



# Mevrouw blijft maar bellen

Mevrouw Jansen (88) belt zo vaak met 112, de huisartsenpost en de thuiszorg, dat de toegang tot zorg voor anderen in gevaar komt. Klinische GGZ-behandelingen heeft ze afgebroken of afgewezen en waarschijnlijk is zij medicatieontrouw. Omdat betrokken zorgprofessionals niet meer weten wat ze met de situatie aan moeten en het zorgsysteem vastloopt, vragen ze een consultatie aan bij het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE).

**HENRIËTTE ETTEMA**, verpleegkundig specialist GGZ, CCE-coördinator  
**ANNE VAN DER VEEN**, CCE-consulent

## LEERDOELEN

Na het lezen van dit artikel:

- bent u bekend met interventiemogelijkheden bij probleemgedrag;
- heeft u handvatten gekregen voor interdisciplinair samenwerken;
- bent u bekend met de werkwijze van CCE bij een consultatieaanvraag;
- kent u als verpleegkundig specialist de rol van regiebehandelaar in een casus van ambulante zorg.

## TREFWOORDEN

probleemgedrag, vastlopend zorgsysteem, handelingsverlegenheid, interdisciplinair werken, gezamenlijk cliëntbeeld, CCE-consultatie

## 1 STUDIEPUNT

**H**et Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) is partner van zorgprofessionals als het gaat om expertise over ernstig probleemgedrag bij mensen die langdurig professionele zorg en ondersteuning nodig hebben. Wanneer professionals dreigen vast te lopen en de kwaliteit van bestaan van de cliënt ernstig onder druk staat, zoeken professionals en CCE gezamenlijk naar een nieuw perspectief. Dat gebeurt in de vorm van een consultatie voor één of meer cliënten.

CCE heeft een netwerk van circa 550 externe deskundigen. Zij worden bij consultaties ingezet op basis van hun specifieke achtergrond en ervaring in de zorg. In tegenstelling tot de coördinatoren zijn deskundigen (consulenten en casemanagers) niet bij CCE in dienst. Deskundigen, variërend van (neuro) psychiater, arts, psycholoog, orthopedagoog, ervaren

begeleider, verpleegkundige, verpleegkundig specialist tot teamcoach, worden ingeschakeld door coördinatoren van CCE om mee te denken in een consultatie.

## Casus Mevrouw Jansen

Mevrouw Jansen (88) leidt een teruggetrokken bestaan, nadat haar man tien jaar geleden is overleden. Het contact met haar zoon is vertroebeld. Alleen haar schoondochter komt nog langs. Zij brengt regelmatig een warme maaltijd en doet de boodschappen. De verzorgende van de thuiszorg helpt mevrouw Jansen dagelijks bij de ADL. Twee keer in de week is er huishoudelijke hulp.

Mevrouw Jansen is slecht ter been en woont en slaapt al drie jaar in een zeer rommelige en volle woonkamer. De huisarts bezoekt haar wekelijks. Hij ziet de situatie toenemend onhoudbaar worden.

## AANVRAAG BIJ CCE

In de consultatieaanvraag voor CCE schrijft de huisarts:

'De afgelopen twee jaar is de problematiek toegenomen. Mevrouw Jansen belt dagelijks, soms wel 50 keer, met de spoedlijn van de huisarts. Daarnaast belt zij veelvuldig naar 112. Soms gaat ze buiten op straat zitten en roept naar mensen dat ze de huisarts moeten bellen. 's Nachts belt ze de noodtelefoon van de thuiszorg. Onlangs heeft zij een huishoudelijke hulp fysiek bedreigd.

Mevrouw Jansen is meerdere keren opgenomen geweest bij de GGZ, maar weigert zich klinisch te laten



behandelen. De aanvragen voor een zorgmachtiging of een crisismaatregel zijn niet bekrachtigd. Vanwege somatische klachten is zij bij allerlei specialisten geweest. Behandelingen voor pijn in haar buik, onderlichaam en schouders heeft zij afgebroken. De voorgeschreven pijnstillers neemt ze onregelmatig in.

