

Suicide onder mannen van 40-70 jaar

Datum: 09-11-2023

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

Auteurs:

Drs. Suzanne van Nunen, onderzoeker 113 Zelfmoordpreventie

Dr. Yvonne Luigjes, onderzoeker 113 Zelfmoordpreventie

Dr. Guus Berkelmans, data scientist 113 Zelfmoordpreventie

Drs. Josine Rawee, data scientist 113 Zelfmoordpreventie

Dr. Stephanie Leone, onderzoeker Trimbos Instituut

Prof. Dr. Laura Shields - Zeeman, programmahoofd mentale gezondheid en preventie Trimbos Instituut

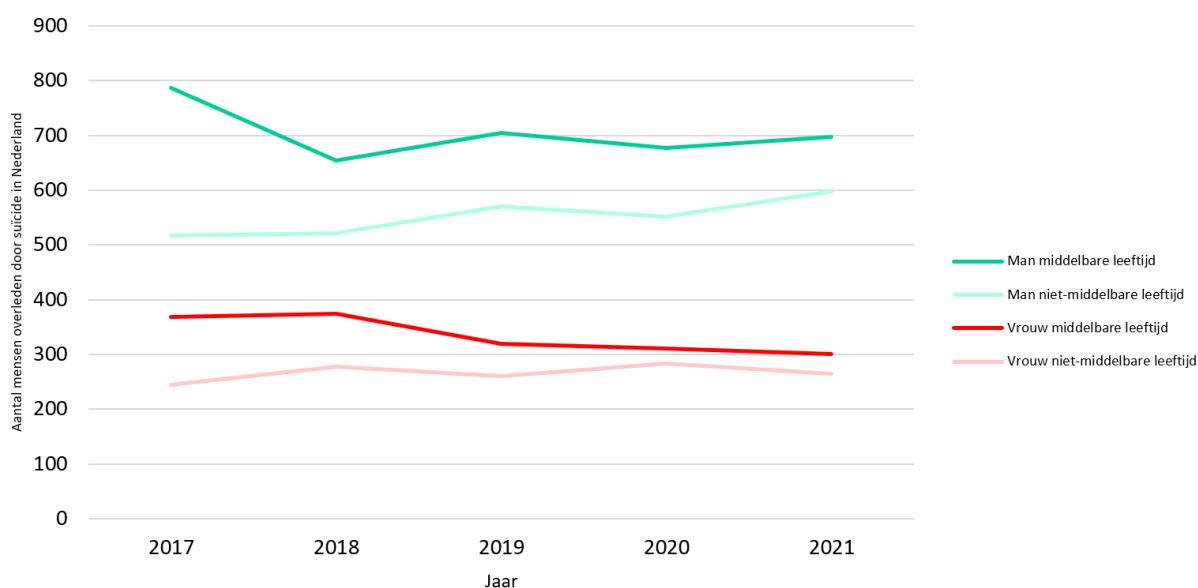
Dr. Renske Gilissen, hoofd onderzoek 113 Zelfmoordpreventie

Inhoud

Samenvatting	3
Inleiding	5
Methoden	7
BRON 1: Microdata Centraal Bureau voor de Statistiek	7
BRON 2: Samen leren, minder suicide	8
BRON 3: SUPRANET GGZ	8
Resultaten	10
Resultaten microdata CBS	10
Resultaten Samen leren, minder suicide	14
Resultaten SUPRANET GGZ	16
Conclusie	19
Adviezen	20
Referenties	24

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 - 2021 (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, verweuwd 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.

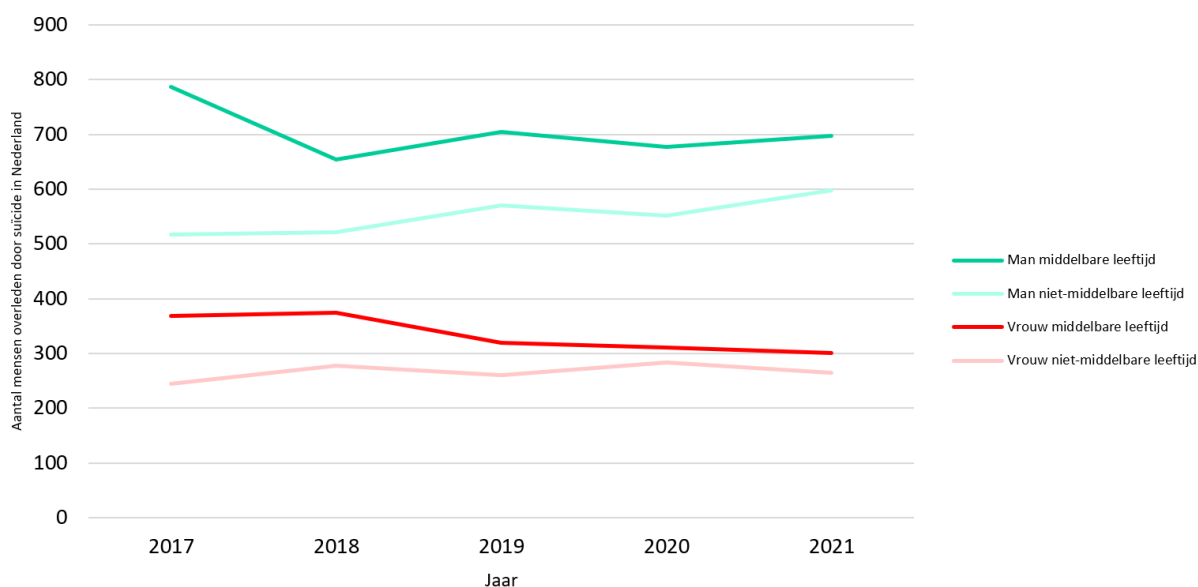
Analyses van data uit de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) instellingen, laten zien dat mannen van middelbare leeftijd minder vaak geestelijke gezondheidszorg ontvingen in het jaar voor hun overlijden dan vrouwen. Het grootste risico om te overlijden door suïcide voor mannen binnen de GGZ zien we bij 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

Inleiding

Suicide onder mannen komt al lange tijd ongeveer twee keer zo vaak voor als onder vrouwen [1]. In 2022 stierven 1.916 mensen door suicide in Nederland, waarvan 1.315 (69%) mannen en 601 (31%) vrouwen [1]. Hoewel suicide in alle leeftijdsgroepen vaker voorkomt bij mannen dan bij vrouwen, ligt het aantal het hoogst in de groep mannen van middelbare leeftijd (mannen tussen de 40 en 70 jaar) (Figuur 2) [1].



Figuur 2. Aantal mensen overleden door suicide in 2017 - 2021. Bron: CBS.

Individuele factoren, zoals biologische factoren, psychologische factoren en levenservaringen (bijvoorbeeld een onverwerkt jeugdtrauma) beïnvloeden het risico om suicidaliteit te ontwikkelen [2]. Ook situationele factoren, zoals maatschappelijke, sociaal-economische, culturele en andere omgevingsfactoren, kunnen aan dit risico bijdragen [3]. De invloed van deze factoren verschilt tussen groepen. Zo blijkt een relatiebreuk een groter risico te zijn voor mannen dan voor vrouwen [3],[4], mogelijk doordat mannen over het algemeen meer sociale steun verliezen bij een relatiebreuk en minder vaak voogdij over kinderen krijgen. Dit kan leiden tot isolement en het gevoelsmatige verlies van respect, status, en de mannelijke identiteit [3], [4], [5].

