



Auteurs M. Michiels, D. Steentjes, C. van Velzen R. de Winter
Versie 6 februari 2025
Status Definitief

Handreiking Autonomie Bevorderend Beleid

Inhoud

Doelstelling van de Handreiking Autonomie Bevorderend Beleid	2
Introductie	3
Achtergrond	4
Indicatiestelling	6
Voorwaarden bij het opstellen	7
Risico's en overwegingen.....	8
Documentatie.....	9
Evaluatie	11
Appendix I	12

Doelstelling van de Handreiking Autonomie Bevorderend Beleid

Deze handreiking beschrijft hoe er samen met een patiënt en naasten, op een zorgvuldige manier een autonomie bevorderend beleid (ABB) opgesteld kan worden wanneer er bij een patiënt sprake is van persisterende suïcidaliteit en een (dreigend) patroon van schadelijke of ondoelmatige veiligheids- en beheersmaatregelen.

Deze handreiking is geschreven ter ondersteuning van hulpverleners binnen de specialistische GGZ die patiënten behandelen of begeleiden met persisterende suïcidaliteit, maar kan ook gebruikt worden door beleidsmakers (management en directie) of mensen met een toetsende rol (bijvoorbeeld geneesheer-directeuren) om de organisatie van complexe zorg te ondersteunen. De handreiking autonomie bevorderend beleid 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.

Het gebruik van deze handreiking kan bijdragen aan het formuleren van een autonomie bevorderend beleid, doordat er op een structurele wijze aandacht gegeven wordt aan relevante thema's: Een definiëring van het onderliggende dilemma, overwegingen over de indicatiestelling, het vaststellen van risico's en randvoorwaarden, het opstellen van een behandelbeleid dat aansluit bij de context van de individuele patiënt en zijn of haar herstel, het documenteren van autonomie bevorderend beleid op een wijze dat het zorgproces ondersteunt en het beschrijven van de criteria van evaluatie en toetsing van het beleid.

Introductie

Er zijn verschillende uitingsvormen van suïcidaliteit. Chronische, of persisterende suïcidaliteit, is (vanuit het perspectief van behandelaren) één van de meest uitdagende vormen. Waar de Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaliteit voldoende houvast biedt voor het creëren van een tijdelijke veilige setting (zoals de crisisopname) en voor aandoeningsgerichte behandeling bij acute suïcidaliteit (zoals bij psychotische stoornissen of een depressieve stoornissen), kunnen diezelfde veiligheidsmaatregelen bij persisterende suïcidaliteit juist averechts werken en een toename geven van suïcidaal en zelfbeschadigend gedrag en daarmee schadelijk zijn voor de patiënt. Dit zien we bijvoorbeeld bij persisterende suïcidaliteit bij persoonlijkheidsstoornissen – maar is niet strikt diagnose gebonden. Behandeling van de onderliggende aandoeningen vindt doorgaans plaats in een duurzame ambulante psychotherapeutische context en is nauwelijks mogelijk tijdens (gedwongen) crisisopnames. Als we de redenering volgen dat suïcidaliteit verdere veiligheidsmaatregelen vraagt, terwijl die bij persisterende suïcidaliteit averechts kunnen werken (en het zelfbeschadigende gedrag zelfs kunnen versterken), ontstaat er een vicieuze cirkel die eindigt in een impasse van dwang en drang en schade aan de patiënt, zonder effectieve behandeling. In extremis stagneert de behandeling in dit uitzichtloze patroon en komen de eigenlijke behandeldoelen niet meer aan bod. Vanuit medisch perspectief is inzet van deze middelen in deze gevallen ondoelmatig en ook niet conform de rechtsbeginselen van de Wet verplichte ggz (artikel 2:1 lid 3 Wvvgz). Om de impasse te voorkomen is het nodig dat in deze hele specifieke gevallen de veiligheidsmaatregelen die eigenlijke behandeling in de weg staan, minder of niet meer getroffen worden. Er wordt als het ware ruimte gecreëerd voor effectieve en doelmatige behandeling die bijdraagt aan herstel van de patiënt. Als deze overwegingen besproken worden met patiënt en diens omgeving en verankerd worden in het behandelplan, spreken we van autonomie bevorderend beleid.

