

Autonomiebevorderend beleid bij complexe chronische suïcidaliteit

M. Michiels, D. Steentjes, N. Mook-Spermon, S.F. Lotgering, D. van Dijk, R. Scholma, L. Kalma, C. C. van Velzen, R.F.P. de Winter

Samenvatting Suïcidaliteit komt veel voor in de ggz. Een kleine groep patiënten met ernstige, chronische suïcidaliteit doet een groot appel op de hulpverlening. Richtlijnen bieden onvoldoende houvast en crisisinterventies werken vaak averechts. Dit leidt tot een patroon van beveiligen en beheersen, met onvoldoende perspectief op herstel en mogelijk schadelijke gevolgen voor de patiënt. Om tot een meer gewogen en effectief behandelbeleid te komen, hebben wij een autonomiebevorderend beleid (ABB) ontwikkeld. In dit artikel schetsen we aan de hand van een fictieve casus van een 26-jarige patiënte, de achtergrond en dilemma's rondom ABB, en hoe de handreiking daarop aansluit.

Dat een patiënt zich met suïcidale gedachten tot de ggz wendt, is een bekend scenario voor ggz-hulpverleners.¹ De Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (MDR-DBSG) biedt doorgaans voldoende passende interventies om de acute crisis te stabiliseren en waar nodig (vervolg)behandeling op te starten.^{2,3}

Wat kenmerkt complexe chronische suïcidaliteit?

Er is echter een kleine groep patiënten met complexe problemen, weinig bereidheid tot behandeling en hevige gevoelens van wanhoop en onmacht (zowel bij patiënt zelf als binnen het netwerk).^{4,7} Deze patiënten, vaak met ernstig trauma en (cluster B-)persoonlijkheidsstoornissen, maken met periodes buitensporig gebruik van spoedeisende zorg. Ze uiten zich middels suïcidaliteit en zelfbeschadigend gedrag en vertonen een extreme vorm van inadequate coping bij ernstig lijden.⁸⁻¹⁰ Ook voor deze groep patiënten is er effectieve behandeling mogelijk, mits deze optie beschikbaar is en de patiënt erin slaagt de behandeling aan te gaan. Als reguliere behandeling niet beschikbaar is, niet aanslaat of wordt afgewezen, ontstaat een vicieuze cirkel zonder duidelijke uitweg.

Er zijn geen prevalentiegetallen van deze subgroep bekend, maar na een inventarisatie bij een aantal ggz-instellingen betreft het naar schatting 0,5-3 personen per 100.000 inwoners per jaar. Het gaat om patiënten met een verhoogd risico op suïcide van wie een deel hier ook aan overlijdt.

De MDR-DBSG biedt onvoldoende houvast om effectief om te gaan met chronische suïcidaliteit.² Door de samenloop van chronische suïcidaliteit, ernstige sui-

cidepogingen, onvoldoende ambulante holding en een druk om 'iets te doen', kiezen behandelaars vaak voor spoedopnames met dwang. Beschermende maatregelen om gevaren op de korte termijn weg te nemen staan echter op gespannen voet met (evidencebased, ambulante, psychotherapeutische) behandeling op de lange termijn.⁵

Het verkrijgen van een effectieve behandeling is een uitdaging door lange wachttijden en uitgebreide indicatieprocedures en door inclusiecriteria waar deze patiënten zelden aan voldoen. Dit leidt tot een cyclus van crisis naar crisis en meer toepassing van verplichte zorg.

De schijn van veiligheid

Het is niet bewezen dat opnames of verplichte zorg een positief effect hebben op chronische suïcidaliteit. Daarnaast kunnen deze interventies traumatiserend zijn voor patiënten.¹¹ In extremis kan het zijn dat doelmatige behandeling nooit aan bod komt, omdat de behandeling nooit het niveau van beschermende maatregelen overstijgt en het niet lukt de voorwaarden voor een ambulante behandeling te scheppen.¹² Dit resulteert in een patroon waarbij de onderliggende stoornis onbehandeld blijft en suïcidaliteit blijft bestaan. Het toepassen van beschermende maatregelen kan zelfs leiden tot een cyclus van meer suïcidaal gedrag en meer beveiliging, wat de mogelijkheid voor structurele behandeling belemmert en gevoelens van machteloosheid versterkt bij patiënt, naasten en hulpverleners. Hierdoor wordt weer meer beveiliging noodzakelijk.^{7,13}

Om dit te doorbreken, moeten ggz-hulpverleners de focus kunnen leggen op geïntegreerde psychotherapeutische behandeling en casemanagement, waarbij sommige interventies voor acute risico's dan vermeden

AUTEURS

Maykel Michiels, psychiater en manager zorg crisisdienst, GGZ Rivierduinen.

