

Toolbox Suïcidepreventie in het Sociaal Werk - mannen van middelbare leeftijd

Colofon

Deze toolbox is ontwikkeld vanuit het consortium suïcidepreventie bij mannen van middelbare leeftijd (ZonMw project penvoerder RUG, januari 2025 – juni 2026).

Bij dit project zijn ook een rapportage en twee samenvattingen van pilots met de toolbox in de praktijk beschikbaar. Deze zijn te vinden op de [projectpagina](#).

Indien er vragen of toevoegingen zijn over deze toolbox dan kan contact opgenomen worden met het lectoraat Social Work (Monique Engelbertink of Lieneke Ebbe).



De toolbox is opgesteld met de volgende samenwerkingspartners



INHOUD

Missie suïcidepreventie	5
Visie suïcidepreventie	5
Basishouding sociaal werker	6
Definitie, fases en prevalentie van suïcidaliteit	7
Vier perspectieven van integraal werken	9
Volledig overzicht vier perspectieven	10
Deel 1 Uitvoering	11
Perspectief 1: Werkzame elementen bij het perspectief cliënt en huishouden	11
Perspectief 2: Werkzame elementen bij het methodische perspectief	19
Deel 2 Organisatie en Beleid	25
Perspectief 3: Werkzame elementen bij het organisatorische perspectief	25
Perspectief 4: Werkzame elementen bij het beleidsmatige perspectief	29
Literatuurlijst	37

Doel toolbox

De toolbox ondersteunt sociaal werk organisaties bij het maken van suïcidepreventie beleid en het uitvoeren daarvan.

De toolbox is breed in te zetten in het sociaal werk maar is in het bijzonder gericht op middelbare mannen (40-70 jaar) en hun naasten.

Deze toolbox start met een missie, een visie en basishouding bij suïcidepreventie. Daarnaast beschrijft het werkzame elementen vanuit drie bronnen van kennis (wetenschappelijke kennis, praktijkprofessionele kennis en ervaringskennis) gebaseerd op nationale en internationale bronnen. Deze bronnen zijn specifiek geselecteerd vanuit de doelgroep mannen van middelbare leeftijd.

De toolbox gaat uit van vier perspectieven van integraal werken om suïcidepreventie bij mannen van middelbare leeftijd en hun naasten vorm te geven. Deel één is met name relevant voor de uitvoerende sociaal werker. Deel twee is gericht op organisatie en beleid. Alle perspectieven zijn voorwaardelijk om te komen tot integrale ondersteuning bij suïcidepreventie.

Terminologie

In deze toolbox is gekozen om te spreken over cliënten. Hier kan ook inwoner gelezen worden.

Gebruik toolbox

Deze toolbox is als volgt te gebruiken:

- Professionals geven uitvoering aan het suïcidepreventie beleids- en/of implementatieplan en gebruiken de interventies/methoden/technieken uit de toolbox.
- Bestuurders en beleidsmedewerkers stellen, in samenwerking met uitvoerende professionals, op basis van de toolbox een beleidsplan en/of implementatieplan suïcidepreventie op vanuit de vier perspectieven van integraal werken.

Ga **hier** rechtstreeks naar de toolbox.

Missie suïcidepreventie

- Gepersonaliseerde ondersteuning bieden voor mensen met een psychische kwetsbaarheid en hun naasten middels integraal werken zodat zij tijdig de juiste hulp op de juiste plek ontvangen, aansluitend bij hun mogelijkheden en behoeften. Dit met als doel om de kwaliteit van leven en het welzijn te verbeteren en suïcidaal gedrag en (escalatie van) problematiek te voorkomen;
- Afname van suïcidaal gedrag en complexe problematiek doordat inwoners en hun naasten tijdig passende zorg en ondersteuning ontvangen dankzij integraal werken;
- Inwoners met psychische kwetsbaarheid en complexe problematiek en hun naasten ervaren passende zorg en ondersteuning.

Visie suïcidepreventie

Een visie op suïcidepreventie vraagt om een benadering die past bij de werksetting en de visie van iedere organisatie. Suïcidepreventie is geen one-size-fits-all, maar vraagt om een afgestemde aanpak waarin zowel beleid als praktijk samenkomen. Sociaal werkers dienen kennis te hebben van de verschillende fasen van suïcidaliteit en van de werkwijze en protocollen die binnen hun organisatie gelden. Tegelijk blijven persoonlijke vaardigheden onmisbaar: het menselijke contact vormt de kern van suïcidepreventie, waarin kennis en betrokkenheid elkaar aanvullen.

Basishouding sociaal werker

Sociaal werkers dienen een visie te ontwikkelen op hun rol en houding wanneer suïcidepreventie en suïcidaliteit aan bod komen. Dit vraagt aandacht voor belangrijke levensvragen, zoals dood, vrijheid en wat het leven betekenis geeft, en voor het kunnen luisteren en er echt voor iemand zijn. Het is de kunst om te laten zijn wat er is, én te handelen waar nodig – afgestemd op de ander, met inzet van professionele kennis.

Als een cliënt veel wanhoop en lijden voelt, kan het lastig zijn om dichtbij te blijven. Het zien van pijn roept bij de hulpverlener vaak ook angst en twijfel op. Toch is het belangrijk om aanwezig te blijven: voelen, luisteren en het verdriet verdragen, ook als er geen oplossing is.

Echt contact ontstaat door stil te zijn en aandacht te geven. Door je eigen angst of ongemak toe te laten en in te brengen, blijft het contact menselijk en durf je beter te handelen.

Volgens Prins (2018) betekent dit “existentiële professionaliteit”: je kwetsbaarheid en de pijn van het leven zien en verdragen. Baart (2025) benadrukt dat het belangrijk is om bij deze kwetsbaarheid te blijven en de pijn te kunnen uithouden.

De presentiebenadering biedt inzicht in hoe je je op de ander kunt richten. Hieronder volgt een aantal kenmerken en uitgangspunten:

- ‘De presentiebenadering betekent: aansluiting zoeken bij wie de ander is – met diens levensverhaal, gewoonten, verlangens en manieren van doen – en daar je zorg op afstemmen.
- Wat goed is voor de één, is niet automatisch goed voor de ander. Het gaat niet alleen om fysieke hulp en zorg, maar ook om erkenning, waardering, gezien en gehoord worden. De kern is: trouw en aandachtig bij iemand blijven, ook als er geen directe problemen of oplossingen zijn.
- Dat kan in alledaagse dingen zitten, zoals samen een eindje lopen, de was vouwen, aardappels schillen, ergens heen gaan of samen praten.
- De presentiebenadering draait om liefdevolle aandacht voor wat mensen werkelijk vragen en wat echt belangrijk is voor hen. Het gaat om erkenning van hun waardigheid

als mens, en om een onvoorwaardelijke, menslievende bejegening’ (Baart, 2025).

Inzicht en gevoel voor deze begrippen kunnen de sensitiviteit voor menselijk lijden versterken. Wie als hulpverlener leert dit bij zichzelf uit te houden, hier woorden voor kan vinden, kan ook nabij blijven bij de ander die met existentiële levensthema’s worstelt. Zo verandert handelingsverlegenheid in handelingsbekwaamheid en blijft een inschatting van het risico gekoppeld aan wat de client echt meemaakt. De risicotaxatie wordt verbonden met de wezenlijke ervaring van de cliënt.

De toolbox (perspectief methodisch werken) bevat methoden en trainingen die hulpverleners ondersteunen in het ontwikkelen van hun houding en vaardigheden rond suïcidepreventie. Dit vraagt niet alleen persoonlijke ontwikkeling, maar ook een organisatiestructuur die een beroepshouding stimuleert waarin je jouw eigen denken en handelen onderzoekt en leed niet wordt vermeden. Onder het organisatorische perspectief staan hiervoor passende tips en adviezen.

Definitie, fases en prevalentie van suïcidaliteit

Definitie suïcidaliteit

In de richtlijn Suïcidaliteit (NvVp, 2025) wordt suïcidaliteit gedefinieerd als een overkoepelende term waaronder alle gedachten en gedragingen vallen die te maken hebben met het beëindigen van het eigen leven.

Suïcidale gedachten worden gedefinieerd als het denken aan zelfdoding met of zonder suïcidale intentie.

Fases van suïcidaliteit

Er is veel onderzoek gedaan naar risicofactoren van suïcidaliteit. Er wordt hierbij onderscheidt gemaakt in verschillende fases van suïcidaliteit. Het Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behavior is een van de meest invloedrijke en onderzochte modellen. Het IMV-model kent drie fases: een pre-motivationele fase, een motivationele fase en een intentionele fase (figuur 1, het IMV model):

- 1. Pre-motivationele fase: persoonlijke kwetsbaarheid, omgevingsinvloeden, levensgebeurtenissen.
- 2. Motivationele fase: psychologische processen die kunnen leiden tot suïcidepogingen, zoals gevoelens van klem zitten en overtuigingen dat de dood de enige oplossing is.
- 3. Volitionele fase: factoren die bepalen of iemand overgaat tot actie (O'Connor, 2011; Hordijk & Van Genugten, 2021).

Het model van O'Connor presenteert het suïcidale proces als een lineair, stapsgewijs proces. Het gaat hier in werkelijkheid om een complexer beeld waarbij factoren elkaar over en weer beïnvloeden. In de richtlijn suïcidaliteit (NvVp, 2025) staat bijvoorbeeld dat mensen met suïcidale gedachten zich vaak tot last voelen voor anderen of zich buitengesloten voelen. Deze gevoelens kunnen sterker worden en ervoor zorgen dat iemand zich nog meer gevangen voelt (entrapment). Daardoor kunnen de suïcidale gedachten en suïcidaliteit toenemen. Doorontwikkeling van het IMV-model dat rekening houdt met deze complexiteit vindt nog plaats (NvVp, 2025).

Achtergronden van suïcidaliteit bij middelbare mannen

Suïcide onder middelbare mannen komt, in vergelijking met andere doelgroepen, relatief vaak voor. In 2024 overleden 667 mannen van middelbare leeftijd in Nederland, dit betreft gemiddeld 19,4 personen op 100.000 inwoners (CBS, 2025).

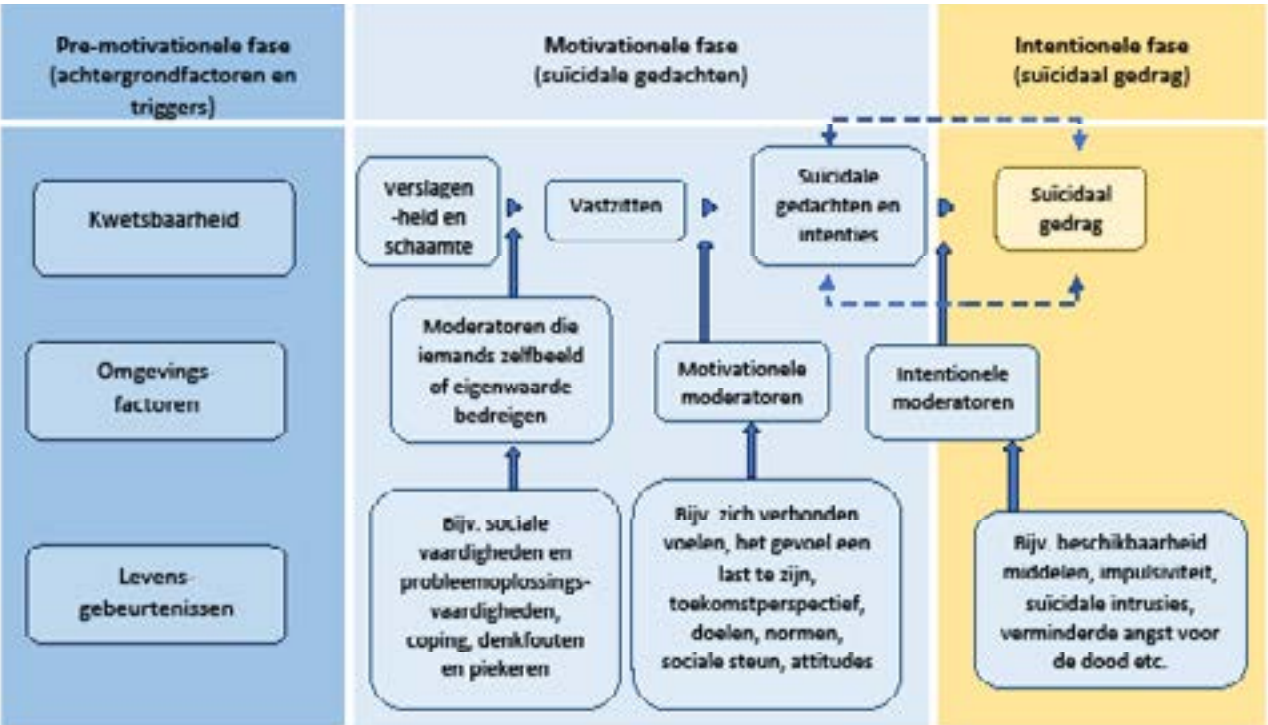
Binnen het huidige consortium suïcidepreventie wordt op dit moment ook kwantitatief onderzoek gedaan naar suïcidegedachten bij mannen van middelbare leeftijd. Hiervoor worden gegevens uit registraties van de huisarts gebruikt (Kanis et al., manuscript in voorbereiding).

Eerste opbrengsten uit dit onderzoek laten zien dat het niet altijd duidelijk is wanneer suïcidale gedachten bij mannen van middelbare leeftijd worden herkend. In het onderzoek is gekeken naar eigenschappen die samenhangen met suïcidale gedachten en naar verschillen in zorggebruik tussen mannen met en zonder suïcidale gedachten. Er zijn enkele samenhangende eigenschappen zichtbaar, met name in woon- en werksituatie. Suïcidale gedachten komen vaker voor bij mannen die alleen wonen, arbeidsongeschikt zijn of financiële problemen ervaren. Sommige eigenschappen, zoals scheiding of werkloosheid, komen in vergelijkbare mate voor bij vrouwen. Tegelijkertijd zijn er ook verschillen: mannen die alleen wonen of financieel moeilijk rondkomen lijken kwetsbaarder voor suïcidale gedachten dan vrouwen in vergelijkbare omstandigheden.

