Nooit meer hetzelfde

Leon
2000-2017

Samen Leren, Minder Suïcide

Rapportage Psychosociale autopsie
2025

Auteurs
Elias Balt & Stefan Vrinzen
Salim Salmi
Merijn Eikelenboom
Saskia Mérelle

i.s.m. Expertraad psychosociale autopsie

Organisatie
113 Zelfmoordpreventie

Datum publicatie
24 maart 2025

113 zelfmoord preventie

Samen Minder Suïcide

Inhoud

1. Samenvatting en aanbevelingen 3

1.1. Belangrijkste bevindingen 3
1.2. Aanbevelingen 6

2. Inleiding 11

2.1. De psychosociale autopsie 11
2.2. Aantal zelfdodingen 11
2.3. Doel en onderzoeksvragen 12

3. De methode 13

3.1. Werving nabestaanden 13
3.2. Vragenlijsten en interviews 14
3.3. Data-analyse 14
3.4 Multidisciplinaire expertraad 15

4. Onderzoeksgroep en representativiteit 16

4.1 Onderzoeksgroep 16
4.2 Representativiteit 18

5. Resultaten 20

5.1. Invloedrijke factoren vragenlijsten 20

5.1.1. Leefstijl, middelengebruik en lichamelijke problemen 20
5.1.2. Sociale omgeving 21
5.1.3. Werk, opleiding en de financiële situatie 21
5.1.4. Praten over mentale gezondheid en hulp zoeken 23
5.1.5. Welzijn en zorg 24
5.1.6. Meest invloedrijke factoren volgens nabestaanden 26

5.2. Samenspel van risicofactoren en thema's in de interviews 26

5.2.1. Patronen bij jongeren 26
5.2.2. Terugkerende thema's bij jongeren 31
5.2.3. Terugkerende thema's bij dertigers 34
5.2.4. Patronen bij mensen van middelbare leeftijd 35
5.2.5. Terugkerende thema's bij mensen van middelbare leeftijd 36

5.3. Opkomende thema's bij alle leeftijden 39
5.4. Leerpunten preventie en behoeften nabestaanden 40

6. Bevindingen in context 44

6.1 Conclusies 44
6.2 Vervolgstappen 44
6.3 Krachten en beperkingen van het onderzoek 44
6.4 Dankwoord 45

Referenties 46

Bijlage A. Gestratificeerde tabellen 48
Bijlage B. Demografische representativiteit gestratificeerd 52

1. Samenvatting en aanbevelingen

1.1. Belangrijkste bevindingen

Dit rapport beschrijft nieuwe inzichten in recente zelfdodingen in Nederland (van 2020-2024) op basis van 414 unieke ingevulde vragenlijsten en 90 verdiepende interviews met nabestaanden. Dit noemen we de psychosociale autopsie (PSA). In deze samenvatting lees je eerst een overzicht van de belangrijkste feiten en cijfers voor de publieke gezondheidszorg, gevolgd door de geestelijke gezondheidszorg. Daarna beschrijven we belangrijke patronen en subgroepen die in de interviews naar voren kwamen. Tot slot beschrijven we opvallende thema's uit de interviews.

Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestaat uit 414 recente zelfdodingen. Het gaat hier om 172 overleden jongeren, 76 overleden dertigers en 166 overleden personen van middelbare leeftijd (zie **tabel 1** voor de verdeling van genderidentiteit binnen de leeftijdsgroepen). De 90 verdiepende interviews (met eerste en tweede respondenten) gaan over 28 personen tot 30 jaar, 14 dertigers, en 36 personen van middelbare leeftijd (40-70 jaar).

Tabel 1. *De verdeling van genderidentiteit binnen de leeftijdsgroepen*

	Jongeren	Dertigers	Middelbare leeftijd
Man	94	50	124
Vrouw	68	26	42
Anders[a]	10	-	-
Totaal	172	76	166

[a] Onder genderidentiteit 'anders' vallen alle personen die niet cisgender waren, waaronder hoofdzakelijk non-binaire personen en transgender personen waren.

Publieke gezondheidszorg in het kort

Leefstijl, middelengebruik en lichamelijke problemen:

- Van de overleden personen deed 35% aan *binge drinking* (wekelijks of vaker ten minste 4-6 glazen alcohol op één dag). Dit is veel hoger dan het landelijke gemiddelde (8%).[1]
- Kijkend naar de laatste zes maanden voor het overlijden gebruikte 38% softdrugs en 19% harddrugs. Jongeren en dertigers gebruikten nog vaker drugs (bijv. 50% van de dertigers softdrugs en 31% harddrugs).
- Van de overleden personen had 35% één of meer langdurige ziekten of aandoeningen. Dit is vergelijkbaar met het landelijke gemiddelde van 33% (waarbij het landelijk cijfer gebaseerd is op een hogere gemiddelde leeftijd).[2]

Sociale omgeving:

- In de onderzoeksgroep voelde 83% zich eenzaam ten tijde van overlijden. Vooral onder dertigers (93%) en personen van middelbare leeftijd (87%) was eenzaamheid hoog. Dit percentage is veel hoger dan het landelijke gemiddelde van 49%.[3]
- 57% van de overledenen kende bij leven iemand die ook was overleden door zelfdoding. Vooral vrouwen kenden bij leven ook andere personen die door zelfdoding om het leven zijn gekomen (65%).