Waarom mannen vaker overlijden door suicide dan vrouwen is niet eenduidig. Mannen zijn over het algemeen minder geneigd om te praten over gevoelens en terughoudender in het zoeken naar (psychologische) hulp [3]. Er heerst een stigma rondom het uiten van gevoelens bij vrienden, familie en zorgprofessionals. Dit kan onder andere komen door een van de heersende normen rondom mannelijkheid: sterk, veerkrachtig en “in control” zijn, worden als belangrijke mannelijke eigenschappen gezien in veel landen. Mentale gezondheidsproblemen kunnen juist een zwak, machteloos en kwetsbaar gevoel geven, wat niet compatibel met die mannelijke normen is [3], [6], [7]. Gevoelens van schaamte, mede door niet aan verwachtingen van mannelijke rolmodellen te voldoen, spelen een grote rol bij zelfdoding onder mannen [3], [8], [9]. Schaamte is één van de redenen dat hulp zoeken moeilijk is voor mannen die mentale gezondheidsproblemen ervaren. Dit leidt ertoe dat stress opbouwt tot een breekpunt, en dat ze soms pas hulp zoeken tijdens een crisis. Hiernaast is de gekozen methode bij een suicidepoging bij mannen vaker fataal dan bij vrouwen. Vrouwen doen juist vaker niet-fatale pogingen dan mannen, en meer vrouwen dan mannen belanden op de spoedeisende hulp na een suicidepoging [10].

Hoewel bekend is dat mannen tussen de 40 en 70 jaar het hoogste risico hebben om te overlijden door suïcide, is dit nog steeds een erg brede groep. Binnen deze groep kunnen per persoon verschillende levensfasen en transities aan de orde zijn, zoals met pensioen gaan, veranderen van gezinssamenstelling of het verliezen van een baan. Het is nog onbekend welke specifieke risicofactoren een rol spelen binnen de risicogroep mannen van middelbare leeftijd. Inzicht in deze factoren kan helpen om passende interventies voor suïcidepreventie te selecteren en om deze aan de juiste subgroepen aan te bieden. Het doel van deze studie is om meer inzicht te krijgen in de kenmerken van de risicogroep mannen van middelbare leeftijd.

Onderzoeksvraag

- Wat zijn kenmerken van mannen van middelbare leeftijd die zijn overleden door suïcide?

Methoden

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag zijn meerdere bestaande datasets gebruikt. Er zijn grote kwantitatieve datasets van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en van verschillende GGZ-instellingen gebruikt en er is kwalitatieve data van vragenlijsten van nabestaanden gebruikt. Deze combinatie van databronnen maakt het mogelijk om robuuste antwoorden te geven op basis van grote datasets en om hier verdieping aan te geven met kwalitatieve verhalen van nabestaanden. Met behulp van statistische analyses is per dataset bepaald welke factoren samenhangen met suïcide en/of niet-fatale suïcidepogingen bij mannen van middelbare leeftijd. Per dataset zijn daarvoor verschillende variabelen onderzocht, mede op basis van wat beschikbaar was in elke dataset.

BRON 1: Microdata Centraal Bureau voor de Statistiek

Er is gebruik gemaakt van microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) met sociaal-demografische gegevens van alle mannelijke inwoners van Nederland tussen de 40 en 70 jaar van 2012 tot en met 2021.

Het CBS verzamelt, verwerkt, analyseert en publiceert een breed scala aan statistische gegevens over verschillende aspecten van de Nederlandse samenleving. Alle gegevens zijn opgeslagen op de server van het CBS en kunnen alleen daar worden geraadpleegd en geanalyseerd. Voor dit onderzoek zijn de volgende variabelen meegenomen van alle Nederlandse mannelijke ingezetenen tussen de 40 en 70 jaar:

- Overleden door suïcide ja/nee
- Leeftijd: 40-50, 50-60 of 60-70 jaar
- Herkomst: westelijke migratieachtergrond generatie 1, westelijke migratieachtergrond generatie 2, niet-westelijke migratieachtergrond generatie 1, niet-westelijke migratieachtergrond generatie 2 of Nederlandse migratieachtergrond
- Eigen inkomen: eerste kwartiel (0-25% van mannen van 40-70 jaar met het laagste inkomen in NL), tweede kwartiel (26-50%), derde kwartiel (51-75%) of vierde kwartiel (76-100%)
- Huishoudinkomen: eerste kwartiel (0-25% van huishoudens met mannen van 40-70 jaar met het laagste inkomen in NL), tweede kwartiel (26-50%), derde kwartiel (51-75%) of vierde kwartiel (76-100%)
- Financieel huishoudvermogen: eerste kwartiel (0-25% van huishoudens met mannen van 40-70 jaar in NL), tweede kwartiel (26-50%), derde kwartiel (51-75%) of vierde kwartiel (76-100%)
- Lichamelijke problemen: Kosten voor somatische zorg: lager dan €5000 per jaar, tussen de €5000 en €10.000 per jaar, hoger dan €10.000 per jaar of onbekend
- Psychische problemen: Gebruik van GGZ zorg: ja/nee
- Rol in het huishouden: thuiswonend kind, alleenwonend, partner van koppel met thuiswonende kind(eren), partner van koppel zonder thuiswonende kind(eren)
- Uitkeringen: werkloosheidswet (WW), wet arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAZ), wet op arbeidsongeschiktheidsuitkering (WAO), wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA), algemene bijstandswet (ABW), wet werk en bijstand (WWB). Allen dichotoom ja/nee).
- Burgerlijke staat: nooit getrouwd of geregistreerd partnerschap, getrouwd of geregistreerd partnerschap, verweduwd, gescheiden
- Opleidingsniveau: laag, midden, hoog of onbekend
- Woonregio: Nederland noord, midden, west, of zuid

Ook is gekeken in welke sectoren de mannen ten tijde van hun overlijden werkzaam waren.

Over de jaren 2012-2020 zijn observaties gedaan op 31 december van elk jaar van elk persoon. Hieruit zijn de mannen tussen de 40 en 70 geselecteerd. Van deze mannen is vastgesteld of ze in het kalenderjaar dat volgde op de observatie zijn overleden door zelfdoding. In totaal is data van 6,656 mannen die overleden door zelfdoding meegenomen. Voor elke variabele is het aantal suïcides per 100,000 mannen van middelbare leeftijd berekend en vergeleken met het aantal suïcides per 100,000 mannen van middelbare leeftijd in het algemeen. Daarnaast is geanalyseerd bij welke combinaties van factoren meer mensen zijn overleden door suïcide dan verwacht op basis van de individuele factoren. Hierbij is gebruikgemaakt van logistische regressie volgens de methode van Berkelmans et al. [11]. Omdat de factor GGZ-zorg erg dominant was, zijn, binnen hetzelfde model, ook opvallende interacties zonder de factor GGZ verkend. Voor de analyses is het bestand gesplitst op de volgende wijze: 50% van de gevallen resulterend in zelfdoding samen met 1% van de gevallen niet resulterend in zelfdoding (controlegroep) in de trainingset, en 40% van de gevallen resulterend in zelfdoding samen met 1% van de gevallen niet resulterend in zelfdoding (controlegroep) in de validatieset. De grootte van de validatieset was uiteindelijk 314,676 gevallen (persoonsjaren) waarvan 2,675 zelfdodingen.

