GGD zhz

‘Onbegrepen gedrag’

Een etnografisch onderzoek naar de praktijk van begrijpen, besluiten en ondersteunen.

In samenwerking met ZonMw

De GGD ZHZ is onderdeel van de Dienst Gezondheid & Jeugd

dienst Gezondheid & Jeugd zhz

Auteurs:

drs. Lisa van Son (Medisch antropoloog, onderzoeker publieke gezondheid, GGD Zuid-Holland Zuid)

drs. Job Tamminga (Zorgethicus, onderzoeker publieke gezondheid, GGD Zuid-Holland Zuid)

dr. Arne Mellaard (Antropoloog, senior onderzoeker publieke gezondheid GGD Zuid-Holland Zuid, postdoc CEPHIR)

Mede mogelijk gemaakt door: ZonMw in het kader van de Regionale Kenniswerkplaats Onbegrepen Gedrag

In samenwerking met: regionaal platform De ervaringsstem, politie, wijk-GGD, Leger des Heils en andere betrokken maatschappelijke organisaties in de regio Zuid Holland-Zuid

Publiekssamenvatting

‘Onbegrepen gedrag’: een etnografisch onderzoek naar de praktijk van begrijpen, besluiten en ondersteunen.

Aanleiding

Op stap met de wijk GGD - Op straat vertelt een man dat hij binnenkort zal vertrekken naar zijn adellijke familie in Noord-Europa. Hij laat op zijn telefoon een woning van enkele miljoenen euro’s zien waar hij naar eigen zeggen met zijn vrouw en twintig kinderen zal gaan wonen. De wijk-GGD’er en wijkverpleegkundige spreken hem niet direct tegen. Ze reageren geïnteresseerd, vragen door over het huis en onderzoeken voorzichtig hoe hij denkt de woning te kunnen betalen. Tegelijkertijd proberen zij zicht te krijgen op iets veel concreters: begrijpt hij de brief van de woningcorporatie, betaalt hij nog huur en heeft hij een bewindvoerder?

Pas later, in de auto, wordt de ernst van de situatie duidelijk. De man heeft een brief over een mogelijke ontruimingsprocedure verkeerd begrepen, zijn sleutel al ingeleverd en de huur niet meer betaald. Ook wil hij zijn meubels laten ophalen, omdat hij denkt dat hij binnenkort vertrekt. In plaats van het gedrag direct te classificeren, proberen de professionals eerst te begrijpen wat er speelt. Vanuit die houding houden zij contact met de man en richten zij zich op de meest urgente vraag van dat moment: hoe kan worden voorkomen dat hij zijn woning verliest?

Deze ontmoeting laat zien waar dit onderzoek om draait. Achter gedrag dat onbegrijpelijk of verward lijkt, kunnen verschillende kwetsbaarheden en urgente problemen schuilgaan. Wat passend handelen is, wordt pas zichtbaar wanneer gedrag wordt verbonden met iemands geschiedenis, leefomgeving en sociale context. Dat vraagt tijd, samenwerking en de bereidheid om een eerste interpretatie voorlopig open te houden. Vanuit dergelijke situaties onderzoekt dit rapport hoe professionals en ervaringsdeskundigen betekenis geven aan gedrag, hoe probleemanalyse en besluitvorming rondom mensen met onbegrepen gedrag in de praktijk tot stand komen en hoe de aansluiting van ondersteuning op de behoeften van betrokkenen wordt ervaren. Daarmee biedt het een vertrekpunt voor het gesprek over wat nodig is om besluitvorming en ondersteuning beter aan te laten sluiten bij de leefwereld van mensen met onbegrepen gedrag.

Inleiding

Dit onderzoek richt zich op de vraag hoe probleemanalyse en besluitvorming rondom mensen met onbegrepen gedrag in de praktijk tot stand komen. Daarbij wordt besluitvorming niet opgevat als een afzonderlijk beslismoment, maar als een relationeel proces waarin (zorg)professionals, betrokkenen en hun netwerk gezamenlijk betekenis geven aan gedrag, afwegingen maken en ondersteuning organiseren. Daarnaast onderzoekt het hoe mensen met eigen ervaring deze processen beleven en in hoeverre zij zich gezien, gehoord en erkend voelen binnen de zorg.

Onderzoeksopzet

Om deze processen zichtbaar te maken is gekozen voor een etnografisch onderzoeksdesign. Gedurende een half jaar is meegelopen met professionals uit onder meer de wijk-GGD, bemoeizorg, politie, geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang. Daarnaast zijn twintig diepte-interviews gehouden met (zorg)professionals en ervaringsdeskundigen. Door observaties en interviews te combineren, kon worden onderzocht hoe besluitvorming zich daadwerkelijk ontwikkelt in de dagelijkse praktijk.

Betekenis geven aan gedrag

Het onderzoek laat zien dat probleemanalyse begint met begrijpen. Professionals beschrijven dat een melding slechts een vertrekpunt vormt. Pas door contact te maken, mensen in hun leefomgeving te ontmoeten en verschillende perspectieven samen te brengen, ontstaat geleidelijk een beeld van wat er speelt. Gedrag blijkt daarbij regelmatig een andere betekenis te krijgen naarmate méér informatie beschikbaar komt. Wat aanvankelijk wordt geïnterpreteerd als psychiatrische problematiek, middelengebruik of overlast, blijkt soms samen te hangen met lichamelijke klachten, een licht verstandelijke beperking, schulden, ingrijpende levensgebeurtenissen of gevoelens van onveiligheid. Betekenisgeving ontwikkelt zich gaandeweg, naarmate gedrag in een bredere context kan worden geplaatst.

Een belangrijk inzicht uit het onderzoek is dat deze betekenisgeving tijd vraagt. Een eerste interpretatie kan richting geven aan de verdere besluitvorming en daarmee ook aan de ondersteuning die wordt ingezet. Professionals laten zien dat zij een definitieve classificatie regelmatig uitstellen, zodat eerst ruimte ontstaat om gedrag in relatie tot iemands geschiedenis, leefwereld en context te begrijpen. Wanneer gedrag te snel wordt geclassificeerd of gereduceerd tot één diagnose of probleemcategorie, bestaat het risico dat andere verklaringen uit beeld raken. Tijd biedt professionals de mogelijkheid om interpretaties te toetsen en gedrag te begrijpen in relatie tot iemands levensgeschiedenis en context. Daardoor neemt de kans toe dat de probleemanalyse zorgvuldig wordt opgebouwd en ondersteuning niet wordt gebaseerd op een te vroeg of onvolledig beeld van de situatie.

Gezien worden als mens

De interviews met ervaringsdeskundigen sluiten hierbij aan. Zij beschrijven dat zij zich vooral begrepen voelen wanneer professionals eerst luisteren en ruimte maken voor hun verhaal. Niet de diagnose of het protocol, maar de ervaring als mens gezien te worden blijkt bepalend voor het vertrouwen in de zorg en daarmee ook de kans op herstel.

Van betekenisgeving naar besluitvorming

Besluitvorming ontstaat door het samenbrengen van verschillende perspectieven. Professionals combineren observaties, gesprekken, informatie van collega's, naasten en de persoon zelf. Geen van deze perspectieven is op zichzelf voldoende; juist de combinatie maakt een zorgvuldige afweging mogelijk.

Historische kennis blijkt hierbij van grote betekenis. Professionals die iemand langere tijd kennen, herkennen patronen, kunnen veranderingen plaatsen en weten welke vormen van ondersteuning eerder zijn geprobeerd. Besluitvorming ontwikkelt zich daardoor niet alleen vanuit de actuele situatie, maar ook vanuit kennis over het verloop van eerdere gebeurtenissen.

Transparantie

Ervaringsdeskundigen beschrijven dat deze afwegingen voor hen niet altijd zichtbaar zijn. Verschillende deelnemers geven aan dat zij onvoldoende inzicht hebben in de mogelijkheden die er zijn en in de manier waarop besluiten tot stand komen. Daarnaast ervaren zij dat het zorgsysteem regelmatig een beroep doet op zelfregie en assertiviteit, juist op momenten waarop zij deze vaardigheden door ontregeling of crisis minder goed kunnen inzetten.

Ondersteuning in de praktijk

Het onderzoek laat zien dat ondersteuning ontstaat binnen een complexe zorgpraktijk waarin verschillende organisaties samenwerken. Wanneer psychiatrische problematiek, verslaving, verstandelijke beperkingen en sociale problematiek samenkomen, is niet altijd duidelijk welke organisatie verantwoordelijkheid neemt.

Professionals beschrijven hoe zij in deze situaties proberen contact vast te houden, samenwerking te organiseren en ondersteuning te blijven afstemmen, ook wanneer bestaande procedures of verantwoordelijkheden onvoldoende aansluiten bij de situatie en dit is regelmatig. Historische kennis, langdurige betrokkenheid en professionele nabijheid blijken daarbij belangrijke voorwaarden om passende ondersteuning mogelijk te maken.

Continuïteit

Ook ervaringsdeskundigen benadrukken het belang van continuïteit. Vooral tijdens overgangen tussen crisis, behandeling en nazorg ervaren zij hoe kwetsbaar ondersteuning kan zijn wanneer vertrouwde contacten verdwijnen. Voor hen blijkt niet alleen de inhoud van de ondersteuning van belang, maar ook de aanwezigheid van iemand die betrokken blijft en de samenhang bewaakt.

Conclusie

In dit onderzoek staat de vraag centraal hoe besluitvorming rondom mensen met onbegrepen gedrag in de praktijk tot stand komt. De bevindingen laten zien dat besluitvorming ontstaat als onderdeel van een relationeel proces dat zich geleidelijk ontwikkelt in dagelijkse interactie tussen (zorg)professionals, betrokkenen en instanties. (Zorg)professionals bouwen daarbij gaandeweg een begrip op van de situatie en stemmen hun handelen voortdurend af op de persoon, diens context en de mogelijkheden die de praktijk biedt.

Zorgvuldige besluitvorming begint met het begrijpen van de situatie. Wanneer (zorg)professionals de ruimte hebben om eerst betekenis te geven aan gedrag, verschillende perspectieven te verbinden en de context van iemands leven mee te wegen, ontstaat een zorgvuldiger probleemanalyse waarop besluitvorming kan worden gebaseerd. Daardoor sluiten afwegingen en interventies beter aan bij de complexiteit van de situatie, wordt gedrag minder snel gereduceerd tot een diagnose of afzonderlijk probleem en kunnen te vroege of onjuiste beoordelingen worden voorkomen.

Juist het aanwezig zijn in de leefomgeving van mensen, het afleggen van huisbezoeken, straat- en veldwerk en het langdurig volgen van situaties maakt het mogelijk om signalen eerder op te merken en ontwikkelingen beter te begrijpen dan vanuit een eenmalig contact of dossierinformatie alleen. Waar deze ruimte aanwezig is, nemen de mogelijkheden toe om problemen vroegtijdig te signaleren, escalatie te voorkomen en ondersteuning beter aan te laten sluiten bij de behoeften van de persoon. Tegelijkertijd laten de ervaringsverhalen zien dat de wijze waarop (zorg)professionals betekenis geven aan situaties direct van invloed is op hoe zorg wordt ervaren. Luisteren, erkenning en ruimte voor het perspectief van de betrokkene blijken daarin minstens zo belangrijk als de uiteindelijke uitkomst van een besluit.

De betekenis van relationeel handelen wordt vooral zichtbaar wanneer bestaande protocollen, verantwoordelijkheidsverdelingen en voorzieningen onvoldoende aansluiten op de complexiteit van de praktijk. In die situaties proberen (zorg)professionals, ondanks institutionele beperkingen, ondersteuning over organisatiegrenzen heen af te stemmen en contact met betrokkenen vast te houden. Dit onderzoek laat zien dat zorgvuldige besluitvorming rondom mensen met onbegrepen gedrag vraagt om professionele nabijheid, historische kennis en voortdurende afstemming tussen verschillende perspectieven. Juist deze voorwaarden bieden ruimte om complexe situaties zorgvuldig te begrijpen, ondersteuning af te stemmen op de leefwereld van mensen, problemen vroegtijdig te signaleren en de verbinding tussen persoon, context en systeem te blijven organiseren.

‘Onbegrepen gedrag begint met je onbegrepen voelen’

Citaat ervaringsdeskundige

Inhoudsopgave

	Publiekssamenvatting	3
	Inleiding	8
	Methoden	12
1.	Betekenis geven aan gedrag	20
2.	Van betekenis naar besluitvorming	26
3.	Nabijheid, verantwoordelijkheid en fragmentatie	34
	Discussie	40
	Conclusie	43
	Literatuurlijst	44

Inleiding

Dit onderzoek richt zich op de vraag hoe probleemanalyse en besluitvorming rondom mensen met 'onbegrepen gedrag' in de praktijk tot stand komen. Op basis van etnografisch veldwerk, bestaande uit observaties en diepte-interviews met (zorg)professionals en ervaringsdeskundigen, wordt onderzocht hoe betekenis wordt gegeven aan gedrag, hoe besluiten ontstaan en hoe ondersteuning wordt georganiseerd binnen een complexe zorgpraktijk.

Besluitvorming wordt daarbij niet uitsluitend benaderd als een professioneel of organisatorisch proces, maar als een relationele praktijk waarin betekenisgeving, historische kennis, samenwerking en institutionele context voortdurend met elkaar verweven zijn. Tegelijkertijd is er aandacht voor hoe mensen met eigen ervaring deze processen beleven en in hoeverre zij zich gezien, gehoord en erkend voelen binnen een zorgsysteem dat sterk wordt georganiseerd vanuit protocollen, verantwoordelijkheden en institutionele kaders.

Aanleiding en context

Onderzoek laat zien dat besluitvorming door (zorg)professionals in het sociale domein rond onbegrepen gedrag vaak impliciet en op intuïtie plaatsvindt. (https://www.movisie.nl/artikel/hoe-nemen-sociaal-werkers-besluiten / feedback van ervaringsdeskundigen regionale werkplaats personen met onbegrepen gedrag ZHZ op 11-07-2024). Dit hangt mede samen met het feit dat betrokken (zorg)professionals vanuit verschillende perspectieven en in wisselende interacties betekenis proberen te geven aan wat er gebeurt. De probleemanalyse is daardoor niet zozeer afwezig, maar verspreid over meerdere actoren, waaronder de betrokken persoon zelf en naasten. Dit maakt het noodzakelijk om besluitvorming te onderzoeken als een relationele praktijk, waarin ook ervaringskennis een constitutieve rol speelt. Wanneer meerdere organisaties en (zorg)professionals betrokken zijn, vraagt samenwerking bovendien om voortdurende afstemming. In verschillende analyses wordt gewezen op de complexiteit van de organisatie van zorg en veiligheid, waarbij versnipperde verantwoordelijkheden en uiteenlopende belangen samenwerking bemoeilijken (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2020).

