

Handreiking Autonomie bevorderend beleid (“Risico Beleid”)

Dit document is een handreiking voor de (waarnemend) geneesheer directeur(en) (GD) van Rivierduinen welke ingaat op de vraag hoe om te gaan met een verzoek tot het voeren van ‘risico beleid’, waar de GD regelmatig mee geconfronteerd wordt. De terminologie, de doelstelling, de risico’s en de zorgvuldigheidseisen die komen kijken bij een dergelijke afweging, komen aan de orde.

Doorlopen van deze handreiking maakt een inhoudelijke terugkoppeling op deze vraag mogelijk, maar kan ook helpen in het signaleren van lacunes in de voorwaarden van een zorgvuldig beleid en daarmee in de terugkoppeling aan het management.

Wanneer een patiënt zegt suïcide te zullen plegen, en hiertoe een plan gemaakt heeft, is dit een acute en levensbedreigende situatie die vraagt om beschermende maatregelen. Deze zijn vaak gepast en helpen de patiënt door een crisis heen. Bij chronische suïcidaliteit kunnen beschermende maatregelen echter op gespannen voet staan met behandeldoelen op de lange termijn. In dergelijke gevallen wordt met enige regelmaat de vraag gesteld of er een ‘(hoog)risico beleid’ gevoerd moet worden.

Wat is het?

Bij chronische suïcidaliteit zien we soms dat beschermende maatregelen om gevaren op de korte termijn weg te nemen op gespannen voet kunnen staan met behandeldoelen op de lange termijn. In extremis kan het zijn dat behandeldoelen op de lange termijn nooit aan bod komen, omdat de behandeling niet het niveau van beschermende maatregelen op de korte termijn ontstijgt. Met andere woorden, de behandeling stagneert in een patroon van beschermen en beveiligen, terwijl de onderliggende stoornis inhoudelijk onbehandeld blijft en als bron van recidiverende suïcidaliteit blijft bestaan. Daarnaast zien we frequent bij stoornissen waarbij dit patroon ontstaat (voornamelijk de borderline persoonlijkheidsstoornis) dat het toepassen van beschermende en beperkende maatregelen een positieve feedbackloop creëert van suïcidaal en zelfbeschadigend gedrag, waardoor meer beveiliging en beperking noodzakelijk is en dit potentieel iatrogene schade geeft, maar ook tot een vicieuze cirkel leidt die maakt dat structurele behandeling steeds minder mogelijk wordt, en gevoelens van machteloosheid de overhand kunnen nemen bij patiënt, het steunsysteem en hulpverlening.

Het doel van een risicobeleid is deze stagnatie te doorbreken door de focus te leggen op de behandeldoelen op de lange termijn. Om dit te bewerkstelligen, wordt er besloten de beschermende en beveiligende maatregelen vanwege suïcidaliteit minder of niet te treffen, zodat de focus blijft op de behandeldoelen op de lange termijn.

Een ander doel van een risicobeleid – wanneer beschermende en beveiligende maatregelen een behandeling frustreren danwel de suïcidaliteit niet doen afnemen of verergeren – is het maken van een weloverwogen keuze om zorg die als niet-doelmatig of als niet medisch zinvol beschouwd wordt, niet meer uit te voeren.

Dit kan op gespannen voet staan met de verwachtingen van de patiënt, zijn of haar naasten, en de verwachtingen van de ketenpartners in de maatschappij zoals politie, college burgemeesters en wethouders en de regionale ziekenhuizen.

Omdat deze beveiligende en beperkende maatregelen bij acute suïcidaliteit normaliter als interventie beschouwd worden om suïcidaliteit af te wenden, wordt het niet nemen van deze maatregelen gezien als het nemen van een “risico”. Als dit onderdeel wordt van het behandelplan, wordt gesproken over een “risicobeleid”.

'Risicobeleid':

Het weloverwogen en, na maximale reguliere behandelinspanning, in goed overleg aanpassen van het behandelplan van een patiënt met chronische suïcidaliteit, zodat bij suïcidaliteit minder of geen beschermende/beveiligende maatregelen genomen worden, omdat deze maatregelen niet doelmatig gebleken zijn, iatrogene schade geven of mogelijk hebben gegeven, en/of eigenlijke behandeldoelen in de weg staan.