BRON 2: Samen leren, minder suïcide

In aanvulling op de CBS-data is gebruik gemaakt van de data van de lopende studie 'Samen leren, minder suïcide' [122]. Deze studie is opgericht door 113 Zelfmoordpreventie en maakt deel uit van Samen Minder Suïcide, een netwerk van partijen en organisaties die middenin de samenleving staan en gedreven zijn om samen, domein overschrijdend, suïcidepreventie verder te brengen. De data bestaat uit vragenlijsten die zijn ingevuld door nabestaanden van overledenen op www.113.nl/voor-nabestaanden en biedt aanvullende informatie over psychosociale factoren die hebben bijgedragen aan de zelfdodingen.

De vragenlijst bestaat uit open en gesloten vragen, die onder andere betrekking hebben op mogelijke gebeurtenissen, problemen, gevoelens of redenen die tot de zelfdoding hebben kunnen geleid en belangrijke levensgebeurtenissen in de periode voor het overlijden. Ook zijn er vragen over de lichamelijke en mentale gezondheid, eventuele uitingen van suïcide, mogelijke beschermende factoren, de leefsituatie, de werk- en financiële situatie en vragen over vrienden, relaties, en andere sociale contacten. In deze studie wordt gebruik gemaakt van 30 ingevulde vragenlijsten over mannen van middelbare leeftijd die in februari tot en met juli 2023 door nabestaanden zijn ingevuld.

Voor dit onderzoek is gekeken naar drie open vragen die zijn ingevuld door nabestaanden, namelijk een vraag omtrent wat de belangrijkste gebeurtenissen en/of redenen zijn die volgens nabestaanden hebben bijgedragen aan het plegen van suïcide, wat de belangrijkste gevoelens en/ of redenen zijn die volgens nabestaanden hebben geleid tot de suïcide en wat de suïcide mogelijk had kunnen voorkomen. Per casus is een narratief gevormd met daarin een samenvatting van de antwoorden die op deze vragen gegeven zijn. Vervolgens is opgeteld welke factoren in totaal het meest genoemd zijn door nabestaanden.

BRON 3: SUPRANET GGZ

SUPRANET GGZ (www.supranetggz.nl) is een Nederlands netwerk van mentale gezondheidsorganisaties waarin data door 16 GZZ-instellingen werden verzameld tussen 2016 en 2020. De verzamelde cijfers gaan over het aantal suïcides, diagnoses, het soort instelling en kwaliteitsaspecten van de zorg; gerapporteerd per cliënt. De data van SUPRANET-GGZ biedt inzicht in gegevens van ongeveer 700,000 personen per jaar uit verschillende GGZ-instellingen in Nederland. Dit maakt het mogelijk om kenmerken van mannen van middelbare leeftijd die in behandeling waren bij een GGZ-instelling en overlijden door suïcide te vergelijken met kenmerken van anderen die in behandeling waren bij een GGZ-instelling en niet overleden door suïcide. In verband met de wijze van registratie die door de GGZ-instellingen werd gehanteerd, wordt voor deze data de leeftijd 40 tot 60 jaar gehanteerd als middelbare leeftijd.

Uit de beschikbare data van SUPRANET GGZ zijn de volgende variabelen in dit onderzoek meegenomen:

- Type mentale hulpinstelling (Specialistische/forensische GGZ (S-GGZ/FZ-GGZ), Generalistische basis GGZ (GB-GGZ), Wet langdurige zorg/langdurige GGZ (WLZ/L-GGZ), Onbekend/overig)
- Diagnose (Affectieve stoornis, psychotische stoornis, persoonlijkheidsstoornis, permanent cognitieve handicap of schade, onbekende diagnose, overig)
- Betrokkenheid van naasten in de behandeling (wel of geen contactpersoon geregistreerd)
- Het hebben van een veiligheidsplan (ja of nee)
- Tijd op de wachtlijst (kort: <4 weken of lang: ≥4 weken)

Door middel van beschrijvende statistieken in SPSS is onderzocht hoe vaak suïcides bij mannen en vrouwen van wel en niet-middelbare leeftijd voorkwamen bij deze verschillende variabelen.

Door middel van een logistische regressieanalyse is onderzocht welke diagnose en hulpinstelling het hoogste risico op suïcide geven bij mannen van middelbare leeftijd en of er verschillen waren tussen de kwaliteit van zorg (contactpersoon geregistreerd, veiligheidsplan en tijd op de wachtlijst) die mannen van middelbare leeftijd en andere groepen kregen.

Resultaten

Resultaten microdata CBS

Tabel 1 toont de resultaten per individuele factor en de gevonden interacties tussen meerdere factoren. Gemiddeld vinden er 20 suïcides per 100.000 mannen van 40-70 jaar plaats in Nederland. Ter vergelijking, dit aantal is 15 per 100.000 mannen van 20-40 jaar en 9 per 100.000 vrouwen van 40-70 jaar. De factoren en interacties van factoren waarbij een aantal suïcides van méér dan 40 per 100.000 is gevonden, zijn rood gekleurd (veel hoger dan gemiddeld), degenen met een aantal suïcides tussen de 30 en 40 per 100.000 zijn oranje gekleurd (hoger dan gemiddeld) en degenen met een aantal suïcides lager dan 15 per 100.000 zijn groen gekleurd in de tabel (lager dan gemiddeld).

Individuele factoren

Er was een sterk verhoogd aantal suïcides per 100.000 mannen tussen de 40 en 70 jaar (>40 per 100.000), bij mannen die

- psychische problemen hebben (gemeten door GGZ-zorg ontvangen: 114,59 suïcides per 100.000; 5,7 keer hoger dan het gemiddelde van mannen van 40-70 jaar),
- een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen (55,92 suïcides per 100.000; 2,8 keer hoger dan gemiddeld),
- alleen wonen (51,61 suïcides per 100.000; 2,6 keer hoger dan gemiddeld),
- een algemene bijstandsuitkering ontvangen (50,65 suïcides per 100.000; 2,5 keer hoger dan gemiddeld),
- lichamelijke problemen hebben (somatische zorgkosten van €5000 of meer hebben (kosten tussen €5000-€10.000 per jaar: 43,05 suïcides per 100.000. Kosten meer dan €10.000: 49,62 suïcides per 100.000; 2,2-2,5 keer hoger dan gemiddeld) of
- een laag huishoudinkomen hebben (40,79 suïcides per 100.000; 2 keer hoger dan gemiddeld).

Daarnaast was er een verhoogd aantal suïcides (30-40 suïcides per 100,000) bij mannen met een laag eigen inkomen, mannen die verweduwd, ongehuwd of gescheiden zijn en mannen die een WW-uitkering ontvangen (30,27-37,02 suïcides per 100.000; 1,5-2 keer zo hoog als gemiddeld).

