

LEIDRAAD OPVANG EN EVALUATIE SUÏCIDALITEIT (LOES)

HANDLEIDING

Leidraad Opvang en Evaluatie Suïcidaliteit - LOES

1 maart 2022 – Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP); Eenheid voor Zelfmoordonderzoek (EZO)

In opdracht en met de steun van de Vlaamse Overheid, in het kader van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie

Auteurs: Msc. Nikita Vancayseele, Msc. Mercedes Wolters, Msc. Bart Witvrouwen, Msc. Lies Pittoors, Prof. Dr. Gwendolyn Portzky.

Een digitale versie van LOES is beschikbaar op www.zelfmoord1813.be/loes

VLESP | Vlaams
Expertisecentrum
Suïcidepreventie

EENHEID VOOR ZELFMOORDONDERZOEK
UNIT FOR SUICIDE RESEARCH


**UNIVERSITEIT
GENT**


Vlaanderen
is zorg

1813
zelfmoord

INHOUD

Voorwoord.....	4
1.Ontwikkeling.....	5
1.1 Doel	5
1.2 Achtergrond	6
1.3 Opbouw Leidraad Opvang en Evaluatie Suïcidaliteit	7
2.Praktisch gebruik.....	7
2.1 Basishouding	7
2.2 Bij wie en wanneer suïcidaliteit bevragen	8
2.3 Omstandigheden en timing.....	9
2.4 Instructies	10
3 Afname Leidraad Opvang & Evaluatie Suïcidaliteit (LOES)	11
3.1 Afname sociodemografische gegevens.....	11
3.2 Afname basisbevraging suïcidaliteit.....	12
3.3 Afname verdere verkenning suïcidaliteit	16
4 Start risicoformulering en safety plan op basis van antwoorden op de tool LOES	20
4.1 Risicoformulering	20
4.2 Safety plan	20
5.Referenties.....	24

Deze handleiding bevat de instructies voor het gebruik en de afname van de Leidraad Opvang en Evaluatie van Suïcidaliteit (LOES) in de Geestelijke Gezondheidszorg in Vlaanderen. Hierbij wensen we ook de werkgroep te danken die hielp bij het schrijven van deze handleiding, de klanbordgroepen en ander betrokkenen.

Uit onderzoek blijkt dat patiënten die na een suïcidepoging op psychologisch en sociaal vlak opgevangen en geëvalueerd worden, minder geneigd zijn om later opnieuw een poging te ondernemen [1, 2]. Daarom werd in opdracht van het Vlaams Ministerie van Gezondheid, Welzijn en Gezin het Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang (IPEO) herwerkt om de psychosociale evaluatie en opvang van suïcidepogers en personen met suïcidale gedachten te optimaliseren.

Het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP) ontwikkelde dit instrument in samenwerking met de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek (EZO). De gegevens die aan de hand van LOES verzameld worden, zijn niet alleen vanuit klinisch oogpunt belangrijk, maar worden door de EZO aan de Universiteit Gent, in opdracht van de Vlaamse Overheid, verwerkt in epidemiologisch onderzoek.

Voor meer informatie omtrent detectie en behandeling van suïcidaal gedrag verwijzen wij naar de Multidisciplinaire Richtlijnen die door VLESP werden ontwikkeld. Deze zijn online beschikbaar op www.zelfmoord1813.be/richtlijnen. Jaarlijks worden de factsheets omtrent de belangrijkste feiten en cijfers in verband met zelfdoding rond bepaalde thema's of doelgroepen geüpdatet. Voor meer informatie kan je terecht op www.zelfmoord1813.be/factsheets.

1. ONTWIKKELING

Op de spoedopnamedienst van elk algemeen ziekenhuis worden regelmatig mensen aangemeld die een suïcidepoging hebben ondernomen. Een suïcidepoging is de belangrijkste klinische risicofactor voor suïcide [3]. Naar schatting is er bij 50% van de personen die overlijden door suïcide een voorgeschiedenis van suïcidepoging(en) [4]. Om ziekenhuispersoneel te ondersteunen bij het plannen van en het voorzien in de best mogelijke zorg voor de suïcidale patiënt werd in 2007 het Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang (IPEO) ontwikkeld. Op basis van dit instrument werden de patiëntenspecifieke risico's en noden bevestigd, met voortdurende aandacht voor het individuele verhaal van de patiënt en de naasten. In 2013 werd het Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang specifiek voor kinderen en jongeren (KIPEO) ontwikkeld. Het doel was om op basis van de verzamelde informatie uit het IPEO en KIPEO, eventueel aangevuld met informatie van eerdere behandelaars, huisarts en naasten, risicofactoren te identificeren, een optimale doorverwijzing voor te stellen en de patiënt hiertoe te motiveren.

In 2018 vond er een noden-bevraging plaats in het werkveld over het gebruik van het IPEO en KIPEO. Er werd aangegeven dat er niet alleen mensen na een zelfmoordpoging worden aangemeld op de spoeddienst, maar ook vaak mensen met (acute) suïcidale gedachten. Het IPEO en KIPEO kwamen niet tegemoet aan de noden van deze patiënten. Daarnaast worden suïcidale patiënten niet enkel aangemeld op een spoeddienst, maar ook op andere afdelingen in een algemeen ziekenhuis. Het IPEO en KIPEO waren vooral gericht op de context van de algemene ziekenhuizen, maar veel andere geestelijke gezondheidszorg (GGZ) organisaties komen eveneens in contact met suïcidale patiënten. De vraag werd dan ook gesteld om het nieuwe instrument gebruiksvriendelijker te maken voor andere sectoren. Enerzijds werd het IPEO en KIPEO inhoudelijk aangepast, anderzijds werd er tijdens de herwerking ook rekening gehouden met methodieken die eerder door VLESP werden ontwikkeld, zo werd de vernieuwing van het instrument afgestemd op de multidisciplinaire richtlijnen, de tool risicoformulering en het Safety plan.

1.1 DOEL

Een belangrijk basisprincipe in de hulpverlening aan suïcidale personen is om een goed contact te maken met de patiënt. Dit houdt in dat de patiënt zich vrij kan voelen om over zijn/haar suïcidedgedachten te praten (meer info hierover is terug te vinden in de multidisciplinaire richtlijnen van VLESP <https://www.zelfmoord1813.be/richtlijnen>). LOES is een Leidraad voor de psychosociale opvang en evaluatie van personen na een suïcidepoging of personen met suïcidale ideatie(s) en biedt, in de vorm van een semi-gestructureerd interview, handvaten aan om in gesprek te gaan met de patiënt. LOES is een verbreding en samensmelting van het Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang van suïcidepogers (IPEO) en de IPEO voor Kinderen en Jongeren (KIPEO). Deze instrumenten werden samengevoegd en aangevuld met de mogelijkheid tot het bevragen van suïcidale ideatie (dus ook zonder dat een suïcidepoging plaatsvond). Aan de hand van richtvragen kan de hulpverlener in gesprek gaan met de patiënt.

Het praten over suïcidaliteit heeft verschillende functies. Naast de belangrijke taak de ernst van het verlangen naar suïcide in te schatten, helpt het de patiënt ook zijn gedachten omtrent suïcide te ordenen en het isolement te doorbreken. Deze leidraad is ontworpen om hulpverleners handvaten te bieden om een goede eerste opvang te doen van iemand die een suïcidepoging ondernam of kampt met suïcidale ideatie(s). De aanmelding kan zijn bij een vertrouwde huisarts, in een algemeen ziekenhuis, Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), psychiatrisch ziekenhuis, Mobiel Crisis Team (MCT), Centra Leerlingen Begeleiding (CLB),... . Door het psychosociale aspect te bevragen, helpt het om zicht te krijgen op de aanwezige risico- en beschermende factoren en zorgbehoeften én om

ondersteuning te bieden inzake zorgcontinuïteit. Het gesprek aangaan na een suïcidepoging is van groot belang, gezien dit de kans op een nieuwe poging verkleint [1]. Bij personen die suïcidaal zijn, is het belangrijk om de acuïtheid van de gedachten in te schatten, zodat de best passende en zo veilig mogelijke vervolgzorg kan geïnstalleerd worden.