Danielle Steentjes, GGZ-agoog en ervaringswerker, GGZ Rivierduinen.

Naomi Mook-Spermon, psychiater en manager-zorg MBT, GGZ Rivierduinen.

Sabine Lotgering, psychiater, regio-geneesheer-directeur, GGZ Rivierduinen, Leiden.

Dyllis van Dijk, psychiater, geneesheer-directeur, Parnassia Haaglanden en onderzoeker, Universiteit van Maastricht.

Roelf Scholma, familieraad GGZ Rivierduinen, voorzitter MIND Expertcommissie Kwaliteit van Zorg en lid MIND Kamer Familieraden.

Liesbeth Kalma, psychiater, geneesheer-directeur, Youz Parnassia groep.

Charlie van Velzen, jurist gezondheidsrecht, GGZ Rivierduinen.

Remco de Winter, psychiater, regio-geneesheer-directeur, GGZ Rivierduinen en senior onderzoeker, vakgroep Psychiatrie en Neuropsychologie, MeHNS Universiteit van Maastricht, en sectie Klinische psychologie, VU Amsterdam.

Correspondentie

Maykel Michiels (m.michiels@rivierduinen.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 25-6-2024.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2024;66(7):403-406

moeten worden. Echter, dit creëert een dilemma voor ggz-hulpverleners die zich vaak niet gesteund voelen bij het nemen van deze beslissingen en vrezen voor tucht-rechtelijke consequenties.¹⁴

Fictieve casusbeschrijving

Patiënte A, een 26-jarige vrouw, werd voor de vierde keer binnen één week door de crisisdienst beoordeeld, nadat zij 's avonds langs het spoor liep. Patiënte bleek chronische suïcidaliteit te hebben en was op dat moment niet in staat tot een constructief gesprek en wilde naar huis om een einde aan haar leven te maken. Ze weigerde vrijwillige behandeling en het lukte niet om veiligheidsafspraken met haar te maken. Familie was niet bereikbaar ten tijde van de beoordeling.

Uit het dossier bleek dat er dit jaar al zes gedwongen opnames hadden plaatsgevonden, resulterend in verhoogd suïcidaal gedrag en agressie, veelal leidend tot separatie, noodmedicatie en agressie naar verpleging. Na deze escalaties werd de crisismaatregel telkens opgeheven, tot onbegrip van de omgeving. Patiënte wees steeds het aanbod af om de opname op vrijwillige basis voort te zetten.

Recentelijk werd de poliklinische behandeling door de psychotherapeut stopgezet, omdat patiënte niet op afspraken verscheen, terwijl ze continu in crisis was. De behandeling werd overgedragen naar een flexibele assertive community treatment (FACT)-team, een multidisciplinair team dat in een ambulante setting outreachende herstelgerichte zorg op maat levert voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen. Het FACT-team stond geregeld voor een gesloten deur en sprak voornamelijk met wanhopige familie en ontevreden ketenpartners. Patiënte weigerde behandeling door het FACT-team en werd eerder afgewezen voor intensieve klinische behandeling vanwege te complexe problematiek.

De crisisdienst concludeerde na bestudering van het dossier dat een verplichte opname niet doelmatig was vanwege de chronische suïcidaliteit. Ondanks ernstige bezwaren van familie, politie en ambulancedienst werd patiënte geadviseerd om contact op te nemen met haar behandelaar.

De volgende ochtend werd de casemanager van het FACT-team gebeld door de spoedeisende hulp omdat patiënte was opgenomen na een overdosis paracetamol. Het ziekenhuispersoneel vroeg zich af wanneer er eindelijk actie zou worden ondernomen. Later die dag overwoog het FACT-team een zorgmachtiging aan te vragen om patiënte langdurig verplicht op te nemen.

