

SAFETY PLANNING

Deze adviezen kaderen in de update van de multidisciplinaire richtlijn 'Detectie en Interventies bij Suïcidale Gedachten en Gedrag' (VLESP, 2023).

Auteurs van dit onderdeel: Dumon, E., Claus, C., Cornelis, E., & Portzky, G.

WAT OMVATTEN DEZE ADVIEZEN?

Deze adviezen bieden een antwoord op volgende klinische vragen:

- ✓ **Wat is een Safety Plan en waarom gebruik je het?**
- ✓ **Welke componenten omvat een Safety Plan?**
- ✓ **Hoe stel je een Safety Plan op en hoe volg je dit op?**
- ✓ **Waarom helpt een Safety Plan?**
- ✓ **Wat doe je bij weerstand?**

Aanbevelingen

Het is aan te bevelen om samen met de betrokkene een Safety Plan op te stellen.

Als het Safety Plan niet kan worden gebruikt, zorg dat de verschillende werkingsmechanismen op een andere manier verzekerd worden.

Voorzie een kopie van het Safety Plan in het patiëntendossier.

Volg het Safety Plan goed op en herbekijk het regelmatig.

WAT IS EEN SAFETY PLAN EN WAAROM GEBRUIK JE HET?

Vanuit wetenschappelijk onderzoek en vanuit de praktijk wordt wereldwijd aanbevolen om gebruik te maken van een **Safety Plan** (ook wel veiligheidsplan, crisisplan of signaleringsplan genoemd) in de begeleiding van personen met zelfmoordgedachten (Ferguson et al., 2022; McCabe et al., 2018; Nuij et al., 2021; Potter, 2005; Stanley & Brown, 2012; Matarazzo, Homaifar, & Wortzel, 2014).

Dit is een plan dat de hulpverlener samen met de suïcidale persoon kan opstellen. Het kan de persoon leren om stap voor stap een suïcidaal proces te herkennen en een mogelijke **crisis te voorkomen** en beter het hoofd te bieden.

Onderzoek toonde aan dat Safety Planning interventies **het risico op suïcidaal gedrag met 43% kunnen verminderen** in vergelijking met suïcidale personen die op spoed gewone zorg ontvangen (Nuij et al., 2021). Dit effect ontstaat doordat de persoon leert om zich in een crisis te beroepen op alternatieve coping strategieën en bronnen van steun.

WELKE COMPONENTEN OMVAT EEN SAFETY PLAN?

Een Safety Plan is gebaseerd op **cognitief therapeutische technieken** en omvat volgende stappen (gebaseerd op Stanley & Brown, 2008; Rogers et al., 2022):

- **Stap 1: Dit geeft aan dat ik het moeilijk krijg:** Ga samen met de suïcidale persoon op zoek naar wat specifiek voor hen (waarschuwings)signalen zijn die aan een crisis kunnen voorafgaan (bv. bepaalde gedachten, slaapproblemen, agitatie, ...) en wat mogelijk risicovolle aanleidingen of situaties kunnen zijn. Het is belangrijk dat de persoon de signalen zelf leert herkennen.
- **Stap 2: Dit kan ik zelf doen als ik het moeilijk krijg:** Ga samen met de persoon na wat ze zelf kunnen doen om met een slecht gevoel of negatieve gedachten om te gaan en rustiger te worden. Daarnaast bekijk je ook wat de persoon beter niet doet. Als hulpverlener zie je erop toe dat de gekozen copingstrategieën gezond en veilig zijn (bv.: een stuk gaan stappen of lopen, nare gedachten van zich afschrijven, een warm bad nemen, ...) en bv. niet: naar melancholische muziek luisteren, alcohol drinken, ...).
Het is belangrijk om persoonlijke coping strategieën te identificeren. Zo stijgt de kans op engagement met het Safety Plan en neemt het gevoel van autonomie van de suïcidale persoon toe.
- **Stap 3: Dit kan ik met anderen doen als ik het moeilijk krijg:** Ga samen met de hulpvrager na bij wie of waar ze afleiding en ontspanning kunnen vinden als de eigen coping strategieën niet werken. Dit kunnen sociale activiteiten zijn met vrienden of familie en/of een gezonde sociale setting bezoeken (bv. afspreken met een vriend/vriendin, bij familie langsgaan, naar een activiteit in het buurthuis of cultureel centrum gaan, iets gaan drinken, ...). Deze activiteiten moeten de suïcidale persoon niet enkel afleiden, maar geven hun ook een gevoel van verbondenheid met anderen, zonder dat er noodzakelijk over de zelfmoordgedachten moet gepraat worden. Ook hier zie je er als hulpverlener op toe dat de gekozen activiteiten veilig en gezond zijn en welke activiteiten beter vermeden worden.
- **Stap 4: Met deze personen kan ik praten over mijn zelfmoordgedachten:** Ga samen na bij wie de suïcidale persoon zich veilig voelt om het gesprek aan te gaan over de zelfmoordgedachten. Dit kunnen vrienden of familie zijn, burens, een leerkracht, een andere vertrouwenspersoon, ...
Daarnaast bekijk je ook wie de persoon beter niet opzoekt.
- **Stap 5: Hier vind ik professionele hulp:** Bespreek met de persoon bij welke professionele hulpverleners ze terecht kunnen voor ondersteuning tijdens een crisis. Noteer de contactgegevens van deze hulpverleners en geef ook informatie mee over de Zelfmoordlijn 1813. Ga na of de persoon drempels ervaart om professionele hulp in te schakelen. Als hulpverlener kan je ook verwijzen naar andere hulplijnen of online tools zoals de zelfhulp cursus Think Life, Backup app, ...
- **Stap 6: Zo maak ik mijn omgeving veilig:** Maak met de suïcidale persoon (en indien mogelijk diens naasten) afspraken over hoe de omgeving veiliger kan gemaakt worden. Bekijk wat de persoon al kan doen vóór ze in crisis zijn en wat ze kunnen doen op moment van een crisis. Bespreek hoe de toegang tot beschikbare middelen/methoden (bv.: medicatie, scherpe voorwerpen, ...) beperkt kan worden, laat medicatie door iemand anders bewaren, bekijk hoe