Het gebruik van LOES past in een bredere zorgstrategie, overeenkomstig de multidisciplinaire richtlijn en leidraad voor zorgcontinuïteit. Het invullen van LOES biedt tevens handvatten voor het invullen van de risicoformulering en het safety plan.

1.2 ACHTERGROND

Zowel binnen de klinische setting als in de wetenschappelijke literatuur blijkt niet altijd eenduidigheid te zijn over de gehanteerde definities van suïcidaal gedrag. Om het gebruik van het semi-gestructureerd interview over de verschillende organisaties heen te uniformiseren wordt een suïcidepoging en suïcidale gedachten omschreven volgens de definitie van de Wereld gezondheidsorganisatie (World Health Organisation; WHO).

Zelfmoordpoging: *“Elke handeling, met een niet fatale afloop, waarbij een individu opzettelijk en weloverwogen een ongewoon gedrag stelt of initieert, dat zonder interventie van anderen zal leiden tot zelfverwonding (of zelfvernietiging), of waarbij een individu opzettelijk een stof inneemt in een grotere dan de voorgeschreven of algemeen aanvaardbare therapeutische dosis, met de bedoeling via de actuele of verwachte fysische gevolgen verlangde veranderingen te bewerkstelligen.”[5]*

Exclusiecriteria

Onderstaande cases worden niet beschouwd als een suïcidepoging:

- Accidentele overdosis, bijvoorbeeld iemand die medicatie inneemt in kader van ziekte, zonder enige intentie om zichzelf te verwonden
- Alcoholintoxicatie zonder enige intentie om zichzelf te verwonden
- Accidentele overdosis met partydrugs

Soms worden patiënten aangemeld en is het niet zo duidelijk of de patiënt een zelfmoordpoging heeft gedaan of niet... Er kan hier heel wat twijfel over zijn, er is vaak een grijze zone. Bij twijfel wordt er geadviseerd om toch in gesprek te gaan met de patiënt aan de hand van LOES. Op dat moment is het belangrijk dat er een inschatting wordt gemaakt van het suïciderisico, hiervoor kunnen de vragen die in dit semi-gestructureerd interview zijn opgenomen helpen.

Suïcidale ideatie (zelfmoordgedachten): *“Het actief denken aan, of het overwegen van suicide, als mogelijkheid of als uitweg om ervaren problemen te verminderen of op te lossen” (5).*

1.3 OPBOUW LEIDRAAD OPVANG EN EVALUATIE SUÏCIDALITEIT

LOES bevat volgende onderdelen:

DEEL 1: Basisbevraging suïcidaliteit – Dit deel bevat richtvragen voor de anamnese na een zelfmoordpoging en/of bij suïcidale gedachten. Op basis van de richtvragen worden de belangrijkste factoren in kaart gebracht die het huidige en toekomstige suïciderisico kunnen helpen bepalen. Om hulpverleners te ondersteunen in het bepalen van het suïciderisico heeft VLESP een tool risicoformulering ontwikkeld. De richtvragen van LOES bieden ondersteuning om deze tool in te vullen en dus tot een gefundeerde inschatting van het suïciderisico te komen. Om te peilen naar **de huidige suïcidale intentie** worden volgende factoren bevroegd: inschatting van de emoties, bevraging van de huidige poging (indien de patiënt wordt aangemeld na een suïcidepoging), aanwezigheid van zelfmoordgedachten en de concrete plannen. Om de **risico- en beschermende factoren** te kunnen inschatten worden de pogingen in het verleden, zelfbeschadigend gedrag, sociale steun en netwerk bevroegd. Het laatste element uit de tool risicoformulering, namelijk **voorspelbare veranderingen** wordt bevroegd door te polsen naar de mate van hopeloosheid. Tenslotte wordt de bereidheid tot verdere begeleiding in kaart gebracht en wordt er een eerste advies voor het zorgtraject op korte termijn (voor de komende uren, dagen) besproken.

DEEL 2: Verdere verkenning suïcidaliteit – Dit deel biedt richtvragen om de suïcidaliteit verder uit te diepen en ondersteuningsnoden na te gaan. Deel 2 wordt eveneens opgedeeld in de vier elementen van de tool risicoformulering. Om te peilen naar **de huidige suïcidale intentie** worden volgende factoren bevroegd: aanwezigheid van zelfmoordgedachten (dit wordt enkel opnieuw bevroegd indien er meer dan 24u zit tussen deel 1 en deel 2) en concrete plannen, suïcidale intentie (indien de patiënt wordt aangemeld na een suïcidepoging), motieven van de suïcidaliteit en ambivalentie. De **risico- en beschermende factoren** worden ingeschat door te vragen naar de voorafgaande problemen, middelengebruik, behandelgeschiedenis en coping. **De voorspelbare veranderingen** worden in kaart gebracht door positieve en negatieve zaken in de nabije toekomst te bevragen. Tenslotte wordt er gevraagd naar de zorgbehoeften van de patiënt en wordt het geadviseerd zorgtraject dat wordt opgestart na de aanmelding ingevuld.

2. PRAKTISCH GEBRUIK

Dit hoofdstuk beschrijft het gebruik van LOES in de praktijk. Daarin wordt op een overzichtelijke wijze weergegeven waar en wanneer LOES kan worden afgenomen, afhankelijk van de specifieke omstandigheden waarin de suïcidale patiënt zich bevindt.

2.1 BASISHOUDING

Zoals eerder in deze handleiding beschreven kunnen de onderwerpen die in LOES aan bod komen, ondergebracht worden binnen de vier factoren van de tool risicoformulering. Aan de hand van dit instrument breng je in samenspraak met de patiënt de belangrijkste factoren in kaart die het huidige en toekomstige suïciderisico kunnen helpen bepalen. Dit instrument biedt voorbeeldvragen om het gesprek met de suïcidale patiënt te ondersteunen. Dit is ter inspiratie, iedere hulpverlener kan uiteraard het gesprek in eigen woorden voeren. Het belangrijkste doel van deze leidraad, is dat er in gesprek wordt gegaan met de patiënt nadat hij/zij wordt aangemeld na een zelfmoordpoging of met

suïcidale gedachten. LOES is in een bepaalde structuur gegoten zodat alle factoren van de risicoformulering worden bevroegd, maar tijdens het gesprek kan deze volgorde zeker afwijken. De volgorde van de vragen zal eveneens afhangen van de toestand van de patiënt en de mate waarin hij/zij die wenst te beantwoorden. De ene patiënt heeft meer behoefte om hierover te praten dan de andere patiënt. De volgorde van de factoren die worden bevroegd, hangt ook sterk af van het verhaal dat de patiënt brengt. Flexibiliteit is dus zeker aangeraden. Door in gesprek te gaan met de patiënt (aan de hand van deze voorbeeldvragen) wordt er niet alleen de mogelijkheid geboden aan de patiënt om zijn/haar verhaal te vertellen, maar biedt het eveneens de kans aan de hulpverlener om te luisteren naar de patiënt en helpt het om de gedachten en de gevoelens van de patiënt beter te begrijpen. Door meer inzicht te krijgen in deze gedachten en gevoelens van de patiënt kan men als hulpverlener zich gemakkelijker verplaatsen in het perspectief van de patiënt. Deze empathische houding van de hulpverlener heeft een positief effect op de zorg voor de patiënt.

De inhoud van het gesprek, op basis van dit semi-gestructureerd interview, kan erg veel emoties bij de patiënt teweegbrengen. Daarom is het aangewezen om op het einde van het gesprek even na te gaan hoe de patiënt dit gesprek heeft ervaren, hoe het voor hem/haar was om hierover te praten.