Onderzoeksdoel

Het doel van dit onderzoek is om te begrijpen hoe besluitvorming rondom mensen met onbegrepen gedrag in de praktijk tot stand komt, door te onderzoeken hoe (zorg)professionals, betrokkenen en ervaringsdeskundigen gezamenlijk betekenis geven aan gedrag, situaties probleemanalyses en handelingsmogelijkheden.

Onderzoeksvraag

Hoe komt probleemanalyse en besluitvorming door hulpverleners met betrekking tot mensen met 'onbegrepen gedrag' tot stand in de praktijk, en hoe wordt de aansluiting van zorg op de behoeften van cliënten daarin ervaren?

De hoofdvraag wordt verder uitgesplitst in de volgende deelvragen:

1. Hoe geven (zorg)professionals en ervaringsdeskundigen betekenis aan situaties van onbegrepen gedrag?
2. Hoe werken betekenisgeving en interpretatie door in het besluitvormingsproces rondom onbegrepen gedrag?
3. Hoe beïnvloeden relationele, institutionele en contextuele factoren het handelen rondom onbegrepen gedrag?

Theoretisch kader

Het theoretisch kader beschrijft besluitvorming niet alleen als een technisch proces van probleemoplossing, maar als een relationele praktijk waarin betekenisgeving, afstemming, erkenning en (institutionele) machtsverhoudingen samenkomen. In dit hoofdstuk wordt uitgewerkt wat onder het 'zorgen' van (zorg) professionals wordt verstaan en hoe afhankelijkheid en erkenning in een relationeel proces een rol in spelen.

Zorgen volgens de zorgethiek

Binnen de zorgethiek wordt zorgen breed opgevat als: *"Een activiteit die alles omvat wat we doen om onze wereld te onderhouden, voort te zetten en te herstellen, zodat we daarin zo goed mogelijk kunnen leven."* (vrije vertaling vanuit Tronto, 1993) Deze brede opvatting maakt het mogelijk om zorg niet niet alleen te begrijpen binnen formele zorgrelaties, maar ook binnen alledaagse interacties en de context van onbegrepen gedrag.

Tronto (1993, 2013) beschrijft zorg als een relationeel proces dat bestaat uit vijf samenhangende fasen van zorg: aandachtigheid *(caring about)*, verantwoordelijkheid *(taking care of)*, competentie *(care giving)*, responsiviteit *(care receiving)* en gezamenlijk handelen *(caring with)*. Deze fasen verlopen niet lineair, maar vormen een dynamisch proces van voortdurende afstemming, waarin steeds opnieuw wordt afgewogen wat in een specifieke situatie goede zorg is en hoe recht kan worden gedaan aan de ander. Zorg vindt daarbij niet alleen plaats in de directe interactie tussen zorgverlener en zorgontvanger, maar is ook ingebed in bredere sociale en institutionele relaties waarin wederkerigheid en rechtvaardigheid een rol spelen.

In alle fasen wordt steeds opnieuw afgewogen wat goede zorg is en hoe recht wordt gedaan aan de ander. Binnen haar denken benadrukt Tronto dat zorgen geen eenzijdig handelen is, maar een dynamisch en relationeel proces waarin afstemming, morele waarden en machtsverhoudingen voortdurend met elkaar verweven zijn.

Tijd en historische kennis

Omdat besluitvorming in dit onderzoek wordt opgevat als een proces van betekenisgeving, is ook de rol van tijd van belang. Tijd wordt daarbij niet uitsluitend opgevat als de duur van een hulpverleningstraject, maar als een factor die mede bepaalt hoe situaties worden begrepen en hoe besluitvorming zich ontwikkelt. Lazarus-Black (2007) beschrijft tijd als een interpretatief kader waarbinnen gebeurtenissen betekenis krijgen. Historische kennis verwijst daarbij niet naar het verleden zelf, maar naar de professionele reconstructie en interpretatie van iemands levensgeschiedenis. Deze kennis ontwikkelt zich gaandeweg in contact met betrokkenen en maakt het mogelijk gedrag te begrijpen in relatie tot eerdere ervaringen, veranderende omstandigheden en de bredere leefwereld van de persoon. Tijd en historische kennis vormen daarmee belangrijke voorwaarden voor betekenisgeving, probleemanalyse en besluitvorming

Afhankelijkheid, macht en handelingsruimte

Binnen de zorgethiek benadrukken zowel Annelies van Heijst (2005) als Eva Feder Kittay (1999) dat afhankelijkheid een fundamenteel onderdeel is van het menselijk bestaan en dus doorwerkt in het zorgen. Dit is extra zichtbaar in de context van mensen met onbegrepen gedrag, waar kwetsbaarheid en afhankelijkheid soms op de voorgrond staan. Van Heijst wijst erop dat zorgrelaties per definitie asymmetrisch zijn. (Zorg)professionals beschikken over kennis, handelingsruimte en institutionele macht, terwijl betrokkenen met onbegrepen gedrag zich frequent in een positie van onmacht en afhankelijkheid bevinden.

Deze machtsasymmetrie vraagt om voortdurende morele reflectie en afstemming, omdat het risico bestaat dat handelen paternalistisch wordt of onvoldoende aansluit bij de leefwereld van de ander.

Voorbeeld : Diagnose en institutionele macht

Diagnoses en classificaties zijn voorbeelden van hoe institutionele macht doorwerkt in de praktijk van zorg en ondersteuning. Zo kan het label 'verward gedrag' of 'LVB' sturen hoe een persoon wordt benaderd, welke risico's centraal komen te staan en welke interventies als passend worden gezien. Soms zijn ze zelfs nodig voor toegang tot zorg. Dergelijke indelingen bepalen mede wat zichtbaar wordt en wat buiten beeld blijft, en hebben daarmee invloed op besluitvorming en de ruimte voor afstemming. Tegelijkertijd biedt een diagnose praktisch houvast en communicatie en zorg mede mogelijk. Daarmee zijn diagnoses en classificaties niet alleen beperkend, maar ook functioneel.

Tegelijkertijd ervaren (zorg)professionals zelf ook onmacht, bijvoorbeeld wanneer problemen niet oplosbaar blijken of wanneer systeemdruk en fragmentatie van zorg passende ondersteuning belemmeren. Waar binnen de zorgethiek het belang van erkenning, afstemming en relationele zorg benadrukt wordt, laat Lipsky (1995/2010) zien dat de praktijk vaak lastiger is dan het op papier klinkt. (Zorg)professionals hebben te maken met regels, tijdsdruk en beperkte middelen, waardoor ze continu keuzes moeten maken in wat wel en niet kan. Daarbij gebruiken ze hun eigen beoordelingsruimte, maar die ruimte staat ook onder druk. Erkenning en afstemming zijn daarmee niet alleen een kwestie van willen of kunnen, maar hangen ook sterk samen met de context waarin (zorg)professionals werken. Lipsky beschrijft hoe deze afwegingen juist in de dagelijkse praktijk vorm krijgen. Besluitvorming krijgt daarmee vorm in de dagelijkse afwegingen waarmee (zorg)professionals proberen recht te doen aan complexe situaties binnen institutionele kaders.

Erkenning

Om scherper te maken wat er in deze interacties op het spel staat, is het begrip erkenning relevant. In navolging van Honneth (1995) kan erkenning begrepen worden als de mate waarin iemand gezien en serieus genomen wordt als persoon, en zich in relatie tot anderen als waardevol kan ervaren. In de context van onbegrepen gedrag staat die erkenning regelmatig onder druk, bijvoorbeeld wanneer gedrag primair wordt benaderd als risico of probleem dat beheerst moet worden. Of wanneer zorg wordt gezien als een lineair proces waarin naar een doel gewerkt moet worden.

Vanuit een relationeel perspectief op zorg komt erkenning niet alleen in beeld als uitkomst van zorg, maar juist ook als iets wat speelt in het moment van besluitvorming zelf. Bij Van Heijst (2005) gaat het dan om het daadwerkelijk zien van de ander in diens kwetsbaarheid en waardigheid, en het zoeken naar afstemming in de situatie.

De mate waarin iemand als mens wordt gezien, werkt direct door in de besluitvorming: in wat als probleem wordt gedefinieerd, welke informatie betekenis krijgt en welke handelingsmogelijkheden zichtbaar worden.

Besluitvorming is daarmee niet alleen een stap richting een oplossing, maar ook een moreel geladen moment waarin wel of geen recht wordt gedaan aan iemand. Erkenning heeft in die zin een intrinsieke waarde: hoe beslissingen tot stand komen, en of daarin ruimte is voor het perspectief van de ander, is minstens zo relevant als de uitkomst zelf. Juist in situaties waarin tijdsdruk, onzekerheid en spanning een rol spelen, wordt zichtbaar hoe kwetsbaar die erkenning is en wat er verloren gaat wanneer zij niet tot stand komt. Dit perspectief biedt daarmee een kader om te onderzoeken hoe relationele afstemming doorwerkt in probleemanalyse, besluitvorming en de vormgeving van ondersteuning.

Autonomie

Binnen de zorgethiek wordt autonomie niet opgevat als volledige onafhankelijkheid, maar juist als iets dat tot stand komt in relatie tot anderen. Autonomie is daarmee altijd verweven met afhankelijkheid, kwetsbaarheid en de context waarin iemand leeft. Dit betekent dat autonomie niet alleen gaat over zelf beslissen, maar ook over de mate waarin iemand ondersteund wordt om tot betekenisvolle keuzes te komen. In situaties van onbegrepen gedrag vraagt dit om voortdurende afstemming, waarbij ruimte wordt gemaakt voor het perspectief van de ander, juist ook wanneer dat moeilijk te begrijpen of te volgen is. Autonomie krijgt zo een relationele invulling, waarin zorg en ondersteuning niet tegenover autonomie staan, maar deze juist mogelijk maken. Dit relationele perspectief maakt het bovendien mogelijk om verwachtingen rondom zelfredzaamheid en assertiviteit te begrijpen als contextafhankelijk, in plaats van uitsluitend als individuele eigenschappen.

Continuïteit

Tot slot krijgt binnen dit relationele perspectief ook continuïteit van zorg betekenis. Zorg wordt niet opgevat als een reeks afzonderlijke interventies, maar als een doorlopend proces van afstemming, waarin juist overgangen tussen verschillende vormen van ondersteuning bepalend kunnen zijn voor de ervaren aansluiting van zorg.

Vanuit dit theoretisch kader wordt binnen dit onderzoek besluitvorming dus niet opgevat als een op zichzelf staande stap in een proces van probleemoplossing, maar als onderdeel van een relationeel proces waarin betekenisgeving, afstemming, erkenning, tijd en institutionele context voortdurend met elkaar verweven zijn. Dit theoretisch kader biedt daarmee handvatten om te begrijpen hoe probleemanalyse, besluitvorming en ondersteuning in de praktijk tot stand komen.

Methoden

Dit onderzoek richt zich op de vraag hoe probleemanalyse en besluitvorming rondom mensen met 'onbegrepen gedrag' in de praktijk tot stand komen. Op basis van etnografisch veldwerk, bestaande uit observaties en diepte-interviews met (zorg)professionals en ervaringsdeskundigen, wordt onderzocht hoe betekenis wordt gegeven aan gedrag, hoe besluiten ontstaan en hoe ondersteuning wordt georganiseerd binnen een complexe zorgpraktijk.

Onderzoeksdesign

Er is gekozen voor een etnografisch onderzoeksdesign, omdat deze benadering het mogelijk maakt besluitvorming te bestuderen zoals die zich in de dagelijkse praktijk ontwikkelt. Daarbij staat niet alleen centraal welke besluiten worden genomen, maar ook hoe (zorg)professionals en betrokkenen in interactie betekenis geven aan complexe situaties en hoe deze betekenisgeving richting geeft aan handelen.

De analyse is uitgevoerd vanuit een interpretatief perspectief, met aandacht voor de wijze waarop betrokkenen hun ervaringen en situaties begrijpen en duiden. Het onderscheid van Kleinman (1988) tussen illness (de geleefde ervaring) en disease (de professionele of medische duiding) is daarbij gebruikt als sensitiserend concept om te analyseren hoe verschillende perspectieven samenkomen in besluitvormingsprocessen.

Dataverzameling

De dataverzameling bestond uit participerende observaties, etnografische interviews en semigestructureerde diepte-interviews. Gedurende een veldwerkperiode van een half jaar liep de onderzoeker meerdere malen mee met (zorg)professionals uit verschillende onderdelen van het netwerk rondom mensen met onbegrepen gedrag, waaronder wijkgerichte bemoeizorg, politie, geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang. Tijdens deze observaties werden zowel interacties tussen (zorg)professionals en betrokkenen als multidisciplinaire overleggen en besluitvormingsprocessen gevolgd.

Naast de observaties vonden gedurende het veldwerk etnografische interviews plaats, waarin observaties direct met (zorg)professionals werden besproken en verdiept. Aanvullend zijn 20 semigestructureerde diepte-interviews afgenomen met zowel (zorg)professionals uit verschillende disciplines als ervaringsdeskundigen. In deze interviews stond centraal hoe situaties van onbegrepen gedrag worden begrepen, hoe besluitvorming tot stand komt en hoe de aansluiting tussen ondersteuning en de geleefde ervaring wordt ervaren.

Analyse

Alle interviews zijn getranscribeerd en, samen met de veldnotities, thematisch geanalyseerd met behulp van Atlas.ti. De analyse vond iteratief plaats, waarbij observaties, interviews en relevante projectdocumentatie elkaar gedurende het onderzoeksproces voortdurend aanvulden en verdiepten. Door triangulatie van databronnen en regelmatige reflectie op de interpretatie van de thema's binnen het onderzoeksteam werden bevindingen vanuit verschillende perspectieven kritisch getoetst en aangescherpt. Citaten zijn, met toestemming van de deelnemers, gepseudonimiseerd opgenomen ter onderbouwing van de resultaten.