Al jaren komt een casemanager GGZ maandelijks bij haar thuis voor ondersteuning. Mevrouw heeft periodiek contact met een verpleegkundig specialist GGZ. Er is van alles geprobeerd. Zo zijn er meerdere meldingen en aangiften bij de politie gedaan. Bij opname in het verpleeghuis is zij na veel tumult weer naar huis gegaan. Ze wil niet meer opgenomen worden. Ook is er medicatie voorgeschreven, maar die gebruikt zij niet of onregelmatig. Zorgconferenties met de thuiszorg, politie, GGZ en de huisarts hebben weinig resultaat gehad.'

### WERKPROCES BIJ CCE-CONSULTATIES

Het consultatieproces kent verschillende fases:

1. consultatieaanvraag;
2. start consultatietraject;
3. van oriëntatie tot rapportage van bevindingen;
4. implementatie;
5. eindgesprek;
6. follow-up.

Een coördinator van CCE regisseert het proces en afhankelijk van wat er in een specifieke consultatie

nodig lijkt, worden de fases opnieuw doorlopen, samen-gevoegd of verlengd. Voor de leesbaarheid bespreken we een consultatieproces aan de hand van de globale fases.

### 1 Consultatieaanvraag

Bij de aanvraag wordt de situatie geschetst en worden de consultatievragen aan CCE gesteld. Een aanvraag kan gedaan worden door de:

- zorgorganisatie;
- cliënt;
- cliëntvertegenwoordiger.

CCE werkt samen met cliënt, naasten en zorgprofessionals. Het is dus belangrijk dat zorgprofessionals bij de aanvraag betrokken zijn en de cliënt, of zijn cliëntvertegenwoordiger, toestemming geeft voor een CCE-consultatie.

---

### Casus Mevrouw Jansen (vervolg)

#### Vragen aan CCE

De zorgverleners stellen in de aanvraag de volgende vragen:

- Het zorgsysteem loopt vast. Hoe kan het belgedrag stoppen?
- Is het een optie om mevrouw bij een andere huisarts aan te melden, zodat er mogelijk met andere ogen naar haar wordt gekeken?

- Wat zijn aanknopingspunten in deze ernstige gedragsproblematiek?
- Hoe krijgen we alle neuzen dezelfde kant op?

## 2 Start consultatietraject

De coördinator organiseert een oriënterend gesprek, dat plaatsvindt bij de organisatie waar de cliënt verblijft of van waaruit zorg verleend wordt. Gezamenlijk wordt besproken wat de problemen zijn, wat er goed gaat en wie betrokken zijn. Er wordt een inschatting gemaakt welke deskundigheid van toegevoegde waarde kan zijn in de situatie. De coördinator zoekt een of meerdere deskundigen, die als consulent of casemanager, in opdracht van en gefinancierd door CCE, de situatie onderzoeken en hun bevindingen delen met de betrokkenen.

### Casus Mevrouw Jansen (vervolg)

De coördinator van CCE bespreekt de consultatieaanvraag met de huisarts, de verpleegkundig specialist GGZ en de verpleegkundig leidinggevende thuiszorg. Duidelijk wordt dat door de betrokkenheid van veel professionals uit verschillende organisaties, ieder vanuit zijn of haar perspectief handelt. Er wordt afgesproken een CCE-consultent in te zetten, die het interdisciplinair samenwerken gaat ondersteunen.

In het daaropvolgende startgesprek maken de zorgprofessionals afspraken met de coördinator en de consulent van CCE over de doelstelling van het consultatietraject, de werkwijze en de inzet van de consulent. De verpleegkundig specialist GGZ is, als regiebehandelaar, de centrale aanspreekpersoon in het consultatietraject voor het uitwisselen van gegevens en het plannen van activiteiten van de consulent.