Werk en financiële situatie

- Van de overleden personen had 33% zich langer dan vier weken ziekgemeld in het jaar voor het overlijden.
- In het jaar voor overlijden, had 30% moeite met rondkomen van het eigen (huishoud)inkomen. Vooral dertigers hadden financiële problemen (43%). Dit percentage is hoger dan het landelijke gemiddelde van 19% (18 plus).[4]

Geestelijke gezondheidszorg in het kort

Praten over mentale gezondheid en hulp zoeken

- Veel meer mannen (18%) dan vrouwen (8%) overleden *out-of-the-blue*. Het verschil was nog groter bij jongeren (respectievelijk 21% en 6%).
- Van de overleden personen had 44% zichzelf weleens opzettelijk pijn gedaan of verwond. Dit kwam vaker voor bij jongeren (61%) en dertigers (52%) en over het algemeen meer bij vrouwen (66%) dan mannen (31%).
- Van de overleden personen had 55% één of meerderen suïcidepogingen gedaan, vrouwen (71%) veel vaker dan mannen (46%).

Welzijn en zorg

- Van de overleden personen kreeg 42% gespecialiseerde zorg in de GGZ ten tijde van overlijden. Dit komt overeen met het landelijke gemiddelde van 40% van de suïcides die in beeld is bij de GGZ op moment van overlijden.[5]
- In de onderzoeksgroep ontving 54% een psychologische behandeling of andere vorm van therapie ten tijde van overlijden. Bij ongeveer vier op de vijf overledenen (79%) was er aandacht voor suïcidaliteit in deze behandeling.
- In de onderzoeksgroep had 70% van de overleden personen één of meerdere diagnose(s) voor psychische problemen, vrouwen (85%) veel vaker dan mannen (60%).
- In de groep met een diagnose voor psychische problemen was er bij 58% sprake van een depressieve stoornis, bij 26% een diagnose autismespectrumstoornis (voor jongeren 44%), bij 23% de diagnose PTSS en bij 22% een angststoornis vastgesteld.
- Van de overleden personen stond 20% op een (interne) wachtlijst voor behandeling in de GGZ.
- In de onderzoeksgroep had 30% ooit een euthanasiewens uitgesproken, vooral jonge vrouwen gaven dit aan (53%).
- Bij 30% van de overleden personen was de nabestaande betrokken bij de hulpverlening aan de overledene.

Patronen in kenmerken van de overleden personen

Jongeren en jongvolwassenen (tot 30 jaar)

In de interviews over de zelfdoding van jongeren en jongvolwassenen tot 30 jaar oud (28 overledenen) kwamen belangrijke patronen aan het licht. De patronen liggen deels in lijn met eerdere autopsiestudies en geven een indruk van de diverse behoeften aan zorg en ondersteuning voor deze jongeren en jongvolwassenen.

1. Problemen in de ontwikkeling en aansluiting
   Jongeren en jongvolwassenen met een diagnose van een ontwikkelingsstoornis, uitdagingen in het aanpassend vermogen en moeite met het ontwikkelen van diepgaande sociale contacten. Een deel van deze jongeren gebruikte overmatig alcohol en drugs, wat een mogelijke verklaring is voor het hoge percentage middelengebruik dat nabestaanden rapporteerden in de vragenlijst. De gebruikte middelen versterkten de negatieve gevoelens en zorgden voor het verslechteren van de situatie.
2. Depressieve denkbeelden
   Een groep van jongeren en jongvolwassenen, zowel vrouwen als mannen, met persistente depressieve cognities die zich een last voelden voor de omgeving. Deze jongeren isoleerden zichzelf steeds meer en sommigen vielen uit van hun school of studie. In de laatste maanden werd hun weerbaarheid geleidelijk minder en bij een aantal leek een ruzie met een naaste de laatste trigger.
3. Onverwachte zelfdodingen
   Jongeren en jongvolwassenen, vooral mannen, bij wie de zelfdoding (zeer) onverwachts kwam. Bij deze zelfdodingen stonden geslotenheid en verhulling centraal en speelden gevoelens van schaamte en masculiniteit een rol.
4. Verlies van perspectief en hoop
   Jongeren en jongvolwassenen, vooral vrouwen, met meerdere diagnoses voor psychiatrische stoornissen die intensieve zorg in de GGZ hadden ontvangen maar desondanks steeds verder verslechterden. Het sociale netwerk van deze groep jonge vrouwen bestond toenemend uit jongeren met psychische problematiek en suïcidaliteit.