Het doel van een autonomie bevorderende beleid is de beschreven stagnatie te voorkomen of waar nodig te doorbreken door de focus te leggen en ruimte te maken en houden voor evidence based effectieve behandeling, en uiteindelijk herstel van de patiënt. De verwachting is dat daarmee de vicieuze cirkel van suïcidaal gedrag, beveiligen en beperken, uitdooft.

Een ander doel van een autonomie bevorderend beleid 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 betreft dan in het algemeen de ondoelmatig beschouwde veiligheidsmaatregelen, en vraagt nog steeds van de betrokken behandelaren om aan te sturen op een doelmatig alternatief en de patiënt en naasten hierbij te betrekken.

Het autonomie bevorderend beleid kan op gespannen voet staan met de verwachtingen van de patiënt, zijn of haar naasten, en de verwachtingen van ketenpartners of andere maatschappelijke partijen zoals, maar niet gelimiteerd tot, de huisarts, de ambulance, de regionale ziekenhuizen, politie, begeleid wonen instellingen, sociale wijkteams en gemeenten, wethouders en burgemeesters.

Definitie Autonomie bevorderend beleid (ABB):

Het weloverwogen en in goed overleg opstellen of aanpassen van het behandelplan van een patiënt met persisterende suïcidaliteit, zodat bij suïcidaliteit en zelfbeschadigend gedrag, 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, zodat er ruimte ontstaat voor doelmatige, (ambulante) psychotherapeutische behandeling met de patiënt centraal als autonoom en competent persoon.

Achtergrond

Over autonomie

Autonomie is een brede term die terugkomt in allerlei verschillende kaders en contexten. Zo kennen we autonomie uit de rechtsgeleerdheid, politiek, geneeskunde, psychologie en filosofie. Autonomie vraagstukken kunnen op verschillende manieren tot uiting komen in verschillende contexten van een patiënt: zo is autonomie ten aanzien van de geestelijke gezondheidszorg en voorgenomen behandeling, anders dan autonomie in een sociale context van een patiënt als lid van een hechte kring zoals het gezin, of autonomie in een maatschappelijke context, zoals het nemen van autonome beslissingen in het dagelijks leven die een norm of wet overtreden. Over autonomie bestaan kortom uiteenlopende interpretaties en er zijn vele nuances, waar in deze handreiking voor zorgverleners geen ruimte is.

Toch is het belangrijk om iets uitgebreider stil te staan bij het concept. Verschillende inzichten over autonomie en verschillende interpretaties van autonomie kunnen bij het opstellen van een autonomie bevorderend beleid leiden tot verschillen in beleid en bejegening van de patiënt. Het is belangrijk om hiervoor te waken, en voor ogen te houden wat met autonomie bedoeld wordt in de context van het autonomie bevorderend beleid.

Autonomie in de context van autonomie bevorderend beleid 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, soms kan het helpen hen te ondersteunen bij het maken van keuzes of het aanbieden van de opties. Het helpt hen te groeien en meer verantwoordelijkheid en trots te voelen voor hun eigen beslissingen en eigen handelen. In de praktijk zijn er per definitie beperkingen in de autonomie – er is immers geen absolute vrijheid om te leven volgens een eigen vrije wil – maar dat gegeven hoeft de persoonlijke beleving van autonomie niet ten nadele te komen binnen de opties of ruimte die er wél is.

Crisis, met name bij patiënten met persisterende suicidaliteit, neemt de behoefte aan autonomie niet weg, maar kan er wel voor zorgen dat het niet lukt er op een constructieve manier uitdrukking aan te geven. Soms lijkt het tegenovergestelde aan de hand, en is er een directe vraag of druk om beslissingen uit handen te nemen. En lang niet altijd is het inhoudelijk gecommuniceerde hetzelfde als de interne beleving of overtuiging. Tegelijkertijd is autonomie niet iets dat in het moment wel of niet aanwezig, of geëist mag worden vanuit de hulpverlener. Toch zou het de leidraad moeten zijn voor de therapeutische houding die de hulpverlener aanneemt richting de patiënt. De hulpverlener is nieuwsgierig en beschikbaar, staat naast en ondersteunt de patiënt. De patiënt wordt bejegend als een competent en autonoom persoon *in crisis*.

