

Handreiking Autonomie Bevorderend Beleid

Deze handreiking beschrijft hoe op een zorgvuldige manier een autonomie bevorderend beleid (ABB) opgesteld kan worden bij patiënten met chronische suïcidaliteit. De handreiking is bedoeld voor hulpverleners binnen de specialistische GGZ die regelmatig te maken hebben met patiënten met chronische suïcidaliteit, maar kan ook gebruikt worden door beleidsmakers (management) of mensen met een toetsende rol (bijvoorbeeld geneesheer-directeuren). Het doorlopen van deze handreiking kan bijdragen aan het formuleren van een autonomie bevorderend beleid door te helpen bij het stellen van de juiste indicatie, het inhoudelijk beschrijven en vastleggen ervan, en bij het definiëren danwel identificeren van (rand) voorwaarden voor een zorgvuldig beleid. Hiertoe worden terminologie, doelstelling, de risico's en zorgvuldigheidseisen besproken. De handreiking ABB kan ook als onderlegger dienen voor uitleg over specifieke aspecten van specialistische zorg aan derden die wel te maken hebben met deze specifieke patiëntengroep, maar niet als hulpverlener in de GGZ werken.

Introductie

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 autonomie bevorderend beleid gevoerd moet worden.

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. Hierdoor is er dan meer beveiliging en beperking noodzakelijk en geeft dit potentieel iatrogene schade. Het kan leiden tot een vicieuze cirkel die maakt dat structurele behandeling gericht op het onderliggend lijden steeds minder mogelijk wordt. Gevoelens van machteloosheid kunnen de overhand nemen bij patiënt, het steunsysteem en hulpverlening.

Het doel van een autonomie bevorderende beleid is deze stagnatie te doorbreken door de focus te leggen en te houden op de eigenlijke behandeldoelen. Om dit te bewerkstelligen, wordt er besloten de beschermende en beveiligende maatregelen vanwege suïcidaliteit minder of niet te treffen, zodat er ruimte komt voor een structurele (ambulante, psychotherapeutische) behandeling. De verwachting is dat daarmee, met name als behandeling van de grond komt, de vicieuze cirkel van suïcidaal gedrag, beveiligen en beperken, uitdooft.

Een ander doel van een autonomie bevorderend beleid - 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 huisarts, ambulance, de regionale ziekenhuizen, politie en college burgemeesters en wethouders.

Definitie Autonomie Bevorderend Beleid (ABB):

Het weloverwogen en 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 deze maatregelen eigenlijke behandeldoelen in de weg staan; met als doel de focus te houden op doelmatige, psychotherapeutische behandeling met de patiënt centraal als autonoom en competent persoon.

De term is misleidend

Omdat beveiligende en beperkende maatregelen bij acute suïcidaliteit normaliter als interventie beschouwd worden om suïcidaliteit af te wenden, wordt het niet nemen van deze maatregelen soms begrijpelijkerwijs gezien als het nemen van een "risico". Een term die hier in het verleden ook voor gebruikt werd, was het 'hoog risico beleid'. 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 suicide 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. De term 'hoog risicobeleid' legt de nadruk op een onbedoelde of ongewenste bijwerking en stelt gedrag en (veronderstelde) risico's centraal. Er wordt ook vaker gesproken over een "autonomie bevorderend beleid", een "beleid waarbij minder of geen beperkende- of regressie bevorderende maatregelen getroffen worden". De term autonomie bevorderend beleid gaat uit van de patiënt als een competent en autonoom persoon, is minder stigmatiserend en legt meer de nadruk op doelen van behandeling en stijl van bejegening.

Over autonomie

Autonomie gaat over zelfbestuur, zelfstandigheid en zelfbeschikking: een staat waarin een individu de ervaring heeft te kunnen handelen uit vrije wil, in plaats van zich gedwongen te voelen om te handelen.

De beleving van autonomie en zelfbeschikking correleert met een beleving van psychisch welzijn. Mensen hebben een behoefte om vrij te mogen beslissen en handelen. Crisis, met name bij patiënten met persoonlijkheidsproblematiek of emotie-regulatie problemen om andere redenen, houden die behoefte ook in crisis, maar zijn niet altijd even goed in staat hier uitdrukking aan te geven. Het risico is dat het gesprek snel gaat over veiligheid, hetgeen de deur open zet naar beheersing. Het is aan de hulpverlener om te blijven zoeken naar de eigenlijk hulpvraag onder de directe inhoudelijke communicatie (woordelijk of in gedrag). De hulpverlener is beschikbaar, nieuwsgierig en ondersteunt het mentaliserend proces van patiënt, en helpt patiënt regie te kunnen voeren of haar situatie.

