



VERWEY Instituut
JONKER

SAXION
HOGESCHOOL

wijkkracht

IGTA
NOA

kenniscentrum
phrenos

WENDER

Subsidie ZonMw Suïcidepreventie 2024 - 2026

Werken aan suïcidepreventie in het sociaal domein

Visies, ervaringen en behoeften van mannen van middelbare leeftijd

Karin van Bommel | Lieneke Ebbe | Eline Verschoor | Dienne Boertien | Monique Engelbertink

Inhoud

1	Suïcidepreventie	3
1.1.	Aanleiding	3
1.2.	Doel en onderzoeksvragen	4
1.3.	Methode	4
2	Sociaal werk organisaties	7
2.1.	Integraal werken binnen het sociaal domein	7
2.2.	Wender en Wijkkracht	8
2.3.	Interne aanpak suïcidepreventie	10
2.4.	Visies en ervaringen van sociaal werkers	10
3	Mannen met ervaring met suïcidaliteit	14
3.1.	Ervaringen en behoeften van mannen die bekend zijn met suïcidaliteit	14
3.2.	Wensen en aanknopingspunten	17
4	Nabestaanden	19
4.1.	Ervaringen en behoeften van nabestaanden	19
4.2.	Wensen en aanknopingspunten	23
4.3.	Portretten	25
5	Conclusie en aanbevelingen	33
5.1.	Aanbevelingen	33

1 Suïcidepreventie

1.1. Aanleiding

Mannen van middelbare leeftijd vormen in Nederland de grootste risicogroep voor overlijden door suïcide^[1]. Binnen deze doelgroep spelen diverse risicofactoren een belangrijke rol, zoals (dreigende) dakloosheid, alleen wonen, huisuitzetting, negatieve jeugdervaringen, echtscheiding en werkloosheid of afhankelijkheid van een bijstandsuitkering^{[2],[3]}. Daarnaast zoeken mannen in deze levensfase minder vaak (psychologische) hulp dan andere doelgroepen^[4], terwijl zij sneller overgaan van suïcidale gedachten naar daadwerkelijk gedrag^{[5],[6]}.

Door deze problematiek zijn mannen van middelbare leeftijd sterk oververtegenwoordigd in de maatschappelijke opvang en verdienen zij nadrukkelijk de aandacht van wijkteams. Wijkteams spelen een cruciale rol in het tijdig signaleren en bespreekbaar maken van suïcidale gedachten en gedragingen. Zij vallen onder de verantwoordelijkheid van gemeenten, die integraal beleid voeren op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, preventie, zorg, jeugdhulp, onderwijs, welzijn, wonen, werk en inkomen^[7]. Toch geven wijkteams aan dat de samenwerking tussen gemeenten, het sociaal domein en de geestelijke gezondheidszorg tekortschiet wanneer het gaat om suïcidepreventie bij mannen van middelbare leeftijd. Ook organisaties in

de maatschappelijke opvang benadrukken dat zij behoefte hebben aan concrete handvatten om suïcidepreventie in de praktijk vorm te geven.

Op nationaal en internationaal niveau is nog weinig onderzoek gedaan naar de toepassing van integraal werken in relatie tot suïcidepreventie voor deze doelgroep. Wel laten internationale studies zien dat er effectieve en laagdrempelige interventies bestaan die specifiek aansluiten bij hoeften van mannen van middelbare leeftijd.^{[8],[9],[10],[11],[12],[13]} Kortom, er ligt een duidelijke opgave om integraal werken rondom suïcidepreventie voor middelbare mannen te versterken. Door de visies en ervaringen van professionals uit het sociaal domein, van nabestaanden en van mannen met ervaring met suïcidaliteit in kaart te brengen, ontstaat inzicht in hoe integraal werken effectiever kan worden vormgegeven in het sociaal domein voor deze risicogroep.

- 1 CBS (2024). Statline, overledenen; zelfdoding (inwoners), diverse kenmerken. Geraadpleegd op: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/7022gza/table?fromstatweb>.
- 2 National Health Care for the Homeless Council (2017.) Suicide and Homelessness: Data trends in suicide and mental health among homeless populations. Geraadpleegd op: <http://www.nhchc.org/suicide>.
- 3 113 Zelfmoordpreventie (2020). Derde landelijke agenda suïcidepreventie, 2021-2025. Geraadpleegd op: <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-cdb3e3c2-6eed-4ca0-9a3a-c8123841466c/pdf>.
- 4 Schrijvers, D.L., Bollen, J., Sabbe, B.G.C. (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of Affective Disorders*, 19–26.
- 5 Han, J., Batterham, P.J., Calear, A.L., Randall, R. (2017). Factors influencing professional help-seeking for suicidality: Systematic review. *Crisis*, 175-196.
- 6 Wyllie, C., Platt, S., Brownlie, J., Chandler, A., Connolly, S., Evans, R., Kennelly, B., Kirtley, O., Moore, G., O'Connor, R., & Scourfield, J. (2012). Men, suicide and society. UK: Samaritans. Geraadpleegd op: https://media.samaritans.org/documents/Samaritans_MenSuicideSociety_ResearchReport2012.pdf.
- 7 Van Arum, S., Redeker, I., Stouthard, L., Verweij, S. & van Xanten, H., (2020). Werkzame elementen bij integraal werken. Vraagverheldering en planvorming; samenwerken aan een oplossing als cyclisch proces. Den Haag/Utrecht: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport / Integraal werken in de wijk. Geraadpleegd op: <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2020-10/Werkzame-elementen-bij-integraal-werken.pdf>.

- 8 Jackson, J., Farr, M., Birnie, K., Davies, P., Mamluk, L., O'Brien, M., Spencer, J., Morgan, R., Costello, C., Smith, J., Banks, J., & Redaniel, M. (2022). Preventing male suicide through a psychosocial intervention that provides psychological support and tackles financial difficulties: a mixed method evaluation. *BMC Psychiatry*, 22, 333. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03973-5>.
- 9 Jerant, A., Duberstein, P., Kravitz, R. L., Stone, D. M., Cipri, C., & Franks, P. (2020). Tailored activation of middle-aged men to promote discussion of recent active suicide thoughts: A randomized controlled trial. *Journal of General Internal Medicine*, 35(7), 2050–2058. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05769-3>.
- 10 Lapierre, S., Erlangsen, A., Waern, M., De Leo, D., Oyama, H., Scocco, P., Gallo, J., Szanto, K., Conwell, Y., Draper, B., & Quinnett, P. (2011). A systematic review of elderly SP programs. *Crisis*, 32(2), 88–98. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000076>.
- 11 Stanley, B., Brown, G. K., Brenner, L. A., Galfalvy, H. C., Currier, G. W., Knox, K. L., Chaudhury, S. R., Bush, A. L., & Green, K. L. (2018). Comparison of the safety planning intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. *JAMA psychiatry*, 75(9), 894–900. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1776>.
- 12 Struszczyk, S., Galdas, P. M., & Tiffin, P. A. (2019). Men and suicide prevention: A scoping review. *Journal of Mental Health*, 28(1), 80–88. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1370638>.
- 13 Suicide Prevention Resource Center (2016). Preventing Suicide among men in the middle years: Recommendations for SP programs. Geraadpleegd op: https://sprc.org/wp-content/uploads/2022/12/SPRC_MiMYReportFinal_0-1.pdf

1.2. Doel en onderzoeksvragen

Deze rapportage is gebaseerd op een documentenanalyse en op focusgroepen en individuele gesprekken met professionals, nabestaanden, mannen met ervaring met suïcidaliteit en een ervaringsdeskundige. Hierin worden hun visies en ervaringen met betrekking tot suïcidepreventie beschreven binnen twee contexten van het sociaal domein: een wijkteam en een maatschappelijke opvangorganisatie. Daarnaast wordt aandacht besteed aan wensen voor mogelijke verbeteringen.

De centrale onderzoeksvraag luidt:

Hoe kan het sociaal domein integraal en succesvol werken aan suïcidepreventie voor mannen van middelbare leeftijd (40–70 jaar)?

Om deze hoofdvraag te beantwoorden zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

1. Wat komt uit de analyse van beleidsdocumenten van de betrokken organisaties naar voren over de huidige aanpak van suïcidepreventie, en hoe sluit dit aan bij de praktijkervaringen?
2. Welke visies, ervaringen en knelpunten benoemen professionals uit wijkteams en maatschappelijke opvang met betrekking tot integraal werken aan suïcidepreventie voor mannen van middelbare leeftijd?
3. Welke ervaringen en behoeften geven mannen met ervaring met suïcidaliteit aan ten aanzien van signalering, bespreekbaarheid en aanpak van suïcidaliteit binnen het sociaal domein?
4. Hoe ervaren nabestaanden de rol van het sociaal domein in de ondersteuning rondom suïcide van mannen van middelbare leeftijd, en welke verbeterpunten signaleren zij?
5. Welke wensen en aanbevelingen voor verbetering van integraal werken aan suïcidepreventie komen naar voren uit de perspectieven van professionals, nabestaanden en mannen met ervaring met suïcidaliteit?

Deze rapportage maakt deel uit van een bredere studie die tot doel heeft om in co-creatie een toolbox te ontwikkelen voor integraal werken aan suïcidepreventie, gebaseerd op vier perspectieven van integraal werken: cliënt en huishouden, methodisch handelen, organisatorisch en beleid. De ontwikkelde toolbox '*Integrale zorg suïcidepreventie en sociaal werk - mannen van middelbare leeftijd*' wordt online beschikbaar en kan per september 2026 worden geraadpleegd.^[14]

14 Beschikbaar via: <https://www.saxion.nl/onderzoek/projecten/s/suicidaliteit-onder-mannen-van-middelbare-leeftijd-en-sociaal-kwetsbare-jeugd>.

Op basis van de verzamelde data in fase 1, waarop deze rapportage is gebaseerd, zijn twee pilots uitgevoerd: één binnen een maatschappelijke opvangorganisatie en één binnen een wijkteam. De twee pilots worden geëvalueerd om inzicht te verkrijgen in de praktische toepasbaarheid van de toolbox. Op basis van de verzamelde data en de ervaringen in de pilots wordt de uiteindelijke toolbox vormgegeven. De '*Samenvattingen implementatie suïcidepreventie: praktijkvoorbeelden uit twee sociaal werk teams*' zijn online beschikbaar.^[15]

Het doel op langere termijn is om de toolbox landelijk beschikbaar te stellen, zodat integraal werken vanuit de vier perspectieven enerzijds beoogt de handelingsverlegenheid van professionals te verkleinen en anderzijds het aantal suïcides en suïcidepogingen onder mannen van middelbare leeftijd terug te dringen.

1.3. Methode

De inhoud van dit rapport is gebaseerd op een literatuuronderzoek naar integraal werken aan suïcidepreventie voor mannen van middelbare leeftijd, uitgewerkt vanuit de vier perspectieven van Van Arum et al.^[16] (een uitgebreide beschrijving volgt in paragraaf 2.1). Daarnaast zijn (groeps) gesprekken gevoerd met professionals, nabestaanden en mannen met ervaring met suïcidaliteit.

Bij dit onderzoek zijn twee sociaal werk organisaties betrokken:

- **Wijkkracht** is een sociaal werk organisatie in Twente die de zelfredzaamheid en maatschappelijke integratie van mensen met sociale zorgen wil vergroten. Professionals van één van de wijkteams hebben deelgenomen aan de voorgesprekken en focusgroepen. Daarnaast stelde Wijkkracht interne beleidsdocumenten met betrekking tot suïcidepreventie beschikbaar voor analyse.
- **Wender** biedt opvang en ondersteuning aan personen die dakloos zijn of dreigen te worden, of die vluchten voor huiselijk geweld in de provincies Friesland, Groningen en Drenthe. Professionals van een crisisopvanglocatie namen deel aan de voorgesprekken en focusgroepen en stelden eveneens beleidsdocumenten over suïcidepreventie beschikbaar.

15 Beschikbaar via: <https://www.saxion.nl/onderzoek/projecten/s/suicidaliteit-onder-mannen-van-middelbare-leeftijd-en-sociaal-kwetsbare-jeugd>

16 Van Arum, S., Redeker, I., Stouthard, L., Verweij, S. & van Xanten, H., (2020). Werkzame elementen bij integraal werken. Vraagverheldering en planvorming; samenwerken aan een oplossing als cyclisch proces. Den Haag/Utrecht: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport / Integraal werken in de wijk. Geraadpleegd op: <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2020-10/Werkzame-elementen-bij-integraal-werken.pdf>.

In paragraaf 2.2 zal uitgebreider worden ingegaan op de werkwijze van de twee organisaties.

Wijkkracht hanteert de term inwoners, terwijl Wender spreekt over cliënten. Om aan te sluiten bij beide organisatiecontexten is in dit rapport gekozen om de dubbele term inwoner/cliënt aan te houden.

Literatuurstudie en documentenanalyse

In het kader van dit onderzoek is zowel nationale als internationale literatuur met betrekking tot integraal werken aan suïcidepreventie bestudeerd. Voor de interne documentenanalyse zijn verschillende documenten opgevraagd bij de twee betrokken sociaal werk teams. Uiteindelijk zijn een evaluatierapport en suïcideprotocol meegenomen in de analyse.

De literatuurstudie en documentenanalyse hadden drie doelen:

- Het in kaart brengen van de huidige werkwijze van de betrokken sociaal werk teams met betrekking tot integraal werken aan suïcidepreventie, op basis van documenten en gesprekken met professionals.
- Het analyseren van (inter)nationale theoretische literatuur over de wijze waarop integraal werken aan suïcidepreventie momenteel wordt toegepast binnen het sociaal domein, zoals in wijkteams en maatschappelijke opvang.
- Het praktijkgericht onderzoeken van hoe de twee sociaal werk teams integraal werken vormgeven, inclusief het benoemen van knelpunten en hun gewenste situatie.

De resultaten van de literatuur- en documentenstudie zijn verwerkt in de online [Toolbox integrale zorg suïcidepreventie en sociaal werk - mannen van middelbare leeftijd](https://www.saxion.nl/onderzoek/projecten/s/suicidaliteit-onder-mannen-van-middelbare-leeftijd-en-sociaal-kwetsbare-jeugd)^[17].

17 <https://www.saxion.nl/onderzoek/projecten/s/suicidaliteit-onder-mannen-van-middelbare-leeftijd-en-sociaal-kwetsbare-jeugd>.

Voorgesprekken en focusgroepen met professionals

Er zijn vijf focusgroepen georganiseerd, elk gekoppeld aan een van de vier perspectieven van integraal werken. De interviewdata zijn geanalyseerd met behulp van de constante vergelijkende methode van Boeije.^[18]

- Drie focusgroepen vonden plaats vanuit de perspectieven van (1) inwoner/cliënt en huishouden, (2) methodisch werken, en (3) beleid, met deelname van 3-4 professionals van het sociaal wijkteam (Wijkkracht) en 3-5 professionals van de maatschappelijke opvang (Wender). Deze focusgroepen vonden online plaats en werden begeleid door een onderzoeker van Phrenos en een onderzoeker van Saxion. Voorafgaand aan de focusgroepen hebben de professionals een informatieblad en toestemmingsverklaring ontvangen. Ook is de inhoud van het onderzoek mondeling toegelicht door de projectmedewerkers vanuit de eigen organisatie.
- Twee afzonderlijke focusgroepen vonden plaats vanuit het (4) organisatorisch perspectief, georganiseerd bij beide sociaal werk organisaties. Naast professionals van Wijkkracht respectievelijk Wender waren ook netwerkpartners aanwezig van de gemeente, woningcorporatie, politie, bewindvoering, wijk-ggd, en een agrarisch coach en ervaringsdeskundige. Deze focusgroepen werden begeleid door één onderzoeker en één ervaringsdeskundige van Ixta Noa.

Daarnaast hebben vier individuele voorgesprekken met medewerkers en managers van Wijkkracht en Wender plaatsgevonden waarin integraal werken aan suïcidepreventie centraal stonden.

18 Boeije, H. (2002). A purposeful approach to the constant comparative method in the analysis of qualitative interviews. *Quality & Quantity*, 36(4), 391–409. <https://doi.org/10.1023/A:1020909529486>.

Interviews met mannen die bekend zijn met suïcidaliteit

Om inzicht te krijgen in de huidige en gewenste situatie vanuit het perspectief van de doelgroep, zijn vier interviews gehouden met inwoners/cliënten (mannen tussen de 70-40 jaar) van de twee sociaal werk teams. De gesprekken richtten zich op ervaringen met het signaleren en bespreken van suïcidaliteit, de aanpak van suïcidepreventie en hun wensen voor verbetering.

De interviews vonden plaats op een veilige locatie naar keuze van de respondent, zodat een vertrouwelijke en comfortabele setting werd gewaarborgd. Er werd gewerkt met een semi-gestructureerde topiclijst, die richting gaf aan het gesprek en tegelijkertijd ruimte liet voor eigen inbreng van de respondent. Alle gesprekken werden op vertrouwelijke basis gevoerd en begeleid door een ervaringsdeskundige van Ixta Noa en een onderzoeker van Saxion. Wanneer de respondent hiervoor toestemming gaf, werd het interview opgenomen. In één geval werd geen toestemming verleend en zijn handmatig aantekeningen gemaakt.

De werving van respondenten vond plaats in twee rondes. De eerste werving verliep via de sociaalwerkorganisaties, waarbij potentiële deelnemers direct werden benaderd. In de tweede wervingsronde is gebruikgemaakt van social media. Hierbij is ook ruimte geboden aan respondenten zonder directe ervaring met het ondersteuningsaanbod van de betrokken sociaalwerkorganisaties. Voor alle respondenten gold als inclusie criterium dat zij woonachtig waren in de regio Friesland of Twente. Voorafgaand aan het onderzoek was het streven om zes mannen te spreken die bekend zijn met suïcidaliteit; ondanks meerdere wervingsrondes hebben uiteindelijk vier mannen deelgenomen aan een interview.

De interviews zijn volledig getranscribeerd en vervolgens gebruikt als basis voor de analyse die in deze rapportage wordt gepresenteerd. De analyse is uitgevoerd volgens een kwalitatieve, thematische en interpretatieve benadering, waarbij patronen, terugkerende thema's en betekenisvolle interpretaties uit de data zijn gedestilleerd.

Interviews met nabestaanden

Daarnaast zijn vier narratieve interviews afgenomen met vijf nabestaanden van mannen die door suïcide zijn overleden. Deze interviews bevatten reconstructies van hun ervaringen met het sociaal domein, de werkwijze van organisaties en de rol van professionals. De nabestaanden vergeleken hun ervaringen met hun wenselijke situatie.

Van de vijf nabestaanden waren twee respondenten ouder van een jongvolwassen man, in plaats van een man van middelbare leeftijd. De betreffende jongvolwassen man had echter relevante ervaring met het ondersteuningsaanbod van het wijkteam, waardoor deze casus een waardevolle aanvulling vormde op de overige interviews.

De interviews met nabestaanden vonden eveneens plaats op een veilige locatie naar keuze van de respondent, zodat een vertrouwelijke setting werd gewaarborgd. Ook hier werd gewerkt met een semi-gestructureerde topiclijst, die richting gaf aan het gesprek maar ruimte liet voor eigen inbreng. Alle respondenten gaven toestemming voor het opnemen van het gesprek, waardoor de interviews volledig konden worden vastgelegd. De gesprekken werden begeleid door twee onderzoeker van Saxion. De transcripten zijn zorgvuldig uitgeschreven en dienden als basis voor de verdere analyse. Deze analyse is uitgevoerd met een kwalitatieve, thematische en interpretatieve benadering, waarbij patronen, terugkerende thema's en betekenisvolle interpretaties zijn gebruikt voor deze rapportage.

De belangrijkste bevindingen uit de literatuurstudie, documentenanalyse, focusgroepen en interviews worden in de volgende hoofdstukken van dit rapport gepresenteerd. Aansluitend zullen een aantal aanbevelingen worden geformuleerd ter verbetering van suïcidepreventie binnen het sociaal domein voor mannen van middelbare leeftijd.

2 Sociaal werk organisaties

In dit hoofdstuk wordt eerst een uiteenzetting gegeven van de vier perspectieven van integraal werken. Vervolgens wordt in paragraaf 2.2 een beeld geschetst van de twee betrokken sociaal werk organisaties en in paragraaf 2.3 ingegaan op hun huidige aanpak van suïcidepreventie. In paragraaf 2.4 worden de inzichten uit focusgroepgesprekken met professionals besproken, waarin hun visies, ervaringen en wensen met betrekking tot suïcidepreventie binnen het sociaal domein centraal staan.