Het aantal suïcides was juist lager (<15 per 100,000) bij mannen die

- een eerste generatie niet-westerse migratieachtergrond hebben (9,63 suïcides per 100.000; 0,5 keer het gemiddelde),
- een hoog eigen inkomen of huishoudinkomen hebben (10,05-10,10 suïcides per 100.000; 0,5 keer het gemiddelde),
- getrouwd zijn of een geregistreerd partnerschap hebben (met of zonder thuiswonend kind) (12,63 tot 13,99 suïcides per 100.000; 0,6-0,7 keer het gemiddelde) en
- werkend zijn (14,27 suïcides per 100.000; 0,7 keer het gemiddelde).

Combinaties van factoren

Bij de combinaties van factoren bleken mannen van 40 tot 70 jaar die GGZ-zorg ontvangen, alleen wonen én een arbeidsongeschiktheidsuitkering hebben het hoogste aantal suïcides per 100,000 te hebben. Vergeleken met de algemene groep mannen tussen de 40 en 70 jaar, overleden deze mannen **14,5 keer** zo vaak door suïcide (289,13 vs. 20 per 100.000). Vergeleken met de groep middelbare mannen die GGZ-zorg ontvangen, overleden zij 2,5 keer zo vaak door suïcide.

Ook bij de volgende combinaties overleden veel meer mannen door suïcide dan bij andere mannen van

middelbare leeftijd:

- mannen die GGZ-zorg ontvangen, alleen wonen en een laag huishoudinkomen hebben (201,98 suïcides per 100.000 mannen van middelbare leeftijd; 10,1 keer zoveel),
- mannen die GGZ-zorg ontvangen en een laag inkomen, zorgkosten excl. GGZ <€5000 en een Nederlandse migratieachtergrond hebben (186,83 suïcides per 100.000; 9,3 keer zoveel)
- mannen die GGZ-zorg ontvangen, een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen en de leeftijd 50 tot 59 hebben (176,56 suïcides per 100.000; 8,8 keer zoveel).
- mannen die GGZ-zorg ontvangen en 60-69 jaar oud zijn (147,37 suïcides per 100.000; 7,4 keer zoveel)

Zie voor overige combinaties Tabel 1.

Tabel 1

Uitkomsten logistisch regressiemodel met suïcidecijfers van mannen tussen de 40 en 70 jaar van 2013 t/m 2021.

* Voor deze tabel is de validatieset met 40% van de mannen die overleed door zelfdoding en 1% van de rest van de mannen van middelbare leeftijd gebruikt (Ntot = 2,675 zelfdodingen).

- Groen: aantal suïcides < 15 per 100.000 mannen van 40-70 jaar.
- Oranje: aantal suïcides 30-40 per 100.000 mannen van 40-70 jaar.
- Rood: aantal suïcides > 40 per 100.000 mannen van 40-70 jaar.

Factoren		Aantal suïcides (%)*	Aantal suïcides per 100.000 mannen van 40-70 jaar	Odds Ratio (CI)	Compound Odds Ratio (CI)
Individuele factoren	intercept				
	1e gen. Niet-westerse migratieachtergrond	107 (4)	9,63	0,30 (0,24-0,38)	-
	Eigen inkomen in vierde kwartiel	317 (12)	10,05	0,59 (0,47-0,75)	-
	Huishoudinkomen in vierde kwartiel	319 (12)	10,10	0,76 (0,62-0,93)	-
	Zorgkosten onbekend	19 (1)	11,31	0,10 (0,06-0,16)	-
	Deel stel met thuiswonend kind	659 (25)	12,63	1,02 (0,91-1,16)	-
	Getrouwd of partnerschap	1042 (39)	12,87	0,74 (0,64-0,86)	-
	Deel stel zonder thuiswonend kind	593 (22)	13,99	1,00 (1,00-1,00)	-
	Werkend	1061 (40)	14,27	0,74 (0,66-0,84)	-
	Huishoudinkomen in derde kwartiel	475 (18)	15,20	0,89 (0,75-1,04)	-
	Eigen inkomen in derde kwartiel	502 (19)	15,95	0,83 (0,68-1,02)	-
	Huishoudvermogen in vierde kwartiel	503 (19)	16,07	0,95 (0,82-1,11)	-
	Huishoudvermogen in derde kwartiel	548 (20)	17,43	0,90 (0,78-1,03)	-
	Hoogopgeleid	410 (15)	18,02	0,98 (0,86-1,12)	-
	Leeftijd 60-69	677 (25)	18,07	0,72 (0,62-0,83)	-
	2e gen. Niet-westerse migratieachtergrond	15 (1)	18,47	0,64 (0,38-1,06)	-
	Woonachtig landsdeel West	1044 (39)	18,96	0,83 (0,72-0,95)	-
	Zorgkosten excl. GGZ <€5000	2183 (82)	19,15	1,00 (1,00-1,00)	-
	Huishoudinkomen in tweede kwartiel	602 (23)	19,17	0,79 (0,69-0,91)	-
	Opleiding onbekend	1265 (47)	19,20	1,02 (0,92-1,14)	-
Leeftijd 40-49	914 (34)	20,74	1,00 (1,00-1,00)	-	
1e gen. Westerse migratieachtergrond	114 (4)	21,34	0,82 (0,66-1,01)	-	