De consulent brengt eerst in kaart welke professionals en niet-professionals een rol hebben in deze casus en gaat met hen in gesprek op welke manier ze naar mevrouw en de zorgcontext om haar heen kijken. Er blijken meer professionals betrokken te zijn bij mevrouw Jansen dan aanvankelijk gedacht:

huisarts	leidinggevende thuiszorg	fysiotherapeut
POH-GGZ	ouderenspsychiater	consultent gebiedsteam gemeente
dokters-assistenten	verpleegkundig specialist GGZ	persoonlijk begeleider Wmo
thuiszorg-medewerkers	casemanager GGZ	wijkagent

Mevrouw Jansen geeft geen toestemming om de zoon en schoondochter te betrekken. Zij is een angstige

vrouw die de grip op het leven kwijtraakt. Chronische pijn, traumatische gebeurtenissen in het verleden en persoonlijkheidsproblematiek hebben grote invloed op haar leven. Er is sprake van cognitieve achteruitgang passend bij de leeftijd, maar geen dementie. Zij stelt hoge en soms irreële eisen aan haar kinderen en aan hulpverleners, waardoor relaties verstoord raken. Medewerkers van de thuiszorg raken overspannen en willen haar niet meer ondersteunen. De dokters-assistenten en de medewerkers van de meldkamer van 112 zijn overbelast en staan voor een dilemma: wel of geen hulp te verlenen?

Het ontzeggen van hulpverlening aan mevrouw is volgens de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) geen optie. Iedere betrokkene probeert er dus zelf uit te komen. Zo heeft de huisarts op een dag haar telefoon meegenomen, heeft de politie gedreigd haar te arresteren en besluit de thuiszorg een dag geen hulp te bieden als zij een medewerker uitscheldt. De professionals verwijten elkaar de situatie: 'Ze moet opgenomen worden' of 'De ander moet meer doorpakken'. Dit legt veel druk op de onderlinge samenwerking.

De coördinator introduceert de deskundige(n) bij de zorgorganisatie en zorgt ervoor dat er, gezamenlijk, een opdracht voor de consultatie geformuleerd wordt. Soms ligt de nadruk in eerste instantie op het verkrijgen van een bredere beeldvorming. Dan wordt onderzoek gestart om bepaalde hypothesen voor het ontstaan en in stand houden van het probleemgedrag te toetsen. Soms, zoals in de voorbeeldcasus, haakt CCE direct in op de context en de interdisciplinaire samenwerking.

## 3 Van oriëntatie tot rapportage van bevindingen

De consulent van CCE gaat altijd in gesprek met de cliënt en de betrokkenen. Afhankelijk van de opdracht wordt daarnaast:

- het dossier bestudeerd;
- geobserveerd in de dagelijkse praktijk op de werkvloer;
- gezamenlijk opgetrokken in onderzoek naar verklaringen voor gedrag;
- besproken wat de organisatorische randvoorwaarden zijn waaronder gewerkt wordt.

De consulent maakt op basis van de gezamenlijke bevindingen een verslag, en bespreekt dit met alle betrokkenen.

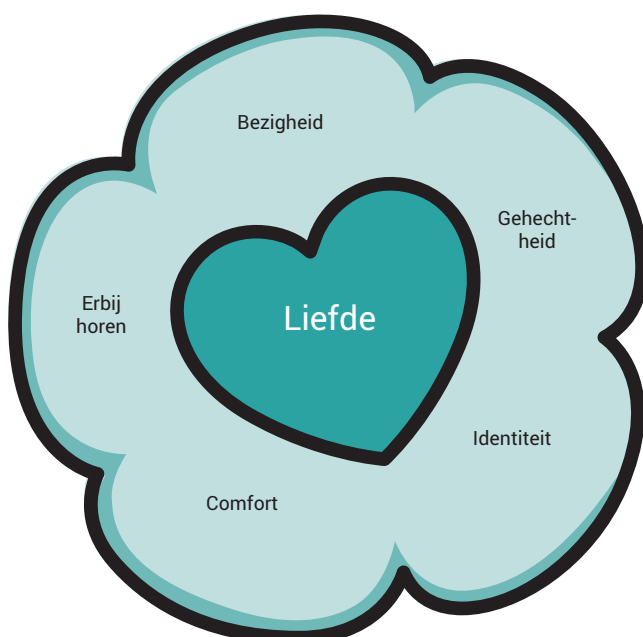
In deze bijeenkomst worden de vervolgstappen en interventies besproken om:

- de handelingsverlegenheid op te lossen;
- het probleemgedrag te verminderen;
- de kwaliteit van leven van de cliënt te verbeteren.

