



# Suicide onder mannen van 40-70 jaar

---

## Samenvatting en adviezen

Dit onderzoek is mogelijk gemaakt door subsidie van ZonMw dossiernummer 05370032110002.

**Auteurs:**

Drs. Suzanne van Nunen, junior onderzoeker 113 Zelfmoordpreventie

Dr. Yvonne Luigjes, medior onderzoeker 113 Zelfmoordpreventie

Dr. Guus Berkelmans, data scientist 113 Zelfmoordpreventie

Drs. Josine Rawee, data scientist 113 Zelfmoordpreventie

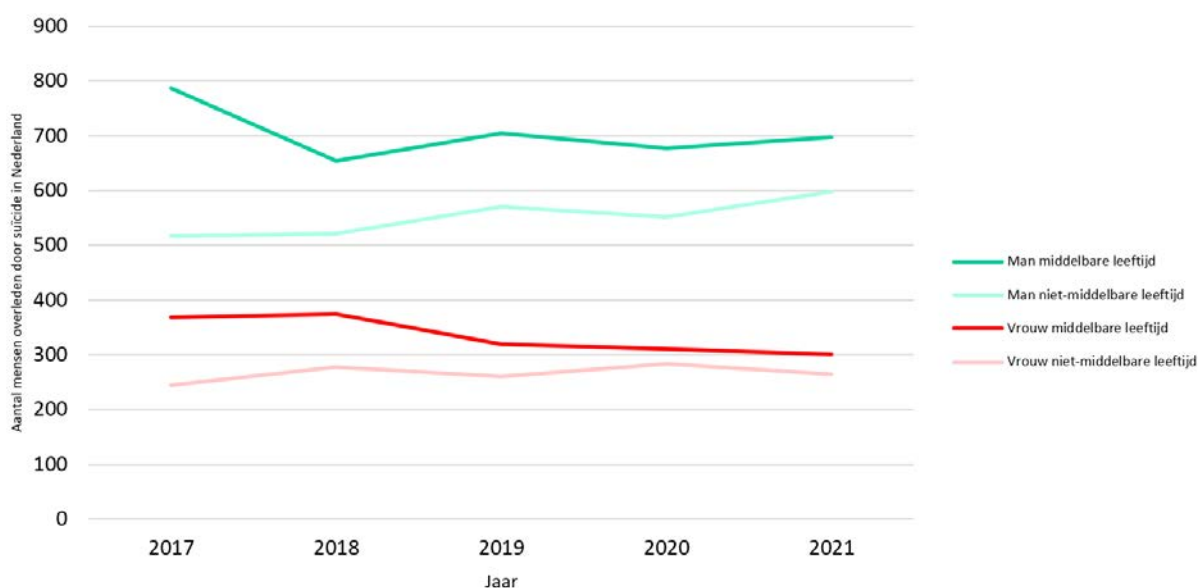
Prof. Dr. Laura Shields - Zeeman, Trimbos Instituut

Dr. Renske Gilissen, hoofd onderzoek 113 Zelfmoordpreventie

Datum: 9-11-2023

# Samenvatting

De meeste suïcides in Nederland vinden plaats bij mannen van middelbare leeftijd (40 tot 70 jaar) (Figuur 1). In dit onderzoek is verdiepend in beeld gebracht wat kenmerken zijn van mannen van middelbare leeftijd die zijn overleden door suïcide. Het doel hiervan is om te achterhalen wat specifieke risicofactoren voor deze hoog risicogroep zijn, en hoe hier mogelijk op ingespeeld kan worden met preventie. Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van kwantitatieve data afkomstig van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en afkomstig uit GGZ-instellingen en kwalitatieve data die verkregen is uit vragenlijsten voor nabestaanden.



Figuur 1. Aantal mensen overleden door suïcide in 2017 - 2022 (CBS).

