

Consultaties bij vastgelopen behandel-situaties: een descriptieve studie

B. Stringer, R.J.T. Mocking, D. Rammers, B. Koekkoek

- Achtergrond** Ruim een miljoen cliënten zijn jaarlijks in behandeling binnen de ggz, waarbij behandeling vaak tot verbetering leidt. Tegelijkertijd kent elke zorgprofessional situaties waarbij verbetering van het functioneren van cliënten uitblijft en zorgprofessionals handelingsverlegen zijn. Voor deze vastgelopen situaties is het Centrum voor Consultatie en Expertise beschikbaar. Deze consultaties geven daarom een uniek beeld van handelingsverlegenheid in de ggz.
- Doel** Inzicht bieden in achtergronden en thema's die een rol spelen bij (het verminderen van) handelingsverlegenheid.
- Methode** Descriptieve studie met kwantitatieve en kwalitatieve data van 472 consultaties in de ggz.
- Resultaten** 83% van de casussen kon verklaard worden door 4 exemplarische situaties van handelingsverlegenheid: zelfbeschadiging, agressie, zelfverwaarlozing en sociaal-maatschappelijk grensoverschrijdend gedrag.
- Conclusie** Bij vastgelopen situaties ontstaat een interactiepatroon dat de situatie ongewild in stand houdt of doet verergeren. Deze studie biedt een visie op vastgelopen situaties die in veel gevallen helpend is gebleken om weer perspectief te bieden voor cliënten, naasten en zorgprofessionals.

Ruim een miljoen cliënten zijn jaarlijks in behandeling binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz) (de Ruiter e.a. 2017). Behandeling draagt meestal bij aan herstel en verbetering van de kwaliteit van leven (Kroon e.a. 2019). Tegelijkertijd kent vermoedelijk elke zorgprofessional situaties waarbij verbetering uitblijft en waar richtlijnen geen antwoord bieden op de multiproblematiek. Voor dergelijke vastgelopen situaties is in Nederland sinds 1989 het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) beschikbaar, initieel in de verstandelijk gehandicaptensector. Het doel van het CCE is om in vastgelopen situaties handelingsverlegenheid te doorbreken door vanuit een onafhankelijke positie mee te denken in het vinden van hernieuwd perspectief, om de kwaliteit van leven te vergroten.

CCE is een landelijke organisatie. Zorgprofessionals kunnen bij CCE kosteloos een consultatie aanvragen, net als de cliënt zelf of naasten. CCE werkt aanvullend op en ondersteunend aan de bestaande behandeling. Coördinatoren zijn verantwoordelijk voor het proces van en randvoorwaarden voor de consultatie. Voor iedere situatie zetten coördinatoren deskundigheid op maat in, waarbij zij een beroep doen op een netwerk van deskundigen met verschillende professionele achtergronden (<https://cce.nl/netwerk-van-externe-deskundigen>). Indien mogelijk betreft men ook de naasten hierbij.

Betrokkenheid van CCE eindigt in principe als zorgprofessionals weer voldoende mogelijkheden ervaren om zelf de kwaliteit van leven van de cliënt te verbeteren of op peil te houden.

Sinds 2008 heeft CCE haar werkterrein verbreed naar de ggz, jeugd- en ouderenzorg. CCE wordt jaarlijks circa 1500 keer geconsulteerd, waarvan ongeveer 300 keer door de ggz. Afgezet tegen alle ggz-behandelingen is dit een marginaal aantal. Gezien de opdracht van CCE geven deze consultaties echter wel een uniek beeld van handelingsverlegenheid in de ggz.

Het doel van dit artikel is om inzicht te geven in die situaties waar professionals in de ggz handelingsverlegenheid ervaren met als onderzoeksvragen:

- Rond welke exemplarische situaties ontstaat handelingsverlegenheid?
- Welke cliënt- en contextvariabelen liggen hieraan ten grondslag?
- Welke oplossingsrichtingen worden aangedragen?

METHODE

Steekproef

Bij CCE aangevraagde ggz-consultaties, bij cliënten van 18-65 jaar, afgesloten in de periode 1 januari 2016-1 juli

AUTEURS

Barbara Stringer, coördinator, Centrum voor Consultatie en Expertise, Gouda.

Roel J.T. Mocking, aios Psychiatrie en universitair docent, Amsterdam UMC, locatie AMC, afd. Psychiatrie, Universiteit van Amsterdam.

Didier Rammers, coördinator en programmaleider GGZ, Centrum voor Consultatie en Expertise, Zwolle.

Bauke Koekkoek, lector Onbegrepen gedrag en samenleving, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, en Politieacademie Apeldoorn, en verpleegkundig specialist, crisisdienst ProPersona.

Correspondentieadres

Dr. Barbara Stringer, CCE, Tielweg 6c, 2803 PK Gouda.
E-mail: barbarastringer@cce.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 18-11-2020.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(5):343-350

2019, werden geïncludeerd. Aanvragen waarbij na een eerste selectie geen consultatie gestart bleek, werden geëxcludeerd (n = 63). Redenen hiervoor waren: verhuizing, overlijden of geen toestemming van de cliënt; geen reactie van aanvrager na herhaaldelijk contact. Na deze exclusie bleven 472 consultaties over.