2.2 BIJ WIE EN WANNEER SUÏCIDALITEIT BEVRAGEN

LOES kan worden afgenomen bij suïcidale patiënten (bij personen met suïcidale gedachten en/of na een zelfmoordpoging). Suïcidale patiënten kunnen verschillende signalen uiten. Enerzijds zijn er de directe dreigingen (*“Ik wil dood”, “Ik wil een einde aan mijn leven maken”, “Ik wil niet meer leven”*) en de indirecte dreigingen (*“Mijn leven is zinloos”, “Ik ben jullie tot last”, “Van mij zal je geen last meer hebben”, “Ik wil bij mijn overleden zoon zijn”, ...*). Anderzijds zijn er waarschuwingssignalen zoals hopeloosheid, roekeloos gedrag, gevoel vast te zitten, sterke stemmingswisselingen, toenemend alcohol- of druggebruik, zich terugtrekken van familie, vrienden of de samenleving. Het is niet altijd makkelijk om over een gevoelig onderwerp als zelfmoord te beginnen praten. Soms kan het helpen om te vertrekken vanuit een concrete observatie:

- *“Ik merk dat het niet zo goed met je gaat. Heb je soms momenten dat het je allemaal wat teveel wordt?”*
- *“Je zegt dat je het niet meer ziet zitten, bedoel je hiermee dat je aan zelfmoord denkt?”*
- *“Je zegt dat ‘alles’ niet meer gaat, zie je ook het leven niet meer zitten? Denk je dan aan zelfmoord?”*

Indien de signalen niet zichtbaar zijn, maar als hulpverlener heb je wel een vermoeden van de aanwezigheid van suïcidale gedachten, dan kan je initieel ook op een minder directe manier de toestand van de patiënt bevroeden, om dan op een later moment op een meer directe manier suïcidaliteit te bevroeden:

- *“Hoe gaat het met je?”*
- *“Hoe zie je het nu verder?”*
- *“Hoe zie je de toekomst op dit moment?”*
- *“Zie je voor jezelf nog enige toekomst?”*
- *“Heb je weleens het idee dat het leven niet meer de moeite waard is?”*
- *“Denk je weleens aan de dood? Wat zijn dat voor gedachten?”*

- “Denk je weleens dat je een einde aan jouw leven zou willen maken?”

Wanneer de patiënt bevestigt dat hij of zij aan zelfmoord denkt, is het belangrijk om stil te staan bij hoe dat voelt voor de patiënt:

- “Hoe is het voor jou om aan zelfmoord te denken?”
- “Hoe voelt het voor jou om erover te praten?”

Indien er veel weerstand aanwezig is om de suïcidaliteit te bespreken, kunnen volgende reflectieve voorbeeldvragen helpen:

- “Ik hoor dat je twijfelt aan het nut van dit gesprek?”
- “Je kunt je moeilijk voorstellen hoe ik jou ooit zou kunnen begrijpen?”
- “Ik merk dat je weinig moed hebt om weer iets nieuws te proberen?”

2.3 OMSTANDIGHEDEN EN TIMING

LOES wordt afgenomen bij personen met suïcidale gedachten en/of na een zelfmoordpoging. In het geval van een zelfmoordpoging is het aan te raden om het eerste deel af te nemen kort na de poging, weliswaar wanneer de suïcidale persoon lichamelijk voldoende hersteld is van eventuele effecten van drugs, alcohol en/of medicatie. De gemiddelde afnameduur van het eerste deel wordt geschat op 15 à 20 minuten. Het tweede deel wordt bij voorkeur zo snel mogelijk na het eerste deel afgenomen en duurt gemiddeld 40 minuten. Indien deel 1 en deel 2 in één gesprek plaatsvinden, dan zal het gesprek aan de hand van dit semi-gestructureerd interview minder lang duren (de aanwezigheid van zelfmoordgedachten en plannen hoeft dan geen twee keer bevestigd te worden).

Neem LOES indien mogelijk af in een rustige, veilige en vertrouwelijke omgeving. Wanneer belangrijke naasten (partner, familie, vrienden) de suïcidale persoon vergezellen, is het aangeraden - mits toestemming van de persoon - deze te betrekken bij de opvang en verdere behandeling. De afname van LOES zelf dient echter **individueel** te gebeuren, zodat ook moeilijkheden tussen de suïcidale persoon en zijn/haar naasten bespreekbaar zijn. Beoordeel op voorhand of de persoon in staat is de inhoud van LOES te begrijpen door zijn/haar cognitief functioneren en oordeelsvermogen te evalueren.

2.3.1 Cognitief functioneren

Na een zelfmoordpoging is men vaak moeilijk aanspreekbaar, hetzij door intoxicatie, hetzij door emotionele crisis en ontredning. Schat daarom steeds in of de suïcidale persoon bij helder bewustzijn is en in staat om verder bevestigd te worden. Indien u het cognitief functioneren van de suïcidale persoon niet louter op basis van observatie kan inschatten, dient u enkele vragen te stellen (Weet u waar u bent momenteel? Welke maand, dag is het vandaag?,...). Bij onvoldoende cognitief functioneren, dient de afname van LOES onderbroken te worden. Herevalueer de cognitieve toestand regelmatig tot bevraging mogelijk wordt.

2.3.2 Oordeelsvermogen

Wanneer de suïcidale persoon medische/psychosociale behandeling weigert, is het belangrijk om in te schatten of de persoon over voldoende oordeelsvermogen beschikt om deze beslissing te nemen. Wanneer een psychiater/arts besluit dat het oordeelsvermogen van de suïcidale persoon onvoldoende is, dient de tijdelijkheid van deze toestand ingeschat te worden. Iemand die extreem angstig is en zelfs weigert medische hulp te aanvaarden, kan in een later stadium wel in staat zijn om over zichzelf en zijn/haar behandeling te oordelen. Bij verbeterde toestand kan deel 1 van LOES op een later tijdstip hernomen worden.

2.4 INSTRUCTIES

LOES is opgesteld als een semi-gestructureerd interview, dat in een gesprek met een suïcidale persoon of na een zelfmoordpoging kan worden afgenomen. Het bestaat uit een lijst van vaste thema's die in de loop van dit gesprek aan bod dienen te komen (kernonderdelen). De leidraad wordt gebruikt als houvast om zeker te zijn dat alle onderwerpen worden bevraagd. De open vragen laten de persoon in de mogelijkheid om in zijn/haar eigen woorden te antwoorden en creëren op die manier veel ruimte voor de eigen beleving. Eveneens biedt het de hulpverlener de mogelijkheid om afhankelijk van de individuele situatie van de suïcidale persoon dieper in te gaan op bepaalde thema's.

De specifieke bevraging en de registratie van de antwoorden van de patiënt is item-afhankelijk. Sommige items in LOES dien je in eigen woorden te bevragen, en zijn voorzien van een open ruimte om het antwoord van de patiënt te noteren (voorbeeld, bevrage hoe de patiënt zich voelt, de mate van hopeloosheid, de ambivalentie, de coping, de toekomstvisie,...). Om een empathische sfeer te creëren, waarin de patiënt zich echt beluisterd en begrepen voelt, is het belangrijk voldoende open vragen te stellen. Concrete suggesties voor vragen zijn verder in deze handleiding terug te vinden.

Andere items (voorbeeld: informeer naar de omstandigheden vlak voor en na dat de patiënt zich probeerde te verwonden of beschadigen, bevrage welke motieven de patiënt aangeeft voor zijn/haar poging, ga na waar de problemen zich situeren en hoelang ze al duren,...) bevrage je ook in je eigen woorden maar zijn zowel van een open ruimte als van een aantal antwoordcategorieën voorzien. Stel steeds een open vraag aan de patiënt (de richtvragen in LOES kunnen hiervoor gebruikt worden), noteer het antwoord en kruis later of onmiddellijk ook de categorie aan waartoe het antwoord van de patiënt behoort. De antwoordcategorieën moeten dus niet opgesomd worden.