De beleving van en het uiting geven aan gezonde autonomie is een therapeutisch doel op zich, en wordt met het autonomie bevorderend beleid ondersteund wanneer de bejegening ook in de crisismomenten zo insteekt.

Risico's bij de toepassing van het concept van autonomie bij het autonomie bevorderend beleid staan later in deze Handreiking beschreven, maar vloeien kortgezegd voort uit een bejegeningstijl die past bij een verkeerde interpretatie van het is om autonoom te (mogen) zijn. Wanneer het iets is dat 'verwacht wordt van de patiënt' die daar (nog) niet toe in staat is, vindt er bijvoorbeeld overvraging of verwaarlozing plaats. Soms spelen tegenoverdrachtelijke factoren bij hulpverleners hierin een rol.

Samenvattend zijn er enkele belangrijke maar ook pragmatische redenen waarom autonomie bevorderend insteken, helpend is. Enerzijds is de bijbehorende basis therapeutische houding zinvol en helpend in geval van crisis. Anderzijds legt de bejegening van de patiënt als een willoos lijdend object, de aandacht op het schadelijke gedrag en niet de persoon. En zet het de deur open naar het overnemen van regie en daarmee sturing op veiligheid en beheersing.

Autonomie bevorderende bejegening en beleid

Een van de kernaspecten van autonomie bevorderend beleid is dat de keuze gemaakt wordt om bepaalde beveiligende maatregelen niet meer uit te voeren of om deze op te heffen. Dit zijn overwegingen en beslissingen die een onderbouwing en een goede documentatie vragen. Tegelijkertijd is consistentie in dergelijke maatregelen noodzakelijk om verwarring en onduidelijkheid te voorkomen, en moet het duidelijk zijn wat het afgesproken en wenselijke alternatief is. Dit vraagt afstemming, consensus en uitvoerbaarheid. En dit alles moet dan weer voor alle partijen, maar vooral voor patiënt en naasten, duidelijk en begrijpelijk zijn.

Dat is geen eenvoudige klus en vraagt om een duidelijk geformuleerd behandelplan en behandelbeleid. Dit aspect weerspiegelt de soms als hard of koud beschouwde kant van het autonomie bevorderend beleid. Het kan bijvoorbeeld voor de patiënt neerkomen op de beslissing niet meer opgenomen te worden op de HIC (of soortgelijke afdeling). Het is van belang dat de beleidskant in goede harmonie is met de patiëntgerichte en autonomie bevorderende insteek (en dat autonomie bevorderend beleid méér is dan alleen een afspraak dat iemand niet opgenomen wordt). De patiëntgerichte vraagstelling is hierin leidend: welke behandeling draagt echt bij aan het herstel van de patiënt? Hoe verhoudt de huidige situatie zich daartoe? Hoe denken patiënt en naasten hierover? Hoe beweegt alles de kant op die het herstel van de patiënt ondersteunt en wat is daar voor nodig?

Verouderde terminologie: Hoog Risico Beleid

Een veel gebruikte, maar naar ons idee, verouderde benaming voor de principes van autonomie bevorderend beleid is het 'hoog risico beleid'. Deze term is ontstaan vanuit de, ons inziens onjuiste, perceptie dat het niet meer treffen van veiligheidsmaatregelen automatisch een (verhoogd) risico op suïcide met zich meebrengt. De keuze om dit risico te 'accepteren' werd benadrukt met deze naam. Liever spreken we van een autonomie bevorderend beleid: enerzijds omdat het risico op verder schadelijk gedrag bij deze patiëntengroep niet afneemt met (gedwongen) veiligheidsmaatregelen en anderzijds omdat het de focus legt op een positieve doelstelling. Namelijk het ondersteunen van de patiënt op het behouden of verbeteren van de grip op diens eigen leven en herstel, in plaats van die over te nemen en excessen te beheersen. Deze benadering verlegt de focus van het schadelijke gedrag van de patiënt, naar de patiënt als persoon in crisis die ondersteuning behoeft. De kern van het

autonomie bevorderend beleid is dan ook altijd de patiënt en diens herstel en het doel is om ruimte te maken voor een passende behandeling.