Dataverzameling

CCE werkt met een cliëntvolgsysteem (CVS) waarin een dossier wordt bijgehouden van alle consultaties. Voor deze studie gebruikten we de automatisch anoniem-generende variabelen uit CVS. Naast deze kwantitatieve data wordt bij afsluiten van het dossier in het CVS een kwalitatieve samenvatting opgenomen met de volgende items: probleembeschrijving, probleemverklaring, interventies en resultaten.

Data-analyse

We analyseerden de kwantitatieve data over situaties waarbij consultatie werd gevraagd descriptief (aantal met percentage, gemiddelde en standaarddeviatie). Aanvullend distilleerden we enkele exemplarische situaties uit de kwalitatieve data door de samenvattende beschrijvingen uit de dossiers te analyseren. Deze kwalitatieve analyse betrof een thematische inhoudsanalyse (Van Staa & De Vries 2014).

In een oriënterende analyse vonden we zestien categorieën (BS), die we bediscussieerden met de coauteurs (RM en BK). Na deze *peer debriefing* brachten we het aantal categorieën terug tot vier plus een restcategorie. Twee klankbordgroepen van vijf interne en zes externe experts bespraken de categorieën nader (BS en DR). In een laatste *peer debriefing* met coauteurs werden de vier exemplarische situaties definitief bepaald (BS, RM en BK).

Datatriangulatie van de kwantitatieve en kwalitatieve bevindingen bood nadere onderbouwing van de exemplarische situaties.

Medisch-ethische aspecten

Deze retrospectieve dossierstudie was niet WMO-plichtig en behoefde dus ook geen METC-toetsing.

RESULTATEN

Kwantitatieve bevindingen

De 472 consultaties betroffen 462 unieke cliënten (10 heraanmeldingen); zie [tabel 1](#) en [onlinesupplement](#). Algemene handelingsverlegenheid was bij 323 consultaties de reden voor aanmelding; bij respectievelijk 120 en 22 consultaties betrof het handelingsverlegenheid in de vorm van het ontbreken van passend zorgaanbod of een stagnerende dialoog (vertrouwensbreuk of conflict tussen de betrokken partijen). Bij afsluiting was in 60% de vraag van de aanmelder beantwoord.

Kwalitatieve bevindingen

Van de consultaties konden we op basis van de kwalitatieve samenvattingen vier exemplarische situaties formuleren die de handelingsverlegenheid bij aanvang van de consultatie typeerden. Samen omvatten deze situaties 83% van het totaal aantal consultaties. De categorie 'overig' omvatte 17%, met als voorbeelden conversie, somatisch-symptoomstoornis, syndroom van Korsakov en vroeg-dementiële beelden.

De vier exemplarische situaties waren:

- Zelfbeschadiging: de cliënt beschadigde zichzelf en het team verloor zijn positiviteit tegenover de cliënt.