Niet absoluut

Met een afgesproken autonomie bevorderend beleid kan niet elke situatie, vanaf dat moment, benaderd worden. De werkelijkheid is weerbarstig, situaties kunnen veranderen en er kunnen redenen zijn om weloverwogen af te wijken van een beleid dat eerder in goed overleg tot stand gekomen is. Hulpverleners dienen zich altijd actief af te vragen of de dynamiek waartoe het autonomie bevorderend beleid opgesteld is, ook de reden is dat de patiënt in kwestie op een ander moment tegenover hen zit, en er niet sprake is van een veranderd psychiatrisch beeld of een situatie van 'acute on chronic' suïcidaliteit. Dit kan slechts tijdelijk of eenmalig zijn, maar kan

ook een reden zijn voor de regie voerend behandelaar het beleid aan te scherpen of breder te evalueren.

(Rand)voorwaarden voor het autonomie bevorderend beleid

Enkele factoren zijn voor het slagen van een autonomie bevorderend beleid essentieel. Ze worden onderstaand beschreven.

1. Een passend alternatief voor beheersing

Het doel is de focus krijgen en houden op doelmatige (ambulante psychotherapeutische) zorg. Om dit mogelijk te maken moet deze zorg beschikbaar en toegankelijk zijn. Er moet een bereidheid zijn bij behandelaren om de behandeling vorm te geven en dit te doen vanuit een insteek perspectief en hoop. Er moet gebouwd (kunnen) worden aan een psychotherapeutische behandelrelatie. Er is sprake van continuïteit van (beschikbare) zorg.

2. Een open en gefaseerd gesprek over autonomie bevorderend beleid

Het nut, de noodzaak en de doelstelling van het autonomie bevorderend beleid wordt besproken met patiënt, naasten, behandelaren (klinisch en ambulant) en relevante ketenpartners (onder andere maar niet beperkt tot: huisarts, spoedeisende hulp, ambulance voorziening, politie, gemeente). Dit zal lang niet altijd binnen het bestek van één gesprek mogelijk zijn. Ook een gesprek met relevante ketenpartners, bijvoorbeeld een gesprek in aanwezigheid van politie, kan vaak beter in een tweede of derde gesprek gebeuren, bij voorkeur in aanwezigheid van patiënt, maar in ieder geval met instemming van patiënt. Overeenstemming tussen alle partijen is wenselijk, maar niet altijd haalbaar en wringt soms met het beroepsgeheim. Gezien het belang van brede ketenafspraken adviseren wij tijd en energie te investeren in het motiveren van het belang aan patiënt als deze twijfelt.

3. Maatwerk

Een autonomie bevorderend beleid is op de individu geschreven, en dient ten aller tijden het belang van de patiënt en diens herstel. Het is altijd maatwerk. Per patiënt worden afwegingen beschreven, en is duidelijk wat wel en wat niet onderdeel is van het behandelplan. Bijvoorbeeld: beschrijf of opname op een gesloten afdeling een optie is en onder welke voorwaarden (bijvoorbeeld een vrijwillige time-out opname), of dat dit voorkomen dient te worden.

4. Gesloten systeem

Na afstemming met eerder genoemde partijen, is er sprake van een gesloten systeem: de patiënt staat centraal en is betrokken, naasten en patiënt zijn meegenomen; behandelaren klinisch en ambulant zitten op een lijn, regie over de behandeling is duidelijk belegd, contactpersonen en aanspreekpunten voor de behandeling zijn duidelijk, en ketenpartners zijn betrokken en op de hoogte van het beleid en hun rol.

5. Duidelijke dossiervoering

Het behandelplan beschrijft het autonomie bevorderend beleid, de overwegingen zijn duidelijk, de keuzes wat wél en wat níet gedaan wordt is beschreven, het is direct inzichtelijke en snel vindbaar in het medisch dossier. Contactpersonen (intern en ketenpartners) en aanspreekpunten voor de behandeling zijn beschreven.

