

TOOL - Risicoformulering bij suïcidale personen



Het Vlaams Expertisecentrum Suicidepreventie (VLESP) werkte op basis van recente inzichten in wetenschap en praktijk een nieuwe aanpak uit voor het onderzoeken en formuleren van suïciderisico. Deze tool en het **sjabloon voor risicoformulering** (zie verder) helpen hulpverleners op weg om het suïciderisico, de daarmee samenhangende factoren, en de context ervan in kaart te brengen en deze informatie te delen met andere betrokken hulpverleners.

HOE GEBRUIK JE HET SJABLOON?

Een inschatting en formulering van het suïciderisico doe je bij **iedereen waarvan je weet of vermoedt dat die aan zelfmoord denkt**. Aan de hand van het sjabloon breng je in samenspraak met de patiënt en indien mogelijk diens naasten de belangrijkste **factoren** in kaart **die het huidige en toekomstige suïciderisico bepalen**.

Dit doe je niet om een zelfmoordpoging te voorspellen, maar om **preventief te kunnen ingrijpen**. Een preventieve interventie dient in te werken op de suïcidaliteit en op de factoren die daarmee samenhangen. Hoe concreter de factoren beschreven zijn, hoe makkelijker ze vertaalbaar zijn naar een interventie. De risicoformulering vormt zo het startpunt voor **suïcidespecifieke interventies** op korte termijn, zoals bijvoorbeeld safety planning (zie verder), of een neurobiologische of psychotherapeutische behandeling op langere termijn.

Met behulp van het sjabloon kan je deze informatie **delen** met andere betrokken hulpverleners, bijvoorbeeld door het op te nemen in het patiëntendossier of in andere opvolgingssystemen. Op die manier kan de zorg beter op elkaar afgestemd worden en zal die effectiever zijn.

Het suïciderisico en de daarmee samenhangende factoren variëren doorheen de tijd. Een risicoformulering dient dan ook **regelmatig herhaald** te worden. Hoe vaak dit dient te gebeuren zal verschillen naargelang de problematiek en de setting, maar het is aan te raden om minstens op volgende momenten het risico in te schatten: bij aanmelding van of eerste klinisch contact met personen die met zelfmoordgedachten zitten, indien er meerdere of gedurende langere tijd waarschuwingssignalen voorkomen, bij directe suïcidale uitingen of dreigingen, na een suïcidepoging, in psychische crisissituaties, bij transitie van de ene naar de andere vorm van hulpverlening, bij onverwachte veranderingen in het klinische beeld.

Tot slot dient de risicoformulering afgestemd te worden op de **context en voorgeschiedenis** van de persoon. M.b.t. de context zal het risico bv. verschillen wanneer iemand in opname is of ambulantly wordt behandeld. M.b.t. de voorgeschiedenis is het relevant te achterhalen hoe de persoon met soortgelijke stressoren omging in het verleden, dit kan een risicofactor of protectieve factor vormen.

Aanvullend op de risicoformulering is het sterk aan te bevelen om met personen die met zelfmoordgedachten zitten een **safety plan** op te maken, zie www.zelfmoord1813.be/safetyplan.

VIER ELEMENTEN



Huidige suïcidale intentie

Om te kunnen inschatten hoe acuut het suïciderisico is, dien je een zicht te hebben op de **frequentie en intensiteit** van de suïcidale gedachten én op de suïcidale **intentie** of de mate waarin iemand daadwerkelijk van plan is om over te gaan tot suïcidaal gedrag. Daarnaast dien je ook te polsen naar het suïcidaal **verlangen** (de wens om te sterven) en de suïcidale **bekwaamheid**, namelijk de mate waarin iemand in staat is om suïcidaal gedrag te stellen (bv. concreet plan, middelen beschikbaar, niet bang om te sterven, hogere pijngrens, eerdere poging). Ook de **hopeloosheid** en **uitzichtloosheid** die een persoon ervaart vormen belangrijke elementen. Hoe sterker die zijn, hoe groter de kans dat iemand tot een poging overgaat. Het opstellen van een safety plan met de patiënt vormt een nuttige en belangrijke aanvulling.