Personen van middelbare leeftijd (40 tot 70 jaar)
In de interviews met nabestaanden over de zelfdoding van 36 personen van middelbare leeftijd kwamen twee belangrijke patronen naar voren:

1. Langdurig gevecht met psychische problematiek
   Personen van middelbare leeftijd, zowel mannen en vrouwen, bij wie er sprake was van een langdurig gevecht met psychische problematiek. Bij mannen was dit vaak de worsteling met een depressie, bij vrouwen speelde een onveilige of liefdeloze jeugd vaak een rol. Verder worden er voor veel mannen in dit patroon diverse verlieservaringen (bijv. verlies van een relatie) als impactvol beschreven. Deze subgroep komt overeen met een subtype van suïcidaliteit die door de Winter en collega's[6] wordt beschreven gebaseerd op suïcides in de klinische praktijk, namelijk het 'primair depressieve cognitie' subtype.

2. Psychologische onrust na een impactvolle levensgebeurtenis
   Mannen bij wie er sprake was van één of meerdere impactvolle levensgebeurtenissen die een sterke psychologische onrust, gekenmerkt door depressieve klachten, in gang zette. Deze impactvolle levensgebeurtenis vond voor al deze mannen niet langer dan twee jaar voor het overlijden plaats. Voorbeelden van deze levensgebeurtenissen waren een ontslag, het uitgaan van een relatie of in een enkel geval de beschuldiging van seksueel misbruik. Dit subtype lijkt overeen te komen met het '*psychological turmoil*' subtype.[6] In dit subtype staat de ervaring van een belangrijk verlies of klap voor het ego centraal, met reactieve depressieve gedachten ten gevolg.

Opvallende thema's

In de verdiepende interviews kwamen een aantal opvallende thema's naar voren.

- Voor jongeren en dertigers kan middelengebruik in verband worden gebracht met een slechte emotieregulatie. Het (extreme) misbruik van middelen leek vaak een copingstrategie, waardoor de onderliggende problemen niet zichtbaar werden voor de omgeving of de behandeling belemmerden. Jongeren zelf beschouwden het soms als zelfmedicatie.
- Voor de dertigers werd in de interviews een verdieping gegeven op de ervaren financiële problemen. Vaak kwamen deze voort uit een onvermogen om te werken door hun slechte mentale gezondheid. Daarnaast werden verslavingsgerelateerde kosten, impulsiviteit, studieschuld en kosten voor hypotheek of huur als belangrijk genoemd voor het ontstaan van de financiële problemen.
- Bij overleden jongeren was de besmetting van suïcidaal gedrag in een klinische setting opvallend. Waar de andere jongeren eerst een baken van herkenning en erkenning waren, werden de jongeren in toenemende mate blootgesteld aan voorbeelden van suïcidaal gedrag, en volgens nabestaanden had dit op den duur vooral een negatieve invloed.
- Sommige nabestaanden waren kritisch over de mate waarin ze betrokken werden bij de behandeling. Met name ouders van overleden kinderen voelden zich niet gehoord of hadden het idee dat hun zorgen niet serieus werden genomen.
- Middelbare vrouwen ervaarden moeilijkheden omtrent het moederschap, een eerdere zwangerschap of hormonale veranderingen. Er werd gesproken over een negatief zelfbeeld en schuldgevoelens over het niet zijn van een goede moeder, een postnatale depressie of de last die vrouwen ervaarden van overgangsklachten.
- Bij dertigers en personen van middelbare leeftijd, in het bijzonder bij vrouwen, werd regelmatig gesproken over realiteitsverlies, zoals een psychose, in de interviews. Bij een deel van de overledenen kon dit realiteitsverlies in verband worden gebracht met middelengebruik. Ook betekende voor een aantal een psychose het begin van de suïcidale gedachten en was deze psychose zeer impactvol voor de zelfdoding.
- Voor meer dan de helft van overleden personen van middelbare leeftijd werd in de interviews gesproken over slaapproblemen. Zo lukte het veel van hen niet om voldoende te slapen en ontvingen ze slaapmedicatie voor de slaapproblemen. Ook wordt in enkele gevallen gesproken over nachtmerries of juist opvallend veel slapen, ook overdag.

Conclusie
De onderzochte zelfdodingen hebben duidelijk meerdere oorzaken en laten een complex samenspel van factoren zien. De psychosociale autopsie levert een nieuwe bron van kennis op voor suïcidepreventie naast al bestaande bronnen in Nederland zoals de demografische data van het CBS en de CANS. De psychosociale autopsie biedt een unieke combinatie van data uit vragenlijsten en interviews om het verhaal achter de zelfdoding beter te begrijpen. De grote aantallen zelfdodingen die deze databank heeft maken het mogelijk om toe te werken naar een landelijke monitor. Om impact te maken op suïcidepreventie in Nederland, vertaalt een multidisciplinaire expertraad de belangrijkste bevindingen naar aanbevelingen voor de praktijk en het beleid in het sociaal domein en geestelijke gezondheidszorg. Dit onderzoek gaat over het naastenperspectief en beschrijft één kant van de medaille. Het perspectief van behandelaren ontbreekt en een lerend systeem is nodig om te kunnen leren van casussen in de GGZ.