Van 2013 tot en met 2021 zijn in Nederland 6.656 mannen tussen de 40 en 70 jaar overleden door suïcide. Binnen deze groep blijkt het vooral te gaan om mannen die **psychische problemen** hebben (gemeten door GGZ-zorg ontvangen); een **arbeidsongeschiktheids-, werkloosheids- of algemene bijstandsuitkering** ontvangen; **alleenwonend, ongehuwd, verweduwd of gescheiden** zijn; **lichamelijke gezondheidsproblemen** hebben (gemeten door de hoogte van de zorgkosten) of een **laag huishoudinkomen** of **laag eigen inkomen** hebben.

**Kijkend naar de opstapeling van meerdere factoren bij elkaar, is het risico op suïcide het hoogst voor mannen tussen de 40 en 70 jaar die gecombineerd psychische problemen hebben, alleen wonen én een arbeidsongeschiktheidsuitkering hebben.** Er zijn binnen deze groep relatief **14,5 keer zoveel suïcides** als bij andere mannen van middelbare leeftijd. Ook is er een relatief hoog aantal suïcides bij alleenwonende mannen met psychische problemen en een laag inkomen (10,1 keer zoveel), mannen met psychische problemen, een laag inkomen, zorgkosten excl. GGZ <€5000 en een Nederlandse migratieachtergrond (9,3 keer zoveel), mannen met psychische problemen en een arbeidsongeschiktheidsuitkering in de leeftijd van 50 tot 59 (8,8 keer zoveel) en **mannen die GGZ-zorg ontvangen** en 60-69 jaar oud zijn (7,4 keer zoveel).

**41%** van de 6.656 mannen overleden door suïcide was werkend. Kijkend naar de sectoren waar de mannen van middelbare leeftijd werkten, zien we zowel absoluut als relatief een hoog aantal suïcides in de sectoren **'vervoer**

**en opslag** en **‘verhuur en overige zakelijke diensten’**. Opvallend is echter dat **59%** van de mannen **niet** aan het werk was op het moment van overlijden. De helft van die groep ontving een arbeidsongeschiktheids- of bijstandsuitkering, anderen waren gepensioneerd. Van degenen die een arbeidsongeschiktheids- of bijstandsuitkering ontvingen, ontving 72% deze al vijf jaar of langer.

Uit vragenlijsten die zijn afgenomen bij nabestaanden, blijkt dat de door suïcide overleden mannen van middelbare leeftijd vaak geen uitweg meer zagen door zorgen over financiën, hun relatie of gezin of lichamelijke problemen. Een deel van deze mannen zocht geen hulp voor hun problemen, omdat zij een taboe rondom hulpvragen ervaarden of niet afhankelijk wilden zijn van anderen. Ook psychische problemen – zoals een psychische stoornis, verslaving of de emotionele gevolgen van traumatische ervaringen in de jeugd – of sterfte (waaronder suïcide) in de nabije omgeving speelden volgens nabestaanden een rol bij suïcides van mannen van middelbare leeftijd. Nabestaanden denken dat suïcides vooral voorkómen hadden kunnen worden wanneer het **taboe** rondom mentale gezondheid en suïcide bij mannen doorbroken wordt, de mannen vaker hadden **gepraat** over hun problemen of de betreffende mannen **sneller en beter geholpen** werden door professionele hulpverlening.

Analyses van data uit de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) instellingen, laten zien dat mannen van middelbare leeftijd minder vaak geestelijke gezondheidszorg ontvingen in het jaar voor hun overlijden dan vrouwen. Het grootste risico om te overlijden door suïcide voor mannen binnen de GGZ zien we bij het hebben van **een affectieve stoornis** (bijvoorbeeld een depressie) en het ontvangen van **specialistische/forensische GGZ-zorg**. Ook hadden mannen van middelbare leeftijd die zijn overleden door suïcide **minder vaak een veiligheidsplan** opgesteld dan andere mensen overleden door suïcide. Deze inzichten passen bij het beeld dat mannen minder vaak de door de richtlijn geadviseerde hulp krijgen bij mentale problemen en suïcidale gedachten, en hier minder vaak over praten met anderen.