In dit hoofdstuk worden instructies met betrekking tot de afname van de items uit LOES geformuleerd. Eventuele concrete suggesties voor vragen en richtlijnen voor de praktijk worden weergegeven. Naast de verschillende factoren worden de symbooltjes van de tool risicoformulering afgebeeld. Tijdens het gesprek aan de hand van LOES is er heel wat informatie die in de vier elementen van de tool risicoformulering kan worden opgenomen. Aan de hand van de symbooltjes is het duidelijk tot welk (huidige suïcidale intentie, risicofactoren, beschikbare hulpbronnen, voorspelbare veranderingen) element de informatie behoort.

3.1 AFNAME SOCIODEMOGRAFISCHE GEGEVENS

Info aanmelding

Instructies: Schrijf belangrijke eerste observaties en indrukken omtrent de patiënt neer (van jezelf, ambulanciers, andere hulpverleners of naasten die de patiënten vergezellen). Bijvoorbeeld: Hoe en waar werd de persoon aangetroffen? Door wie werd de patiënt aangetroffen? Hoe reageerde hij/zij? Hoe presenteerde de persoon zich?,

Sociodemografische gegevens

Rationale: De gegevens uit het sociodemografische luik (leeftijd, gender, woonsituatie, het al dan niet hebben van kinderen, burgerlijke staat, economische toestand en schoolsituatie (indien het om een leerling of student gaat) biedt waardevolle informatie omtrent de aanwezigheid van risico- en beschermende factoren en zijn tevens belangrijk in het kader van epidemiologisch onderzoek. Uit de literatuur blijkt dat alleenstaanden, personen die gescheiden zijn en alleenwonenden een risicogroep vormen voor suïcidaal gedrag. Eveneens patiënten die lager opgeleid zijn en (langdurig) werklozen vertonen een hogere kans op suïcidaal gedrag, zowel op een zelfmoordpoging als overlijden door zelfmoord [6-8].

Instructies: Omdat deze informatie zo waardevol is wordt er gevraagd om deze variabelen steeds zo nauwkeurig mogelijk in te vullen. Heel wat van deze informatie komt tijdens het gesprek aan bod (indien het instrument gedigitaliseerd is in het elektronisch patiëntendossier, dan worden meerdere variabelen reeds automatisch ingevuld, en hoeft dit niet actief bevraagd te worden).

Bevraging zwangerschap

Rationale: Onderzoek toonde aan dat zelfmoord één van de belangrijkste oorzaken is van moedersterfte tijdens de perinatale periode [9]. Hoewel een zwangerschap vaak wordt gezien als een beschermende factor toonde de review van Gelaye, Kajeepeta en Williams (2016) aan dat zwangere vrouwen eveneens suïcidale ideaties kunnen ervaren [10]. Voor een minderheid van de vrouwen en hun partner is de zwangerschap een periode die kan overschaduw worden door mentale gezondheidsproblemen [11].

Instructies: Kruis aan of de patiënt op het moment van de poging of suïcidale ideaties zwanger was.

- Geboorteland patiënt en ouders

Rationale: Uit onderzoek bleek dat ethnische minderheden een kwetsbare groep vormen voor het ontwikkelen van suïcidaal gedrag. Personen met een andere ethniciteit zouden vaker een zelfmoordpoging ondernemen [12]

Instructies: Kruis het geboorteland van de patiënt en zijn/haar ouders aan. Indien men van een ander land afkomstig is, noteer dan welke dit is.

- Medicatiefiche

Instructies: Bevraag of de patiënt momenteel medicatie neemt en noteer welke medicatie dit is

- Aanmelding

Instructies: Duid de reden van aanmelding aan. Indien het voor suïcidale gedachten is, dient ment het eerste deel binnen de basisbevraging suïcidaliteit omtrent de huidige poging niet te bevragen en kan men meteen doorgaan naar 2. Inschatting van emoties.

3.2 AFNAME BASISBEVRAGING SUÏCIDALITEIT

1. Huidige poging (startpunt in geval van een poging)

- Poging onderbroken door derden

Instructies: Kruis aan of de poging al dan niet onderbroken werd door derden (vb spoorwegpolitie die suïcidale patiënt verwijdert van de treinsporen).

- Ernst lichamenlijk letsel

Instructies: Schat onmiddellijk de ernst van het lichamenlijk letsel in

Richtlijnen voor de praktijk:

- Geen letsel
- Beperkt letsel: geen levensbedreigend noch dringend letsel
- Ernstig letsel: niet-levensbedreigend wel dringende medische hulp vereist
- Levensbedreigend letsel: onmiddellijke medische hulp vereist

- Methode

Rationale: Noteer steeds nauwkeurig de gebruikte methode(n). Hoe lethaler de methode, hoe hoger het risico dat de patiënt later overlijdt aan zelfmoord [13, 14]. Hoe minder lethaal de methode, hoe hoger het risico om opnieuw opgenomen te worden omwille van een zelfmoordpoging. Mannen gebruiken meer lethale methodes, vergeleken met vrouwen die meer de methode van zelfvergiftiging gebruiken [14, 15].

Instructies: Registreer steeds nauwkeurig de gebruikte methode(n).

2. Inschatting van emoties (startpunt in geval van aanmelding suïcidale gedachten)

Instructies: Ga na hoe de patiënt zich nu voelt. Vraag aan de patiënt hoe het nu met hem/haar gaat.

3. Aanwezigheid zelfmoordgedachten

Rationale: Het nagaan van de aanwezigheid van suïcidale gedachten bij patiënten is heel belangrijk, onderzoek toont namelijk aan dat patiënten die suïcidale gedachten uiten een hogere risico hebben om te overlijden door suïcide [16]. Om zicht te krijgen op de aanwezigheid van suïcidale gedachten kunnen onderstaande vragen gebruikt worden, een aantal van deze vragen zijn gebaseerd op de SIDAS (Suicidal Ideation Attributes Scale[17]). De SIDAS bestaat uit vijf vragen die de frequentie, het kunnen controleren, hoe dichtbij iemand bij een poging is of is geweest, de mate waaronder de persoon lijdt door gedachten aan suïcide en de impact op het dagelijks functioneren bevroegt.

Instructies: Er wordt nagegaan of de patiënt suïcidale gedachten heeft, of de patiënt die na een poging werd aangemeld nog steeds suïcidale gedachten ervaart. Hiervoor kunnen onderstaande voorbeeldvragen gebruikt worden:

“Denk je momenteel (nog steeds) aan zelfmoord?”

“Hoe vaak heb je in de afgelopen maand gedacht aan zelfmoord?” (indien er op de eerste twee vragen “Nee” of “Nooit” werd geantwoord, hoe je geen vragen meer te stellen bij dit item en mag je volgende vragen (concrete plannen) overslaan)

“Hoelang heb je al zelfmoordgedachten?”

“Hoeveel controle had je over die gedachten de afgelopen maand?”

“In hoeverre heb je de afgelopen maand geleden onder deze gedachten?”

“In hoeverre werd je de afgelopen maand beperkt in dagelijkse activiteiten zoals werk of huishouden vanwege deze gedachten?”

“Hoe dicht ben je de afgelopen maand gekomen bij een zelfmoordpoging?” (Enkel bevroegen bij een patiënt die werd aangemeld met suïcidale gedachten. Dit hoeft niet bij een patiënt worden bevroegd die net werd aangemeld met een zelfmoordpoging).