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de deelvragen:

- Wat komt uit de analyse van beleidsdocumenten van de betrokken organisaties naar voren over de huidige aanpak van suïcidepreventie, en hoe sluit dit aan bij de praktijkervaringen?
- Welke visies, ervaringen en knelpunten benoemen professionals uit wijkteams en maatschappelijke opvang met betrekking tot integraal werken aan suïcidepreventie voor mannen van middelbare leeftijd?
- Welke wensen en aanbevelingen voor verbetering van integraal werken aan suïcidepreventie komen naar voren uit de perspectieven van professionals?

2.1. Integraal werken binnen het sociaal domein

Een aanzienlijk deel van de mensen die overlijden door suïcide staat niet onder behandeling bij een huisarts of binnen de geestelijke gezondheidszorg.^[19] Dit benadrukt de belangrijke rol van sociaal werkers in suïcidepreventie. Sociaal werkers zijn aanwezig in de wijk en komen veel bij mensen thuis. Zij zien mogelijk wel mannen van middelbare leeftijd die in kwetsbare omstandigheden leven en bij wie suïcidale gedachten of pogingen kunnen ontstaan. Vaak zijn deze gedachten of pogingen niet de directe reden voor hun contact met het sociaal domein. De oorspronkelijke hulpvraag betreft meestal problemen op het gebied van wonen, werken, inkomen, dagbesteding en/of welzijn. Sociaal werkers dienen dus integraal te werken om effectieve en efficiënte ondersteuning te kunnen bieden. Van Arum en collega's^[20] definiëren integraal werken als:

19 113 Zelfmoordpreventie (2020). Derde landelijke agenda suïcidepreventie, 2021-2025. Geraadpleegd op: <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-cdb3e3c2-6eed-4ca0-9a3a-c8123841466c/pdf>.

20 Van Arum, S., Redeker, I., Stouthard, L., Verweij, S. & van Xanten, H., (2020, p. 13). Werkzame elementen bij integraal werken. Vraagverheldering en planvorming; samenwerken aan een oplossing als cyclisch proces. Den Haag/Utrecht: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport / Integraal werken in de wijk. Geraadpleegd op: <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2020-10/Werkzame-elementen-bij-integraal-werken.pdf>.

“ In samenhang en in afstemming domeinoverstijgend samenwerken aan effectieve en efficiënte hulp en ondersteuning bij hulpvragen van inwoners in de wijk, dichtbij en ter preventie van (escalatie van) problematiek. De ondersteuning is gericht op het zo snel, eenvoudig en duurzaam mogelijk oplossen van meervoudige problemen. Het versterken van de veerkracht van de samenleving, het vergroten van zelfregie, zelfredzaamheid en participatie en het benutten van het eigen netwerk daarbij, zijn vertrekpunt.”

Binnen integraal werken worden vier perspectieven onderscheiden:

- Cliënt en huishouden: aandacht voor alle leefgebieden van de inwoner/cliënt en diens directe omgeving.
- Methodisch handelen: afstemming van professionele werkwijzen en toepassing van protocollen en gesprekstechnieken.
- Organisatorisch: de organisatie stimuleert interdisciplinair samenwerken en stimuleert op organisatieniveau het integraal werken.
- Beleid: aansluiting van systemen en beleidskaders om maatwerk en persoonsgerichte zorg te realiseren.

Hieronder wordt per perspectief in algemene zin uiteengezet wat onder suïcidepreventie in het sociaal domein kan worden verstaan.

Cliënt en huishouden

Het sociaal domein bestrijkt diverse leefgebieden van inwoners/cliënten, waaronder wonen, zorg en welzijn. Een belangrijke belemmering bij suïcidepreventie is de geslotenheid van de doelgroep: veel mannen van middelbare leeftijd, zeker in plattelandsgemeenten, hebben de houding “we lossen het zelf op” en praten niet over mentale problemen. Dit maakt signalering en bespreekbaarheid lastig. Het benutten van het inwoner/cliëntperspectief en ervaring met suïcidaliteit kan helpen interventies beter af te stemmen op de doelgroep. Steeds vaker worden ervaringsdeskundigen ingezet, bijvoorbeeld gekoppeld aan wijkteams of via bewonersoverleggen in de maatschappelijke opvang. Deze door de doelgroep gedragen initiatieven leveren waardevolle inzichten en hebben een signalerende functie. Om het perspectief van ervaringsdeskundigen en inwoners/cliënten volwaardig te benutten is het belangrijk om de kennis en kunde te verhogen bij professionals zodat deze samenwerking versterkt kan worden.

Methodisch handelen

Methodisch werken vraagt om een balans tussen beleid, gesprekstechnieken en intuïtie. Protocollen bieden houvast, maar compassie, herstelgericht werken en een strengths-based benadering zijn minstens zo belangrijk. Dit vereist verbindende vaardigheden zoals luisteren, het verdragen van pijn en omgaan met onzekerheid. Onderzoek laat zien dat professionals soms gesprekken over suïcidale gedachten vermijden, wat leidt tot meer ongemak bij inwoners/cliënten. Er zijn diverse handleidingen en trainingen beschikbaar (o.a. Peer Supported Open Dialogue), maar een open, intuïtieve houding blijft cruciaal voor effectieve suïcidepreventie.

Oganisatorisch

Sociaal werkers moeten bij signalering van suïciderisico tijdig opschalen of afschalen in samenwerking met ketenpartners. Uit onderzoek blijkt dat verbetering vooral gewenst is in de samenwerking met ggz, verslavingszorg en politie.[21] Casussen tonen dat communicatie en verantwoordelijkheden tussen wijkteams, gemeenten en ggz niet altijd goed op elkaar aansluiten. Er is daarom urgentie om interdisciplinaire samenwerking te versterken ten gunste van inwoners/cliënten en hun omgeving.

Beleid

Beleidsmatig ligt de nadruk op protocollen en veiligheidsplannen. Deze blijken effectief, maar worden niet overal toegepast of zijn soms verouderd. Het ontwikkelen van actueel en uitvoerbaar beleid is noodzakelijk. Tegelijk roept de korte overgang van suïcidale gedachten naar gedrag bij middelbare mannen vragen op over de inzet van signaleringsplannen, die vaak pas starten bij zichtbare signalen. Het stimuleren van vroegtijdige bespreekbaarheid van mentale problemen is daarom een belangrijk aandachtspunt.

Samenvattend vraagt suïcidepreventie om integraal werken vanuit alle vier de perspectieven. Alleen door cliëntgericht, methodisch, organisatorisch en beleidsmatig samen te werken kan recht worden gedaan aan de complexiteit van het vraagstuk en kan effectieve preventie worden gerealiseerd. In de volgende paragraaf zoomen we in op de praktijk en wordt de huidige aanpak van suïcidepreventie bij twee sociaal werk organisaties nader bekeken.

2.2. Wender en Wijkkracht

Bij dit onderzoek zijn teams van twee verschillende sociaal werk organisaties betrokken. In deze paragraaf wordt een beeld geschetst van de omvang en werkwijze van deze organisaties, gebaseerd op individuele (voor)gesprekken met professionals en interne documenten.

Wender

Wender biedt opvang en ondersteuning aan personen die dakloos zijn of dreigen te worden, of die vluchten voor huiselijk geweld. De organisatie is actief in Friesland, Groningen en Drenthe en biedt voorzieningen op het gebied van Maatschappelijke Opvang, Beschermd Wonen en Vrouwenopvang. De crisisopvang van het betrokken team beschikt over 54 bedden, verdeeld over een gezinsunit (zes woningen) en een aparte unit voor volwassenen. Hoewel de verblijfsduur formeel drie maanden bedraagt, verblijven bewoners in de praktijk vaak tot twaalf maanden vanwege uitstroomproblemen op de woningmarkt. Naast de crisisopvang is er een langverblijfvoorziening in een appartementencomplex, waar veel bewoners naartoe doorstromen. De gezinsunits zijn zelfstandig ingericht met keukens en sanitair, terwijl de volwassen units deels gedeelde voorzieningen hebben. Voor gezinnen en kinderen worden aparte activiteiten georganiseerd, waaronder het Veerkrachtprogramma. Het gebouw beschikt daarnaast over een kapel en een grote tuin, die ook een rol spelen bij reflectie en samenkomst.

De doelgroep is divers en bestaat uit volwassenen (gemiddelde leeftijd 40+) en gezinnen met uiteenlopende problematiek en/of een combinatie van meerdere problematieken, zoals schulden, verslaving en psychische klachten. Het team telt ruim 20 medewerkers, waaronder pedagogisch medewerkers, trajectbegeleiders, een ervaringsdeskundige, facilitair personeel, portiers, een inhoudelijk ondersteuner en een teammanager. De trajectbegeleiders werken zowel individueel met bewoners als ambulant na uitstroom. Preventie richt zich vooral op secundaire en tertiaire niveaus. Een recente suïcide binnen de opvang heeft grote impact gehad en leidde tot verplichte nazorg voor medewerkers en verbeterde registratieprocessen.

Het team vervult een signaalfunctie en verwijst door naar ketenpartners, maar ervaart soms spanningen door het grote verantwoordelijkheidsgevoel en een moeizame samenwerking met de crisisdienst. De samenwerking met externe partijen zoals wijkagent, ggz en verslavingszorg verloopt over het algemeen goed, al zijn er knelpunten in de communicatie met de crisisdienst en soms ook met de ggz en huisartsen. Er is een stappenplan voor het betrekken van partijen bij suïcidale signalen; in de praktijk is deze nog niet bij alle medewerkers bekend en wordt de inhoudelijk ondersteuner ingeschakeld en vindt overleg plaats binnen het team. Ook signaleren

21 Toezicht Sociaal Domein (2025). Klem in het systeem. Complexiteit stelsel belemmert effectieve samenwerking in de zorg en ondersteuning aan mensen met verward of onbegrepen gedrag. Geraadpleegd op: <https://www.igj.nl/documenten/2025/12/11/klem-in-het-systeem.-complexiteit-stelsel-belemmert-effectieve-samenwerking-in-de-zorg-en-ondersteuning-aan-mensen-met-verward-of-onbegrepen-gedrag>.

de medewerkers bewust of er bijvoorbeeld sprake is van medicatiegebruik waarbij sprake zou kunnen zijn van suïcidaliteit of depressieve klachten/psychosegevoeligheid. Zo ja dan vraagt het meer alertheid op suïcidaliteit.

Organisatorisch zijn er vaste reflectiemomenten zoals intervisie en Teamkrachtbesprekingen. Beleidsmatig valt de opvang onder gemeentelijke subsidie, verdeeld over drie organisaties (Limor, Leger des Heils en Wender). Sinds december 2024 is er in de regio een centraal aanmeldpunt dat onderdeel uitmaakt van de Centrale Toegang en Regie (CT&R), dat onderdeel is van het Sociaal Domein Fryslan (SDF). Binnen team Burgum ziet men een verzwaring van problematieken en een toename in anderstaligen. Dit vraagt een andere insteek en betekent in sommige gevallen dat er langer begeleiding nodig is tot mensen klaar zijn voor uit/doorstroom. Hierover bestaan zorgen binnen het team.

Wijkkracht

Wijkkracht is een sociaal werk organisatie in Twente die de zelfredzaamheid en maatschappelijke integratie van mensen met sociale zorgen wil vergroten. Zij zijn actief in zes Twentse gemeenten. Het wijkteam dat betrokken is bij dit onderzoek bestaat uit vijf medewerkers: vier sociaal werkers en één schoolmaatschappelijk werker. De sociaal werkers zijn verantwoordelijk voor maatschappelijk werk in de gemeente. Hun werkzaamheden zijn divers en omvatten onder meer ondersteuning bij schulden en administratie, psychosociale problemen, rouw, scheiding en overbrugging tijdens wachttijden in de ggz. Daarnaast begeleiden zij achterblijvers bij een tijdelijk huisverbod en draaien zij mee in de gemeentelijke front-office.

De sociaal werkers werken voornamelijk op huisbezoek, mede vanwege mobiliteitsproblemen in de regio. Dit speelt vooral bij inwoners met een beperkt netwerk, eenzaamheid of beperkte toegang tot voorzieningen. In hun werk komen de sociaal werkers regelmatig taboes tegen, zoals schulden, seksueel geweld en psychische problematiek. Bij psychische problematiek geven inwoners vaak aan “geen tijd te hebben om te rouwen”, wat de complexiteit van hun situatie benadrukt.

Methodisch maken de sociaal werkers gebruik van verschillende benaderingen, waaronder Mental Health First Aid, presentiebenadering, het model voor positieve gezondheid, oplossingsgericht werken en Acceptance & Commitment Therapy. Organisatorisch werken zij vanuit een zelfsturend teamprincipe, met veel vrijheid in de invulling van hun werkzaamheden. Dit biedt voordelen maar ook risico's, omdat er weinig kaders zijn en de rol soms solistisch kan aanvoelen. Er is geen strak protocol rond nazorg voor professionals. Bij indrukwekkende en complexe casuïstiek wordt de manager betrokken, maar de verantwoordelijkheid om aan de bel te trekken blijft grotendeels bij de medewerker zelf. Reflectie vindt beperkt plaats er zijn geen standaard intervisiebijeenkomsten.

De sociaal werkers ervaren voldoende tijd en ruimte voor hun werk en scholing, mede doordat zij geen verantwoording hoeven af te leggen over uren. Interdisciplinair werken zij samen met huisartsen, dorpsondersteuners, POH-ggz, wijk-ggd'er, wmo-consulenten en de procesmanager sociaal domein. De samenwerking met de wijk-ggd'er wordt als zeer waardevol ervaren, evenals de korte lijnen met wmo-consulenten en de procesmanager die betrokken wordt bij crisissituaties. Samenwerking met de verslavingszorg en de GGZ is nog beperkt. Beleidsmatig speelt de grensregio een rol: Duitse inwoners melden zich soms bij Wijkkracht of de gemeente, maar deze hulpvragen worden niet opgepakt, ondanks dat er soms sprake is van een grijs gebied.

Binnen het team zijn geen schriftelijke documenten beschikbaar rond suïcidepreventie. Mondelinge overlegstructuren bestaan wel, zoals wekelijkse teamoverleggen en een wijktafel met de procesmanager en wijkagent, maar deze zijn niet specifiek gericht op suïcidepreventie. Evaluaties na incidenten vinden informeel plaats, zoals na een casus van een jongere man die een aantal jaar geleden een geslaagde suïcidepoging deed.

Verschillen

Bij de interpretatie van dit rapport is het van belang om rekening te houden met de verschillen tussen Wender en Wijkkracht. Beide organisaties vervullen een andere rol binnen het sociaal domein en opereren vanuit verschillende uitgangspunten. Wijkkracht werkt zonder indicatie en bevindt zich nadrukkelijk aan de voorkant: gericht op vroegsignalering, preventie en brede ondersteuning van inwoners. Vanuit deze positie is het logisch dat Wijkkracht een bredere focus heeft en dat beleid op specifieke thema's nog minder uitgewerkt is dan bij Wender.

2.3. Interne aanpak suïcidepreventie

Zoals genoemd hebben beide sociaal werk organisaties momenteel geen aandacht functionaris suïcidepreventie. Verder beschikt één van de twee organisaties niet over interne documenten op het gebied van suïcidepreventie en wordt geen expliciete aanpak gehanteerd. Dit sluit aan bij de situatie in het merendeel van de Nederlandse gemeenten. Uit een rapport van de VNG^[22] blijkt dat slechts een beperkt deel van de gemeenten aan suïcidepreventie doet: zo'n 50 van de 342 gemeenten heeft een expliciet suïcidepreventiebeleid, waarbij het beleid varieert in omvang en integraliteit. In de overige gemeenten ontbreekt een dergelijk beleid.

De sociaal werk organisatie Wender beschikt wel over een document waarin het beleid rondom suïcide en suïcidepreventie is vastgelegd en over een evaluatierapport over suïcidepreventie. Het beleidsdocument omvat een uitgewerkt beleid waarin onder meer definities, het herkennen van suïcidaal gedrag, richtlijnen en maatregelen, taakverdeling, training en e-learning, voorbeeldvragen en relevante bronnen zijn opgenomen. Sinds 2022 worden binnen deze organisatie inspanningen geleverd om het suïcidepreventiebeleid verder te ontwikkelen, maar om uiteenlopende redenen is het nog niet in alle teams geïmplementeerd. In het afzonderlijke evaluatierapport wordt benadrukt dat het van belang is dat medewerkers beter worden uitgerust met praktische tools voor vroegsignalering en tijdige doorverwijzing bij suïcidaal gedrag, juist omdat de organisatie zelf geen behandelinstantie is.

Uit de analyse van Trias-meldingen zijn in het suïcidepreventie evaluatierapport 51 incidenten en 73 verbeteracties geïdentificeerd.^[23] Deze verbeteracties betroffen vooral communicatie en ondersteuning van inwoners/cliënten, alcohol- en drugspreventie, samenwerking met specialistische hulp, medicatiebeheer en monitoring. Daarnaast kwamen organisatorische verbeterpunten naar voren, zoals doorstroom en crisisinterventies, en beleidsmatige aanpassingen rond protocollen, taakverdeling en signaleringsplannen.

De evaluatie laat zien dat bijna twee derde van de medewerkers niet werkt met een protocol of stappenplan voor suïcidepreventie. Dit benadrukt de noodzaak van een meer gestructureerde en integrale aanpak. Inmiddels zijn beleidsaanpassingen doorgevoerd waardoor het beleid completer en meer ondersteunend is geworden, met meer praktische handvatten, een duidelijkere

taakverdeling en een betere positionering van de inhoudelijk ondersteuner. Tegelijkertijd worden knelpunten zichtbaar: interne processen en scholing moeten worden versterkt, samenwerking met ketenpartners moet betrouwbaarder en de emotionele belasting van medewerkers vraagt meer aandacht. Het is wenselijk dat suïcidepreventie een vast onderdeel wordt van het dagelijkse werkproces.

Het evaluatierapport beveelt aan om een expertiseteam op te richten dat beleid en implementatie structureel bewaakt. Verder wordt geadviseerd om een duidelijk en visueel stappenplan te ontwikkelen, scholing en ondersteuning te intensiveren (inclusief aandacht voor emotionele impact en nazorg), en de samenwerking met ketenpartners te verbeteren. Ook wordt gepleit voor betere afstemming rond de plaatsing van suïcidale inwoners/cliënten.

Samenvattend laat bovenstaande zien dat suïcidepreventie binnen het sociaal domein nog onvoldoende structureel is ingebed. Het ontbreken van een aandacht functionaris en het beperkte gebruik van protocollen en interne documenten benadrukken de kwetsbaarheid van de huidige aanpak. Hoewel een van de organisaties inmiddels stappen heeft gezet richting beleidsontwikkeling en evaluatie, blijkt uit de praktijk dat verdere versterking noodzakelijk is. Het evaluatierapport benadrukt dat een integrale benadering van suïcidepreventie onmisbaar is, waarbij duidelijke werkprocessen, scholing, samenwerking met ketenpartners en aandacht voor de emotionele belasting van medewerkers centraal moeten staan.

2.4. Visies en ervaringen van sociaal werkers

Naast de voorgesprekken met medewerkers en managers van de twee sociaal werk organisaties hebben ook vijf focusgroepen plaatsgevonden met sociaal werkers. Hierin is gesproken over visies, ervaringen en knelpunten met betrekking tot integraal werken aan suïcidepreventie voor mannen van middelbare leeftijd. Per focusgroep worden de belangrijkste bevindingen weergegeven.

Cliënt en huishouden

Aan het focusgroepgesprek dat werd gehouden over het perspectief 'cliënt en huishouden' namen drie medewerkers van Wijkkracht en drie medewerkers van Wender deel. In het gesprek over hoe rekening wordt gehouden met de wensen van inwoners/cliënten en hun naasten bij mogelijke suïcidaliteit, benadrukten sociaal werkers van zowel Wijkkracht als Wender het belang van openheid en maatwerk.

22 VNG (2024). Uitvoeringstoets Integrale Suïcidepreventie Aanpassing van de Wet publieke gezondheid Eindrapport. Geraadpleegd op: https://vng.nl/sites/default/files/2024-12/eindrapport_uitvoeringstoets_wet_integrale_suicidepreventie_def.pdf.

23 Downes (2024). Evaluatie naar suïcidepreventie bij Wender.

Wijkracht werkt met krachtinventarisaties en herstelplannen, waarbij wensen en behoeften expliciet worden uitgevraagd en suïcidaliteit bespreekbaar wordt gemaakt zonder taboe of oordeel. Bij vermoedens wordt doorgevraagd en waar nodig verwezen naar huisarts of ggz. Wender, als crisisopvang, richt zich meer op de acute situatie en biedt -24uurs aanwezigheid en een houding waarin alle thema's, inclusief suïcidaliteit, bespreekbaar zijn. Zij werken met de methodiek Krachtwerk, waarin levensgebieden en risicokaarten centraal staan, en betrekken het netwerk van inwoners/cliënten, ook al kan dit soms risicovol of belastend zijn.