Naar aanleiding van de resultaten van dit onderzoek zijn een aantal **adviezen** met betrekking tot suïcidepreventie bij mannen van middelbare leeftijd opgesteld:

- Heb aandacht voor mentale gezondheid bij mannen die een uitkering ontvangen en/of werkloos zijn
- Heb aandacht voor mentale gezondheid bij mannen die een laag (eigen) inkomen hebben
- Besteed aandacht aan mentale gezondheid op het werk
- Wees in de GGZ alert op suïcidaliteit bij mannen van middelbare leeftijd
- Durf en leer te praten over suïcidaliteit
- Houd rekening met mannen die alleen wonen bij campagnes en hulpverlening
- Vraag bij indicaties van lichamelijke klachten door naar mentale gevolgen
- Maak het onderwerp mentale gezondheid en suïcide bij mannen zichtbaar, zonder aan te zetten tot kopieergedrag.
- Werk samen met de doelgroep bij het ontwikkelen van campagnes en interventies

# Adviezen

Naar aanleiding van de conclusies van dit onderzoek zijn een aantal adviezen met betrekking tot suïcidepreventie bij mannen van middelbare leeftijd opgesteld.

## **Heb aandacht voor mentale gezondheid bij mannen die een uitkering ontvangen en/of werkloos zijn**

Uit dit onderzoek blijkt dat mannen van middelbare leeftijd die zijn overleden door suïcide regelmatig een uitkering ontvingen en/of werkloos waren. Dit betekent dat er meer aandacht nodig is voor deze groep mannen vanuit bijvoorbeeld arbo-artsen, arbeidsdeskundigen, gemeenten en/of uitkeringsinstanties. Zij kunnen mannen mogelijk helpen met hun zorgen, en ze bespreekbaar maken. Mogelijk kan het proces bij het vinden van een uitkering, werk of dagbesteding ook verbeterd worden en kunnen er meer opties aan mannen worden geboden bij financiële problemen en eenzaamheid, zodat zij minder uitzichtloosheid zullen ervaren. Dit kan stress helpen te verminderen, gevoelens van controle over de omstandigheden vergroten en daarmee bijdragen aan mentale gezondheid.

Mogelijk kunnen HR-medewerkers, casemanagers verzuim, arbo-artsen, arbeidsdeskundigen en/of uitkeringsinstanties ook baat hebben bij trainingen om het gesprek aan te gaan over mentaal welzijn en suïcide. Dit kan bijvoorbeeld met de gratis VraagMaar training ([www.vraagmaar.nl](http://www.vraagmaar.nl)) of de Gatekeepertraining van 113 Zelfmoordpreventie [12]. Trainen en opleiden van professionals op het gebied van suïcidepreventie leidt tot meer kennis, vaardigheden en zelfvertrouwen om het gesprek over suïcidaliteit aan te gaan [13],[14]. HR-medewerkers en casemanagers verzuim kunnen in het traject voorafgaand aan arbeidsongeschiktheid of werkloosheid met mannen spreken over mentale gezondheid en hier ook preventief informatie over delen. Als een inkomensachteruitgang wordt verwacht kunnen zij ook de gevolgen hiervan bespreekbaar maken. Arbo-artsen en uitkeringsinstanties kunnen deze gesprekken vervolgen wanneer iemand arbeidsongeschikt of werkloos is geworden. Het contact met arbo-artsen en uitkeringsinstanties is vaak beperkt en veelal digitaal, maar omdat sommige mannen die een uitkering ontvangen en/of werkloos zijn weinig sociale interacties hebben kan dit toch een belangrijke rol spelen. Arbo-artsen en uitkeringsinstanties kunnen mogelijk suïcidale gedachten signaleren en bespreekbaar maken en in vertrouwen genomen worden en advies geven zonder de rol van behandelaar te hebben. Ook kunnen zij mannen preventief helpen met mentaal welzijn, en het taboe rondom dit onderwerp helpen doorbreken.