4. Concrete plannen

Rationale: Indien de patiënt aangeeft dat er zelfmoordgedachten aanwezig zijn, dan dient er verder gevraagd te worden naar de plannen hieromtrent. Door het verder te verkennen van de plannen probeert de hulpverlener zicht te krijgen naar de concreetheid van de plannen en in welke mate er haast is bij het uitvoeren van deze plannen.

Instructies: Volgende vragen kunnen hiervoor gebruikt worden:

“Heb je op dit moment (opnieuw) een concreet plan om zelfmoord te plegen?”

“Welke methode(n) heb je overwogen / Welke methode(n) overweeg je?” “Zijn deze middelen voorhanden?”

“Heb je al voorbereidingen getroffen?”

“Hoe snel wil je je plan uitvoeren? In welke mate kan je het uitstellen?”

5. Poging verleden

Rationale: Wanneer de patiënt reeds een zelfmoordpoging ondernam, verhoogt dit de kans op een nieuwe poging binnen het jaar met 16% [18]. Een andere studie toonde aan dat 11% van de patiënten die werden aangemeld in een ziekenhuis na een zelfmoordpoging de poging herhalen binnen het jaar [19]. Hoe meer pogingen in het verleden, hoe groter het risico, hoe korter de termijn van de voorgaande poging tot de huidige, hoe acuter het gevaar [8, 20]. De studie van Carroll, Metcalfe en Gunnell (2014) toonde aan dat 1.6% van de patiënten die werden aangemeld in het ziekenhuis na een zelfmoordpoging overleden binnen het jaar door zelfmoord [3].

Instructies: Ga na of de patiënt reeds eerder één (of meerdere) zelfmoordpoging(en) ondernam. Indien geen eerdere pogingen ondernomen werden, ga je over naar het volgende item. Indien de patiënt reeds eerder een poging ondernam, stel dan bijkomende vragen over de vorige zelfmoordpoging (dit betreft de laatste poging voor de huidige poging). Kruis aan hoe lang de vorige poging geleden is, of en waar deze medisch werd behandeld en of deze psychotherapeutisch werd behandeld en of hij/zij tevreden was over deze behandeling.

“Heb je vroeger al één of meerdere pogingen gedaan om een einde aan je leven te maken?”

“Hoelang is de vorige poging geleden?”

“Is de vorige poging medisch behandeld?”

“Is de vorige poging psychotherapeutisch behandeld? Indien ja: “Waar was dit? Was je tevreden van deze behandeling?”

6. Zelfbeschadigend gedrag

Rationale: Zelfverwonding wordt omschreven als een persoon die zichzelf opzettelijk en op een directe manier fysiek letsel toebrengt, zonder de bedoeling te hebben zich van het leven te benemen. Zelfverwondend gedrag start vaak in de vroege adolescentie tussen de 12 en 14 jaar. Jongeren die zichzelf verwonden hebben 3 keer meer kans op het ontwikkelen van zelfmoordgedachten en het ondernemen van een zelfmoordpoging [21]. Omdat de aanwezigheid van zelfbeschadigend gedrag een risicofactor is voor suïcidaal gedrag is het belangrijk om dit te bevragen.

Instructies: Bevraag de aanwezigheid van zelfbeschadigend gedrag.

“Heb je jezelf meermaals opzettelijk pijn gedaan of verwond?”

Indien ja: *“Kan je je herinneren wanneer je dit voor het laatst gedaan hebt?”*

7. Sociaal netwerk

Sociale steun (zowel praktisch als emotioneel) is een belangrijke buffer tegen de impact van negatieve levensgebeurtenissen [22]. Daarom is het wenselijk, indien mogelijk, het sociale netwerk van de patiënt uitgebreider in kaart te brengen, en met deze gegevens rekening te houden bij het opstellen van een behandelplan.

Instructies: Bevraag bij wie de patiënt terecht kan voor steun in zijn/haar directe omgeving.

“Heb je het gevoel dat er mensen zijn die om je geven? Wie zijn die dan?”

“Kan je bij iemand terecht als je het moeilijk hebt?” Het is belangrijk om bij deze laatste vraag na te gaan of er effectief contact wordt opgenomen door de patiënt met deze persoon tijdens moeilijke momenten.

8. Mate van hopeloosheid

Rationale: Hopeloosheid wordt gedefinieerd als een reeks van negatieve verwachtingen ten aanzien van de toekomst [23]. Een hoge mate van hopeloosheid wordt geassocieerd met een hoger risico op repetitief suïcidaal gedrag in de toekomst. [24].

Instructies: Onderstaande voorbeeldvragen kunnen gebruikt worden om te polsen naar de mate van hopeloosheid:

“Heb je het gevoel dat je helemaal vast zit, dat je geen uitweg meer ziet?”

“Zie je mogelijkheden dat het beter wordt voor jou? (morgen en de komende week)?”

“Zijn er zaken die je nu zouden kunnen helpen om de komende periode door te komen?”


Duid aan of de patiënt(e) hopeloos, ambivalent of hoopvol is.


9. Bereidheid tot verdere begeleiding

Instructies: *“Personen in jouw situatie worden best verder ondersteund. Vind je het oké om een gesprek te hebben met (naam volgende zorgverstrekker) om een beter zicht te krijgen op je mogelijkheden en hoe we jou daarbij kunnen helpen?”*


Op het einde van de basisbevraging heeft de hulpverlener(s) al enig zicht op de aanwezig risico- en beschermende factoren. Hier kan er kort worden aangegeven welk zorgtraject op korte termijn kan opgestart worden, dit gaat over wat morgen kan gebeuren als vervolgzorg voor de patiënt, bijv. naar een andere afdeling? Een gesprek inplannen met een psycholoog/ psychiater? Transfer naar een ander ziekenhuis?

3.3 AFNAME VERDERE VERKENNING SUÏCIDALITEIT

1. Aanwezigheid zelfmoordgedachten (zie 3.2 deel 1) 

2. Concrete plannen (zie 3.2 deel 1) 


Tijdens de basisbevraging werd reeds nagegaan of de patiënt (nog) steeds zelfmoordgedachten en/of plannen ervaart. Omdat de intensiteit van de zelfmoordgedachten snel kan wisselen is het belangrijk dit opnieuw in te schatten. Het herbevragen van de aanwezigheid van zelfmoordgedachten en/of plannen dient enkel te gebeuren indien er meer dan 24u zit tussen het afnemen van deel 1 en het afnemen van deel 2. Als de afname van het semi-gestructureerd interview op één moment kan gebeuren, dan hoeft het bevragen van de aanwezigheid van zelfmoordgedachten en plannen niet nog eens gebeuren. Bij patiënten die werden aangemeld na een zelfmoordpoging kan er dan direct worden overgegaan naar het bevragen van de suïcidale intentie, bij patiënten met suïcidale gedachten kan er worden overgegaan naar het bevragen van de motieven van de suïcidaliteit.

3. Verdere bevraging poging (NIET bevragen bij aanmelding suïcidale ideatie) 

Rationale: Aan de hand van ‘omstandigheden schaal’ van de Suicide Intent Scale (SIS), wordt gepeild naar de mate waarin de patiënt wenste te sterven op het moment van de poging. De subschaal peilt naar de objectieve omstandigheden van de poging en vormt, gecombineerd met een vraag naar de ervaren ambivalentie ten opzichte van het leven uit de ‘Zelfrapportage schaal’ van de SIS, een beknopt en bruikbaar instrument in het kader van risicoformulering. Aan elk item kan een score toegekend worden van 0 tot 2. Studies hebben aangetoond dat het tijdens de evaluatie van patiënten die worden aangemeld na een suïcidepoging belangrijk is om de suïcidale intentie te bevragen. Dit is belangrijk omdat patiënten die hoog scoren op suïcidale intentie, meer kans hebben om in de toekomst te overlijden door suïcide [25]. Onderzoek gaf ook aan dat pogers met hogere suïcidale intentie lethale methode gebruiken [26].