Ook bij het zorggebruik zijn duidelijke patronen te zien. Mannen met suïcidale gedachten hebben gemiddeld vaker contact met de huisarts en hebben vaker psychische klachten die zijn vastgelegd. Een hoger opleidingsniveau gaat bij mannen samen met minder suïcidale gedachten en lijkt daarmee een beschermende eigenschap te zijn. Tegelijkertijd zoeken hoogopgeleide mannen met suïcidale gedachten juist minder vaak hulp bij een huisarts voor psychische klachten dan lager opgeleide mannen. Huisartsen en sociaal werkers kunnen met deze informatie alerter zijn op signalen die mannen met een hoger opleidingsniveau afgeven en proberen de kwetsbaarheid te herkennen door middel van verdiepende gesprekken.

Andere patronen in zorggebruik lijken grotendeels op die van mannen zonder suïcidale gedachten. Daarom maken ze deze groep mannen van middelbare leeftijd niet duidelijk anders. Zorggebruik en geregistreerde klachten geven wel belangrijke aanwijzingen, maar worden pas echt duidelijk als je ze bekijkt samen met informatie over de sociale situatie.

Deze resultaten laten zien dat een brede aanpak nodig is om signalen te herkennen. Daarbij is het belangrijk om niet alleen naar zorg te kijken, maar ook naar de sociale situatie. Sociaal werkers hebben hierin een belangrijke rol, omdat zij dicht bij het dagelijks leven van deze groep staan. Het is echter niet altijd duidelijk waar je precies op moet letten. Daardoor is het begrijpelijk dat professionals soms twifelen over wat ze moeten doen. Dit benadrukt hoe belangrijk het is dat de professional goed nadenkt over zijn eigen handelen. De tips en methodes in deze toolbox helpen daarbij.



Figuur 1. IMV model. Visuele weergave van 'integrated motivational - volitional (IMV) model of suicidal behaviour' (O'Connor 2018)

Vier perspectieven van integraal werken

Vanuit vier perspectieven van integraal werken wordt gewerkt aan het voorkomen van suïcidaliteit bij mannen van middelbare leeftijd. Door vanuit vier perspectieven te werken, ontstaat een effectieve en volledige aanpak van suïcidepreventie, die aansluit bij wat de inwoner, cliënt en zijn naasten nodig hebben. Ook adresseert deze aanpak de complexiteit van suïcidaal gedrag.

De vier perspectieven zijn gebaseerd op publicaties van Van Arum et al. (2020), Wilken et al. (2020) en praktijkgericht onderzoek vanuit de Kenniswerkplaats Onbegrepen Gedrag Twente 2024 – 2028 (Oosterkamp – Sz wajcer, Mascini & Engelbertink, 2025). De uitwerking bij het organisatorische perspectief is gebaseerd op een model voor interdisciplinair werken (D’Amour, 2008).

Deze toolbox bestaat uit twee delen. Deel één is met name bedoeld voor de uitvoerende sociaal werker. Deel twee is gericht op organisatie en beleid. Alle vier de perspectieven zijn belangrijk om te komen tot integrale ondersteuning bij suïcidepreventie.

In het integraal werken treffen diverse mensen elkaar: sociaal werkers, de inwoner/ hulpvrager en zijn naasten, buurtbewoners, vrijwilligers, welzijnswerkers in de wijk, (familie) ervaringsdeskundigen, woningcorporaties, professionals uit het mentale domein zoals ggz en verslavingszorg, professionals uit het straf en veiligheidsdomein zoals de wijkagent, professionals uit het medisch domein zoals de huisarts en GGD en tenslotte gemeenteambtenaren zoals de Wmo consulenten en Onafhankelijke Cliënt Ondersteuners.

Deel 1 Uitvoering	1: Client en huishouden perspectief	De professional kijkt vanuit alle leefgebieden van de cliënt en zijn huishouden en benut de ervaringen van mannen zelf en benut (familie)
	2: Methodisch perspectief	De professional handelt vanuit praktijkprofessionele kennis en stimuleert het methodisch handelen
Deel 2 Organisatie en beleid	3: Organisatorisch perspectief	De organisatie stimuleert interdisciplinair samenwerken en stimuleert op organisatie-niveau het integraal werken
	4: Beleidsmatig perspectief	De organisatie laat op beleidsniveau de systemen op elkaar aansluiten zodat er sprake kan zijn van maatwerk en persoonsgerichte zorg

Volledig overzicht vier perspectieven

Elk perspectief bestaat uit werkzame elementen. Bij ieder werkzaam element wordt met citaten laten zien wat het onderzoek in de praktijk heeft opgeleverd, dat aan de totstandkoming van deze toolbox voorafging. Daarnaast wordt bij deze onderdelen steeds stilgestaan bij:

- 1. Theoretische context;
- 2. Aanpak;
- 3. Beschikbare materialen en aanvullende informatie.

Er kan geklikt worden op het werkzame element waardoor de lezer snel terecht kan bij het element naar interesse.

Cliënt en huishouden	Methodisch	Organisatorisch	Beleidsmatig
Zeggenschap	Vertrouwen en openheid	Gemeenschappelijke doelen en visie	Wettelijke kaders
Behoefteverkenning op alle levensdomeinen vanuit de man en zijn naaste(n)	Screeningsinstrumenten	Bekendheid	(Gemeentelijk) beleid
Inzet van ervaringsdeskundigheid	Vraagverheldering en opstellen doelen	Het uitvoeren van beleid	(Domein-overstijgende) scholing en training
Betrokkenheid naasten	Methodisch werken en maatwerk	Formalisering	(Maatschappelijke) impact meten
Betrokkenheid buurtbewoners / (buurt) organisaties of vrijwilligers	Zelfregie		Zichtbaarheid
Samenwerkingsrelatie persoon / cliënt en professional	Zingeving en identiteitsvraagstukken		Landelijke netwerken en preventieve programma’s
	Vermindering van (zelf) stigmatisering		

DEEL 1 UITVOERING

Perspectief 1: Werkzame elementen bij het perspectief cliënt en huishouden

De professional benut de ervaringen van mannen, hun naasten en benut daarbij ook de kennis en kunde van ervaringsdeskundigen.

Zeggenschap (inhoudelijk, procesmatig en fysieke omgeving ondersteuning) door benutten ervaringen en inzet van (familie) ervaringsdeskundigheid.

Context

Volgens de visie “Niets over ons zonder ons” moeten mannen van middelbare leeftijd actief kunnen meebeslissen over belangrijke keuzes in de hulp die zij ontvangen rondom suïcidaliteit. Dit betekent dat zij betrokken worden bij beslissingen over welke professional hen ondersteunt, hoe de hulp vorm krijgt en wanneer deze wordt aangeboden (Van Arum et al., 2020, p. 20). De keuzes worden dus gezamenlijk gemaakt.

Bij het ontwerpen en evalueren van hulp en activiteiten is een cultuur van openheid en eerlijkheid essentieel. Even belangrijk is het streven naar gedeelde besluitvorming. Dit kan worden bereikt door systematisch feedback te verzamelen van diverse belanghebbenden, zoals mannen met eigen ervaring met suïcide, nabestaanden, zorgprofessionals en andere lokale partners (Hanlon et al., 2022).

“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 je 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 die bekend is met suïcidaliteit)*

Om vertrouwen en openheid te bevorderen bij mannen van middelbare leeftijd, is het cruciaal om een veilige, uitnodigende omgeving te creëren. Deze ruimte moet persoonlijk en niet-oordelend zijn en mag afwijken van de traditionele GGZ-setting. Voorbeelden zijn een huiskamerachtige setting of een buitenruimte, waar mannen zich voldoende op hun gemak voelen om hun suïcidale gedachten te bespreken (Hanlon et al., 2022; Hanlon et al., 2023).

*“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 die bekend is met suïcidaliteit)*

Aanpak

- Bouw bewust een samenwerkingsrelatie op met de cliënt en onderhoud deze actief.
- Vraag regelmatig of de cliënt ervaart dat er naar hem geluisterd wordt.
- Controleer periodiek of de ondersteuning aansluit bij zijn wensen en behoeften, bijvoorbeeld door samen passende doelen te formuleren.
- Geef de cliënt invloed op de inrichting van de fysieke ruimte waar zorg wordt geboden eruitziet, zodat hij zich veilig en comfortabel voelt (Van Arum et al., 2020; Hanlon et al., 2022)

Behoefteverkenning op alle levensdomeinen vanuit de man en zijn naaste(n)

Context

Het is belangrijk om de leefsituatie, hulpvraag en problematiek breed in kaart te brengen, vanuit verschillende levensgebieden zoals werk, zorg, inkomen en opvoeding (Van Arum et al., 2020). Bij het werken met mannen van middelbare leeftijd is een brede blik nodig om mogelijke oorzaken van somberheid en/of suïcidaliteit te begrijpen. Wanneer een middelbare man moeite heeft om zelf te vertellen is doorvragen belangrijk, zonodig middels toegankelijke en concrete vragen, waarbij aandacht is voor signalering van suïcidaliteit.

*‘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 wilde 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, ..., de dingen die er gebeuren in het verleden, dat je dan denk oh wacht eens even, dat je lijntjes trekt en denkt hé nu moet ik opletten.’
(nabestaande)*

*‘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)*

Interventies voor suïcidepreventie moeten bestaan uit meerdere onderdelen en rekening houden met biopsychosociale factoren die bijdragen aan een suïcidale crisis (zoals persoonskenmerken, ondersteuningssystemen en woon- en werkomstandigheden). Dit maakt het mogelijk om snel door te verwijzen naar passende ondersteuning, zoals schuldhelpverlening, advies over uitkeringen of begeleiding bij baanverlies, en om terugval te voorkomen (Saini et al., 2021a; Hanlon et al., 2022).

*“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 dat is een stukje wat ik, 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. 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 bevriezen. Dat gebeurt bij gemeentes wel, dat is wel belangrijk.”
(man die bekend is met suïcidaliteit)*

Netwerkinname

Een Netwerkinname kan helpen om breed te kijken naar iemands leefwereld. Deze intake wordt uitgevoerd in aanwezigheid van een naaste en richt zich op sociale problemen en samenwerking met het sociale domein. Het doel is om onnodige GGZ-trajecten te voorkomen en tegelijkertijd mensen met ernstige problemen snel specialistische hulp te bieden (Bouwman, Kroon & Van der Hoek, 2023). Sociaal werk organisaties zijn vaak verbonden aan deze Netwerkinname via de opgezette Regionale Mentaal Gezondheidsnetwerken.

Aanpak

- Breng de situatie breed in kaart: kijk naar werk, inkomen, gezondheid en gezin.
- Analyseer mogelijke oorzaken van somberheid of suïcidale gedachten.
- Zorg voor een integrale aanpak: combineer psychologische hulp met praktische ondersteuning, zoals schuldbeheer of hulp bij werkverlies.
- Werk samen met andere professionals om snel passende hulp te bieden en terugval te voorkomen.

Materialen

Phrenos heeft bij de netwerkinname een toolbox ontwikkeld voor iedereen die aan de slag wil met het organiseren van meer netwerkwijk rond mentale gezondheid of overweegt om hiermee aan de slag te gaan. Zie hiervoor <https://kenniscentrumphrenos.nl/netwerkwijk/toolkit-alle-materialen/netwerkinname/>

Inzet van ervaringsdeskundigheid

Context

Het inzetten van ervaringsdeskundigheid bij suïcidaliteit draagt niet alleen bij aan het individuele herstelproces van de cliënt, maar ook aan de ontwikkeling van herstelondersteunende zorg en begeleiding.

Ervaringsdeskundigheid is het vermogen om op basis van eigen en collectieve ervaringskennis ruimte te creëren voor anderen, zodat zij hun eigen ervaringen kunnen ontdekken en ontwikkelen. De ervaringsdeskundige heeft hierin vier kerntaken (Van Erp et al., 2022):

1. Ruimte maken voor ervaringskennis bij herstel of persoonlijke ontwikkeling van mensen die ontwrichtende situaties ervaren.
2. Bevorderen van persoonsgerichte, gelijkwaardige en toegankelijke zorg en ondersteuning.
3. Beïnvloeden van beleid en systemen om deze dienend te maken aan de leefwereld, en zo empowerment, diversiteit en inclusie te versterken.
4. Inzetten van eigen en collectieve ervaringskennis ter versterking van het vakgebied en de positionering van het beroep.

De eerste kerntaak van ervaringsdeskundigen is om vanuit de doorleefde ervaring van ontwrichting en herstel op alle niveaus ruimte te maken voor ervaringskennis. In de meest brede zin van het woord betekent dit ruimte maken voor alles wat ervaren wordt. En juist het ervaren van die ruimte kan openingen naar herstel toelaten die zich aan alle planning onttrekken (Deegan, 1988). Dit kan op gespannen voet staan met een doelmatige en instrumentele inzet van professionele en wetenschappelijke kennis.

Ervaringsdeskundigen dragen bij aan de ontwikkeling van een zorgcultuur die naast een doelmatige inzet van kennis ruimte weet te laten voor de broosheid die zich aan alle doelmatigheid onttrekt. Dit vraagt inspanningen op het niveau van individueel contact maar ook op het niveau van visieontwikkeling en beleid van de organisatie en op het niveau van de samenleving. (Van Erp et al., 2022)

Inzet ervaringsdeskundigen bij suïcidaliteit

Onderzoek naar de inzet van ervaringsdeskundigen benoemt specifieke voorwaarden om veilig en effectief met suïcidale cliënten te werken (Wu et al., 2020; Slesnick et al., 2018). Deze voorwaarden zijn belangrijk om zowel de ervaringsdeskundige als de cliënt te beschermen en om professionele samenwerking te waarborgen.