Niet absoluut

Met een afgesproken autonomie bevorderend beleid kan niet elke situatie, vanaf dat moment, benaderd worden. 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 reden waartoe het autonomie bevorderend beleid opgesteld is, ook de reden is dat de patiënt in kwestie tegenover hen zit op een ander moment. Kan er bijvoorbeeld sprake zijn van een veranderd psychiatrisch beeld of een situatie van 'acute on chronic' suïcidaliteit. Wellicht is het zo dat de hulpverlener in kwestie, belast met de zorg op dat moment, zich onvoldoende gesteund voelt door het geformuleerde beleid om het zo uit te voeren.

Dit kan tijdelijk, of eenmalig zijn en hoeft niet te betekenen dat het beleid niet meer van toepassing is. Het kan belangrijke informatie zijn om het autonomie bevorderend beleid te evalueren en bij te stellen of aan te scherpen, of om simpelweg te accepteren dat een keuze in de nacht, de volgende dag ook weer bijgesteld kan of moet worden.

Indicatiestelling

Deze handreiking is geschreven met het oog op patiënten met persisterende suïcidaliteit. Het is een patiëntengroep waarbij de suïcidaliteit een andere presentatie heeft dan bij andere groepen, buiten dat het langdurig en terugkerend aanwezig is. De suïcidaliteit in deze groep heeft vaak een communicatieve betekenis (zie MDR Suïcidaliteit) en is in het differentiatiemodel suïcidaliteit beschreven als een inadequate coping en inadequate communicatie van onderliggend (psychisch) lijden. Van oudsher associëren we deze vorm van suïcidaliteit met name met persoonlijkheidsstoornissen, specifiek de borderline persoonlijkheidsstoornis, maar persisterende suïcidaliteit van deze aard is classificatie overstijgend en in toenemende mate worden ook patiënten met een diagnose autisme spectrum stoornis met vergelijkbare uitingen van suïcidaliteit gezien. Het is deze groep, met een (dreigend) patroon van beveiligende maatregelen, waarvoor de handreiking geschreven is.

Voor de meer episodische, acute en kortdurende suïcidaliteit die we associëren met primair depressieve stemmingsstoornissen, psychotische stoornissen, organische psychosyndromen, of psychosociale entrapment, is deze handreiking niet bedoeld noch geschikt en biedt de MDR suïcidaliteit voldoende houvast voor diagnostiek, behandeling en veiligheid. Daarbij moet opgemerkt worden dat ook patiënten met persisterende suïcidaliteit te maken kunnen krijgen met een depressieve stoornis, een psychose of forse psychosociale entrapment.

Een vaker gehoorde vraag, is of patiënten eerst alle vormen van veiligheidsmaatregelen vanuit de richtlijn doorgemaakt moeten hebben voordat ze in aanmerking komen voor een autonomie bevorderend beleid. Voor de diagnostiek van het klinisch beeld en de prognose ten aanzien van het effect van de (verplichte) veiligheidsmaatregelen is dit vaak voor de clinicus niet noodzakelijk. Tegelijk voelt het aangaan van een autonomie bevorderend beleid op dit moment nog voor velen als afwijken van de richtlijn, wat wellicht veronderstelt dat de richtlijn eerst doorlopen is.

De klinische praktijk wijst uit dat de vraag voor autonomie bevorderend beleid vaak aan de orde komt wanneer er een impasse is of dreigt. Bij deze groep zijn er vaak al een of meerdere cycli geweest met suicidaliteit en verplichte veiligheidsmaatregelen, en speelt deze discussie minder.

Voor een deel van de patiënten die in behandeling zijn, is een autonomie bevorderende therapeutische insteek de gangbare wijze van communiceren met hun behandelaar. Maar ook zij kunnen verslechteren of met veiligheidsmaatregelen te maken krijgen. Het indiceren van een autonomie bevorderend *beleid* is het formuleren van een structurele en duurzame verandering om een schadelijk patroon te voorkomen en te doorbreken, om ruimte te maken voor de goede behandeling. Het formuleren van een autonomie bevorderend beleid is voor dergelijke patiënten meer voor de hand liggend als er een problematisch en met de behandeling interfererend patroon van veiligheidsmaatregelen dreigt te ontstaan.

Dat neemt niet weg dat het de behandelaar vrij staat (en wij ten zeerste aanmoedigen!) dat er gesprekken gevoerd worden met de patiënt en naasten en vooruitgeblikt wordt op eventuele crises en afspraken hierover op te nemen in het crisisplan, een crisiskaart of het behandelplan.