1.2. Aanbevelingen

Om zoveel mogelijk impact te maken op suïcidepreventie in Nederland, vertaalt een multidisciplinaire expertraad de bevindingen naar aanbevelingen voor de praktijk en het beleid. Deze expertraad bestaat uit 15 actieve leden vanuit onder meer de geestelijke gezondheidszorg, het sociaal domein, de universiteiten, gemeenten, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, naasten en ervaringsdeskundigen. De aanbevelingen zijn gestructureerd aan de hand van het Australische LifeSpan model. Het model is in vier regio's in Australië onderzocht en de eerste uitkomsten voor het verminderen van suïcidepogingen zijn veelbelovend.[7,8] Dit theoretische raamwerk helpt ons om de relatie tussen de belangrijkste bevindingen en benodigde preventieve aanpak duidelijker te beschrijven.

Bron: Black Dog Institute

Figuur 1. *Het LifeSpan model voor suïcidepreventie*

1. De gemeenschap trainen en het taboe doorbreken

- Meer dan de helft van de overleden jonge vrouwen (60%) kende iemand die was overleden door zelfdoding. Vier van de 28 overleden jongeren waren betrokken in een suïcide pact.
  - Als er suïcidaliteit bij iemand is gesignaleerd, voer dan **niet alleen gesprekken met de suïcidale persoon zelf maar ook met de vrienden en vriendinnen eromheen**. Dit geldt specifiek voor scholen en universiteiten, maar ook voor sportaccommodaties, werkomgeving, kroegen.

- Voor 83% van de overleden personen werd gerapporteerd dat zij zich eenzaam voelde ten tijde van overlijden. In de interviews werd duidelijk dat een gebrek aan verbinding ervaring vaak een terugkerend thema was in de levensloop van overleden jongeren.
  - Het **inzetten van de gemeenschap** met als doel het creëren van ergens bij te horen, zingeving en een gevoel van waarde te zijn voor anderen. In andere landen, zoals Italië, zijn hier goede voorbeelden van. In plaats van medicalisering en crisiszorg die vooral in ziekenhuizen plaatsvond, vindt de psychische hulp nu vooral plaats in kleinschaliger centra in gemeenschappen zelf.[8]
  - Agendeer **eenzaamheid als publiek mentaal gezondheidsprobleem**, waarvoor een aparte onderzoeks- en ontwikkelagenda nodig is. Er is een hoge mate van eenzaamheid in deze groep, bijvoorbeeld onder dertigers na het verbreken van een relatie of de eenzaamheid binnen een chronische depressie.
  - **Stimuleer open communicatie over psychisch welzijn**, zowel binnen families als in de samenleving, om signalen van innerlijke worsteling eerder herkenbaar te maken.

2. Onderwijs, veerkracht en mentale gezondheid

- Veel meer mannen (18%) dan vrouwen (8%) overleden *out-of-the-blue*. Het verschil was nog groter bij jongeren (respectievelijk 21% en 6%).
  - Zet extra in op (door)ontwikkeling van projecten die gericht zijn op het **gesprek over mentale gezondheid en -problemen bij jongens**
  - Bied vooral bij jongens **alternatieve manieren** aan om met emotionele knelpunten en sombere gedachten om te gaan. Bijvoorbeeld *beweging en sport* als middel om gesprekken op een informele en vertrouwelijke manier te faciliteren in plaats van groepsgesprekken waarin 'praten over problemen' op de voorgrond staat.[9]
  - Zet de campagnes van 113 voort om met influencers het taboe op praten over zelfdoding te doorbreken in de leefwereld van jonge mannen.
  - Ouders kunnen gebaat zijn bij training om beter te weten wat ze thuis zelf kunnen doen en hoe ze thuis beter kunnen praten. Een aantal ouders gaven aan dat ze de **VraagMaar-training** na de zelfdoding van hun kind leerden kennen en daar heel veel aan gehad zouden hebben in de omgang met hun kind.

- Het sociale netwerk van een groep jonge overleden vrouwen bestond toenemend uit jongeren met psychische problematiek en suïcidaliteit. Bij sommige overleden jonge mannen stonden geslotenheid en verhulling centraal en speelden gevoelens van schaamte en masculiniteit een rol.
  - Creëer in de leefwereld van jongeren meer ruimte voor **offline sociale interacties**, om sociale vaardigheden en emotionele openheid te versterken.
  - Bied op school een **veilige omgeving** aan waarin jongeren fouten kunnen maken zonder blijvende consequenties, zodat de drempel om later hulp te zoeken of gevoelens te delen verlaagd blijft.
  - Organiseer **interactieve ouderavonden** met psycho-educatie over depressie en suïcidaliteit, gekoppeld aan bredere thema's die ouders aanspreken, zoals 'Gezondheid en welzijn van jongeren' of 'Ondersteuning bij opvoeding'.