Van hoog risico naar autonomiebevordering

Wanneer ggz-hulpverleners een patroon proberen te doorbreken door minder beveiligende interventies in te zetten, ervaren ze een gevoel van risico; met name het risico op overlijden van de patiënt. Dergelijk beleid wordt daarom soms aangeduid als 'hoogrisicobeleid', een term die volgens ons misleidend is. Het besluit om minder te beveiligen komt voort uit de overweging dat beveiliging het suïciderisico niet vermindert, niet effectief is en mogelijk iatrogene schade geeft. Het verminderen van beveiliging betekent niet automatisch een hoger risico op zelfbeschadigend of suïcidaal gedrag. Integendeel, een benadering gericht op geïntegreerde psychotherapie met aandacht voor context en systeem biedt perspectief en hoop, bevordert autonomie en kan de kans op herstel vergroten. Deze shift kan als risicovol voelen en aanvankelijk verbazing wekken bij andere partijen. Het is essentieel om gezamenlijk zorgvuldig over deze beslissingen te delibereren, gezien de potentiële maatschappelijke onrust en toename van druk en onbegrip.

Liever spreken we over een ‘autonomiebevorderend beleid’ (ABB) waarbij het bieden van (perspectief op) een geïntegreerde psychotherapie met aandacht voor context en systeem centraal staat. De nadruk ligt op een positieve doelstelling (autonomie) met de patiënt centraal.

Tijdens een latere opname op de high intensive care (HIC) werd patiënte A samen met haar ouders gesproken door de kliniekarts en haar ambulante psycholoog. Er werd stilgestaan bij de vele opnames, het effect en de bijwerkingen van opname en de teleurstellende resultaten. Het gesprek begon intens, waarbij ouders veel frustraties uitten en patiënte weinig sprak. Ze waren het erover eens dat de zorg weinig bijdroeg aan haar herstel, maar voelden ook dat er weinig alternatieven waren vanwege haar suïcidale toestand. Haar psycholoog moedigde patiënte aan om haar ervaringen met de behandeling en opnames te delen, waarop zij aangaf zich onvoldoende gezien of geholpen te voelen. Dit werd uitgebreid besproken. Er werd afgesproken om tijdens de opname in enkele gesprekken te onderzoeken wat zou kunnen helpen om dit te veranderen. Ondanks patiëntes terughoudendheid stemde ze hiermee in, terwijl haar ouders hoopten dat ze betrokken zouden blijven bij het proces en dat dit geen manier was voor de zorgverleners om de behandelverantwoordelijkheid bij patiënte neer te leggen.

Handreiking ‘beleidsvoering bij chronisch suïcidaal gedrag’

Om ggz-hulpverleners structuur en houvast te bieden bij het opstellen van een ABB en om een constructieve dialoog aan te gaan met derden, ontwikkelden wij een handreiking ‘beleidsvoering bij chronisch suïcidaal gedrag’. Deze handreiking hebben wij gepresenteerd op het Voorjaarscongres 2022.¹⁵ Aan de hand van feedback voerden we aanpassingen door. De huidige versie is terug te vinden op <https://www.rivierduinen.nl/autonomie-bevorderend-beleid-bij-complexe-chronische-suïcidaliteit>.¹⁶

De handreiking schetst allereerst het dilemma rondom chronisch suïcidaal gedrag en definieert wat het ABB inhoudt, welk doel het dient, welke risico’s er zijn, welke zorgvuldigheidseisen er (daarom) naar ons idee zouden moeten gelden, en ten slotte hoe het behandelplan bijgewerkt moet worden om het in te bedden.

We staan specifiek stil bij het belang van een evaluatie van elke nieuwe situatie: soms verandert een klinisch beeld en kan er ‘acute op chronische suïcidaliteit’ ontstaan: bij patiënten met chronische suïcidaliteit kan een toestand van acuut dreigend gevaar ontstaan. Ook eenmaal afgesproken, kan een ABB nooit in beton gegoten zijn.

Geen checklist

Het opstellen van een ABB is een op de individuele patiënt gericht, goed gedocumenteerd proces waarbij samen met patiënt, naasten en ketenpartners de verschillende facetten besproken worden. De handreiking

ondersteunt dit proces, maar kan nooit een vervanger zijn – als een soort checklist – voor zorgvuldig handelen.

Herstelgericht

Het werken met een ABB begint bij een herstelgerichte bejegening van de patiënt als een competent en autonoom persoon, in plaats van als een patiënt die passief lijdt aan een aandoening. Dit laatste kan voor sommigen wel de beleving zijn, maar is geen constructieve benadering.¹⁶ Het gesprek gaat altijd over herstel en niet louter over ongewenst gedrag. De gesprekken die gevoerd worden, zullen leiden tot een individueel toegespitst ABB en behandelplan. Idealiter worden deze gesprekken gevoerd binnen de ambulante behandelingsetting, maar ervaring leert dat de zorg-afstemgesprekken op de gesloten opnameafdelingen goede momenten zijn om alle partijen in een ‘veilige’ setting aan tafel te krijgen.

