel cliënten. Alle casussen vertoonden meervoudige psychische problematiek met combinaties van autismespectrumstoornissen, psychotische stoornissen, persoonlijkheidsproblematiek, hechtingsproblematiek, ADHD, lichte verstandelijke beperking en trauma. Cliënten beschreven dat hun gedrag hielp om zich staande te houden in situaties van lijden en ontwrich-

ting (zie [onlinetabel 1](#)). Het gedrag, dat verschilde per exemplarische situatie, kon daarmee worden begrepen als een uiting van onvervulde, generieke onderliggende behoeften of als functie, zoals veiligheid, verbinding, controle en erkenning. Door een disharmonisch ontwikkelingsprofiel werden zij bovendien regelmatig overschat in hun leervermogen, wat vaak leidde tot overvraging en terugkerende faalervaringen.

Citaat focusgroep 1: *'Want wat ik ook vaak meemaak, is de onmacht van de cliënt zelf en het door alle hulpverlening en dingen die misgaan, het ontstaan van echt negatieve kernovertuigingen en de hopeloosheid en het ja het verlies van hoop in verbetering. Ja, dat vind ik ook een hele hardnekkige factor die parten kan spelen.'*

Een ander thema betrof de vele negatieve leerervaringen die in de vaak lange hulpverleningsgeschiedenis waren opgedaan en die het vertrouwen hadden geschaad en het negatieve zelfbeeld hadden versterkt. Cliënten ervoeren controleverlies over hun leven en een door negatieve ervaringen ingegeven weerstand tegen 'bemoeienis'. Ingrijpende ervaringen met bijvoorbeeld dwangvoeding, afzonderingen, inzet van politie of uithuisplaatsingen zetten de behandelrelatie onder druk en voedden negatieve emoties. Reacties vanuit teams op het aanhoudende ontstane gedrag ervoeren cliënten vaak als contraproductief en deze vergrootten het wantrouwen en gevoel van onbegrip.

Het narratief vanuit het perspectief van professionals

Een thema onder professionals, zeker begeleiders, was dat zij opvallend vaak in hun (werkzame) leven ook te maken hadden gehad met impactvolle gebeurtenissen die angst en stress met zich meebrachten. Deze ervaringen konden de relatie met de cliënt kleuren, zeker wanneer de druk vanuit 'probleemgedrag' opliep.

Citaat uit focusgroep 2: *'Ik had er laatst een late dienst en ik kwam erachter dat de vier personeelsleden die allemaal in dienst waren en meestal in het kantoor zaten en die hadden allemaal een trauma, allemaal trauma rondom geweld. Er ging die avond niks gebeuren, nee gewoon helemaal niets, nada, niente. Geen enkel risico. En dat is dan de sfeer.'*

Professionals voelden zich vaak gestrest, machteloos en overspoeld door de complexiteit van de problematiek wanneer effect van behandelmethoden uitbleef. Gebrek aan een gedeelde visie op de situatie en fragmentatie van informatie binnen teams hielden de situatie in stand of verergerden die. Dit probleem werd versterkt door veelvuldige wisselingen in teams en de daarmee gepaard gaande werkdruk. Dit alles versterkte de neiging om cliënten over te plaatsen en de 'dreiging' die daarvan uitging, deed het onderlinge vertrouwen binnen de triade van cliënt, naasten en professionals geen goed.

Professionals worstelden regelmatig met de samenwerking met naasten; soms gaven ze aan dat er nauwelijks samen te werken viel, vaker was het heel erg moeilijk om constructief te blijven samenwerken als er zoveel aan de hand was of misging. Professionals ervoeren

daarbij niet altijd voldoende steun van leidinggevers en hoger management.

Het narratief vanuit het perspectief van naasten

Onder naasten was het kernthema: het vertrouwen in hulpverlening dat regelmatig geschaad was, zeker als zij al lang betrokken waren. Zij waren gefrustreerd over het ontbreken van tijdige passende hulp vanwege wachtlijsten of passende indicaties. Wisselingen in professionals, inconsistent beleid en onduidelijke communicatie leidden tot wantrouwen. Naasten gaven aan dat samenwerking met professionals soms nauwelijks mogelijk was of leek te worden afgehouden.