De belangrijkste voorwaarden voor het inzetten van ervaringsdeskundigen zijn:

- Afstand tot het eigen herstelproces en suïcidaliteit: de ervaringsdeskundige moet voldoende stabiliteit hebben om het werk professioneel uit te voeren.
- Grenzen stellen aan verantwoordelijkheden: vooral bij het beoordelen van suïciderisico mag de ervaringsdeskundige niet alleen verantwoordelijk zijn.
- Veiligheid kunnen bieden: zowel emotioneel als praktisch, zodat de cliënt zich gesteund voelt.
- Verantwoordelijkheid delen met andere professionals: samenwerking is essentieel om overbelasting en risico's te voorkomen.

Daarnaast is het belangrijk om ervaringsdeskundigen en dienstgebruikers te betrekken bij het ontwikkelen en verbeteren van interventies gericht op suïcidepreventie. Dit vergroot de relevantie, acceptatie en effectiviteit van behandelingen, vooral bij groepen zoals daklozen die specifieke uitdagingen ervaren in toegang tot zorg (Cabassa et al., 2013; Castro et al., 2004).

Aanpak

- Betrek ervaringsdeskundigen actief bij het ontwerp, de uitvoering en evaluatie van interventies.
- Creëer ruimte voor ervaringskennis in herstelprocessen en zorgtrajecten.
- Zorg voor gelijkwaardige samenwerking tussen professionals, ervaringsdeskundigen en middelbare mannen.
- Gebruik ervaringskennis om beleid en systemen meer dienend te maken aan de leefwereld van de middelbare man.
- Organiseer co-creatie sessies met middelbare mannen, ervaringsdeskundigen en stakeholders om interventies af te stemmen op behoeften en context.
- Integreer samenwerken met ervaringsdeskundigen in trainingen en richtlijnen voor suïcidepreventie.

De website van www.ixtanoa.nl geeft meer informatie over het aanbod met betrekking tot ervaringsdeskundigheid in verschillende regio's.

Een andere manier om gebruik te maken van ervaringskennis is bijvoorbeeld door het aanreiken van materialen. Zo zijn er diverse familie- en cliënt organisaties die zich richten op ondersteuning bij psychische problematiek en deze zijn verenigd in Mind. Mind biedt informatie, advies en ondersteuning, online en telefonisch voor iedereen die vragen heeft op het gebied van mentale gezondheid. Sociaal werkers kunnen samenwerken met Mind en/of hun materialen gebruiken om hun client en naaste te ondersteunen. <https://wijzijnmind.nl/>

*“...dat kwam ook van een blad Ypsilon. Daar waren we lid van geworden, dat is een blad van 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.”
(nabestaande)*

Inzet van ervaringsdeskundigheid bij specifieke risicogroepen

TABOER is een relevante organisatie voor plattelandsregio's. Zij bieden ondersteuning op gebied van mentale gezondheid aan tuinders en boeren. TABOER heeft kennis van de achtergrond en behoeften van deze specifieke groep en kunnen hierin goed aansluiten. Er is een hulplijn beschikbaar, trainingen en workshops worden verzorgd door TABOER en zij richten zich op primaire preventie (TABOER, z.d.).

Materialen

TABOER heeft ook een Toolbox met verschillende materialen zoals een signalenkaart suïcidepreventie, mentale gezondheid, verlies en rouw en een routekaart voor hulp en voorzieningen. Zie hiervoor [TABOER Toolbox - Taboer.nl](http://Taboer.nl)

Er is een factsheet van 113 over zelfdoding onder de groep Agrariers. Zie hiervoor [Suïcidaliteit onder agrariërs](#)

Betrokkenheid van naasten

Context

Mannen van middelbare leeftijd die suïcidale gedachten hebben, vinden het vaak moeilijk om hierover te praten. Zij vermijden openheid over hun gedachten en intenties, omdat zij hun omgeving niet extra willen belasten (Bontius & Kerkhof, 2021). Tegelijkertijd ervaren naasten, zoals familieleden of vertrouwenspersonen, vaak een zware belasting door de suïcidaliteit van de man (Steendam, 2010). Deze naasten hebben behoefte aan informatie en ondersteuning (Balt et al, 2025).

*“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)*

Het betrekken van naasten is daarom van groot belang. Zij kennen de man meestal goed en beschikken over waardevolle informatie die kan helpen bij begeleiding en behandeling. Bovendien hebben zij vaak het meest contact met de man, waardoor zij veranderingen in gedrag en stemming vroegtijdig kunnen signaleren. Soms is een beperkte rol voor naasten passend, maar meestal is een actieve betrokkenheid wenselijk. Het doel is dat de cliënt hierin groeit, keuzes maakt en vertrouwen opbouwt.

“Nou ja, als er partners zijn inderdaad van betrek ze vroegtijdig. Die kunnen natuurlijk ook heel erg bijdragen aan uitleg van beleving. Hoe gaat het met iemand en hoe beleeft de patiënt het? En wat ziet een partner of een zoon of dochter? Dat zou denk ik heel goed zijn. En eigenlijk heb ik daar nooit over nagedacht totdat we er nu over praten.”
(nabestaande)

Naasten kunnen verschillende rollen vervullen, zoals informatiebron, mantelzorger of co-begeleider. Het is belangrijk dat de professional de mate van betrokkenheid zorgvuldig bespreekt en verdiept, ook wanneer dit weerstand oproept bij een man.

Indien de man aangesloten is bij een religieuze gemeenschap is het betrekken van een vertrouwenspersoon een mogelijke tussenstap. Bijvoorbeeld wanneer een cliënt bang is voor de mening van zijn naaste op basis van religieuze overtuigingen rond suïcidaliteit. De juiste aanpak hangt samen met de verkenning die de professional hierin samen met een cliënt kan doen. Verdere praktische tips zijn te vinden in de handreiking van Mindplatform en Aurora (2024).

“Als het te dichtbij komt dan durf ik dat niet meer te melden allemaal 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 die bekend is met suïcidaliteit)

Daarnaast is het essentieel om met de cliënt te praten over belangrijke mensen in zijn leven. Zelfs wanneer het contact met naasten verstoord is, kan het waardevol zijn om te onderzoeken wat er is gebeurd en of herstel mogelijk is. Vragen zoals “Wie zal jou het meest missen?” kunnen helpen om het gesprek op gang te brengen. Ga hier voorzichtig mee om, omdat dit intense gevoelens kan oproepen. Probeer te achterhalen met wie de cliënt zich verbonden voelt, ook als het contact momenteel verbroken is. Dit inzicht kan helpen om de pijn beter te begrijpen en aanknopingspunten voor herstel te vinden (Mok, 2023).

“... dan zou ik als psychiater zeggen is het goed dat ik contact opneem met uw vrouw/ex-vrouw, 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)

Aanpak

In het gesprek met de middelbare man

- Verken de rol van naasten en bespreek dit duidelijk.
- Maak het betrekken van naasten vanzelfsprekend en stem dit af met de cliënt. Als er bezwaren zijn, zoek naar wat wél mogelijk is.
- Gebruik open vragen zoals: “Wie zal jou het meest missen?” of “Is er iemand die je een boodschap zou willen schrijven?” om verbondenheid te verkennen.
- Signaleer weigering van contact met naasten als mogelijk teken van crisis of terugval.

In het gesprek met naasten

- Stimuleer actieve betrokkenheid van naasten, tenzij een kleine rol beter past.
- Stem af welke behoeften en verwachtingen de naaste heeft en beschrijf zijn of haar rol concreet.
- Bespreek belangrijke onderwerpen met naasten (Bouwman et al., 2018) zoals:
 - Zorgen voor Veiligheid, inclusief praktische informatie over het zorgen van een veilige thuissituatie.
 - Psycho-educatie over suïcidaliteit, bijvoorbeeld via een cursus.
 - Contact maken met de suïcidale naaste.
 - Omgaan met (zelf)stigma.
 - Gelijkwaardigheid in de relatie behouden.

In het hulpverleningsproces

- Pas triadisch werken (samenwerken met cliënt, naasten en behandelaar) toe bij intake, behandelwijzigingen en crisissituaties/suïcidaliteit.
- Maak duidelijke afspraken over samenwerking met naasten en privacy, en leg deze vast.
- Betrek vertrouwenspersonen wanneer religieuze of culturele factoren een rol spelen.
- Volg richtlijnen en werkkaarten uit de zorgstandaard en handreikingen.
- Betrek naasten bij het opstellen van plannen en/of interventies.
- Geef naastenbetrokkenheid een vaste plek in het elektronisch patiëntendossier.
- Controleer bij afronding van de hulp of er voldoende ondersteuning in de thuissituatie is.
- Evalueer beleid en processen samen met behandelaar, cliënten en naasten na een poging of suïcide.
- Verken in de samenwerking nieuwe methoden zoals externe voorzitters bij calamiteitenonderzoek (Bouwman et al., 2018).

Materialen

Vanuit de GGZ Standaarden zijn werkkaarten en casussen beschikbaar over het werken met naasten. Daarnaast zijn er video's en webinars beschikbaar over dit onderwerp. Zie hiervoor ook <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/samenwerking-en-ondersteuning-naasten-van-mensen-met-psychische-problematiek/info/hulpmiddelen> Handreiking samenwerken met naasten bij suïcidaliteit. Een praktische handreiking voor professionals (Mindplatform en Aurora, 2024). Zie hiervoor <https://www.suicidepreventiecentrum.nl/wp-content/uploads/2024/03/Samenwerken-met-naasten.pdf>

Betrokkenheid van buurtbewoners/ (buurt) organisaties en vrijwilligers

Context

Organisaties spelen een belangrijke rol in het signaleren en ondersteunen van middelbare mannen met suïcidaal gedrag. Het is van belang om, waar relevant, alle stakeholders in de wijk te betrekken bij deze processen. Denk hierbij aan religieuze organisaties, sportverenigingen, buurtverenigingen, buurtwinkels en onderwijsinstellingen. Door samen te werken kan integraal beleid worden ontwikkeld en vastgelegd (Van Arum et al., 2018; Van Arum et al., 2020).

Een gatekeeperstraining is een korte, praktische training in suïcidepreventie waarin deelnemers leren signalen van suïcidaliteit te herkennen, het gesprek hierover aan te gaan en zo nodig veilig door te verwijzen naar hulp. In deze trainingen oefenen deelnemers gesprekstechnieken, krijgen zij basiskennis over suïcidaal gedrag, risicofactoren en beschermende factoren, en leren zij hun eigen grenzen en rol (geen behandelaar, wel 'poortwachter') goed te bewaken. De training is bedoeld voor iedereen die in werk of privé in contact kan komen met mensen met (mogelijke) suïcidegedachten, (113 Zelfmoordpreventie z.d.).

*“Hulpverleners hebben 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 die bekend is met suïcidaliteit)*

Daarnaast blijkt uit grootschalig onderzoek onder nabestaanden van 113 dat gemeenschappen rond zingevingsvraagstukken cruciaal zijn. Het sociaal werk kan deze gemeenschappen betrekken om mannen meer zingeving en verbondenheid te laten ervaren. Eenzaamheid moet daarbij expliciet worden geagendeerd als een mentaal gezondheidsprobleem (Balt et al, 2025).

Onderzoek naar ontmoetingsgroepen zoals *Men's Sheds* in Australië laat zien dat groepsgesprekken over suïcide de preventievaardigheden van oudere mannen verbeteren. Dit is belangrijk omdat oudere mannen vaak weinig sociale contacten hebben. Een groep die hen doelgericht samenbrengt, kan een belangrijke rol spelen. In deze gesprekken ligt de nadruk op het signaleren van suïcidaliteit bij anderen in de community, wat neerkomt op een vorm van gatekeeperstraining (Morgan, Ross & Oostermeijer, 2025), waarbij middelbare mannen suïcidaliteit leren herkennen bij andere middelbare mannen.

Aanpak

- Ontwikkel integraal beleid voor signalering en ondersteuning van mensen met zorgwekkend gedrag, in samenwerking de gemeente maar denk ook aan lokale stakeholders zoals religieuze organisaties, sportclubs en scholen.
- Versterk sociale verbinding door gemeenschappen actief te betrekken bij activiteiten rond zingeving en mentale gezondheid voor middelbare mannen.
- Agendeer eenzaamheid als een belangrijk thema binnen preventie en ondersteuning aan middelbare mannen.
- Organiseer groepsinitiatieven zoals ontmoetingsgroepen (*Men's Sheds*) om sociale contacten te bevorderen en vaardigheden rond suïcidepreventie te versterken.
- Implementeer gatekeeperstraining in deze groepen, zodat middelbare mannen leren signalen van suïcidaliteit bij anderen te herkennen en bespreekbaar te maken.

Materialen

Meer informatie over gatekeeperstraining is beschikbaar via het aanbod van de 113 Academy. Zie ook <https://www.113.nl/voor-professionals/supranet-communities/toolbox/gatekeepers>

Samenwerkingsrelatie persoon/cliënt en professional

Context

Een goede samenwerking tussen cliënt en professional is essentieel voor effectieve ondersteuning bij suïcidaliteit. Deze samenwerking moet bewust worden opgebouwd en onderhouden. Regelmatig wordt aan cliënten gevraagd of zij ervaren dat er naar hen wordt geluisterd en of de ondersteuning aansluit bij hun wensen en behoeften, bijvoorbeeld door samen passende doelen op te stellen (Van Arum et al., 2018; Van Arum et al., 2020). Recent onderzoek laat zien dat vooral mannen behoefte hebben aan steun van een vertrouwenspersoon, bij voorkeur in een informele setting (Struszczyk, Galdas & Tiffin, 2019). Geboden steun dient laagdrempelig en toegankelijk te zijn.

*“Door hulp te accepteren toch de juiste mensen om zich heen te vinden”; ‘En met de coach had je ook echte afspraken. Hij mocht daar 24/7 bellen of appen en dat deed hem wel goed.’
(nabestaande).*

Aanpak

- Zoek de verbinding met de middelbare man door actief te luisteren, pijn te verdragen en om te gaan met onzekerheid die gepaard gaat met het bespreekbaar maken van suïcidaliteit.
- Ga het gesprek met de middelbare man aan in open dialoog, waarin ruimte is voor alles wat zich aandient en waarin gezamenlijk en gelijkwaardig wordt gezocht naar wat nodig is (zie ook paragraaf basishouding sociaal werker).