Ook binnen publiekscampagnes is het belangrijk om rekening te houden met de belangrijke risicofactoren werkloosheid en/of uitkeringen. Campagnes slaan extra aan wanneer mensen zichzelf kunnen herkennen in datgene wat er gezegd en/of afgebeeld wordt. Wanneer er iemand te zien is die op je lijkt, ben je extra geneigd naar een boodschap te luisteren en hier iets mee te doen [15]. Wetende dat het bij zelfdoding vaak gaat om iemand zonder baan, is het aan te raden om bij beeldmateriaal niet alleen mannen te laten zien die trots aan het werk zijn, maar juist ook mannen die niet (meer) werken. Op deze manier kan de risicogroep zich mogelijk beter herkennen in de boodschapper.

## **Heb aandacht voor mentale gezondheid bij mannen die een laag (eigen) inkomen hebben**

Het hebben van een laag eigen inkomen en/of huishoudinkomen is één van de risicofactoren die in dit onderzoek naar voren komt. Ook het hebben van schulden of andere financiële problemen wordt regelmatig door nabestaanden genoemd als één van de factoren die mogelijk een rol heeft gespeeld bij suïcides van mannen van middelbare leeftijd. Mensen die met mannen van middelbare leeftijd met een laag inkomen, schulden of andere financiële problemen in aanraking komen, kunnen daarom een belangrijke rol spelen bij preventie van suïcide. Zo kunnen werkgevers, uitkeringsinstanties, schuldhulpverleningsinstanties, gemeentes en vrijwilligers van SchuldHulpMaatje baat hebben bij het volgen van trainingen om het gesprek over mentaal welzijn en suïcide aan te gaan en signalen van suïcide te kunnen herkennen. Er is gratis trainingmateriaal te vinden via: [samenmindersuicide.nl/schulden/trainingen/](http://samenmindersuicide.nl/schulden/trainingen/)

## **Besteed aandacht aan mentale gezondheid op het werk**

Ook op de werkplek is het belangrijk om aandacht aan mentale gezondheid te geven. 41% van de mannen van middelbare leeftijd was ten tijde van de suïcide werkzaam. In de vragenlijsten van nabestaanden werd stress rondom werk regelmatig genoemd als factor die meespeelde bij suïcides. Daarnaast kan aandacht voor mentale gezondheid op het werk preventief helpen, zodat mannen op tijd kunnen leren omgaan met mentale tegenslagen en hulp kunnen zoeken wanneer nodig. Zo hebben ook mannen die later werkloos raken al handvatten op het gebied van mentale gezondheid meegekregen. Eén van de manieren waarop hier aandacht aan besteed kan worden op de werkvloer, is MentUpp, een interventie op de werkvloer die evident is in het bevorderen van mentaal welbevinden en het verlagen van depressieve symptomen en stigma ([mentuppproject.eu](http://mentuppproject.eu)). Ook is het aan te bevelen HR-medewerkers en bedrijfsartsen te trainen om het gesprek over mentale gezondheid en suïcide aan te gaan, en dit onderwerp aandacht te geven binnen hun bedrijf, bijvoorbeeld door workshops, voorlichtingsmaterialen of online programma's aan te bieden. Het is aan te raden om hierbij extra aandacht te besteden aan mannen met regelmatig ziekteverzuim en/of die uit dreigen te vallen op het werk, door een regelmatig gesprek met HR, bedrijfsarts en/of een leidinggevende, waarin wordt besproken hoe het gaat en ook wat nodig is om uitval te voorkomen.