je ervoor kan zorgen dat de persoon tijdens een crisis niet alleen hoeft te zijn. Daarnaast bespreek je ook wat gevaarlijk kan zijn voor de veiligheid en de persoon beter niet doet.

- **Stap 7: Dit helpt mij volhouden:** Ga samen met de persoon na welke dingen of mensen een doel of betekenis geven aan hun leven, of wat voor hen redenen zijn om vol te houden (bv. hun geloof, vrienden/ familie, hun job, hun huisdier, ...). Deze kunnen hoop bieden aan de suïcidale persoon.

HOE STEL JE EEN SAFETY PLAN OP EN HOE VOLG JE DIT OP?

Je kan als hulpverlener het Safety Plan **samen** met de suïcidale persoon invullen en de verschillende componenten doorlopen.

Tracht dit plan zo **concreet en persoonlijk** mogelijk te maken en ook in te bouwen wat de betrokkene kan doen indien een bepaalde copingstrategie niet meteen lukt of faalt. Het opstellen van een Safety Plan kan het gevoel van onafhankelijkheid van de suïcidale persoon herstellen door hen de kans te geven actief deel te nemen aan de besluitvorming, wat een gevoel van eigenwaarde en bekwaamheid bevordert (Rogers et al., 2022).

Onderzoek toont dat het werken met een Safety Plan effectiever is als de hulpverlener **opvolgt of de persoon het daadwerkelijk gebruikt, als het regelmatig geüpdatet wordt en als het geïncorporeerd wordt in het behandelplan** (Gamarra et al., 2015). Het is een “levend document” dat door de suïcidale persoon (en/ of samen met de hulpverlener) kan worden geëvalueerd en eventueel geüpdatet telkens de omstandigheden van de persoon (bv. persoonlijke relaties) veranderen doorheen de tijd of na een crisis.

Nadat het plan is opgemaakt, zorg je voor een exemplaar voor de suïcidale persoon en een exemplaar voor in het patiëntendossier. Ook bij een transfer van een suïcidale persoon, controleer je best of er al een Safety Plan werd opgemaakt zodat van daaruit verder gewerkt kan worden.

Zowel suïcidale personen als hulpverleners ervaren het Safety Plan als een nuttig en aanvaardbaar instrument. Het kan bovendien de veiligheid van de persoon en het engagement naar verdere behandeling toe te verhogen (Rogers et al., 2022). Het Safety Plan is een veilige interventie en kan door zijn eenvoud gemakkelijk gebruikt worden door hulpverleners uit alle disciplines.

WAAROM HELPT EEN SAFETY PLAN?

Zeven mechanismen liggen aan de basis van de werkzaamheid van Safety Planning (Rogers et al., 2022):

1. Het biedt afleiding

Verschillende componenten van het Safety Plan zijn gericht op het afleiden van suïcidale gedachten, wat betekent dat suïcidale personen zich bewust engageren in een andere activiteit. Door zich te focussen op één activiteit worden de aandacht en verwerking voor andere stimuli beperkt en bijgevolg kunnen leed en/ of suïcidale gedachten naar de achtergrond verschuiven, waardoor de kans op suïcidaal gedrag vermindert.