Bron bevindingenverslag: *‘Er gebeuren momenteel veel incidenten die (deels) samenhangen met discontinuïteit in het team en met de setting van een crisisafdeling. Moeder kan begrip opbrengen dat niet alle risico's zijn uit te sluiten, maar ziet ook zaken misgaan in de communicatie binnen het team, waardoor xxx onnodig in risicovolle situaties terecht komt.’*

Schuldgevoelens en onmacht bemoeilijkten constructief samenwerken, zeker wanneer er zaken misgingen. Naasten ervoeren bijna allemaal overbelasting. Veelal was er sprake van systeemproblematiek waaronder geweld, scheidingen en onveiligheid.

‘Exemplarische’ patronen

In aanvulling op het voorgaande liet de data-analyse de volgende exemplarische patronen in consultaties zien. Deze waren onderdeel van het narratief en gaven duiding aan het vastlopen van de situatie.

Regelmatig verschilden professionals, naasten en cliënt van visie op het behandelbeleid. Dit leverde extra druk op doordat elke partij zich bevestigd zag in diens eigen perspectief en aannames. Hiermee verhardden posities zich. Bij elk ‘incident’ (agressie, zelfbeschadigend of suïcidaal gedrag, risicovol gedrag of verwaarlozing) voelden professionals zich gesterkt in hun ‘logische’ reactie, voelden cliënten zich minder gehoord en gezien in hun ‘noden’ en werden de machteloosheid en frustratie bij naasten groter. Wanneer enkel naar het gedrag of symptomen van de cliënt gekeken werd en niet naar de onderliggende behoefte of functie zoals uit **onlinetabel 1** blijkt, verergerde de vastlopende behandelsituatie, met blikvernaauwing en rigiditeit tot gevolg. Een bijkomend aspect was verdeeldheid tussen collega's onderling: uiteenlopende visies op het behandelbeleid leidden tot frustratie en wantrouwen, wat doorwerkte naar de cliënt en naasten met als gevolg toenemend wantrouwen bij hen en meer druk op de situatie.

De aard en de intensiteit van emoties bij teamleden en naasten leken enigszins te verschillen per exemplarische situatie. Zo had de angst bij zelfdestructief gedrag (persoonlijke impact) vaak een andere lading dan die bij agressie (directe bedreiging). Dit raakte aan persoonlijke normen en waarden: er was vaak meer consensus tussen professionals en naasten over het niet accepteren van agressie, dan over het kunnen verdragen van

aanhoudend zelfdestructief gedrag met soms het risico op overlijden. Die normen en waarden bepaalden ook persoonlijke grenzen. Wanneer die in het geding kwamen, versterkten de persoonlijke copingstrategieën bij professionals en naasten, met als gevolg vaak rigiditeit in denken.

Hoe risicovoller het gedrag van de cliënt, hoe meer de focus van betrokkenen lag op het beheersen van gedrag (en niet op de behoefte daaronder) en des te meer de situatie verergerde. Professionals labelden het gedrag soms als intentioneel of manipulatief; het lukte hun dan niet meer om het als coping van de cliënt te zien. Er heerste vaak veel angst voor fouten en controleverlies, wat weer kon zorgen voor vermijding van risico's en overmatige beheersing.

Een laatste aspect was dat veel cliënten bij wie het gedrag grote druk op de omgeving zette, geen zinvolle daginvulling en weinig sociale interactie hadden, waardoor hun ontwikkeling stagneerde en gedrag verergerde. Professionals en ook naasten gaven vaak aan dat iemand ‘te slecht’ was voor aangeboden activiteiten of dat het niet haalbaar was. Dit hing samen met de nadruk op beheersing van risico's.

Samenvattend: het bleek dat het narratief verbreed kon worden door het expliciet maken van het meervoudige perspectief. Consultatie creëerde ruimte voor reflectie op de ontstane situatie en zorgde er soms voor dat betrokkenen überhaupt (weer) met elkaar in gesprek kwamen. Hierdoor verschoof het narratief van het probleem eenzijdig toeschrijven aan de cliënt naar inzicht in onderliggende factoren, behoeften en patronen bij alle betrokkenen. Die andere, meer ontschuldigende duiding van de situatie creëerde vaak ruimte om oplossingsrichtingen te bedenken en uit te proberen.