*“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.”
(nabestaande).*

DEEL 1 UITVOERING

Perspectief 2: Werkzame elementen bij het methodische perspectief

De professional benut praktijkprofessionele kennis en stimuleert methodisch handelen

Vertrouwen en openheid

Context

Het opbouwen van een vertrouwensband tussen cliënt, naasten en professionals in de begeleiding bij suïcidaliteit vraagt om voldoende tijd en ruimte (Van Arum et al., 2018; Van Arum et al., 2020). Het betrekken van ervaringsdeskundigen kan hierbij helpen, omdat zij vertrouwen en openheid stimuleren bij zowel cliënten als hun naasten.

*“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 die bekend is met suïcidaliteit)*

Contact maken vormt de kern van het werken met iemand die (mogelijk) suïcidaal gedrag vertoont. Het is belangrijk dat het lijden van de persoon wordt erkend, dat hij zich gehoord en gesteund voelt, en dat de professional door durft te vragen. Daarbij hoort ook het expliciet vragen naar belangrijke naasten en hoe zij bij de behandeling betrokken kunnen worden (Akwa GGZ, 2018).

De grondhouding van de sociaal werker is cruciaal. Het gesprek over suïcidaliteit moet plaatsvinden in een sfeer van openheid, zonder oordeel, met oprechte aandacht voor de persoon en zijn lijden. De cliënt moet ervaren dat hij de professional kan vertrouwen en dat het veilig is om over dit gevoelige onderwerp te praten (Hordijk & Van Genugten, 2021).

*“Wanneer gedrag niet strookt met hoe het normaal gaat, zoals aanwezig zijn bij het eten, de gordijnen open doen etc., moet je ‘eisen’ dat iemand een teken van leven geeft en dat er contact is om te checken of iemand rare gedachten heeft. Desnoods de deur open laten maken door de hulpverlening, als iemand niet reageert.”
(nabestaande)*

Peer-supported Open Dialogue (Razzaque & Stockmann, 2016)

Een methode die professionals helpt om een open houding van nabijheid (waar het versterken van eigen sensitiviteit, luisteren en open blijven voor de ander onderdeel uitmaakt) concreet toe te passen in de praktijk is de Peer-supported Open Dialogue (POD) (Razzaque & Stockmann, 2016). De POD is gericht op het ontwikkelen van een open, dialogische werkwijze waarin ruimte is voor alle persoonlijke ervaringen én voor afstemming met professionele en wetenschappelijke kennis.

Bij POD delen niet alleen cliënten en hun netwerkervaringen, maar ook professionals reflecteren op wat deze verhalen met hen doen. Zo krijgen alle ervaringen, van de ander én van jezelf, wat Edel Maex (in Koster & Heynekamp, 2020) noemt ‘bestaansrecht’. Dit bestaansrecht vormt de basis voor een goede professionele houding.

Tijdens POD-netwerkgesprekken kunnen naasten en andere hulpverleners worden betrokken, waardoor de methode ook houvast biedt voor domeinoverstijgende samenwerking.

Aanpak

- Neem voldoende tijd om een vertrouwensband op te bouwen tussen cliënt, naasten en professionals.
- Erken het lijden van de cliënt en zorg dat hij zich gehoord en gesteund voelt.
- Durf door te vragen en bespreek altijd wie de belangrijkste naasten zijn en hoe zij betrokken kunnen worden.
- Hanteer een open en niet-oordelende houding in gesprekken over suïcidaliteit, met oprechte aandacht voor de persoon.
- Creëer een veilige setting waarin de cliënt zich vrij voelt om zijn gedachten te delen.
- Gebruik reflectie (bijvoorbeeld spiegelen van kalmte) en, waar passend, eigen ervaringen om vertrouwen op te bouwen (Cleary, 2012; Luoma et al., 2002; Rasmussen et al., 2018).

Materialen

Peer-supported Open Dialogue (POD) - Phrenos

Meer informatie over Peer-Supported Open Dialogue training en de belangrijke principes is te vinden via [Peer-supported Open Dialogue \(POD\) - Kenniscentrum Phrenos](#)

Screeningsinstrumenten

Context

Er zijn verschillende risicotaxatie-instrumenten om de ernst van suïcidaliteit in te schatten of de probleemsituatie in kaart te brengen:

CASE-interview (Chronologic Assessment of Suicide Events)

Het CASE-interview is ontwikkeld voor de GGZ-context en bestaat uit vier stappen. De professional start bij stap 3: actuele suïcidedgedachten. Dit sluit aan bij de entrapment-fase van het Stress Kwetsbaarheid Entrapment-model (SKE-model). Door te beginnen met het bespreken van actuele gedachten en gebeurtenissen ontstaat echt contact en toont de professional oprechte interesse. Belangrijk: niet direct naar oplossingen zoeken, maar eerst het verhaal en de problemen in kaart brengen (Shea, 1998).

SIDAS (Suicidal Ideation Attributes Scale)
Wordt in Nederland als screeningsinstrument gebruikt om de aanwezigheid en ernst van suïcidale gedachten te beoordelen. Deze is terug te vinden in de toolbox van 113 hieronder bij materialen.

Aanpak

1. Neem het verhaal van de cliënt serieus en luister actief.
2. Durf het gesprek aan te gaan over suïcidaliteit.
3. Sta naast de cliënt, wees beschikbaar en neem de tijd.
4. Luister eerst volledig uit en inventariseer problemen, zonder direct oplossingen of tips te geven.
5. Breng structuur aan in het gesprek.
6. Bespreek de veiligheid van de cliënt expliciet.
7. Kom later opnieuw terug op suïcidaliteit om het gesprek open te houden.
8. Bied alternatieven voor gesprekken die alleen over suïcidaliteit gaan, zoals activiteiten of andere thema's (Akwa GGZ, 2018).

Materialen

De toolkit suïcidepreventie richt zich primair op GGZ professionals maar biedt ook aanknopingspunten voor professionals in het sociaal domein. Deze toolkit bevat verschillende screeningsinstrumenten waaronder het CASE-interview, narratief interview en de SIDAS screening. Zie voor de toolkit: <https://web.ali.ii.care/protocols/3616?client=113>

Vraagverheldering en opstellen doelen

Context

Bij het werken met mannen van middelbare leeftijd die suïcidale gedachten hebben, is het belangrijk om tijd te besteden aan het ontwikkelen van een gedeelde visie op het probleem en de gewenste doelen. Soms is het echter niet passend om direct doelen te formuleren, omdat de behoefte van de cliënt vooral ligt bij het delen van pijn en gevoelens van betekenisloosheid.

De professional sluit aan bij het ervaren probleem van de cliënt en zijn naasten, waarbij gewerkt wordt vraaggericht in plaats van aanbodgericht. De hulp wordt afgestemd op de unieke situatie van de cliënt.

Daarnaast kan het bespreekbaar maken van suïcidale gedachten ongemak veroorzaken bij professionals. Dit ongemak kan ertoe leiden dat cliënten zich nog terughoudender voelen om hun gedachten te delen. Het is daarom essentieel om een open en veilige gespreksomgeving te creëren, zoals beschreven in de **basishouding sociaal werker** aan het begin van deze toolbox.

Aanpak

- Investeer tijd in het ontwikkelen van een gedeelde visie op het probleem en de gewenste doelen.
- Stel doelen niet te vroeg, maar sluit aan bij de behoefte van de cliënt om pijn en gevoelens te delen.
- Doelen worden SMART geformuleerd en doelen worden met de cliënt geëvalueerd en bijgesteld op basis van nieuwe inzichten en veranderingen in de situatie van de cliënt (Van Arum et al., 2020; Van Arum et al., 2018).
- Werk vraaggericht: stem de hulp af op wat de cliënt en zijn naasten ervaren, niet op een standaard aanbod.
- Houd rekening met de unieke situatie van de cliënt bij het opstellen van hulpplannen.

Methodisch werken en maatwerk

Context

Er wordt methodisch gewerkt om herstel van suïcidaliteit te bevorderen. De gebruikte methoden en gesprekstechnieken worden vastgelegd en medewerkers worden geschoold. In methodisch werken dient flexibiliteit en maatwerk opgenomen te worden, zodat de ondersteuning aangepast wordt aan de specifieke omstandigheden van de middelbare man en zijn omgeving.

Hieronder volgt een overzicht van gebruikte methodieken in de hulp aan mannen met suïcidaliteit:

Cognitieve Therapie voor Suïcidepreventie (CTSP)

CTSP kan in aanvulling op traumasensitief of systemisch werken voor de maatschappelijke opvang gebruikt worden. De interventie bestaat uit 10 sessies in drie fasen:

1. Voorlichting en crisisplan op basis van risicofactoren.
2. Cognitieve herstructurering en gedragsverandering, inclusief ontspanning en coping strategieën.
3. Preventie en vaardigheidstraining met geleide beelden.

Relaties en sociale netwerken zijn een belangrijk onderdeel. CTSP is theoretisch onderbouwd en professionals volgen een driedaagse training met praktijkoefeningen. De methode is laagdrempelig: cliënten kunnen zonder afspraak deelnemen (Wu et al., 2020; Slesnick et al., 2018). Deze methode is voor zover bekend nog niet beschikbaar in Nederland.

Veiligheidsplan

Onderzoek laat zien dat korte psychologische interventies effectief zijn bij suïcidale crises, mits ze vroegtijdig worden ingezet, gerichte informatie over suïcide bieden (zoals begrip en omgang) en veiligheidsplanning combineren met duurzame follow-up (McCabe et al., 2018).

Een veiligheidsplan is een schriftelijke lijst met strategieën en hulpbronnen die de cliënt kan gebruiken bij suïcidale gevoelens. Het plan wordt samen met de therapeut opgesteld en bevat:

1. Waarschuwingssignalen en triggers
2. Interne coping strategieën
3. Sociale afleiding (personen of plekken)
4. Natuurlijke hulpbronnen (vrienden, familie)
5. Professionele contacten
6. Beperking van toegang tot dodelijke middelen (Stanley & Brown, 2012).

113 Pleit ervoor om veiligheidsplan van Stanley & Brown (2012) te gebruiken, omdat deze beter onderzocht is. Het veiligheidsplan heeft als doel om een crisis levend dóór te komen, terwijl een signaleringsplan meer gericht is op preventie. Bij het inzetten van een veiligheidsplan is het belangrijk om duidelijk te maken wie de verantwoordelijke/ initiatiefnemer is voor het invullen van het plan.

Aanpak

- Houd bij de inzet van methoden rekening met maatwerk en flexibiliteit om aan te kunnen blijven sluiten op de omstandigheden van de cliënt.
- Bied zo vroeg mogelijk psycho-educatie en/of voorlichting aan over (omgang met) suïcidaliteit.
- Kies gericht voor inzet van een veiligheidsplan als het doel is voor de cliënt om de crisis levend door te komen.
- Kies voor de inzet van een signaleringsplan als het doel meer gericht is op preventie van suïcidaliteit.
- Werk bij voorkeur met het Stanley & Bron veiligheidsplan omdat deze beter is onderzocht.
- Maak duidelijke afspraken over de verantwoordelijke en initiatiefnemer van het plan.

Materialen

Er zijn door 113 diverse materialen, gesprekstips en cursussen ontwikkeld voor professionals om hen te ondersteunen in gesprek over suïcidale gedachten.

Een aantal voorbeelden zijn:

1. Handreiking zelfmoordpreventie voor personen die werkzaam zijn in het sociaal economisch domein. Deze handreiking geeft handvatten om suïcidaliteit te herkennen, bespreekbaar te maken en te verwijzen naar de juiste zorg.
2. Format Veiligheidsplan 113 (gebaseerd op Stanley & Brown, 2012)
3. Vraag Maar App. Ontwikkeld om in gesprek te gaan met mensen met oefeningen; do's en don'ts; feiten en fabels; gratis en anoniem
4. Suïcide preventie Basis. Een online training van een uur.
5. Suïcide preventie in praktijk. Een groepstraining van een dagdeel verzorgd door RINO.
6. 113 heeft een telefonische advieslijn voor alle professionals die zich zorgen maken over iemand met suïcidale gedachten en/of suïcidaal gedrag binnen hun organisatie. Denk bijvoorbeeld aan: patiënten, cliënten, medewerkers, vrijwilligers en leerlingen.
7. Voorbeelden van veiligheidsplannen zijn beschikbaar, zoals het format van 113 en het wetenschappelijk onderbouwde model van Stanley & Brown (2012).

Zie ook www.113.nl

Zelfregie

Context

Middelbare mannen met suïcidaliteit moeten ruimte krijgen om hun eigen behoeften, zorgen, verwachtingen en voorkeuren te uiten en, waar mogelijk, zelf uit te voeren. De hulpverlening richt zich op het versterken van het probleemoplossend vermogen van de cliënt (Van Arum et al., 2018).

“Dat is heel essentieel hoor, je kan (naam) niet samen met mensen met een verstandelijke beperking zetten. Je zou dan kunnen zeggen dat je (naam) die mensen laat begeleiden maar in dit geval werd hij gelijkgesteld.” (nabestaande).

Aanpak

- Stimuleer eigen regie door vragen te stellen zoals:
 - Kun je drie manieren bedenken om op deze situatie te reageren?
 - Wat heb je nodig om zelf zoveel mogelijk te doen, met wat hulp?
 - Wat past het beste bij jou?
- Werk vraaggericht, niet aanbodgericht, en stem hulp af op de unieke situatie van de cliënt.

Materialen

Bij Ixta Noa bestaat de mogelijkheid om de cursus Wellness Recovery Action Plan te volgen. Deze ondersteunt mensen om weer grip te krijgen (en te houden) op het leven wanneer dat ontregeld is geraakt door ingrijpende gebeurtenissen. Zie voor meer informatie: <https://www.ixta.noa.nl/wrap/>

Zingeving- en Identiteitsvraagstukken

Context

Hulpverleners vinden gesprekken over existentiële thema's als hoop en hopeloosheid, leven en dood, schaamte, betekenis, eenzaamheid en religie noodzakelijk maar zwaar. Zij vallen vaak terug op klinische richtlijnen (Søberg et al., 2018), waardoor juist menselijke aspecten dreigen te verdwijnen. Begrip van existentiële begrippen kan helpen deze dimensie te behouden.