### Casus Mevrouw Jansen (vervolg)

Om het gezamenlijk optrekken in deze complexe zaak te ondersteunen, organiseren de consulent en de verpleegkundig specialist GGZ een bijeenkomst met een kernteam, bestaand uit de POH-GGZ, de verpleegkundige GGZ, de verpleegkundig leidinggevende thuiszorg, de consulent gebiedsteam van de gemeente en de wijkagent. Hierin brengen zij de situatie in kaart, bekijken en bespreken de samenhang van ieders activiteiten en het ontbreken van het methodisch samenwerken. Er blijkt in dit overleg geen reden om de diagnose van mevrouw opnieuw onder de loep te nemen.

Er is sprake van PTSS, hechtingsproblematiek en een angststoornis. Dementie is door de geriater uitgesloten. Iedere professional blijft verantwoordelijk voor de uitvoering van zijn of haar eigen interventies. Een betere onderlinge afstemming, te bereiken door interdisciplinair samen te werken, is wel noodzakelijk. Bij complexe zorgvragen is het immers van belang om gezamenlijk een analyse van cliënt en diens context te maken en met elkaar vanuit gedeelde informatie en een gezamenlijk cliëntbeeld te werken. Voor de betrokken zorgprofessionals is kennis over mevrouw op somatisch, psychiatrisch/psychologisch en sociaal niveau van belang. Ook het kennismaken van haar levensverhaal is belangrijk.<sup>1</sup> Hierdoor kan het gedrag van mevrouw Jansen beter worden begrepen en aangesloten worden bij haar zorgbehoeften zoals bedoeld volgens het model Kitwood (figuur 1).



Figuur 1 Model Kitwood.

Het kernteam heeft op basis van de interdisciplinaire analyse een plan van aanpak opgesteld.<sup>2</sup> Het ervaren probleemgedrag werd in stand gehouden door het ontbreken van een gezamenlijk cliëntbeeld. Interventies zijn afgestemd. Het kernteam overlegt maandelijks over de planning van de interventies, de onderlinge afstemming en de bereikte resultaten. Waar nodig worden andere professionals uitgenodigd om deel te nemen.

### Interventies

- Een bijeenkomst met alle betrokken professionals, waarin een integraal beeld van mevrouw wordt besproken, en de uitlokkende en in stand houdende factoren van het probleemgedrag bij mevrouw en de sociale, fysieke en organisatieomgeving in kaart worden gebracht. Hiermee wordt gezamenlijk een verklaring voor het gedrag gegeven.<sup>3</sup>
- De verpleegkundig specialist vergroot in een klinische les het inzicht van de betrokken zorgprofessionals in de psychische problematiek van mevrouw Jansen.
- De thuiszorgmedewerkers stellen samen een benaderingsplan op, waarin een directieve empathische bejegening centraal staat. Hierin is naast erkenning voor haar emoties omschreven welk gedrag van mevrouw acceptabel is, wat niet en wat de consequenties zijn voor de zorgverlening op dat moment.
- De thuiszorgverpleegkundige bespreekt het benaderingsplan met mevrouw en vraagt haar instemming als voorwaarde voor verdere dienstverlening.
- De doktersassistenten stellen een plan op hoe om te gaan met het morele dilemma van het wel of niet opnemen van de telefoontjes van mevrouw Jansen. Ze worden hierin gecoacht door de POH-GGZ.
- De werkzaamheden van de huishoudelijk medewerker en de thuiszorgmedewerkers met betrekking tot de ADL worden op elkaar afgestemd. Hierover wordt dagelijks gerapporteerd om het proces goed te begeleiden, te vervolgen en te evalueren.
- De fysiotherapeut wordt betrokken bij het kernteam. Hij kent mevrouw Jansen al jaren, heeft vanuit een functionele relatie een positieve invloed op haar en kan de andere professionals coachen in een effectieve benadering.
- De wijkagent stelt een handelingsprotocol op in overleg met de meldkamer. Als mevrouw Jansen belt, krijgt de meldkamer een pop-up op het beeldscherm te zien met achtergrondinformatie en de stappen die ze kunnen volgen.
- De huisarts draagt het dossier over aan een collega-arts binnen de praktijk, zodat deze met een frisse blik mevrouw Jansen verder kan begeleiden.