Oplossingsstrategieën

Oplossingsrichtingen die uit de data-analyse zichtbaar werden, waren onder te verdelen naar:

- versterken van relaties, gedeelde visie en samenwerken;
- ondersteunen van teams;
- afstemmen op onderliggende behoefte van de cliënt en diens levensverhaal;

Versterken van relaties, gedeelde visie en samenwerken.

Zoals weergegeven, gaf het gedeelde narratief zicht op het belang van een gedeelde visie tussen professionals onderling en tussen professionals, cliënt en naasten. In de consultaties werd geïnvesteerd in het vormen van een duidelijke en gedeelde visie om consistentie in het behandelbeleid te creëren. Door ruimte te maken voor reflectie binnen de triade op de ontstane situatie en voor ieders ervaringen en betekenisverlening, werden de relaties tussen betrokkenen versterkt. Ook door het hernieuwd aangaan van dagelijkse activiteiten werden relaties versterkt.

Ondersteunen van teams

Vanuit het narratief dat in een consultatie ontstond, bleek hoe belangrijk het was om goed te zorgen voor teams die dagelijks werken in deze complexe situaties. Door middel van intervisie en team-coaching werden teams ondersteund om beter samen te werken. Het faciliteren van herstelruimte na heftige incidenten was hierbij belangrijk. Aandacht voor persoonlijke copingstrategieën, fenomenen als (tegen)overdracht en constructieve samenwerking met cliënt en naasten bleken ook essentieel. Actieve steun en zichtbaarheid vanuit het management waren hierbij elementen die hielpen om uitputting, demoralisatie en het vertrek van professionals tegen te gaan.

Afstemmen op behoefte van de cliënt en diens levensverhaal

Binnen CCE-consultaties werd veel aandacht besteed aan het levensverhaal van cliënten. Er was in hun leven veelal sprake van gefragmenteerde zorg en behandeling, waarvan ook bij professionals slechts gedeeltes bekend waren en persoonlijke informatie over wie iemand was, verloren gingen, zeker bij herhaaldelijke overplaatsing. Het in kaart brengen van het levensverhaal hielp professionals begrijpen waar de cliënt vandaan kwam en wie die was. Dit kon bijdragen aan meer empathie en compassie, en daarmee een passende bejegening en ondersteuning (vaak met minder overvraging). Voor cliënten kon het opstellen van een levensverhaal helpen om meer samenhang in hun leven te zien.

Wanneer in consultaties aanvullingen op de beeldvorming werden gedaan, vooral rond adaptief en executief functioneren (met instrumenten zoals *Schaal voor Emotionele Ontwikkeling* (SEO), *Adaptive Ability Performance Test* (ADAPT), *Vineland Adaptive Behavior Scales*, *Wechsler Adult Intelligence Scale 4de editie* (WAIS-IV), *Behavior Rating Inventory of Executive Function* (BRIEF)) en deze werden vertaald naar een passende begeleidingsstijl, gaf dat professionals meer handvatten om begeleiding beter af te stemmen op de cliënt en werd het risico op overvraging verminderd. Door in de begeleiding te focussen op onvoorwaardelijkheid, nabijheid en voorspelbaarheid, kon beter worden aangesloten op de onderliggende behoeften. Dat zorgde niet alleen voor meer empathie, maar gaf ook meer ruimte om effectief samen te werken.

Wanneer professionals zich meer gesteund voelden door naasten en management om verantwoorde risico's te nemen, zagen we dat cliënten meer eigen regie konden ervaren. Het was daarbij belangrijk om te streven naar een 'normaal leven' met een focus op praktische vaardigheden en aanleren van functionele coping, in plaats van behandelstijlen in te zetten waarbij veel zelfreflectie en zelfinzicht vereist waren. Voor veel cliënten was het moeilijk om te reflecteren en kon de nadruk daarop juist overvragend werken.

