

# TOOL Risicoformulering

*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., Cornelis, E., & Portzky, G.*

## Wat je moet weten over suïciderisico...

### 1) Suïcidaliteit fluctueert

Suïcidale gedachten en intenties kunnen sterk fluctueren en schommelen, zelfs doorheen de dag (Gratch et al., 2021; Kleiman et al., 2017). Dit maakt het inschatten van een suïciderisico bijzonder moeilijk en telkens slechts een momentopname.

Daarnaast is een suïciderisico relatief en kan het verschillen naargelang de context (iemand met een laag risico in een residentiële setting kan bijvoorbeeld een hoog risico hebben in een ambulante setting).

### 2) Suïcide valt amper te voorspellen

Geen enkele klinische risicofactor of combinatie van factoren is voldoende accuraat om als basis te dienen voor een risico-inschatting (Large et al., 2018). Zelfs met 'machine learning' is dit tot op de dag van vandaag niet mogelijk (Belsher et al., 2019, Corke et al., 2021).

Gezien suïcidaliteit dus amper te voorspellen valt, zijn de inschattingen die we maken vaak niet correct. De overgrote meerderheid van personen die als 'hoog risico' wordt ingeschat, overlijdt immers niet door suïcide (Carter et al. 2017, Large et al., 2016). En de helft van alle suïcides gebeurt bij mensen die ingeschat worden als 'laag risico' (Large et al., 2016).

### 3) Risiconiveaus en kleurcodes zijn weinig betrouwbaar noch zinvol

Bijgevolg raden we (cfr. de NICE guidelines) af om personen in te delen in risiconiveaus of kleurcodes en om louter op basis daarvan interventies op te zetten. Spreken van een 'hoog', 'laag' of 'gemiddeld' risico zonder verdere informatie is niet zinvol en mogelijk zelfs schadelijk. Niet alleen omdat het weinig zegt over de kans dat een zelfmoordpoging zich voordoet, maar ook omdat het zorg op maat in de weg staat. Bovendien kunnen deze termen een andere betekenis hebben voor verschillende betrokken hulpverleners en in verschillende zorgcontexten.

#### 4) Van focus op risico naar focus op exploratie

Een hyperfocus op het inschatten en 'labelen' van het risico is dus geen goede aanpak. Maar hoe ga je dan wel te werk? In plaats van de focus op risico-inschatting pleiten we voor een focus op het blijvend investeren in een diepgaand contact en **blijvend bespreekbaar maken en exploreren** van de suïcidaliteit. Dit met oog voor de zorgbehoeften en met als doelstelling het in kaart brengen en opvolgen van de suïcidaliteit en het opzetten van interventies die de impact van risicofactoren kunnen verlagen en de impact van beschermende factoren kunnen versterken.

*“Despite substantial effort over decades to identify risk factors and develop predictive instruments, risk stratification is too inaccurate to be clinically useful and might even be harmful. An alternative approach comprising a needs assessment, identification of modifiable risk factors, and use of effective interventions should be employed to guide management.”*

*Carter & Spittal, 2018*

Met het sjabloon Risicoformulering breng je de suïcidaliteit en de daarmee samenhangende factoren overzichtelijk in kaart. Het biedt inzicht in de suïcidaliteit en een aanzet voor mogelijke interventies. Je kan het sjabloon toevoegen aan het patiëntendossier en zo belangrijke informatie over de suïcidaliteit delen met andere betrokken hulpverleners.

## Wanneer gebruik je deze tool?

Je gebruikt deze tool bij iedereen die aangeeft met zelfmoordgedachten te zitten. Als hulpmiddel om in gesprek te gaan en om de suïcidaliteit grondig in kaart te brengen, kan je gebruik maken van de [Leidraad Opvang en Evaluatie Suïcidaliteit \(LOES\)](#).

### Let op!

Wanneer je over suïcidaliteit in gesprek gaat, is dit telkens een momentopname. Herhaaldelijk bevragen en bespreken van suïcidaliteit, het risico (her)afwegen en de zorg daarop afstemmen is daarom belangrijk. Bespreek de suïcidaliteit dus regelmatig (voornamelijk de huidige suïcidale ideatie) en vul de risicoformulering regelmatig aan.

## Welke elementen breng je in kaart?

### 1) HUIDIGE SUÏCIDALE INTENTIE

Je dient 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.

### 2) 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 traumatische of stresserende levensgebeurtenis, een suïcide in de omgeving. Interventies kunnen hier vervolgens op inwerken.

### 3) BESCHIKBARE HULPBRONNEN (en beschermende factoren)

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 kennen om zichzelf tot rust te brengen, 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 de persoon doet of waar die terecht kan wanneer die het moeilijk heeft.

### 4) VOORSPELBARE VERANDERINGEN (en toekomstperspectief)

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 juist niet naar uitkijkt in de nabije toekomst, wat het toekomstperspectief is op korte termijn en hoe de persoon inschat dat gebeurtenissen die in het verleden voor onrust of net verbetering zorgden zich opnieuw zullen voordoen. Pols aanvullend ook naar de zorgnoden.