#### 4 Implementatie

De aanvrager van de consultatie gaat zelf aan de slag met het implementeren van voorgestelde veranderingen, maar kan in deze fase ook een beroep doen op CCE om het veranderingsproces te begeleiden en ondersteunen.

Voorbeelden van behoefte aan ondersteuning:

- kennisoverdracht, bijvoorbeeld over de angststoornis en hoe de angst zich uit bij deze cliënt;
- het coachen van medewerkers;
- het ondersteunen van de zorgprofessional in het behandelingsproces of als regievoerder.

Als de behoefte duidelijk is, wordt er een plan van aanpak gemaakt. Als CCE betrokken is bij de implementatie en er is overeenstemming over de soort deskundigheid die hierbij nodig is, wordt in deze fase een casemanager ingezet.

#### 5 Eindgesprek

Aan het eind van het consultatietraject evalueren de coördinator, de consulent en/of de casemanager met de betrokkenen het consultatietraject op inhoud en proces.

#### 6 Follow-up

Ongeveer een halfjaar na afloop van het consultatietraject neemt de coördinator contact op met de aanmelder:

- Hoe is de situatie voor de cliënt nu, vergeleken bij de start van het consultatietraject?
- Hoe gaat het met de betrokkenen?
- Lukt het de veranderingen vast te houden en zo niet, wat zou er aan de hand zijn?

Vaak wordt het consultatietraject na de follow-up definitief afgerond.

### **Casus Mevrouw Jansen (vervolg)**

In de eindevaluatie blijkt dat het leven voor mevrouw Jansen beter is geworden. Mevrouw geeft aan zich gehoord te voelen. Contact met professionals is op vaste momenten ingepland en incidenten zijn verminderd. Mevrouw Jansen weet wanneer ze bij welke hulpverlener terecht kan, over welk onderwerp. Een directe en empathische manier van aanspreken blijkt het best te werken. Hierdoor ontstaat ruimte om activiteiten met haar te ondernemen waar zij van geniet. Haar psychische problematiek is niet opgelost. De behoefte aan nabijheid en contact in angstige momenten blijft aanwezig, maar de professionals zijn samen in staat hiermee om te gaan.

Voor alle professionals is dit traject een unieke ervaring. Regievoering over de muren van een organisatie heen is niet iets waarmee ze dagelijks te maken hebben. Iedere professional is actief en verantwoordelijk binnen het eigen vakgebied en heeft contacten met de naastgelegen professional in de cirkel. In normale omstandigheden voldoet een dergelijke werkwijze, maar in een complexe casus als deze is overstijgende regie nodig én commitment om samen planmatig te werken aan resultaten.

*Wilt u na deze introductie meer weten van CCE en over de leidende principes bij een CCE-consultatie, ga dan naar <https://cce.nl/visie-en-werkwijze>. ■*

#### LITERATUUR

1. Engels J. Persoonsgerichte zorg. Geraadpleegd via <https://www.zorgvoorbeter.nl/persoonsgerichte-zorg/> op 31 maart 2022.
2. Zuidema SU, Smalbrugge M, Bil WME, et al. Multidisciplinaire Richtlijn probleemgedrag bij dementie. Utrecht: Verenso en NIP; 2018. Geraadpleegd via <https://www.verenso.nl/richtlijnen-en-praktijk/richtlijnendatabase/probleemgedragbijmensenmetdementie> op 31 maart 2022.
3. Olivier-Pijpers VC, Prop JM, Buntux WHE, et al. Organisatorische omgeving en uitdagend gedrag in dienstverlening voor mensen met een verstandelijke beperking. Een overzicht van de Literatuur. *Elzevier* 2018;12 (4):238-53.