Regelmatig werd (trauma)behandeling aangereikt als oplossingsrichting ondanks de aanwezigheid van

probleemgedrag. De vaak nog ervaren aarzeling bij (trauma)behandeling kon worden weggenomen door voldoende aandacht te besteden aan de draagkracht van de cliënt en diens omgeving, uitleg aan betrokkenen over mogelijke (bij)effecten en voldoende steunbronnen te organiseren. Aandacht voor hechting, emotieregulatie en zelfbeeld was daarbij eveneens belangrijk. Ook het zoeken naar zinvolle daginvulling en het normaliseren van alledaagse routines zou niet vermeden moeten worden vanwege probleemgedrag. Het (weer) aangaan van alledaagse activiteiten gaf namelijk hernieuwd invulling aan relaties door het opdoen van nieuwe gedeelde ervaringen.

Implementatie en effect van oplossingsstrategieën

Een ingang voor het weer in beweging krijgen van een vastlopende situatie – waardoor een consultatie effectief kon zijn – bleek zich in verschillende aspecten te kunnen aandienen. Soms via het aanvullen van ontbrekende kennis, soms via het vertellen van iemands levensverhaal, soms via het expliciteren van de exemplarische patronen en de samenwerking. Het was daarmee geen lineair proces, maar een proces van afstemmen om te begrijpen wat maakte hoe een team zich verhiel tot wat zich aandeed en of er beweging kwam in het narratief en de situatie. Belangrijk hierbij was om niet alleen te kijken naar het zichtbare gedrag, maar ook naar de onderliggende behoeften, patronen en overtuigingen die dit gedrag beïnvloedden.

Een team dat zich lerend en reflectief kon opstellen, én zich gehoord en gezien voelde, leek voorwaardelijk voor positief effect van een consultatie. Praktische en emotionele steun vanuit een teamleider gaf erkenning voor de morele stress die meekwam met een vastlopende behandelsituatie en was een bevorderende factor voor het implementeren van de oplossingsstrategieën.

Uit de focusgroepen bleek dat het in een consultatie vaak wel lukte om beweging te krijgen in het narratief over de situatie, zowel binnen het team als in de triade. Wanneer dat gebeurde, namen het wederzijds begrip, vertrouwen en geduld toe. Cruciaal hierbij waren een compleet levensverhaal en de balans tussen kunnen en aankunnen.

Het structureel en duurzaam verbeteren van de situatie van de cliënt door meer 'normalisering' in te brengen in alledaagse routines vergde meer inspanning. De ervaring van CCE-consulenten en -coördinatoren leerde dat oplossingsrichtingen en inzichten hierover uit consultaties vaak niet voldoende verankerd werden in organisaties. Het duurzaam omzetten in dagelijkse praktijk verliep moeizaam door allerlei omstandigheden. Het hielp als organisaties sleutelfiguren (zoals management) betrekken bij implementatie van deze inzichten om daadwerkelijke verandering te realiseren. Organisaties waarin een lerende cultuur en ruimte voor reflectie centraal stonden, creëerden gunstige voorwaarden voor een duurzaam effect van consultaties.

DISCUSSIE

Een kernbevinding betreffende de eerste onderzoeksvraag, hoe consultatie bijdraagt aan een ander narratief in een vastlopende behandelsituatie, is dat deze gebaat is bij reflectie vanuit een narratieve benadering. Oog hebben voor ieders ervaringen en hoe die de duiding van de situatie kleuren, is daarin een belangrijke eerste stap: hoe kunnen we begrijpen dat het gaat zoals het gaat? De exemplarische patronen die we vonden, laten zien dat reacties van cliënten, naasten en professionals vaak logisch voortkomen uit (langdurige) verlies- en rouwprocessen die in het heden doorwerken.^{6,7} Professionals worstelen daarbij met een dominant discours waarin de nadruk ligt op het oplossen van problemen, het behandelen van symptomen en het herstellen van functioneren, vanuit een sterke maakbaarheidsgedachte. Terwijl ook zij behoefte hebben aan ruimte voor betekenisverlening en relationele afstemming. Deze spanning beïnvloedt de mate waarin zij in hun begeleiding en behandeling duurzaam kunnen aansluiten bij de cliënt.