Beide organisaties zien obstakels wanneer inwoners/cliënten hun netwerk niet willen betrekken, wat leidt tot afwegingen tussen zelf ondersteunen of doorverwijzen. Wijkracht benadrukt de noodzaak van opschalen bij wanhoopsignalen, terwijl Wender aangeeft dat de langere verblijfsduur in de opvang meer ruimte biedt om thema's breder te bespreken. Positief ervaren zij dat maatwerk mogelijk is, dat er veel contactmomenten zijn waardoor relaties en openheid ontstaan, en dat samenwerking met andere organisaties doorgaans goed verloopt.

Knelpunten

- Inwoners/cliënten willen soms hun netwerk niet betrekken, wat leidt tot lastige afwegingen tussen zelf ondersteunen of doorverwijzen.
- Er is onzekerheid over hoe opvolging en afstemming het beste vormgegeven kan worden.
- Spanningsveld tussen maatwerk en tijdsdruk: intensieve begeleiding vraagt veel capaciteit.
- Onvoldoende zicht op de rol van ervaringsdeskundigen bij dit thema.
- Gebrek aan vaste methodieken of protocollen rond suïcidaliteit in intakes en evaluaties (*hoewel genoemd in het focusgroepgesprek over cliënt en huishouden is dit knelpunt passend bij het perspectief methodisch handelen*).

Positieve punten

- Maatwerk is mogelijk in duur en intensiteit van ondersteuning.
- Veel contactmomenten en relatieopbouw, waardoor openheid ontstaat.
- Binnen Wender biedt de langere verblijfsduur meer ruimte om thema's breder te bespreken.
- Gebruik van de methodiek Krachtwerk met risicoplan en presentielijsten draagt bij aan signalering.
- Samenwerking met andere organisaties verloopt doorgaans goed; inwoners/cliënten worden pas losgelaten als elders goede opvolging is geregeld (*hoewel genoemd in het focusgroepgesprek over cliënt en huishouden is dit punt passend bij het organisatorisch perspectief*).

Methodisch handelen

Aan het focusgroepgesprek over methodisch handelen bij de ondersteuning van mannen van middelbare leeftijd met suïcidaliteit namen drie medewerkers van Wijkracht en vier medewerkers van Wender deel.

Wender werkt met de methodiek Krachtwerk, waarin zingeving en gezondheid als belangrijke leefgebieden worden meegenomen. De methodische cyclus bestaat uit krachtwerk, risicokaarten en plannen, aangevuld met motiverende gespreksvoering en collegiale toetsing. Er is ruimte om ervaringen van hulpverleners in te brengen en successen te delen.

Wijkracht hanteert minder vaste methodieken. Medewerkers gebruiken algemene psychosociale principes, presentiebenadering en instrumenten zoals genogrammen. Enkele medewerkers hebben aanvullende scholing gevolgd, zoals Mental Health First Aid en een online training van 113. De nadruk ligt op aandachtig luisteren, doorvragen, opschalen naar huisarts of ggz en het bieden van perspectief bij langdurige stressfactoren zoals financiële problemen.

Knelpunten

- Binnen Wijkracht ontbreekt een vaste methodiek of organisatiebrede aanpak wat betreft suïcidepreventie, waardoor handelen sterk persoonsgebonden is.
- Het risico bestaat dat persoonlijke betrokkenheid routinematig wordt en daarmee minder oprecht.
- Het signaleren van suïcidaliteit blijft lastig, zeker bij mannen die zich niet of te laat melden.
- Er is behoefte aan meer houvast en systematiek om signalen tijdig te herkennen en te bespreken.

Positieve punten

- Wender ervaart dat de methodiek Krachtwerk veel ruimte biedt om maatwerk te leveren en dat collegiale toetsing en succesrondejes bijdragen aan leren van elkaar.
- Wijkracht benadrukt dat goed luisteren, steun laten merken en perspectief bieden vaak effectief zijn om vertrouwen te winnen.
- Beide organisaties zien dat openheid en oprechte interesse belangrijke voorwaarden zijn om suïcidaliteit bespreekbaar te maken.

Organisatorisch perspectief

Aan de twee focusgroepgesprekken met betrekking tot het organisatorisch perspectief bij suïcidepreventie van mannen van middelbare leeftijd namen medewerkers van Wender en medewerkers van Wijkkracht deel. Daarnaast waren ook netwerkpartners van de gemeente en woningcorporatie, een wijk-ggd'er, een agrarisch coach, bewindvoerder, ervaringsdeskundige en politie aanwezig. De gesprekken richtten zich op samenwerking, coördinatie en organisatorische voorwaarden bij suïcidepreventie voor deze doelgroep.

Focusgroep 1: Wender en netwerk

De samenwerking tussen partijen verloopt vooral ad hoc en is afhankelijk van persoonlijke contacten. Structurele afspraken, convenanten en een gedeelde visie ontbreken grotendeels. De politie en Wender hebben een signalerende functie en schakelen bij acute situaties snel door naar GGZ, huisarts of psycholance. Privacywetgeving en onduidelijkheid over rolverdeling vormen belemmeringen. Er is geen coördinator of regievoerder bij suïcidaliteit, waardoor verantwoordelijkheden soms niet helder zijn. Samenwerking met medische partijen (huisarts, SEH, ziekenhuis) wordt vaak als lastig ervaren. Betrokkenheid van naasten is wenselijk, maar in de praktijk vaak moeilijk door gevoelens van schaamte of weigering door inwoners/cliënten.

Knelpunten

- Samenwerking is niet structureel ingebed; afspraken en gezamenlijke visie ontbreken.
- Privacywetgeving maakt informatie-uitwisseling lastig en leidt tot terughoudendheid.
- Onduidelijkheid over regie en verantwoordelijkheden bij suïcidepreventie.
- Beperkte betrokkenheid van medische partijen en gemeente; eilandjescultuur.
- Geen gedeelde infrastructuur voor informatie-uitwisseling.
- Betrekken van naasten lukt vaak niet doordat inwoner/cliënt het niet wil en/of er sprake is van gevoelens van schaamte.

Positieve punten

- Ad hoc samenwerking wordt als inwoner/cliëntgericht ervaren.
- Er is bereidheid om samen te werken en commitment bij de aanwezige partijen.
- Risicokaarten vanuit de methodiek Krachtwerk worden gebruikt binnen Wender.
- Maandelijkse overleggen in de regio bieden kansen voor netwerkvorming.

Focusgroep 2: Wijkkracht en netwerk

Samenwerking verloopt vooral op casusniveau en is afhankelijk van korte lijnen en persoonlijke contacten. Structurele afspraken en een breed gedragen visie ontbreken voor het grootste deel. Er zijn wel prestatieafspraken en MDO's, maar geen convenanten specifiek voor suïcidepreventie. Privacywetgeving maakt informatie-uitwisseling lastiger. De regie ligt vaak bij Wmo of GGZ, maar is niet altijd duidelijk. Betrokkenheid van naasten is belangrijk, maar in de praktijk lastig door gevoelens van schaamte of weigering door inwoners/cliënten. De agrarische doelgroep blijkt een kwetsbare gemeenschap die moeilijk bereikbaar is. In de focusgroep wordt vanuit de agrarisch coach aangegeven dat zij veel loketten ervaren en een gebrek aan erkenning.

Knelpunten

- Geen structurele samenwerking of protocol voor suïcidepreventie; beleid is versnipperd.
- Privacywetgeving en AVG belemmeren soepele informatie-uitwisseling.
- Onduidelijkheid over regie en rolverdeling tussen partijen.
- Beperkte betrokkenheid van medische partijen (huisartsen, POH-GGZ) en moeizame terugkoppeling.
- Weinig aandacht voor specifieke doelgroepen zoals agrariërs; projectfinanciering onzeker.
- Betrekken van naasten lukt vaak niet door gevoelens van schaamte en/of afhouden van hulp door inwoner/cliënt.

Positieve punten

- Korte lijnen en bereidheid tot samenwerking op casusniveau.
- Gezamenlijke initiatieven zoals zorgtafels en Meldpunt Zorgwekkend Gedrag.
- Wmo-consulenten en wijk-GGD hebben suïcidepreventietraining gevolgd.
- Agrarische coaches bieden laagdrempelige, snelle hulp zonder wachtlijsten.
- Interne reflectie en casuïstiekbesprekingen zijn aanwezig.

Beleidsmatig

Aan het focusgroepgesprek over beleid bij suïcidepreventie van mannen van middelbare leeftijd namen vier medewerkers van Wijkkracht en vijf medewerkers van Wender deel.

Binnen Wijkkracht ontbreekt, zoals eerder genoemd, een expliciet thema suïcidepreventie in het beleidsplan. Er zijn wel eerdere pogingen gedaan, maar structureel beleid en protocollen ontbreken. De organisatie wil meer kennis in huis halen en werkt aan verbinding met gezondheidsnetwerken en medische zorg, met nadruk op normaliseren en herstel van het gewone leven. Aandacht voor context en mantelzorg in beleid wordt belangrijk genoemd.

Bij Wender is er sinds september 2024 een beleidsdocument, maar dit is nog onvoldoende geïmplementeerd en lijkt een beetje stil te liggen. Dit komt mede doordat gewacht wordt wat er in gemeentelijke wettelijke kaders gaat gebeuren. Trainingen zijn beschikbaar maar niet verplicht, en de aandacht voor suïcidepreventie krijgt vaak minder prioriteit dan dagelijkse problematiek. Ook is er weinig financiële ruimte om trainingen in te kopen.

Beide organisaties hanteren vooral een reactieve houding: signaleren, ondersteunen en doorverwijzen naar gespecialiseerde hulp zoals ggz of 113.

Knelpunten

- Er zijn geen vaste protocollen of stappenplannen; handelen gebeurt ad hoc en is afhankelijk van de professional.
- Het betrekken van naasten is wel onderdeel van de werkwijze, maar niet altijd structureel vastgelegd in beleid.
- Er is behoefte aan duidelijkere richtlijnen voor doorverwijzing, veiligheidsplannen en opvolging na incidenten.
- Trainingen zijn vaak op vrijwillige basis en niet organisatiebreed verplicht.
- Implementatie van bestaand beleid stagneert door gebrek aan tijd, middelen en afstemming met gemeentelijke kaders.
- De zichtbaarheid richting mannen van middelbare leeftijd wordt als beperkt ervaren; er is geen actief wervingsbeleid en deze doelgroep meldt zich vaak laat of helemaal niet.

Positieve punten

- Wender beschikt over een signaleringsplan en heeft werkprocessen waarin het betrekken van naasten en een multidisciplinair overleg (met inwoner/cliënt en naasten) goed ingebouwd zijn.
- Beide organisaties erkennen het belang van samenwerking met ketenpartners en zoeken aansluiting bij bredere netwerken voor mentale gezondheid.
- Er is aandacht voor het normaliseren van gesprekken over suïcidaliteit en het kennen van de grenzen van de eigen expertise.

Conclusie

Concluderend worden bij de verschillende perspectieven zowel knel- als positieve punten benoemd door professionals uit het sociaal domein. Op het niveau van inwoner/cliënt en huishouden wordt duidelijk dat openheid, maatwerk en aandacht voor de leefwereld essentieel zijn, maar dat netwerk-betrokkenheid en het bereiken van mannen nog onvoldoende systematisch wordt opgepakt. Binnen het methodisch handelen is zichtbaar dat suïcidaliteit nog niet consequent is ingebed in bestaande methodieken en werkprocessen, waardoor handelen afhankelijk blijft van individuele professionals en behoefte bestaat aan meer uniformiteit, scholing en een gezamenlijke taal. Vanuit het organisatorisch perspectief valt op dat de samenwerking tussen partijen voornamelijk ad hoc plaatsvindt en wordt belemmerd door onduidelijke verantwoordelijkheden en privacyvraagstukken. Er is behoefte aan structurele afspraken, regie en een gedeelde visie om signalering, doorverwijzing en nazorg te versterken. En op beleidsniveau blijkt dat suïcidepreventie nog onvoldoende expliciet is opgenomen in beleid en protocollen. Organisaties werken vooral reactief, terwijl duidelijke richtlijnen, verplichte scholing en meer zichtbaarheid richting de doelgroep nodig zijn om suïcidepreventie duurzaam te borgen.

Aan deze inzichten wordt in de komende hoofdstukken het perspectief van mannen met ervaring met suïcidaliteit en het perspectief van nabestaanden toegevoegd. Samen zullen ze leiden tot een aantal aanbevelingen ter versterking van de rol van het sociaal domein in suïcidepreventie bij mannen van middelbare leeftijd.

3 Mannen met ervaring met suïcidaliteit

In dit hoofdstuk worden de inzichten weergegeven die zijn verkregen uit gesprekken met mannen van middelbare leeftijd met ervaring met suïcidaliteit. Deze gesprekken bieden perspectief op hun persoonlijke ervaringen met suïcidale ideatie en de betekenis die zij toekennen aan suïcidepreventie. Door hun verhalen en reflecties wordt niet alleen duidelijk welke factoren bijdragen aan het ontstaan en verergeren van suïcidale gedachten, maar ook welke omstandigheden, ondersteuning en interventies als steunend of helpend worden ervaren. Het opnemen van deze ervaringen met suïcidaliteit is van groot belang voor het versterken van suïcidepreventie. Het biedt aanknopingspunten voor professionals en beleidsmakers om interventies beter af te stemmen op de doelgroep en om integraal werken concreet vorm te geven. Dit hoofdstuk vormt daarmee een belangrijke schakel tussen de theoretische kaders van suïcidepreventie en de praktijkervaringen van degenen die zelf met suïcidale ideatie worstelen.

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de deelvragen:

- Welke ervaringen en behoeften geven mannen met ervaring met suïcidaliteit aan ten aanzien van signalering, bespreekbaarheid en aanpak van suïcidaliteit binnen het sociaal domein?
- Welke wensen en aanbevelingen voor verbetering van integraal werken aan suïcidepreventie komen naar voren uit de perspectieven van mannen met ervaring met suïcidaliteit?

3.1. Ervaringen en behoeften van mannen die bekend zijn met suïcidaliteit

Deze paragraaf beschrijft de ervaringen en behoeften van mannen die bekend zijn met suïcidaliteit. Op basis van de interviews wordt zichtbaar hoe uiteenlopende levensomstandigheden, persoonlijke geschiedenis en eerdere contacten met hulpverlening hun ervaringen vormgeven. Daarnaast wordt een beeld geschetst van wat deze mannen nodig hebben aan ondersteuning, nabijheid, continuïteit en erkenning.

Achtergronden van de suïcidaliteit

De achtergronden van de suïcidaliteit onder de respondenten zijn divers. Bij drie van de vier mannen speelt suïcidaliteit in verschillende episodes gedurende hun leven. Eén respondent geeft aan dat hij één suïcidale periode heeft gekend. Bij alle respondenten komen meerdere omstandigheden samen die hebben bijgedragen aan een als ondraaglijk ervaren situatie. Hierbij valt te denken aan

financiële zorgen, het ontbreken van een vaste woon- of verblijfplaats, complexe of conflictueuze familierelaties, traumatische jeugdervaringen (zoals pesten of huiselijk geweld) en psychische problemen. Deze factoren blijken vaak in samenhang aanwezig en versterken elkaars impact op het suïcidaal lijden. De gesproken mannen geven inzicht in de belemmeringen die zij tegenkomen bij het zoeken naar hulp. Tegelijkertijd benoemen zij welke vormen van begeleiding, contact en praktische steun voor hen van waarde zijn geweest. Daarmee dragen hun visies bij aan een beter begrip van de specifieke behoeften van mannen van middelbare leeftijd binnen het sociaal domein.

Er hebben interviews plaatsgevonden met vier mannen, onder wie twee veertigers en twee vijftigers. Deze mannen maken gebruik van verschillende vormen van ondersteuning. Het gaat hierbij om 1) ambulante begeleiding; 2) ondersteuning vanuit het wijkteam; 3) geestelijke gezondheidszorg; 4) zelfregie en herstelinitiatief.

Ervaringen met de geboden hulp

De vier respondenten hebben allemaal ervaring met een vaste, langdurige contactpersoon binnen de hulpverlening. Daarnaast hebben zij ook ervaring met personele wisselingen in de geboden ondersteuning. De continuïteit van één vaste professional beschrijven zij allemaal als positief. Elementen van goede ondersteuning zijn volgens hen het bespreekbaar maken van suïcidaliteit, het bieden van ruimte voor eigen regie en oog houden voor de juiste nabijheid. Het belang van het ervaren van een samenwerkingsrelatie met de professional blijkt ook uit het volgende citaat:

“ De hulpverleenster die ik had toen bij de laatste crisis [...] heeft het daar zelf ook wel lastig mee gehad. In zoverre dat er uiteindelijk iemand bijgetrokken is en dat ze afwisselend mij even spraken zeg maar. Maar dat is ook één van de beste die ik misschien gehad heb, maar daarna ben ik dus wat terughoudender geweest vooral [...] door haar niet op die manier te willen belasten. Maar dat is niet de goeie manier om hulp te vragen. [...] Maar dat, dat werd voor haar zwaar, dus daar hebben ze er iemand bij getrokken. Op zich goed opgelost ja.”

■ Man bekend met suïcidaliteit

Het belang van een vaste contactpersoon en constructieve samenwerkingsrelatie wordt in dit onderzoek onderschreven door de vier respondenten.

In contact komen (en blijven) met anderen

Een belangrijke bevinding uit de gesprekken is het belang van sociale verbinding, lotgenotencontact en het behouden van regelmatige interactie met anderen. De respondenten geven verschillende voorbeelden waaruit de meerwaarde blijkt van dit contact met anderen, juist ook op de momenten dat zij weinig hoop hadden. Tijdens een gesprek verwoordt één van de mannen dit als volgt:

“ **Bij de dagopvang in [stad] hebben ze oud cliënten die daar rondlopen en dat is een heel goed voorbeeld voor de nieuwe cliënten. Want daar krijg je interactie. Ja, en dan zie je dat je eruit kunt komen en dat het ook anders kan gaan. Als je alleen tussen je eigen wereldje zit en je hebt geen mensen om je heen die het gemaakt hebben, die er uitgekomen zijn. Dan heb je een heel andere indruk. Ja, dus dat samenvoegen is heel prettig. Ja ja, want dan heb je voorbeelden, het kan ook anders.**”

■ Man bekend met suïcidaliteit

Een andere respondent werd vanuit zijn ambulant begeleider geadviseerd om deel te nemen aan de inloopvoorziening waar gekookt wordt. Hij benadrukt de betekenis van dit contact met anderen vanuit gelijkwaardigheid:

“ **De mensen die daar zijn hebben ook een bepaalde kwetsbaarheid, ook psychisch of autist of ex-alcoholist. Je kan daar je verhaal ook kwijt, het is daar veilig. Niemand kijkt raar op van wat je zegt”. [...]** “Daar wil ik graag naar toe, dat is leuk. Ik kom er wel eens binnen: ‘Hey .. Hoe gaat het?’ en dan zeg ik ‘niet zo goed maar ik ga hier toch naar toe!’, dan voel je je alweer iets beter. En dan zeggen ze ‘Klasse ...’”

■ Man bekend met suïcidaliteit

Voor een derde respondent is herkenning een belangrijke factor. Hij praat liever met mensen die soortgelijke ervaringen hebben dan met zijn eigen netwerk en is daarvoor bij Ixta Noa (zelfregie en herstel) terecht gekomen. Hij waardeert dat er gericht over moeilijke onderwerpen wordt gesproken en dat er voor hem vaste gezichten aanwezig zijn. Ook hier is een inlopmogelijkheid waarbij deze respondent het vooral fijn vindt om er gewoon bij te zitten en te luisteren naar de gesprekken.