Setting

Het onderzoek vond plaats binnen het netwerk van organisaties dat betrokken is bij de ondersteuning van mensen met onbegrepen gedrag. Dit netwerk bestaat uit onder meer het team Toeleiding en Bemoeizorg, de wijk-GGD, politie, geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg, maatschappelijke opvang en het sociaal domein. Besluitvorming ontstaat daarbij niet binnen één organisatie, maar in de samenwerking tussen verschillende (zorg)professionals die gezamenlijk betekenis geven aan complexe situaties en afstemmen over passende ondersteuning.

Het onderzoek omvatte zowel acute als niet-acute situaties. Acute situaties kenmerken zich door een directe veiligheids- of gezondheidsdreiging die onmiddellijk handelen vraagt, bijvoorbeeld door de politie, een GGZ-crisisdienst of de wijk-GGD. In de praktijk wordt in dit verband vaak gesproken over in crisis raken: een situatie waarin iemand zodanig ontregeld raakt dat zelfstandig functioneren tijdelijk niet meer mogelijk is en directe ondersteuning noodzakelijk kan zijn. Niet-acute situaties betreffen situaties waarin geen sprake is van een directe crisis, maar waarin langdurige ondersteuning, afstemming en probleemanalyse centraal staan. Door beide typen situaties te volgen kon worden onderzocht hoe betekenisgeving, probleemanalyse, besluitvorming en ondersteuning zich onder verschillende omstandigheden ontwikkelen.

Etnografisch onderzoek biedt per definitie een gedeeltelijke weergave van de praktijk; het is niet mogelijk om alle betrokken organisaties en situaties gelijktijdig te volgen. Om een zo rijk mogelijk beeld van besluitvorming te verkrijgen, werden observaties binnen verschillende onderdelen van het netwerk gecombineerd met diepte-interviews met (zorg)professionals en ervaringsdeskundigen. Ervaringsdeskundigen droegen daarnaast bij aan de aanscherping van het onderzoeksdesign en de interpretatie van de bevindingen.

Ethiek

Het onderzoek is uitgevoerd volgens de beroepscode van de Antropologen Beroepsvereniging (ABV). Uitgangspunt daarbij is dat deelname aan het onderzoek geen schade mag toebrengen aan deelnemers en niet mag bijdragen aan verdere stigmatisering of marginalisering van mensen met onbegrepen gedrag. Alle deelnemers ontvingen vooraf informatie over het onderzoek en namen vrijwillig deel. In rapportages en publicaties zijn alle personen, locaties en organisaties waar nodig geanonimiseerd of gepseudonimiseerd om de herleidbaarheid van deelnemers te voorkomen.

Centrale begrippen in context

‘Onbegrepen gedrag’

De term ‘onbegrepen gedrag’ wordt in beleid en praktijk veelvuldig gebruikt, maar kent geen eenduidige of scherp afgebakende definitie. In die zin kan ‘onbegrepen gedrag’ worden beschouwd als een containerbegrip, dat verwijst naar een diverse groep mensen en situaties, zonder dat er sprake is van één duidelijke afbakening.

De huidige betekenis en het gebruik van het begrip hangen bovendien samen met institutionele en historische ontwikkelingen. Met de vorming van de Nationale Politie per 1 januari 2013 werd het noodzakelijk om registratiecodes op landelijk niveau te centraliseren. De term ‘gestoord’ verviel en onder registratiecode E33 werd voortaan verstaan ‘overlast door een verward persoon’. Via het landelijke registratiesysteem werd het mogelijk om op grote schaal en in korte tijd inzicht te krijgen in meldingen van ‘verward gedrag’ op wijk-, gemeente- en regionaal niveau. Deze nieuwe manier van registreren heeft bijgedragen aan een toename van bestuurlijke, politieke en maatschappelijke aandacht voor het fenomeen.

In beleidscontexten wordt vaak aangesloten bij definities die sterk gericht zijn op risico en maatschappelijke impact. Zo wordt gesproken over: ‘Eenieder die vanwege zijn al dan niet tijdelijke verstoorde oordeelsvermogen gedrag vertoont waarmee hij zichzelf of enig ander in gevaar brengt en/of een bedreiging vormt voor de openbare orde en veiligheid en/of waaruit de hulpbehoevendheid van deze persoon blijkt’ (Informatie-analysesysteem [IAT], 2022). ZonMw beschrijft ‘onbegrepen gedrag’ als een verzamelnaam voor mensen met een opeenstapeling van levensproblemen die niet de juiste hulp krijgen (ZonMw, 2023). Het element van het niet verkrijgen van passende hulp sluit aan bij het doel van dit onderzoek en onderstreept dat het begrip niet alleen verwijst naar gedrag, maar ook naar de manier waarop zorg en ondersteuning al dan niet aansluiten.

Tegelijkertijd laat onderzoek zien dat deze brede omschrijving in de praktijk een zeer uiteenlopende groep mensen omvat. Het kan gaan om mensen met dementie die over straat zwerven, mensen die dreigen met suïcide, mensen onder invloed, tot mensen die het contact met de realiteit (tijdelijk) verliezen, en combinaties hiervan (Poels, 2019)

Juist deze breedte maakt het begrip lastig hanteerbaar. Het diffuse karakter van termen als ‘verward’ en ‘onbegrepen’, de variatie in doelgroepen en de onduidelijkheid over onderliggende oorzaken maken het moeilijk om tot een gerichte probleemanalyse en passend beleid te komen. Er ontbreekt een eenduidige maat om te bepalen wat effectieve ondersteuning of ‘succes’ in deze context betekent.

Vanuit zowel de zorg als de sociale wetenschappen wordt kritisch gereflecteerd op het gebruik van de term. Koekkoek (2024) benadrukt dat ‘verward’ geen diagnose is, maar een brede aanduiding waarvan het gebruik tot misverstanden en onduidelijkheid kan leiden. Roex (2019) bekritiseert daarnaast de normerende en stigmatiserende werking van het begrip en de wijze waarop mensen door dit label tot hun ‘afwijkende’ gedrag kunnen worden gereduceerd.

Daarnaast wordt in bredere maatschappelijke analyses gewezen op processen van individualisering en een afnemend gemeenschapsgevoel. Hierdoor wordt gedrag dat afwijkt van de norm sneller gezien als overlast, in plaats van als iets waar een gemeenschap gezamenlijk verantwoordelijkheid voor draagt. In dergelijke situaties wordt al snel professionele hulpverlening ingeschakeld (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2025).

In dit onderzoek wordt 'onbegrepen gedrag' daarom niet opgevat als een vastomlijnde categorie, maar als een praktijkterm die verwijst naar situaties waarin mensen zich onbegrepen voelen en waarin gedrag als moeilijk te duiden wordt ervaren, zowel door henzelf als door hun omgeving en hulpverleners. Deze situaties kunnen zich voordoen in crisismomenten, maar ook daarbuiten, en hebben vaak een tijdelijk en contextafhankelijk karakter. 'Onbegrepen gedrag' wordt daarmee benaderd als een momentopname, die ontstaat in de interactie tussen persoon, omgeving en systeem. De nadruk ligt in dit onderzoek niet op het definiëren van het begrip zelf, maar op het begrijpen van hoe deze situaties ontstaan en hoe hiermee wordt omgegaan binnen de praktijk van zorg en ondersteuning.

Acute en niet acute situaties; 'crisis of niet'

Binnen het onderzoek wordt onderscheid gemaakt tussen acute en niet-acute situaties. 'Acuut' verwijst naar situaties waarin direct en onmiddellijk ingrijpen nodig is vanwege een dringende of crisisachtige toestand. Dit kan bijvoorbeeld gaan om iemand die plotseling gevaarlijk gedrag vertoont voor zichzelf of anderen, ernstige verwardheid of agressie, of een acute noodsituatie die een directe respons vereist van hulpverleners zoals de politie, GGZ-crisisdiensten of een wijk-GGD'er.

In de praktijk wordt in dit verband vaak gesproken over 'in crisis raken'. Deze term wordt zowel door hulpverleners als door mensen met eigen ervaring gebruikt om een toestand te beschrijven waarin iemand ontregelt, niet meer zelf kan handelen en het dagelijks functioneren niet meer lukt, vaak gepaard gaand met gevoelens van radeloosheid. Het verwijst naar een moment waarop de draagkracht van iemand wordt overschreden ('de veerkracht voorbij'), waardoor direct ingrijpen noodzakelijk kan worden. Tegelijkertijd wordt benadrukt dat het in crisis raken niet altijd zichtbaar is voor de omgeving: sommige mensen raken buiten beeld in crisis, terwijl anderen hun ontregeling langere tijd kunnen maskeren.

'Niet-acuut' verwijst daarentegen naar situaties waarin er geen directe dreiging of crisis is, maar waarin wel ondersteuning en begeleiding nodig zijn. In deze gevallen gaat het vaak om langdurige of onderliggende problematiek, zoals aanhoudende ontregeling, sociaal isolement of het ontbreken van passende hulpverlening. Hier ligt de nadruk op structurele ondersteuning en preventieve maatregelen, bijvoorbeeld vanuit een sociaal wijkteam, waarbij meer ruimte is voor grondige probleemanalyse en besluitvorming.

Hulpverleners

Onder hulpverleners worden in dit onderzoek mensen verstaan met een medische, sociaal-medische of sociale opleiding die professioneel betrokken zijn bij mensen met een opeenstapeling van levensproblemen. Deze betrokkenheid kan bestaan uit signalering, toeleiding of het daadwerkelijk verlenen van zorg, hulp en ondersteuning bij herstel.

Resultaten

In dit deel worden de resultaten uit de observaties en interviews beschreven. De bevindingen geven inzicht in hoe betekenisgeving, probleemanalyse, besluitvorming en ondersteuning in de praktijk tot stand komen en hoe de aansluiting van zorg op behoeften daarin wordt ervaren. Iedere empirische beschrijving wordt gevolgd door een theoretische duiding. De drie resultatenhoofdstukken volgen de opeenvolgende beweging van betekenisgeving, besluitvorming en ondersteuning.

‘Onbegrepen gedrag zou een tijdelijke staat moeten zijn. Dat blijft voor mij het belangrijkste thema, dat onbegrepen gedrag…
Het kán begrepen gedrag worden. Maar dat betekent wel allemaal keihard eraan werken om dat gedrag begrepen te krijgen’

Citaat ervaringsdeskundige

1 Betekenis geven aan gedrag

1. Betekenis geven aan gedrag

Centraal staat de vraag hoe (zorg)professionals en ervaringsdeskundigen betekenis geven aan situaties van onbegrepen gedrag?

Om deze vraag te beantwoorden wordt eerst een etnografische beschrijving gegeven, gebaseerd op observaties die gedurende meerdere veldwerkdagen zijn verzameld tijdens het meelopen met de wijk-GGD. Deze observaties vormen het vertrekpunt voor de analyse van hoe (zorg)professionals in de dagelijkse praktijk betekenis geven aan gedrag en situaties.

Op stap met de wijk-GGD

casusoverleg

In de ochtend sluit ik (onderzoeker GGD-ZHZ) aan bij een multidisciplinair casusoverleg op een locatie van een GGZ instelling, later op de dag zal ik meegaan op huisbezoek. Aan tafel zitten een wijk-GGD'er, een wijkverpleegkundige, medewerkers van bemoeizorg en verslavingszorg. De sfeer is geconcentreerd, maar niet zwaar; er wordt snel gesproken, af en toe onderbroken door korte toelichtingen. In rap tempo worden er die ochtend dossiers besproken. Sommige casussen zijn nieuw en vragen meer uitleg, andere komen al langer terug. Over de mensen om wie het gaat wordt op vertrouwde toon gesproken, praktisch en met begrip.

De casussen komen grotendeels van het meldpunt zorg- en overlast. Er wordt veel besproken in korte tijd: een volle brievenbus, een buurman die zich zorgen maakt, iemand die steeds moeilijker bereikbaar wordt, een woningcorporatie die aan de bel trekt vanwege hevige vervuiling en een eerdere lekkage, een broer die soms nog helpt maar waar opnieuw contact mee opgenomen moet worden. Kleine signalen krijgen aandacht. Een volle brievenbus bij een huisbezoek wordt genoemd als een signaal dat veel kan zeggen: iemand haalt zijn post niet meer op, laat dingen lopen of trekt zich terug. Het zijn regelmatig dat soort details waar een casus mee begint. Meldingen lijken daarmee vooral een vertrekpunt voor verdere verkenning, niet een vaststaande beschrijving van wat er aan de hand is.

De (zorg)professionals aan tafel lijken de wijken goed te kennen en weten vaak wie betrokken zijn bij een specifieke casus en wie nog benaderd kan worden. Daarbij wordt ook gesproken over verschillen tussen professionals, zoals wijkagenten, huisartsen en POH'ers. Wijkagenten worden gezien als gericht op contact (en de-escalatie), terwijl andere agenten soms enkel handhavend optreden. Afhankelijk van de situatie wordt afgewogen of en wanneer een wijkagent wordt betrokken. Daarbij spelen ook praktische overwegingen een rol, zoals de vraag welke (zorg)professional op dat moment dienst heeft en of het effectiever is om nog even te wachten totdat een specifieke, meer passende professional kan worden ingezet. Bij één van de casussen zegt een (zorg)professional aan tafel: 'Laten we tot woensdag wachten dan is [naam wijkagent] er en die weet goed met deze situatie om te gaan.'

Wat tijdens het overleg opvalt, is dat de term 'onbegrepen gedrag' niet wordt gebruikt. Er wordt eerder gesproken over wat er concreet speelt. Een wijk-GGD'er legt uit dat meldingen zeer uiteenlopend kunnen zijn: psychische problematiek, psychiatrie, mensen die zich achtervolgd voelen, middelengebruik, cognitieve achteruitgang of dementie, medische ontregeling, financiële problemen, ingrijpende 'life events', of mensen met een lager IQ die niet als zodanig worden ingeschat door de omgeving. Tegelijkertijd benadrukt de wijkverpleegkundige met wie ik op stap zal gaan die dag dat de oorzaken achter gedrag sterk kunnen verschillen. Ze zegt: 'Het is eigenlijk nooit hetzelfde'

Casus 1 - Het huis van miljoenen

Later op de dag gaan we op pad voor een huisbezoek. De eerste casus komt via de woningcorporatie. Een man zou ontregeld zijn geraakt na een brief waarin staat dat een ontruimingsprocedure zou kunnen starten. Volgens de professionals hoeft hij de woning helemaal niet definitief te verlaten maar begrijpt hij de inhoud van de brief niet goed. Hij zou zelfs zijn sleutel al hebben ingeleverd, alsof het besluit al vaststaat. Er wordt besproken wie het vangnet rondom de man vormt, waarbij wordt benoemd dat zijn broers afstand hebben genomen van de situatie. Daarnaast worden er voorzichtig zorgen geuit over mogelijke suïcidaliteit bij de moeder, wat de situatie extra complex zou maken.