Tabel 1. Overzicht van variabelen uit cliëntvolgsysteem

VARIABLE/EXEMPLARISCHE SITUATIES	TOTAAL	ZELF-BESCHADIGING	AGRESSIE	ZELF-VERWAARLOZING	SOCIAAL-MAATSCHAPPELIJK GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG	ANDERS
N (%)	472 (100)	114 (24,2)	103 (21,8)	115 (24,4)	59 (12,5)	81 (17,2)
Sekse (n, %)						
Man	262 (55,5)	18 (15,8)	78 (75,7)	92 (80)	32 (54,2)	42 (51,9)
Vrouw	207 (43,9)	95 (83,3)	24 (23,3)	22 (19,1)	27 (45,8)	39 (48,1)
Missing	3 (0,6)					
Leeftijd (gem., uitersten, SD)	35,8 (19-64; 12,93)	30,7 (19-58; 11,1)	37,1 (19-64; 12,4)	38,8 (19-64; 12,7)	37,9 (19-64; 13,4)	35,4 (19-63; 13,4)
Doorlooptijd consultatie (mnd; SD)	10,2 (6,6)	10,0 (6,7)	9,4 (6,4)	10,9 (6,7)	11,2 (7,2)	9,1 (5,6)
Aanmelder (n, %)						
Cliënt	36 (7,6)	16 (14,0)	0 (0,0)	9 (7,8)	1 (1,7)	10 (12,3)
Cliëntvertegenwoordiger	62 (13,1)	14 (12,3)	6 (5,8)	24 (20,9)	1 (1,7)	17 (21,0)
Zorgaanbieder	338 (71,6)	76 (66,7)	93 (90,3)	77 (67,0)	51 (86,4)	41 (50,6)
Anders	42 (7,9)	6 (5,3)	4 (3,9)	5 (4,3)	5 (8,5)	12 (14,8)
Missing	4 (0,8)					
Aanmeldredenen (n, %)						
Handelingsverlegenheid	323 (68,4)	87 (76,3)	76 (73,8)	85 (73,9)	39 (66,1)	36 (44,4)
Ontbreken passend aanbod	120 (25,4)	18 (15,8)	23 (22,3)	26 (22,6)	19 (32,2)	34 (42,0)
Stagneren dialoog	22 (4,7)	5 (4,4)	3 (2,9)	4 (3,5)	1 (1,7)	9 (11,1)
Missing	7 (1,5)					
Afsluitredenen (n, %)						
Vraag beantwoord	285 (60,4)	60 (52,6)	58 (56,3)	85 (73,9)	41 (69,5)	41 (50,6)
Afgebroken zorgaanbieder	51 (10,8)	14 (12,3)	13 (12,6)	6 (5,2)	5 (8,5)	13 (16,0)
Afgebroken CCE	31 (6,6)	7 (6,1)	6 (5,8)	5 (4,3)	2 (3,4)	11 (13,6)
Verhuisd	48 (10,2)	10 (8,8)	15 (14,6)	11 (9,6)	6 (10,2)	6 (7,4)
Overleden	12 (2,5)	9 (7,9)	0 (0,0)	1 (0,9)	1 (1,7)	1 (1,2)
Wacht op follow-up	45 (9,5)	14 (12,3)	11 (10,7)	7 (6,1)	4 (6,8)	9 (11,1)
Juridische status (n, %)						
Vrijwillig	153 (32,4)	46 (40,4)	18 (17,5)	42 (36,5)	15 (25,4)	32 (39,5)
lbs	18 (3,8)	6 (5,3)	6 (5,8)	3 (2,6)	2 (3,4)	1 (1,2)
RM	121 (25,6)	26 (22,8)	37 (35,9)	30 (26,1)	21 (35,6)	7 (8,6)
Tbs	2 (0,4)	0 (0,0)	2 (1,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Overig	35 (7,4)	5 (4,3)	11 (10,6)	9 (7,8)	6 (10,2)	4 (4,9)
Missing	143 (30,3)					
Middelen en maatregelen (n, %)	79 (16,7)	16 (14,0)	41 (39,8)	8 (7,0)	5 (8,5)	9 (11,1)
Setting (n, %)						
Klinisch	149 (31,6)	37 (32,4)	53 (51,5)	32 (27,8)	17 (28,8)	10 (12,3)
Forensisch (tbs/ FPK/FPA/KIB/PPC)	41 (8,7)	7 (6,1)	20 (19,4)	7 (6,1)	6 (10,2)	1 (1,2)
Ambulant	179 (38,0)	41 (35,9)	15 (14,6)	61 (53,0)	24 (40,7)	38 (46,9)
Anders	33 (7,0)	11 (9,6)	6 (5,8)	7 (6,1)	3 (5,1)	6 (7,4)
Onbekend	70 (14,8)					
Cognitief niveau (n, %)						
Normaal begaafd (> 85)	235 (49,8)	72 (63,2)	46 (44,7)	71 (61,7)	11 (18,6)	35 (43,2)
Zwak begaafd (70-84)	69 (14,6)	10 (8,8)	16 (15,5)	11 (9,6)	22 (37,2)	10 (12,3)
Licht verstandelijk beperkt (50-69)	40 (8,5)	6 (5,3)	12 (11,7)	8 (7,0)	11 (18,6)	3 (3,7)
Matig/(zeer) ernstig verstandelijk beperkt (< 34-49)	8 (1,7)	0 (0,0)	2 (1,9)	2 (1,8)	1 (1,7)	3 (3,7)
Missing	140 (29,7)					

Tabel 1. Overzicht van variabelen uit cliëntvolgsysteem (vervolg)

VARIABLE/EXEMPLARISCHE SITUATIES	TOTAAL	ZELF-BESCHADIGING	AGRESSIE	ZELF-VERWAARLOZING	SOCIAAL-MAATSCHAPPELIJK GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG	ANDERS
Probleemgedrag (n, %)						
Agressief gedrag	160 (33,9)	21 (18,4)	69 (67,0)	37 (32,2)	23 (39,0)	10 (12,3)
Verbaal probleemgedrag	101 (21,4)	15 (13,2)	38 (36,9)	27 (23,5)	11 (18,6)	11 (18,6)
Zelfverwonding	75 (15,9)	52 (46,5)	6 (5,8)	5 (4,3)	5 (8,5)	6 (7,4)
Seksueel grensoverschrijdend	38 (8,0)	5 (4,4)	14 (3,6)	4 (3,5)	10 (16,9)	5 (6,2)
Oppositieel gedrag	86 (18,2)	17 (14,9)	30 (29,1)	18 (15,7)	12 (20,3)	9 (11,1)
Extreem passief	69 (14,6)	13 (11,4)	7 (6,8)	32 (27,8)	7 (11,9)	10 (12,3)
Extreem actief	10 (2,1)	0 (0,0)	4 (3,9)	1 (0,9)	4 (6,8)	1 (1,2)
Destructief	84 (17,8)	19 (16,7)	28 (27,2)	14 (12,2)	14 (23,7)	9 (11,1)
Suïdaliteit	49 (10,4)	15 (13,2)	13 (12,3)	9 (7,8)	8 (13,6)	4 (4,9)
Ander grensoverschrijdend gedrag	58 (12,3)	11 (9,6)	5 (4,9)	20 (17,4)	12 (20,3)	10 (12,3)
Psychische problematiek bij aanvang consultatie (n, %)						
Verslaving	81 (17,2)	9 (7,9)	25 (24,3)	24 (20,9)	19 (32,2)	4 (4,9)
Psychosespectrum	165 (35,0)	9 (7,9)	64 (62,1)	53 (46,1)	23 (39,0)	16 (19,6)
Persoonlijkheidsproblematiek	119 (25,2)	55 (48,2)	18 (17,5)	14 (12,2)	18 (30,5)	14 (17,3)
ASS	167 (35,4)	35 (30,7)	36 (35,0)	58 (50,4)	10 (16,9)	28 (34,6)
Stemmingsproblematiek	93 (19,7)	43 (37,7)	9 (8,7)	19 (16,5)	12 (20,3)	10 (12,3)
Hechttingsproblematiek	35 (7,4)	15 (13,2)	6 (5,8)	4 (3,5)	5 (8,5)	5 (6,2)
Eetproblematiek	46 (9,7)	32 (28,1)	1 (1,0)	5 (4,3)	3 (5,1)	5 (6,2)
Angstproblematiek	60 (12,7)	21 (18,4)	4 (3,9)	17 (14,8)	6 (10,2)	12 (14,8)
ADHD	22 (4,7)	6 (5,3)	5 (4,9)	5 (4,3)	2 (3,4)	4 (4,9)
Overig	19 (4,0)					