Bespreekbaar maken van de suïcidale gedachten

Het belang van het bespreekbaar maken van suïcidale gedachten zit mogelijk in de taboesfeer voor de inwoner/cliënt zelf, diens omgeving of de hulpverlener zelf. De wijze waarop dit gebeurt vraagt enerzijds om een breed gedragen aanpak binnen teams en anderzijds dat het bespreekbaar maken van eventuele suïcidale gedachten minder persoonsafhankelijk wordt. Dit vraagt om een gerichte aanpak en houding van de professional. Respondenten benadrukken het belang van openheid en vertrouwen in de hulpverlenersrelatie. Daarbij is het essentieel dat suïcidale gedachten op laagdrempelige wijze besproken kunnen worden binnen de ondersteuning en dat het thema al gauw genormaliseerd wordt. Eén van hen verwoordt dit als volgt:

“ **Maar het belangrijkste in zulk soort hulpverlening als hier is, is durven het bespreekbaar te maken. En benader het zonder te veel spanningen en te voorzichtig te willen zijn. Wees daar directer in. Maar ook losser en benader het gemakkelijker alsof het. Nou ja, wat heb je vanochtend op je brood gehad? En nog zelfmoordgedachten? En het moet. De lading moet er af. Ja, stigma moet eraf want dat is normaal voor iemand die ermee te dealen heeft. En dus moet het ook voor de hulpverlening normaal zijn.**”

■ Man bekend met suïcidaliteit

Deze respondent onderstreept ook dat het bespreekbaar maken van suïcidaliteit om training en herhaling vraagt wil een professional het zich meer eigen kunnen maken. Suïcidaliteit is een onderwerp dat vanaf het begin van professionele opleidingen een structureel onderdeel zou moeten zijn:

“ **Maak het bespreekbaar is ook geen nieuws, maar het is wel mijn ervaring dat dat helpt. En dat begint echt vanaf dag één in de opleiding. Misschien zelfs in het voorlichten van studenten, van als je deze opleiding gaat doen is suïcidaliteit een onderwerp. [...]** En het moet ook een rode lijn door zo'n opleiding worden en niet een half les blok en klaar. **Maatschappelijke voorlichting moet beter en uitgebreider. Maar dat valt allemaal onder 'maak het bespreekbaar voor alles en iedereen'.**”

■ Man bekend met suïcidaliteit

Het bespreekbaar maken van suïcidaliteit is essentieel omdat het ruimte creëert voor openheid, erkenning en tijdige ondersteuning. Wanneer inwoners/cliënten openheid ervaren, neemt de kans toe dat zij hun gedachten en gevoelens delen, wat cruciaal is voor het inschatten van risico's en

het bieden van passende hulp. Het is dan ook noodzakelijk dat hulpverleners zichzelf vertrouwd maken met het bespreken van eventuele suïcidaliteit. Door deze onderwerpen niet uit de weg te gaan, doorbreken zij schaamte en stilte, en dragen zij bij aan een veilige omgeving waarin kwetsbaarheid mogelijk is. Dit vraagt om professionele vaardigheden, reflectie en oefening, zodat hulpverleners met vertrouwen en zonder oordeel het gesprek kunnen aangaan.

Openheid en vertrouwen

Bij het bespreekbaar maken van suïcidaliteit bleek al hoe belangrijk de basis van openheid en vertrouwen tussen inwoner/cliënt en hulpverlener is. Dit gaat verder dan het thema suïcidaliteit op tafel krijgen. De respondenten geven aan dat vertrouwen en openheid voor hen gaat over oprechte aandacht en erkenning. Een respondent geeft aan dat vertrouwen in de geboden hulp pas ontstond toen de klinisch psycholoog zijn problematiek daadwerkelijk begreep en erkenning gaf:

“ **Daarvoor eigenlijk alle hulpverlening niet omdat dat was geëindigd en op straat komen te staan en zulk soort gedoe, ja, het niet serieus nemen want te jong om depressief te zijn, zulk soort dingen dus. De ervaringen waren niet fantastisch. Daar put je geen vertrouwen uit. Pas vanaf het moment dat het ook daadwerkelijk erkend werd. Dat ik me serieus genomen voelde. Dat mijn klachten werden erkend wel.**”

■ Man bekend met suïcidaliteit

Over dit belang van vertrouwen geeft een andere respondent aan dat hij in het verleden weleens contact had met een ondersteuner met wie hij eigenlijk geen klik voelde. Uiteindelijk koos hij ervoor om dat wel aan te kaarten:

“ **Je moet de begeleider in elk geval vertrouwen anders wordt het niks. Dan heb je het idee dat je haar voor de gek houdt, maar dan houd je echt jezelf voor de gek.**”

■ Man bekend met suïcidaliteit

Openheid en vertrouwen gaat over een wisselwerking tussen inwoner/cliënt en professional. Daarbij dient de professional zoveel mogelijk gericht te zijn op het geven van regie aan de inwoner/cliënt. Vanuit het daadwerkelijk maken van contact op deze manier ervaart een respondent dit echt als een andere insteek dan die hij tot dan toe gewend was in de maatschappelijke opvang. Hij vertelt over een arts die met hem sprak over zijn marihuana gebruik:

“ **En als het je helpt moet je dat doen”. Dat gaf vertrouwen. En ik kon dingen bij hem regelen, het andere eten. Hij faciliteerde. Dat kon ik via hem regelen. Dan krijg je een andere insteek.**”

■ Man bekend met suïcidaliteit

Openheid en vertrouwen zijn de kern voor het bieden van effectieve ondersteuning. Zonder een gevoel van veiligheid en openheid zullen inwoners/cliënten minder geneigd zijn om persoonlijke ervaringen, zorgen of kwetsbaarheden te delen. Juist die openheid is nodig om een goed beeld te krijgen van de situatie en om passende ondersteuning te bieden. Daarom is het essentieel dat hulpverleners actief investeren in het opbouwen van deze relatie en hier de tijd voor nemen.

Aandacht voor naasten

Het belang van aandacht voor naasten in hulpverleningstrajecten is groot omdat zij vaak een belangrijke rol spelen in het leven van inwoners/cliënten. Naasten kunnen steun bieden, signalen opvangen en een rol spelen in iemands herstelproces. Toch weten we ook dat inwoners/cliënten het betrekken van naasten soms afhouden om verschillende redenen. In de focusgroep bleek ook dat sommige inwoners/cliënten in de maatschappelijke opvang aangaven zo in de overlevingsmodus te zitten dat zij nog niet klaar waren voor contact met naasten.

In de interviews bleek dat er vanuit de organisaties waar de mannen ondersteuning ontvingen soms wel een aanbod was voor het welzijn van naasten maar dat er van structurele betrokkenheid van een naaste binnen de ondersteuning nog geen sprake was. Zo gaf een respondent aan dat er vanuit de GGZ-instelling en de begeleid wonen organisatie aandacht is voor zijn familieleden, vrienden en burens, indien zij daar behoefte aan hebben. Zo worden onder andere naaste-avonden georganiseerd waar zij hun verhaal kunnen delen en informatie ontvangen.

Een andere respondent ervaart dat de aandacht voor het welzijn van zijn naasten beperkt is. Ook geeft hij aan dat dit in mindere mate onderwerp van gesprek is in het contact met zijn ambulante begeleider. Zijn zus ontvangt geen ondersteuning, terwijl voor zijn moeder wel aandacht is vanwege haar eigen ondersteuningsbehoefte.

Ook geeft een respondent aan dat een reden voor hem om zijn naasten zo min mogelijk te betrekken is dat hij hen niet wil belasten met zijn problemen. Bij de maatschappelijke opvang had hij zijn zus wel als contactpersoon doorgegeven maar hij geeft aan dat hij geen behoefte heeft om mensen uit zijn eigen omgeving er meer te bij betrekken. Dat zou hooguit gelden voor de vriendin en zijn moeder, maar hen probeert hij zoveel mogelijk te ontlasten.

Het betrekken en zo mogelijk ook ondersteunen van naasten is dus om twee redenen van belang. Enerzijds ontstaat er door naasten actief en structureel te betrekken een breder en completer beeld van de situatie en kan dit helpen om iemands netwerk te versterken. Tegelijkertijd worden naasten zelf ook geraakt door de problematiek en kunnen zij zorgen, machteloosheid of overbelasting ervaren. Het erkennen en ondersteunen van naasten draagt er zo aan bij dat zowel de inwoner/cliënt als zijn netwerk beter in staat worden gesteld om met de situatie om te gaan.

Oog hebben voor financiën en bestaanszekerheid

Geldzorgen en bestaansonzekerheid kunnen van grote invloed zijn op iemands gevoel van perspectief en mentale gezondheid. Het is belangrijk dat hulpverleners oog hebben voor financiën en bestaanszekerheid. Schulden, armoede of financiële onzekerheid kunnen leiden tot stress, schaamte en een gevoel van uitzichtloosheid. Deze gevoelens kunnen suïcidale gedachten versterken of zelfs mede veroorzaken. Een respondent zegt bij zichzelf en anderen om zich heen het volgende te herkennen:

“Een gevolg of een oorzaak is altijd financiën. Ik heb hele goede ervaringen met bewindvoering en mensen die ik goed ken hebben dat ook. Dat geeft ze rust want [...] in het begin heb je altijd te weinig geld, maar op een gegeven moment heb je rust en ben je daar niet meer angstig voor.”

■ Man bekend met suïcidaliteit

Ook noemt hij de mogelijke rol van de professional in voorlichting over voorzieningen en mogelijkheden bij geldzorgen:

“Ja, en heel vaak zijn die financiële problemen wel oorzaak of gevolg. [...] “Veel cliënten weten niet dat het mogelijk is om de financiële situatie te bevroren. Dat gebeurt bij gemeentes wel, dat is wel belangrijk.”

■ Man bekend met suïcidaliteit

Een andere respondent noemt vooral de zorgen en mogelijke trigger tot suïcidaliteit die hij heeft over zijn uitkering omdat deze binnenkort opnieuw beoordeeld moet worden. Zijn werkgever wilde dat hij een IVA uitkering kreeg maar UWV zegt dat er misschien kans is op verbetering. Dit geeft veel spanning en stress en uit zich bij respondent in lichamelijke klachten:

“Ik kreeg laatst een brief van het UWV dat mijn uitkering veranderde. Nou verandering kan ik helemaal niet tegen want er was helemaal niks aan de hand. Toen werd ik gebeld door een ex werkgever, een uitzendbureau, [...] Die zei “je krijgt binnenkort een gesprek met de bedrijfsarts”. Dus ik denk ik ben toch overal vanaf, ik ben allang afgekeurd. Zo’n brief en gesprek dat wekt iets op. Er zit ook onzekerheid aan vast, wat gaan ze doen?”

■ man bekend met suïcidaliteit

Door altijd aandacht te besteden aan de financiële situatie van een inwoner/cliënt, kunnen hulpverleners risicofactoren eerder signaleren en beter begrijpen waar wanhoop vandaan kan komen. Daarnaast maakt het mogelijk om gerichte ondersteuning in te zetten, bijvoorbeeld door te verwijzen naar schuldhulpverlening of praktische ondersteuning te organiseren. Zo draagt aandacht voor financiën bij aan het verminderen van stress en het versterken van hoop en handelingsperspectief, wat essentieel is in het voorkomen van suïcidale gedachten.

3.2. Wensen en aanknopingspunten

Uit de gesprekken met mannen die te maken hebben (gehad) met suïcidaliteit, komen diverse aandachtspunten naar voren die van belang zijn voor het vormgeven van integrale zorg en suïcidepreventie binnen het sociaal domein. Hun ervaringen bieden inzicht in zowel de tekortkomingen als de mogelijkheden binnen de geboden ondersteuning.

Breng mensen in verschillende fases van het herstelproces samen

Mensen die verder zijn in hun herstel kunnen hoop en perspectief bieden door te laten zien dat verandering mogelijk is. Tegelijkertijd is deze vorm van contact al gauw gericht op gelijkwaardigheid en verbinding wat belangrijke componenten zijn voor mensen die te maken krijgen met een isolement. Twee respondenten noemen expliciet het belang van lotgenotencontact of interactie met mensen die wat verder in hun proces zijn als voorbeeld en bron van hoop. Contact met lotgenoten en ervaringsdeskundigen wordt daarbij door één respondent als laagdrempeliger ervaren dan contact met eigen vrienden of familie.

Stimuleer het aangaan van contacten en ontmoeting

Het aangaan van nieuwe contacten kan op momenten dat het slechter gaat moeilijk zijn en tegelijkertijd wel helpen om het isolement te verkleinen. Een respondent geeft aan dat hij in de crisis-opvang bewust heeft besloten om te gaan inburgeren. Hij is toen vrijwilligerswerk gaan doen in het verzorgingshuis naast de crisisopvang.

Een andere respondent beschrijft het contact met zijn burens als steunbron. Vanuit therapie is hem geadviseerd om dit contact meer aan te gaan, ook als hij hulp nodig heeft:

“Daar hebben ze toen gezegd, ga naar de burens toe en vertel wat er aan de hand is. Ik moet zeggen ik ben bij de burens heel hartelijk ontvangen, dat scheelde enorm. Dus wat dat betreft is de buurt heel warm.”

■ Man bekend met suïcidaliteit

Verken samen hoe passende naastenbetrokkenheid eruitziet

Naastenbetrokkenheid blijkt ook in de interviews geen vanzelfsprekendheid. Vaak wordt er aan het begin van ondersteuning of in een intake wel geïnformeerd naar naasten of is een familielid een keer aanwezig bij een gesprek met de GGZ. Tegelijkertijd is het ook iets dat respondenten om verschillende redenen afhouden. Een respondent zegt hierover het volgende:

“Als het te dichtbij komt, dan durf ik dat niet meer te melden [...] als het fout gaat. Dan wordt het te persoonlijk. Dat had ik ook met die suïcidale gedachten, dat ik mijn vriendin niet wou belasten en mijn moeder niet. Dat is dan te dichtbij.”

■ Man bekend met suïcidaliteit

Het steeds op de agenda houden van passende naastenbetrokkenheid is van belang.

Werk vanuit een basishouding van vertrouwen en erkenning

Het opbouwen van vertrouwen in de hulpverlener komt voor alle vier de respondenten terug als belangrijke voorwaarde voor een goede samenwerkingsrelatie. Dit vertrouwen kan alleen ontstaan wanneer er ruimte is gemaakt voor oprechte aandacht en erkenning. Zonder een gevoel van veiligheid en openheid zullen inwoners/cliënten minder geneigd zijn om persoonlijke ervaringen, zorgen of kwetsbaarheden te delen. Juist die openheid is nodig om een goed beeld te krijgen van de situatie en om passende ondersteuning te bieden.

Een respondent vertelt over de maatschappelijke opvang en hoe hij hier ervaren heeft dat mensen in hun waarde gelaten worden. Daar spreekt opnieuw het belang van de basis van vertrouwen uit. Dat is volgens hem een grote kracht van zijn maatschappelijke opvang organisatie:

“En als ik het puur over [naam maatschappelijke opvang] heb, die hebben altijd mij benaderd uit, ze laten je hier in je waarde en ik denk dat dat de grote kracht is.”

■ Man bekend met suïcidaliteit

Maak suïcidaliteit bespreekbaar

Suïcidaliteit bespreekbaar durven maken is een belangrijk punt van aandacht. Voelen dat hier ruimte voor is in gesprekken begint al vanaf het eerste contact. De basis van vertrouwen is hierin een belangrijke voorwaarde, maar het direct aangeven dat ook dit onderwerp als optie op tafel ligt is noodzakelijk. Respondenten noemen dat hulpverleners het niet te voorzichtig moeten benaderen en het onderwerp niet door angst uit de weg moeten gaan.

“Wat ik hier vertel is allemaal op mezelf en hoe ik het had willen hebben. Of denk wat goed was. Maar ik denk niet zo snel dat je als hulpverlener of als familielid of wat dan ook, als vriend, als partner [...] iemand de drempel over helpt als die drempel over wordt gegaan. Dan was dat sowieso gebeurd. Die verantwoordelijkheid ligt uiteindelijk altijd bij de persoon zelf, denk ik”.

■ Man bekend met suïcidaliteit

Wees alert op iemands financiële situatie en bestaanszekerheid

Geldzorgen en financiële problemen kunnen een grote invloed hebben op iemands mentale gezondheid en het is van belang dat de hulpverlener hierbij extra alert is op mogelijke suïcidale gedachten. Door standaard aandacht te besteden aan de financiële situatie van een inwoner/cliënt, kunnen hulpverleners risicofactoren eerder signaleren en beter begrijpen waar de wanhoop vandaan komt. Daarnaast maakt het mogelijk om gerichte ondersteuning in te zetten, bijvoorbeeld door te verwijzen naar schuldhulpverlening of praktische ondersteuning te organiseren.

4 Nabestaanden

In dit hoofdstuk worden de inzichten weergegeven die zijn verkregen uit gesprekken met nabestaanden van mannen van middelbare leeftijd die door suïcide zijn overleden^[24]. De ervaringen en reflecties van nabestaanden maken duidelijk welke factoren volgens hen een rol hebben gespeeld in het ontstaan en verloop van suïcidale problematiek, en geven inzicht in de mate waarin hulpverlening en ondersteuning als toereikend of juist tekortschietend zijn ervaren. Hierdoor ontstaat een beeld van de uitdagingen en mogelijkheden voor suïcidepreventie bij mannen van middelbare leeftijd. Het hoofdstuk vormt daarmee een belangrijke schakel tussen persoonlijke ervaringen en de structurele opgave om integraal werken binnen het sociaal domein te versterken.

De volgende deelvragen worden in dit hoofdstuk beantwoord:

- Hoe ervaren nabestaanden de rol van het sociaal domein in de ondersteuning rondom suïcide van mannen van middelbare leeftijd, en welke verbeterpunten signaleren zij?
- Welke wensen en aanbevelingen voor verbetering van integraal werken aan suïcidepreventie komen naar voren uit de perspectieven van nabestaanden?

4.1. Ervaringen en behoeften van nabestaanden

Deze paragraaf beschrijft hoe nabestaanden de rol van het sociaal domein ervaren in de ondersteuning rondom de suïcide van mannen van middelbare leeftijd, en welke behoeften zij hebben.

Achtergronden van suïcide volgens nabestaanden

Volgens nabestaanden zijn de achtergronden van suïcide onder mannen van middelbare leeftijd divers. Vaak spelen er meerdere factoren in het leven, zoals psychiatrische problematiek, kwetsbaarheid en ingrijpende gebeurtenissen, die middels een complex samenspel bijdroegen in de uiteindelijke suïcide. Nabestaanden beschreven in een aantal gevallen dat de mannen hun problemen liever uit de weg gingen, om uiteenlopende redenen. In sommige gevallen hadden mannen het gevoel niet (langer) volwaardig mee te kunnen draaien in de maatschappij. Grote veranderingen zoals verlies van werk, woning, een scheiding en/of psychiatrische problematiek

droegen volgens nabestaanden bij aan het verergeren van de problematiek en (het ontstaan van) suïcidaliteit. Ondanks het belang van het tijdig signaleren van suïcidaliteit en het aanbieden van passende hulp, is het verloop van intensiteit van suïcidaliteit vaak grillig en komt de suïcide soms toch onverwachts.

Ervaringen met geboden hulp

Nabestaanden geven in vrijwel alle gevallen aan dat zij zowel positieve als negatieve ervaringen hebben met de geboden ondersteuning aan de man van middelbare leeftijd. De hulpverlening was primair gericht op de man zelf, waarbij laagdrempelig contact met professionals als prettig werd ervaren. Het werd bijvoorbeeld gewaardeerd wanneer een professional thuis langskwam voor gesprekken of 24/7 bereikbaar was, met name op moeilijke momenten.

De mannen waren vaak gesloten over hun gevoelswereld en/of niet goed in staat om onder woorden te brengen wat er met hen aan de hand was. Het hielp wanneer professionals uitleg gaven over de manier waarop zij reageerden en hen inzicht boden in terugkerende gedragspatronen. Het letterlijk inzichtelijk maken van situaties werd daarbij als ondersteunend ervaren. Een respondent zegt hierover:

“ Dat er werd uitgelegd waarom hij reageerde zoals hij reageerde, dus dat er situaties werden neergezet. Wat maakt dat ik zo explosief reageer. Wat doe ik met mezelf.”

■ Nabestaande

Volgens nabestaanden was het voor deze mannen belangrijk dat zij zich gehoord voelden en de hulp aansloot bij hun wensen en behoeften, bijvoorbeeld door concrete doelen op te stellen. Het hielp wanneer zij praktische tips kregen die ze konden toepassen in het dagelijks leven, zoals het opschrijven van gedachten, het nemen van tijd en het herhalen van eerder opgedane inzichten. Deze herhaling fungeerde als een herinnering dat het helpend kon zijn om hier actief mee aan de slag te gaan.

Tegelijkertijd geven nabestaanden aan dat de mannen het vaak moeilijk vonden om hulp te accepteren, zij moesten hier soms nadrukkelijk bij de man van middelbare leeftijd op aandringen. Mannen vonden het moeilijk om naar hun gevoelswereld te gaan en pijnlijke gebeurtenissen uit het verleden bespreekbaar te maken. Professionals konden hen echter motiveren door hen aan te spreken op hun verantwoordelijkheid, bijvoorbeeld in relatie tot hun gezin:

24 Van de vijf nabestaanden waren twee respondenten ouder van een jongvolwassen man, in plaats van een man van middelbare leeftijd. De betreffende jongvolwassen man had echter relevante ervaring met het ondersteuningsaanbod van het wijkteam, waardoor deze casus een waardevolle aanvulling vormde op de overige interviews.