Nadat we bij de man hebben aangebeld en hij niet thuis bleek, komen we hem toevallig tegen op straat. Het geplande huisbezoek verandert daardoor vanzelf in een gesprek op de stoep. De professionals kennen de man al van eerdere contacten en er is direct herkenning over en weer. Dat eerdere contact geeft het gesprek vanaf het begin een open en vertrouwde toon. De twee professionals komen dichtbij de man staan en vragen op ontspannen toon hoe het met hem gaat.

De man vertelt aan ons dat hij binnenkort zal vertrekken naar zijn adellijke familie in het noorden van Europa. Hij zegt dat hij blauw bloed heeft en familie die verbonden is aan het Zweedse koningshuis. Ook vertelt hij dat hij een nieuw huis gevonden heeft op Funda waar hij met zijn vrouw en twintig kinderen zal gaan wonen. Wanneer de professionals hem vragen wat voor soort huis het is, pakt hij trots zijn telefoon en laat hij een woning zien die hij op Funda heeft gevonden. Het gaat om een woning van enkele miljoenen euro's. De professionals reageren geïnteresseerd en vragen hem verder naar het huis. Ze vragen waar het staat, hoe groot het is en hoe hij eraan gekomen is. Ze complimenteren hem met de woning op zijn telefoon en merken op dat het een mooi huis is. *Ze verkennen de realiteit van de situatie zonder zijn verhaal direct tegen te spreken*. Tegelijkertijd stellen ze voorzichtig de vraag of hij denkt dat hij zo'n woning ook kan betalen. Na enige tijd vragen ze of hij een bewindvoerder heeft en wie dat dan is. De man noemt een naam, maar koppelt die vervolgens aan een figuur uit Lord of the Rings.

In de auto, op weg naar een volgende melding, praten de wijk-GGD'er en de wijkverpleegkundige verder over de situatie. Ze benadrukken de ernst ervan. Sinds de verkeerd begrepen brief van de wooncorporatie heeft de man namelijk de huur niet meer betaald. Bovendien wil hij al zijn meubels laten ophalen omdat hij denkt dat hij binnenkort weg moet. De woning zelf staat dus op het spel. Prioriteit is om dit te voorkomen door samen te werken.

Betekenisgeving in de praktijk

Starten met contact

Tijdens het meelopen benadrukken de (zorg)professionals dat hun werk begint met contact maken: Onaangekondigd aanbellen, iemand zien, en de situatie ter plekke ervaren, ruiken, horen, aanvoelen. Een melding op papier geeft zelden het volledige beeld. Dus daarom '(…) stap één is gewoon aan de deur gaan. Letterlijk contact maken.'

De ontmoeting start met nieuwsgierigheid. Die nieuwsgierigheid lijkt niet zozeer een losse eigenschap, maar eerder een werkwijze die richting geeft aan het handelen. (zorg)professionals weten vaak vooraf niet wat zij precies zullen aantreffen. Tijdens huisbezoeken wordt daarom niet alleen gekeken naar gedrag zelf, maar juist ook naar de bredere situatie waarin dat gedrag plaatsvindt. Observaties worden gaandeweg gecombineerd met eerdere contacten, gesprekken en signalen uit de omgeving. Een (zorg)professional zegt hierover:

'We weten natuurlijk niet waar we komen. We weten niet wat er allemaal speelt. Dat krijg je ook nooit allemaal in één keer te weten. Maar op basis van wat we op dat moment zien en horen gaan we een beetje ons plan maken.'

Probleemanalyse ontvouwt zich

Een probleemanalyse kent voor wijk-GGD-ers geen duidelijk beginpunt, maar ontvouwt zich als een voortdurend proces van interpreteren, toetsen en bijstellen. (zorg)professionals geven aan niet te snel één verklaring centraal te willen stellen, maar eerst te willen begrijpen wat er speelt. Het leren kennen van iemand, eerdere contacten en inzicht in het netwerk maken het mogelijk om gedrag anders te duiden dan wanneer die context ontbreekt. Bekendheid maakt nuance mogelijk. Wat voor een buitenstaander direct als 'verward' kan worden gezien, krijgt binnen een langere relatie betekenis tegen de achtergrond van eerdere patronen, tijdelijke verslechtering of bekende kwetsbaarheden. Ook interpretaties veranderen gaandeweg: wat aanvankelijk als middelenproblematiek wordt gezien, blijkt later soms samen te hangen met onbehandelde lichamelijke klachten of andere problemen die eerder buiten beeld bleven. Daarmee blijkt bekendheid met iemand niet alleen van invloed op de interpretatie van gedrag, maar ook op het verdere handelen.

Van onbegrip naar begrip

Gedrag kan gaandeweg dus begrijpelijker worden wanneer meer bekend wordt over iemands geschiedenis, kwetsbaarheden en dagelijkse context. Als voorbeeld noemt een (zorg)professional in een van de interviews een deelnemer die dagelijks zijn deur barricadeert. Op het eerste gezicht lijkt dit vooral een overtreding van de huisregels en ontstaat er zorg over de brandveiligheid binnen de voorziening. Tegelijkertijd blijkt gaandeweg dat het gedrag samenhangt met gevoelens van onveiligheid en betrekkingsideeën. De (zorg)professional beschrijft hoe de betekenis van het gedrag daardoor verandert:

'Als je dat niet weet, dan is het enkel de overtreding van de huisregels.
Terwijl je nu weet: dit komt voort uit zijn ziektebeeld,
uit zijn persoonlijkheidsstructuur, dat hij dit doet.'

Focus op het concrete

Opvallend is dat (zorg)professionals in eerste instantie terughoudend lijken in het direct benoemen van psychiatrische classificaties. Ook de term 'onbegrepen gedrag' valt in overleggen nauwelijks. Hoewel de uitspraken van de man in de eerste casus geïnterpreteerd zouden kunnen worden als wanen of psychotische ontregeling, wordt dit niet expliciet centraal gesteld. De aandacht gaat eerder uit naar concrete vragen: begrijpt iemand een brief van de woningcorporatie, betaalt hij nog huur, verliest hij mogelijk zijn woning, is er een bewindvoerder, wie uit het netwerk is nog bereikbaar? Daarmee verschuift de betekenis van gedrag van een mogelijk psychiatrisch symptoom naar een praktisch en sociaal vraagstuk van bestaanszekerheid, veiligheid en zelfredzaamheid.

Voortdurend afwegen

Uit de observaties wordt zichtbaar dat (zorg)professionals in eerste instantie voortdurend afwegen hoe een situatie begrepen en vanuit daar gestabiliseerd kan worden. Betekenisgeving ontstaat in deze praktijk dus niet op één moment, maar ontwikkelt zich continue in interactie en overleg, waarbij uiteenlopende signalen samenkomen in een voorlopig en situationeel begrip. Zo wordt het voorbeeld genoemd van iemand die in eerste instantie wordt beoordeeld als iemand met een gemiddeld verstandelijk niveau. Wanneer later blijkt dat er ooit een IQ-onderzoek is gedaan waaruit een IQ rond de 60 naar voren kwam, vallen dingen ineens op hun plek:

'Waarom iemand overspoeld raakt, waarom frustratie omslaat in verbale agressie en waarom iemand dingen niet begrijpt die voor anderen vanzelfsprekend lijken. Dan snap je gedrag ineens veel beter.'

Gaandeweg ontstaat een steeds completer beeld van wat er speelt. Het feit dat (zorg)professionals op huisbezoek gaan en mensen in hun eigen leefomgeving zien, speelt hierin een belangrijke rol. In de thuissituatie worden details zichtbaar die in meldingen of dossiers vaak ontbreken, zoals een volle brievenbus, signalen van vervuiling, de aanwezigheid van anderen of juist het ontbreken daarvan. Deze observaties geven samen een completer beeld van wat er speelt.

(Zorg)professionals differentiëren vrijwel direct naar onderliggende problematiek en context. De term onbegrepen gedrag markeert daarmee vooral dat iets aandacht vraagt, niet wat er precies aan de hand is.
Ervaringsperspectief; gezien worden als mens
Waar (zorg)professionals in de observaties benadrukken dat begrijpen begint met contact maken, laten de ervaringsverhalen zien wat er gebeurt wanneer dat contact juist ontbreekt. Zoals een ervaringsdeskundige zegt:

'Alle verbinding valt weg als je met het protocol in huis valt, als er nog niet geluisterd is. Je moet eerst luisteren.'

In de gesprekken gebruiken ervaringsdeskundigen regelmatig het begrip 'menselijkheid' om uit te leggen wanneer zorg wél of niet aansluit. Daarmee doelen zij niet op vriendelijkheid alleen, maar op de ervaring dat iemand eerst probeert te begrijpen wat er speelt, zonder direct uit te gaan van een diagnose, protocol of vooraf gevormd beeld. Menselijkheid verwijst daarmee naar het gevoel gezien, gehoord en serieus genomen te worden als persoon.

In de ervaringsverhalen wordt daarnaast een onderscheid gemaakt tussen zichtbare symptomen en onderliggende behoeften. 'Mijn symptomen en mijn behoefte zijn niet hetzelfde,' zegt een ervaringsdeskundige in een van de interviews. Symptomen kunnen zichtbaar zijn, maar vertellen niet vanzelf wat iemand nodig heeft. Wanneer alleen het zichtbare gedrag of het protocol leidend wordt, kan de onderliggende behoefte buiten beeld raken. Wanneer daarentegen ruimte ontstaat om iemand als mens te zien, verandert ook de ervaring van veiligheid:

'Als iemand je daadwerkelijk ziet als mens, dan voel je je veiliger.'

In de gesprekken komt naar voren dat mensen zich niet alleen onbegrepen voelen door wat er wordt besloten, maar ook door de manier waarop zij worden aangesproken, benaderd en geïnterpreteerd. Verschillende ervaringsdeskundigen beschrijven hoe het gevoel begrepen te worden samenhangt met luisteren, aandacht en ruimte om het eigen verhaal te vertellen. Een ervaringsdeskundige vertelt over een periode waarin zij 'in crisis' raakte en werd opgenomen. Zij ging erheen met het idee dat zij veilig zou zijn en duidelijk kon maken wat er speelde. In de praktijk merkte zij echter dat er al snel een bepaald beeld boven haar ervaring leek te liggen:

'Ik ging erheen met het idee dat ik veilig was. Ik dacht dat ik wel duidelijk kon maken dat ik niet op die manier de weg kwijt was. Maar toen merkte ik dat mensen me soms toch niet echt hoorden, omdat ze al een bepaald beeld verwachtten.'

Juist op het moment dat zij ontregeld was en steun nodig had, voelde het alsof regels, veiligheid en protocol vóór het menselijke contact kwamen te staan. Zoals zij terugkijkend zegt:

'Protocol is daarin heel leidend. Vanuit veiligheid en aansprakelijkheid volgen mensen het protocol, zodat ze juridisch niets verkeerd doen. Ik heb het gevoel dat die angst soms boven het menselijke contact komt te staan.'

De ervaringsverhalen sluiten daarmee aan bij wat in de observaties bij (zorg)professionals zichtbaar werd. Betekenisgeving ontstaat niet alleen door gedrag te classificeren, maar juist door te luisteren, af te stemmen en ruimte te maken voor de leefwereld van degene om wie het gaat.

Theoretisch duiding

Aandachtigheid

De observaties laten zien dat probleemanalyse begint met aandachtig aanwezig zijn. Door eerst aandachtig te luisteren, niet direct te corrigeren en het contact te behouden, gaat begrijpen vooraf aan besluitvorming. Ook de ervaringsverhalen onderstrepen het belang van deze aandachtigheid. Waar (zorg)professionals beschrijven hoe zij eerst proberen te begrijpen wat er speelt, laten ervaringsdeskundigen zien hoe bepalend het is om daadwerkelijk gezien, gehoord en serieus genomen te worden voordat gedrag wordt geïnterpreteerd. De ervaringsverhalen maken daarbij zichtbaar dat aandachtigheid niet wordt ervaren als vriendelijkheid alleen, maar dat hierdoor ruimte ontstaat voor het eigen verhaal en iemand niet direct wordt gereduceerd tot een diagnose, een risico of start van een protocol.
Deze aandachtige en afstemmende houding sluit aan bij Tronto's (1993) eerste fase van zorg, *caring about*, waarin het opmerken en erkennen van de behoeften van de ander centraal staat. De observaties laten zien hoe (zorg) professionals deze aandachtigheid vormgeven door ruimte te maken voor het verhaal van de ander en het relationele contact te bewaken. Daarmee vormt aandachtigheid niet alleen het vertrekpunt van het begrijpen van situaties, maar ook van de verdere probleemanalyse en besluitvorming. De ervaringsverhalen maken tegelijkertijd zichtbaar wat er op het spel staat wanneer deze aandachtigheid ontbreekt: niet alleen het gevoel gezien te worden, maar ook de mogelijkheid om gedrag en behoeften zorgvuldig te begrijpen.

Onbegrepen gedrag als relationeel begrip

Waar Tronto's perspectief laat zien hoe (zorg)professionals zich relationeel en aandachtig tot de ander verhouden, maakt de sociologie van classificatie zichtbaar hoe de taal die zij gebruiken deze praktijk mede vormgeeft.
Dat de term *onbegrepen gedrag* in de dagelijkse praktijk nauwelijks wordt gebruikt, sluit aan bij inzichten uit de sociologie van classificatie. Bowker en Star (1999) beschrijven hoe brede categorieën bestuurlijk bruikbaar zijn, maar in de uitvoeringspraktijk vaak aan scherpte verliezen, waardoor professionals opnieuw onderscheid moeten maken naar aard, oorzaak, urgentie en passende ondersteuning.