Communicatie

Ongeacht waar de gesprekken plaatsvinden, is het belangrijk dat een ABB duidelijk gecommuniceerd wordt, zowel intern (goede dossiervoering; instrueren van de meldkamer crisisdienst; bijpraten betrokken ambulante ggz-hulpverleners etc.) als extern (huisarts, ziekenhuizen, politie, ambulancepersoneel en gemeente; afhankelijk van hun betrokkenheid). Wij adviseren in een tweede of derde gesprek rondom het ABB, samen met patiënt en naasten met de relevante ketenpartners in gesprek te gaan. Vaak is een ABB ook voor hen een mogelijke afwijking van de gebruikelijke werkwijze. Een goede uitleg is dan essentieel. Soms is er weerstand bij het betrekken van derden, maar ook voor de patiënt en naasten is er vaak onvrede over bijvoorbeeld de contacten met politie en daardoor mogelijk ook motivatie om wel het gesprek aan te gaan.

Tijdens een vervolgesprek met onze patiënte werd besproken dat ze vaak conflicten had met de politie wanneer ze bij het spoor was. Ze gaf aan zich op deze momenten behandeld te voelen als een crimineel. De FACT-psychiater merkte op dat de politie hier ook moeite mee had en stelde voor om samen met hen te praten. Patiënte was aanvankelijk terughoudend, maar zag het uiteindelijk als een kans om haar ervaringen te delen. In het gesprek met politie kon ze haar frustraties uiten en bespreken wat ze redelijkerwijs van de politie mocht verwachten. De psychiater van het FACT-team benutte de kans om de schadelijke interactie aan te kaarten en te onderzoeken of de politie anders zou kunnen reageren op meldingen van suïcidaal gedrag van patiënte.

Dossiervoering

Het is van belang om in het dossier duidelijk te beschrijven welke afspraken voor de patiënt gelden en waarom. Zonder gerichte onderbouwing wordt het beleid mogelijk een hol concept met grote implicaties: bijvoorbeeld dat autonomie synoniem wordt voor ‘niet handelen’ of de patiënt ‘wijzen op de eigen verantwoordelijkheid’. Ook is het duidelijk vastleggen van de verschillende

afwegingen, de baten en de mogelijke lasten van het beleid noodzakelijk in het kader van transparantie en toetsing achteraf.¹⁴

Overgangen in het behandelplan moeten vertaald worden naar praktische inzet en actie. Wordt de patiënt bijvoorbeeld wel of niet meer opgenomen? Wat zijn de standaardafspraken bij opname? Hoe zijn het contact en de continuïteit in de lopende behandeling geregeld? Ervaring leert dat het ABB vaak nodig is op momenten dat de eigen behandelaar er niet is, zoals buiten kantoor tijden. Tegelijkertijd schuilt daarin ook een valkuil: de klinische weg van de hulpverlener in kwestie blijft altijd doorslaggevend en een behandelplan voorziet nooit in alle scenario's. Een hulpverlener in de dienst zal altijd scherp moeten blijven op uitzonderingen of veranderingen. Hoe gedetailleerder een behandelplan, hoe richtinggevoender het zal zijn en hoe groter het risico dat er afspraken gemaakt worden die niet altijd haalbaar zijn. Wat als de patiënt in kwestie een time-outopname kan vragen maar er geen bed is, en daarop toenemend suïcidaal wordt?

Hoe zorgvuldig is zorgvuldig?

Een ander punt voor de discussie is de rekbaarheid van het nut van een handreiking. Het opstellen van een ABB vraagt veel zorgvuldigheid en overleg, en veronderstelt enkele zaken die juist bij de ingewikkeldste patiëntengroep niet vanzelfsprekend zijn. Een voorbeeld hiervan is een sterke voorkeur dat er bij het opstellen van een ABB sprake is van een (goede) therapeutische werkrelatie met een ambulante behandelaar. Een ander aspect is de veronderstelde samenwerking met ketenpartners en het akkoord van patiënt tot afstemming en overleg. Wat kan er wel en niet besproken worden met ketenpartners wanneer de patiënt pertinent weigert mee te werken aan een overleg? Wat is voor ABB een eis, en wat is een streven? Het is aan te bevelen om de geneesheer-directeur een ABB te laten toetsen, vanuit diens rol als toezicht-houder op de kwaliteit van de individuele patiëntenzorg.