Oplossingsstrategieën

Wat betreft de oplossingsstrategieën biedt een houding van niet-weten ruimte om samen te puzzelen welke aanknopingspunten er zijn om bij te dragen aan kwaliteit van bestaan en het verstevigen en herstellen van relaties. Dat vraagt om het verdragen van ongemak en er liefdevol en steunend bij te blijven zonder het weg te willen maken. Dit vergt een reflectieve professional, die zicht heeft op de eigen levenservaring en hoe die de professionele identiteit kleurt.^{8,9}

Bij de oplossingsstrategieën is het verder opvallend hoe het narratief al bij een eerste oriëntatie in de consultatie verandert, wanneer wordt stilgestaan bij basale vragen over gezinssamenstelling, opleidingsachtergrond, werkgeschiedenis of (vroegere) hobby's, én bij de beleving van de cliënt en diens naasten van die levensloop en de interferentie van de ziektegeschiedenis daarmee. Dit levert een 'helend' levensverhaal op, waardoor behandeling en begeleiding beter aansluiten en situaties niet onnodig vastlopen.¹⁰ Het (durven) aangaan van nieuwe ervaringen geeft vertrouwen en nieuwe energie waardoor de samenwerking tussen de cliënt en diens begeleiders én tussen professionals en naasten vaak verbetert. De bevindingen in relatie tot oplossingsstrategieën laten ten slotte zien dat ondersteunen bij een zinvolle daginvulling en streven naar een zo normaal mogelijk leven belangrijk zijn. Dit vraagt om aandacht voor iemands persoonlijke context, tempo en mogelijkheden. Tegelijkertijd worden in relatie tot de implementatie en het effect van de oplossingsstrategieën systeembelemmeringen zichtbaar: organisatorische structuren, regels en financieringskaders kunnen de ruimte hiervoor beperken. Ook hier spelen heersende taakopvattingen en behandelvisies een rol: wanneer de nadruk te sterk ligt op symptoomreductie of risicobeheersing, raakt

het belang van het gewone leven en een betekenisvolle daginvulling gemakkelijk op de achtergrond. Het inzetten op een zinvolle daginvulling als integraal onderdeel van de behandelvisie en als voorwaarde voor herstel is daarentegen een belangrijk element in het doorbreken van vastlopende zorgsituaties.^{11,12}

Ruimte voor vakmanschap, tijd om het werk goed te kunnen doen, met erkenning voor deskundigheid en professionele afwegingen zijn hierbij randvoorwaarden om de oplossingsstrategieën ook duurzaam te implementeren. Een organisatie die reflectie, samenwerking en vertrouwen faciliteert vanuit een duidelijke zorginhoudelijke visie, versterkt niet alleen de kwaliteit van zorg, maar ook het moreel en werkplezier van haar medewerkers. Het expliciet erkennen van morele stress – de spanning tussen weten wat goede zorg is en die niet altijd kunnen leveren – helpt om teams te ondersteunen in de afwegingen die zij in hun werk moeten maken. Het steunen en faciliteren van de professional in dit proces vraagt om sterk leiderschap, dicht op de teams.

Sterke punten en beperkingen

De kracht van dit onderzoek is de validatie en verrijking van de eerder gevonden exemplarische situaties. Het werpt, vanuit een rijke database dicht op de klinische praktijk, door middel van datatriangulatie licht op dynamieken die vaak onbesproken blijven. De kracht is tegelijkertijd ook een beperking: de data-analyse bouwt voort op de eerder gevonden exemplarische situaties en is daarmee niet vanaf nul opgebouwd. De visie van CCE op het ontstaan en in beweging krijgen van vastgelopen behandelsituaties kleurt mee in de duiding van situaties. Vervolgonderzoek zou evaluatieonderzoek kunnen zijn waarin ook de direct betrokken professionals, cliënten en naasten participeren.

Aanbevelingen

Dit onderzoek laat desalniettemin zien hoe binnen complexe zorgsituaties patronen zichtbaar worden die verder reiken dan de afzonderlijke consultaties. Door deze patronen te herkennen en te begrijpen, kunnen teams – ook zonder een CCE-consultatie – houvast vinden wanneer zij zelf vastlopen in complexe zorgsituaties. Concrete aanbevelingen die uit deze studie naar voren komen, zijn:

- Zoek naar de onderliggende, meer generieke, menselijke, behoefte of logische functie achter het gedrag en focus minder op beheersing of symptoomreductie. Dat vraagt om een open houding, vertraging en het verdragen van onzekerheid.
- Probeer het levensverhaal van de cliënt zo goed mogelijk in beeld te krijgen. Het helpt om gedrag te duiden en empathie te versterken.
- Zorg goed voor teams: investeer in een teamcultuur waarin ruimte is voor reflectie, intervisie en vakmanschap. Actieve steun van leidinggevend is hierin essentieel.