In een praktijk waarin betekenisgeving voortdurend in interactie tot stand komt, is *onbegrepen gedrag* niet zozeer een eigenschap van een persoon, maar een contextafhankelijk begrip. Het ontstaat in de wisselwerking tussen gedrag, context en interpretatie en vraagt daarom steeds opnieuw om duiding. Zoals de empirische bevindingen laten zien, markeert de term vooral dát iets aandacht vraagt, niet wát precies aandacht vraagt.
De classificatie vormt daarmee niet het eindpunt van de analyse, maar het vertrekpunt voor verdere betekenisgeving en afstemming

2 Van betekenis naar besluitvorming

2. Van betekenis naar besluitvorming

Centraal staat de vraag hoe betekenisgeving en interpretatie doorwerken in het besluitvormingsproces rondom onbegrepen gedrag.

In het voorgaande deel werd zichtbaar hoe (zorg)professionals en ervaringsdeskundigen in interactie en contact betekenis geven aan situaties van onbegrepen gedrag. Deze interpretaties bepalen niet alleen hoe gedrag wordt begrepen, maar sturen ook welke vormen van handelen als passend, noodzakelijk of verantwoord worden gezien. In dit deel staat centraal hoe betekenisgeving, informatie en interpretatie doorwerken in de probleemanalyse, de afwegingen en de keuzes die (zorg)professionals maken tijdens het besluitvormingsproces. De empirische beschrijvingen laten zien hoe informatie uit verschillende bronnen wordt samengebracht, geïnterpreteerd en vertaald naar handelingskeuzes.

Casus 2: 'Een beetje begrip'

De tweede melding gaat over een man die teruggetrokken leeft. Een buurman maakt zich zorgen en heeft een melding gedaan. De politie zou al vaker aan de deur zijn geweest. Er zou mogelijke vervuiling in de woning zijn en een volle brievenbus. De professionals geven aan dat politiemutaties tegenwoordig niet meer altijd gedeeld mogen worden. Daardoor is informatie vanuit de politie minder toegankelijk, terwijl die informatie wel relevant kan zijn om een situatie goed in te schatten.

Wanneer we bij de woning aankomen, bellen de professionals aan en blijven dichtbij de deur staan. Uit hun houding blijkt dat zij de man al kennen van eerdere contacten. Ze spreken hem rustig en op een open toon aan, met zichtbare betrokkenheid. Ze vragen wat zij op dat moment voor hem kunnen betekenen.

Over de man wordt verteld dat hij in eerdere contacten met de woningbouw 'verward' zou zijn overgekomen. Tegelijkertijd wordt gezegd dat meldingen niet altijd vertellen wat er daadwerkelijk aan de hand is. Soms gaat het om zorg, soms om conflict, soms om een combinatie van beide. 'Burenvenijn,' zegt één van de professionals, terloops. 'Dit is een vaker terugkerend thema.'

De man blijkt al eerder in beeld te zijn geweest. Er was sprake van een lekkage, waarbij uiteindelijk contact is gelegd met zijn broer. Die bleek toen betrokken en heeft geholpen om de situatie op te lossen. Er wordt besloten om ook nu de broer in te schakelen. Er wordt eerst gekeken wie er om hem heen staan: familie, verhuurder, huisarts, broer, schoonzus. Niet direct wat er 'mis' is, maar wie er betrokken zijn. Er wordt ook contact gelegd met de woningbouw om te vragen om 'een beetje begrip'.

Handelingsperspectieven

Gedrag krijgt een andere betekenis wanneer (zorg)professionals het verbinden met eerdere contacten, signalen uit het netwerk en de leefomstandigheden van de persoon. Wat eerst vooral als probleemgedrag verschijnt, wordt dan onderdeel van een bredere context van bijvoorbeeld angst, kwetsbaarheid of ervaren onveiligheid. Deze brede context biedt meer handelingsruimte; er kunnen andere afspraken worden gemaakt en er kan gerichter worden afgestemd op wat iemand nodig heeft. In plaats van bijvoorbeeld direct te focussen op middelengebruik, verschuift de aandacht soms juist naar medische ondersteuning of andere vormen van zorg.

Zoals een (zorg)professional zegt:

'Het is makkelijk om te zeggen, iemand gebruikt, je moet minderen, want dan raak je in de war en dan ga je overlast veroorzaken. Terwijl dat niet een passende oplossing kan zijn.'

Gedrag krijgt daarbij niet één vaste betekenis, maar wordt voortdurend opnieuw geïnterpreteerd in relatie tot context, voorgeschiedenis en interactie.

Meerdere perspectieven en gefragmenteerde kennis

Tijdens gesprekken wordt daarnaast zichtbaar hoe belangrijk het vinden van meerdere perspectieven hierbij wordt gevonden. (Zorg)professionals geven aan bewust breed te willen kijken en overleg met collega's belangrijk te vinden om te voorkomen dat één interpretatie te dominant wordt. Daarbij wordt regelmatig samen op huisbezoek gegaan. Zoals een (zorg)professional zegt: 'Met z'n tweeën zie je ook meer.' Een andere professional beschrijft dit als het voorkomen van een 'kokervisie'.

Ook de persoon zelf en diens netwerk worden nadrukkelijk gezien als belangrijke informatiebronnen. (Zorg)professionals benadrukken dat zij niet simpelweg vaststellen wat er aan de hand is, maar proberen om samen met betrokkenen te begrijpen wat speelt. Familieleden, huisartsen en anderen uit het netwerk kunnen daarbij informatie geven die helpt om gedrag beter te plaatsen, niet alleen over het huidige moment, maar ook over eerdere ervaringen en patronen. Zoals één van de (zorg)professionals samenvat: 'Dus we proberen zo breed mogelijk onszelf te informeren.'

Kennis ontstaat daarbij niet uitsluitend tussen zorgverlener en zorgontvanger, maar ook in dagelijkse samenwerking tussen uiteenlopende betrokkenen. Binnen opvang- en woonvoorzieningen wordt gedrag vaak over langere tijd geobserveerd door verschillende medewerkers, ieder vanuit een eigen positie en expertise. Een (zorg)professional beschrijft dat daarbij niet alleen behandelaren of begeleiders informatie aandragen, maar ook medewerkers die mensen in alledaagse situaties meemaken:

'Het kan tot aan de nachtwaker zijn, die misschien niet primair een zorgachtergrond heeft, maar wel ziet wat er gebeurt. Dus die rapporteert. Jan was onrustig vannacht. Jan was boos op die. Hij reageert dan zus of zo.'

Daarnaast wordt regelmatig afgestemd met andere organisaties en (zorg)professionals die mensen in een andere context ontmoeten. In gesprekken wordt bijvoorbeeld verwezen naar informele overleggen zoals het SOS-overleg ('Samen Op Straatniveau'), waarin veldwerkers, wijkregisseurs, opvangprofessionals en anderen informatie uitwisselen over mensen die uit beeld dreigen te raken of over wie zorgen bestaan. Een (zorg) professional beschrijft hoe daarin voortdurend kennis uit verschillende contexten wordt samengebracht:

'Ik denk dat hij [de wijkagent] ze soms beter kent dan wij, want hij spreekt ze natuurlijk in een andere soort context ook nog.'

Professionals spreken over het geleidelijk vormen van een zo compleet mogelijk beeld. Verschillende observaties, gesprekken en ervaringen worden samengebracht tot wat één van de (zorg)professionals noemt: 'het verhaaltje kunnen vormen.' Tegelijkertijd wordt meerdere keren benadrukt dat de persoon zelf uiteindelijk de belangrijkste informatiebron blijft: 'Dat is onze primaire informatiebron. Wat vertelt hij of zij aan ons?'

Interpretatie, risico en handelingsruimte

Kennis ontstaat binnen deze zorgpraktijk door het samenbrengen van uiteenlopende perspectieven, waardoor gedrag gaandeweg anders kan worden begrepen. Verschillende respondenten noemen voorbeelden waarin gedrag aanvankelijk anders wordt geïnterpreteerd, totdat aanvullende informatie over iemands achtergrond, leefomgeving of voorgeschiedenis beschikbaar komt. Een (zorg)professional illustreert dit aan de hand van een man die bekend is als dak- en thuisloos in Dordrecht. De man is autistisch en verblijft niet in de reguliere opvang, omdat hij daar volgens betrokken (zorg)professionals ernstig ontregeld raakt. In plaats daarvan slaapt hij op een vaste plek in de stad, waarbij in de praktijk de afspraak is ontstaan dat dit wordt gedoogd zolang hij de plek netjes achterlaat. Juist doordat verschillende betrokkenen hem over langere tijd kennen, ontstaat gaandeweg meer begrip voor zijn gedrag en behoeften. Rondom de man vindt regelmatig afstemming plaats tussen onder andere BOA's, veldwerkers en opvangprofessionals, zodat signalen en observaties met elkaar kunnen worden verbonden. Zoals de (zorg)professional uitlegt: 'Iedereen weet een beetje wat er rondom hem speelt.' Daardoor wordt gedrag niet uitsluitend beoordeeld vanuit regels of overlast, maar ook begrepen in relatie tot autisme, behoefte aan voorspelbaarheid en de vraag welke omgeving voor hem wel of juist niet werkt.

Genoeg weten om te handelen

(Zorg)professionals benadrukken dat het verzamelen van kennis steeds gepaard gaat met afwegingen rondom privacy, proportionaliteit en veiligheid. Niet alle informatie hoeft of mag gedeeld worden. Zoals een (zorg) professional uitlegt:

'We proberen zoveel mogelijk informatie te verzamelen, maar wel informatie die ertoe doet op dat moment om juiste keuzes te kunnen maken.'

Daarbij wordt regelmatig benadrukt dat mensen ook het recht hebben om niet volledig transparant te hoeven zijn over hun leven. Tegelijkertijd geven (zorg)professionals aan dat zij soms wel voldoende informatie nodig hebben om risico's zorgvuldig in te kunnen schatten, zowel voor de persoon zelf als voor de omgeving. Kennis verzamelen wordt daarmee ook een voortdurende afweging tussen bescherming, autonomie, veiligheid en handelingsverantwoordelijkheid. (Privacy, gegevensdeling en de AVG vormen een relevant thema binnen de samenwerking rondom onbegrepen gedrag. Een nadere juridische of organisatorische analyse valt echter buiten de reikwijdte van dit onderzoek. Hier wordt uitsluitend gekeken naar de betekenis van deze afwegingen voor de dagelijkse praktijk van professionals.) In het proces van contact, afstemming en interpretatie wordt duidelijk wat als probleem geldt en welk handelen passend is.

Ervaringsperspectief; wanneer afwegingen onzichtbaar blijven

Waar (zorg)professionals beschrijven hoe informatie uit verschillende bronnen wordt samengebracht om tot afwegingen en besluiten te komen, laten de ervaringsverhalen zien hoe deze processen worden ervaren door degenen die afhankelijk zijn van zorg en ondersteuning. In de gesprekken komt naar voren dat besluitvorming niet altijd zichtbaar of navolgbaar is. Verschillende ervaringsdeskundigen beschrijven dat zij vaak niet goed weten welke mogelijkheden er zijn, welke afwegingen worden gemaakt of waarom bepaalde ondersteuning wel of juist niet beschikbaar komt.

In een van de ervaringsverhalen wordt beschreven hoe tijdens zorgafstemmingsgesprekken in een crisiscentrum formeel wordt besproken welke ondersteuning nodig is. Volgens deze ervaringsdeskundige blijft haar invloed op de afwegingen die daaraan voorafgaan echter beperkt. Zij vertelt:

'Je zit erbij, maar je rol is vooral dat je het ontvangt en accepteert, of dat je bezwaar maakt. Vaak heb je niet veel in te brengen. Ze vragen je wel wat, maar het voelt soms als een soort multiple choice.'

Volgens haar wordt daarbij niet zozeer gekeken naar wat zij zelf nodig heeft, maar vooral toegewerkt naar een uitkomst die binnen het systeem past:

'Op dat moment wordt niet echt naar jouw behoefte gekeken, maar naar hun uitkomst.'

Ook in andere ervaringsverhalen komt naar voren dat toegang tot passende ondersteuning mede afhankelijk kan zijn van mondigheid en het vermogen om binnen het zorgsysteem de weg te vinden. Juist wanneer iemand ontregeld raakt, staan die vaardigheden onder druk:

'We hebben een zorgsysteem gecreëerd waar je heel erg zelf moet zoeken en voor jezelf moet opkomen en dit is heel lastig op het moment dat het niet goed met je gaat. Het vergt een bepaalde mate van assertiviteit die je op het moment dat je in crisis bent juist niet hebt.'

De beperkte invloed op besluitvorming hangt volgens verschillende ervaringsverhalen nauw samen met een gebrek aan inzicht in welke mogelijkheden er zijn en hoe afwegingen tot stand komen. Verschillende ervaringsverhalen laten zien dat er vaak meer mogelijkheden zijn dan voor betrokkenen zichtbaar worden. Ondersteuning lijkt daardoor niet alleen samen te hangen met de behoefte aan zorg, maar ook met het stellen van de juiste vragen of het vinden van de juiste persoon. Zoals een ervaringsdeskundige het verwoordt: 'Er kunnen wel dingen, maar je moet er heel specifiek om vragen.' Een andere ervaringsdeskundige zegt: 'Er is van alles mogelijk, maar je weet het niet precies.'

Ook informatie-uitwisseling tussen (zorg)professionals blijkt van invloed op de ervaren kwaliteit van besluitvorming. Waar (zorg)professionals benadrukken dat verschillende perspectieven nodig zijn om een situatie goed te begrijpen, laten de ervaringsverhalen zien wat er gebeurt wanneer die afstemming ontbreekt. Een ervaringsdeskundige beschrijft hoe dit direct doorwerkt in haar vertrouwen in de zorg:

'Als je dan ook nog merkt dat die mensen die voor jou zorgen niet met elkaar praten, ja, dat maakte voor mij juist dat ik dacht: zie je, hier zorgen ze ook al niet voor me, want ze praten niet tegen elkaar.'

Volgens haar heeft dit niet alleen praktische gevolgen, maar ondermijnt het ook het vertrouwen: 'En dat doet een heel stuk met het vertrouwen.'
De ervaringsverhalen laten daarmee zien dat besluitvorming niet alleen draait om het verzamelen en interpreteren van informatie, maar ook om de vraag of mensen inzicht hebben in de afwegingen die worden gemaakt, daarin daadwerkelijk kunnen meepraten en weten welke mogelijkheden er zijn.