Op vrijdagavond belde patiënte de crisisdienst vanwege toenemende suïcidale gedachten na een conflict met haar ex-vriend. In paniek liep ze in de buurt van het spoor en zij was boos op zichzelf, vanwege de ruzie en het missen van een afspraak met haar psycholoog. De SPV vroeg aan patiënte wat zij op dit moment nodig had. Het contact verliep moeizaam en patiënte dreigde dat ze voor de trein wilde stappen vlak voordat ze abrupt het telefonisch contact verbrak. Het ABB in haar dossier beschreef dat zij in een suïcidale crisis ineens het contact kan verbreken. Ook stond beschreven dat afgesproken was met patiënte dat er dan gepoogd wordt terug te bellen, en als ze niet opneemt, de hulpverlener haar een bericht stuurt dat ze welkom is voor een gesprek met een tijdstip waarop ze verwacht wordt. Beschreven stond dat de ggz-hulpverlener niet de politie zou bellen, ook niet als zij langs het spoor loopt. De SPV volgde deze stappen en stuurde patiënte een bericht. Ze verscheen uiteindelijk op het voorgestelde tijdstip op de beoordelingslocatie van de crisisdienst.

Tijdens het gesprek herpakte zij zich enigszins en kon ze beter reflecteren op haar behoeften. Ze opperde zelf de mogelijkheid van een time-outopname (zoals beschreven in haar ABB), maar gaf aan eigenlijk liever naar huis te willen om te rusten en de volgende dag opnieuw te beginnen. Hoewel ze twijfelde aan haar veiligheid, stemde ze ermee in om later in het weekend contact op te nemen als het nodig zou zijn. Ze zegde toe om maandag haar psycholoog te bellen om de gemiste afspraak in te halen.

CONCLUSIE

Om bij ernstige chronische suïcidaliteit effectief te behandelen, kan het noodzakelijk zijn om een autonomiebevorderend beleid (ABB) te voeren om te voorkomen dat de behandeling verzandt in een patroon van beveiligen en beheersen. We hopen ggz-hulpverleners te ondersteunen bij het aangaan van een ABB. De input van en discussie met hulpverleners zijn essentieel om tot een breed gedragen richtlijn te komen die ervaringsdeskundigheid en het perspectief van naasten goed integreert. We nodigen u daarom van harte uit om deel te nemen aan deze discussie en feedback te geven, zodat we een consensus kunnen bereiken over de verdere vormgeving van deze aanpak.

LITERATUUR

- 1 de Winter RFP, Hazewinkel MC, van de Sande R, e.a. Outreach psychiatric emergency service. *Crisis* 2020; 41: 375-82.
- 2 Van Hemert A, Kerkhof A, de Keijser J, e.a. Multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom; 2012.
- 3 Zelfmoordpreventie. Handreiking suïcidepreventie bij jongeren met persisterende suïcidaliteit. Amsterdam: Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021-2025; 2023.
- 4 Jobs DA. Suïcidal blackmail: Ethical and risk management issues in contemporary clinical care. In: Johnson WB, Koocher GP, red. Casebook on ethically challenging work settings in mental health and the behavioral sciences. New York: Oxford University Press; 2011. pp 33-40.
- 5 Koekkoek BW, Kaasenbrood AJ. Behandelen van chronische suïcidaliteit vraagt om risico nemen. *Tijdschr Psychiatr* 2008; 50: 283-7.
- 6 McLaughlin C, McGowan I, O'Neill S, e.a. The burden of living with and caring for a suicidal family member. *J Ment Health* 2014; 23: 236-40.
- 7 Knapen SRY. Een veilige relatie heeft grenzen nodig. Over grenzen stellen in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 2013; 68: 9.
- 8 de Winter RFP, Meijer C, Kool N, e.a. Differentiation of suicidal behavior in clinical practice. In: Pompili M, red. *Suicide risk assessment and prevention*. Cham: Springer; 2021. p 1-19.
- 9 de Winter RFP, Meijer CM, van den Bos AT, e.a. A first study on the usability and feasibility of four subtypes of suicidality in emergency mental health care. *BMC Psychiatry* 2023; 23: 878.
- 10 Mennen K, Rasing SPA, de Winter RFP, e.a. Diagnostiek en behandeling van suïcidaliteit; een kwestie van maatwerk. *Tijdschr Psychiatr* 2024; 66: 101-6.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.