- “ Maar er was 1 psychiater, dat was dus al veel eerder. Die heeft [naam] al eens eerder, toen was hij ook manisch. [...] Toen heeft die man [naam] een beetje aangepakt, van “je kan je niet altijd verschuilen achter je bipolariteit, ik weet dat je het bent maar je hebt ook [...] verantwoording aan je kinderen en je vrouw. Of je moet er nu voor kiezen dat je zegt, ik ga alleen wonen.” “Nee nee dat wil ik niet want mijn gezin is mijn alles”. “Dan moet je ook de verantwoording nemen, je kan je er niet altijd achter verschuilen.” Dat maakte iets in hem wakker, later niet meer maar toen wel. Dat is ook een aanpak, het moet in je zitten en je moet het aanvoelen.”
- Nabestaande

Samenwerking met naasten

Naast samenwerking tussen professionals werd in één casus de betrokkenheid van de politie als helpend ervaren, met name toen de man gedurende enkele dagen vermist raakte. Een nabestaande vertelt hierover als volgt:

- “ In depressieve periodes is de overledene ook eens een paar dagen vermist geweest. [Naam] heeft toen de politie gebeld. Die hebben toen geholpen met het doen van een oproep via social media en tips gegeven. Er kwam ook iedere dag even iemand langs om te checken. Na een aantal dagen lag [naam] weer op de bank. Toen is er opnieuw contact geweest met de politie en die hebben ons voor de schulden verwezen naar het wijkteam. Dit kon toen redelijk snel worden opgelost.”
- Nabestaande

In een andere situatie verliep volgens nabestaanden de samenwerking tussen professionals stroef, terwijl zij dat juist aangaven als een belangrijk element in de continuïteit van hulp. Nabestaanden beschrijven een gebrek aan structurele samenwerking en informatie-uitwisseling tussen hulpverlenende instanties. Er leek weinig tot geen overdracht plaats te vinden van dossiers, behandelgeschiedenis of eerdere inzichten.

- “ Overleggen met elkaar, navraag doen. Goh meneer zit nu bij ons, we weten dat hij zolang bij u in behandeling was. Dossiers overhandigen, weet ik het wat, inzicht in wat er al die jaren heeft gespeeld. Ik heb het gevoel alsof het allemaal onafhankelijke eilandjes zijn, bij [maatschappelijke opvang] kom je ook weer als nieuw.”
- Nabestaande

Andere respondenten noemden hierover:

- “ Via de huisarts hebben we opgebeld met dit is er gaande, maar je krijgt geen hulp. Het woord samenwerking, dan gaan mijn haren rechtop staan. Die is er niet geweest. Iedereen doet zijn eigen hokje, zijn eigen taak. Zo ver kan ik gaan, de afdelingsarts van het ziekenhuis ook, tot hier, [naam] wordt nu ontslagen en ik moet het loslaten. Dus de samenwerking die er wel was, is dat bij de koffieautomaat. Dat hij zei “je kan zelf ook een kind thuis verzorgen”, dat vond ik samenwerking, maar dat mocht je niet eens hardop zeggen.”
- Nabestaanden

Onvoldoende passende of vrijblijvende hulp

Volgens nabestaanden werd de ontvangen hulp door de mannen niet altijd als passend ervaren. Dit had betrekking op de inhoud en frequentie van de begeleiding, maar ook op de mate van vrijblijvendheid. Zo werd begeleiding soms als te beperkt of onvoldoende intensief gezien:

- “ Toen heb ik gevraagd [...] hoe gaat die begeleiding dan? Komen jullie 1 x in de week of 2 x in de week? Oh nee, als er 1 keer in de 14 dagen of 1 keer in de maand contact was. Ik keek daar zo van op. Het koken van hem wordt niet wat, het huis onderhouden werd niet wat. Dat wilden ze dan ook regelen dat er iemand voor kwam. Maar wat gebeurt er, [naam] neemt geen contact op. Ze konden hem wel bellen, maar hij was wel zo slim dat hij geen contact zocht. Toen hebben we een gesprek gehad bij [GGZ instelling] met [wijkteam mdw] en nog een, die zeiden “ja het is ons niet gelukt dat moeten we toegeven, we moeten nu maar afwachten hoe het verder gaat met [naam].”
- Nabestaanden

Nabestaanden schetsen een beeld waarin de aansluiting en continuïteit van hulpverlening tekort kunnen schieten, vooral in de kwetsbare beginfase van een traject. Hoewel er soms aanvankelijk intensieve ondersteuning wordt geboden (bijvoorbeeld na een suïcidepoging), kan deze relatief snel worden afgeschaald, terwijl de behoefte aan intensieve begeleiding juist nog groot is. Tegelijkertijd blijkt dat een broze motivatie, onderbrekingen in de zorg (zoals vakantie of ziekte) en persoonlijke drempels, bijvoorbeeld angst of vermijdingsgedrag, het risico vergroten dat hulp voortijdig stopt. Daarnaast speelt de afstemming van de hulpvorm een belangrijke rol: wanneer de aangeboden ondersteuning onvoldoende aansluit bij iemands behoeften of persoonlijkheid, kan dit leiden tot afstand of afhaken. Ook kan volgens nabestaanden een te hoge ervaren druk vanuit de hulpverlening averechts werken, doordat dit de emotionele belasting vergroot in plaats van verlicht.

“ **Dus uiteindelijk heeft hij wel ingezien van “ik moet iets, want dit gaat mij niet helpen in de relatie met mijn kinderen”. En dat heeft hij twee keer gedaan en toen werd de hulpverlener ziek en die ging op vakantie of andersom. Ja en toen dacht hij, maar dan hoef ik niet meer. Ja, het stopte en hij pakte de draad eigenlijk ook niet meer op. Ja, en dan belt zo’n hulpverlener eigenlijk ook niet terug. Nee, dat kan ik niet, of ja, maar ik moet gewoon werken. [...] Dus je moet daar ook tijd voor maken [als hulpverlener]. Dan moet je bij de baas aangeven, af en toe moet ik naar een gesprek. Ja maar die man was ziek. En dus wat deed hij? Niet meer gaan. Want het is hartstikke eng.”**

■ Nabestaande

Gemiste signalen en verlies van vertrouwen

Nabestaanden geven aan dat afwijkend gedrag, zoals een onverwachts emotioneel telefoontje of niet eerder gedane uitspraken over eenzaamheid, van de mannen achteraf gezien signalen bleken dat het niet goed ging. Deze signalen werden niet altijd (tijdig) herkend door professionals, waardoor naasten het gevoel hadden zelf te moeten ingrijpen en het vertrouwen in de hulpverlening afnam:

“ **En toen heb ik gebeld. Hebben jullie door dat het niet goed gaat met [naam]? Nee dat hadden ze nog niet door. Dan denk ik, hij komt hier, wij merken het direct. Dan heb je totaal geen vertrouwen meer in de zorg die geleverd wordt aan je zoon.” [...] “Daar mis ik heel erg iets in bij de psychiater. Want elk jaar dat hij het had, waren het dezelfde symptomen, dezelfde dingen die hij altijd deed, hetzelfde verhaaltje. Dan denk ik als je als psychiater, die man komt al zo lang bij hem, dan moet je toch denken hé nu moet ik het even in de gaten houden.”**

■ Nabestaanden

In één casus bleek dat de man niet langer deelnam aan de eetmomenten op de afdeling, terwijl hij daar eerder altijd trouw aanwezig was. Enkele dagen later bleek dat hij was overleden. Naast het missen van signalen voelden de mannen zich ook niet altijd gezien als persoon door de professional of ervaren zij onvoldoende aandacht voor de problematiek achter het gedrag. Een nabestaande zei hierover:

“ **In het algemeen kan je zeggen van de bewoners, je wordt niet gezien, dat is de rode lijn. [naam] zei zelf, ze zien mij niet.”**

■ Nabestaanden

Tegelijk waren signalen vaak moeilijk te herkennen doordat expliciete suïcide gerelateerde communicatie ontbrak: zorgen bleven indirect en de mate van hopeloosheid onbesproken. Ondanks contact en ogenschijnlijk vertrouwen van de man in de hulpverlening kwam de uiteindelijke suïcide voor zowel naasten als professionals onverwacht.

Behoefte aan betrokkenheid van naasten

Alle nabestaanden geven aan dat zij zich onvoldoende betrokken hebben gevoeld bij de geboden hulpverlening, terwijl zij daar wel behoefte aan hadden. Deze behoefte betrof niet alleen samenwerking in het tijdig signaleren van veranderingen in het welzijn van de man, maar ook het ondersteund worden in de thuissituatie. Naasten ervaren vaak een gebrek aan kennis over de psychiatrische problematiek, waardoor zij zich onvoldoende toegerust voelden om passend te reageren en aan te sluiten bij wat hij nodig had. Zij hadden behoefte aan psycho-educatie en aan handvatten om signalen van suïcidaliteit te leren kennen.

“ **Ik ging mee met gesprekken maar ik vond het eigenlijk, ik vond het niet... Ik heb wel eens gevraagd: kunnen we niet als gezin? Maar dat was er niet. Ik vind dat ze ons veel hebben laten zwemmen. Ook in de periode dat [naam] de eerste keer opgenomen is geweest en dat ik belde met dat ik met mijn handen in het haar zat, hoe gaat het nou met hem? En ik trek dat ook zo niet. “Nou dan gaat u toch van hem scheiden” was dan het antwoord. Nou laat maar.”**

■ Nabestaande

Het leven met een suïcidale man wordt als zwaar ervaren, waarbij naasten zoeken naar een balans tussen het ondersteunen van de man en het bewaken van hun eigen grenzen. Zo gaf een respondent aan behoefte te hebben aan praktische tips en één op één gesprekken, en graag betrokken te zijn geweest bij hulpverleningsgesprekken met haar ex-partner. Dit was echter nooit ter sprake gekomen. Haar inschatting was dat hij hiervoor open had gestaan, met uitzondering van manische periodes, waarin gesprekken volgens haar weinig zin hadden vanwege een gebrek aan realiteitsbesef.

“ **De mensen om de patiënt, laat ik maar even noemen. Om de patiënt heen betrokken raken in de hulpverlening. Ja, ik denk dat het wel goed is en misschien gebeurt het wel, maar dat ik het niet weet. Ik heb het niet ervaren.”**

■ Nabestaande

Naast de inhoudelijke betrokkenheid bij de hulpverlening aan de man, voelen nabestaanden zich niet gezien of gehoord in hun zorgen en kregen zij weinig tot geen aandacht voor hun eigen welzijn of dat van het gezin. Ondanks dat privacyregels werden gerespecteerd, zorgden deze regels tot beperkte communicatie en onduidelijkheid over het ziektebeeld en de situatie, waardoor naasten zich op afstand gezet voelden. Gebrek aan afstemming en openheid ging vaak gepaard met gevoelens van machteloosheid en schuld: naasten bleven achter met vragen over wat zij hadden kunnen doen of anders hadden moeten zien, zonder dat zij hierin voldoende ondersteuning of handvatten kregen.

“ **Ja, er werd niks mee gedaan. Nooit een belletje gehad van “goh hoe gaat het in het gezin, we willen ook graag jullie een keer zien”. [...] Helemaal pertinent afwezig, totaal geen ondersteuning. Maar dat heeft ook met de privacy te maken en ik snap een groot gedeelte ervan. Het heeft ook een groot goed, maar er zit ook een enorme valkuil in. Dat is er verkeerd gegaan.”**

■ Nabestaande

“ **Ja, dat raakt een stukje. Een stukje schuldgevoel van had ik iets kunnen doen? Had ik iets kunnen bijdragen aan zijn herstel, aan zijn gemoedstoestand? Had ik dingen anders kunnen doen? Heb ik iets niet gezien? Had ik daar tips bij kunnen krijgen? Ja, ja, dat denk ik dat ik dat jammer vind.”**

■ Nabestaande

Steun vanuit ervaringsdeskundigheid

Tot slot ervaren naasten doorgaans steun vanuit contact met ervaringsdeskundigen en/of door het verkrijgen van informatie over de problematiek. Als helpend werden onder andere familieavonden genoemd, evenals folders met informatie over psychiatrische aandoeningen en het raadplegen van boeken, congressen en initiatieven van stichtingen. Nabestaanden ervaren lotgenotencontact als waardevol, juist in specifieke gedeelde ervaringen zoals bij de suïcide van een naaste. Herkenning en wederzijds begrip kan als steunend worden ervaren.

“ **Stichting OOK, ouder overleden kind. Dat zijn eigenlijk dingen waar wij het meeste aan hebben, omdat je voelt... je hebt maar 1 of 2 woorden nodig om elkaar te begrijpen voor mensen die een kind hebben verloren. Maar er is ook een gespreksgroep geweest in [plaats], dat waren allemaal familieleden van mensen die dan door suïcide om het leven zijn gekomen. Dat is wel wat bijzonderder dan, elk kind dat je verliest is verschrikkelijk, maar als je met gelijkgestemde, want er waren 2 moeders bij die hetzelfde hadden als [naam] dan heb je zoveel herkenning aan elkaar. Dat is waar je het meeste aan hebt.”**

■ Nabestaande

4.2. Wensen en aanknopingspunten

Uit de gesprekken met nabestaanden van mannen die door suicide zijn overleden, komen diverse aandachtspunten naar voren die van belang zijn voor het vormgeven van integrale zorg en suicide-preventie binnen het sociaal domein. Hun ervaringen bieden inzichten in zowel de tekortkomingen als de mogelijkheden binnen de geboden ondersteuning.

Kijk naar persoonlijke kwaliteiten/mogelijkheden en bied perspectief en zingeving

Kijk naar de kwaliteiten van de persoon en sluit aan bij zijn mogelijkheden. Ga naast iemand staan en benader de persoon vanuit wat wél kan. Oprechte aandacht is daarbij essentieel in de begeleiding van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Leg binnen de zorg meer nadruk op het creëren van een veilige en warme omgeving, waarin inwoners/cliënten zich gehoord en begrepen voelen.

“Maar dat je ook die mensen sprak die hetzelfde hebben, ook psychotisch zijn, dat je zo weinig kameraadschap hebt. Een begeleider die de tijd voor je neemt, bij je gaat zitten, de warmte en liefde geeft, dat is wat ze nodig hebben. Dat er geluisterd wordt naar hun verhaal. Dat blijft heel essentieel.”

■ Nabestaanden

Heb oog voor de persoon en voor onderliggende problematiek

Kijk verder dan wat iemand letterlijk vertelt en besteed aandacht aan non-verbaal gedrag en de context van iemands leven. Ingrijpende gebeurtenissen, verlies van relaties, huisvesting of sociale steun, kunnen grote invloed hebben op gevoelens en gedrag. Door actief verbanden te leggen tussen het verleden en het huidige functioneren kunnen signalen eerder worden herkend en kan worden ingegaan op onderliggende problematiek.

“Ik was natuurlijk niet bij die gesprekken, maar ik denk dan wel kijk verder dan wat iemand je vertelt. Kijk naar iemand zijn houding. Misschien hebben ze dat ook wel gedaan, maar er is in zijn hele leven wat gebeurd, de kinderen wilden hem niet meer zien, het huis moest verkocht worden, hij had geen woonplek meer, vrienden keken op het laatst nauwelijks meer naar hem om. Misschien hem daar meer in triggeren dat het verdriet eruit komt. [...] Heel goed luisteren, ook luisteren achter de woorden die iemand zegt. Ook de dingen die er gebeuren in het verleden, dat je dan denk oh wacht eens even. Dat je lijntjes trekt en denkt, hey nu moet ik opletten.”

■ Nabestaande

Blijf actief in contact, ook wanneer iemand zich terugtrekt

Bij mensen met (een voorgeschiedenis van) suicidaliteit is het essentieel om het contact te blijven onderhouden, ook als zij zich terugtrekken uit het contact. Wees hierin zo nodig vasthoudend. Probeer continuïteit van hulp te waarborgen. Laagdrempelige en herhalende signalen van betrokkenheid kunnen helpend zijn en het gevoel versterken dat iemand er niet alleen voor staat.

“Dat ze eerder aan de bel trekken, dat ze eisen dat iemand er is of gewoon een briefje onder de deur “ik ben er, maar ik wil met rust gelaten worden”. Elke avond om 6 uur een briefje onder de deur ik noem maar wat.”

■ Nabestaande

Probeer niet alleen te spreken, maar ook oprecht te luisteren en vragen te stellen. Wanneer iemand het moeilijk vindt om in contact te blijven of open te spreken over wat er speelt, kan het helpen om laagdrempelige vragen te stellen om zicht te krijgen op het welzijn van de man. Daarnaast is het helpend wanneer er een open en veilige omgeving bestaat waarin gevoelige onderwerpen bespreekbaar zijn, zonder dat dit direct tot schrik of ongemak leidt.

“Het zou fijn zijn geweest als er mensen niet alleen met hem hadden gepraat, maar misschien ook een aantal dingen aan hem hadden gevraagd. Want soms, als je iets vraagt aan iemand van goh, hoe slaap jij de laatste tijd? Ja, slecht, weet je, dat kun je nog wel een keer zeggen, maar als iemand het niet aan je vraagt, begin je er vaak zelf niet over.”

■ Nabestaande

“ Als het bespreekbaar is en je weet dat het mag. Dat iemand niet direct denkt oh help, ik schrik me een ongeluk. Dat je dat ook bij iemand neer kan leggen die daar dan dus ook meer ervaring mee heeft. En dat dat dan niet bij je vrouw, partner, kind of buurvrouw buurman vriend hoeft te zijn.”

■ Nabestaande

Werk met één professional die overzicht heeft over alle betrokken hulpverlening

Het aanstellen van een regisseur of coördinator, zoals een casusregisseur vanuit de gemeente of bijvoorbeeld de huisarts, kan bijdragen aan samenhang en continuïteit in de zorg. Deze professional bewaakt het overzicht, stemt betrokken disciplines op elkaar af en zorgt voor een actueel persoonlijk dossier, zodat hulpverlening van elkaar weet wat ze doen en gezamenlijk het welzijn (en eventuele suïcidaliteit) van de man kan worden ingeschat.

“ Ja, ik denk wat jij zegt; een regisseur zou wel heel goed op zijn plek zijn. Een overkoepelend iets, of iemand. ... Maar dus de bedrijfspsycholoog, de praktijkondersteuner en de bedrijfsarts sprak die huisarts en coach. Als daar toch nog iemand bovenop had gezeten, die helemaal door heeft van wat wordt waar gedaan. Dat was wel goed geweest. Het zijn nu losse eindjes geweest.”

■ Nabestaande

Het kan hierbij gaan om een casusregisseur vanuit de gemeente, maar ook een andere professional zoals de huisarts:

“ Ja en wat gaan we dan doen en wie hebben we daarbij nodig? Dan denk ik dat hij daarbij ook wel een rol had kunnen spelen. [...] Dat er een persoonlijk dossier is van iemand dat je gewoon heel duidelijk ziet van hé, dit hebben we gedaan dat die is erbij betrokken.”

■ Nabestaande

Een casusregisseur kan daarnaast bijdragen aan het signaleren van suïcidaliteit en reflecteren op hoeverre de geboden hulp passend is.

“ Ze vangen allemaal signalen op, dus als je die bundelt. Ik wil niet zeggen, dan kun je het voorkomen. Er ontstaat een soort van totaalbeeld van hè, wat zie jij? Wat zie jij? Komen we tot dezelfde conclusie? Is dat de juiste hulp die ingeschakeld wordt? Moeten we iets anders doen? Maar ik wijs niet naar een ander. Helemaal niet. Maar ik denk ja, als het gebundeld had kunnen worden, dan waren we misschien wel een ander traject ingezet.”

■ Nabestaande

Betrek naasten structureel bij de hulpverlening en blijf zoeken naar mogelijkheden hiertoe

“ Ook wanneer de persoon zelf (nog) geen toestemming geeft voor directe betrokkenheid van naasten, is het belangrijk om te blijven zoeken naar alternatieve vormen van betrokkenheid. Dit betreft niet alleen informatie-uitwisseling over de geboden zorg, maar ook ondersteuning van naasten zelf, bijvoorbeeld tijdens opnames of in de thuissituatie. Hierbij kan het gaan om partners, kinderen, een ex-partner of andere belangrijke steunfiguren.

“ Begeleiding van naasten, hen niet laten zwemmen, maar ook bijvoorbeeld ten tijde van een eerste opname. [...] Contact zoeken, bellen, serieus nemen. Ook hun verhaal aanhoren. Begeleiding ook aan het gezin geven. Ik denk, hadden wij als gezin betere begeleiding gehad, dat het misschien allemaal helemaal niet was gebeurd want het ging van kwaad tot erger. Het had zoveel impact op ons gezin, ik durfde ook niet altijd aan de bel te trekken.”