- Zet in op samen een gedeeld narratief maken binnen de triade van cliënt, professionals en naasten, waarin perspectieven elkaar aanvullen.
- Normaliseer het gewone leven en focus op een zinvolle daginvulling.

We doen met dit onderzoek ook een uitnodiging: om samen te bouwen aan een reflectieve zorgcultuur waarin teams vanuit gedeelde betekenisverlening weer ruimte kunnen creëren om vastlopende situaties in beweging te brengen.

LITERATUUR

- 1 Vinckers F, Landeweer E. Moral distress among healthcare professionals in long-term care settings: A scoping review. *Philos Ethics Humanit Med* 2025; 20: 8.
- 2 van der Weerd S, Bekkema N. Veilige Grond: Samen bouwen aan een onvoorwaardelijk thuis. Centrum voor Consultatie en Expertise. 2024. <https://cce.nl/dossiers/veilige-grond>
- 3 Stringer B, Mocking RJT, Rammers D, e.a. Consultaties bij vastgelopen behandelingsituaties: een beschrijvende studie. *Tijdschr Psychiatr* 2021; 63: 343-50.
- 4 Stringer B, Mocking RJT, Rammers D, e.a. Consultations for refractory cases in mental health services: a descriptive study. *BMC Psychiatry* 2023; 23: 79.
- 5 Braun V, Clarke V. *APA Handbook of research methods in psychology*. Washington: American Psychological Association; 2012.
- 6 Olivier-Pijpers VC, Landman W. *Bewegen bij probleemgedrag. Een (actie)onderzoek naar organisatiecontext bij het vastlopen en in beweging krijgen van situaties van probleemgedrag*. Utrecht: Centrum voor Consultatie en Expertise; 2020.
- 7 Burger TJ, van Eck RM, Lachmeijer M, e.a. Perspective matters in recovery: the views of persons with severe mental illness, family and mental health professionals on collaboration during recovery, a qualitative study. *BMC Psychiatry* 2024; 24: 802.
- 8 Razaque R, Stockmann T. An introduction to peer-supported open dialogue in mental healthcare. *B J Psych Advances* 2016; 22: 348-56.
- 9 Baart A. Kwetsbaarheid gerehabiliteerd. *Tijdschr Rehab Herstel* 2013; 4: 30-7.
- 10 Veldmeijer L, Terlouw G, Van 't Veer J, e.a. the design rationale and preliminary evaluation of a prototype designed by people with lived experience of psychosis and professionals: design research study. *J Particip Med* 2025; 17: e80184.
- 11 Stringer B, Wulms G, Boot E, e.a. Handelingsperspectieven voor een zinvolle daginvulling bij ernstig probleemgedrag. *Tijdschr Psychiatr* 2024; 66: 244-5.
- 12 Burger TJ, de Haas HJ, Van Eck RM, e.a. Delivery and delay of guideline pharmacological, psychological, and social interventions for adults with complex psychosis in Dutch inpatient rehabilitation units: A retrospective study. *Int J Soc Psychiatr* 2025; 72: 269-80.

AUTEURS

Barbara Stringer, directeur, Kenniscentrum Phrenos.

Lucy van Raalte, ten tijde van het onderzoek: onderzoeker, CCE.

Sara van der Weerd, projectleider expertisemanagement, CCE.

Dorothe van Kempen, coördinator, CCE.

Didier Rammers, coördinator, CCE.

Bauke Koekkoek, lector Onbegrepen gedrag en samenleving, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen en Politieacademie Apeldoorn; verpleegkundige, crisisdienst Pro Persona.

Floortje Scheepers, hoogleeraar Innovatie in de GGZ, UMC Utrecht; wetenschappelijk adviseur Kenniscentrum Phrenos.

Correspondentie

Dr. Barbara Stringer (bstringer@kcphrenos.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 15-5-2026.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2026;68(08):423-429