Theoretische duiding

Verschillende perspectieven

De fragmenten laten zien hoe informatie uit meldingen, eerdere contacten, observaties, collega's, ketenpartners, naasten en de persoon zelf geleidelijk samenkomt in de probleemanalyse en de afwegingen die daaruit voortvloeien. Daarbij wordt zichtbaar dat kennis niet alleen wordt verzameld, maar ook relationeel tot stand komt: in contact met mensen, in samenwerking tussen (zorg)professionals en in de voortdurende interpretatie van gedrag binnen een specifieke context.

De ervaringsverhalen laten zien dat deze processen niet alleen richting geven aan besluitvorming, maar ook van invloed zijn op hoe mensen deze besluitvorming ervaren. Wanneer afwegingen, mogelijkheden en verantwoordelijkheden onvoldoende zichtbaar zijn, kunnen gevoelens van afhankelijkheid, onzekerheid en verlies van regie ontstaan.

De analyse laat zien dat besluitvorming daarmee niet alleen draait om het verzamelen van kennis, maar ook om de vraag wiens kennis, perspectieven en belangen uiteindelijk richting geven aan het handelen. Besluitvorming is daarmee niet alleen een proces van kennisvorming, maar ook een proces waarin macht, afhankelijkheid en onmacht voortdurend een rol spelen. Juist daardoor zijn vertrouwen, erkenning, participatie en ervaren regie niet alleen uitkomsten van besluitvorming, maar ook voorwaarden voor een zorgvuldige besluitvorming.

Doordat (zorg)professionals beschikken over kennis, handelingsruimte en professionele en institutionele verantwoordelijkheden, is de manier waarop mensen bij deze afwegingen worden betrokken van grote invloed op de ervaren erkenning en regie. De ervaringsverhalen maken zichtbaar dat hierbij sprake is van een epistemische asymmetrie: (zorg)professionals beschikken over informatie, interpretatiekaders en handelingsmogelijkheden die voor betrokkenen niet altijd inzichtelijk of toegankelijk zijn. Afhankelijkheid heeft daarmee niet alleen betrekking op de uitkomst van besluitvorming, maar ook op de mogelijkheid om invloed uit te oefenen op de kennis en afwegingen waarop besluiten worden gebaseerd.

Van aandachtigheid naar verantwoordelijkheid

De manier waarop gedrag wordt geïnterpreteerd, werkt direct door in welke vormen van handelen als passend, noodzakelijk of verantwoord worden gezien. In de praktijk blijken interpretaties van gedrag voortdurend mee te wegen in afwegingen rondom veiligheid, stabiliteit en mogelijke escalatie. (Zorg)professionals maken onderscheid tussen verschillende betekenissen van gedrag: wanneer gedrag wijst op een zorgbehoefte, wanneer het een risico vormt, wanneer het samenhangt met sociale omstandigheden en wanneer het vooral vraagt om contact en nabijheid.

Deze fase van duiden en wegen sluit aan bij Tronto's tweede fase van zorg, taking care of, waarin verantwoordelijkheid wordt genomen om te bepalen wat nodig is en welke handelingsmogelijkheden passend zijn. Waar caring about draait om aandachtigheid en het opmerken van behoeften, laat taking care of zien hoe deze aandacht wordt vertaald naar afwegingen en besluitvorming. De ervaringsverhalen laten zien dat juist in deze vertaling ruimte ontstaat, of juist verloren gaat, voor het perspectief van de ander. Besluitvorming krijgt daarmee niet alleen vorm in de keuze voor een interventie, maar ook in de manier waarop verschillende perspectieven worden meegewogen en mensen worden betrokken bij de afwegingen die daaraan voorafgaan.

Praktische afwegingen in onzekere situaties

Besluitvorming komt in deze praktijk niet uitsluitend voort uit formele kaders, maar uit praktische afwegingen in situaties van onzekerheid. (Zorg)professionals handelen op basis van gedeeltelijke informatie, tijdsdruk en beperkte middelen, waarbij zij werkbare interpretaties vormen die direct richting geven aan handelen. Deze afwegingen steunen vaak op praktische kennis: weten wie iemand is, eerdere trajecten kennen, signalen herkennen, weten welke organisatie bereikbaar is en inschatten wat op dat moment haalbaar is. Daarmee wordt besluitvorming niet alleen procedureel, maar ook relationeel en historisch ingebed. Dit sluit aan bij Lipsky's beschrijving van street-level bureaucrats, waarin professioneel handelen vorm krijgt onder omstandigheden van onzekerheid, tijdsdruk en beperkte middelen (Lipsky, 1980) Weicks theorie over sensemaking laat vervolgens zien hoe (zorg)professionals in die context voortdurende betekenis construeren om tot handelen te komen. Juist doordat nieuwe informatie voortdurend beschikbaar komt en interpretaties kunnen veranderen, blijven afwegingen en classificaties in de praktijk voorlopig en open voor herinterpretatie.

Open categorieën bieden ruimte

De fragmenten laten zien dat classificaties in de praktijk niet vanzelfsprekend leidend zijn. Professionals lijken categorieën regelmatig bewust open te houden om ruimte te behouden voor bredere interpretaties van wat er speelt. Daardoor verschuift de aandacht van gedrag als individueel symptoom naar gedrag als iets dat mede ontstaat binnen sociale, relationele en institutionele contexten. Dit sluit aan bij inzichten uit de classificatiesociologie, waarin brede categorieën bestuurlijk bruikbaar zijn, maar in de uitvoeringspraktijk vaak aan scherpte verliezen, waardoor professionals steeds opnieuw onderscheid moeten maken naar aard, oorzaak, urgentie en passende ondersteuning (Bowker & Star, 1999).

De analyse laat zien dat handelingskeuzes ontstaan wanneer verschillende interpretaties tijdelijk voldoende op elkaar zijn afgestemd om tot handelen te komen. Welke interpretatie uiteindelijk richting geeft aan het handelen, hangt af van de wisselwerking tussen professionele expertise, ervaringskennis, institutionele kaders en de specifieke context.

‘We creëren met elkaar een systeem van regels en wetgeving die ervoor zorgt dat er eigenlijk nog veel meer zorg nodig is uiteindelijk.’

Citaat hulpverlener

3 Nabijheid, verantwoordelijkheid en fragmentatie

3. Nabijheid, verantwoordelijkheid en fragmentatie

Centraal staat de vraag hoe besluitvorming rondom mensen met onbegrepen gedrag doorwerkt in de vormgeving van ondersteuning en welke relationele, organisatorische en institutionele factoren daarop van invloed zijn.

In het voorgaande deel werd zichtbaar hoe betekenisgeving en interpretatie richting geven aan probleemanalyse en besluitvorming. In dit deel staat centraal hoe deze besluitvorming in de praktijk vorm krijgt en hoe ondersteuning ontstaat in de voortdurende afstemming tussen professionals, betrokkenen, organisaties en institutionele mogelijkheden. De empirische beschrijvingen laten zien hoe relationele, institutionele en contextuele factoren gezamenlijk bepalen welke ondersteuning uiteindelijk mogelijk wordt.

Casus 3 - Blijven wanneer niemand het overneemt

Een professional vertelt over een meisje van achttien jaar dat kort daarvoor verbleef binnen een jeugdinstelling voor jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB). Het meisje had een LVB-diagnose. Op het moment dat zij achttien werd, stopte het toezicht. Verlengde jeugdzorg had volgens de professional nog aangevraagd kunnen worden, maar dat gebeurde niet. Hij vertelt dat ze drie dagen na haar achttiende verjaardag door haar moeder uit huis gezet werd en in de opvang terecht komt. De professional beschrijft hoe haar situatie daarna in korte tijd verslechtert:

'Ze komt bij ons binnen en komt in contact met anderen. Binnen no time, ze gebruikte naar ons weten marginaal, was ze 'volverslaafd'. Ze gaat van crackpand naar crackpand. Ze prostitueert zichzelf. Ze is twintig kilo afgevallen, is er zelf nog trots op ook en ze is 'onvangbaar'. En dan wordt ze in crisis opgenomen, dan verstiert ze het daar, wordt ze er gewoon weer uitgezet. Voordat je dan zo'n meisje met onbegrepen gedrag uiteindelijk op de plek krijgt waar ze moet zijn, dan ben je maanden verder en is de schade gigantisch.'
Hij vertelt dat in dergelijke situaties verschillende vormen van problematiek voortdurend door elkaar heen lopen. Hij noemt verslaving, psychiatrische problematiek, verstandelijke beperkingen en dakloosheid. Tegelijkertijd beschrijft hij hoe zorg en ondersteuning sterk gespecialiseerd zijn georganiseerd:
'Dan zegt [de verslavingszorg] het is psychiatrie en de ander zegt het is verslaving. Ja, dan kun je allebei je handen ervan aftrekken.'
Even later voegt hij toe: 'We doen allemaal ons uiterste best. Dat is, denk ik, het uitgangspunt. Ik denk dat we soms allemaal vastlopen in onze protocollen en procedures.' De professional beschrijft hoe de crisisdienst langere tijd geen triage wilde uitvoeren zolang het meisje onder invloed was: 'De crisisdienst zegt letterlijk: wij gaan geen triage uitvoeren als ze onder invloed is.' Hij vertelt hoe collega's haar situatie ondertussen maandenlang zagen verslechteren: 'Na dit maanden te hebben aangezien, zijn wij er gewoon bij gebleven. Dus op een gegeven moment zijn twee collega's vier uur lang bij haar blijven zitten. Met de boodschap: 'Jij gaat die groep niet op, want zodra je die groep op gaat, heb je drugs.' Pas op dat moment vindt volgens hem alsnog een triage plaats en wordt zij gedwongen opgenomen. Binnen vierentwintig uur staat zij echter opnieuw buiten: 'Want ja, ze had iets gedaan, weet ik veel. Ze had bijvoorbeeld even tegen een raam gestompt of een raam ingegooid. Later in het gesprek zegt hij:
'We creëren met elkaar een systeem van regels en wetgeving die ervoor zorgt dat er eigenlijk nog veel meer zorg nodig is uiteindelijk.'
Deze casus laat zien hoe ondersteuning niet alleen wordt bepaald door de ernst van de problematiek, maar ook door de manier waarop verantwoordelijkheden, toelatingscriteria en institutionele grenzen zijn georganiseerd. Daardoor ontstaat ondersteuning niet vanzelfsprekend vanuit de behoefte van de persoon, maar binnen de mogelijkheden en beperkingen van het systeem.

Tussen wal en systeem

Vooral wanneer psychiatrische problematiek, verslaving, verstandelijke beperkingen en sociale problematiek samenkomen, ontstaat volgens professionals regelmatig onduidelijkheid over wie verantwoordelijkheid neemt. De casus van het meisje laat zien hoe complexe situaties zich niet vanzelf voegen naar de organisatorische indeling van zorg en ondersteuning. Hoewel verschillende organisaties betrokken zijn, blijkt verantwoordelijkheid in de praktijk vaak verdeeld over meerdere domeinen. Daardoor kan onduidelijkheid ontstaan over wie het initiatief neemt wanneer problematiek niet binnen één categorie of voorziening past. Volgens deze professional is juist in dergelijke situaties behoefte aan mensen die verantwoordelijkheid nemen, ook wanneer nog niet direct duidelijk is hoe ondersteuning georganiseerd of gefinancierd moet worden. Zoals hij zegt:

'Ga nou eerst gewoon wat doen. En ga daarna wel kijken hoe je dat financieel regelt.'

In deze casus wordt zichtbaar dat professionals niet simpelweg afwachten wanneer bestaande structuren onvoldoende houvast bieden. Het langdurig aanwezig blijven bij het meisje illustreert hoe zij, ondanks institutionele belemmeringen, ondersteuning proberen te blijven organiseren.

Tijd, relatie en historische kennis

In gesprekken komt naar voren hoe verschillen in voorkennis, contactduur en betrokkenheid doorwerken in de manier waarop situaties worden beoordeeld en welke vormen van handelen als passend worden gezien. Een professional beschrijft een man voor wie uiteindelijk verplichte zorg nodig bleek. Tussen betrokken organisaties bestond aanvankelijk verschil van inzicht over de noodzaak daarvan. Volgens hem hing dit samen met het feit dat sommige (zorg)professionals de man al langere tijd kenden, terwijl anderen hem pas kort in beeld hadden.

'Wij vonden eigenlijk al langer: daar moet verplichte zorg op komen, maar de andere instanties waren het daar nog niet helemaal mee eens. Wij kennen deze man van vroeger nog. Die mensen vanuit het FACT-team, voor hen was die casus nieuw.'

Door deze verschillen in voorgeschiedenis werd dezelfde situatie anders beoordeeld. Waar het FACT-team de man voor het eerst ontmoette, hadden andere (zorg)professionals hem al langere tijd gevolgd en verschillende vormen van vrijwillige ondersteuning zien mislukken.

'Wij hebben hem alweer een paar weken gezien voordat zij uiteindelijk op de stoep komen. Zij komen dan voor het eerst op de stoep, dus er is een soort vertraging op de lijn. Dan weten wij al: dit gaat vrijwillig niet lukken, want dat hebben wij al heel veel geprobeerd.'

Historische kennis bleek daarmee niet alleen invloed te hebben op de interpretatie van gedrag, maar ook op de inschatting welke vormen van ondersteuning nog kansrijk werden geacht. Volgens de (zorg)professional kostte het vervolgens tijd voordat deze opgebouwde kennis ook daadwerkelijk kon worden vertaald naar passende ondersteuning.

'Wij hebben al gevraagd: er moet hulp komen en dan beginnen we met de hulp. Maar die hulp komt… dan moet eerst de medicatie geregeld worden, het moet goed op papier.'

Een vergelijkbaar proces wordt zichtbaar in een andere casus. Een (zorg)professional vertelt over een man met een licht verstandelijke beperking en middelengebruik die medewerkers dagelijks bedreigde. In eerste instantie stonden de dreigementen centraal en kreeg hij regelmatig time-outs. Naarmate (zorg)professionals hem langer volgden, meer inzicht kregen in zijn gedrag en tegelijkertijd gewerkt werd aan een WLZ-indicatie, veranderde ook hun benadering.

‘Op een gegeven moment ben je een werkmodus aan het vinden met deze man. Toen begreep iedereen van: “Oh ja, dit is hem joh. Zullen we even een peukje doen? Loop je even mee?” We wisten op een gegeven moment: hij zegt wel “ik laat iedereen afknallen”, maar hij doet het niet.’