■ Nabestaande

Het kan naast een partner hierin ook gaan om het betrekken van kinderen, een betrokken ex-partner of andere steunfiguren:

“ Dan zou ik als psychiater zeggen: is het goed dat ik contact opneem met uw vrouw/ex-vrouw? Ik kan me voorstellen dat hij dan zegt “nee dat wil ik niet”. Dan zou ik zeggen: zou ik dan contact opnemen met uw kinderen? Ik denk dat hij daar in normale omstandigheden ja op zou zeggen.”

■ Nabestaande

Bied naasten daarnaast laagdrempelige en informele ondersteuning.

Naasten hebben vaak behoefte aan erkenning, praktische informatie en contact met anderen in vergelijkbare situaties. Hulpverleners kunnen hierin faciliteren door naasten actief te verwijzen naar ervaringsdeskundigen, familieorganisaties, informatieavonden en toegankelijke materialen zoals boeken, tijdschriften of folders. Het is van belang dat deze informatie tijdig wordt aangeboden, bijvoorbeeld rond diagnosestelling of opname, zodat naasten zich minder zoekend en alleen voelen.

“ **Dat kwam ook van een blad Ypsilon. Daar waren we zelf lid van geworden, dat is een blad voor familieleden. Dat vond ik wel heel mooi, daar kon je dingen in lezen van wat is nou een psychose? Verschillende verhalen van ouders en moeders. [...] We hebben heel veel zelf opgezocht. Je bent zoekende in een woestijn.**”

■ Nabestaanden

Daarnaast geven naasten aan behoefte te hebben aan toegankelijke informatie die op het juiste moment wordt verstrekt, bijvoorbeeld tijdens een diagnosestelling of opname:

“ **Heel veel hebben we zelf opgezocht, ook omdat wij die familieavonden niet hadden Er is er toen 1 geweest die ons toen een beetje, voor mijn gevoel is dat mosterd na de maaltijd geweest, maar die vertelde wat het precies is als jonge mensen in een psychose zitten en wat ze aan begeleiding nodig hebben. Toen dacht ik goh, als we dat nou wisten. Toen kregen we ook nog folders mee waar wat in stond. Toen dacht ik, dat zouden ze bij de huisarts al neer moeten leggen.**”

■ Nabestaanden

4.3. Portretten

Aan de hand van de gesprekken met nabestaanden zijn vier portretten opgesteld van mannen die overleden zijn aan de gevolgen van suïcide. Deze portretten worden hieronder weergegeven.

4.3.1. Portret van Tony

Verteld vanuit de partner van Tony

Tony is opgegroeid in een strenggelovig gezin, waarbij zijn moeder veel last had van depressies en hij in de zorgstand stond voor zijn jongere broer. Het was moeilijk om van zijn ouders los te komen en Tony is na een suïcidepoging opgenomen geweest op de Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis (PAAZ). Ook had hij last van zowel manische als depressieve periodes, die vooral opspeelden na grote veranderingen zoals de geboorte van zijn oudste kind. Na het stichten van een eigen gezin, besloot Tony na een aantal jaren om verder te gaan met een man. Het wennen aan dit nieuwe leven kostte tijd en ging gepaard met een nieuwe depressie. Ondanks veel onbegrip in de omgeving vormden Tony en zijn partner, samen met de kinderen uit eerdere relaties, een gelukkig gezin. Een onzekere tijd brak aan toen kanker bij hem vastgesteld werd. Tony herstelde maar de Covid-19 periode was een nieuwe tegenslag. Het was een tijd waarin fysieke aanraking en verbinding, ook met de inmiddels volwassen kinderen, maar beperkt mogelijk was. Het in verbinding staan met anderen was juist zo belangrijk voor Tony. De tegenslagen stapelden zich verder op toen hij in 1 jaar tijd meerdere familieleden en zijn beste vriend verloor. Een arbeidsconflict en een rechtszaak leidden tot zijn vertrek uit de organisatie waarvoor hij zich altijd met hart en ziel had ingezet. Hierdoor verloor Tony het vertrouwen in zijn medemensen en de controle over de situatie. Ondanks dat hij probeerde om de draad snel weer op te pakken, trok hij steeds vaker de zin van het leven in twijfel en lukte het niet meer om te relativieren. Tony zag niet meer dat er veel mensen waren die hem steunden. Hij gleed de laatste weken voor zijn overleden verder af waarna hij overleed aan de gevolgen van suïcide.

Eigenschappen en karakter van Tony

Familie, vrienden en collega's omschreven Tony als een warme, empathische man die meer oog had voor anderen dan zichzelf. Hij was een workaholic met een leidinggevende positie binnen een grote organisatie. Tony hield van wandelingen en vakanties, maar vooral zijn werk was zijn lust en zijn leven. In het contact met anderen vond hij openheid en eerlijkheid belangrijk en hij was bij veel mensen geliefd. Het in verbinding staan met andere mensen, fysieke aanraking en oog hebben voor elkaar gaf Tony levensgeluk. Maar Tony was ook neurotisch en een perfectionist pur sang; alles moest een 11 zijn. Hij kon er moeilijk mee omgaan als in zijn ogen iets niet klopte.

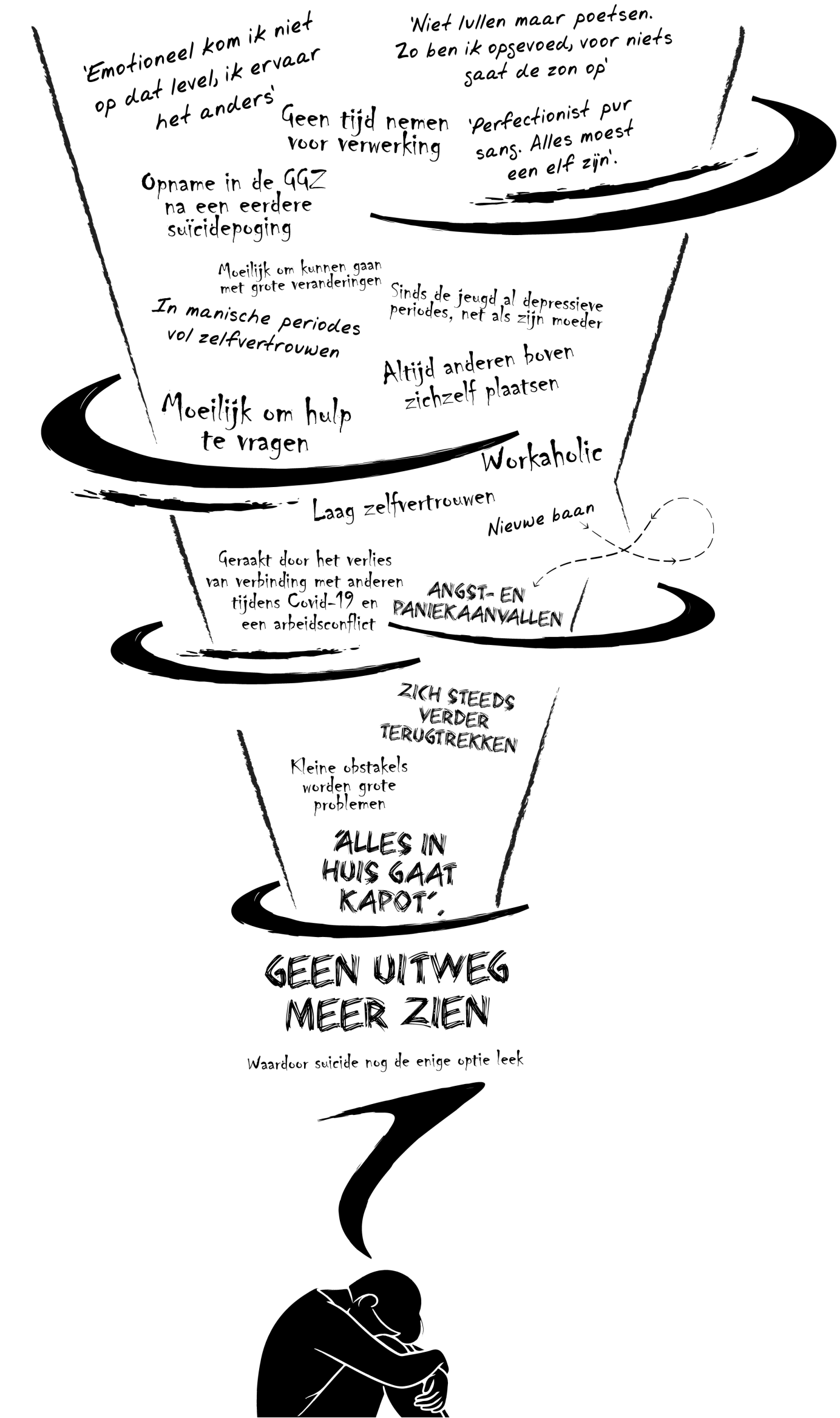
Hij vond het moeilijk om bij zijn gevoel te komen, want dat was eng en spannend. Gevoelens benaderde Tony rationeel en tegenslagen parkeerde hij zonder tijd te nemen voor verwerking. Daarover zei Tony 'niet lullen maar poetsen'.

Ziektebeeld/achtergrond van problemen

De depressieve periodes volgden veelal op grote veranderingen in het leven van Tony. In deze depressieve periodes heeft hij ook drie keer een suïcidepoging gedaan. Tony gaf aan dat hij anders dan anderen was en hierin gaf hij aan niet dicht bij zijn gevoel te kunnen komen. Hij zocht hiervoor naar een rationele verklaring en door geen aandacht te besteden aan zijn verdriet, probeerde hij direct van 'rood' naar 'groen' te gaan. Tony voelde zichzelf ook snel tot last en hij haalde zichzelf onnodig naar beneden, bijvoorbeeld door het gebruik van antidepressiva te zien als falen. Vooral in depressieve periodes had hij een laag zelfvertrouwen. Tijdens manische periodes was dit anders; dan zag hij er anders uit, hij liep anders, als een stoere rockster blakend van het zelfvertrouwen. De drang naar controle en zijn perfectionisme kon Tony in de weg zitten: zijn blouses strak opgevouwen, allemaal op kleur, dat kostte veel tijd. Er ging veel energie naar anderen, maar aandacht voor zichzelf nemen was moeilijk. Naar aanleiding van het arbeidsconflict ervaaarde Tony dat veel mensen die hij kende via werk geen contact meer met hem zochten. Dat zijn collega's hem uit het oog verloren heeft Tony erg geraakt, aangezien hij het juist zo belangrijk vond om altijd oog te hebben voor anderen. Hij deed nog een poging bij een nieuwe werkgever aan de slag te gaan, maar het lukte niet meer. Angst- en paniekaanvallen namen de overhand en Tony trok zich steeds meer terug. Voor Tony werden kleine dingen een steeds groot probleem; 'alles in huis gaat kapot'.

Ontvangen ondersteuning

In zijn leven heeft Tony meerdere vormen van ondersteuning gehad. Een opname op de PAAZ volgde na een suïcidepoging. Daar leerde Tony zich meer los te maken van het vroegere gezinssysteem. Ook daarna bleef er middels systeemtherapie aandacht om gedrag dat niet helpt te veranderen. Naast professionele hulp zocht hij zelf naar verdieping in het omgaan met zijn perfectionisme, door er bijvoorbeeld boeken over te lezen. De huisarts schreef hem antidepressiva voor en hij verwees Tony ook door naar de juiste hulpverleners. In de laatste jaren had Tony hulp vanuit de praktijk ondersteunende huisarts GGZ (POH-GGZ), een bedrijfsarts vanwege ziekmelding op het werk en een coach. Vooral de hulp van de coach was belangrijk voor Tony: vanwege de suïcidaliteit mocht hij haar 24/7 bellen of appen, wat hem heel goed deed. Deze hulp ervaaarde hij ook anders dan eerder vanuit de PAAZ. De coach gaf Tony tips, zoals een stoplicht om zijn gedrag te snappen, uitleg over hoe gewoonten tijdens zijn jeugd in het heden nog invloed hadden en uitleg over wat er in zijn lichaam gebeurt. Het advies daarbij was ook om zelf bezig te gaan met mindfulness. Op de volgende pagina is te zien hoe Tony terecht kwam in een fuik van suïcidaliteit en hier geen uitweg meer uit zag.



4.3.2. Portret van Victor

Verteld vanuit de ex-partner van Victor

Toen Victor en zijn partner elkaar leerden kennen, voelde het alsof zij zielsverwanten waren. Ze waren lange tijd onafscheidelijk en hadden een fijne relatie. Ze keken uit naar het starten van een gezinsleven. In eerste aanleg had Victor depressieve periodes, maar de komst van kinderen in het gezin bracht nieuwe uitdagingen met zich mee. Door de verhoogde druk van het gezinsleven ontstonden er periodes waarin Victor manies had. Een bipolaire stoornis werd als diagnose gesteld. Jarenlang wisselden de depressies en manies elkaar volgens een voorspelbaar patroon af. In tijden van depressie was Victor lief en zorgzaam, maar lukte het niet meer om naar zijn werk te komen. Hij verloor zijn baan en belandde in de ziektewet. De situatie verslechterde toen Victor vastliep in een nieuwe functie met meer verantwoordelijkheid. Hoewel hij zich inzette, vond hij het lastig om collega's aan te spreken terwijl hij hen moest aansturen. Toen een vast contract aan zijn neus voorbijging, herviel hij in een ernstige depressie. Meerdere suïcidepogingen volgden. Ondanks de liefde tussen Victor en zijn partner, stapelden de problemen zich op en raakte de thuissituatie ernstig ontwricht. Een scheiding bleek onvermijdelijk. De situatie liep verder uit de hand, waarbij Victor zijn ex-partner begon te stalken en te bedreigen. Er volgden rechtszaken over de afhandeling van de scheiding en de voogdij over de kinderen. Vanwege ernstige bedreiging werd een contactverbod opgelegd. Victor gleed verder af en belandde in de dak- en thuislozenopvang. Daar overleed hij door suïcide, een dik jaar na de scheiding van zijn zielsverwant.

Eigenschappen en karakter van Victor

Victor was een gesloten man, waarbij nooit echt duidelijk was wat hij dacht, voelde of wou. Tegelijkertijd was hij een lieve man die dankbaar was voor de kleine dingen in het leven. Hij wilde het erg graag goed doen voor zijn gezin, en hield van het huiselijke: spelletjes doen met het gezin en Sinterklaasavond. In zijn vrije tijd speelde hij gitaar en zat hij in een band. Ook was hij slim en vaardig met zijn handen, een goede en gewaardeerde elektricien. Op de momenten dat Victor depressief was, voelde hij zich heel erg tekortschieten richting zijn gezin. Dat vond hij moeilijk om mee om te gaan. Ook naar andere mensen, bijvoorbeeld het aanspreken van collega's was moeilijk voor Victor. Het liefste ging hij dat uit de weg.

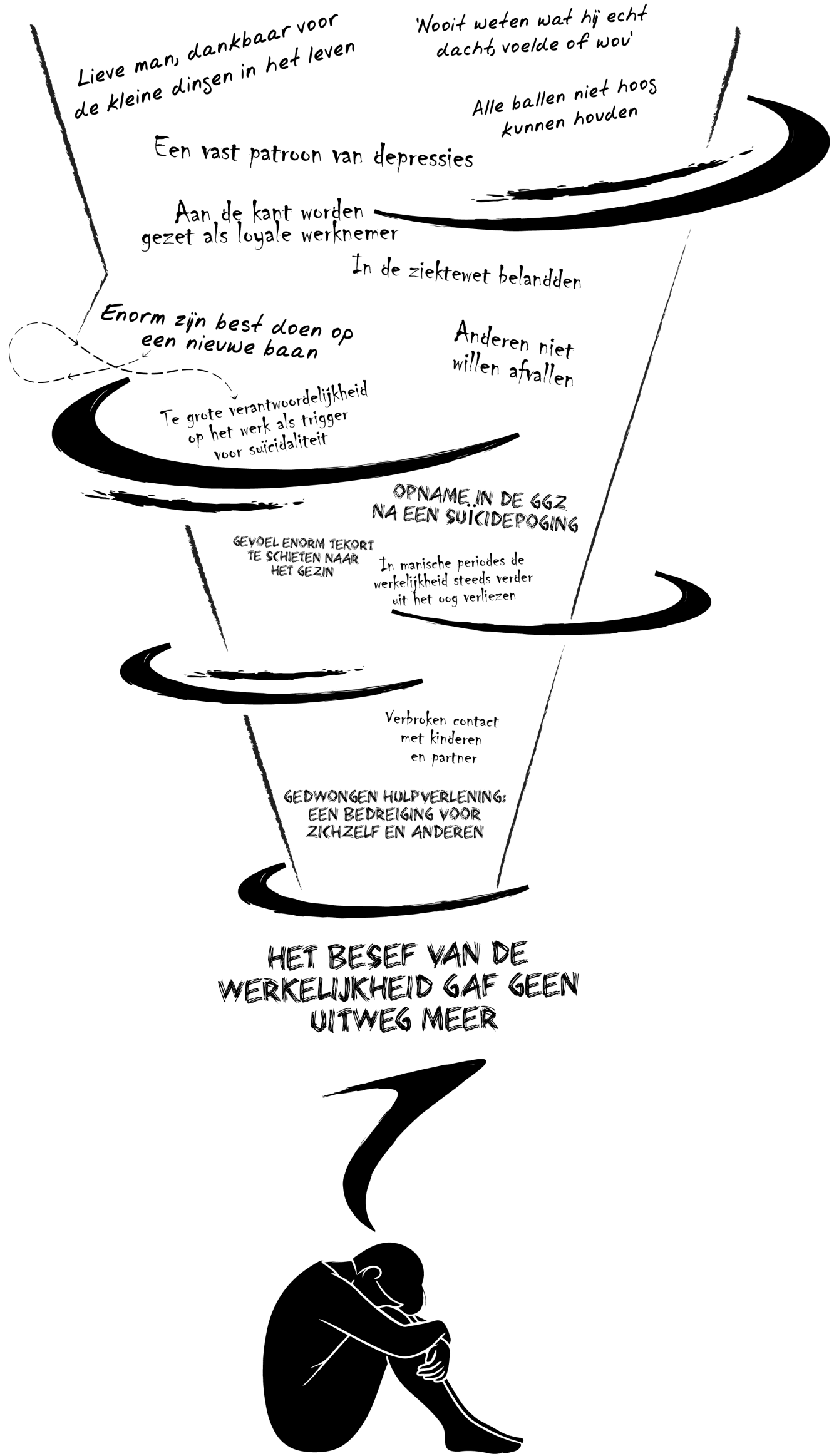
Ziektebeeld/achtergrond van problemen

In depressieve periodes lukte het Victor niet om alle ballen hoog te houden. Hij probeerde de schijn op te houden, bijvoorbeeld door net te doen alsof hij naar zijn werk ging, waarna dan toch uitkwam dat hij al een paar weken niet was gekomen. Daarover vertelde Victor dat hij in het bos rondliep met de gedachten om een einde aan zijn leven te maken. Ook werden rekeningen verstoep, waarna een deurwaarder langskwam en Victor via de achterdeur het huis uitvluchtte. Hij kon dan ook een paar dagen vermist zijn, maar zo plots als hij ging kwam hij ook weer thuis. Meerdere suïcidepogingen volgden in depressieve periodes, waarbij triggers kleine dingen konden zijn die groot werden in zijn hoofd. Bijvoorbeeld een kapotte auto of cv-ketel, of een brief van het UWV die hem wees op zijn sollicitatieplicht. In manische periodes leek hij een andere man; het was dan net alsof hij zich ging afzetten tegen zijn partner. Zij zei daarover: 'Het ging van vrolijk, tot dat je dacht nou hij gaat nu wel heel veel op stap en dan werd hij, in het Fries noemen we dat drumietig, dan werd hij kwaadaardig, boos op mij en op de wereld en op mensen. Achterdochtig.' Dan kon hij wel zeggen 'ik mag hier ook niks', 'wat heb ik hier nou voor leven'. Victor verloor de werkelijkheid steeds verder uit het oog; zo dacht hij dat bruggen speciaal voor hem opengingen. De laatste manie van Victor was heftiger dan alle eerdere, de boze buien gericht op zijn partner namen de overhand en de bedreigingen verder steeds heftiger. De partner van Victor voelde dat het verkeerd zou gaan en zei hierover tegen zijn behandelaar: 'als hij uit die manie komt, want hij is nog nooit zo erg manisch geweest, dit komt niet goed. Als hij beseft wat hij allemaal gedaan heeft, daar kan hij niet mee leven dat komt niet goed'.