Instructies: Laat de patiënt vertellen over de omstandigheden van de poging en probeer het gesprek zo te sturen dat alle items beantwoord worden. De items moeten dus niet één voor één bevraagd te worden. Enkel indien de patiënt tijdens zijn/haar verhaal een item niet beantwoord, kan er nog specifiek naar gevraagd worden. De bevraging naar de poging kan op volgende manier geïntroduceerd worden aande patiënt:

“Ik zou het met jou willen hebben over de dingen die gebeurd zijn vlak voor je werd opgenomen of behandeld (in het ziekenhuis). Denk terug aan wat er is gebeurd en probeer zo nauwkeurig mogelijk te beschrijven wat geleid heeft tot jouw opname / behandeling (in het ziekenhuis)”.

4. Motieven suïcidaliteit 

Rationale: De motieven die de patiënt aangeeft voor zijn/haar suïcidaal gedrag worden gecategoriseerd volgens de “Reasons for Attempting Suicide Questionnaire”. Factoranalyse verdeelde de 14 items in zeven items die polsen naar de interne motivatie en zeven motieven die polsen naar de externe motivatie [27]. Deze 14 items werden aangevuld met een doodswens [28] en met magisch

denken. Het doel dat de patiënt wou bereiken met zijn/haar zelfmoordpoging is vaak niet eenduidig te bepalen. Het bevragen van motieven helpt om de patiënt beter te kunnen begrijpen en biedt aanknopingspunten voor verdere behandeling. De studie van Rasmussen et. al. toonde aan dat jongeren vaak aangaven dat hun gedachten zo vreselijk waren dat ze er vanaf wilden zijn, deze jongeren hadden ook meer kans op herhaald suïcidaal gedrag [29].

Instructies: Stel een open vraag naar de beweegreden(en) voor het suïcidale gedrag van de patiënt, noteer het antwoord en breng dit onmiddellijk of later onder in de best passende antwoordcategorie. Meestal zijn er meerdere redenen die een rol spelen bij het ontstaan van suïcidaal gedrag. Het is niet aangewezen de 15 antwoordcategorie(ën) te overlopen om de aanwezigheid van elk van deze motieven bij de patiënt na te gaan, wel is het de bedoeling de verschillende motieven aan te kruisen die de patiënt spontaan in zijn/haar verhaal aanbrengt.

5. Ambivalentie

Rationale: De meeste suïcidale personen ervaren een sterke ambivalentie, hiermee wordt er bedoeld dat de patiënt twijfelt tussen dood willen en blijven leven. Het is belangrijk om dit te bevragen want dit helpt inschatten hoe acuut de dreiging tot zelfdoding is [30]. Om de ambivalentie te bevragen kan onderstaande voorbeeldvraag gebruikt worden.

Instructies: *“Wat houdt er jou op dit moment tegen om (opnieuw) een poging te doen?”*

6. Voorafgaande problemen

Rationale: Patiënten die suïcidaal gedrag vertonen en hun problemen omschrijven als chronisch en onoplosbaar worden gekenmerkt door een grotere mate van hopeloosheid en suïcidale intentie. Zij vormen een risicogroep voor repetitief suïcidaal gedrag. Het instrument voorziet een opsomming van een aantal items uit de ‘Problem Checklist’, aangevuld met andere belangrijke levensgebeurtenissen of uitlokkende factoren geassocieerd met suïcidaliteit [31-35]. Studies toonden aan dat patiënten die worden aangemeld met een zelfmoordpoging vaak relationele (vooral met partner) en mentale problemen meldden, alsook woonproblemen en problemen in het omgaan met de gevolgen van een verslaving [36].

Instructies: Bevraag de problemen die de patiënt aangeeft en duid aan hoelang ze er reeds zijn voor de patiënt (namelijk weken, maanden of jaren). Bij het bepalen van de tijd dient de periode aangegeven te worden vanaf het moment dat het probleem voor de eerste maal werd ervaren. Het is aangeraden de vetgedrukte items standaard te bevragen omwille van hun sterke relatie met suïcidaal gedrag (met name overlijden/ernstige ziekte van een significante persoon, suïcidepoging/ suïcide van een significante persoon en traumatische gebeurtenissen).

7. Middelengebruik

Alcoholmisbruik komt bij heel wat patiënten voor die worden aangemeld met een zelfmoordpoging. Studies toonden aan dat tussen 23 en 36% van de suïcidepogers afhankelijk zijn van alcohol [37, 38]. Daarnaast is er eveneens een verhoogde kans op suïcide bij mensen met een stoornis in alcoholgebruik [39, 40]. Personen die meerdere middelen gebruiken hebben 17 keer meer kans om te overlijden door

zelfmoord dan de algemene bevolking [41]. Op basis van de CRAFFT-vragenlijst [42] wordt een screening gedaan naar problematisch middelengebruik.

“Heb je tijdens de afgelopen 3 maanden alcohol gedronken?”

“Heb je tijdens de afgelopen 3 maanden drugs gebruikt?”

“Heb je tijdens de afgelopen 3 maanden medicatie gebruikt in een hogere dosis dan voorgeschreven door je dokter?”

Indien er op één van de bovenste vragen positief wordt geantwoord, kan er worden doorgevraagd met onderstaande vragen. Bij dit deeltje is het belangrijk om een zicht te krijgen op het middelengebruik bij de patiënt.

“Heb je ooit een verkeersongeval gehad doordat je alcohol, drugs of medicatie had gebruikt?”

“Heb je soms alcohol, drugs of medicatie gebruikt om je te ontspannen, om je beter te voelen over jezelf of om ergens bij te horen?”

“Drink je soms alcohol of gebruik je soms drugs of medicatie in je eentje, als je alleen bent?”

“Vergeet je soms dingen die je hebt gedaan als je alcohol, drugs of medicatie gebruikt hebt?”

“Zeggen je vrienden of familie soms dat je moet minderen/stoppen met alcohol, drugs of medicatie te gebruiken?”

“Ben je ooit al in de problemen geraakt nadat je alcohol, drugs of medicatie had gebruikt?”

8. Behandelgeschiedenis

Rationale: Iets meer dan 30% van de patiënten die worden aangemeld met een zelfmoordpoging hebben een voorgeschiedenis van psychiatrische behandeling [43].

Instructies: Bevraag de aan- of afwezigheid en eventuele behandeling(en) van (een) eerdere psychiatrische stoornis(sen). Bevraag steeds expliciet of de patiënt momenteel in behandeling is en ga na hoe de zorg binnen de psychische hulpverlening door de patiënt ervaren werden.

“Heb je in het verleden al dezelfde of andere psychische problemen meegemaakt? Heb je voor die problemen hulp gezocht en gekregen? Wie heeft je toen geholpen? Wat van je daarvan?”

9. Coping

Rationale: Het is belangrijk om zicht te krijgen op de manier waarmee de patiënt omgaat met stress gerelateerde situaties. Onderzoek toonde aan dat het hanteren van emotie-georiënteerde copingstrategieën (bijvoorbeeld kwaad worden, jezelf de schuld geven van de problemen, iets alcoholisch drinken of drugs gebruiken) een voorspeller kan zijn voor later suïcidaal gedrag [44]. Suïcidale personen zouden minder snel significante anderen (zoals (groot)ouders, broers of zussen, vrienden) contacteren om steun te krijgen wanneer problemen zich voordoen [45].

Instructies: *Hoe ga jij in het algemeen met problemen om? Wat doe je wanneer je je zorgen maakt of van streekt bent? Wat helpt jou om vol te houden?"*

Duid daarna alle mogelijke antwoorden aan.

10. Toekomst

Rationale: Eerder in deze handleiding werd er aangegeven dat hopeloosheid wordt gedefinieerd als een reeks van negatieve verwachtingen ten aanzien van de toekomst [23]. Het evalueren van de mate van hopeloosheid vormt dan ook een essentieel onderdeel van het inschatten van het suïciderisico. Daarom worden er in dit deel zowel de negatieve als de positieve zaken in de toekomst bevroegd.