- Agressie: de cliënt beschadigde de ander en het team nam controle vanaf afstand.
 - Zelfverwaarlozing: de cliënt verwaarloosde zichzelf en het team stapte uit contact.
 - Sociaal-maatschappelijk grensoverschrijdend gedrag: de cliënt raakte in conflict met de maatschappij en het team kreeg geen grip op de acties van de cliënt.
- We werken deze vier exemplarische situaties verder uit.

Zelfbeschadiging

Hierbij beschadigde de cliënt zichzelf en het team voor zijn positiviteit tegenover de cliënt. Het ging om veelal jonge (gemiddeld 30,7 jaar) normaal begaafde vrouwen (83%) bij wie zorgprofessionals vastliepen op extreem en langdurig (zelf)destructief gedrag met zelfbeschadigend en/of suïcidaal gedrag en/of ernstig ondergewicht. Het risico op overlijden werd als hoog ingeschat, ingezette therapieën hadden geen of onvoldoende resultaat. Teams raakten onmachtig en uitgeput en familie voelde zich vaak machteloos. Vanuit die onmacht lukte het vaak niet meer om de cliënt neutraal of positief te benaderen, waardoor de problematiek bij de cliënt verergerde.

Bij aanvang van de consultatie duidde het behandelteam het probleemgedrag met name vanuit persoonlijkheids- en/of stemmingsproblematiek. Toenemende wanhoop en onmacht bij teamleden over ernstige zelfbeschadiging maakten dat de bredere context van het ontstaan of in standhouden van het probleemgedrag naar de achtergrond verdween. Vaak had een behandelteam bij aanvang van de consultatie ofwel een focus op autonomie en werd er een hoogrisicobeleid gevoerd (ambulante context), ofwel op beveiliging en zette men steeds meer repressieve maatregelen in om het zelfbeschadigende gedrag 'hanteerbaar' te krijgen (klinische context). *Probleemverklaringen vanuit de consultatie* focussten in eerste instantie op de ontstane interactie tussen de cliënt en het team. Consulanten wezen op de nadruk op autonomie van de cliënt die leidde tot overvraging waardoor stress toenam. De voornaamste manier waarop de cliënt stress wist te hanteren was juist de zelfbeschadiging. Dit tot wanhoop en frustratie van zorgprofessionals die hierdoor niet meer neutraal of positief in contact konden blijven met de cliënt, die daardoor nog meer stress ervoer en nog sterker vasthield aan de enige manier die 'houvast' gaf bij stress, namelijk zelfbeschadiging. Ook

bij het inzetten op het ‘veilig’ houden deden zorgprofessionals een beroep op autonomie, door de cliënt verantwoordelijk te maken voor de veiligheid. Op cliëntniveau werd er vaak ASS geconstateerd, wat eerder onvoldoende scherp herkend werd.

Oplossingsrichting: De ontstane negatieve emoties en ervaren onmacht binnen het team kregen ruimschoots aandacht. Overvraging die ontstaan was door een te groot beroep op autonomie kon worden verlaagd door in te zetten op de ‘vertrouwde ander’ – een bekende stabiele en voorspelbare begeleider. Deze ‘vertrouwde ander’ bood nabijheid en ondernam gezamenlijk succesvolle activiteiten die juist de gezonde kanten van de cliënt weer aanspraken. Consulents wezen op het belang van onvoorwaardelijkheid van de relatie, dus ongeacht zelfbeschadiging blijven inzetten op het weer inbouwen van normale ritmes en activiteiten in een normale omgeving. Minder (negatieve) aandacht geven aan zelfbeschadiging droeg uiteindelijk bij aan het verlagen van de stress.

Agressie

De cliënt beschadigde de ander en het team nam controle vanaf afstand. Hierbij ging het veelal om mannen (75,7%) tussen de 25-50 (gemiddeld 37,1) jaar met een lange geschiedenis van (gedwongen) opnames in de ggz, met soms overplaatsingen naar het forensische circuit. Veelvuldige en ernstige agressie-incidenten leidden vaak tot langdurige begeleiding buiten de groep om. Agressie werd soms uitgelokt door misbruik van middelen. Er was niet of nauwelijks reactie op medicatie. Agressie werd meestal als onvoorspelbaar geduid en de cliënt als oninvoelbaar. Teams raakten angstig en uitgeput, er ontstond regelmatig een patroon van weerstand bij teamleden. Familie was vaak op afstand geraakt door de langdurige ziektegeschiedenis.