‘Meaning in life’ (ervaren van betekenis) blijkt bij ouderen sterker te beschermen tegen suïcidaliteit dan ‘purpose in life’ (doelgerichtheid) (Heisel et al., 2014). Betekenis verwijst naar samenhang en zingeving, terwijl doel gericht is op toekomst, rollen of taken. Wanneer betekenis te veel gekoppeld wordt aan doelgerichtheid, ontstaat het risico dat mensen zonder concreet doel ook geen betekenis meer ervaren. Een existentiële benadering vraagt om erkenning van angst, wanhoop en betekenisloosheid in plaats van deze gevoelens te “repareren” (Lybbert et al., 2019).

Aanpak

- Stem af op de gedachten en gevoelens van de cliënt, sluit aan daar waar de ander is en bespreek van daaruit samen met de cliënt of er hulp nodig is en zo ja welke hulp dit moet zijn. Verlies hierbij eigen verantwoordelijkheid niet uit het oog.
- Heb oog voor de ‘meaning in life’ (betekenisgeving) en werk aan het versterken hiervan.
- Probeer de situatie/problematiek niet te veel te beheersen, dan voelt de cliënt mogelijk geen ruimte meer om vrij te kunnen delen. Geef ruimte aan handelingsverlegenheid en/of ongemak.
- Wees bewust van wat er bij jezelf als hulpverlener gebeurt in het contact met de ander, oefen om nabij te kunnen zijn in het contact. Gevoelens hoeven niet ‘gerepareerd’ te worden.

Vermindering van (zelf) stigmatisering

Context

Het verminderen van stigma rond suïcidaliteit bij mannen van middelbare leeftijd kan leiden tot een frequenter gebruik van mentale gezondheidszorg (Ben-Zeev et al., 2012).

“Dat je al door erover te praten, dat het al zoveel op zou luchten. ... Iedereen met z'n eigen problemen. Het alleen al samen zijn en het gevoel hebben ik ben niet alleen hierin. Ja dat, dat maakt al dat het anders is.” (nabestaande)

Bewustwordingsactiviteiten in de gemeenschap zijn belangrijk om het taboe op praten over suïcide te doorbreken en misvattingen te corrigeren, zoals de overtuiging dat suïcide onvermijdelijk is. Het is essentieel te benadrukken dat suïcide voorkomen kan worden en dat vragen naar suïcidale gedachten het risico niet vergroot (Richtlijn Suïcidaliteit, NVvP, 2025).

“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 die bekend is met suïcidaliteit).

Sociaal werk speelt een sleutelrol in het normaliseren van het delen van suïcidale ervaringen, wat bijdraagt aan destigmatisering. Door persoonsgericht, oplossingsgericht en actiegericht te werken, kan snel en doelgericht resultaat worden bereikt. Samenwerking tussen hulpverlener en cliënt is cruciaal: de professional stelt geen verwachtingen die buiten het bereik van de cliënt liggen en accepteert dat herstel ook na afronding van de interventie doorgaat (James Place Model, Hanlon et al., 2022).

Daarnaast kan het gebruik van Lay Your Cards on the Table (LYCT) mannen helpen om gevoelens en gebeurtenissen te verwoorden en visueel inzichtelijk te maken. De kaarten bestaan uit vier sets die thema's behandelen zoals huidige situatie, oorzaken, instandhoudende factoren en oplossingen. Dit bevordert dialoog, zelfcompassie en focus in gesprekken (Hanlon et al., 2022; Saini et al., 2019, 2020). De kaarten zijn tot op heden nog niet beschikbaar voor algemeen gebruik.

Aanpak

- Organiseer bewustwordingsactiviteiten in de gemeenschap om stigma en taboe te verminderen.
- Benadruk preventie: suïcide is niet onvermijdelijk en vragen naar gedachten vergroot het risico niet.
- Normaliseer het gesprek over suïcidaliteit in sociaal werk door open, niet-oordelende communicatie.
- Werk persoonsgericht en realistisch: stel haalbare doelen en accepteer dat herstelltijd vraagt.
- Gebruik kaarten om gevoelens en problemen visueel te maken en dialoog te stimuleren.

DEEL 2 ORGANISATIE & BELEID

Perspectief 3: Werkzame elementen bij het organisatorische perspectief

De professional stimuleert interdisciplinaire samenwerking en integraal werken op organisatorisch niveau

Gemeenschappelijke doelen en visie

Context

Het is belangrijk dat organisaties samen duidelijke doelen afspreken. Deze doelen gaan over de organisatiegrenzen heen en zijn cliëntgericht. Daarnaast dienen zij een gezamenlijke visie te hebben op hoe zij samenwerken bij suïcidepreventie.

In de [richtlijn suïcidaliteit](#) staat beschreven dat zorgorganisaties in elke regio afspraken maken. Deze afspraken gaan over ieders verantwoordelijkheden bij de zorg voor mensen met suïcidaal gedrag. Het initiatief om deze afspraken te maken ligt bij de gespecialiseerde GGZ. De regiebehandelaar zorgt voor goede afstemming met andere behandelaars en evalueert regelmatig de samenwerking. Welzijn kan hierbij een grote rol spelen. Er moeten in ieder geval afspraken gemaakt worden over: toegang tot zorg, keuze van behandelplek, continuïteit van zorg, interne overdracht, beschikbaarheid van crisis- en Wvggz-bedden, laagdrempelige inloop- en time-outvoorzieningen, informatieoverdracht, nazorg en outreachende zorg (Akwa GGZ, 2018).

Bij het hebben van gemeenschappelijke doelen en een gedeelde visie gaat het ook over het spreken van dezelfde taal. In het handboek POH-GGZ (Mok, 2023) staat beschreven dat het in afstemming met de crisisdienst van belang is dat dezelfde termen voor het begrip ‘ernst’ worden gebruikt. Een andere werkcultuur kan een andere terminologie betekenen en zorgen voor miscommunicatie. Ernst wordt hier in de volgende schaal beschreven:

1) Licht: af en toe gedachte aan suïcide, geen concreet plan, kan nog aan andere dingen denken, realiseert zich gevolgen voor familie, vrienden en andere naasten;

2) Ambivalent: wil afwisselend dood en dan weer leven, geen duidelijke plannen of voorbereidingen;

3) Ernstig: voortdurend gedachten en beelden van de suïcide, gevoelens van wanhoop, heeft een duidelijk plan met voorbereidingen en denkt dat het voor anderen beter is als hij/zij/hen er niet meer is, afscheidsbrieven zijn soms overwogen of al geschreven;

4) Zeer ernstig: denkt alleen maar aan zelfmoord, de wanhoop is enorm, er is geen oog meer voor anderen, er is een duidelijk plan dat mogelijk al is geoefend, elk moment kan een impulsdoorbraak leiden tot suïcide (Mok, 2023).

Aanpak

- Kom met andere organisaties tot gezamenlijke doelen en een gedeelde visie op suïcidepreventie (zie ook perspectief 4).
- Ontwikkel met elkaar een visie op de samenwerking rond suïcidepreventie.
- Denk met elkaar na over de taal en termen die je hierbij gebruikt (denk bijvoorbeeld aan het begrip ‘ernstig’).

Bekendheid

Context

Voor een goede samenwerking bij suïcidepreventie is het belangrijk dat professionals contact met elkaar zoeken, elkaars rol en verantwoordelijkheden kennen en daardoor vertrouwen hebben in de verdeling van taken in de ondersteuning die zij bieden.

In een onderzoek naar werkzame elementen bij integraal werken beschrijft Van Arum et al (2020) dat professionals, ervaringsdeskundigen en vrijwilligers de volgende acties ondernemen:

- Er vindt regelmatig inhoudelijk overleg plaats
- Het zou goed zijn als professionals van verschillende organisaties daarbij samen op één locatie werken, waardoor ze elkaar makkelijk ontmoeten. Dit zorgt voor betere communicatie en samenwerking.
- Het is tenslotte bij integraal werken erg belangrijk om versnippering van hulp te voorkomen (Van Arum et al., 2020).

“Ze vangen allemaal signalen op, dus als je die bundelt en, 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).

Aanpak

- Investeer erin je ketenpartners te leren kennen en zet in op bouwen aan een vertrouwensrelatie.
- Maak concrete afspraken over deze samenwerking zodat deze niet stopt bij veranderende omstandigheden (bijv. ziekte of personele wisselingen).

Het uitvoeren van beleid

Context

Bij het uitvoeren van beleid is het belangrijk dat er duidelijkheid en overeenstemming is over wie de leiding neemt bij suïcidepreventie en helpt om tot gezamenlijke besluiten te komen. Het leiderschap moet goed afgesproken zijn en kan, als nodig, gedeeld worden. Daarnaast is kennis nodig over hoe beleid vernieuwd kan worden om samenwerking bij suïcidepreventie te verbeteren.

Volgens Van Arum et al. (2020) is het bij multiproblematiek belangrijk dat er één coördinerende professional is die de leiding neemt over het proces. Deze persoon werkt volgens het principe van integraal werken: één huishouden, één plan, één regisseur. De coördinator zorgt voor samenhang in de hulp van verschillende disciplines. Hij of zij heeft genoeg bevoegdheid en ruimte om andere professionals te betrekken en samenwerking te organiseren (Van Arum et al., 2020).

“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).

Naast een regievoerder is het belangrijk dat professionals zich verbonden voelen om goed samen te werken bij suïcidepreventie. Informele gesprekken met ervaren collega's die mannen met suïcidaliteit begeleiden, kunnen praktische tips geven. Zowel interne als externe supervisie helpt om het welzijn van professionals te behouden. Interne supervisie geeft ruimte om na te denken over de eigen praktijk en steun te zoeken bij moeilijke situaties. Bij externe supervisie kunnen professionals vertrouwelijk problemen bespreken en een objectief, niet-oordelend perspectief krijgen (Hanlon et al., 2023). Bij deze supervisie kunnen de gespreksonderwerpen procesmatig van aard zijn, inhoudelijk van aard zijn of gericht op professionele identiteitsvorming (bijv. de Balint methode, Movisie).

Het werken aan onderlinge verbondenheid middels supervisie of intervisie kan ook helpen bij het ontwikkelen van een houding van nabijheid (zie ook perspectief twee). Door tijdens intervisie of supervisie niet de cliënt of een oplossing centraal te zetten, maar juist de persoonlijke worsteling van de hulpverlener, helpt dit bij het ontwikkelen van een houding van echte nabijheid (Boertien, 2025).

Tenslotte kunnen ook ervaringsdeskundigen een rol spelen bij voorlichting en intervisie. Ervaringsdeskundigen weten vaak uit eigen ervaring weten hoe het verschil voelt tussen gehoord en niet-gehoord worden. Zij kunnen woorden geven aan hoe wanhoop en betekenisloosheid voelen. Zij kunnen ertoe bijdragen om hierbij zowel cliënten als andere professionals ruimte voor te maken (Huisman & Bergen 2018; Deegan 1988).

Aanpak

- Zorg voor duidelijkheid en overeenstemming over degene die de leiding neemt over suïcidepreventie. Dit leiderschap kan ook gedeeld worden.
- Deze leider geeft sturing in het komen tot gezamenlijke besluitvorming
- Zorg voor de beschikbaarheid van kennis over innovatieve samenwerkingsmogelijkheden in relatie tot suïcidepreventie
- Werk aan onderlinge verbondenheid door de inzet van intervisie of supervisie (ook over de grenzen van de eigen organisatie heen) waarbij niet de cliënt maar de persoonlijke worsteling van de professional centraal staat.

Formalisering

Context

Het faciliteren van organisatiestructuur, communicatie, MDO en besluitvorming is nodig om professionals tijd en ruimte te geven tot een gedeelde analyse van problemen, krachten en oplossingen te kunnen komen zodat de cliënt (zoveel mogelijk) regie en zeggenschap heeft (Van Arum et al., 2020). Er is ruimte nodig om het mandaat te hebben om echt maatwerk te leveren. Dit mandaat en het faciliteren van overleg- en organisatiestructuren komt terug in de uitvoering van beleid zoals in het voorgaande onderdeel beschreven maar komt ook terug in de formalisering van processen.

Voor goede samenwerking rondom suïcidepreventie is het nodig het dat zaken zoals werkafspraken, wijze van informatie uitwisselen en het werken met tools zoveel mogelijk wordt vastgelegd. Dit helpt de continuïteit van processen beter te waarborgen.

Zo is het bijvoorbeeld belangrijk dat het thema suïcidaliteit duidelijk zichtbaar is in patiëntendossiers. Dit wordt ook door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd benadrukt. Suïcidaliteit dient duidelijk, actueel en herkenbaar teruggevonden te kunnen worden. Zorg voor één duidelijke plaats in het dossier, regel taakverdeling rond het invullen van formulieren, procedure buiten kantoortijden (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2024).

“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)

Aanpak

- Besteed aandacht aan het vastleggen van overlegstructuren en organisatiestructuren rond de samenwerking bij suïcidepreventie.
- Denk hierbij aan afspraken omtrent informatie-uitwisseling en het werken met tools.
- Zorg ervoor dat het thema suïcidaliteit wanneer dit speelt goed zichtbaar is en blijft in dossiers.

Perspectief 4: Werkzame elementen bij het beleidsmatige perspectief

De organisatie geeft op beleidsmatig niveau integraal werken vorm

Wettelijke kaders

Context

In Nederland zijn er vijf stelselwetten die de basis vormen voor de publieke gezondheid: WPG, JW, Wmo, Zvw en Wlz. Daarnaast geldt de Wet verplichte GGZ (WvGGZ). Het is belangrijk dat professionals deze wetten kennen, omdat ze nodig zijn voor integraal werken en suïcidepreventie.