- 44% van de overleden jongeren met een diagnose had een autismespectrumstoornis. Deze jongeren hadden moeite om zich aan te passen en diepgaande sociale contacten te ontwikkelen, en voelden zich al vanaf een zeer jonge leeftijd niet op hun plaats. Een deel van deze jongeren misbruikte middelen waardoor de negatieve gevoelens versterkt werden en de situatie verslechterde. In de interviews werd beschreven hoe zij het meest kwetsbaar waren tijdens sociaalmaatschappelijke transities, waaronder van de basisschool naar het middelbaar onderwijs en van het middelbaar onderwijs naar vervolgonderwijs, en aan het begin van hun carrière.
  - Bied **laagdrempelige en toegankelijke begeleiding aan jongeren**, met name met een Autisme Spectrum Stoornis (ASS), die de transitie maken van middelbare scholier naar uitwonende student. Deze begeleiding kan op scholen plaatsvinden en zich richten op het versterken van zelfredzaamheid, aangaan van sociale contacten en een gezonde emotieregulatie.

3. Lokale netwerken

- Veel van de jongeren die zijn overleden door zelfdoding, waren kinderen van ouders met psychische problemen of verslaving (KOPP-kinderen en KOV-kinderen). In andere gevallen waren het broers of zussen die een psychisch probleem hadden. Concreet hield dit in dat naasten onvoldoende steun konden bieden aan de jongeren, omdat hun belastbaarheid beperkt was. Deze naasten hadden graag meer hulp gehad om zelf beter steun te kunnen bieden.
  - **KOPP-kinderen verdienen meer structurele aandacht** en een vertrouwenspersoon dichtbij waar kinderen bij terecht kunnen voor emotionele steun, zoals de JIM-aanpak of inloophuizen (www.jimwerkt.nl) in gemeenten in Nederland. Ouders kunnen beter geholpen worden door gerichte ondersteuning zoals de **KopOp ouders (www.kopopouders.nl)**.

- Drie op de tien overledenen had in het jaar voor het overlijden moeite met rondkomen van het eigen (huishoud) inkomen. Ruim vier op de tien (43%) overleden dertigers hadden financiële problemen.
  - Organiseer in de regio gerichte training en intervisie voor professionals die werken met **mensen in financiële problemen**, gericht op het herkennen van mentale gezondheidsproblemen en het bieden van concrete handelingsopties. Tegelijkertijd moeten hulpverleners continu gestimuleerd worden om actief te vragen naar en door te verwijzen naar financiële hulpverlening.

4. Evidence based eerstelijns- en specialistische zorg

- Uit het onderzoek blijkt dat slechts 30% van de nabestaanden die aan het onderzoek deelnamen betrokken waren bij de hulpverlening van de overleden persoon. Met name ouders van overleden kinderen voelden zich vaak niet gehoord of hadden het idee dat hun zorgen niet serieus werden genomen. Hoewel het hier kan gaan om een subjectieve ervaring moeten we dit als veld serieus nemen.
  - Verbeter de **samenwerking met naasten** in de GGZ door bij de start van de behandeling een naastenplan op te stellen. Leg hierin de verwachtingen van alle partijen vast, en verken in samenspraak de belastbaarheid van de naasten.
  - Definieer met experts en ervaringsdeskundigen, gestaafd aan onderzoek, wat **"voldoende" betrokkenheid** betekent. Als een patiënt geen naasten wil betrekken, onderzoek dan de onderliggende redenen en zoek door totdat een geschikt persoon wordt gevonden die de patiënt accepteert.
  - Bespreek de rol van **privacywetgeving actief met de jongere**: dat het belangrijk is dat ouders/verzorgers meer weten om beter te kunnen helpen thuis.
  - Dit onderzoek gaat over het naastenperspectief en beschrijft één kant van de medaille. Het **perspectief van behandelaren** ontbreekt en een lerend systeem, zoals **Harmony,** ontwikkeld vanuit Supranet GGZ, is nodig om te kunnen leren van casussen in de GGZ.