Bij aanvang van de consultatie verklaarden zorgprofessionals het probleemgedrag vanuit een psychotisch of schizofreen toestandsbeeld of autismespectrumstoornis (ASS), in combinatie met verslavingsproblematiek (24,3%) en zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking (LVB). Deze multiproblematiek diende als verklaring voor het niet onder controle krijgen van de ernstige agressie. De sterk beveiligde omgeving werd mede daarom als noodzakelijk beschouwd om de veiligheid te kunnen waarborgen.

Probleemverklaringen vanuit de consultatie startten bij het inzichtelijk krijgen van de ontstane interactie tussen het team en de cliënt. Door agressie raakten teamleden angstig waardoor ze meer (fysieke en sociale) afstand hielden tot de cliënt. Het contact versmalde tot voornamelijk functioneel contact, waardoor de cliënt steeds meer werd overgeleverd aan zijn of haar eigen (ingewikkelde en/of overweldigende) binnenwereld, wat stress opleverde. De cliënt greep dan terug op agressie om deze stress te hanteren, wat maakte dat teamleden nog meer afstand gingen inbouwen in het contact.

Consulents constateerden op cliëntniveau vaak een disharmonisch ontwikkelingsprofiel, waarbij met name de sociaal-emotionele ontwikkeling (SEO) achterbleef. Onvoldoende aansluiting bij het SEO-niveau van deze cliënten zorgde voor overvraging en overvraging leidde tot stress, wat de cliënt probeerde te hanteren met agressie. Wanneer er sprake was van een (niet onderkende) ASS, konden de psychotische overschrijdingen regelmatig verklaard worden vanuit (langdurige) overvraging. Ook niet-aangeboren hersenletsel (NAH) werd veelvuldig geconstateerd tijdens het consultatietraject. De gevolgen van NAH bleken groot, maar niet altijd voldoende bekend.

Als oplossingsrichting om de ontstane patronen in de interactie te doorbreken wezen consulents op het belang van een proactievare begeleidingsstijl: juist meer nabijheid van voorspelbare zorgprofessionals om gedrag en emoties te kunnen reguleren, wat cliënten zelf voldoende lukte bij hun lage SEO. Vanuit die nabijheid werd ingestoken op het ‘ondertitelen’ van sociale interacties en op gezamenlijke activiteiten – in eerste instantie naast de groep -, zodat cliënten weer succeservaringen konden opdoen. Het ‘gewone leven’ was vaak ver weg door een geschiedenis met langdurige afzonderingen en separaties. Investeren in normaliseren van de omgeving en dagelijkse routines bood ook een uitweg. Het medicatiebeleid was onderdeel van de consultatie waarbij het met regelmaat neerkwam op juist het verminderen van medicatie in het geval van een ASS of niet-onderkende LVB en NAH. Onderbehandeling op het gebied van medicatie kwam ook voor, wanneer er tot dan toe geen overeenstemming bestond tussen behandelars-clieñt-familie over medicatie. De inbreng van de consulent zorgde regelmatig voor die overeenstemming.

Zelfverwaarlozing

De cliënt verwaarloosde zichzelf en het team stapte uit contact. Hierbij ging het vaak om wat excentrieke mannen (80%; gemiddelde leeftijd 38,8 jaar) die zorg nauwelijks toelieten. Veelal waren zij ontwijkend en afwerend in contact (zich uitend in fysieke en verbale agressie) met moeilijk te duiden gedragingen, waarbij het voor zorgprofessionals verleidelijk was de persoon met rust te laten. Er was weinig wederkerigheid in de relatie met het risico dat zorgprofessionals afhaakten, waardoor de cliënt zich nog verder verwaarloosde en ‘vastliep’. Cliënten gebruikten regelmatig middelen als zelfmedicatie. Ook was dikwijls sprake van dwanghandelingen of angst die niet goed begrepen werd tot frustratie van begeleiders en cliënt. Riep vaak een reactie op bij behandelteams dat de cliënt ‘niet paste’ binnen een Regionale Instelling voor Beschermend en Begeleid Wonen (RIBW). Machteloosheid bij naasten was groot, doordat ze het idee hadden dat hun familielid niet goed begrepen werd.

Bij aanvang van de consultatie werd het probleemgedrag veelal verklaard vanuit ASS of psychotische stoornissen en angst.

Probleemverklaringen vanuit de consultatie startten bij de te grote nadruk op de autonomie die van de cliënt gevraagd werd. Deze cliënten riepen op dat zij met rust gelaten wilden worden, wezen contact af en vluchtten voor contact. Een verklaring voor de ontstane situatie werd vaak gevonden in onvoldoende begrip van een ‘autistisch brein’ – begrijpen hoe de persoon met ASS kijkt naar de wereld. Ook bij deze cliënten was regelmatig sprake van een disharmonisch ontwikkelingsprofiel. *Oplossingsrichting:* Psycho-educatie over ASS en disharmonische ontwikkelingsprofielen aan teams en de cliënt vergrootte het begrip voor deze cliënten. Van daaruit ontstond een proactievare begeleidingsstijl, waarbij cliënten juist weer meer regie konden ervaren door het aantal keuzes te beperken en activiteiten op te delen in concretere en behapbare instructies. Het zoeken naar en inzetten van drijfveren in iemands leven was onder druk komen te staan door langdurige onmacht bij alle partijen. Hier weer nieuwsgierig naar worden, bood vaak nieuwe ingangen tot positief contact. Consulenten reikten aan dat deze cliënten sterk afhankelijk waren van de omgevingscontext met een voorspelbaar dagritme om hun gedrag en emoties te reguleren en om van daaruit begeleid sociale interacties aan te durven gaan. Door inzet op een dagritme met voldoende betekenisvolle activiteiten bleek het middelenmisbruik vaak secundair.