De term is misleidend

Eigenlijk is de term "(hoog)risico beleid" misleidend. Op het moment dat besloten wordt om een dergelijke aanpassing van het behandelplan te doen, is dat omdat beveiligen en beschermen niet het risico op suïcide verminderen en niet doelmatig (meer) zijn danwel iatrogene schade geven. Het risico op zelfbeschadigend of suïcidaal gedrag is dan niet per definitie hoger als die maatregelen niet meer getroffen worden. Integendeel, in principe wordt de weg vrij gebaad voor een wel effectieve, psychotherapeutische behandeling. Wel kan het voelen als risicovol, omdat de context en de locatie van de suïcidaliteit verandert en de gebruikelijke interventies minder of niet toegepast worden. De context verandert (doorgaans) van klinisch naar ambulante. Dit kan ook gepaard gaan met maatschappelijke onrust.

Er wordt ook vaker gesproken over een "autonomie bevorderend beleid", een "beleid waarbij minder of geen beperkende- of regressie bevorderende maatregelen getroffen worden".

Binnen een dergelijk 'risicobeleid' is er een grote speling in welke maatregelen wel of niet meer getroffen worden. Dit dient per casus afgewogen te worden.

Inbedding

Het voeren van een risicobeleid wordt gedaan met het oog op een beter alternatief: een effectieve doorgaans ambulante (psychotherapeutische) behandeling. Een discussie danwel afweging tot het voeren van een risicobeleid, kan alleen gevoerd worden in het licht van een lopend ambulante behandeltraject waarbij er sprake is van perspectief en hoop. Idealiter is dat een goed lopende therapeutische behandeling, maar op z'n minst is dat een concreet doel 'waar men naar toe werkt' en hoe men daar komt.

De risico's

Er zijn meerdere risico's verbonden aan een risicobeleid.

Het meest voor de hand liggende is dat het niet nemen van beveiligende of beschermende maatregelen bij suïcidaliteit, ertoe leidt dat er onverhoopt een suïcide plaatsvindt.

Een ander belangrijk risico is dat hulpverleners de patiënt zorg onthouden, vanuit de overweging dat er een risicobeleid is. Een voorbeeld hiervan is dat een patiënt niet beoordeeld wordt door een crisisdienst buiten kantoortijden, omdat er sprake is van een risicobeleid, en een beoordeling (toch) niet zou leiden tot bijvoorbeeld een opname.

Het ondanks grote inspanning niet is gelukt om de patiënt en/of het steunsysteem mee krijgen in het beleid en zij daarin een niet realistische verwachtingspatroon hebben (en uitdragen) waardoor de hulpverlening machteloos is.

Een ander risico is het risico dat er onvoldoende aandacht is voor- of besef is van een 'acute on chronisch' suïcidaliteit. Met andere woorden, dat het chronische patroon van suïcidaliteit door een recente/acute ontwikkeling wezenlijk anders tot uiting komt nu. Bijvoorbeeld doordat iemand in het kader van een psychotische depressie suïcidaal is, terwijl er eerder sprake was van chronische

suïcidaliteit bij een persoonlijkheidsstoornis. Het is daarom van belang dat men de suïcidaliteit; de oorsprong en de functie, goed begrijpt.

Het formuleren van een risicobeleid draait om het (structureel) bieden van een uiteindelijk doelmatiger alternatief en niet om het ontzeggen van zorg die normaliter uitgevoerd kan worden.

Een behandelplan waar een risicoafweging in geformuleerd is zoals hier bedoeld, is nimmer een vaststaand, absoluut gegeven waar niet weloverwogen van afgeweken mag worden, noch is het een reden om zorg te ontzeggen.

Zorgvuldigheid bij het opstellen van het beleid

Om een risicobeleid te formuleren dat succesvol is, zijn er enkele zorgvuldigheidsoverwegingen waaraan voldaan moet worden:

- Breed gedragen gezamenlijk beleid binnen betrokken hulpverlening
- Er is een vaste (ambulant) regie-voerend behandelaar
- Deze behandelaar heeft (in principe) een therapeutische werkrelatie met patiënt, begrijpt de suïcidaliteit (mbt. oorsprong en functie)
- Er is open gesproken met patiënt en naasten over de behandeling, de overwegingen en de risico's die verbonden zijn aan keuzes die gemaakt worden.
- Relevante ketenpartners worden betrokken in het tot stand komen van het beleid, bij voorkeur in bijzijn van de betrokken patiënt.