In beide fragmenten wordt zichtbaar hoe kennis over een persoon niet uitsluitend ontstaat uit dossiers, classificaties of eenmalige beoordelingen, maar zich ontwikkelt in langdurig contact en samenwerking tussen betrokkenen. Door iemand over langere tijd te volgen, ontstaat niet alleen meer kennis over wat wel en niet werkt, maar verandert ook de relatie van waaruit ondersteuning wordt geboden. Juist die combinatie van historische kennis en relationele betrokkenheid maakt andere handelingsmogelijkheden zichtbaar dan wanneer een situatie uitsluitend wordt beoordeeld op basis van een eerste contact of actuele observatie.

Ervaringsperspectief; wanneer relationele aansluiting ontbreekt

Waar (zorg)professionals beschrijven hoe zij proberen nabij te blijven wanneer systemen vastlopen, laten de ervaringsverhalen zien dat deze nabijheid binnen bestaande zorgstructuren niet vanzelfsprekend is. Juist op momenten van ontregeling blijkt de behoefte aan iemand die naast hen staat groot, terwijl zorg regelmatig wordt ervaren als georganiseerd rondom regels, procedures en protocollen.
Een ervaringsdeskundige beschrijft een gesprek met een zorgverlener tijdens haar opname op een gesloten afdeling. Ondanks de aanwezige zorg voelde zij zich in dat contact onvoldoende gezien en gesteund door de mensen om haar heen. Volgens haar lag de nadruk in het gesprek vooral op het doorlopen van vaste werkwijzen en het registreren van informatie:

‘Er werd tegen mij gezegd: ‘Kunt u uw slippertjes aandoen en uw kopje pakken en naar het tafeltje gaan?” (…)
De zorgverlener keek mij amper aan, stelde een paar vragen en begon weer te typen.’

Naarmate het gesprek vorderde, voelde zij steeds minder ruimte om haar eigen verhaal te vertellen. Zoals zij zelf beschrijft: ‘Halverwege merkte ik dat ik stopte met praten. Dat ik dingen inslikte.’ Terugkijkend beschrijft zij niet zozeer een gebrek aan zorg, maar vooral een gebrek aan relationele aansluiting:

‘Er is niemand die naast je staat, terwijl dat heb je zo hard nodig. Ik miste de aansluiting op mij als mens.’

Deze ervaring laat zien dat goede ondersteuning niet alleen wordt ervaren door de aanwezigheid van zorg, maar vooral door de mate waarin iemand zich gezien, gesteund en als mens benaderd voelt. Juist op momenten van ontregeling blijkt de behoefte aan nabijheid en iemand die naast je blijft staan groot.

Wanneer protocollen leidend worden

In meerdere ervaringsverhalen komt naar voren dat protocollen en organisatorische voorwaarden niet alleen richting geven aan het handelen van (zorg)professionals, maar soms ook bepalen wanneer zorg toegankelijk wordt. Dat wordt zichtbaar in situaties waarin verschillende vormen van problematiek samenkomen.

Een ervaringsdeskundige beschrijft hoe verdere behandeling pas mogelijk was wanneer zij eerst was gestopt met middelengebruik: ‘Ik kon pas hulp krijgen op het moment dat ik afgekickt zou zijn. Ik kon pas een persoonlijk behandelaar krijgen als ik afgekickt was.’ Tegelijkertijd benadrukt zij dat het middelengebruik volgens haar niet los kan worden gezien van de problemen waarvoor zij juist hulp zoekt: ‘Het is geen alcohol, het is het probleem erachter. Het brengt je verder naar beneden.’

Ook andere ervaringsverhalen laten zien dat zorg sterk wordt vormgegeven binnen bestaande protocollen en organisatorische kaders. Zoals een ervaringsdeskundige het verwoordt: ‘Alles was binnen het protocol.’ Volgens betrokkenen sluit daardoor niet altijd aan wat op dat moment nodig is. Een ervaringsdeskundige vat die ervaring samen als: ‘Er is geen bescherming binnen de crisis.’

Deze ervaringen laten zien hoe de voorwaarden waaronder zorg beschikbaar komt niet altijd aansluiten bij de realiteit van de situatie. Juist op het moment dat ondersteuning het meest urgent is, kan toegang afhankelijk worden gemaakt van voorwaarden die binnen de bestaande problematiek moeilijk haalbaar zijn.

Wanneer iemand blijft

Tegenover deze ervaringen staan momenten waarop zorg wél aansluit. Opvallend is dat ervaringsdeskundigen deze momenten vrijwel altijd koppelen aan (zorg)professionals die bereid zijn langer betrokken te blijven of iets extra's te doen wanneer de situatie daarom vraagt.

Een ervaringsdeskundige beschrijft hoe zij gedurende meerdere jaren wekelijks contact had met een maatschappelijk werker:

'Ik had een aantal jaar een maatschappelijk werker die elke week een uurtje met mij ging praten. (…)
Het was een luisterend oor en ik kon mijn hart luchten, dat sleepte mij echt de week door.'

Volgens haar lag de waarde niet alleen in de gesprekken zelf, maar vooral in de continuïteit van het contact en het besef dat iemand beschikbaar bleef. Tegelijkertijd vertelt zij dat deze vorm van ondersteuning niet vanzelfsprekend was binnen de bestaande organisatie van zorg. De maatschappelijk werker kon deze uren niet regulier declareren en vond, zoals zij het omschrijft, 'op een andere creatieve manier' ruimte om betrokken te blijven. Daardoor ontstond ondersteuning die volgens haar aansloot bij wat op dat moment nodig was. Zoals zij zelf zegt: 'Je kunt niet in 3 maanden problematiek van 15 jaar oplossen.'

Dit fragment laat zien dat passende ondersteuning niet altijd ontstaat door méér zorg, maar soms doordat iemand bereid is langer betrokken te blijven dan formeel noodzakelijk is. Voor ervaringsdeskundigen lijken continuïteit, beschikbaarheid en relationele betrokkenheid van grote betekenis. Continuïteit verwijst naar het belang van langdurige en stabiele relaties, terwijl beschikbaarheid betekent dat hulp of ondersteuning aanwezig is op het moment dat het nodig is. Relationele betrokkenheid heeft betrekking op het feit dat mensen tijd met elkaar doorbrengen, aandacht krijgen en een vertrouwenband wordt opgebouwd. Ook na afloop van een traject blijft deze behoefte aan continuïteit bestaan. Een ervaringsdeskundige beschrijft hoe ondersteuning soms stopt terwijl het herstelproces nog gaande is:

'Je hebt allemaal nieuwe ervaringen en je zit eigenlijk in je nieuwe babyvel, maar je hebt geen begeleiding voor dit nieuwe jasje.'

Dit laat zien dat de behoefte aan ondersteuning niet altijd samenvalt met de formele duur van een traject. Vooral tijdens overgangsmomenten, zoals de overgang van crisis naar behandeling of van behandeling naar nazorg, blijkt hoe kwetsbaar relationele continuïteit kan zijn. Terwijl trajecten, organisaties en verantwoordelijkheden veranderen, blijft voor veel ervaringsdeskundigen de behoefte bestaan aan een vertrouwd persoon die meedenkt, beschikbaar blijft en relationele continuïteit biedt.

Theoretische duiding

Relationeel handelen binnen institutionele grenzen

(Zorg)professionals beschrijven hoe zij in de dagelijkse praktijk voortdurend moeten bepalen wat op dat moment nodig, haalbaar of verantwoord is, terwijl ondersteuning tegelijkertijd verdeeld raakt over verschillende organisaties, regels en vormen van zorg. Juist in die situaties krijgt relationeel handelen een belangrijke plaats. Niet alleen in formele interventies, maar ook in kleine vormen van nabijheid, blijven, afstemmen en het vasthouden van contact wanneer situaties escaleren of ondersteuning dreigt weg te vallen.

De casussen laten zien dat de manier waarop situaties worden geduid directe gevolgen heeft voor welke ondersteuning mogelijk wordt en wie verantwoordelijkheid neemt. Dit sluit aan bij Bowker en Star (1999), die beschrijven dat classificaties niet alleen helpen om complexe systemen te organiseren, maar ook bepalen hoe verantwoordelijkheden worden verdeeld. In de beschreven situaties blijkt problematiek zich vaak niet te laten vangen in één categorie. Psychiatrische problematiek, verslaving, verstandelijke beperkingen, dakloosheid en sociale problematiek lopen regelmatig door elkaar heen. Juist daardoor kan onduidelijkheid ontstaan over wie verantwoordelijk is voor ondersteuning en welke hulp passend wordt geacht.

Tegelijkertijd laten de casussen zien dat een zorgvuldige analyse niet automatisch leidt tot passende ondersteuning. Ook wanneer betrokkenen een breed beeld hebben van wat er speelt, kunnen verantwoordelijkheden verdeeld raken over verschillende organisaties, regels en voorzieningen. Juist in die situaties ontstaat spanning tussen wat (zorg)professionals nodig achten en wat institutioneel mogelijk is. De beschreven voorbeelden laten zien dat (zorg)professionals dan niet alleen handelen op basis van protocollen of formele verantwoordelijkheden, maar ook proberen om contact vast te houden, af te stemmen en ondersteuning te organiseren wanneer bestaande routes onvoldoende aansluiten. Juist in deze situaties wordt zichtbaar dat afhankelijkheid niet uitsluitend een kenmerk is van de persoon die ondersteuning ontvangt, maar ook ontstaat binnen de zorgpraktijk. Terwijl betrokkenen afhankelijk zijn van passende ondersteuning, ervaren (zorg) professionals tegelijkertijd afhankelijkheid van organisatorische kaders, beschikbare voorzieningen en andere betrokken organisaties. Er ontstaat regelmatig spanning tussen wat professionals noodzakelijk achten voor een cliënt en wat binnen het systeem mogelijk of toegestaan is. Daardoor kunnen mensen langdurig tussen verschillende voorzieningen en organisaties bewegen zonder dat passende ondersteuning daadwerkelijk van de grond komt. Relationeel handelen krijgt daarmee betekenis als een manier om binnen deze wederzijdse afhankelijkheid toch continuïteit en aansluiting te organiseren.

In de casussen wordt zichtbaar hoe (zorg)professionals proberen voorbij het direct zichtbare gedrag te kijken en aandacht te hebben voor de bredere context waarin gedrag ontstaat. Die aandachtigheid vormt niet alleen een basis voor het begrijpen van situaties, maar ook voor het bepalen welke ondersteuning nodig is. Tegelijkertijd laten de fragmenten zien dat (zorg)professionals regelmatig verantwoordelijkheid blijven nemen wanneer ondersteuning vastloopt of wanneer onduidelijk is wie aan zet is. Responsiviteit komt vervolgens naar voren in de manier waarop zij proberen aan te sluiten bij de specifieke situatie van een persoon, ook wanneer standaardprocedures of bestaande voorzieningen daar onvoldoende ruimte voor bieden.

Historische kennis, continuïteit en ondersteuning

Dat dezelfde elementen die in eerdere casussen een rol speelden bij het begrijpen van situaties, nu terugkeren, benadrukt dat de interactie niet lineair verloopt. Historische kennis, langdurig contact, samenwerking en afstemming blijken niet alleen van belang voor het vormen van een probleemanalyse, maar ook voor het voortdurend afstemmen van ondersteuning. Dit sluit aan bij Tronto's begrip van responsiviteit, waarin zorg niet ophoudt bij het handelen zelf, maar vraagt om blijvend open te staan voor de reactie, ervaringen en behoeften van de ander. Responsiviteit betekent daarmee niet alleen aansluiten bij de ander, maar ook bereid zijn het eigen perspectief of handelen opnieuw ter discussie te stellen wanneer de situatie daarom vraagt.
De casussen laten zien dat historische kennis over een persoon, langdurig contact en samenwerking tussen verschillende betrokkenen niet alleen bijdragen aan een rijkere analyse van de situatie, maar ook andere handelingsmogelijkheden zichtbaar maken. Doordat informatie uit eerdere contacten, observaties, professionele perspectieven, netwerkpartners en ervaringskennis wordt samengebracht, ontstaat een breder begrip van wat er speelt. Dit maakt het mogelijk om voorbij het direct zichtbare gedrag te kijken en ondersteuning te organiseren die beter aansluit bij de situatie en behoeften van een persoon.

Deze bevinding sluit aan bij Lipsky's (1980) beschrijving van street-level bureaucrats. Lipsky laat zien dat (zorg) professionals in de uitvoeringspraktijk voortdurend moeten omgaan met situaties die zich niet volledig laten vangen in regels, procedures of organisatorische afbakeningen. De beschreven voorbeelden laten zien dat relationeel handelen daarbij niet alleen een professionele houding is, maar ook een praktische manier om handelingsruimte te creëren wanneer bestaande routes onvoldoende aansluiten op de complexiteit van de situatie.

Relationeel handelen als fundament

De bevindingen suggereren daarmee dat relationeel handelen meer is dan een aanvulling op bestaande ondersteuning. Het vormt een fundamenteel onderdeel van een zorgvuldig zorgproces, waarin begrijpen, afwegen en handelen onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Juist wanneer problematiek zich niet laat vangen in bestaande categorieën of verantwoordelijkheidsverdelingen, wordt zichtbaar dat relatie, continuïteit, historische kennis en samenwerking niet alleen bijdragen aan een rijkere probleemanalyse, maar ook aan zorgvuldige besluitvorming en ondersteuning die beter aansluit bij de situatie van de persoon. Relationeel handelen krijgt daarmee niet pas betekenis wanneer institutionele structuren tekortschieten, maar vormt gedurende het hele zorgproces een voorwaarde voor het begrijpen van complexe situaties, het maken van passende afwegingen en het organiseren van ondersteuning. Door eerst relationeel te begrijpen voordat wordt geclassificeerd of besloten, ontstaat ruimte voor een zorgvuldiger interpretatie van complexe situaties. Daarmee worden niet alleen beter passende vormen van ondersteuning mogelijk, maar kunnen ook te vroege of onjuiste beoordelingen en daarop gebaseerde interventies worden voorkomen. Juist wanneer institutionele structuren gefragmenteerd of ontoereikend blijken om aan te sluiten bij de complexiteit van de praktijk, wordt deze functie van relationeel handelen het meest zichtbaar. De bevindingen laten daarmee zien dat relationeel handelen niet alleen bepaalt hoe ondersteuning wordt vormgegeven, maar ook hoe complexe situaties überhaupt begrepen, beoordeeld en hanteerbaar worden. Daarmee verschijnt relationeel handelen niet als een aanvulling op professionele praktijk, maar als een fundamenteel onderdeel van zorgvuldig handelen binnen complexe zorgpraktijken.