Sociaal-maatschappelijk grensoverschrijdend gedrag

De cliënt raakte in conflict met de maatschappij en het team kreeg geen grip op de acties van de cliënt. Hierbij ging het om impulsieve en naïeve mensen (man-vrouw 54,2-45,8%; gemiddelde leeftijd 37,9 jaar) met een sterke overlevingsdrang, die weinig rekening leken te houden met sociaal-maatschappelijke kaders. Kwamen regelmatig in problemen met politie of justitie. Het leek hun allemaal wat te overkomen en ze gaven weinig blijk van inzicht in hun functioneren of problemen, mede ingegeven door (L)VB.

Deze cliënten hadden vaak, al vanaf vroege jeugd, een weinig gezond sociaal steunsysteem. Ze liepen het risico op zowel slachtoffer- of ouderschap, afhankelijk van wie ze op hun pad troffen. Lieten zich lastig ‘vangen’ door zorgprofessionals. Riepen veel zorg op bij zorgprofessionals en naasten. De moeizaam te pakken, maar wel gevoelde verantwoordelijkheid om te voorkomen dat het misging, maakte dat behandelaars soms overwogen de behandeling af te sluiten, wat het risico op incidenten uiteindelijk vergrootte.

Bij aanvang van de consultatie werd het probleemgedrag geduid vanuit een variëteit aan psychische toestandsbeelden, met door de tijd regelmatig wisselende diagnoses. Veelal in (minimale) ambulante behandeling, waarbij thuisloosheid regelmatig een in stand houdende factor was.

Probleemverklaringen vanuit de consultatie legden de nadruk op het patroon van uitstoting dat rond deze

cliënten ontstond. Dit patroon schetsten consulenten als volgt: door hun ‘onmogelijke’ gedrag waarmee ze testten of de ander wel te vertrouwen was, keerden zorgprofessionals zich van hen af, waarmee de cliënt bevestigd werd in het idee dat de ander maar moeizaam te vertrouwen was en waarmee zorgprofessionals dat basisvertrouwen ongewild verminderden.

Naast deze interactie ingegeven door hechtingsproblematiek speelde vaak ook LVB of een lage SEO waardoor ze de wereld en zichzelf moeizaam begrepen, overspoeld werden door heftige en snel wisselende emoties en van daaruit in onhandige en gevaarlijke situaties belandden. Ze overschatten zichzelf daarbij en hechten sterk aan hun autonomie (streetwise), terwijl ze die tegelijkertijd maar moeizaam aankonden. Accepteerden slechts in beperkte mate een stevige omgevingscontext. *Oplossingsrichting:* Om het patroon van uitstoting te doorbreken benadrukten consulenten het belang van onvoorwaardelijkheid in de relatie. Men stak in op het creëren van veilige omgevingen (wonen, werk en vrije tijd) waarin vaardigheden op het gebied van emotieregulatie en executieve functies aangeleerd konden worden in nabijheid van een vertrouwde ander. In andere gevallen compenseerden de omgeving en de vertrouwde ander voor het ontbreken van die vaardigheden om zo schade te voorkomen. Daarbij kon het nodig zijn om een risicotaxatie te doen en de gewetensontwikkeling te onderzoeken.

DISCUSSIE

Verklarende factoren voor impasse

Vastgelopen interactie

De belangrijkste conclusie is dat er bij vastgelopen situaties een interactiepatroon is ontstaan dat de situatie ongewild in stand houdt of doet verergeren. Het patroon waar teams en cliënten met elkaar in verstrikt zijn geraakt, draagt bij aan de ervaren stress bij de cliënt. De voor de cliënt meest vertrouwde manier om met die stress om te gaan is juist het probleemgedrag dat maakt dat zorgprofessionals handelingsverlegenheid ervaren. Om uit dit patroon te komen wordt tijdens consultaties van begeleiders contra-intuïtief handelen gevraagd: het is zeer begrijpelijk dat (angst voor) het probleemgedrag afstand oproept, terwijl de oplossing lijkt te liggen in nabijheid. Het vraagt een ‘buitenstaandersblik’ om het eigen aandeel in dit patroon onder ogen te zien. Met elkaar durven constateren dat een situatie vastgelopen is, en daarvoor externe consultatie vragen, is een teken van professionaliteit.

Door de heftigheid van de situatie en de grote emoties die daarbij komen kijken, raken teams, de cliënt en naasten ingezogen in de situatie, wat het reflectievermogen beperkt (Rose e.a. 2004; Willems e.a. 2014). Lucht en ruimte kunnen leiden tot nieuw perspectief. Dit nieuwe perspectief heeft dan de vorm van een ‘ontschuldend

verhaal' over de beleving en de betekenis van de situatie vanuit ieders standpunt. Vanuit erkenning voor ieders beleving, geeft dit ingang om andere keuzes te maken weg van de patronen waar men met elkaar in verstrikt is geraakt (Spanjersberg e.a. 2016).