Ontvangen ondersteuning

In depressieve periodes was Victor toegankelijk voor medicatie en gesprekken met zijn psychiater. Victor en zijn partner gingen in relatietherapie, met als doel om in het gezin te leren omgaan met de depressiviteit. Vanuit de GGZ kreeg Victor begeleiding in het leren omgaan met de bipolariteit en het doorkomen van de depressies. Naar aanleiding van een suïcidepoging werd Victor voor enkele dagen opgenomen op de Psychiatische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis (PAAZ). Weer thuis kwam twee keer per dag de crisisdienst langs om te kijken hoe het met hem ging. Er werden ook alternatieve behandelingen ingezet, zoals creatieve therapie en mindfulness. Maar met de verergering van de depressies en manische periodes, stond Victor steeds minder open voor hulpverlening. Toen zijn partner aangaf bij Victor dat ze het niet goed met hem vond gaan en hem wilde meenemen naar de huisarts zei hij: 'dan zegt de huisarts dat jij gek bent en ik niet'. Waarop zij antwoordde: 'dan zegt de huisarts dat maar, maar dan weten we in ieder geval waar we aan toe zijn'. De huisarts zag dat opname nodig was, maar Victor herkende zich niet in de problemen. De huisarts drong aan door Victor aan te spreken op de verantwoordelijkheid voor zijn gezin: 'doe het dan voor je gezin, anders gaan zij eraan onderdoor'. Daardoor accepteerde hij

toch de hulp, en volgde een gedwongen opname. De partner van Victor bleef altijd betrokken bij de hulpverlening, ook na de scheiding, totdat hij dit niet langer wilde. Ze bleef signalen afgeven als ze zag dat het niet goed met hem ging: 'toen ik dacht, hij is depressief heb ik de behandelaar weer gebeld en gezegd dat Victor zichzelf straks wat aan doet. Victor weigerde op dat moment alle zorg, waardoor de GGZ niet veel meer kon dan af en toe bij hem langsgaan om te kijken hoe het met hem ging. De bemoeizorg regelde dat Victor een bewindvoerder kreeg en bij de voedselbank terecht kon. Ook was de politie veelvuldig betrokken bij incidenten, maar ook om een veiligheids-waarschuwing aan de behandelaar aan te geven. De laatste drie maanden van zijn leven woonde Victor bij de dak- en thuislozenopvang. Op de volgende pagina is te zien hoe Tony terecht kwam in een fuik van suïdaliteit en hier geen uitweg meer uit zag.



4.3.3. Portret van Hans

Verteld vanuit de ex-partner van Hans

Hans groeide samen met zijn twee broers op, in een gezin waarin zijn vader geweld gebruikte. Hans had dyslexie en kon niet zo goed leren. Hij moest het ontgelden als hij niet snel genoeg het antwoord op een vraag wist. Een scheiding tussen ouders en daaropvolgend loyaliteitsconflict zorgde ervoor dat Hans afwisselend tijden bij zijn vader woonde en tijden bij zijn moeder. Bij de ene ouder mocht hij dan geen contact hebben met de andere ouder. Op 17-jarige leeftijd leerde hij zijn toenmalige partner kennen, waarmee hij al snel ging samenwonen in een dorpje in een plattelandsgemeente. Waar Hans eerder een fors alcoholprobleem had, werd dat minder toen ze een gezin stichtten. Tijdens de zwangerschap van hun oudste zoon, was Hans bang dat hij ook agressief zou worden, net als zijn vader. Zijn partner gaf wel eens aan dat het goed zou zijn dat hij hulp zocht ter verwerking van zijn verleden, maar dat wilde hij niet. Ze kregen een zoon en een dochter en Hans werkte lange tijd voor dezelfde werkgever in de logistiek. De problemen stapelden zich op toen duidelijk werd dat Hans en zijn partner uit elkaar groeiden, hij zijn werkplezier verloor en hij moeite kreeg met andere verwachtingen in de opvoeding. Een nieuwe baan gaf Hans het plezier in zijn werk terug, maar het werk werd een soort van verslaving waar hij helemaal in opging. Een scheiding bleek onvermijdelijk. Met de scheiding raakte Hans zijn houvast kwijt en dat uitte hij door zijn hakken in het zand te zetten. Toen hij ook zijn huis kwijtraakte, verloor hij de grip op zichzelf en was hij boos op alles en iedereen. In die tijd zocht Hans hulp bij een psycholoog en leken er lichtpuntjes in zijn leven te ontstaan: een nieuwe relatie en een nieuwe woning. Deze lichtpuntjes waren redenen om te stoppen met de geboden hulp. Korte tijd later verbreekt Hans zijn relatie en benoemt hij in een emotionele bui dat hij zich eenzaam voelt. Zijn ex-partner trekt na een emotioneel telefoontje aan de bel bij familie, omdat ze hem zo niet kent, maar nog voordat familie bij hem thuis aankomt is Hans al overleden door suïcide.

Eigenschappen en karakter van Hans

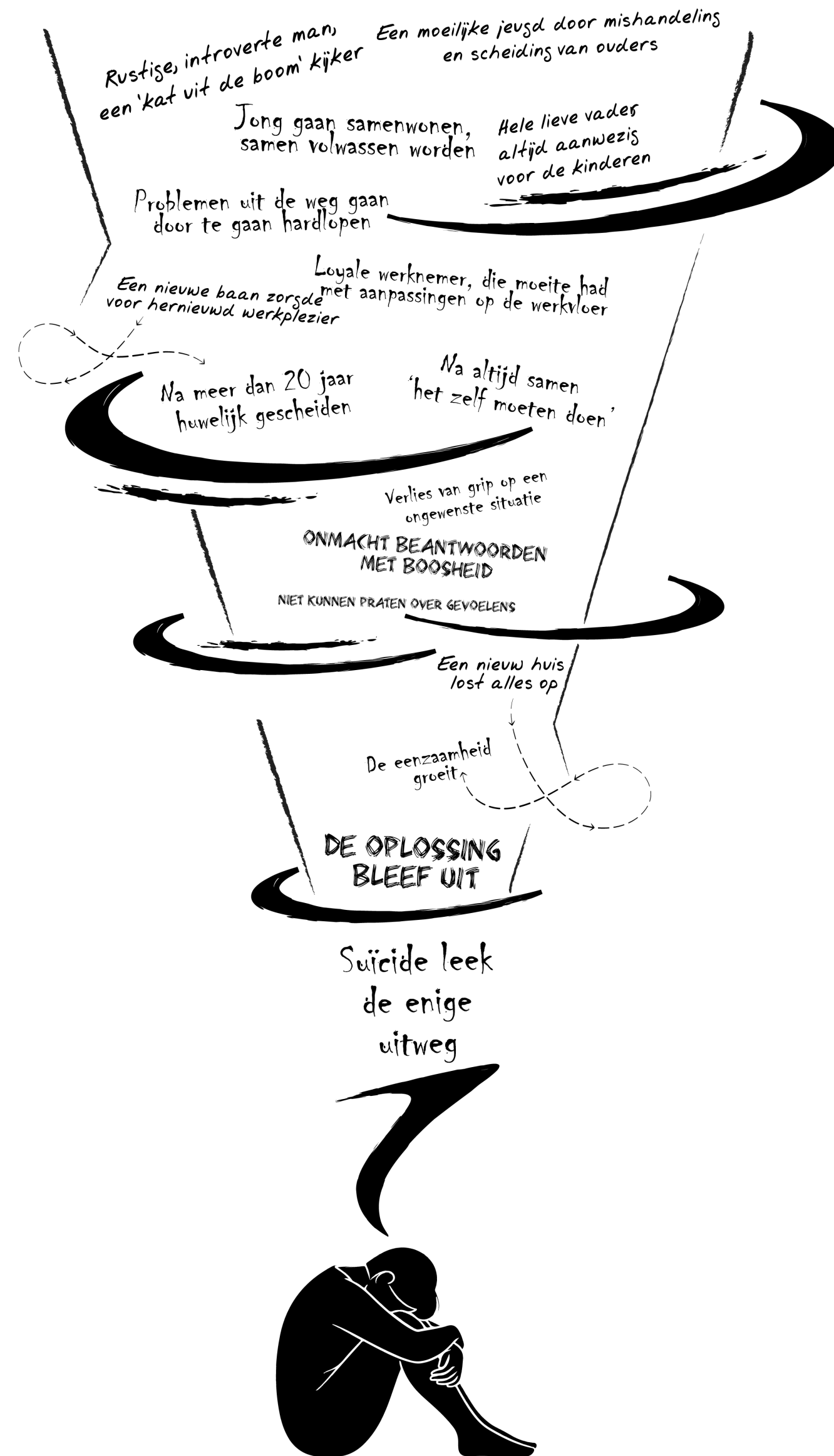
Hans was een rustige, ingetogen en introverte man. Door wat biertjes te drinken kon hij wel veel lol hebben, maar doorgaans keek hij eerst de kat uit de boom. Zijn grootste hobby was hardlopen, daar besteedde hij veel tijd aan. Hans was een hele lieve vader voor zijn kinderen en was altijd voor ze aanwezig. Hans was iemand die erg gestructureerd was en daar moeilijk van afweek. Ooit liet hij eens vallen dat hij dacht mogelijk autisme te hebben, maar een onderzoek hiernaar is er niet geweest. In zijn hoofd konden gebeurtenissen soms heel anders beleefd worden dan door anderen. Dat wat hij dan vertelde hierover was anders dan het verhaal van anderen. In de loop van de jaren had Hans een hechte vriendengroep opgebouwd. Hij kon altijd bij hen terecht maar met hen praatte hij ook niet echt over zijn gevoel.

Ziektebeeld/achtergrond van problemen

Hans was geen prater en stopte gevoelens liever weg omdat hij het eng vond om daar naartoe te gaan. Hij liet nooit echt het achterste van zijn tong zien, waarschijnlijk omdat hij ook niet wist hoe dit moest. Hij probeerde tegemoet te komen aan de behoeften van zijn toenmalige partner, maar het lukte hem niet om uit zichzelf veranderingen aan te brengen. Ook vond hij het moeilijk om aan te sluiten bij wat de kinderen nodig hadden in de opvoeding toen ze wat ouder werden. Hij ervaarde problemen op zijn werk doordat er steeds meer niet Nederlands sprekende arbeidskrachten in dienst kwamen. Hij vond hierdoor minder aansluiting. Hij vond het moeilijk om met al deze veranderingen om te gaan en werd mopperig. Hans had veel baat bij zijn eigen structuur en gewoonten: werken en daarna hardlopen, iets waar moeilijk van afgeweken werd. Tijdens hun huwelijk kon hij steunen op zijn partner, die problemen juist aanpakte in plaats van ze te vermijden. Na zijn scheiding moest hij de praktische zaken zelf regelen en dat vond hij moeilijk. Hans kon zijn gevoelens en verdriet over het verlies van zijn huwelijk niet onder woorden brengen. Zijn boosheid leek een uiting van onmacht in het omgaan met de voor hem ongewenste situatie. Ondanks pogingen om een nieuwe toekomst te beginnen, voelde Hans zich eenzaam en lukte het zich niet om aan te passen aan de nieuwe werkelijkheid.

Ontvangen ondersteuning

Omdat Hans moeilijk kon praten over zijn gevoel hield hij gesprekken hierover af. Hij stopte zijn gevoelens liever weg, want 'wat er niet is, daar hoeft je niets mee'. De drempel om hulp te zoeken was dan ook erg hoog. Na de scheiding en het verlies van zijn huis zat Hans in zijn diepste crisis. Hij bezocht zijn huisarts, die hem doorverwees naar de praktijkondersteuner. Daar had hij enkele gesprekken, maar de hulp sloot in zijn ogen niet aan bij wat hij nodig had. Er volgden gesprekken bij een psycholoog, waar ook doelen opgesteld werden om aan te werken. Ondanks dat het leek alsof hij vertrouwen had in de geboden hulp, stopte hij met de gesprekken toen hij een eigen huis kreeg. Hans zei hierover: "Uh, ik kom niet meer, want ik krijg (datum) de sleutel. En uhm, nou dan heb ik een plekje en dan is alles klaar. En ik hoeft dus niet meer te komen." Een mogelijke rol speelde hierbij dat hij van zijn kleine budget de gesprekken van zijn eigen risico van de zorgverzekering moest betalen. Kort na de verhuizing was er geen hulp meer in beeld en is Hans overleden. Op de volgende pagina is te zien hoe Hans terecht kwam in een fuik van suïcidaliteit en hier geen uitweg meer uit zag.



4.3.4. Portret van Sam

Verteld vanuit zijn ouders en tweelingzus

Sam is opgegroeid in een warm gezin waarbij het gezin bestaat uit beide ouders, een broer, een zus en een tweelingzus. Sam was een gevoelige jongen die ervoer dat zijn tweelingzus veel makkelijker contact maakte dan hij. Zijn tweelingzus keek echter weer naar hem op. Sam had moeite met overgangen. Toen hij naar de kleuterklas ging werd hij in het eerste half jaar in een andere klas geplaatst dan zijn tweelingzus. Hij werd een heel ander kind. Niet per se in negatieve zin maar toen hij weer bij haar in de klas zat werd Sam weer Sam. Sam werd letterlijk ziek van de omschakeling die plaatsvond van de basisschool naar de middelbare school. Hij was nog echt jong. Na de middelbare school ronde Sam een hbo-opleiding af. Zijn plek vinden in een baan vond Sam lastig en achteraf gezien zijn waren de eerste signalen van zijn ziektebeeld er op dat moment. Sam overlijdt aan de gevolgen van suïcide als hij 26 jaar is.

Eigenschappen en karakter van Sam

Sam was atletisch en hij was nergens bang voor. Hij leefde zich uit met skiën, skeeleren, snowboarden, BMX en atletiek. Hij was slim en zag er altijd goed uit. Mooie kleding vond hij belangrijk, op het perfectionistische aan toe. Hij maakte goed contact met mensen. Hij was de gangmaker op een natuurlijke wijze. Hij had een belangrijke plek in de vriendengroep die hem er erg graag bij hadden omdat hij zo sociaal was, hoewel Sam dit zelf niet zo herkende. Hij was lief voor meisjes en stelden hen leuke vragen. Sam had charme. Sam stelde wel hoge eisen aan zichzelf. Sam was heel erg open over alles maar in de jaren voordat hij echt ziek was, kon hij vaak geen woorden geven aan wat er was. Hij zei toen vaak: Ik los het zelf wel op.

Ziektebeeld/ achtergronden van problemen

Toen Sam zijn studie af had wist hij niet meer goed wat zijn doel was. Hij had een mooie baan, mensen waren tevreden over zijn werk, maar hij zelf niet. Hij is na een klein jaar weggegaan bij die organisatie en toen kwamen rond zijn 21e jaar achteraf gezien de eerste tekenen van een psychose. Hij kreeg het idee dat hij werd afgeluisterd en voelde wel eens vijf keer aan een auto-deur of deze dicht zat.

Hij is toen negen maanden op wereldreis gegaan en heeft daar gewerkt. Zijn tweelingzus en zijn oudere broer waren hem voorgegaan en waren weer terug in Nederland. Achteraf hebben de ouders gezien dat hij in onbalans is weggegaan. Er zijn geen hele vreemde zaken gebeurd in die reis maar er kwamen wel dingen voor die mogelijk aangaven dat hij ziek was. Nadat hij terugkwam van zijn wereldreis zagen zijn ouders een andere Sam. Hij gedroeg zich vreemd en eerst dachten ze aan drugs. De ouders hebben hulp gezocht via de huisarts.

Ontvangen ondersteuning

Sam werd na lange tijd wachten op de huisarts doorverwezen naar het sociaal werk en de ggz. De sociaal werker hielp hem met zijn financiën. Ze hebben samen een vertrouwensrelatie opgebouwd. Hij kreeg medicatie mee na het eerste bezoek bij de ggz, maar hij wilde dat niet slikken. Hij zei tegen zijn ouders dat zij ziek waren en hij niet. Het was een moeilijke periode.

Het ggz team heeft het vertrouwen van de ouders in het eerste half jaar flink geschonden. Zonder toestemming heeft het team hun notities over het gedrag van Sam gedeeld met Sam. Ze dachten hiermee het ziekte-inzicht te verhogen maar zo pakte dat niet uit.

Sam is bij de tweede (dit keer gedwongen) opname op een gesloten afdeling terecht gekomen. Op die avond ging het flink mis omdat hij per ongeluk een bord spaghetti van een andere patiënt had opgegeten. Die patiënt heeft hem aangevlogen met een mes. Sam besloot om naar huis te gaan en zei tegen zijn moeder 'ja mam, wat moest ik dan, als iemand met een mes op je afkomt?'.

Het was onduidelijk voor de ouders wat er met Sam aan de hand was. Na een half jaar werd er gesproken over psychoses maar wat het inhield werd niet verteld. In het tweede jaar kreeg hij een nieuwe ggz begeleider. Deze gaf Sam de diagnose schizofrenie. De begeleider gaf aan dat Sam 'hartstikke ziek was, dat hij zijn familie heel hard nodig had en dat hij niet meer normaal zou kunnen functioneren in de maatschappij'. Sam zakte ter plekke in elkaar. De ouders vonden het hartverscheurend. De dag erna heeft Sam een eerste poging gedaan om zichzelf van het leven te beroven.

Afbouwen medicatie

Sam heeft heel veel moeite gestopt om aan het werk te komen. Na de tweede opname heeft het ggz team hem drie maanden voorbereid en ondersteund zodat hij op zichzelf kon wonen. Het wijkteam heeft hem tijdens het zelfstandig wonen begeleid. Sam heeft vervolgens op eigen houtje in een week tijd zijn medicatie afgebouwd. Aan zijn gedrag zag zijn moeder dat hij weer wantrouwend werd. Ze mocht niet achter hem langslopen, hij balde zijn vuisten weer. In die periode is er ook een tijd minder contact geweest tussen ouders en zoon.

Euthanasie verzoek

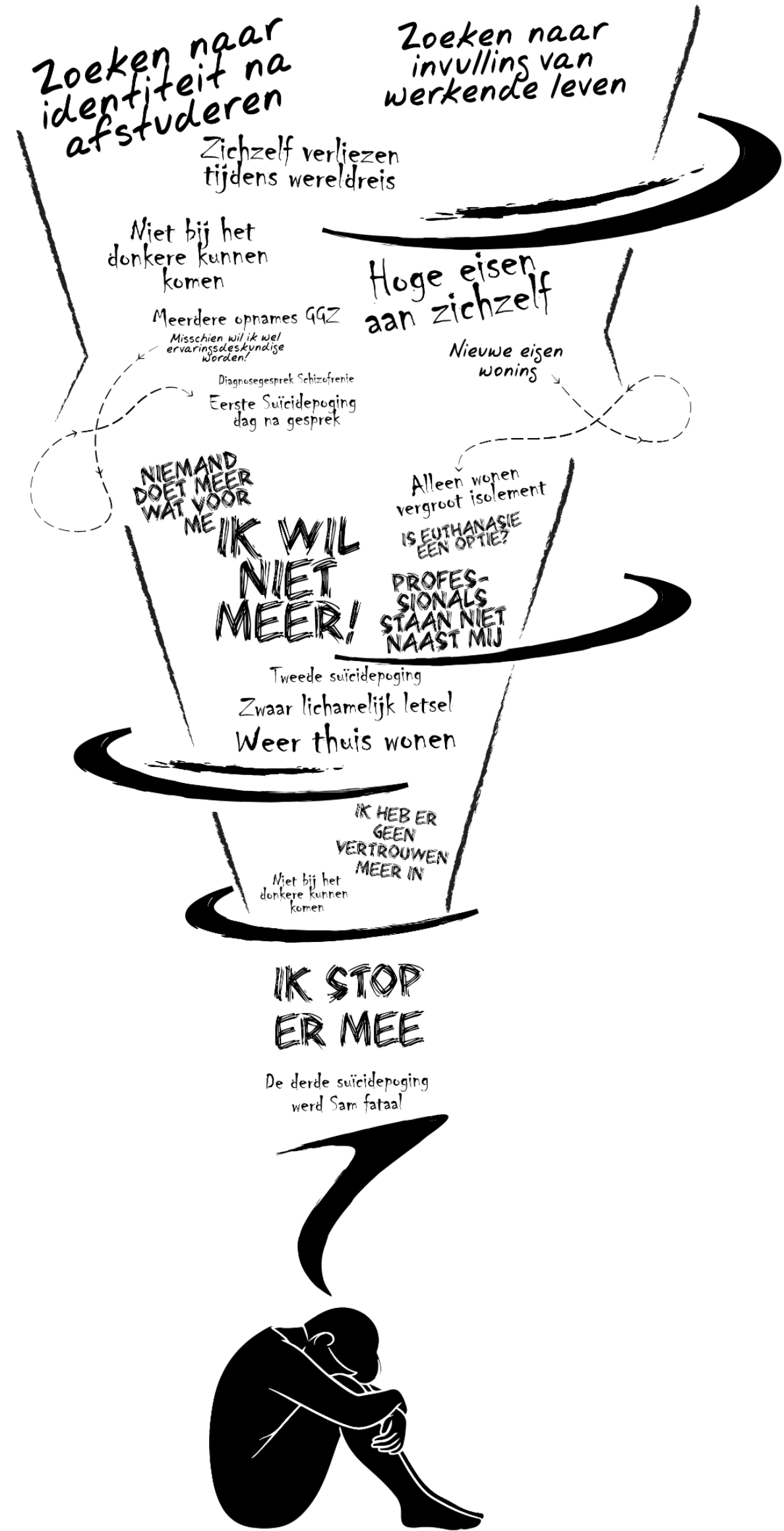
Nadat hij na een half jaar zich toch weer ingeschreven had bij de ggz, gaf Sam bij zijn ouders aan dat hij euthanasie wilde. Zijn verzoek aan de huisarts om euthanasie is na een week echter afgekeurd omdat zijn behandeling net weer was gestart. Sam zat vol van deze afwijzing. Hij heeft toen zijn tweede suïcidepoging gedaan en heeft daar ernstig lichamelijk letsel aan overgehouden. Hij is verzorgd en geopereerd in het ziekenhuis. De ouders wilden hem toen losweken van de zorgmachtiging die er was en hem thuis verzorgen. Via de arts in het ziekenhuis kregen ze onofficieel bij de koffieautomaat informatie over hoe ze dit konden doen. Uiteindelijk bleef de zorgmachtiging maar wel op afstand.