6. . Onderdeel van het autonomie bevorderend beleid is dat de hulpverlening ook autonomie bevorderende, therapeutische basis houding aannemen

De bejegening en therapeutische insteek past bij het beleid.. De hulpverlening houdt een open houding, is nieuwsgierig, en houdt oog op tijdelijke wilsonbekwaamheid, veranderende situaties en acuut op chronische suïcidaliteit. Hulpverleners ondersteunen het mentaliserende proces van de patiënt en creëren de voorwaarden voor patiënt om regie te kunnen herpakken als dit tijdelijk niet mogelijk is. De (spoed)zorg blijft beschikbaar voor de patiënt

7. Ruggenspraak en intervisie is georganiseerd.

Teams die autonomie bevorderend beleid voeren hebben een intervisie waarin ruimte is om de moeilijkheden van het maken en uitvoeren van het beleid bespreekbaar is. Waar nodig zijn management en geneesheer directeur betrokken bij het tot stand komen danwel toetsen van het beleid.

8. Evalueer het autonomie bevorderend beleid regelmatig met alle partijen

Minstens elk half jaar maar bij voorkeur elk kwartaal

Risico's en overwegingen

Er zijn enkele risico's verbonden aan het autonomie bevorderend beleid.

- 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 minder (gerichte) zorg leveren omdat er een autonomie bevorderend beleid is. Een voorbeeld hiervan is dat een patiënt niet beoordeeld wordt door een crisisdienst buiten kantooruren, omdat een beoordeling (toch) niet zou leiden tot bijvoorbeeld een opname. Dit is uiteraard niet de insteek; het autonomie bevorderend beleid richt zich op het niet overnemen van beslissingen of verantwoordelijkheid, niet op het afhouden van zorg. Een gesprek is ook een interventie en een hulpmiddel voor de patiënt om autonoom te kunnen zijn.
- Verder dient opgemerkt te worden dat een behandelplan waar een risicoafweging in geformuleerd is zoals hier bedoeld, nooit een vaststaand, absoluut gegeven is waar niet weloverwogen van afgeweken mag worden.
- Een ander risico is het risico dat er onvoldoende aandacht is voor- of besef is van een 'acute on chronic' 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, en bij een crisissituatie, altijd opnieuw beoordeelt.

Documentatie

Een autonomie bevorderend beleid - eenmaal besproken met patiënt, vertegenwoordiger en naasten en medebehandelaren - wordt vastgelegd in het behandelplan van patiënt. Het behandelplan bevat tenminste:

- een beschrijving van het zelfbeschadigende of suïcidale gedrag,
- de oorsprong en de functie van dit gedrag,
- 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.

Bij voorkeur ontvangt de patiënt na elke aanpassing een kopie van het behandelplan.

Het dossier bevat verder:

- 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 BOR of TOR regeling. Hoe de politie geadviseerd is te handelen. Idealiter wordt een routing beschreven die direct beroep doet op de lopende (ambulante) behandeling.
- een alert c.q. snelkoppeling, met minimaal een verwijzing naar het behandelplan waarin de afspraken over een autonomie bevorderend beleid zijn opgenomen.

Wij adviseren een voorstel voor een autonomie bevorderend beleid ter toetsing voor te leggen aan de geneesheer directeur.

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 toestandbeeld of de context (bijvoorbeeld: acute on chronic suïcidaliteit; veranderingen in het steunsysteem, veranderingen binnen het behandelteam) maar ook periodiek (minstens elk half jaar maar bij voorkeur elk kwartaal).

Risicobeleid	Aanwezig/ beschrijving	Indien afwezig reden (bij zwarte balk, moet altijd aanwezig zijn)
Sprake van chronische suïcidaliteit		
Ambulante inbedding Lopende behandeling (ambulant); duidelijk belegde regie. Zo nee: beschikbare zorg, bereidwilligheid tot starten behandeling		
Therapeutische werkrelatie		
Patiënt (actief) betrokken in proces		
Besproken met belangrijke derden (o.a. naasten, huisarts, betrokken behandelaren, politie, ambulance, ziekenhuizen, gemeente etc.)		
Actueel en aanwezig CSP/SIP (veiligheidsplan)		
In behandelplan opgenomen		
Reguliere aanpak heeft niet gewerkt, en/of beschreven en waarom die niet passend is.		
Eenduidigheid behandelteam		
Binnen wettelijke kaders overleg ketenpartners/derden Beschrijving relevante betrokken contactpersonen		
Reguliere evaluaties gepland		
Overstijgende bespreking management/GD. Team bespreking/intervisie georganiseerd.		
Afspraken rondom BOR/TOR/time-Outs helder beschreven.		
Bij beoordeling geen "acuut op chronisch"/verandering		

Tabel **Invul sjabloon** bij autonomie bevorderend beleid

CSP = crisissignaleringsplan, SIP = signaleringsinterventieplan, GD = geneesheer-directeur, BOR = bed op recept, TOR = telefoon op recept.