Denken in symptomen en behandeling

Een tweede factor is het denken in (chronische) symptomen passend bij een stoornis die moet worden 'behandeld', terwijl al gebleken is dat meer behandeling niet werkt. Wanneer we willen dat cliënten vanuit langdurige overvraging herstellen, is het vooral nodig om een stabiele omgeving te creëren waarbij de behandeling en begeleiding worden afgestemd op de (blijvende) beperkingen van de cliënt (Baart 2013; Rot 2013). Doordat bij vastgelopen situaties altijd multiproblematiek speelt, werken enkelvoudige oplossingen niet meer en lijkt het van belang om domeinoverstijgend te kijken. Wat in consultaties vaak als expertise wordt aangevuld, is een orthopedagogische en systemische invalshoek, passend bij de visie van CCE dat probleemgedrag geen cliëntfactor is, maar altijd gezien moet worden in de interactie met de (fysieke en sociale) context (Olivier-Pijpers e.a. 2018).

Scheiding tussen behandelen en wonen

Een laatste factor is de scheiding die ontstaan is tussen behandelen en wonen. Met dat de sGGZ geacht wordt zich te richten op behandelen, zijn faciliteiten om een prettige en passende woonomgeving te creëren overgeheveld naar de Wet maatschappelijke ondersteuning, net als veel faciliteiten voor het creëren van een betekenisvolle daginvulling.

Bij alle oplossingsrichtingen blijkt een goed uitgewerkte begeleidingsstijl met aandacht voor dagelijkse routines en betekenisvolle activiteiten echter essentieel (Willems & Embregts 2011). Bij de invulling van zo'n begeleidingsstijl keren regelmatig principes van Triple C (Tournier e.a. 2020), geweldloos verzet (Omer 2007) en traumasensitief werken (Muskett 2014) terug; methodes waarbij onvoorwaardelijkheid en nabijheid een centrale rol spelen. Een dergelijke begeleidingsstijl duurzaam en eenduidig neerzetten vraagt strakke coaching en randvoorwaarden die binnen de ggz niet zo evident zijn, zeker niet wanneer dit over (financierings)schotten heen gerealiseerd moet worden. Mogelijk zouden verpleegkundig specialisten of orthopedagogen, die ook in de ggz steeds vaker worden ingezet, deze rol op zich kunnen nemen.

Voortijdige afsluiting trajecten

In 60% van de casussen eindigt het consultatietraject omdat de consultatievraag voldoende is beantwoord. Dit wordt gezamenlijk bepaald bij afsluiten van het dossier zes maanden na afronden van de consultatie tijdens de follow-up. Hiernaast valt op dat resp. 10,8% en 6,6% voortijdig wordt afgebroken op initiatief van de aanvrager of door het CCE. Het komt regelmatig voor dat in de loop van een traject door veelvuldige personele wisselingen het niet lukt om duurzaam tot een samenwerking te

komen binnen de consultatie, waarna het dossier afgesloten wordt.

Een andere veelvoorkomende reden van afsluiten is een verhuizing (wat we ook zien bij de geëxcludeerde casussen). De aanvraag wordt dan ingetrokken vanwege overplaatsing van de cliënt, bijna altijd omdat het probleemgedrag niet hanteerbaar is op de plek van aanvraag. Iedere ggz-instelling kent een aantal 'complexe casussen' die wanneer er crisis ontstaat voor veel onrust zorgen tijdens klinische opname (Veererscheld e.a. 2020). Eerder onderzoeken of er 'blinde vlekken' zijn die de stagnatie kunnen verklaren, zou de noodzaak tot overplaatsing mogelijk kunnen beperken. Vanuit deze inzichten kunnen andere wegen ingeslagen en andere hulpbronnen aangeboord worden.

Overvragen

Hiaten in kennis en vaardigheden zien we vooral bij (de consequenties van) disharmonische ontwikkelingsprofielen, hechtingsproblematiek en ASS. Bij een verstandelijke beperking of verstoorde hechting ontstaat er disharmonie tussen cognitief en sociaal-emotioneel ontwikkelingsniveau (Došen 2005; Rot 2013). Wanneer hier onvoldoende rekening mee wordt gehouden, ontstaat overvraging.

In drie van de vier exemplarische situaties speelt ASS een prominente rol; vaak was ASS bij aanvang al bekend, vaak ook werd deze pas tijdens de consultatie (h)erkend. Ook mensen met ASS worden regelmatig overvraagd. Autonomie en regie ervaren lukt namelijk pas wanneer de mate waarin en de manier waarop je hier een beroep op doet, aansluiten bij iemands vaardigheden en onderliggende behoeften. Daarbij kan ASS bij vrouwen een heel ander beeld geven dan bij mannen (Spek & Goosen 2013; In 't Velt e.a. 2010). Bij het denken en kijken vanuit een persoonlijkheidsstoornis in plaats van ASS wordt teveel gefocust op autonomie, terwijl cliënten deze autonomie niet kunnen hanteren. Ook hierdoor ontstaat overvraging, waardoor het probleemgedrag in stand wordt gehouden of verergert. Investeren in deskundigheidsbevordering op deze thema's draagt mogelijk bij aan het voorkómen van handelingsverlegenheid.

Sterke en zwakke kanten van de studie

Een sterke kant van het onderzoek is dat de database van het CCE de mogelijkheid biedt om handelingsverlegenheid te onderzoeken bij mensen met ernstige psychische aandoeningen over de volle breedte van de ggz door heel Nederland.