Vanaf 1 januari 2026 is de nieuwe Wet Integrale Suïcidepreventie ingegaan. Deze wet maakt suïcidepreventie een wettelijke taak voor gemeenten. Gemeenten moeten lokaal effectief beleid ontwikkelen, met een structureel budget vanuit de Rijksbegroting. Het doel is om suïcidaliteit vroeg te signaleren en de mentale gezondheid van inwoners te verbeteren. De wet werkt met drie niveaus: landelijk, gemeentelijk en individueel. Gemeenten mogen zelf bepalen hoe zij het beleid vormgeven, omdat zij goed zicht hebben op de wijken.

Aanpak

- Professionals dienen de wetten te kennen die de basis vormen voor publieke gezondheid (WPG, JW, Wmo, Zvw, Wlz en WvGGZ).
- Professionals dienen op de hoogte te zijn van de nieuwe Wet Integrale Suïcidepreventie die ingaat op 1 januari 2026 en gemeenten de wettelijke taak geeft beleid te vormen op dit onderwerp.

(Gemeentelijk) beleid (o.a. meerjarenbeleid, suïcideprotocol, toegang tot zorg bevorderen, naastenbeleid)

Context

Het systeem werkt vaak nog in losse onderdelen. Verschillende wetten, zoals de Jeugdwet, Participatiewet, Wmo en Zorgverzekeringswet zorgen vaak voor aparte budgetten, regels, werkwijzen en inkoopafspraken. Daardoor is het lastig om integrale ondersteuningsplannen te maken die passen bij de situatie van elk huishouden (Van Arum, 2020, p. 14). Het organiseren van suïcidepreventie hangt af van bestaande financiële systemen, en sociaal werk is hierbij vooral afhankelijk van het beleid van gemeenten.

Het model voor suïcidepreventie, dat al door 50 gemeenten wordt gebruikt, bestaat uit vijf stappen:

1. Breng de lokale situatie in kaart;
2. Zorg voor leiderschap en bestuurlijk draagvlak;
3. Stel een coördinator aan;
4. Start samenwerking;
5. Ontwikkel een actieplan suïcidepreventie.

Toegang tot zorg bevorderen

Gemeenten moeten in hun beleid zorgen dat mensen makkelijk toegang krijgen tot zorg bij suïcidaliteit. Uit onderzoek van 113 blijkt dat mensen met een complexe zorgvraag, bijvoorbeeld door meerdere psychiatrische aandoeningen, vaak worden afgewezen voor behandeling. Zij ervaren dan een gebrek aan duidelijk behandelperspectief en continuïteit. Eerstelijnsbehandelaren hebben meer kennis en praktische handvatten nodig, zodat zij niet automatisch doorverwijzen naar specialistische centra bij suïcidale signalen (Balt et al, 2025). Dit vraagt ook om methodisch werken en goede scholing en training van professionals.

Toegankelijke hulp betekent ook dat deze makkelijk bereikbaar en betaalbaar is. Dit kan bijvoorbeeld door een ruimte of inloopvoorziening te maken waar mannen zonder afspraak binnen kunnen komen om te praten. Daarnaast is het belangrijk dat zij snel hulp krijgen en persoonlijke begeleiding (James Place Model) (Hanlon et al., 2023).

“... in november heeft hij gezegd ik kom niet meer, want er wordt natuurlijk een deel vergoed, maar ook een deel niet. En dus zul je een eigen bijdrage moeten doen. En dat snap ik ook. Als je alleen komt te staan en het moet allemaal uit dat potje, dat je op een moment denkt ja dag, maar dan doe ik het wel zelf.” (nabestaande)

“Veel cliënten weten niet dat het mogelijk is om de financiële situatie te bevriezen. Dat gebeurt bij gemeentes wel, dat is wel belangrijk.” (man die bekend is met suïcidaliteit).

Toegang tot maatschappelijke opvang

Ook voor suïcidepreventie is het belangrijk om de toegang tot de GGZ voor dak- en thuislozen te verbeteren. Dit kan door belemmeringen weg te nemen, zoals kosten voor zorg, het ontbreken van een verzekering en problemen met bereikbaarheid (bijvoorbeeld door geen vervoer). Daarnaast moeten diensten beschikbaar zijn buiten kantooruren (Adams et al., 2018). Samenwerking met verslavingspreventie, HIV- en SOA-preventie en de GGZ is daarbij nodig (Lynn et al., 2014; Murray et al., 2021).

Werken met meerjarenbeleid

Gemeenten moeten prioriteit geven aan meerjarenbeleid op suïcidepreventie. Ook de inspectie benadrukt dit. Bestuurders moeten controleren of het beleid goed wordt uitgevoerd en actie ondernemen als het plan niet het gewenste resultaat geeft (PDCA-cyclus). De inspectie adviseert hierbij onder andere:

- Scholing van medewerkers en controle op deelname;
- Extra scholing voor medewerkers die werken met hoog-risicogroepen;
- Een actueel veiligheids- of signaleringsplan;
- Duidelijke registratie van suïcidaliteit in het EPD;
- Naasten beter betrekken bij de behandeling van een suïcidale patiënt;

- Naasten en nabestaanden beter betrekken bij de evaluatie na een suïcide of poging (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2024).

“Heel veel hebben we zelf opgezocht, ook omdat wij die familieavonden niet hadden, 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.” (nabestaande).

In meerjarenbeleid moet ook aandacht zijn voor de voordelen en risico's van genderspecifiek (of op leeftijdsgroep) werken. Het is belangrijk om verschillen tussen mannen en vrouwen te erkennen, zodat professionals kunnen inspelen op specifieke kwetsbaarheden en hulpvragen. Tegelijk kan deze focus onbedoeld stereotypen versterken en is het misschien minder relevant voor jongere generaties. Door rekening te houden met de unieke situatie van elke cliënt, kunnen de genderspecifieke APA-richtlijnen voor psychologen wel nuttige handvatten bieden (Dewaele, 2020).

Werken met signalerings- of veiligheidsplannen suïcidaliteit
Er wordt nog niet door elke organisatie gewerkt met signalerings- of veiligheidsplannen en richtlijnen suïcidepreventie. Soms zijn er wel richtlijnen maar deze blijken niet altijd actueel of uitvoerbaar (persoonlijke communicatie Mediant, GGZ afdeling preventie). Het is belangrijk dat elke organisatie passend en uitvoerbaar beleid heeft op suïcidepreventie en de daarbij horende stappen.

Werken met een suïcideprotocol en naastenbeleid

Na een suïcide van een patiënt moet er een duidelijk protocol zijn. Dit protocol bevat praktische afspraken, zoals wie geïnformeerd moet worden en door wie, en een zakelijke evaluatie op langere termijn. Het moet ook regelen dat er direct extra personeel wordt opgeroepen, zodat het aanwezige team niet alle verantwoordelijkheid hoeft te dragen. Medewerkers kunnen zelf kiezen of ze blijven werken of naar huis gaan. Dit helpt hen om te herstellen. Een protocol heeft niet alleen een praktische functie, maar ook een symbolische: het laat zien dat de impact serieus wordt genomen en dat medewerkers niet alleen worden gelaten (Bijlsma, 2012, p. 204).

Ook voor suïcidepogingen dient een protocol te worden overwogen. Ook pogingen kunnen immers heel ingrijpend zijn voor cliënten en medewerkers. In de focusgroepen kwam de wens om ook voor pogingen meer beleid te maken naar voren vanuit de medewerkers. Het verder vormgeven van naastenbeleid voor organisaties en gemeenten is van belang omdat naasten een belangrijke rol kunnen spelen in preventie van suïcide.

Op organisatieniveau wordt gevraagd om visieontwikkeling en beleid dat aansluit bij de leefwereld van mensen en waarin ervaringskennis een duidelijke plek krijgt. Het doel hiervan is om empowerment, diversiteit en inclusie te versterken. Daarom is het belangrijk om ervaringsdeskundigen actief te betrekken bij de ontwikkeling van een integrale werkwijze. Zo ontstaat er ruimte om ervaringskennis structureel te benutten in zowel beleid als praktijk.

Aanpak

- Voorkom onnodige doorverwijzing naar de specialistische zorg bij suïcidale uitingen door in te zetten op het vergroten van kennis en vaardigheden over suïcidaliteit bij professionals.
- Creëer laagdrempelige toegang voor mannen in de vorm van bijv. Inloopvoorzieningen.
- Zie erop toe dat te ontwikkelen suïcidepreventiebeleid zich richt op de langere termijn
- Verken de mogelijkheden in het werken met signalerings- of veiligheidsplannen bij suïcidaliteit
- Denk na over de ontwikkeling van protocol bij suïcidepogingen en suïcide. Houd hierbij rekening met praktische afspraken over het informeren van naasten en andere medewerkers, de organisatie van evaluaties en het oproepen van achtervang.
- Denk na over de ontwikkeling van naastenbeleid en hun rol met betrekking tot suïcidepreventie.
- Betrek ervaringsdeskundigen bij de ontwikkeling van een integrale werkwijze die ruimte biedt aan de inzet van ervaringskennis.

Materialen

113 heeft een stappenplan en explainer opgesteld dat medewerkers handvatten kan bieden voor op te stellen beleid. Zie hiervoor [113_Integrale suïcidepreventie_hoe dan](#)

Ook is er een handboek suïcidepreventie voor organisaties voor het komen tot suïcidepreventie beleid. Deze zijn beschikbaar via: <https://www.113.nl/wat-kan-ik-doen/suicidepreventie-in-organisaties/stappenplan>

(Domein overstijgende) scholing en training

Context

Het belang van (domein overstijgende) scholing en training komt op verschillende onderdelen in deze toolbox al terug. Ook binnen het huidige onderzoek was dit in de focusgroepen regelmatig onderwerp van gesprek. Daarbij werd ook expliciet de wens uitgesproken om meer te leren over de grenzen van de eigen organisatie hen dus vanuit (interdisciplinaire) samenwerking.

Adequate training en voldoende supervisie zijn noodzakelijk om de kwaliteit van de zorg voor de cliënten en het welzijn van het personeel te waarborgen. Daarnaast kan deze ervaring gebruikt worden voor het implementeren of aanpassen van een interventie (Poon et al., 2016; Cole-King et al., 2013; Murray et al., 2021).

“Maak het bespreekbaar is ook geen nieuws. Maar 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 dat een onderwerp. En dat is dus hoe eerder je. 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 die bekend is met suïcidaliteit).

Scholing en training ten behoeve van cliënten en professionals

Bij suïcidepreventie is het belangrijk om scholing en training te organiseren. Dit is nodig om goede ondersteuning voor cliënten te bieden, maar ook om professionals te beschermen. Suïcidaliteit is nog steeds een taboe, en dat beïnvloedt hoe hulpverlening wordt ingericht. Volgens Bijlsma hangt veel van de traumatisering bij hulpverleners na een suïcide samen met de organisatiecultuur. Voorbeelden zijn: te weinig scholing, weinig nazorg en soms een lage bereidheid om suïcideproblematiek onder ogen te zien.

Daarnaast is het belangrijk aandacht te hebben voor het gevoel van falen bij teams of individuele medewerkers. Schuldgevoel kan ervoor zorgen dat zij niet erkennen dat ze zelf ook hulp nodig hebben (Bijlsma, 2012).

Verschillende vormen van training en ondersteuning aanbieden

Door training en ondersteuning aan te bieden, zoals rollenspellen, workshops, leesmateriaal en handleidingen, wordt het makkelijker om interventies in de praktijk toe te passen. Ook hulp van collega’s, bijvoorbeeld via samenwerkingsgroepen, kan daarbij helpen. Deze vormen van ondersteuning kunnen elkaar overlappen of juist aanvullen. Het is handig als er tijdens de implementatie een plek is waar sociaal werkers informatie kunnen opzoeken, vragen kunnen stellen en kunnen overleggen met andere cursisten. Dit helpt om de vaardigheden echt goed in de praktijk te brengen (Corrigan et al., 2001; Schmidt & Taylor, 2002; Schoenwald, 2008; Steinfeld et al., 2009; Stephan et al., 2013; Sholomskas et al., 2005; Scott, 2021).

Tweedaagse training werken met veiligheidsplannen en toepassing van CGT bij suïcidale jongeren

Uit onderzoek van Scott (2021) blijkt dat een tweedaagse training Social Workers helpt om beter veiligheidsplannen en cognitieve gedragstherapie (CGT) toe te passen bij jongeren. De training bestond uit twee dagen van zes uur, met lezingen, video’s, rollenspellen en discussies. Op dag één kregen deelnemers een overzicht van CGT bij depressie, zoals gedragsactivatie, huiswerkopdrachten en cognitieve herstructurering. Dag twee ging over veiligheidsplanning (Stanley & Brown, 2012) en CGT-SP, met onderdelen zoals ketenanalyse, redenen om te leven en hoopkit, en terugvalpreventie (Stanley et al., 2009). In de workshops werd tevens getoond hoe individuele en familiesessies gecombineerd kunnen worden in alle fasen van de behandeling. Vooral veiligheidsplanning, ketenanalyse en cognitieve herstructurering waren technieken die veel in de praktijk werden toegepast.

Training voor inzet van ervaringsdeskundigheid bij suicidaliteit
Huisman & van Bergen (2018) lichten toe dat de inzet van ervaringsdeskundigen bij kan dragen aan een beter contact met mensen met suïcidale gedachten en aan vermindering van terughoudendheid van hulpverleners om hierover te spreken. Maar ook dat dit om scholing van de ervaringsdeskundigen en om de randvoorwaarden in het team vraagt. De module ‘Bouwstenen voor lessen over het thema suïcidaliteit en suïcidepreventie aan ervaringsdeskundigen in opleiding’ (Huisman % van Bergen 2018) biedt aanknopingspunten voor de ontwikkeling van de houding en de inzet daarbij van persoonlijke ervaringen van suïcidaliteit.