Individuele factoren	2e gen. Westerse migratieachtergrond	144 (5)	21,75	0,88	(0,74-1,06)	-
	Woonachtig landsdeel Oost	588 (22)	21,91	1,00	(0,87-1,14)	-
	Eigen inkomen in tweede kwartiel	696 (26)	22,19	0,86	(0,71-1,04)	-
	Nederlandse migratie achtergrond	2295 (86)	22,50	1,00	(1,00-1,00)	-
	Huishoudvermogen in tweede kwartiel	725 (27)	22,98	0,81	(0,71-0,92)	-
	Woonachtig landsdeel Zuid	719 (27)	23,22	1,00	(0,87-1,16)	-
	Leeftijd 50-59	1084 (41)	24,45	1,15	(1,03-1,3)	-
	Opleidingsniveau middel	551 (21)	24,89	1,00	(1,00-1,00)	-
	Woonachtig landsdeel Noord	309 (12)	25,19	1,00	(1,00-1,00)	-
	Overig lid huishouden	153 (6)	26,15	1,20	(0,98-1,47)	-
	Thuiswonend kind	51 (2)	28,03	1,37	(1,02-1,84)	-
	Huishoudvermogen in eerste kwartiel	851 (32)	28,25	1,00	(1,00-1,00)	-
	Laagopgeleid	449 (17)	29,75	1,09	(0,94-1,27)	-
	WW-uitkering	243 (9)	30,27	1,18	(0,98-1,42)	-
	Verweduwd	64 (2)	31,20	0,92	(0,71-1,2)	-
	Inkomen onbekend	48 (2)	32,95	1,12	(0,79-1,6)	-
	Gescheiden	584 (22)	36,26	0,95	(0,84-1,09)	-
	Ongehuwd	985 (37)	36,80	1,00	(1,00-1,00)	-
	Eigen inkomen in eerste kwartiel	1112 (42)	37,02	1,00	(1,00-1,00)	-
	Huishoudinkomen in eerste kwartiel	1231 (46)	40,79	1,00	(1,00-1,00)	-
	Zorgkosten excl. GGZ €5000-€10000	213 (8)	43,05	1,58	(1,34-1,86)	-
	Zorgkosten excl. GGZ > €10000	260 (10)	49,62	1,79	(1,53-2,09)	-
	ABW-uitkering	252 (9)	50,65	1,13	(0,96-1,34)	-
	Alleenwonend	1219 (46)	51,61	2,37	(2,05-2,74)	-
	AO-uitkering	565 (21)	55,92	1,42	(1,22-1,64)	-
GGZ	890 (33)	114,59	5,77	(4,83-6,91)	-	
Combinaties zonder GGZ	Huishoudvermogen in tweede kwartiel + Gescheiden	133 (5)	30,64	1,08	(0,86-1,35)	0,81 (0,65-1,02)
	Leeftijd 40-49 + WW-uitkering	96 (4)	31,16	1,16	(0,88-1,53)	1,36 (1,10-1,69)
	Inkomen in eerste kwartiel + Huishoudvermogen in eerste kwartiel + Woonachtig landsdeel West	187 (7)	34,48	1,03	(0,83-1,27)	0,66 (0,52-0,83)
	Inkomen in eerste kwartiel + Alleenwonend + Werkend	145 (5)	36,16	0,80	(0,65-0,98)	1,40 (1,11-1,76)
	Inkomen in eerste kwartiel + Zorgkosten excl. GGZ <€5000 + Nederlandse migratieachtergrond	716 (27)	39,92	1,16	(0,95-1,42)	1,16 (0,95-1,42)
	Gescheiden + Woonachtig landsdeel Zuid	160 (6)	40,31	1,02	(0,83-1,26)	0,98 (0,79-1,20)
	Inkomen in eerste kwartiel + Huishoudvermogen in eerste kwartiel	461 (17)	41,49	0,77	(0,64-0,94)	0,77 (0,64-0,94)
	Inkomen in eerste kwartiel + Zorgkosten excl. GGZ <€5000 + Nederlandse migratieachtergrond + Leeftijd 50-59	291 (11)	52,27	1,08	(0,91-1,30)	1,45 (1,16-1,81)
	Inkomen in tweede kwartiel + AO-uitkering	208 (8)	54,73	1,19	(0,96-1,47)	1,45 (1,16-1,80)
	GGZ + Getrouwd of partnerschap	293 (11)	79,58	1,30	(0,99-1,70)	5,59 (4,27-7,32)
	GGZ + Werkend + Leeftijd 50-59	134 (5)	107,65	1,41	(1,12-1,77)	6,96 (5,40-8,97)
	GGZ + Getrouwd of partnerschap + Zorgkosten excl. GGZ <€5000 + Nederlandse migratieachtergrond	191 (7)	111,54	1,26	(0,96-1,66)	7,07 (5,68-8,80)

Combinaties met GGZ	GGZ + Laagopgeleid	160 (6)	123,95	0,79	(0,63-0,99)	5,01	(3,91-6,40)
	GGZ + Leeftijd 60-69	194 (7)	147,37	1,47	(1,19-1,82)	6,11	(4,84-7,72)
	GGZ + AO-uitkering + Leeftijd 50-59	113 (4)	176,56	0,68	(0,53-0,87)	6,37	(4,66-8,72)
	GGZ + Inkomen in eerste kwartiel + Zorgkosten excl. GGZ <€5000 + Nederlandse migratieachtergrond	252 (9)	186,83	0,87	(0,71-1,06)	5,81	(4,47-7,56)
	GGZ + Huishoudvermogen in eerste kwartiel + Alleenwonend	363 (14)	201,98	0,75	(0,61-0,93)	10,26	(8,05-13,07)
	GGZ + Alleenwonend + AO-uitkering	184 (7)	289,13	1,26	(0,99-1,60)	24,29	(17,74-33,25)

Werksectoren

In tabel 2 is uiteengezet in welke sector de mannen die overleden door suïcide werkzaam waren ten tijde van hun overlijden. Relatief zijn er veel suïcides binnen de werksector 'landbouw, bosbouw, visserij'. Kijkend naar de sectoren waar zowel absoluut als relatief een hoog aantal suïcides is, dan vallen de sectoren 'vervoer en opslag' en 'verhuur en overige zakelijke diensten' op. Opvallend is echter dat 59% van de mannen niet aan het werk was op het moment van overlijden. Binnen de groep niet-werkenden ontving 51% een arbeidsongeschiktheids- of bijstandsuitkering. In een vervolganalyse is gekeken voor mannen die tussen 2018 en 2022 zijn overleden door suïcide en op dat moment een uitkering ontvingen of en waar zij werkten in de jaren voordat zij een uitkering kregen. Daaruit bleek dat 72% van deze mannen in de vijf jaar vóór hun overlijden ook al een uitkering ontving.

Tabel 2

Aantal mannen van 40-70 jaar die overleden door suïcide tussen 2013 en 2021 per werksector. Bron: CBS.

● Rood: zowel absoluut als relatief een hoger aantal suïcides.

Werksector	Aantal suïcides (%)	Totaal (%)	Aantal suïcides per 100.000 mannen van 40-70 jaar binnen werksector
Geen werksector	3942 (59)	385223 (41)	31,02
Landbouw, bosbouw, visserij	43 (1)	6430 (1)	20,20
Waterbedrijven en afvalbeheer	31 (0)	5085 (1)	18,40
Gezondheids- en welzijnszorg	184 (3)	31211 (3)	17,79
Vervoer en opslag	261 (4)	45171 (5)	17,43
Verhuur en overige zakelijke diensten	247 (4)	43223 (5)	17,24
Energievoorziening	19 (0)	3405 (0)	16,83
Industrie	528 (8)	99808 (11)	15,95
Bouwnijverheid	212 (3)	41450 (4)	15,42
Delfstoffenwinning, Huishoudens en Extraterritoriale organisaties	11 (0)	2236 (0)	14,83
Verhuur en handel onroerend goed	27 (0)	5675 (1)	14,34
Openbaar bestuur en overheidsdiensten	255 (4)	54274 (6)	14,16
Financiële dienstverlening	121 (2)	26129 (3)	13,96
Cultuur, sport en recreatie	29 (0)	6424 (1)	13,60
Onderwijs	130 (2)	30080 (3)	13,02
Handel	326 (5)	76506 (8)	12,84
Overige dienstverlening	27 (0)	6654 (1)	12,22
Specialistische zakelijke diensten	158 (2)	39658 (4)	12,00
Horeca	37 (1)	10088 (1)	11,04
Informatie en communicatie	68 (1)	22625 (2)	9,04
Totaal	6656	941355	21,36

Resultaten Samen leren, minder suïcide

De aanleiding en achtergrond van suïcide is complex, zo ook bij mannen van middelbare leeftijd. In de vragenlijsten die zijn afgenomen bij nabestaanden zien we een verzameling van factoren die voor iedereen ook weer anders zijn. Als antwoord op de vraag welke gebeurtenissen of ervaringen mogelijk geleid hebben tot de zelfdoding van de man (open vraag), worden door nabestaanden meerdere gebeurtenissen genoemd. In Tabel 3 staan ter illustratie beschrijvingen van acht van de 30 casussen uit de vragenlijsten voor nabestaanden. Deze beschrijvingen illustreren de onderlinge variatie die werd gevonden.