Sam krabbelde lichamelijk verbazingwekkend snel op en hoefde niet in een revalidatietraject. Hij was enorm blij. Hij verhuisde weer naar zijn nieuwe huis in het dorp en toen was er een maand lang het idee dat hij er weer 'was'. Hij bezocht zijn vrienden weer. Sam besepte al een tijd dat zijn leven had stilgestaan en dat die van de jongens was doorgedaan. Op een gegeven moment zei hij tegen zijn moeder 'mama ik kan het niet meer'.

Ervaren samenwerking

Sam voelde zelf sterk dat professionals hem niet zagen. De ouders kunnen niet zeggen dat ze samenwerking hebben ervaren met ggz medewerkers. Ze geven aan dat professionals zich verschuilen achter de privacywetgeving maar ze willen wel informatie van de ouders. Ze hebben tijdens het hulpverlenerstraject geen regisseur gekregen die over alle organisaties heen, de hulp in de gaten hield. De ouders geven aan dat ze met diverse professionals goed contact hebben gehad waaronder een ervaringsdeskundige, een oud medewerker ggz, een jonge psychiater en met een sociaal werker. Professionals zouden volgens de ouders meer naast de inwoner/cliënt moeten staan.

De ouders hebben na het overlijden van Sam veel steun aan lotgenotengroep van Stichting Ouders Overleden Kind en ze zijn lid geworden van Ypsilon. Ze putten kracht uit de Stil Gevecht kalender. Moeder geeft aan dat ze met twee andere moeders contact heeft die hetzelfde ziektebeeld hadden als Sam en dat geeft veel herkenning en steun. Op de volgende pagina is te zien hoe Sam terecht kwam in een fuik van suïcidaliteit en hier geen uitweg meer uit zag.



5 Conclusie en aanbevelingen

Uit de gesprekken met professionals, mannen met ervaring met suïcidaliteit en met nabestaanden komt naar voren dat het sociaal domein een belangrijke rol kan vervullen in suïcidepreventie bij mannen van middelbare leeftijd, maar dat de structurele verankering van dit thema nog vaak ontbreekt. Hoewel het belang wordt benadrukt is suïcidaliteit vaak nog geen vanzelfsprekend onderdeel van werkprocessen. Veel handelen gebeurt ad hoc en is afhankelijk van de individuele professional. Dit maakt dat er behoefte is aan meer houvast en structuur op organisatorisch- en beleidsniveau, zodat signalen van suïcidaliteit door naasten, inwoners/cliënten en professionals tijdig herkend en vanuit interdisciplinaire samenwerking opgepakt kunnen worden. Daarbij verschilt de ruimte om hierin te investeren per organisatiegrootte; kleinere sociaalwerkorganisaties beschikken bijvoorbeeld vaak over andere mogelijkheden dan grotere partijen als het gaat om het faciliteren van betaalde en structurele scholing. Toch zijn er veel stappen te zetten vanuit de vier perspectieven van integraal werken: cliënt en huishouden, methodisch, organisatorisch en beleidsmatig. Vanuit alle perspectieven zijn belangrijke inzichten gedeeld door alle betrokkenen.

Een belangrijk aandachtspunt vanuit het methodisch en beleidsmatig perspectief, is het normaliseren van gesprekken over suïcidaliteit. Zowel professionals als nabestaanden en mannen met ervaring geven aan dat openheid, vertrouwen en het stellen van 'moeilijke' vragen essentieel zijn om signalen bespreekbaar te maken. Het is van belang dat medewerkers voldoende kennis en vaardigheden hebben om dit op een goede manier te doen. Trainingen zoals Mental Health First Aid of scholing via 113 worden als waardevol ervaren, maar zijn vaak niet verplicht en niet organisatiebreed ingevoerd. Het structureel verankeren van dergelijke scholing kan bijdragen aan meer deskundigheid en handelingszekerheid.

Daarnaast blijkt -vanuit het perspectief cliënt en huishouden- dat het betrekken van naasten en het bredere netwerk van inwoners/cliënten cruciaal is. Zowel sociaal werkers als nabestaanden en mannen met ervaring met suïcidaliteit benadrukken dat steun uit de omgeving een beschermende factor kan zijn. Toch is het versterken van het netwerk van de inwoner/cliënt niet altijd systematisch vastgelegd in beleid, waardoor het risico bestaat dat naasten onvoldoende worden meegenomen. Dit betreft ook de nazorg na een incident.

Wat verder naar voren komt, is dat mannen van middelbare leeftijd een moeilijk bereikbare doelgroep vormen. Zij melden zich vaak laat of helemaal niet, waardoor het sociaal domein meer moet inzetten op het vergroten van hun zichtbaarheid en toegankelijkheid. Dit kan bijvoorbeeld door samenwerking met werkgevers en lokale netwerken, maar ook door het thema 'mentaal welbevinden' in samenwerking met ggz, GGD en/of gemeenten breder onder de aandacht te brengen.

Vanuit het organisatorische perspectief werd duidelijk dat de samenwerking met ketenpartners zoals ggz, crisisdiensten en huisartsen van groot belang is. Lange wachtlijsten en prioritering binnen de ggz maken de afstemming complex, waardoor het sociaal domein een verbindende rol moet spelen. Tegelijkertijd vraagt dit om duidelijke afspraken en korte lijnen, zodat signalen niet verloren gaan. Daarbij moet ook aandacht zijn voor de emotionele belasting van professionals zelf, die baat hebben bij nazorg en ondersteuning om secundaire traumatisering te voorkomen.

Uit de gesprekken met professionals, mannen met ervaring met suïcidaliteit en met nabestaanden komen een aantal concrete aanbevelingen naar voren om suïcidepreventie onder mannen van middelbare leeftijd binnen het sociaal domein te versterken. In de volgende paragrafen worden deze per perspectief (als werkzaam element bij integraal werken^[25]) weergegeven.

5.1. Aanbevelingen

Cliënt en huishouden

Mannen met ervaring met suïcidaliteit noemen sociale verbinding belangrijk, maar geven aan dat naastenbetrokkenheid geen vanzelfsprekendheid is. Het is van belang dat het onderwerp op de agenda blijft staan en dat samen wordt verkend hoe passende naastenbetrokkenheid eruitziet. Tevens benadrukken ze dat suïcidaliteit bespreekbaar moet worden gemaakt vanaf het eerste contact. Nabestaanden van mannen die door suïcide zijn overleden benadrukken eveneens het belang van betrokkenheid van naasten. Zij onderstrepen dat het essentieel is om te blijven zoeken naar mogelijkheden om deze betrokkenheid te realiseren. Daarnaast geven zij aan dat steun vanuit ervaringsdeskundigheid waardevol is en dat het belangrijk is dat naasten toegang hebben tot laagdrempelige en informele vormen van ondersteuning. Professionals geven aan dat zij behoefte hebben aan een duidelijke aanpak voor situaties waarin inwoners/cliënten hun naasten niet willen betrekken. Daarnaast wordt het ontwikkelen van een eenduidige werkwijze bij intake door hen als

25 Van Arum, S., Redeker, I., Stouthard, L., Verweij, S. & van Xanten, H., (2020). Werkzame elementen bij integraal werken. Vraagverheldering en planvorming; samenwerken aan een oplossing als cyclisch proces. Den Haag/Utrecht: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport / Integraal werken in de wijk. Geraadpleegd op: <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2020-10/Werkzame-elementen-bij-integraal-werken.pdf>

belangrijk gezien, zodat signalen rond suïcidaliteit vroegtijdig en consistent worden opgepakt. Ook het vergroten van het bereik onder mannen van middelbare leeftijd is een nadrukkelijke wens, omdat deze doelgroep vaak moeilijk toegankelijk is. Er is behoefte aan een actiever beleid om deze doelgroep vaker te ondersteunen.

Aanbevelingen voor suïcidepreventie binnen het sociaal domein met betrekking tot het perspectief 'cliënt en huishouden' zijn:

- 1. Structureel opnemen van suïcidaliteit in intake en werkprocessen**
 - Zorg dat het gespreksonderwerp suïcidaliteit standaard wordt meegenomen in intakes en ondersteuningsplannen, zodat signalen niet afhankelijk zijn van individuele keuzes of interpretaties.
 - Ontwikkel een vaste methodiek of format om belangrijke levensdomeinen, hulpbronnen en risicofactoren systematisch te bespreken.
- 2. Betere inzet van ervaringsdeskundigen**
 - Onderzoek hoe ervaringsdeskundigen met ervaring rond suïcidaliteit structureel kunnen worden ingezet in begeleiding en preventie.
- 3. Meer aandacht voor netwerk en omgeving**
 - Ontwikkel handvatten voor het betrekken van naasten en het omgaan met situaties waarin inwoners/cliënten hun netwerk niet willen belasten. Verken samen hoe passende naastenbetrokkenheid eruitziet.
 - Stimuleer samenwerking met buurt en vrijwilligersorganisaties om eenzaamheid en isolement te doorbreken. Het normaliseren van praten over mentale gezondheid is hier een onderdeel van.

Methodisch handelen

Binnen het methodisch werken wordt gepleit voor een explicietere verankering van suïcidepreventie in bestaande methodieken, zoals Krachtwerk. Het bespreekbaar maken van het gebruik van risicokaarten binnen teams kan bijdragen aan uniformiteit en bewustwording. Professionals benadrukken bovendien dat het persoonlijk en nabij zijn in contact met inwoners/cliënten structureel aandacht moet krijgen, zodat er ruimte ontstaat voor open dialoog en vertrouwen. Dit komt overeen met de behoeften die nabestaanden en mannen met ervaring met suïcidaliteit benoemen. Zij benadrukken het belang van vertrouwen, oprechte erkenning en aandacht.

Aanbevelingen voor suïcidepreventie binnen het sociaal domein met betrekking tot het perspectief 'methodisch handelen' zijn:

- 1. Actualiseer huidige methodiek: neem suïcidaliteit expliciet op in methodieken**
 - Borg het thema structureel in bestaande methodieken zoals Krachtwerk, zodat het niet afhankelijk is van individuele keuzes.
 - Actualiseer het leefgebied 'zingeving' en maak dit breder dan religie, gericht op welzijn en levensperspectief.
- 2. Bewaken van professionele houding**
 - Gebruik intervisie en reflectie om bewust te blijven van eigen houding en rol in gesprekken.
 - Besteed aandacht aan het behouden van oprechte interesse en nieuwsgierigheid, zodat persoonlijke betrokkenheid geen routinematig "kunstje" wordt. Stimuleer een houding van nieuwsgierigheid en reflectie bij professionals.

Organisatorisch perspectief

Er is een duidelijke behoefte aan een meer structurele aanpak van suïcidepreventie. Momenteel vindt samenwerking vaak ad hoc plaats, wat leidt tot versnippering en onduidelijkheid over verantwoordelijkheden. Mannen met ervaring met suïcidaliteit benoemen de continuïteit van één vaste professional als positief. Ook nabestaanden noemen het belang van een vast aanspreekpunt waar overzicht is over alle betrokken hulpverlening. Verder noemen ze dat er structureel aandacht moet uitgaan naar het betrekken van naasten. Professionals benadrukken dat er gewerkt moet worden aan convenanten en duidelijke afspraken over regie, ondersteund door een gedeelde visie op suïcidepreventie. Het instellen van een coördinator en het ontwikkelen van een afwegingskader zijn daarbij cruciale stappen. Interdisciplinair werken en structurele samenwerking met gemeente, huisartsen en andere ketenpartners zijn essentieel, evenals het creëren van commitment en vertrouwen door fysieke ontmoetingen. Daarnaast is het belangrijk om AVG-belemmeringen pragmatisch te overbruggen. Er wordt gepleit voor een protocol dat als kapstok dient voor alle partijen, waarin afspraken over signalering, doorverwijzing en nazorg zijn vastgelegd. Gezamenlijke scholing en interdisciplinaire trainingen moeten bijdragen aan een gedeelde taal en werkwijze. Extra aandacht is nodig voor specifieke doelgroepen, zoals agrariërs, waarbij laagdrempelige toegang tot hulp en borging van bestaande initiatieven van groot belang zijn.

Aanbevelingen voor suïcidepreventie binnen het sociaal domein met betrekking tot het organisatorisch perspectief zijn:

1. Ontwikkel een breed gedragen visie en protocol

- Stel een breed gedragen protocol op dat als kapstok dient voor alle partijen, inclusief afspraken over signalering, doorverwijzing en nazorg. Dit kan in de vorm van een 'ideale klantreis'.

2. Structurele samenwerking en convenanten

- Werk toe naar een cultuur waarin suïcidepreventie structureel onderdeel is van beleid en werkprocessen.
- Formaliseer samenwerking via convenanten tussen sociaal werk, ggz, gemeente, politie, medische partijen en (indien van toepassing) agrarische coaches.
- Sluit aan bij bestaande regionale overleggen en breid deze uit met alle relevante partijen.
- Organiseer periodieke netwerkbijeenkomsten en casustafels om samenwerking te versterken.
- Zorg voor korte lijnen en duidelijke afstemming, zodat signalen niet verloren gaan door lange wachtlijsten of prioritering elders.

3. Regie en coördinatie

- Benoem een coördinator suïcidepreventie en ontwikkel een afwegingskader voor escalatie en inzet van specialistische hulp.
- Leg verantwoordelijkheden en rolverdeling duidelijk vast.

4. Privacy en informatie-uitwisseling

- Onderzoek mogelijkheden voor een privacy-convenant om AVG-belemmeringen te overbruggen.
- Creëer een gedeelde infrastructuur voor signalering, risicotaxatie en terugkoppeling.

5. Betrekken van naasten en specifieke doelgroepen

- Ontwikkel richtlijnen voor het betrekken van naasten vanaf de start van een traject, inclusief stappen bij weigering door de inwoner/cliënt.
- Stimuleer gespreksvoering over schaamte en privacy.
- Besteed structureel aandacht aan agrariërs en (indien van toepassing) borg financiering van erfcoaches.

6. Deskundigheidsbevordering

- Maak trainingen zoals MHFA en 113 structureel en verplicht voor alle medewerkers.
- Faciliteer medewerkers met praktische tools en kennis om 'ongemakkelijke' of gevoelige gespreksonderwerpen bespreekbaar te maken en signalen te herkennen.
- Organiseer interdisciplinaire trainingen en themabijeenkomsten om kennisdeling en reflectie over suïcidepreventie te stimuleren.

7. Zichtbaarheid en preventie

- Zorg voor laagdrempelige toegang tot hulp, inclusief vaste aanspreekpunten.

Beleidsmatig

De betrokken professionals in dit onderzoek zien de noodzaak om suïcidepreventie steviger te verankeren in beleid en praktijk. Dit vraagt om een integrale aanpak waarin scholing, protocollen, zichtbaarheid en samenwerking met ketenpartners samenkomen. Het doel is dat suïcidepreventie niet langer een ad hoc thema blijft, maar een vanzelfsprekend onderdeel van het dagelijkse werkproces, met structurele aandacht voor zowel inwoners/cliënten als hun naasten. Op beleidsniveau wordt de ontwikkeling van specifiek suïcidepreventiebeleid noodzakelijk geacht. Professionals pleiten voor borging van het onderwerp binnen de inzet van methoden en voor verplichte, organisatiebrede scholing en training. Daarbij gaat het niet alleen om algemene kennis, maar ook om vaardigheden zoals het stellen van vragen die betrekking hebben op existentiële levensthema's. Het belang hiervan wordt door zowel nabestaanden als mannen met ervaring met suïcidaliteit benadrukt. Verder wordt het aanstellen van een 'vaandeldrager suïcidepreventie' aanbevolen om het thema zichtbaar en gedragen te maken binnen de organisatie. Het vergroten van de zichtbaarheid van beleid en activiteiten rond suïcidepreventie wordt gezien als een belangrijke stap om bewustwording en betrokkenheid te versterken.

Aanbevelingen voor suïcidepreventie binnen het sociaal domein met betrekking tot het perspectief 'beleid' zijn:

1. Beleid en protocollen versterken

- Ontwikkel duidelijke stappenplannen en protocollen voor signalering, doorverwijzing en nazorg.
- Zorg dat suïcidaliteit een vast onderdeel wordt van intake en werkprocessen, vergelijkbaar met andere gevoelige gespreksonderwerpen zoals seksueel geweld.

2. Betrekken van naasten en netwerk

- Leg in beleid vast hoe naasten systematisch betrokken worden, ook bij nazorg na dodelijke incidenten.
- Stimuleer ervaringsdeskundigheid om gevoelige gespreksonderwerpen bespreekbaar te maken en dit te verankeren in beleid en scholing.

3. Zichtbaarheid en toegankelijkheid vergroten

- Vergroot bekendheid van hulp en doorbreek schaamte via lokale publiekscampagnes.
- Maak duidelijker kenbaar dat inwoners met vragen rond suïcidaliteit bij het wijkteam terecht kunnen, bijvoorbeeld via gemeente, huisarts, welzijn op recept/verkennend gesprek en in de Mentaal gezondheidsnetwerken die regionaal ingericht worden per 2026.
- Ontwikkel communicatiemiddelen die inwoners/cliënten en hun naasten informeren over wat zij kunnen vragen en verwachten van sociaal werkers.
- Ontwikkel strategieën om mannen van middelbare leeftijd beter te bereiken, bijvoorbeeld via werkgevers en signalen van ziekteverzuim.

4. Structureel beleid en training

- Ontwikkel organisatiebrede protocollen en trainingen rond suïcidaliteit, zodat signalen beter herkend en besproken kunnen worden.
- Maak jaarlijkse scholing (bijvoorbeeld via 113^[26]) verplicht, ook binnen scholen en wijkteams.

Conclusie

Alles bij elkaar laten bovenstaande aanbevelingen zien dat het versterken van suïcidepreventie vraagt om samenhang tussen leefwereld, methodiek, organisatie en beleid. Integraal en succesvol werken aan suïcidepreventie vraagt om een combinatie van structureel beleid, verplichte scholing, het betrekken van naasten, het expliciet opnemen van het thema suïcidaliteit in methodieken, het vergroten van zichtbaarheid en het versterken van samenwerking met ketenpartners. Door deze elementen duurzaam te verankeren kan suïcidepreventie een vanzelfsprekend onderdeel worden van het dagelijkse werkproces en bijdragen aan betere signalering, doorverwijzing en ondersteuning van zowel inwoners/cliënten als hun naasten.

VERWEY ^{Instituut}
JONKER

SAXION
HOGESCHOOL

wijkkracht

WENDER



COLOFON

Financier

Auteurs:

ZonMw Suïcidepreventie

Dr. K.L. van Bommel - Verwey-Jonker Instituut

L. Ebbe, MA - Lectoraat Social Work Saxion

E. Verschoor, MA - Lectoraat Social Work Saxion

Drs. D. Boertien - Phrenos

Dr. M. Engelbertink - Lectoraat Social Work Saxion

Met medewerking van:

Dr. M. van Heugten

Omslag

L.E. Kruis

Vormgever fuiken

Coen la Poutré

Opmaak

L.E. Kruis

Uitgave

Verwey-Jonker Instituut

Giessenplein 59-C

3522 KE Utrecht

T (030) 230 07 99

E secr@verwey-jonker.nl

I www.verwey-jonker.nl

De publicatie kan gedownload worden via onze website:

<http://www.verwey-jonker.nl>

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht, juli 2026

ISBN: 978-94-6409-443-5

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het Verwey-Jonker Instituut.

Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.

The copyright of this publication rests with the Verwey-Jonker Institute.

Partial reproduction of the text is allowed, on the condition that the source is mentioned.