Voor de patiënten waarbij er onduidelijkheid bestaat over de diagnose, of over de patronen van schadelijk gedrag, pleiten wij voor terughoudendheid met het opstellen van een autonomie bevorderend beleid totdat helder is dat dit passend is.

Voorwaarden bij het opstellen

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 om de focus te 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 van perspectief en hoop.
- Er moet gebouwd (kunnen) worden aan een psychotherapeutische behandelrelatie.
- Er is sprake van continuïteit van (beschikbare) zorg.
- Er is een behandelaar die regie voert op de behandeling.

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, vertegenwoordigers en patiënt zijn meegenomen; behandelaren klinisch en ambulante 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 en individueel behandelplan

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

6. Hulpverlening neemt een autonomie bevorderende, therapeutische houding aan

De bejegening en therapeutische insteek past bij het beleid. De hulpverlening houdt een open houding, is nieuwsgierig en beschikbaar, 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, ook als de uitkomst ten aanzien van de getroffen interventies afwijkt van de algemene verwachting.

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 het uitvoeren van het beleid bespreekbaar zijn.

Waar nodig worden het management en de geneesheer-directeur betrokken bij de ontwikkeling en toetsing van het beleid, of wanneer ruggenspraak gewenst is en niet voldoende mogelijk is binnen het directe collegiale overleg.

8. Regelmatige evaluatie

Regelmatige evaluatie van het effect van het autonomie bevorderend beleid is essentieel. Zie het aparte hoofdstuk 'Evaluatie'.

Risico's en overwegingen

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

Suicide

Het meest voor de hand liggende risico is dat het niet nemen van beveiligende of beschermende maatregelen bij suïcidaliteit, ertoe leidt dat er onverhoopt een suïcide plaatsvindt. Ondanks dat we eerder beschreven dat het risico op zelfbeschadigend gedrag bij het treffen van veiligheidsmaatregelen vaker toeneemt en in stand blijven, en autonomie bevorderend beleid de weg vrij maakt voor effectieve behandeling, is een suïcide onder een autonomie bevorderend beleid niet uitgesloten. En is dit voor betrokkenen vaak extra ingewikkeld, juist omdat er gekozen is geen veiligheidsmaatregelen te treffen. Het zorgvuldig voorbereiden en bespreken van het autonomie bevorderend beleid vooraf helpt om dit te kaderen, maar een gerichte suïcide evaluatie helpt hierbij ook. Ook moet er aandacht blijven voor veranderende situaties, zie de laatste alinea in deze paragraaf.

Minder (gerichte) zorg

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 beveiligen en beheersen, niet op het afhouden van zorg. Een gesprek is ook een ondersteunende interventie, ook als aan het eind van dat gesprek er niet overgegaan wordt tot een opname. Uit evaluaties met patiënten blijkt dat het gevoel afgewezen te worden, aan hun lot overgelaten te worden en achtergelaten te worden, als bijzonder naar en indrukwekkend ervaren worden. Bij autonomie bevorderend beleid is het belangrijk dat een passende bejegening toegepast wordt (zie boven).

Rigide uitvoering

Het risico op rigide uitvoering. Er 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 (zie boven).

Onvoldoende aandacht voor 'acute op chronische suïcidaliteit'

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 persisterende 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, naasten, vertegenwoordigers 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,

- welke behandelaren beschikbaar zijn om de zorg op zich te nemen.
- de overeengekomen afspraken rondom de veiligheidsmaatregelen

Toelichting ten aanzien van de overeengekomen afspraken rondom de veiligheidsmaatregelen

Beschrijf in het behandelplan goed welke beveiligende maatregelen problematisch zijn en hoe daar wenselijk mee omgegaan wordt. De meest voor de hand liggende is de beslissing tot een (verplichte) opname. Maar er zijn veel meer beslissingen en maatregelen die getroffen worden om veiligheid te organiseren. Denk bijvoorbeeld aan: Het beëindigen van een vrijwillige (time-out) opname als die niet meer doelmatig is vanwege toename van suïcidaal en zelfbeschadigend gedrag (en dreigende veiligheidsmaatregelen).

De inzet van politie van ambulance als de patiënt zich suïcidaal uit naar hulpverleners.