Tabel 3

Beschrijving van belangrijkste gebeurtenissen/redenen die mogelijk hebben bijgedragen aan zelfdoding, genoemd door nabestaanden in de vragenlijst.

Leeftijd	Beschrijving van belangrijke gebeurtenissen/redenen die mogelijk hebben bijgedragen aan de zelfdoding
50	Hij dronk veel alcohol als hij niet met situaties om kon gaan, en werd daar vaak agressief van. Hij had veel ruzie thuis en werd daarom door zijn vrouw weggestuurd uit zijn huis om haar en de kinderen te beschermen. Tevens veel verlatingsangst en al meerdere pogingen gedaan.
54	Hij was erg eenzaam doordat een relatie krijgen niet wilde lukken. Hij was bang om alleen oud te worden in eenzaamheid. Tevens had hij problemen op het werk en last van een continue piep in zijn oren door tinnitus . Zijn vader is ook overleden door suïcide en hij wilde graag naar zijn reeds overleden ouders gaan. Voor een depressie kreeg hij medicatie, maar had erg veel last van de bijwerkingen . Tevens wilde hij anderen niet tot last zijn en vond hij het moeilijk om hulp te aanvaarden vanuit schaamte . Hij zag een psychiater in de kliniek, maar deze schreef vooral pillen voor en voerde niet veel gesprekken.
51	Hij had een hechtingsstoornis door zijn opvoeding. Hij was zwaar op de hand, maar niet depressief. Hij piekerde veel en had slaapproblemen . Hij ervaarde veel stress door een aanstaande verhuizing en problemen met de buurman. Hij praatte veel met zijn partner, maar maakte ook grappen over er "altijd nog een einde aan kunnen maken". Hij had OCD en kon erg van zijn lichaam balen als hij een pijntje of het koud had.
52	Een alleenstaande man die na 20 jaar in dienst bij een werkgever werd ontslagen . Zijn vader is overleden en zijn broer heeft suïcide gepleegd. Hij zat in de schulden , waardoor hij zijn koopwoning ter executieverkoop moest aanbieden. Hij wist niet goed waar hij hulp kon vinden voor zijn problemen, maar was daarbij ook wantrouwend jegens hulpinstanties.
47	Hij is slachtoffer geweest van seksueel misbruik als kind, wat zich op latere leeftijd uitte in angst, schaamte , depressie en alcoholmisbruik . Hij had gevoelens van machteloosheid, onrecht, negatieve overtuigingen, het idee er niet te mogen zijn, moeite met zijn eigen seksuele problemen en persoonlijkheidsproblematiek. Door buren werd hij gepest en bedreigd . Hij werkte als winkelmedewerker en had altijd wel wat moeite met rondkomen . Op het eind van zijn leven had hij wat meer financiële middelen, wat misschien ook juist de drempel heeft verlaagd omdat hij nabestaanden niet met schulden wilde opzadelen.
51	Acht jaar geleden deed hij een eerste poging, na langdurige stress door een slechtlopende eigen zaak, en daardoor financiële problemen en dit niet hebben gedeeld met zijn partner (schaamte). Onlangs is hij op staande voet ontslagen , wat waarschijnlijk de druppel was. Hij voelde zich daardoor waardeloos. Door stress en schaamte zocht hij toevlucht bij relaties buiten de deur . Hij was ervan overtuigd dat iedereen beter af was zonder hem. Zijn moeder , waar hij een hechte band mee had, was overleden . Dit heeft hij nooit goed kunnen verwerken. Richting naasten liet hij niet veel merken, en speelde hij mooi weer.

60	Hij kwam uit een groot, arm gezin waar geen liefde was. Vader dronk veel, moeder was emotioneel niet beschikbaar. Hij heeft niet geleerd met emoties om te gaan of hierover te praten. Op school werd hij gepest en hij heeft de LTS niet afgemaakt. Vervolgens ging hij zwaar werk doen. Al jong raakte hij verslaafd aan alcohol . Hij had veel lichamelijke klachten (reuma, ziekte van Crohn) en ook psychische klachten, maar accepteerde geen hulp (o.a. door stigma). Hij was bang voor het erger worden en nooit meer overgaan van de klachten en financiële gevolgen daarvan. Hij wilde euthanasie , maar hoorde bij de huisarts dat dit niet mogelijk was. Hij had sterke, negatieve overtuigingen over zichzelf en de wereld. Dit leek hij bijna te willen bevestigen; hij ging vreemd, creëerde onveiligheid voor de kinderen. Toen hij een diagnose kreeg noemde hij zichzelf een 'gek'. Op het werk heeft hij benoemd dat hij een einde aan zijn leven ging maken, maar hier is door het werk niet op gereageerd.
60	Na een lang huwelijk ging hij vreemd. Hierdoor is hij gescheiden . Echter liep de nieuwe relatie ook snel stuk. Hij moest ineens voor zichzelf gaan zorgen na lang samenzijn, maar ook omgaan met reacties uit de omgeving. Hij had verdriet om het verlies van zijn gezin en geldzorgen doordat hij geen werk had. Daarnaast was hij bang dat hij lichamelijk ziek was, en hij heeft altijd gezegd dat wanneer hij ongeneselijk ziek zou worden hij uit het leven zou stappen. Lang rouwen heeft hij nooit begrepen, volgens hem was het belangrijk om “gewoon door te gaan”. In zijn laatste weken heeft hij zijn sociale huurwoning verbouwd naar de originele staat. Dit had achteraf gezien een signaal kunnen zijn dat hij iets aan het plannen was.

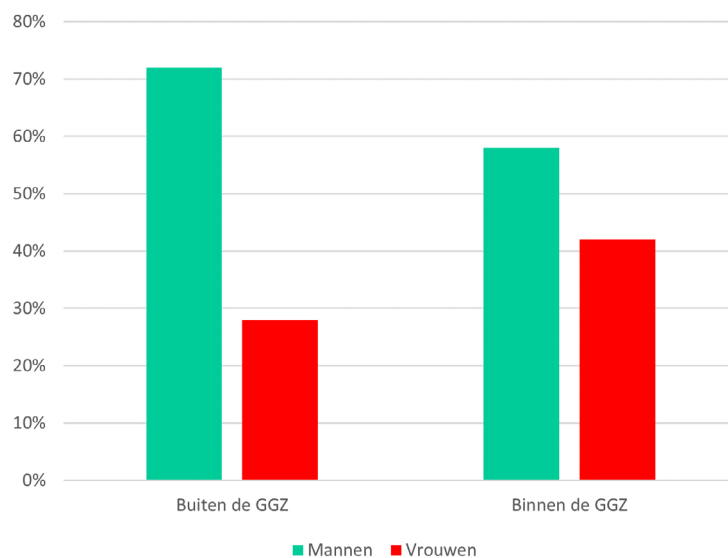
In alle bovenstaande voorbeelden waren er meerdere factoren aan te wijzen die in samenspel voorafgingen aan de zelfdoding. Regelmatig wordt het stigma rondom mentale gezondheid benoemd als een probleem waar de mannen last van hadden. Aanvullend wordt benoemd dat de mannen het soms lastig vonden om over problemen te praten en/of hulp te accepteren en dat als zij professionele hulp zochten dit niet altijd goed hielp en/of aansloot. Ook worden de volgende factoren genoemd: lichamelijke klachten (die uitzichtloos lijken); psychische problemen, waaronder problemen door een moeilijke jeugd; sociale en relatieproblemen en eenzaamheid; verslavingen; problemen op het werk of het verliezen van werk of bedrijf; financiële problemen zoals schulden; en suïcides in de familie.