- Van de overleden personen kreeg 42% gespecialiseerde zorg (GGZ) ten tijde van overlijden en stond 20% op een (interne) wachtlijst voor behandeling in de GGZ.
  - **Verkort wachttijden** door bij aanmelding een systematische screening uit te voeren en zorg ervoor dat patiënten met urgente hulpbehoeften op een spoedlijst terecht komen. Zorg daarnaast voor **laagdrempelige, snellere ondersteuning en passende overbruggingszorg voor wachtenden**. Financiering is nodig om deze voorzieningen structureel te verbeteren en te waarborgen.
  - **Waarborg continuïteit van zorg**, aangezien deze vaak voortkomt uit de therapeutische relatie. **Wees terughoudend met directe doorverwijzing** naar specialistische centra bij suïcidale uitingen en overweeg alternatieven binnen de bestaande behandelrelatie om vertrouwen en stabiliteit te behouden.
  - Vestig aandacht op de **Toolkit van 113 Zelfmoordpreventie**. Mensen met suïcidaliteit worden vaak doorverwezen vanuit de eerstelijnszorg naar de gespecialiseerde zorg omdat hulpverleners niet weten wat ze moeten doen.

- Uit de vragenlijst bleek dat 70% minstens één diagnose had gekregen voor een psychiatrische stoornis. In de interviews werd duidelijk dat comorbiditeit regelmatig leidde tot contra-indicaties in de zorg. Door deze complexe zorgvraag kon een groep personen met een intensieve zorgvraag moeilijk passende zorg vinden.
  - Draag zorg voor een **helder behandelperspectief bij personen met meerdere psychiatrische stoornissen**. Verbeter de continuïteit van zorg bij comorbiditeit.

- Bij overleden jongeren was de overdracht van suïcidale gedachten en gedrag in een klinische setting opvallend. Het betrof het parallel ontstaan van een netwerk van lotgenoten en het wegvallen van het netwerk buiten de klinische context.
  - **Besteed meer aandacht aan ongezonde netwerken** (zowel offline als online) die interfereren met de behandeling, bijvoorbeeld als onderdeel van het veiligheidsplan voor suïcidaliteit. Steun zoveel mogelijk de intenties en inspanningen van cliënten om contact met vrienden en familie buiten de klinische setting te onderhouden.

- De risicofactoren die in kaart zijn gebracht verschilden sterk per overleden persoon, en in de interviews kwamen patronen en thema's naar voren die verschillende differentiaties van suïcidaal gedrag lieten zien.
  - Preventie kan beter worden **afgestemd op behoeften aan zorg en ondersteuning**. Kijk breed naar de hulpvragen van mensen en besteed meer aandacht aan de verschillende routes naar suïcidaliteit. Er is een **geïntegreerde, persoonsgerichte benadering** nodig waarin zowel psychiatrische als psychosociale factoren (zoals schulden, financiële stress, scheiding of baanverlies) worden overwogen. Niet alles kan of hoeft door een GGZ-professional te worden opgepakt.
  - Draag altijd zorg voor een **warme overdracht en goede samenwerking met passende hulpverleners in het psychosociaal domein**, zoals maatschappelijk werk of schuldhulpverlening, om langdurige ondersteuning te waarborgen.

- Van de overleden personen had 30% ooit een euthanasiewens uitgesproken. Vooral jonge vrouwen gaven dit aan (53%). Veel euthanasiewensen kwamen aan bod na een lang traject in de geestelijke gezondheidszorg, waarbij zij steeds minder vertrouwen hadden in hun eigen herstel.
  - Zet **meer ervaringsdeskundigen in binnen de GGZ**, met speciale aandacht voor jongeren die van de ene behandeling naar de andere behandeling gaan en daarbij perspectief verliezen. Ervaringsdeskundigen kunnen een brug slaan tussen zorgverleners en patiënten, bijdragen aan herstelgericht werken en helpen bij het hervinden van hoop en perspectief.

- Jongeren en dertigers gebruikten vaak drugs in de zes maanden voor het overlijden (50% van de dertigers gebruikten softdrugs en 31% harddrugs). Slaapproblemen kwamen vaak voor bij mensen van middelbare leeftijd. Bij vrouwen werden hormonale veranderingen meermaals genoemd als belangrijk in de aanloop naar de zelfdoding.
  - Implementeer **vroegsignalering in het huisartsregistratiesysteem,** zoals een geautomatiseerde pop-up die verschijnt bij een specifieke combinatie van klachten die mogelijk wijzen op suïcidaliteit (bijvoorbeeld slapeloosheid in combinatie met gevoelens van hopeloosheid). Dit zorgt ervoor dat huisartsen systematischer het gesprek aangaan over suïcidale gedachten.

5. Zorg na een suïcidepoging

- In de onderzoeksgroep had 55% van de overledenen eens of vaker een suïcidepoging gedaan, vrouwen (71%) veel vaker dan mannen (46%). In de interviews werd duidelijk dat er negatieve ervaringen waren met de kwaliteit van zorg na een suïcidepoging.
  - Laat iemand na een suïcidepoging niet naar huis gaan zonder een **besproken en vastgelegd veiligheidsplan**. Betrek naasten bij een nazorgplan, waarin wordt bepaald wie de persoon kan ondersteunen na ingrijpende gebeurtenissen zoals een scheiding, ontslag of faillissement.
  - Onderzoek met gedegen wetenschappelijk onderzoek de effectiviteit van Sumona (www.sumona.nl) of een vergelijkbare aanpak waarbij een **casemanager wordt toegewijd na een suïcidepoging,** met als doel om personen die een suïcidepoging doen beter in beeld te houden en proactieve follow-up te waarborgen.