## **Wees in de GGZ alert op suïcidaliteit bij mannen van middelbare leeftijd**

Een derde van de mannen van middelbare leeftijd die overleed door suïcide was in behandeling in de GGZ. Het is belangrijk dat suïcidaliteit bij mannen van middelbare leeftijd vaker herkend wordt en dat zij passende zorg krijgen. Het is daarom aan te bevelen om te werken volgens de Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag [16]. 113 Zelfmoordpreventie heeft hiervoor samen met klinische experts een Toolkit Suïcidepreventie ontwikkeld voor GGZ-professionals. Deze online toolkit biedt hulpverleners praktische ondersteuning bij het herkennen en behandelen van cliënten met suïcidaliteit, gebaseerd op up-to-date wetenschappelijke inzichten ([113.nl/toolkit](http://113.nl/toolkit)).

## **Durf en leer te praten over suïcidaliteit**

Om suïcides te voorkomen, is het van groot belang dat we als maatschappij durven en leren praten over suïcidale gedachten. Dat is niet makkelijk, er heerst nog altijd een groot taboe op het praten over zelfdoding. Het lastige is dat het voor degene met zelfmoordgedachten vaak ook erg lastig is om het gesprek hierover te beginnen, onder andere door schaamte of angst iemand tot last te zijn. Een vraag van iemand krijgen kan daarom verlichtend werken. Bijvoorbeeld door te benoemen wat je ziet en hoort bij een ander, goed door te vragen, concreet de zorgen te benoemen en directe vragen te stellen ('denk je wel eens aan zelfmoord?'). Niet iedereen heeft hechte sociale contacten die deze vragen kunnen stellen. Kijk daarom eens om je heen in je omgeving of je mensen (bijvoorbeeld collega's) ziet voor wie jij de aangewezen persoon bent om hiernaar te vragen. Dit is extra belangrijk omdat geen partner hebben juist een risicofactor is voor suïcide bij mannen van middelbare leeftijd. Leer hoe je het gesprek met een volwassene kan voeren over gedachten aan zelfdoding en daarmee mogelijk iemand kan helpen bijvoorbeeld via [www.vraagmaar.nl](http://www.vraagmaar.nl).

## **Houd rekening met mannen die alleen wonen bij campagnes en hulpverlening**

Uit ons onderzoek blijkt dat het verliezen van een partner (door overlijden of relatiebreuk) en/of alleen wonen een belangrijke factor is bij suïcide. Echter krijgen mensen met suïcidale gedachten vaak het advies om hier over te praten met een naaste. Daarnaast wordt hun aangeraden om bij behandeling van mentale klachten en/of suïcide, bijvoorbeeld in de GGZ, een naaste te betrekken. Niet iedereen heeft een liefdespartner, ouder of kind die hij kan betrekken. Dit is iets om rekening mee te houden in de communicatie van campagnes en interventies, maar ook door huisartsen en andere hulpverleners. Wanneer bij het advies om een naaste te betrekken te veel de nadruk wordt gelegd op een partner, kan dit confronterend en pijnlijk zijn en mogelijk zorgen voor extra negatieve gevoelens.

## **Vraag bij indicaties van lichamelijke klachten door naar mentale gevolgen**

Uit ons onderzoek blijkt dat het hebben van lichamelijke klachten, zeker wanneer ze uitzichtloos lijken, een belangrijke rol kan spelen bij zelfdoding. Er moet meer aandacht komen voor de mentale gevolgen van lichamelijke klachten. Eén van de plekken waar hier meer aandacht voor kan zijn, is op het werk. In één van de beschreven casussen uit de vragenlijsten voor nabestaanden had een man op het werk aangegeven erge lichamelijke klachten te hebben en een einde te willen maken aan zijn leven, maar werd hier door zijn werk niet op gereageerd. Het kan belangrijk zijn om managers, HR-medewerkers en arboprofessionals in brede zin handvatten te geven voor het beginnen van een gesprek over mentale gezondheid en suïcide, wanneer zij horen dat een van hun werknemers/collega's ernstige lichamelijke klachten ervaart. Ook voor huisartsen en specialisten is het belangrijk om door te vragen naar de mentale gevolgen van lichamelijke klachten.