Afleiding is helpend om op korte termijn een crisis te doorstaan, maar het is contraproductief als de persoon er op lange termijn pijnlijke emoties door gaat vermijden. Afleiding is enkel helpend als de persoon er ook voor openstaat om de pijnlijke emoties of situatie het hoofd te bieden (Wolgast & Lundh, 2017).

2. Het verhoogt verbinding

Een verminderd gevoel van verbinding kan aan de basis liggen van suïcidale gedachten en gedrag (Chu et al., 2018; Van Orden et al., 2010). Onderzoek wijst ook op de rol van verbinding in het verminderen van het risico op suïcide (Luxton et al., 2013; Comtois et al., 2019; Motto & Bostrom, 2001). Daarom zijn verschillende stappen in het Safety Plan gericht op het opzoeken van vrienden, familie, kennissen, ...

Patiënten die fysiek geïsoleerd zijn, die een klein tot geen sociaal netwerk hebben, of die niet willen uitreiken naar anderen omdat ze hen niet tot last willen zijn, dienen te worden aangemoedigd om zich te engageren in alternatieve activiteiten die verbinding bevorderen, zoals deelnemen in online fora, vrijwilligerswerk, ... Ook kan een goede therapeutische relatie met hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg een verhoogd gevoel van verbinding met de wereld teweegbrengen.

3. Het bevordert autonomie

Een ander mechanisme dat mogelijk aan de basis ligt van de effectiviteit van het Safety Plan is de bevordering van autonomie. Het Safety Plan geeft patiënten een gevoel van zelfstandigheid om zichzelf veilig te stellen, weg van dodelijke middelen, en hun angst te verminderen. Autonomie wordt bevorderd bij het opstellen van het Safety Plan en bij de implementatie ervan tijdens een crisis.

Door het opstellen van een Safety Plan krijgen patiënten een centrale en actieve rol in hun behandeling. Waar patiënten doorgaans weinig te zeggen hebben in hun behandeling, bevorderen het samen beslissen en samenwerking bij het opstellen van een Safety Plan de zelfbeschikking van de patiënt en het succes van de behandeling. Het herstelt een gevoel van onafhankelijkheid en patiënten krijgen opnieuw inzicht in hun waarde en hun sterktes.

4. Het bouwt competenties op

Het opstellen van een Safety Plan geeft patiënten opnieuw een belangrijk gevoel van competentie. Door patiënten aan te moedigen om zelf strategieën te zoeken die voor hen het beste werken, ontwikkelen ze vaardigheden om zelfstandig om te gaan met de crisis.

5. Het vermindert impulsieve neigingen

Een vijfde mechanisme dat het succes van Safety Planning kan onderbouwen, is dat het suïcidale acties kan uitstellen en voorkomen. De verschillende stappen en activiteiten van het Safety Plan kunnen een ruime tijd in beslag nemen om uit te voeren, en kunnen ertoe bijdragen dat suïcidale intenties, en daarmee ook suïcidaal gedrag, verminderen.

6. Het maakt suïcidaal gedrag moeilijker

Het Safety Plan helpt om de fysieke en de psychologische afstand tot mogelijk dodelijke middelen te vergroten. Behalve dat het dodelijke middelen fysiek minder toegankelijk kan maken, vergroot het Safety Plan ook de psychologische drempel tot zelfdoding. Suïcidale personen ervaren vaak ambivalentie (Harris et al., 2010). Tot op het einde blijven ze twijfelen

tussen dood willen zijn en blijven leven. Het uitvoeren van het Safety Plan focust op het aangaan van verbinding en het opbouwen van competenties waardoor de balans kan overslaan naar de wil om te blijven leven.

7. Het helpt de cognitieve last te beheersen

Personen met suïcidale gedachten hebben de neiging om te piekeren over wat ze meemaken (Rogers & Joiner, 2017). Suïcidale gedachten zorgen voor een hoge cognitieve belasting. Op moment van een crisis is er dan ook weinig mentale ruimte beschikbaar om te bedenken hoe de crisis te doorbreken. Daarom is een vooraf opgesteld Safety Plan een toegankelijke manier om suïcidale gedachten te doorbreken.

WAT DOE JE BIJ WEERSTAND?