Risicofactoren

Risicofactoren zijn factoren die de **kwetsbaarheid** van een suïcidale persoon bepalen en verhogen. Deze kunnen zowel van psychologische, sociale, psychiatrische of neurobiologische aard zijn. Enkele belangrijke risicofactoren die in kaart gebracht moeten worden, zijn: een eerdere poging, een psychische problematiek, middelengebruik, gebrek aan sociale steun, een recente stresserende levensgebeurtenis, een suïcide in de omgeving. Interventies kunnen hierop inwerken.



Beschikbare hulpbronnen

Beschikbare hulpbronnen zijn factoren die **beschermend** werken voor een persoon en het suïciderisico verlagen. Dit kunnen stappen zijn die iemand tijdens een crisis kan zetten of zaken of personen waar iemand in crisis beroep kan op doen om het risico terug onder controle te brengen. Bv. manieren weten om zichzelf tot rust te brengen of contact en steun opzoeken van een vriend of hulpverlener. Dit kan je bevragen door na te gaan wat maakt dat iemand het nu nog volhoudt, door te bespreken hoe de persoon met vorige crisissen is omgegaan en wat hij of zij doet of waar die terecht kan wanneer die het moeilijk heeft.



Voorspelbare veranderingen

Voorspelbare veranderingen zijn gebeurtenissen die zullen plaatsvinden in de nabije toekomst en **die het suïciderisico kunnen verhogen of verlagen**. Voorbeelden van risicoverhogende veranderingen zijn een aankomende relatiebreuk, overlijden, verhuis, medische ingreep, het opstarten van medicatie of ontslag uit het ziekenhuis. Bevraag waar de persoon wel of net niet naar uitkijkt in de nabije toekomst, wat zijn of haar toekomstperspectief is op korte termijn en hoe hij of zij inschat dat gebeurtenissen die in het verleden voor onrust of net verbetering zorgden zich opnieuw zullen voordoen.

Naam patiënt:

Datum risicoformulering:

RISICOFORMULERING



Huidige suïcidale intentie

Frequentie & intensiteit zelfmoordgedachten; concrete suïcideplannen; inschatting bekwaamheid.



Risicofactoren

Factoren die kwetsbaarheid van persoon verhogen.



Beschikbare hulpbronnen

Hulpbronnen die hulpvrager ter beschikking heeft in crisismomenten.



Voorspelbare veranderingen

Wat zou het risico snel kunnen verhogen of verlagen (specifieke interventies)?

ACHTERGROND

Het inschatten en formuleren van het suïciderisico bij personen met zelfmoordgedachten stelt hulpverleners voor een moeilijke taak. Van hulpverleners wordt soms verwacht dat ze het suïciderisico opdelen in bijvoorbeeld laag, midden en hoog risico, om daaraan vervolgens interventies te koppelen voor de verdere zorg. Soms vertrekt men daarvoor van de aanwezigheid van suïcidale ideatie, een historiek van suïcidepogingen, een oplijsting van risicofactoren, of specifieke screeningsvragenlijsten. Er bestaat nochtans **weinig consensus en geen enkel wetenschappelijk bewijs dat het bepalen van een 'niveau van suïciderisico' een suïcide kan voorspellen en voorkomen**. Bovendien kan een suïciderisico sterk **fluctueren in de tijd** (het kan bv. dagelijks schommelen of veranderen naar aanleiding van een specifieke gebeurtenis), waardoor het weinig zinvol en net risicovol is om het vast te leggen op een bepaald niveau. Daarnaast is een suïciderisico relatief en kan het **verschillen naargelang de context** (iemand met een laag risico in een opname setting kan een hoog risico hebben in een ambulante setting).