Zwakke kanten zijn dat in de kwantitatieve data veel ontbrekende waarden vóórkomen en dat de methodologische robuustheid van veel variabelen beperkt is. De omvang van de steekproef is echter zodanig groot dat dit de representativiteit van de bevindingen vergroot.

CONCLUSIE

In deze studie vonden we een aantal oplossingsrichtingen voor handelingsverlegenheid in CCE-consultaties. Ze laten zien dat op sommige gebieden kennis wordt gemist in de ggz, en ze bieden een visie op vastgelopen situaties die vaak perspectiefrijk is gebleken voor cliënten, naasten en zorgprofessionals.

LITERATUUR

- Baart A. Kwetsbaarheid gerehabiliteerd. Tijdschrift voor rehabilitatie en herstel 2013; 4: 30-7.
- Došen A. Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap. Meppel: Boom; 2005.
- Kroon H, Michon H, Knispel, A, van Erp N, Hulsbosch L, de Lange A, e.a. Landelijke monitor ambulantisering en hervorming langdurige GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut; 2019.
- Muskett, C. Trauma-informed care in inpatient mental health settings: A review of the literature. Int J Ment Health Nurs 2014; 23: 51-9.
- Olivier-Pijpers VC, Cramm JM, Nieboer AP. Influence of the organizational environment on challenging behaviour in people with intellectual disabilities: Professionals' views. J Appl Res Intellect Disabil 2019; 32: 610-21.
- Omer H. Geweldloos verzet in gezinnen. Een nieuwe benadering van gewelddadig en zelfdestructief gedrag van kinderen en adolescenten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2007.
- Rose D, Horne S, Rose JL, Hastings RP. Negative emotional reactions to challenging behaviour and staff burnout: Two replication studies. J Appl Res Intellect Disabil 2004; 17: 219-23.
- Rot EJW. Handreiking Balans in Beeld. Jongeren met een licht verstandelijke beperking uitdagen, zonder hen te overvragen of ondervragen. Kennisplein gehandicaptensector; 2013.
- de Ruyter S, van Greuningen M, Luijk R. Zorgthermometer in de ggz. Inzicht in de Geestelijke Gezondheidszorg. Zeist: Vektis; 2017.
- Spanjersberg M, van den Hoek A, Veldhuijzen van Zanten E, van Wingerden R. Systeemdenken in de praktijk. De kunst van het verbinden. Utrecht: Stili Novi; 2016.
- Spek A, Goosen A. Een eerste verkenning: Autismespectrumstoornissen bij meisjes en vrouwen. Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme 2013; 2: 62-7.
- Van Staa A, De Vries K. Directed content analysis: een meer deductieve dan inductieve aanpak bij kwalitatieve analyse. KWALON 2014; 19(3): 46-54.
- Tournier T, Hendriks AHC, Jahoda A, Hastings RP, Embregts PJCM. Developing a logic model for the Triple-C intervention: a practice-derived intervention to support people with intellectual disability and challenging behavior. J Policy Pract Intellect Disabil 2020; doi: 10.1111/jppi.12333.
- Veereschild H, Noorthoorn E, Nijman H, Mulder N, Dankers M, Van der Veen J, e.a. DITSMI (Diagnose, Indicate and Treat Severe Mental Illness) as appropriate care: a three-year follow-up study in long-term residential psychiatric patients on the effects of re-diagnosis on medication prescription, patient functioning and hospital bed utilization. Eur Psychiatry 2020; doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.46.
- In 't Velt JM, Thomas S, Mol AJJ. WTA-prijs 2008. Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme 2010; 1: 28-31.
- Willems APAM, Embregts PJCM. Uitdagende relaties: Werken met de omgangsstijl van begeleiders m.b.v. de SIG-B. Onderzoek & Praktijk 2011; 9(2): 46-53.
- Willems, APAM, Embregts PJCM, Bosman AMT, Hendriks AHC. The analysis of challenging relations: Influences on interactive behaviour of staff towards clients with intellectual disabilities. J Intellect Disabil Res 2014; 58: 1072-82.

SUMMARY

Consultation in refractory cases in mental health care: a descriptive study

B. Stringer, R.J.T. Mocking, D. Rammers, B. Koekkoek

- Background** Yearly, over 1.000.000 people receive mental health care treatment in the Netherlands. Treatment usually results in improvement in quality of life. Concurrently, each professional recognizes clinically refractory cases in which improvement fails to occur with severe ongoing burden for the client. In the Netherlands, for these clinically refractory cases the Centre of Consultation and Expertise (CCE) is available. The CCE is an independent nation-wide organisation offering free consultations to care providers. Therefore, CCE-consultations provide a unique insight in and overview of refractory cases.
- Aim** Providing overview of and insight into backgrounds and themes that play a role in (the reduction of) refractory cases.
- Method** Descriptive study of quantitative and qualitative data from 472 consultations in mental health care.
- Results** 83% of cases could be explained with 4 exemplary vignettes of refractoriness: self-harm, aggression, self-neglect and socially unacceptable behaviour.
- Conclusion** Refractory cases result from an interaction pattern that unintentionally maintains or aggravates the situation. This study offers an overview of approaches that proved to be helpful in providing new perspective for clients and professionals in many therapy refractory cases in Dutch mental health care.