## **Maak het onderwerp mentale gezondheid en suïcide bij mannen zichtbaar, zonder aan te zetten tot kopeergedrag.**

Doorbreek het taboe op mentale gezondheid bij mannen, door dit onderwerp zichtbaar te maken. Dit kan bijvoorbeeld door rolmodellen te laten zien die ook bepaalde klachten hebben, waardoor het zichtbaar wordt dat het iedereen kan overkomen [17]. Wanneer een beroemdheid of een ander publiek persoon bekend maakt dat hij aan een bepaalde ziekte lijdt, kan dit het gezondheidsgedrag van het publiek beïnvloeden, doordat zij bijvoorbeeld meer informatie gaan zoeken over de betreffende ziekte of meer aandacht hebben voor mogelijke symptomen [15]. Let er echter wel op dat het verhaal van een rolmodel niet aanzet tot kopeergedrag in negatieve zin. Laat zien dat het rolmodel met klachten zit waar veel mannen van middelbare leeftijd mee kampen, maar zeker ook hoe hij hiermee om is gegaan en wat hem heeft geholpen. Zien dat het iemand succes oplevert om zich op een bepaalde manier te gedragen, kan ervoor zorgen dat je zelf dit gedrag ook aanleert [18], [19]. Vermijd het praten over manieren waarop iemand een poging of zelfdoding heeft ondernomen.

Voor mensen die suïcide overwegen kan een media-uiting de laatste trigger zijn om de suïcide door te zetten, maar het kan óók de aanzet zijn om een oplossing te gaan zoeken en uiteindelijk zelfs te herstellen [19]. Dit wordt het 'Papageno-effect' genoemd [21]. Verhalen van mensen die van suïcide afzagen, hulp zochten of op een andere manier hun crisis overwonnen, dragen bij aan het voorkomen van suïcide. Mensen met suïcidaal gedrag herkennen zichzelf mogelijk in dit soort rolmodellen en leren van hen hoe zij met een crisis omgingen en waar en hoe zij hulp vonden. Ook gaan mensen hierdoor positiever denken over het effect van het zoeken van hulp, iets wat sterk samenhangt met het daadwerkelijk gaan zoeken van hulp [22].

Daarnaast is het goed om het onderwerp mentale gezondheid en hulp zoeken bij gedachten aan zelfdoding regelmatig zichtbaar te maken. Herhaling van een boodschap zorgt ervoor dat het beter blijft hangen, normaler wordt én dat we de boodschap meer gaan waarderen; mere-exposure effect. Dit kan ervoor zorgen dat dergelijke onderwerpen normaler worden in het dagelijks leven, en kan daarmee de drempel verlagen om het onderwerp aan te snijden.

## **Werk samen met de doelgroep bij het ontwikkelen van campagnes en interventies**

Bovenstaande activiteiten werken alleen als ze aansluiten bij de doelgroep. Het is dan ook belangrijk om mannen van middelbare leeftijd actief te betrekken bij het ontwikkelen van preventieve interventies, campagnes, informatie etc. Dit kan bijvoorbeeld door focusgroepen met mannen van middelbare leeftijd te organiseren, waarin hen wordt gevraagd op welke manier zij benaderd zouden willen worden over het onderwerp zelfdoding en mentale gezondheid en wat zij denken dat kan helpen in de preventie van deze problematiek bij mannen van middelbare leeftijd. Daarnaast is het aan te raden om, wanneer er iets ontwikkeld is voor deze groep, een pilot uit te voeren, om na te gaan of alles aansluit bij de belevingswereld van deze mannen.