Instructies: Hiervoor kunnen onderstaande voorbeeldvragen worden gebruikt.

"Zijn er positieve zaken in de nabije toekomst die jouw suïcidale gedachten kunnen beïnvloeden?"

"Zijn er negatieve zaken in de nabije toekomst die jouw suïcidale gedachten kunnen beïnvloeden?"

11. Zorgbehoeften aangegeven door de patiënt

Rationale: Patiënten die een suïcidepoging ondernomen hebben, vertonen een (in)directe vraag naar zorg, die – wanneer ze niet opgemerkt wordt, of de patiënt ze niet kenbaar wil maken – kan leiden tot een vroegtijdige stopzetting van de behandeling. Omdat het bevragen van de zorgbehoeften de therapie(trouw) doorgaans ten goede komt, is het belangrijk hier voldoende aandacht aan te besteden.

Instructies: Bevraag de voornaamste zorgbehoeften van de patiënt en andere direct betrokken personen en/of behandelaars.

12. Zorgtraject

De zorgbehoeften van de patiënt komen niet altijd overeen met het zorgaanbod van de hulpverleners. Het op elkaar afstemmen van deze twee visies is noodzakelijk om de patiënt te kunnen engageren in het zorgaanbod. Motiveer de patiënt actief om deze zorg op te nemen en duid op het formulier zowel het zorgtraject aan dat de patiënt zal volgen of reeds gevolgd heeft na ontslag op de spoedopname, als eventuele verdere afspraken. Voorbeeld: Wanneer de patiënt op de afdeling urgentiepsychiatrie is aangemeld tijdens het gesprek, en hierna wordt de patiënt doorverwezen naar een psychiatrisch ziekenhuis, kruis dan beide mogelijkheden aan.

4 START RISICOFORMULERING EN SAFETY PLAN OP BASIS VAN ANTWOORDEN OP DE TOOL LOES

De antwoorden die gegeven zijn tijdens de afname van het semi-gestructureerd interview kunnen als basis dienen om vervolgens samen met de patiënt een risicoformulering op te maken en een safety plan op te starten. Hiermee kan toegezien worden op zorgcontinuïteit en een goede overdracht of het delen van informatie met betrokken hulpverleners mogelijk maken.

4.1 RISICOFORMULERING

In de **risicoformulering** wordt in samenspraak met de patiënt de belangrijkste factoren in kaart gebracht die het huidige en toekomstige suïciderisico bepalen. Dit wordt gedaan om preventief te kunnen werken: hoe concreter de factoren omschreven zijn, hoe makkelijker ze te vertalen zijn naar een interventie. Zo vormt de risicoformulering een startpunt voor interventies, waaronder het opstellen van een safety plan (zie infra). Het doel van de risicoformulering is niet om gedrag te voorspellen, maar om communicatie en samenwerking tussen hulpverleners, patiënten en naasten te bevorderen en risico op korte en lange termijn te verkleinen. In bijlage van deze handleiding is een sjabloon voor risicoformulering van Zelfmoord1813 toegevoegd. Meer informatie omtrent de risicoformulering is terug te vinden via volgende link www.zelfmoord1813.be/risicoformulering.

4.2 SAFETY PLAN

Het **safety plan** is een 'good practice' uit de suïcidepreventie, en bevat zes stappen die als houvast dienen om toekomstige crisismomenten te overbruggen. Het plan wordt ingevuld door de patiënt op een moment waarop de patiënt rustig is, zodat het op moeilijke momenten gebruikt kan worden. De hulpverlener kan het invullen en opvolgen van het safety plan begeleiden. In bijlage van deze handleiding is een sjabloon voor het safety plan van Zelfmoord1813 toegevoegd. Het safety plan kan echter ook online ingevuld worden: op de [website](#) van Zelfmoord1813, en in de [mobiele applicatie](#) Back Up. De antwoorden uit LOES en de risicoformulering kunnen eveneens richting geven bij het invullen van het Safety Plan.

Enkele tips bij het invullen

- Het is belangrijk dat de patiënt het safety plan invult in diens eigen woorden, kort en krachtig. Hoe concreter het uitgewerkt wordt, hoe eenvoudiger het zal zijn om de stappen uit te voeren wanneer de patiënt in crisis is.
- Probeer met de patiënt na te gaan hoe men de vorige crisissen heeft voorkomen of wat men toen had kunnen doen. Wat hielp? Wat hielp er niet?
- Zie erop toe dat de acties zo concreet mogelijk gemaakt worden. Moedig de patiënt aan om in kleine stapjes te denken.
- Sta er samen bij stil of de stappen haalbaar zijn. Is de patiënt bijvoorbeeld vooral 's nachts in crisis, moet ervoor gezorgd worden dat de stappen ook dan uitvoerbaar zijn. Zorg dat er eventueel alternatieven bedacht worden voor 's nachts, schoolvakanties, enzovoort.

Enkele tips na het invullen

- Bespreek manieren waarop gezorgd kan worden dat de patiënt het safety plan steeds bij zich heeft, zodat men er altijd aan kan. Als de patiënt een smartphone heeft, kan men bijvoorbeeld de app BackUp gebruiken, dan heeft men het plan altijd op zak. Wanneer de patiënt papier verkiest kan

het blanco sjabloon afgedrukt worden om handmatig in te vullen, of men kan het safety plan printen nadat het op de [website](#) online ingevuld werd.

- Het is aangeraden dat andere mensen op de hoogte zijn van het safety plan. Voor de personen die bijvoorbeeld onder punt vier (“hier ben ik veilig”) of vijf (“hier vind ik professionele hulp”) vermeld staan kan het fijn zijn dat ze weten dat de patiënt dit plan heeft en ook gebruikt. U kan de patiënt dus aanmoedigen om deze personen op de hoogte te brengen.
- Regel samen met de patiënt dat er regelmatig gekeken zal worden of het safety plan nog up to date is.

Bijlage 1: Sjabloon tool risicoformulering

Tool Risicoformulering

VLESP Vlaams
Expertisecentrum
Suicidepreventie

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)?

1813
zelfmoord

Deze tool is een onderdeel van de 'Multidisciplinaire richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag'
www.zelfmoord1813.be/sp-reflex



Mijn Safety Plan



Dit geeft aan dat ik aan zelfmoord denk



Dit kan ik doen om rustiger te worden.



Hier vind ik afleiding.



Hier ben ik veilig.



Hier vind ik professionele hulp.

Algemeen noodnummer: **112**

Extra noodnummer:

Antigifcentrum: **070 245 245**



Hier kan ik terecht als ik het moeilijk heb.