Aanpak

- Zet in op het volgen van scholing of training over suïcidepreventie
- Leer bij voorkeur over de grenzen van ieders eigen organisatie heen over dit thema en wissel kennis en ervaringen uit met andere professionals
- Maak in scholingsbeleid ruimte voor verschillende vormen van ondersteuning (rollenspellen, workshops, leesmateriaal, handleidingen etc.).
- Creëer een plek (fysiek of online) waar professionals informatie kunnen vinden, vragen kunnen stellen of ervaringen kunnen delen.
- Betrek ervaringsdeskundigheid bij het verkennen van de training/ scholingsbehoeften t.a.v. suïcidepreventie

Materialen

Module ‘Bouwstenen voor lessen over het thema suïcidaliteit en suïcidepreventie aan ervaringsdeskundigen in opleiding: [basismodule-suïcidaliteit-eindversie-definitief-iii.pdf](#)

Er zijn door 113 diverse materialen, gesprekstips en cursussen ontwikkeld voor professionals om hen te ondersteunen in gesprek over suïcidale gedachten.

Een aantal voorbeelden zijn:

1. [Handreiking zelfmoordpreventie voor personen die werkzaam zijn in het sociaal economisch domein](#). Deze handreiking geeft handvatten om suïcidaliteit te herkennen, bespreekbaar te maken en te verwijzen naar de juiste zorg.
2. Vraag Maar App. Ontwikkeld om in gesprek te gaan met mensen met oefeningen; do’s en don’ts; feiten en fabels; gratis en anoniem
3. Suïcide preventie Basis. Een online training van een uur.
4. Suïcide preventie in praktijk. Een groepstraining van een dagdeel verzorgd door RINO.
5. 113 heeft een telefonische advieslijn voor alle professionals die zich zorgen maken over iemand met suïcidale gedachten en/ of suïcidaal gedrag binnen hun organisatie. Denk bijvoorbeeld aan: patiënten, cliënten, medewerkers, vrijwilligers en leerlingen.
6. Voorbeelden van veiligheidsplannen zijn beschikbaar, zoals het format van 113 en het wetenschappelijk onderbouwde model van Stanley & Brown (2012). Zie ook [www.113.nl](#)

(Maatschappelijke) impact meten

Context

‘Maatschappelijke impact’ in het sociale domein betekent het effect van interventies en beleid op de samenleving (Ebrahim & Rangan, 2014; Van der Tier et al., 2022 in Mascini, 2025). Het gaat om het gezamenlijke resultaat van wat organisaties en gemeenten doen, omdat dit bepaalt hoe de maatschappij functioneert en daarmee ook het leven van inwoners. Impact wordt daarom beschreven op maatschappelijk niveau en is te groot om toe te schrijven aan één organisatie (Ebrahim & Rangan, 2014; NWO, z.d. in Mascini, 2025). Met andere woorden: maatschappelijke effecten zijn niet volledig koppelen aan één interventie. Organisaties moeten daarom voorzichtig zijn met het claimen van maatschappelijke impact, om overschatting van hun eigen invloed te voorkomen.

De volgende stappen vallen wél binnen de invloed van organisaties. Deze kunnen worden bepaald zodra organisaties en gemeenten hebben vastgesteld welke maatschappelijke impact zij willen bereiken met suïcidepreventie (Mascini, 2025):

- **Stap 1 – Outcome:** Als duidelijk is welke maatschappelijke impact gewenst is, kunnen de beoogde uitkomsten (outcome) worden omschreven. De centrale vraag hierbij is: *“Wat moet er binnen de organisatie veranderen om deze impact te bereiken?”*
- **Stap 2 – Output:** Daarna wordt gekeken naar de resultaten (output). Dit zijn de meetbare, zichtbare of telbare effecten van de verandering. Als deze zijn geformuleerd, volgt de vraag: *“Welke aanpak leidt tot deze resultaten?”*
- **Stap 3 – Aanpak:** In deze stap worden de activiteiten en interventies zo concreet mogelijk beschreven. Ze moeten bijdragen aan de resultaten, de uitkomsten en uiteindelijk het doel
- **Stap 4 – Input:** Tot slot wordt inzichtelijk gemaakt welke middelen (input) nodig zijn om de activiteiten uit te voeren.

Aanpak

- Wees voorzichtig in het claimen van maatschappelijke impact om de overschatting van eigen invloed te voorkomen.
- Werk aan het meten van maatschappelijke impact aan de hand van bovenstaande stappen (outcome, output, aanpak, input)

Zichtbaarheid

Context

Onderzoek laat zien dat mannen vaak niet weten waar ze terecht kunnen voor hulp en hoe zij vervolgens om hulp moeten vragen. Vaak erkennen mannen daarbij wel dat zij hulp nodig hebben. Het sociaal werk zou samen met de gemeenschap aandacht kunnen besteden hoe de route idealiter naar hulp verloopt en middels voorbeelden duidelijkheid geven over hoe je hulp vraagt (Richardson et al., 2021).

Aanpak

- Zet in op het vergroten van zichtbaarheid van de ondersteuningsmogelijkheden. Controleer of informatie voor mannen goed vindbaar is (website, flyer en sociale media).
- Werk samen met lokale organisaties om informatie breed te verspreiden (buurthuizen, sportclubs, bibliotheken).
- Maak de route naar ondersteuning duidelijk met behulp van een infographic of stappenkaart. Gebruik hierbij herkenbare voorbeelden en praktische taal om drempels te verlagen.
- Organiseer een voorlichtingsbijeenkomst waar ruimte is voor dialoog. Betrek ervaringsdeskundigen of rolmodellen bij deze aanpak.
- Ga in gesprek met lokale netwerken (verenigingen, kerken, werkgevers etc.) om signalen op te vangen en stimuleer dat zij doorverwijzen naar het sociaal wijkteam.
- Zet in op monitoring en evaluatie waarbij het perspectief van mannen zelf wordt meegenomen.

Landelijke netwerken en preventieve programma's

Context

Ook landelijke netwerken en preventieve programma's kunnen ondersteuning bieden bij het vormgeven van beleid op suïcidepreventie. Het sociaal werk kan gebruik maken van deze kennisbronnen en deze netwerken benutten voor het leggen van nieuwe verbindingen in samenwerking of in het vormen van beleid.

Samen minder suïcide

Samen Minder Suïcide is een landelijk netwerk dat ook lokaal actief is. Het netwerk bestaat uit 58 grote organisaties die samenwerken in de samenleving. Het richt zich op alle vormen van suïcidepreventie en heeft veel deelprojecten, zoals:

- Preventie in ziekenhuizen en huisartsenpraktijken;
- Samenwerking met naasten;
- Netwerk van ervaringsdeskundigen;
- Preventie in de ouderenzorg.

Daarnaast zijn er projecten om kennis en vaardigheden van professionals te vergroten, bijvoorbeeld via e-learning over het signaleren van suïcidaliteit bij geldzorgen. De SUPRANET-community is onderdeel van het netwerk en richt zich op preventie in de wijk door lokale samenwerking. Ook zijn er nazorgmodules beschikbaar voor verenigingen, bedrijven en (vrijwilligers)organisaties (Samen Minder Suïcide, 2025).

Sumona

Sumona is een netwerk dat zich richt op betere samenwerking in de keten rond suïcidepreventie. Er is een lokaal team van casemanagers aangesteld dat via laagdrempelig contact een luisterend oor biedt. Sumona zorgt voor monitoring en casemanagement op maat, zodat mensen passende zorg en hulp krijgen binnen het sociaal domein. Het netwerk is actief in Den Haag, Rotterdam, Noord-Veluwe, Wassenaar en Voorschoten (Sumona, z.d.).

Pilot in Arnhem

In Arnhem loopt een pilot waarin Sportbedrijf Arnhem, Pro Persona Connect, Sociale Wijkteams en Teams Leefomgeving samenwerken. Zij voeren gezondheidschecks uit in de wijk, waarbij ook mentale gezondheid wordt meegenomen. Daarnaast is er een routekaart ontwikkeld om netwerkpartners makkelijker te vinden. Het thema krijgt een plek in gemeentelijke beleidsstukken zoals IZA en GALA. Verder richt de gemeente zich op publiekscampagnes, zoals '1KZ1EJ3', die de hele bevolking aanspreken. Ook wordt kunst ingezet als preventiemiddel vanuit de campagne Stille Strijd (Van Dorp, 2024).

Man in Mind Meet Up bijeenkomsten

Landelijk worden Man in Mind MeetUp-bijeenkomsten georganiseerd door 113

in samenwerking met lokale organisaties. Een voorbeeld is de bijeenkomst van GGD IJsselland in september 2024 in het Go Ahead Eagles-stadion in Deventer. Het doel is om het taboe rond mentale gezondheid te doorbreken. Deze bijeenkomsten zijn bedoeld voor mannen tussen 40 en 70 jaar die interesse hebben in hun mentale welzijn (Man in Mind MeetUp, 2024).

SP-Reflex in Vlaanderen

SP-Reflex is het online leerplatform van het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP). Op deze website zijn wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen, e-learningmodules en praktische tools voor zorg- en hulpverleners te vinden. De e-learningmodules zijn gratis, uitgebreid en behandelen onder andere risicogroepen (SP-Reflex, 2025).

Australische LifeSpan model

Het LifeSpan model is een wetenschappelijk onderbouwde integrale benadering voor suïcidepreventie. Deze aanpak combineert negen strategieën voor suïcidepreventie in een gemeenschapsgerichte aanpak. Het doel van LifeSpan is om een veiligheidsnet te creëren voor de gemeenschap door interventies en programma's aan elkaar te verbinden en de ondersteuning van de gemeente te verbeteren ten aanzien van suïcidaliteit (Black Dog Institute, z.d.).

Aanpak

- Maak gebruik van landelijke netwerken en preventieve programma's bij het vormgeven van beleid op suïcidepreventie
- Benut deze netwerken voor het leggen van nieuwe verbindingen in samenwerking

Materialen

Over het Samen Minder Suïcide netwerk is hier meer informatie te vinden: [Home - Samen Minder Suïcide](#)

Meer informatie over Sumona: [Sumona - Suïcidepreventie, monitoring en nazorg](#)

Meer informatie over Pilot Arnhem: [Zelfmoordpreventie: 'Ook kunst helpt suïcide voorkomen' | VNG](#)

Meer informatie over Man in Mind MeetUps is lokaal georganiseerd: [Man in Mind Meetup Friesland | 113 Zelfmoordpreventie](#)

SP-Reflex: www.sp-reflex.zelfmoord1813.be

Literatuurlijst

113 Zelfmoordpreventie. (2023). *Handboek suïcidepreventie voor organisaties* (Vols. 1–2, pp. 2–311). Opgehaald op 10-6-2026 van https://www.113.nl/sites/default/files/113/infomateriaal_2025/113-Handboek%20suicidepreventie%20organisaties-2025.pdf [LE15.1]

113 Zelfmoordpreventie. (2021). *Handreiking zelfmoordpreventie*. In *Handreiking Zelfmoordpreventie* (pp. 1–18). Opgehaald op 10-6-2026 van <https://www.113.nl/sites/default/files/113/Infomateriaal%202022/Handreiking%20sociaaleconomische%20domein%20113%20Zelfmoordpreventie.pdf>

113 Zelfmoordpreventie (z.d). *Informatie over gatekeeperstraining*. Opgehaald op 2-4-2026 van <https://www.113.nl/voor-professionals/supranet-communities/toolbox/gatekeepers>

113 Zelfmoordpreventie (2025, 28 juli). *Man in Mind Meetup Friesland*. Opgehaald op 14-04-2026 van: <https://www.113.nl/actueel/man-mind-meetup-friesland>

113 Zelfmoordpreventie (2025). *Psychosociale autopsie werpt nieuw licht op zelfdoding. Inzichten voor betere preventie*. Opgehaald op 26-3-25 van: <https://www.113.nl/actueel/psychosociale-autopsie-werpt-nieuw-licht-op-zelfdoding-inzichten-voor-betere-preventie>

Akwa GGZ (2018). *GGZ Standaarden: Zorgstandaard Suïcidaal gedrag*. NvVp.

Akwa GGZ. (2021). *GGZ Standaarden: Zorgstandaard Naasten. Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek*. NvVp.

Akwa GGZ. (2025). *Zorgstandaard Ervaringsdeskundigheid*. Opgehaald op 5-11-2025 van <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/ervaringsdeskundigheid/introductie>

Alii. (z.d.). *Toolkit suicidepreventie*. Opgehaald op 14-04-2026 van: <https://web.ali.care/protocols/3616?client=113>

Baart, A. (2025). *Iemand voor iemand - Handboek presentie*. Coutinho, Amsterdam

Balt, E., Vrinzen, S., Salmi, S., Eikelenboom, M., Mérelle, S., & Expertraad psychosociale autopsie. (2025). *Samen leren, minder suïcide*. Ben-Zeev, D., Corrigan, P. W., Britt, T. W., &

Black Dog Institute (z.d.). *LifeSpan is an integrated framework for suicide prevention*. Opgehaald op 11-6-2026 van: <https://www.blackdoginstitute.org.au/research-centres/lifespan-trials/>

Langford, L. (2012). *Stigma of mental illness and service use in the military*. *Journal of Mental Health*, 21(3), 264–273. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.621468>

Bouwman, R.J.R., de Graaf, M.B., de Beurs, D., van de Bovenkamp, H., Friele, R. (2018). *Calamiteitenonderzoek in de geestelijke gezondheidszorg. Het betrekken van patiënten en hun naasten of nabestaanden bij calamiteitenonderzoek in de geestelijke gezondheidszorg*. NIVEL.

Boumans, J., Kroon, H., Hoek, B., van der (2023). *GGZ uit de knel. Verkenning van mogelijkheden en valkuilen van het actuele hervormingsnarratief*. Trimbos Instituut

Bijlsma, (F). (2012). *Impact van suïcide op GGZ medewerkers*. Van Gorcum.

Cabassa, L.J.; Baumann, A.A. (2013). *A two-way street: Bridging implementation science and cultural adaptations of mental health treatments*. Implement. Sci. 2013, 8, 90. CBS, GGD IJsselland & Amsterdam AMC, LTO Noord, Zorg om Boer en Tuinder, & 113 Zelfmoordpreventie. (2021). *Factsheet Suïcidaliteit onder agrariërs*. In LTO Nederland, Zorg om Boer en Tuinder, & AgroZorgwijzer. Opgehaald op 10-6-2026 van <https://www.113.nl/sites/default/files/113/Agrariers%20factsheet%20final2.pdf>

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2025, 22 mei). *Zelfdodingen, 1970-2024*. Centraal Bureau Voor de Statistiek. Opgehaald op 10-6-2026 van <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2025/21/zelfdodingen-1970-2024>

Cleary, A. (2012). *Suicidal action, emotional expression, and the performance of masculinities*. *Social Science & Medicine* (1982), 74(4), 498–505. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.002>

D’Amour, D., Goulet, L., Labadie, J., San Martín-Rodriguez, L., Pineault, R. (2008). *Model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations*. BioMed Central Ltd.