# 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)?*

## Aanbevolen Literatuur

- 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*.
- Bernert, R. A., Hilberg, A. M., Melia, R., Kim, J. P., Shah, N. H., & Abnoui, F. (2020). Artificial Intelligence and Suicide Prevention: A Systematic Review of Machine Learning Investigations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), Art. 16. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165929>
- Burke, T. A., Ammerman, B. A., & Jacobucci, R. (2019). The use of machine learning in the study of suicidal and non-suicidal self-injurious thoughts and behaviors: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 245, 869–884. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.073>
- 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
- Chan, M. K. Y., Bhatti, H., Meader, N., Stockton, S., Evans, J., O'Connor, R. C., Kapur, N., & Kendall, T. (2016). Predicting suicide following self-harm: Systematic review of risk factors and risk scales. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 209(4), 277–283. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.170050>
- Corke, M., Mullin, K., Angel-Scott, H., Xia, S., & Large, M. (2021). Meta-analysis of the strength of exploratory suicide prediction models; from clinicians to computers. *BJPsych open*, 7(1), e26. doi:10.1192/bjo.2020.162
- Graney, J., Hunt, I. M., Quinlivan, L., Rodway, C., Turnbull, P., Gianatsi, M., Appleby, L., & Kapur, N. (2020). Suicide risk assessment in UK mental health services: A national mixed-methods study. *The Lancet Psychiatry*, 7(12), 1046–1053. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30381-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30381-3)
- Gratch, I., Choo, T. H., Galfalvy, H., Keilp, J. G., Itzhaky, L., Mann, J. J., ... & Stanley, B. (2021). Detecting suicidal thoughts: The power of ecological momentary assessment. *Depression and anxiety*, 38(1), 8-16.
- Hawton, K., Lascelles, K., Pitman, A., Gilbert, S., & Silverman, M. (2022). Assessment of suicide risk in mental health practice: Shifting from prediction to therapeutic assessment, formulation, and risk management. *The Lancet Psychiatry*, 9(11), 922–928. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00232-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00232-2)
- Kessler, R. C., Bernecker, S. L., Bossarte, R. M., Luedtke, A. R., McCarthy, J. F., Nock, M. K., Pigeon, W. R., Petukhova, M. V., Sadikova, E., VanderWeele, T. J., Zuromski, K. L., & Zaslavsky, A. M. (2019). The Role of Big Data Analytics in Predicting Suicide. In I. C. Passos, B. Mwangi, & F. Kapczinski (Red.), *Personalized Psychiatry: Big Data Analytics in Mental Health* (pp. 77–98). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-03553-2\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-030-03553-2_5)
- Kleiman, E. M., Turner, B. J., Fedor, S., Beale, E. E., Huffman, J. C., & Nock, M. K. (2017). Examination of real-time fluctuations in suicidal ideation and its risk factors: Results from two ecological momentary assessment studies. *Journal of abnormal psychology*, 126(6), 726.
- Large, M. M. (2018). The role of prediction in suicide prevention. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(3), 197–205. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.3/mlarge>
- Large, M., Kaneson, M., Myles, N., Myles, H., Gunaratne, P., & Ryan, C. (2016). Meta-analysis of longitudinal cohort studies of suicide risk assessment among psychiatric patients: heterogeneity in results and lack of improvement over time. *PloS one*, 11(6), e0156322.
- 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.
- NICE. (2022). Self-harm: Assessment, management and preventing recurrence. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng225>

*Tool Risicoformulering*

Runeson, B., Odeberg, J., Petterson, A., Edbom, T., Adamsson, I. J., & Waern, M. (2017). Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PLOS ONE*, 12(7), e0180292. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180292>

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

Steed, 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.

Taylor, A. K., Steeg, S., Quinlivan, L., Gunnell, D., Hawton, K., & Kapur, N. (2020). Accuracy of individual and combined risk-scale items in the prediction of repetition of self-harm: Multicentre prospective cohort study. *BJPsych Open*, 7(1), e2. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.123>

Tucker, R. P., Tackett, M. J., Glickman, D., & Reger, M. A. (2019). Ethical and Practical Considerations in the Use of a Predictive Model to Trigger Suicide Prevention Interventions in Healthcare Settings. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(2), 382-392. <https://doi.org/10.1111/sltb.12431>

Woodford, R., Spittal, M. J., Milner, A., McGill, K., Kapur, N., Pirkis, J., Mitchell, A., & Carter, G. (2019). Accuracy of Clinician Predictions of Future Self-Harm: A Systematic Review and Meta-Analysis of Predictive Studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(1), 23-40. <https://doi.org/10.1111/sltb.12395>

Wyder, M., Ray, M. K., Russell, S., Kinsella, K., Crompton, D., & van den Akker, J. (2021). Suicide risk assessment in a large public mental health service: Do suicide risk classifications identify those at risk? *Australasian Psychiatry*, 29(3), 322-325. <https://doi.org/10.1177/1039856220984032>