# Referenties

1. Centraal Bureau voor de Statistiek, Zelfdodingen 1970-2022. [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl).
2. Van Heeringen, C (2001). Suicide in adolescents. *International Clinical Psychopharmacology*, 16 (2), S1-S6.
3. Samaritans (2012). *Men, suicide and society*. Londen: Samaritans.
4. Shiner, M, Scourfield, J, Fincham, B, & Langer, S (2009). When things fall apart: Gender and suicide across the life-course. *Social Science & Medicine*, 69(5), 738-746.
5. Payne S, Swami V, Stanistreet D (2008). The social construction of gender and its influence on suicide: A review of the literature. *J Mens Health*, 5, 23–35.
6. Connell RW, Messerschmidt JW (2005). Hegemonic masculinity: Rethinking the concept. *Gend Soc*, 19, 829–59.
7. O'Brien R, Hunt K, Hart G. (2005). “It’s caveman stuff, but that is to a certain extent how guys still operate”: Men’s accounts of masculinity and help seeking. *Soc Sci Med*, 61, 503–16.
8. Rasmussen ML, Hjelmeland H, Dieserud G. Barriers toward help-seeking among young men prior to suicide. *Death Studies* 2018, 96-103.
9. Cleary A (2012). Suicidal action, emotional expression, and the performance of masculinities. *Soc Sci Med*, 74, 498–505.
10. Berkelmans, G, Schwersen, L, Bhulai, S, van der Mei, R, Gilissen, R (2023). Identifying populations at ultra-high risk of suicide using a novel machine learning method. *Comprehensive Psychiatry*, Volume 123.
11. [www.113.nl/voor-nabestaanden](http://www.113.nl/voor-nabestaanden)
12. Gatekeepertraining; <https://www.113.nl/voor-professionals/113-academy-voorlichting-workshops-en-trainingen/suicidepreventietraining-gatekeeper-incompany>
13. Meijer-Rozema SG, Nijhof KS, Bosch AN, Bex NWK, Twisk JWR, van Domburgh L. Suicidepreventietraining voor jeugdzorgprofessionals [Suicide prevention training for youth care professionals]. *Tijdschr Psychiatr*. 2022;64(7):439-444. Dutch.
14. Terpstra, S, Beekman, A, Abbing, J et al. Suicide prevention gatekeeper training in the Netherlands improves gatekeepers’ knowledge of suicide prevention and their confidence to discuss suicidality, an observational study. *BMC Public Health* 18, 637 (2018).
15. Noar, SM, Willoughby, JF, Gall Myrick, J, Brown, J (2014). Public Figure Announcements About Cancer and Opportunities for Cancer Communication: A Review and Research Agenda, *Health Communication*, 29:5, 445-461.
16. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2012). Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. <https://www.nvvp.net/stream/richtlijn-diagnostiek-en-behandeling-van-suïcidaal-gedrag-2012>
17. De Gee, A, Zijlstra-Vlasveld, M, Leone, S, Boon, B, Van der Poel, A (2015). De effectiviteit van de inzet van rolmodellen in leefstijlcampagnes: strategische verkenning, theorie en praktijk. *Trimbos.nl*.
18. Bandura, A (1969). Social-learning theory of identificatory processes. In D. A. Goslin (Ed.), *Handbook of socialization theory and research* (pp. 213–262). Chicago, IL: Rand McNally.
19. Bandura, A (2001). Social cognitive theory of mass communication. *Media Psychology*, 3(3), 265–299.
20. Etzersdorfer E, Sonneck G (1998). Preventing suicide by influencing mass-media reporting. The Viennese experience 1980–1996. *Arch Suicide Res*. 4(1): 67-74.
21. Niederkrotenthaler T, Voracek M, Herberth A, et al. (2010). Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *Br J Psychiatry*. 197(3):234-243.
22. Downs MF, Eisenberg D (2012). Help seeking and treatment use among suicidal college students. *J Am Coll Heal*. 60(2).