Discussie

De casussen in dit onderzoek laten zien dat zorgvuldig handelen rondom mensen met onbegrepen gedrag vraagt om ruimte voor gezamenlijke betekenisgeving, het benutten van historische kennis en voortdurende afstemming gedurende het zorgproces, juist in situaties waarin onzekerheid bestaat over wat passende ondersteuning is. Dit heeft directe betekenis voor de manier waarop (zorg) professionals, organisaties en beleidsmakers omgaan met complexe situaties van onbegrepen gedrag. In de praktijk vraagt dit om tijd en ruimte om verschillende perspectieven met elkaar te verbinden voordat een probleemdefinitie of handelingsrichting wordt vastgelegd.

Lazarus-Black (2007) betoogt dat de manier waarop professionals tijd hanteren en interpreteren van grote invloed is op de betekenis die zij aan een situatie toekennen en op de besluiten die daaruit voortvloeien. In de context van hulpverlening betekent dit dat niet alleen de inhoud van gebeurtenissen van belang is, maar ook hun temporele plaatsing en de tijd die sindsdien is verstreken. Naarmate de tijd verstrijkt, kunnen ingrijpende gebeurtenissen minder urgent of minder ernstig lijken, terwijl de invloed ervan op het huidige functioneren van een cliënt nog altijd aanwezig kan zijn.

Daarnaast kan de organisatie van tijd binnen hulpverlening, bijvoorbeeld door wachttijden, uitstel van besluitvorming of gefaseerde diagnostiek, van invloed zijn op hoe onbegrepen gedrag wordt geïnterpreteerd. Gedrag dat aanvankelijk als zorgwekkend wordt gezien, kan door het verstrijken van de tijd anders worden gewaardeerd, terwijl juist nieuwe gebeurtenissen of veranderende omstandigheden de betekenis ervan kunnen versterken. Ook de cliënt zelf kan gebeurtenissen in de loop van de tijd anders beschrijven of begrijpen, waardoor de interpretatie van het gedrag voortdurend in beweging is.

Vanuit dit perspectief is tijd geen neutrale achtergrond waartegen gedrag zich afspeelt, maar een actieve factor in het proces van betekenisgeving en besluitvorming. Voor hulpverleners betekent dit dat zij zich bewust moeten zijn van de invloed van temporaliteit op hun professionele oordeel. Het interpreteren van onbegrepen gedrag vraagt daarom niet alleen om kennis van de levensgeschiedenis van de cliënt, maar ook om aandacht voor de wijze waarop verleden, heden en toekomst in de beleving van de cliënt én in het besluitvormingsproces met elkaar verweven zijn.

Uit de ervaringsverhalen blijkt daarnaast dat het zorgsysteem op sommige momenten een beroep doet op vaardigheden, zoals assertiviteit en zelfregie, die juist onder druk staan wanneer mensen ontregeld zijn. Toegang tot passende ondersteuning kan daardoor mede afhankelijk worden van het vermogen om de weg binnen het zorgsysteem te vinden en de juiste vragen te stellen. De bevindingen laten zien dat hierin een belangrijke rol is weggelegd voor (zorg)professionals. Door ruimte te houden voor een brede probleemanalyse en classificaties of probleemdefinities niet te vroeg als uitgangspunt voor handelen te nemen, kunnen zij bijdragen aan ondersteuning die beter aansluit bij de persoon en diens situatie. Daarnaast beschikken (zorg)professionals over kennis van de mogelijkheden én beperkingen van het zorgsysteem. Juist deze kennis van de in- en uitsluitende mechanismen binnen bestaande zorgstructuren maakt het mogelijk om mensen actief te ondersteunen bij het vinden van passende zorg, knelpunten tussen organisaties te overbruggen en de aansluiting tussen de behoeften van de persoon en het beschikbare zorgaanbod te versterken. Daarmee vervullen (zorg)professionals niet alleen een uitvoerende, maar ook een verbindende rol binnen het zorgproces.

Ook voor organisaties en beleidsmakers hebben de bevindingen betekenis. Wanneer besluitvorming afhankelijk is van relationele afstemming, historische kennis en samenwerking, vraagt goede zorg om structuren die deze processen ondersteunen. De resultaten laten zien dat versnipperde verantwoordelijkheden, organisatorische schotten en protocollen niet alleen invloed hebben op de organisatie van zorg, maar ook op de mogelijkheden om complexe situaties zorgvuldig te begrijpen. Het faciliteren van samenwerking, continuïteit en gezamenlijke betekenisgeving lijkt daarmee niet alleen een organisatorische opgave, maar ook een voorwaarde voor zorgvuldige besluitvorming.

De beschreven bevindingen sluiten aan bij bestaande inzichten uit de zorgethiek en andere relationele benaderingen van professioneel handelen. Tronto (1993; 2013) beschrijft zorg als een dynamisch proces van aandachtigheid, verantwoordelijkheid, competentie, responsiviteit en gezamenlijk handelen. De casussen laten zien hoe deze elementen zich in de praktijk voortdurend tot elkaar verhouden. (Zorg)professionals bouwen hun handelen niet uitsluitend op formele kennis of protocollen, maar stemmen dit steeds opnieuw af op de situatie, de reactie van betrokkenen en nieuwe informatie die gedurende het proces beschikbaar komt. Ook praxiologische benaderingen benadrukken dat kennis niet vooraf vastligt, maar ontstaat in de praktijk van samenwerken, interpreteren en handelen.

De voortdurende wisselwerking tussen classificeren en betekenis geven sluit aan bij de literatuur over medicalisering en laat zien hoe de daarin beschreven spanning zich in de dagelijkse praktijk manifesteert. Waar deze literatuur beschrijft hoe sociale en existentiële vraagstukken steeds vaker worden vertaald naar medische categorieën en interventies (Illich, 1976; Conrad, 2007), laten de bevindingen uit dit onderzoek zien hoe (zorg)professionals in de dagelijkse praktijk voortdurend proberen deze reductie te voorkomen. Diagnoses en classificaties blijken daarbij niet het eindpunt van betekenisgeving, maar één van de bronnen die naast historische kennis, context, ervaringskennis en relationele afstemming worden meegewogen in de probleemanalyse. Juist doordat (zorg)professionals betekenis blijven geven aan gedrag in relatie tot iemands levenssituatie, ontstaat ruimte om complexe situaties breder te begrijpen dan vanuit een uitsluitend medische of organisatorische logica.

De kracht van dit onderzoek ligt in de etnografische en kwalitatieve onderzoeksopzet, waarin observaties werden gecombineerd met interviews en langdurige betrokkenheid bij de dagelijkse praktijk. Hierdoor kon besluitvorming niet alleen worden onderzocht vanuit wat (zorg)professionals en ervaringsdeskundigen hierover vertellen, maar ook vanuit hoe deze processen zich daadwerkelijk ontwikkelen in de interactie tussen betrokkenen. Deze benadering maakte het mogelijk inzicht te krijgen in de dynamiek van probleemanalyse, besluitvorming en ondersteuning, maar vraagt tegelijkertijd om een zorgvuldige interpretatie van de bevindingen.

Daarnaast konden, ondanks het langdurige veldwerk, niet alle besluitvormingsprocessen gedurende het volledige zorgtraject worden gevolgd. Besluitvorming is bovendien een dynamisch proces dat zich over langere tijd ontwikkelt en waarin voortdurend nieuwe actoren, perspectieven en omstandigheden een rol spelen. De beschreven casussen bieden daarom geen volledig beeld van alle mogelijke besluitvormingsprocessen, maar geven inzicht in terugkerende patronen en mechanismen die in verschillende situaties zichtbaar werden.

Vervolgonderzoek kan zich richten op de vraag hoe organisatorische, juridische en financiële structuren meer ruimte kunnen bieden aan relationele afstemming in besluitvorming. Daarnaast verdient de rol van ervaringskennis binnen gezamenlijke besluitvorming verdere verdieping, evenals de vraag hoe (zorg) professionals ondersteund kunnen worden in hun verbindende rol tussen de leefwereld van mensen en de institutionele logica van het zorgsysteem.

Dit onderzoek laat daarmee zien dat zorgvuldige besluitvorming niet begint met classificeren, maar met begrijpen. Daarmee verschuift de aandacht van de vraag hoe (zorg)professionals betere beslissingen kunnen nemen naar de vraag hoe zorgpraktijken en institutionele structuren ruimte kunnen bieden aan de relationele processen waarop zorgvuldige betekenisgeving, besluitvorming én passende ondersteuning zijn gebaseerd.

In crisis raken betekent: 'ontregelen', 'niet meer zelf kunnen handelen', 'stoppen met in de basis functioneren', 'radeloosheid', 'de veerkracht voorbij'. 'De omgeving signaleert het soms, maar er zijn ook veel mensen die buiten zicht in crisis raken. 'Sommige mensen kunnen het heel goed maskeren."

Uit: focusgroepdiscussie ervaringsdeskundigen 'onbegrepen gedrag'

Conclusie

Dit onderzoek laat zien dat besluitvorming rondom mensen met onbegrepen gedrag zich ontwikkelt als een relationeel proces waarin betekenisgeving, probleemanalyse, besluitvorming en ondersteuning voortdurend met elkaar verweven zijn. Zorgvuldige besluitvorming begint met het begrijpen van de situatie. Wanneer professionals de ruimte hebben om gedrag in relatie tot iemands geschiedenis, leefwereld en context te plaatsen, ontstaat een bredere probleemanalyse waarop beter passende besluiten kunnen worden gebaseerd.

Historische kennis, langdurige betrokkenheid, samenwerking en professionele nabijheid blijken daarbij onmisbaar. Uit de ervaringsverhalen blijkt bovendien dat ook de manier waarop besluiten tot stand komen van grote invloed is op hoe zorg wordt ervaren. Luisteren, erkenning en ruimte voor het perspectief van de betrokkene zijn daarom niet alleen kenmerken van goede zorg, maar ook voorwaarden voor zorgvuldige besluitvorming.

Reflectie en betekenis voor de praktijk

De bevindingen sluiten aan bij inzichten uit de zorgethiek en relationele benaderingen van professioneel handelen. Daarnaast laat het onderzoek zien dat tijd een actieve rol speelt in betekenisgeving en besluitvorming. Historische kennis ontstaat niet in één gesprek of vanuit een dossier, maar ontwikkelt zich gedurende langere tijd. Nieuwe informatie kan eerdere interpretaties veranderen, waardoor ook probleemdefinities en handelingskeuzes worden bijgesteld. Tijd is daarmee niet alleen de duur van een zorgtraject, maar een noodzakelijke voorwaarde voor zorgvuldig professioneel handelen.

Voor de praktijk betekent dit dat professionals ruimte nodig hebben om verschillende perspectieven te verbinden en eerste interpretaties te heroverwegen. Daarmee wordt het risico kleiner dat gedrag te vroeg wordt gereduceerd tot één diagnose of classificatie en ontstaat meer ruimte voor ondersteuning die aansluit bij de persoon en diens leefwereld.

Voor organisaties en beleidsmakers onderstrepen de resultaten het belang van organisatorische voorwaarden die professionele nabijheid, samenwerking, continuïteit en het opbouwen van historische kennis ondersteunen. Relationele afstemming vraagt om organisatorische voorwaarden die professionals in staat stellen langdurig betrokken te blijven en gezamenlijk verantwoordelijkheid te nemen voor complexe situaties.

Literatuurlijst

Bowker, G. C., & Star, S. L. (1999). Sorting things out: *Classification and its consequences.* MIT Press.

Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders.* Johns Hopkins University Press.

Honneth, A. (1995). *The struggle for recognition:* The moral grammar of social conflicts. MIT Press. (Original work published 1992)

Illich, I. (1976). *Limits to medicine: Medical nemesis, the expropriation of health.* Marion Boyars.

Kittay, E. F. (1999). *Love's labor: Essays on women, equality, and dependency.* Routledge.

Kleinman, A. (1988). T*he illness narratives: Suffering, healing, and the human condition.* Basic Books.

Lazarus-Black, M. (2007). *Everyday harm: Domestic violence, court rites, and cultures of reconciliation.* University of Illinois Press.

Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services* (30th anniversary ed.). Russell Sage Foundation. (Original work published 1980)

Movisie. (z.d.). *Hoe nemen sociaal werkers besluiten?* Geraadpleegd op 8 juli 2026, van https://www.movisie.nl/artikel/hoe-nemen-sociaal-werkers-besluiten

Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2020). *Herstel begint met een huis.* Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.

Tronto, J. C. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care.* Routledge.

Tronto, J. C. (2013). *Caring democracy: Markets, equality, and justice.* New York University Press.

Van Heijst, A. (2005). *Menslievende zorg: Een ethische kijk op professionaliteit.* Klement.

Weick, K. E. (1995). *Sensemaking in organizations.* Sage Publications.

Informatie-analyseteam. (2022). Personen met verward gedrag. Nationale Politie & Ministerie van Justitie en Veiligheid. https://www.informatieanalyseteam.nl/onze-analyses/personen-met-verward-gedrag

Koekkoek, B. (2024). Van 'verwarde personen' naar onbegrepen gedrag: Aanknopingspunten in zorg en veiligheid. Tijdschrift voor Psychiatrie, 66(8), 470–476. https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/nl/artikelen/article/50-13393_Van-verwarde-personen-naar-onbegrepen-gedrag-aanknopingspunten-in-zorg-en-veiligheid

Poels, M. (2019). Verward in Flevoland: De personen achter de politiemeldingen. Care2Research.

Politie. (2022). Definities overlast. Nationale Politie. https://www.politie.nl/binaries/content/assets/politie/onderwerpen/data.politie.nl/definities-overlast-versie-2022.pdf

Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2025). Op de rem! Voorbij de hypernerveuze samenleving. Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.

Roex, K. (2019). In verwarde staat: Kritiek op een politiek van normaliteit. Uitgeverij Lontano.

ZonMw. (2023, 15 maart). Verder versterken samenwerking rondom onbegrepen gedrag. https://www.zonmw.nl/nl/nieuws/verder-versterken-samenwerking-rondom-onbegrepen-gedrag