Op de vraag of iets of iemand de suïcide wellicht had kunnen voorkómen, wordt wisselend geantwoord. In enkele casussen wordt professionele hulpverlening genoemd, bijvoorbeeld omdat volgens de nabestaande niet de juiste zorg werd geleverd (geen behandeling suïcidaliteit, verkeerde onderliggende constructen behandeld, niet de nodige aandacht), iemand tussen wal en schip is gevallen of te maken kreeg met lange wachttijden, naasten niet voldoende betrokken werden of omdat het slachtoffer er niet voor open stond om professionele hulp te zoeken/aanvaarden. Het taboe op mentaal welzijn, suïcide en eventuele onderliggende oorzaken (zoals seksueel misbruik) wordt ook genoemd. Zo wordt er aangegeven dat iemand bijvoorbeeld nooit heeft geleerd om over gevoelens te praten, of dit vanwege het stigma rondom mentale gezondheid niet durfde. Nabestaanden denken dat het had kunnen helpen wanneer dit taboe doorbroken werd. Een enkeling geeft aan zelf wellicht te kunnen hebben geholpen of iemand anders in de naaste omgeving, maar dat dit lastig was omdat het slachtoffer niet liet blijken dat er iets mis was. Menigeen geeft echter ook aan bang te zijn dat het slachtoffer niet geholpen had kunnen worden, omdat hij geen hulp accepteerde, de keuze vaststond of er juist al van alles geprobeerd was.

Resultaten SUPRANET GGZ

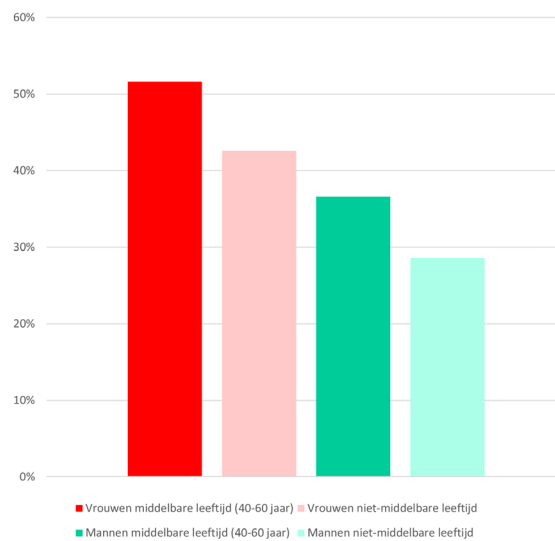
Voor de studie met data van GGZ-instellingen is zorggebruikdata van de periode 2016 tot 2020 van 16 instellingen gebruikt. Alleen de data van individuen boven de 18 jaar is gebruikt, wat resulteerde in data van ongeveer 700.000 personen per jaar en een totaal van 9.142 suïcides.

Wanneer we het aantal suïcides binnen de GGZ vergelijken met de algemene suïcidecijfers in Nederland (op basis van CBS data), zien we dat zowel binnen als buiten de GGZ meer mannen dan vrouwen overlijden door suïcide. Binnen de GGZ zijn de percentages mannen en vrouwen die overlijden door suïcide echter meer in evenwicht dan daarbuiten. Van de mensen die GGZ-zorg ontvingen en overleden door suïcide was 58% man en 42% vrouw, terwijl van de mensen die geen GGZ-zorg ontvingen en overleden door suïcide, 72% man was en 28% vrouw (zie Figuur 3). Er zijn geen verschillen in het percentage suïcides van mannen van middelbare leeftijd (in dit geval 40 tot 60 jaar) binnen en buiten de GGZ. In beide gevallen betreft ongeveer 28% van de suïcides een man van 40 tot 60 jaar.



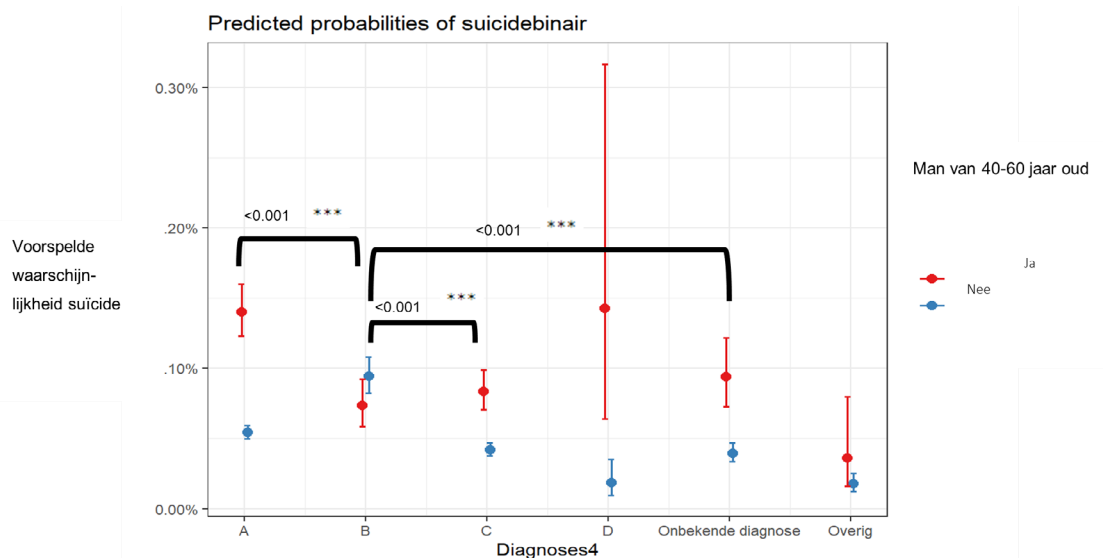
Figuur 3. Percentage personen overleden door suïcide binnen en buiten de GGZ.

Mannen ontvingen in het jaar voor hun overlijden door suïcide minder vaak geestelijke gezondheidszorg dan vrouwen (zie Figuur 4). De groep vrouwen van middelbare leeftijd ontving het vaakst GGZ-zorg in het jaar voor hun overlijden door suïcide (in ongeveer 50% van de gevallen). De groep mannen die niet van middelbare leeftijd was, ontving het minst vaak geestelijke gezondheidszorg in het jaar voor hun overlijden door suïcide (slechts in 25-30% van de gevallen), gevolgd door de groep mannen van middelbare leeftijd (ongeveer 35%). Het is echter niet bekend of het lage cijfer bij niet-middelbare mannen vooral wordt vertegenwoordigd door mannen die jonger zijn dan 40 jaar, of door mannen boven de 60 jaar (of beide).