Deegan P. (1988) *The lived experience of rehabilitation*; Psycosocial Rehabilitation Journal, 11-19

Dewaele, A. (2020). *Specifieke richtlijnen voor psychologische interventies bij jongens en mannen: ideologisch gedreven of maatschappelijke noodzaak?* Tijdschrift Klinische Psychologie, 40(1), 38-47.

Ebrahim, A., & Rangan, V. K. (2014). *What Impact? A Framework for Measuring the Scale and Scope of Social Performance*. California Management Review, 56(3), 118–141. <https://doi.org/10.1525/cmr.2014.56.3.118>

Federatie Medisch Specialisten (z.d.). *Suïcidaliteit*. Opgehaald op 14-04-2026 van: https://richtlijnen database.nl/richtlijn/su_cidaliteit/startpagina_-_su_cidaliteit.html

GGZ standaarden. (z.d.). *Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek*. Opgehaald op 10-06-2026 van <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/samenwerking-en-ondersteuning-naasten-van-mensen-met-psychische-problematiek/info/hulpmiddelen>

Hanlon, C., Chopra, J., Boland, J. E., McIlroy, D., Poole, H., Saini, P., (2022). *James’ place model: Application of a novel clinical, community-based intervention for the prevention of suicide among men*. Journal of Public Mental Health, volume 21, issue 1, jan 2022, pages 82-92

Hanlon, C. A., Chopraa, J., Boland, J., McIlroya, D., Poolea, H., Pooja, S. (2023) *A mixed-methods evaluation of the acceptability and fidelity of the James’ Place model for men experiencing suicidal crisis*. Health Psychol Behav Med. 2023 oct.

Heisel, M., Flett G. (2014) *Do Meaning in Life and Purpose in Life Protect Against Suicide Ideation Among Community-Residing Older Adults?* page 303 – 324 in A. Batthyany A. and P. Russo-Netzer P (eds.), Meaning in Positive and Existential Psychology, DOI: 10.1007/978-1-4939-0308-5_18, Springer Science+ Business Media New York 2014.

Hordijk, A., van Genugten, W. (2021) *Psychische aandoeningen (2e editie). Psychopathologie vanuit herstell perspectief*. Uitgeverij Boom.

Huisman, A., & van Bergen, D. D. (2019). Peer Specialists in Suicide Prevention: Possibilities and Pitfalls. Psychological Services. Advance online publication.

Huisman, A., Hulshof, E., Boertien, D., Heijnen, I., & Diana van Bergen. (2021). *Bouwstenen voor lessen over het thema suïcidaliteit en suïcidepreventie aan ervaringsdeskundigen in opleiding*. In COLOFON (p. 2). <https://www.rug.nl/gmw/research/pedagogical-and-educational-sciences/ervaringsuicide/basismodule-suicidaliteit-eindversie-definitief-iii.pdf>

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2024). *Inspectie sprak met ggz-instellingen over suïcidepreventie*. Opgehaald op 22 januari 2025 van <https://www.igj.nl/publicaties/publicaties/2024/07/18/inspectie-sprak-met-ggz-instellingen-over-suïcidepreventie>

Ixta Noa. (2025, 21 juni). *WRAP - Ixta Noa*. Opgehaald op 14-04-2026 van: <https://www.ixtanoa.nl/wrap/>

Kanis, B., van Bergen, D., de Beurs, D., O'Connor, R., Heisel, M., ten Have, M., Castelein, S., Heins, M., Bosmans, M. (manuscript in voorbereiding). *Suicidal ideation and help-seeking behaviors in middle-aged men: a national General Practitioner registry study enriched with psychological survey variables*.

Kavelaars, M. & 113 Zelfmoordpreventie. (2025). *Geef uw wettelijke taak voor suïcidepreventie vorm met hulp van 113*. Opgehaald op 10-06-2026 van https://www.113.nl/sites/default/files/113/infomateriaal_2025/113_Integrale%20su%C3%AFcidepreventie_Lokale%20Aanpak%20Gemeenten.pdf

Kenniscentrum Phrenos. (2025, 8 september). *Netwerkintake - Kenniscentrum Phrenos*. Opgehaald op 10-06-2026 van <https://kenniscentrumphrenos.nl/netwerkwzorg/toolkit-alle-materialen/netwerkintake/>

Kenniscentrum Phrenos. (2026, 3 maart). *Peer-supported Open Dialogue (POD) - Kenniscentrum Phrenos*. Opgehaald op 10-06-2026 van <https://kenniscentrumphrenos.nl/kennisproduct/peer-supported-open-dialogue/>

Korthout, M. (2026, 26 januari). *Sumona - Suïcidepreventie, monitoring en nazorg*. Sumona. Opgehaald op 14-04-2026 van: <https://www.sumona.nl/>

Koster F. & Heynekamp H. red. (2020) *De kunst van mindful communiceren*. Boom, Amsterdam.

Luoma, J.B., Martin, C.E. and Pearson, J.L. (2002), “*Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence*”, American Journal of Psychiatry, Vol. 159 No. 6, pp. 909-916.

Lybbert R., Ryland S. & Bean R (2019) *Existential interventions for adolescent suicidality: Practical interventions to target the root causes of adolescent distress*. <https://www.sciencedirect.com/journal/children-and-youth-services-review>; vol 100, May 2019, Pages 98-104 <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.02.028>

Lynn, C.J.; Acri, M.C.; Goldstein, L.; Bannon, W.; Beharie, N.; McKay, M.M. (2014). *Improving youth mental health through family-based prevention in family homeless shelters*. Child Youth Serv. Rev. 2014, 44, 243–248.

Mascini, Z., Engelbertink, M.M.J, (2025). *Handreiking impact meten*. Kenniswerkplaats Onbegrepen Gedrag Twente. Hogeschool Saxion.

McCabe, R., Garside, R., Backhouse, A., & Xanthopoulou, P. (2018). *Effectiveness of brief psychological interventions for suicidal presentations: A systematic review*.

Mindplatform en Aurora. (Z.D.) *Samenwerken met naasten bij suïcidaliteit. Een praktische handreiking voor professionals*. Initiatief van projectgroep Samen Minder Suïcide.

Mok, L. (2023). Handboek POH-GGZ. *Leidraad voor behandeling van psychische klachten in de huisartsenpraktijk*. Opgehaald op 22 januari 2025 van <https://link.springer.com/book/10.1007/978-90-368-2872-7>

Morgan, A., Ross, A. & Oostermeijer, S. (2025). *Suicide prevention training in older men: a cluster randomised controlled trial of the Conversations about Suicide course in Australian Men’s Sheds*. The Lancet Healthy Longevity, 2025; 6

Murray, R. M., Conroy, E., Connolly, M., Stokes, D., Frazer, K., Kroll, T.. (2021). *Scoping Review: Suicide Specific Intervention Programmes for People Experiencing Homelessness*. Int J Environ Res Public Health. 2021 Jun 22;18(13):6729. doi: 10.3390/ijerph18136729. PMID: 34206560; PMCID: PMC8297158.

NVvP. (2025) *Richtlijn suïcidaliteit*. Opgehaald op 15 april 2026 van https://richtlijnenendatabase.nl/richtlijn/su_cidaliteit/startpagina_-_su_cidaliteit.html

O'Connor, R. C. (2011). *The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior*. Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 32(6), 295–298. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000120>

O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). *The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour*. Philosophical Transactions of the Royal Society of London Series B Biological Sciences, 373(1754), Article 20170268. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>

Oosterkamp – Szwajcer, E., Mascini, Z. & Engelbertink, M.M.J. (2025). *Blauwdruk en gesprekstoel Integraal werken bij onbegrepen gedrag*. Kenniswerkplaats onbegrepen gedrag Twente 2024 – 2028

Prins, A. (2018). *Het wordt niet beter, het kan niet beter; over existentiële professionaliteit en de toekomst van de herstelbeweging*. p. 142-153 in Filosofie bij Herstelondersteuning (218); red Kusters W & Boertien D).

Rasmussen, M. L., Hjelmeland, H., & Dieserud, G. (2018). *Barriers toward help-seeking among young men prior to suicide*. DHealth and Social Careeath Studies, 42(2), 96–103. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1328468>

Razzaque R. & Tom Stockman T. (2016) *An introduction to peer-supported open dialogue in mental healthcare*. BJPsych Advances (2016), vol. 22, 348–356 doi: 10.1192/apt.bp.115.015230

Richardson, C., Dickson, A., Robb, K. A., & O'Connor, R. C. (2021). *The male experience of suicide attempts and recovery: An interpretative phenomenological analysis*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(10), Article 5209. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105209>

Saini, P., Chopra, J., Hanlon, C.A. and Boland, J. (2021a), “*Acase seriesofhelp-seekingamong younger and older men in suicidal crisis*”, International Journal of Environmental Research and Public Health, Vol. 18No.14,p.7319.

Saini P, Chopra J, Hanlon C, Boland J, Harrison R, Timpson H. (2020). *James’ Place Evaluation: One Year Report*. Opgehaald op 10-06-2026 van [https://www.jamesplace.org.uk/wp-content/uploads/2020/10/James-Place-One-Year-Evaluation-Report-Final 20.10.2020.pdf](https://www.jamesplace.org.uk/wp-content/uploads/2020/10/James-Place-One-Year-Evaluation-Report-Final%2010.2020.pdf)

Saini, P., Whelan, G. and Briggs, S. (2019). *Qualitative Evaluation Six Months Report: James’ Place Internal Evaluation*. Unpublished Manuscript, Liverpool John Moores University.

Samen Minder Suïcide. (2025, 28 mei). *Home - Samen minder suïcide*. Opgehaald op 14-04-2026 van: Samen Minder Suïcide. <https://samenmindersuicide.nl/>

Scott, M. (2021). *Integration of Cognitive Behavioral Therapy for Suicide Prevention in Social Work Practice*. Research on Social Work Practice, 31(2), 194-204.

Schoenwald, S.K. (2008). *Toward evidence-based transport of evidence-based treatments: MST as an example*. Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 17(3), 69–91.

Schmidt, F., & Taylor, T. K. (2002). *Putting empirically supported treatments into practice: Lessons learned in a children’s mental health center*. Professional Psychology: Research & Practice, 33(5), 483.

Shea, S. C. (1998). *The chronological assessment of suicide events: A practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation*. The Journal of Clinical Psychiatry, 59(Suppl. 20), 58–72.

Sholomskas, D. E., Syracuse-Siewert, G., Rounsaville, B. J., Ball, S. A., Nuro, K. F., & Carroll, K. M. (2005). *We don't train in vain: Adissemination trial of three strategies of training clinicians in cognitive-behavioral therapy*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73(1), 106–115. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.1.106>

Slesnick, N.; Zhang, J.; Yilmazer, T., Prim, J. (2018). *Employment and other income sources among homeless youth*. 2018, 39, 247–262.

Søberg, A., Haug, S.H., Danbolt,, L.J., Lien, L., Sørensen, T. (2018). *Existential themes in the treatment of people at suicide risk. Understandings and practices of specialist healthcare professionals*. 10.1080/13674676.2018.1524860 Mental Health, Religion & Culture

SP-Reflex. (z.d.). *SP-Reflex*. Opgehaald op 14-04-2026 van: <https://www.sp-reflex.zelfmoord1813.be/>

Stanley, B., Brown, G. K. (2012). *Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256–264. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>

Stanley, B., Brown, G. K., Brent, D. A., Wells, K., Poling, K., Curry, J., Kennard, B. D., Wagner, A., Cwik, M. F., Klomek, A. B., Goldstein, T., Vitiello, B., Barnett, S., Daniel, S., & Hughes, J. (2009). *Cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): Treatment model, feasibility and acceptability*. Journal of the American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry, 48(10), 1005–1013. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181b5dbfe>

Steinfeld, B. I., Coffman, S. J., & Keyes, J. A. (2009). *Implementation of an evidence-based practice in a clinical setting: What happens when you get there?* Professional Psychology: Research and Practice, 40(4), 410–416. <https://doi.org/10.1037/a0015677>

Stephan, S. H., Connors, E. H., Arora, P., & Brey, L. (2013). *A learning collaborative approach to training school-based health providers in evidence-based mental health treatment*. Children & Youth Services Review, 35(12), 1970–1978. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.09.008>

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>

Taboer (2025, 9 oktober). *TABOER toolbox - taboer.nl*. Taboer.nl. <https://taboer.nl/taboer-toolbox/>

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*. Integraal werken in de wijk. Ministerie van VWS.

Van Arum, S., Verweij, S., Van der Veer, K. (2018). *Wat werkt bij integraal werken, client en professional*. Integraal Werken in de Wijk.

Van Dorp, M., (2024). *Zelfmoordpreventie: ‘Ook kunst helpt suicide voorkomen’*. VNG Magazine, nr. 14:2024. Opgehaald op 11-2-2025 van <https://vng.nl/artikelen/zelfmoordpreventie-ook-kunst-helpt-suicide-voorkomen>

VNG (z.d.) *‘Ook kunst helpt suicide voorkomen’*. Opgehaald op 14-04-2026 van: <https://vng.nl/artikelen/zelfmoordpreventie-ook-kunst-helpt-suicide-voorkomen>

Wilken, J.P., Overkamp, E., Binkhorst, J. & Sprinkhuizen, A. (2020). *Integraal werken en sociaal werk, vier perspectieven op een weerbarstige werkelijkheid*. Hogeschool Utrecht.

Wu, Q.; Zhang, J.; Walsh, L.; Slesnick, N. *Family network satisfaction moderates treatment effects among homeless youth experiencing suicidal ideation*. Behav. Res. Ther. 2020, 125, 103548.