Bovenstaande zorgvuldigheidseisen hebben betrekking op de continuïteit van de geboden zorg, en zullen het fundament zijn van het behandelplan

Aanvullende zorgvuldigheidseisen

- Andere (nieuwe) oorzaken van (acute on chronic) suïcidaliteit, zoals psychosociale stressoren, psychiatrische comorbiditeit, effecten medicatie of drugs, etc. zijn uitgesloten en worden bij een nieuwe presentatie of verandering in de situatie of het beeld, opnieuw uitgesloten.
- Er is een behandelplan waarin ook een plan opgenomen is tav. toekomstige suïcidaliteit. Suïcidaliteit is een potentieel toekomstig probleem waar met vooruitziende blik op gestuurd kan worden.
- Er is een gesprek met patiënt en vertegenwoordiger en naasten over het behandelplan, bij voorkeur met alle betrokken behandelaren. Overeenstemming over het beleid is belangrijk, vergroot het effect van de interventie, maar is soms niet in alle gevallen haalbaar. Waarbij dit gedocumenteerd wordt.
- Er wordt pas overgegaan op een risicobeleid als de reguliere aanpak niet werkt. Een ogenschijnlijk paradoxale, 'risicovolle' aanpak is pas een optie als blijkt dat zorg-intensiverende interventies niet effectief of zelfs schadelijk zijn.

Vastleggen

Een risicobeleid, eenmaal besproken met patiënt, vertegenwoordiger en naasten en medebehandelaren wordt vastgelegd in het behandelplan van patiënt. Het behandelplan bevat een beschrijving van het zelfbeschadigende of suïcidale gedrag, de oorsprong en de functie ervan, een beschrijving van eerder verrichte interventies en het (niet doelmatige of schadelijke) effect hiervan, de overeengekomen afspraken rondom het risicobeleid, welke behandelaren beschikbaar zijn om de zorg op zich te nemen. Het behandelplan wordt op schrift overhandigd aan patiënt.

Het dossier bevat een crisissignaleringsplan waarin, naast de algemeen geldende stappen, afspraken en stappen uit het risicobeleid meegenomen worden. Bijvoorbeeld wanneer suïcidaliteit optreedt, bij wie patiënt terecht kan en hoe. Of er sprake is van een (bed op recept) BOR of (telefonisch op recept) TOR regeling. Hoe de politie geïnstrueerd/geadviseerd is te handelen. Idealiter wordt een routing beschreven die direct beroep doet op de lopende (ambulante) behandeling.

Er wordt een alert aangemaakt in het dossier, met minimaal een verwijzing naar het behandelplan ihkv. een risicobeleid.

Een voorstel voor een risicobeleid wordt bij voorkeur besproken met de betreffende geneesheer directeur van de regio, maar ten minste gemeld.

Evaluatie

Het formuleren van een risicobeleid wordt gedaan wanneer de reguliere behandeling niet werkt. Evaluatie van het behandelplan dient met regelmaat te gebeuren. In ieder geval bij ontwikkelingen van het toestandsbeeld of de context (bijvoorbeeld: acute on chronisch suïcidaliteit; veranderingen in het steunsysteem, veranderingen binnen het behandelteam) maar ook periodiek (minstens elk half jaar maar bij voorkeur elk kwartaal).

Risicobeleid	Aanwezig/ beschrijving	Afwezig (reden)
Sprake van chronische suïcidaliteit		
Reguliere behandelopties niet doelmatig of schadelijk		
Ambulante inbedding		
Therapeutische werkrelatie		
Besproken met de patiënt		
Besproken met belangrijke derden		
Actueel en aanwezig CSP (veiligheidsplan)		
In behandelplan opgenomen		
Binnen wettelijke kaders overleg ketenpartners/derden		
Eenduidigheid behandelteam		
Reguliere evaluaties gepland		
Overstijgende bespreking management/GD		
Afspraken rondom BOR/TOR		
Elke beoordeling geen "acuut op chronisch"/verandering		