2. Inleiding

2.1. De psychosociale autopsie

Elk jaar overlijden ongeveer 1850 Nederlanders door zelfdoding. Dat zijn er gemiddeld 5 per dag. De laatste jaren is het zelfdodingscijfer stabiel met 10,4 zelfdodingen per 100.000 inwoners.[11] Kenmerkend voor suïcide is de diversiteit en veelvoud van risicofactoren, waaronder biologische, psychologische, sociale- en omgevingsfactoren.[12–15] Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat suïcidepreventieprogramma's vooral effectief zijn als verschillende maatregelen tegelijkertijd op verschillende niveaus worden ingezet.[12,16]

Vanuit de Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021-2025 heeft 113 Zelfmoordpreventie de opdracht gekregen om standaard verdiepend onderzoek te doen naar zelfdoding in Nederland. Door cijfers van het CBS en de CANS is bekend hoeveel mensen jaarlijks overlijden door zelfdoding. Het verhaal achter de zelfdoding is echter onbekend. Daarom willen we met de psychosociale autopsie leren van de verhalen van nabestaanden om meer kennis te krijgen over zelfdodingen in Nederland. Deze ervaringen helpen ons om beter inzicht te krijgen in hoe en op welke momenten we kunnen uitreiken naar mensen met suïcidaliteit, en welke beschermende maatregelen we als maatschappij kunnen treffen zodat mensen niet eenzaam en radeloos sterven door zelfdoding. Het onderzoek verrijkt daarmee de kennis die vanuit de CBS-data beschikbaar is over sociaal-demografische kenmerken van zelfdodingen in Nederland.[17]

In Nederland worden al veel preventieve maatregelen genomen om het aantal suïcides terug te dringen, bijvoorbeeld door de kwaliteit van behandeling binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) te verbeteren.[18] Daarnaast zijn preventieve maatregelen binnen het sociaal domein belangrijk, bijvoorbeeld publiekscampagnes die het praten over zelfdoding verminderen of het vroegtijdig signaleren en behandelen van depressieve klachten en suïcidale gedachten op middelbare scholen. Binnen de psychosociale autopsie streven we ernaar om bevindingen jaarlijks te vertalen - samen met o.a. ervaringsdeskundigen, experts uit de praktijk en van verschillende universiteiten - naar aanbevelingen voor professionals en beleidsmakers.[20] Ook de politiek wordt met behulp van de uitkomsten actief benaderd om aandacht te vragen voor veranderingen die nodig zijn.

2.2. Aantal zelfdodingen

Dit onderzoek is onderdeel van het platform 'Samen Leren, Minder Suïcide' van 113 Zelfmoordpreventie. Dit platform brengt de ervaringen van nabestaanden en professionals bij elkaar om van te leren. Sinds de lancering in februari 2023 kan elke nabestaande van zelfdoding in Nederland online een vragenlijst invullen over de gezondheid, sociale omgeving, het zorggebruik en andere kenmerken van de overleden persoon. Daarnaast nodigen we nabestaanden van recente zelfdodingen uit om deel te nemen aan een interview, waarin we dieper ingaan op de factoren die samenhangen met de zelfdoding en de laatste periode voor het overlijden.

In februari 2024 publiceerde 113 Zelfmoordpreventie de eerste uitkomsten van de psychosociale autopsie door middel van een factsheet over 110 suïcides. Daarnaast formuleerde de multidisciplinaire expertraad een top 10 van aanbevelingen om aanknopingspunten te bieden voor kansrijke suïcidepreventiemaatregelen. Twee jaar na de lancering van het platform, in februari 2025, bevat de database van de psychosociale autopsie 950 ingevulde vragenlijsten, waarvan 433 recente zelfdodingen betreft. Daarnaast zijn 210 nabestaanden van recente suïcides bereid om een interview te geven en voerden we tot op heden 184 interviews uit. Er doen sinds de start van het onderzoek steeds meer mensen mee die recent iemand verloren zijn door zelfdoding (zie **Figuur 2**).

Figuur 2. *Aantal suïcides waarover door nabestaanden een vragenlijst is ingevuld per jaar van overlijden (2015-2024)*

2.3. Doel en onderzoeksvragen

Deze rapportage heeft drie doelstellingen:

1. Inzicht bieden in belangrijke risicofactoren van recente zelfdodingen in Nederland;
2. Inzicht bieden in patronen, terugkerende en nieuwe thema's in de laatste periode voor het overlijden door zelfdoding;
3. Deze inzichten vertalen naar aanbevelingen voor preventieprogramma's, bestaande en nieuwe interventies en acties voor beleid.