5. REFERENTIES

1. Bergen H, Hawton K, Waters K, Cooper J, Kapur N. Psychosocial assessment and repetition of self-harm: The significance of single and multiple repeat episode analyses. *Journal of Affective Disorders*. 2010;127(1-3):257-65.
2. Kapur N, Steeg S, Webb R, Haigh M, Bergen H, Hawton K, et al. Does Clinical Management Improve Outcomes following Self-Harm? Results from the Multicentre Study of Self-Harm in England. *Plos One*. 2013;8(8).
3. Carroll R, Metcalfe C, Gunnell D. Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2014;9(2):e89944.
4. Foster T, Gillespie K, McClelland R. Mental disorders and suicide in Northern Ireland. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 1997;170:447-52.
5. Bille-Brahe U, Schmidtke A, Kerkhof AJFM, De Leo D, Lönnqvist J, Platt S. Background and introduction to the study. In: Kerkhof AJFM, Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, Lönnqvist J, editors. *Attempted suicide in Europe: Findings from the multicenter study on parasuicide by the WHO Regional Office for Europe*: Leiden: DSWO Press; 1994. p. 3-15.
6. Bogdanovica I, Jiang GX, Lohr C, Schmidtke A, Mittendorfer-Rutz E. Changes in rates, methods and characteristics of suicide attempters over a 15-year period: comparison between Stockholm, Sweden, and Würzburg, Germany. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2011;46(11):1103-14.
7. Hawton K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2000;177:484-5.
8. Gibb SJ, Beautrais AL, Fergusson DM. Mortality and further suicidal behaviour after an index suicide attempt: a 10-year study. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2005;39(1-2):95-100.
9. Gressier F, Guillard V, Cazas O, Falissard B, Glangeaud-Freudenthal NMC, Sutter-Dallay AL. Risk factors for suicide attempt in pregnancy and the post-partum period in women with serious mental illnesses. *J Psychiatr Res*. 2017;84:284-91.
10. Gelaye B, Kajeepeta S, Williams MA. Suicidal ideation in pregnancy: an epidemiologic review. *Archives of women's mental health*. 2016;19(5):741-51.
11. Legazpi PCC, Rodriguez-Munoz MF, Le HN, Balbuena CS, Olivares ME, Mendez NI. Suicidal ideation: Prevalence and risk factors during pregnancy. *Midwifery*. 2022;106:103226.
12. van Bergen DD, Eikelenboom M, Smit JH, van de Looij-Jansen PM, Saharso S. Suicidal behavior and ethnicity of young females in Rotterdam, the Netherlands: rates and risk factors. *Ethnic Health*. 2010;15(5):515-30.
13. Geulayov G, Casey D, Bale E, Brand F, Clements C, Farooq B, et al. Risk of suicide in patients who present to hospital after self-cutting according to site of injury: findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. *Psychological medicine*. 2021:1-9.
14. Geulayov G, Casey D, Bale L, Brand F, Clements C, Farooq B, et al. Suicide following presentation to hospital for non-fatal self-harm in the Multicentre Study of Self-harm: a long-term follow-up study. *The lancet Psychiatry*. 2019;6(12):1021-30.
15. Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M, Lichtenstein P, Langstrom N. Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study. *British Medical Journal*. 2010;341.

16. Hubers AAM, Moaddine S, Peersmann SHM, Stijnen T, van Duijn E, van der Mast RC, et al. Suicidal ideation and subsequent completed suicide in both psychiatric and non-psychiatric populations: a meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2018;27(2):186-98.
17. van Spijker BA, Batterham PJ, Calear AL, Farrer L, Christensen H, Reynolds J, et al. The suicidal ideation attributes scale (SIDAS): Community-based validation study of a new scale for the measurement of suicidal ideation. *Suicide & life-threatening behavior*. 2014;44(4):408-19.
18. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm - Systematic review. *British Journal of Psychiatry*. 2002;181:193-9.
19. Morthorst B, Krogh J, Erlangsen A, Alberdi F, Nordentoft M. Effect of assertive outreach after suicide attempt in the AID (assertive intervention for deliberate self harm) trial: randomised controlled trial. *British Medical Journal*. 2012;345.
20. Beautrais AL. Further suicidal behavior among medically serious suicide attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2004;34(1):1-11.
21. Zetterqvist M. Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents: Characterization of the Disorder and the Issue of Distress and Impairment. *Suicide & life-threatening behavior*. 2017;47(3):321-35.
22. Heikkinen M, Aro H, Lonnqvist J. Recent life events, social support and suicide. *Acta psychiatrica Scandinavica Supplementum*. 1994;377:65-72.
23. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Hopelessness and Suicidal-Behavior - Overview. *Jama-Journal of the American Medical Association*. 1975;234(11):1146-9.
24. MacLeod AK, Pankhania B, Lee M, Mitchell D. Parasuicide, depression and the anticipation of positive and negative future experiences. *Psychological Medicine*. 1997;27(4):973-7.
25. Lindh AU, Beckman K, Carlborg A, Waern M, Salander Renberg E, Dahlin M, et al. Predicting suicide: A comparison between clinical suicide risk assessment and the Suicide Intent Scale. *Journal of affective disorders*. 2020;263:445-9.
26. Stefansson J, Nordstrom P, Runeson B, Asberg M, Jokinen J. Combining the Suicide Intent Scale and the Karolinska Interpersonal Violence Scale in suicide risk assessments. *Bmc Psychiatry*. 2015;15.
27. Holden RR, Kerr PS, Mendonca JD, Velamoor VR. Are some motives more linked to suicide proneness than others? *J Clin Psychol*. 1998;54(5):569-76.
28. Perquier F, Duroy D, Oudinet C, Maamar A, Choquet C, Casalino E, et al. Suicide attempters examined in a Parisian Emergency Department: Contrasting characteristics associated with multiple suicide attempts or with the motive to die. *Psychiatry Res*. 2017;253:142-9.
29. Rasmussen S, Hawton K, Philpott-Morgan S, O'Connor RC. Why Do Adolescents Self-Harm? *Crisis*. 2016;37(3):176-83.
30. O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2018;373(1754).
31. Milnes D, Owens D, Blenkiron P. Problems reported by self-harm patients: perception, hopelessness, and suicidal intent. *J Psychosom Res*. 2002;53(3):819-22.
32. Schinka KC, Van Dulmen MH, Bossarte R, Swahn M. Association between loneliness and suicidality during middle childhood and adolescence: longitudinal effects and the role of demographic characteristics. *The Journal of psychology*. 2012;146(1-2):105-18.
33. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet*. 2002;360(9340):1126-30.

34. Brodsky BS, Oquendo M, Ellis SP, Haas GL, Malone KM, Mann JJ. The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *The American journal of psychiatry*. 2001;158(11):1871-7.
35. Daray FM, Rojas SM, Bridges AJ, Badour CL, Grendas L, Rodante D, et al. The independent effects of child sexual abuse and impulsivity on lifetime suicide attempts among female patients. *Child abuse & neglect*. 2016;58:91-8.
36. Townsend E, Ness J, Waters K, Kapur N, Turnbull P, Cooper J, et al. Self-harm and life problems: findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016;51(2):183-92.
37. Merrill J, Milner G, Owens J, Vale A. Alcohol and attempted suicide. *British journal of addiction*. 1992;87(1):83-9.
38. Ness J, Hawton K, Bergen H, Cooper J, Steeg S, Kapur N, et al. Alcohol use and misuse, self-harm and subsequent mortality: an epidemiological and longitudinal study from the multicentre study of self-harm in England. *Emerg Med J*. 2015;32(10):793-9.
39. Hufford MR. Alcohol and suicidal behavior. *Clinical Psychology Review*. 2001;21(5):797-811.
40. Poorolajal J, Rostami M, Mahjub H, Esmailnasab N. Completed Suicide and Associated Risk Factors: A Six-Year Population Based Survey. *Arch Iran Med*. 2015;18(1):39-43.
41. Yuodelis-Flores C, Ries RK. Addiction and Suicide: A Review. *Am J Addiction*. 2015;24(2):98-104.
42. Knight JR, Shrier LA, Bravender TD, Farrell M, Vander Bilt J, Shaffer HJ. A new brief screen for adolescent substance abuse. *Arch Pediat Adol Med*. 1999;153(6):591-6.
43. Geulayov G, Kapur N, Turnbull P, Clements C, Waters K, Ness J, et al. Epidemiology and trends in non-fatal self-harm in three centres in England, 2000-2012: findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. *BMJ Open*. 2016;6(4):e010538.
44. Frei JM, Sazhin V, Fick M, Yap K. Emotion-Oriented Coping Style Predicts Self-Harm in Response to Acute Psychiatric Hospitalization. *Crisis-the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2021;42(3):232-8.
45. Guerreiro DF, Figueira ML, Cruz D, Sampaio D. Coping Strategies in Adolescents Who Self-Harm A Community Sample Study. *Crisis-the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2015;36(1):31-7.