Afspraken met politie over omgang met gevaarlijk gedrag (zoals op het spoor lopen), of afspraken over een locatie van beoordeling (telefonisch contact vanuit de GGZ, thuis beoordeling waarbij patiënt thuis blijft en hulpdiensten weer gaan, of vervoer naar een beoordelingslocatie).

Etc.

Het kan moeilijk zijn om de balans te vinden tussen enerzijds een gedetailleerde beschrijving van scenario's en situaties enerzijds, en een hele algemene formulering van overwegingen anderzijds. In het eerste geval zullen gedetailleerde beschrijvingen leiden tot vragen over situaties die afwijken van die details (niet elke situatie is te voorspellen), in het tweede geval zal een te brede en algemene beschrijving moeilijk te interpreteren zijn en daardoor niet of verkeerd uitgevoerd worden als de eigen behandelaren er niet zijn.

Sommige specifieke situaties zullen zich regelmatig voordoen en lenen zich ervoor meer in detail te treden, andere aspecten zijn afdoende beschreven in algemene zin. Dit is per casus afhankelijk en een goed onderwerp voor de evaluatie van het behandelplan en het ABB. Houdt bij het opstellen van het behandelplan rekening dat het ook uitvoerbaar is als de eigen behandelaar niet aanwezig is.

Kopie van behandelplan voor patiënt

Bij voorkeur ontvangt de patiënt (en eventuele vertegenwoordigers) 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.
- Om te voorkomen dat uitgebreide beschrijvingen van het ABB op meerdere plekken terecht komen, is het advies een goede beschrijving te maken in het behandelplan en in een popup alert in het dossier en het crisis signaleringsplan hiernaar te verwijzen wanneer het relevant is of wordt.
- 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

Evaluatie van het behandelplan en het effect van het autonomie bevorderend beleid dient met regelmaat te gebeuren. In ieder geval bij ontwikkelingen van het toestandbeeld of de context (bijvoorbeeld: acute on chronic suicidaliteit; veranderingen in het steunsysteem, veranderingen binnen het behandelteam) maar ook periodiek met alle betrokkenen.

Betrek patiënt, naasten, vertegenwoordigers en nauw betrokken ketenpartners in de evaluatie van de (uit)werking van autonomie bevorderend beleid. Evalueer primair op de zorginhoud gerichte vraagstukken (ook) in het team, eventueel in aanwezigheid van de geneesheer-directeur bij zeer complexe vraagstellingen.

Evalueer gericht, maar waak ervoor om teveel te sturen op (tijdelijke) patronen die kunnen ontstaan na het starten van autonomie bevorderend beleid, bijvoorbeeld dat er aanvankelijk meer zorg is over suicide.

Ten aanzien van de frequentie van de structurele evaluatie adviseren wij deze bij aanvang van het ABB frequent te doen, en naarmate er meer bekendheid en stabiliteit komt, de frequentie te verlagen. Dit zal per patiënt verschillen.



Appendix I

Checklist Voorwaarden autonomie bevorderend beleid

Autonomie bevorderend Beleid	Aanwezig/ beschrijving	Indien afwezig, toelichting
Juiste indicatie en doelstelling (zowel met betrekking tot diagnose persisterende suïcidaliteit, als beschrijving dreigende patroon van schadelijke veiligheidsmaatregelen en beoogde inzet behandeling)		
Lopende behandeling (ambulant); duidelijk belegde regie. Ambulante inbedding en therapeutische werkrelatie Zo nee: beoogde en beschikbare zorg, bereidwilligheid tot starten behandeling		
Patiënt (actief) betrokken in proces		
Besproken met belangrijke derden (o.a. naasten, vertegenwoordigers huisarts, betrokken behandelaren, politie, ambulance, ziekenhuizen, gemeente etc.)		
Individueel behandelplan met een heldere beschrijving van ABB		
Actueel en aanwezig CSP/SIP (veiligheidsplan)		
Eenduidigheid behandelteam		
Binnen wettelijke kaders afspraken over overleg met ketenpartners/derden Beschrijving relevante betrokken contactpersonen en ketenpartners		
Reguliere evaluaties gepland		
Overstijgende bespreking management/GD. Team bespreking/intervisie georganiseerd.		

Tabel **Invul sjabloon** bij autonomie bevorderend beleid

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