Het werken met een Safety Plan kan weerstand opwekken en werkt niet altijd voor iedereen. Als het om bepaalde redenen niet mogelijk of gewenst is om een Safety Plan op te stellen, bekijk dan op welke andere manieren je op bovenstaande componenten en werkzame elementen kan inzetten in de begeleiding. Bekijk op welke manier de persoon meer autonomie kan ervaren, meer verbinding kan voelen, afleiding en steun kan vinden om de intensiteit van de suïcidale gedachten te doorbreken. Wees inventief en zoek naar manieren om de stappen samen te bespreken zonder dit op te dringen.

WAAR VIND JE HET SAFETY PLAN?

[Hier](#) vind je een sjabloon (met instructies) dat je zowel kan afprinten of online kan invullen. Ook in de [gratis app BackUp](#) kan je een Safety Plan opmaken. Voorzie ook een kopie voor in het patiëntendossier zodat andere betrokken hulpverleners er toegang tot hebben en de informatie bewaard blijft mocht het plan verloren gaan.

REFERENTIES

- Chu, C., Walker, K. L., Stanley, I. H., Hirsch, J. K., Greenberg, J. H., Rudd, M. D., & Joiner, T. E. (2018). Perceived problem-solving deficits and suicidal ideation: Evidence for the explanatory roles of thwarted belongingness and perceived burdensomeness in five samples. *Journal of Personality and Social Psychology, 115*, 137-160.
- Comtois, K. A., Kerbrat, A. H., DeCou, C. R., Atkins, D. C., Majeres, J. J., Baker, J. C., & Ries, R. K. (2019). Effect of augmenting standard care for military personnel with brief caring text messages for suicide prevention: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry, 76*(5), 474–483.
- Ferguson, M., Rhodes, K., Loughhead, M., McIntyre, H., & Procter, N. (2022). The Effectiveness of the Safety Planning Intervention for Adults Experiencing Suicide-Related Distress: A Systematic Review. *ARCHIVES OF SUICIDE RESEARCH, 26*(3), 1022-1045.
- Gamarra, J. M., Luciano, M. T., Gradus, J. L., & Wiltsey Stirman, S. (2015). Assessing variability and implementation fidelity of suicide prevention safety planning in a regional VA healthcare system. *Crisis, 36*(6), 433-439
- Harris, K. M., McLean, J. P., Sheffield, J., & Jobes, D. (2010). The internal suicide debate hypothesis: exploring the life versus death struggle. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 40*(2), 181–192
- Luxton, D. D., June, J. D., & Comtois, K. A. (2013). Can Postdischarge Follow-Up Contacts Prevent Suicide and Suicidal Behavior? *Crisis*.
- Matarazzo, B., Homaifar, B., & Wortzel, H.S. (2014). Therapeutic Risk Management of the Suicidal Patient: Safety Planning. *Journal of Psychiatric Practice, 20*(3), 220-4.
- McCabe, R., Garside, R., Backhouse, A., & Xanthopoulou, P. (2018). Effectiveness of brief psychological interventions for suicidal presentations: A systematic review. *BMC Psychiatry, 18*(1), 120.
- Motto, J. A., & Bostrom, A. G. (2001). A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatric Services, 52*(6), 828–833.

- Nuij, C., van Ballegooijen, W., de Beurs, D., Juniar, D., Erlangsen, A., Portzky, G., O'Connor, R. C., Smit, J. H., Kerkhof, A., & Riper, H. (2021). Safety planning-type interventions for suicide prevention: Meta-analysis. *BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY*, *219*(2), 419-426.
- Potter, M.L., Vitale-Nolen, R., & Dawson, A.M. (2005). Implementation of safety agreements in an acute psychiatric facility. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, *11*, 144-55.
- Rogers, M. L., Gai, A. R., Lieberman, A., Schafer, K. M., & Joiner, T. E. (2022). Why Does Safety Planning Prevent Suicidal Behavior? *Professional Psychology-Research and Practice*, *53*(1), 33-41.
- Rogers, M. L., & Joiner, T. E. (2017). Rumination, Suicidal Ideation, and Suicide Attempts: A Meta-Analytic Review. *Review of General Psychology*, *21*(2), 132-142.
- Stanley, B., & Brown, G.K. (2008). *The Safety Plan Treatment Manual to Reduce Suicide Risk: Veteran Version*. Washington, D.C.: United States Department of Veterans Affairs.
- Stanley, B., & Brown, G.K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cog Beh Pract*, *19*, 256–64
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E., Jr. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, *117*(2), 575–600.
- Wolgast, M., & Lundh, L.-G. (2017). Is Distraction an Adaptive or Maladaptive Strategy for Emotion Regulation? A Person-Oriented Approach. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *39*(1), 117-127.