In een recente samenvattende studie waarin verschillende meta-analyses van hoge kwaliteit onder de loep werden genomen, werd geen enkele klinische risicofactor gevonden (ook niet suïcidale gedachten of gedrag) die voldoende accuraat is om als basis te kunnen dienen om het risico in te schatten. Sterker nog: de overgrote meerderheid van personen die als 'hoog risico' wordt ingeschat, overlijdt niet door suïcide, en ongeveer de helft van alle suïcides gebeurt bij mensen die worden ingeschat worden als 'laag risico'. Spreken van een 'hoog', 'laag' of 'gemiddeld' risico zonder verdere informatie heeft dan ook weinig zin. Niet alleen omdat het weinig zegt over de kans dat de zelfmoordpoging zich voordoet, maar ook omdat deze termen een andere betekenis kunnen hebben voor de verschillende betrokken hulpverleners en in verschillende zorgcontexten.

Hoewel er dus heel wat risicotaxatie-instrumenten in omloop zijn, blijft de beste manier om het suïciderisico te kunnen inschatten een **open gesprek** over de zelfmoordgedachten met de persoon om wie je bezorgd bent. Het is essentieel te investeren in een diepgaand contact met de patiënt met oog voor de zorgbehoeften en met als doelstelling het in kaart brengen en behandelen van het suïcidaal gedrag en van de factoren en klachten die daarmee samenhangen. Daartoe kan dit sjabloon en deze aanpak bijdragen.

AAN DE SLAG

Nood aan advies of ondersteuning? De suïcidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg begeleidt organisaties om een suïcidepreventiebeleid op maat uit te werken en geeft advies over hoe dit sjabloon kan vertaald worden naar interventies en hoe het geïntegreerd kan worden in de werking. Zie www.zelfmoord1813.be/hulpverlening/ondersteuning-door-cgg

Dit sjabloon is niet dwingend, het dient als eerste bewustmaking en stimulans om tot een nieuwe manier van werken te komen m.b.t. risico-inschatting. Heb je opmerkingen of aanvullingen? Laat het ons weten, VLESP wil graag praktijkervaringen bundelen om deze tool verder uit te kunnen werken voor de update van de multidisciplinaire richtlijn (gepland in 2022).

LITERATUUR



Aerts, S., Dumon, E., van Heeringen, K., Portzky, G. (2017). Multidisciplinaire richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag. Gent: Politeia.

www.zelfmoord1813.be/sp-reflex

Belsher, B. E., Smolenski, D. J., Pruitt, L. D., Bush, N. E., Beech, E. H., Workman, D. E., ... & Skopp, N. A. (2019). Prediction models for suicide attempts and deaths: a systematic review and simulation. *JAMA psychiatry*.

Carter, G., Milner, A., McGill, K., Pirkis, J., Kapur, N., & Spittal, M. J. (2017). Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. *The British Journal of Psychiatry*, 210(6), 387-395.

Large, M. M., Ryan, C. J., Carter, G., & Kapur, N. (2017). Can we usefully stratify patients according to suicide risk? *BMJ: British Medical Journal (Online)*, 359.

Pisani, A. R., Murrie, D. C., & Silverman, M. M. (2016). Reformulating suicide risk formulation: from prediction to prevention. *Academic psychiatry*, 40(4), 623-629.

Stegg, S., Quinlivan, L., Nowland, R., Carroll, R., Casey, D., Clements, C., ... & O'Connor, R. C. (2018). Accuracy of risk scales for predicting repeat self-harm and suicide: a multicentre, population-level cohort study using routine clinical data. *BMC psychiatry*, 18(1), 113.

LINKS



Aan de universiteit van Manchester werd een studie gedaan naar hoe zorginstellingen momenteel omgaan met risico-inschatting en waar de noden liggen: [klik hier](#) voor meer info.



[Bekijk ook de video](#) met internationaal expert prof. Nav Kapur, betrokken bij dit onderzoek.

REFEREREN NAAR DIT DOCUMENT

Aerts, S., Dumon, E., van Heeringen, K., Portzky, G. (2019). Tool risicoformulering bij suïcidale personen. Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie. www.zelfmoord1813.be/risicoformulering