Figuur 4. Percentage personen dat geestelijke gezondheidszorg ontving in het jaar voor hun overlijden door suïcide (2016-2020).

Er is ook gekeken naar de verschillende diagnoses die cliënten binnen de GGZ hebben en hoe deze diagnoses samenhangen met zelfdoding (Figuur 5). Voor alle diagnoses behalve psychotische stoornis hebben mannen van middelbare leeftijd een hoger risico op zelfdoding dan andere groepen. Voor mannelijke cliënten van 40-60 jaar met een affectieve stoornis, zoals depressie, ligt dit risico het hoogst.



Figuur 5. Voorspelde waarschijnlijkheid van suïcide per diagnose. (A. Affectieve stoornis, B. psychotische stoornis, C. persoonlijkheidsstoornis, D. permanent cognitieve handicap of schade, onbekende diagnose, overig).

In de meeste mentale gezondheidsinstellingen hebben mannen van 40-60 jaar een hoger risico om te overlijden door suïcide dan andere patiëntgroepen. Een uitzondering is de langdurige GGZ. Het risico is het hoogst voor mannen van 40-60 jaar in de specialistische/forensische GGZ.

Kijkend naar factoren met betrekking tot kwaliteit van zorg binnen GGZ-instellingen, blijkt dat van de mannen van middelbare leeftijd die zijn overleden door suïcide 51,7% een geregistreerd contactpersoon had (een maat voor het betrekken van naasten wat een aanbeveling is in de richtlijn); dit verschilde niet van de niet-middelbare mannen overleden door suïcide (52,6%). Echter, wanneer we kijken naar het hebben van een veiligheidsplan, een andere aanbeveling uit de richtlijn, blijkt dat mannen van middelbare leeftijd overleden door suïcide significant minder vaak een veiligheidsplan hadden dan de andere groepen (28,3% versus 30,1%).

Conclusie

Uit dit onderzoek blijkt dat binnen de groep mannen van 40 tot 70 jaar, mannen met psychische problemen (gemeten door GGZ-zorg ontvangen); die een arbeidsongeschiktheids-, werkloosheids- of algemene bijstandsuitkering hebben; 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, vaker overlijden door suïcide.

Het risico op suïcide is het hoogst voor mannen tussen de 40 en 70 jaar die GGZ-zorg ontvangen, 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, had 72% deze al vijf jaar of langer.

Uit de vragenlijsten van nabestaanden bleek dat de overleden mannen veel zorgen hadden over bijvoorbeeld financiën, de relatie of gezinssituatie of lichamelijke problemen. Volgens nabestaanden zochten mannen niet vaak hulp voor hun problemen. Er werd regelmatig een taboe rondom hulp vragen ervaren, of mannen wilden niet afhankelijk 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 lijken een rol te spelen bij suïcides van mannen van middelbare leeftijd. Nabestaanden denken dat suïcides vooral voorkomen 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 gezondheidsinstellingen.

Mannen ontvingen het jaar voor hun overlijden door suïcide minder vaak GGZ-zorg dan vrouwen. Mannen van middelbare leeftijd overleden door suïcide hadden bovendien minder vaak een veiligheidsplan. Deze inzichten passen bij het beeld dat mannen minder vaak hulp zoeken en krijgen bij mentale problemen en suïcidale gedachten, en hier minder vaak over praten met anderen [3], [5], [7], [9]. Qua diagnoses is het risico om te overlijden door suïcide voor mannen van middelbare leeftijd het hoogst voor mannen met een affectieve stoornis en mannen die in behandeling zijn in de specialistische of forensische GGZ.

Het hoge aantal zelfdodingen en de vele risicofactoren bij deze leeftijdsgroep kunnen een somber beeld schetsen. Gelukkig zijn er diensten en interventies beschikbaar die aan deze groep kunnen worden aangeboden om hun zorgen te verlichten en bij te dragen aan suïcidepreventie.

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. Ze kunnen ook wijzen op beschikbare diensten en instanties, zoals de website GeldFit (www.geldfit.nl), die hulp en informatie biedt om meer grip op de financiële situatie te krijgen. 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, zodat zij minder eenzaamheid en 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 en medewerkers van de gemeente 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) of de Gatekeepertraining van 113 Zelfmoordpreventie [13]. 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 [14],[15]. 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 [16]. 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 níet (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

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 door interventies zoals MENTUPP, een programma voor bedrijven dat evident is in het bevorderen van mentaal welbevinden en het verlagen van depressieve symptomen en stigma (mentuppproject.eu). Ook is het aan te bevelen leidinggevenden, HR-medewerkers en bedrijfsartsen te trainen om het gesprek aan te gaan met medewerkers over mentale gezondheid en suïcide, en om 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 [17]. 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).

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.

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. Wanneer er bij campagnes en hulpverlening meer focus ligt op de kracht van sociale steun in bredere zin kan dit mannen helpen om te zien welke mensen hen wel steunen en hoe zij dit wellicht nog kunnen uitbreiden.

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 [18]. 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 [16]. 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 [19], [20]. Vermijd het praten over manieren waarop iemand een poging of zelfdoding heeft ondernomen. Zie voor meer informatie de handreiking voor mediaprofessionals op 113.nl/journalisten.

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 [20]. Dit wordt het 'Papageno-effect' genoemd [22]. 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 [23].

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.
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. Schwersen, L, van Zwieten, N, Gilissen, R (2023). De registratie van niet-fatale suïcidepogingen in Nederland. *TSG Tijdschr Gezondheidswet* 101 (Suppl 1):S46–S50.
11. 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.
12. www.113.nl/voor-nabestaanden
13. Gatekeepertraining; www.113.nl/voor-professionals/113-academy-voorlichting-workshops-en-trainingen/suicidepreventietraining-gatekeeper-incompany
14. Meijer-Rozema SG, Nijhof KS, Bosch AN, Bex NWK, Twisk JWR, van Domburgh L. Suïcidepreventietraining voor jeugdzorgprofessionals [Suicide prevention training for youth care professionals]. *Tijdschr Psychiatr*. 2022;64(7):439-444. Dutch.
15. 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).
16. 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.
17. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2012). Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. <https://www.nvvp.net/stream/richtlijn-diagnostiek-en-behandeling-van-suicidaal-gedrag-2012>
18. 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.
19. 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.
20. Bandura, A (2001). Social cognitive theory of mass communication. *Media Psychology*, 3(3), 265–299.
21. Etzersdorfer E, Sonneck G (1998). Preventing suicide by influencing mass-media reporting. The Viennese experience 1980–1996. *Arch Suicide Res*. 4(1): 67-74.
22. 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.
23. Downs MF, Eisenberg D (2012). Help seeking and treatment use among suicidal college students. *J Am Coll Heal*. 60(2).