De volgende onderzoeksvragen zullen worden beantwoord, allen vanuit het perspectief van nabestaanden:

1. Welke factoren op het gebied van onderwijs, werk, financiële situatie, sociale omgeving, praten over mentale gezondheid, hulp zoeken, welzijn en zorg waren van invloed op recente zelfdodingen?
2. Welke patronen/welk samenspel tussen risicofactoren en thema's waren van invloed op recente zelfdodingen?
3. Welke leerpunten zijn er op basis van de verslagen van nabestaanden voor het sociaal domein en de GGZ en welke behoeften aan hulp en ondersteuning zijn belangrijk bij suïcidaliteit?

We maken in deze rapportage een onderverdeling in twee belangrijke risicogroepen, jongeren tot 30 jaar en mensen van middelbare leeftijd. Nieuw in deze rapportage is de leeftijdsgroep van dertigers. De groep senioren (70+) komt in de rapportage van 2026 aan bod.

3. De methode

3.1. Werving nabestaanden

Nabestaanden worden via verschillende routes geïnformeerd over het onderzoek, waarna zij zich uit eigen beweging kunnen aanmelden. Ten eerste is er een brochure ontwikkeld voor nabestaanden van zelfdoding. Deze brochure bevat informatie over rouw, praktische tips voor wat er op je af kan komen als je iemand verliest door zelfdoding, en bevat informatie over wat je met jouw verhaal kunt betekenen voor preventie. Op dit moment wordt de brochure uitgedeeld door forensisch artsen en huisartsen, Slachtofferhulp Nederland en familieagenten. Het doel is om de brochure verder te integreren in standaard nazorg, zodat alle nabestaanden van zelfdoding de brochure ontvangen.

Figuur 3. *Brochure voor nabestaanden van zelfdoding*

Een tweede route waarlangs nabestaanden worden geïnformeerd is via nabestaandenorganisaties. 113 Zelfmoordpreventie is lid van de Coalitie Nabestaandenzorg na Suïcide. Bij deze coalitie zijn verschillende organisaties voor nabestaandenbelangen aangesloten, zoals de Yvonne van de Ven Stichting, de Rogier Hulst Foundation en Stichting Aurora. Vanuit de coalitie is het platform Steun na Zelfdoding ontwikkeld, waarop de psychosociale autopsie wordt uitgelicht.

Tot slot worden nabestaanden geïnformeerd over het onderzoek via de sociale mediakanalen van 113 Zelfmoordpreventie. Uit onze uitvraag blijkt dat de meeste nabestaanden via sociale media bij het onderzoek terecht zijn gekomen.

Figuur 4. *Aanmeldroutes nabestaanden*

3.2. Vragenlijsten en interviews

Nabestaanden die zich aanmelden voor het onderzoek vullen een online vragenlijst in. De vragenlijst start met open vragen over de aanleiding van de zelfdoding, zodat nabestaanden goed hun perspectief kunnen delen. Daarna volgen meerkeuzevragen over verschillende risicofactoren van zelfdoding, zoals lichamelijke en mentale gezondheid, ingrijpende gebeurtenissen, zorg, alcohol en drugs, werk en financiën, sociale omgeving, gender en seksuele voorkeur. Deze vragen zijn gebaseerd op eerdere psychologische autopsiestudies van 113 Zelfmoordpreventie, VLESP en Psychotrauma Expert Groep ARQ, en op standaardvraagstellingen uit de Gezondheidsmonitor 2022 van GGD-en.[14,21–23]

In de vragenlijst kunnen nabestaanden aangeven dat zij benaderd mogen worden voor een verdiepend interview en dat dit interview wordt opgenomen. In dit semigestructureerde interview stellen de onderzoekers vragen over de laatste maanden in het leven van de overledene, specifiek over hun gedrag en stemming, over de voorbereiding van de zelfdoding en de omstandigheden van het overlijden. Dit interviewinstrument is ontwikkeld door 113 Zelfmoordpreventie in samenwerking met experts op het gebied van suïcidepreventie en de psychosociale autopsie.[14,20,24,25]

De meeste deelnemers aan het vragenlijstonderzoek waren ouders van een overleden kind. Gemiddeld zaten er bij de groep van deelnemers met een recente zelfdoding 478 dagen (een jaar en drie maanden) tussen de zelfdoding en deelname aan het onderzoek.

Figuur 5. *Relatie deelnemers tot de overledenen*
De percentages in deze tabel tellen niet precies op tot 100% vanwege het afronden van de getallen

3.3. Data-analyse

De psychosociale autopsie levert een databank van suïcides in Nederland op. Deze worden geanalyseerd door een onderzoeksteam van 113 Zelfmoordpreventie. Allereerst worden beschrijvende analyses gedaan met de vragenlijstdata om te bepalen hoe representatief de onderzoeksgroep is ten opzichte van het totaal aantal suïcides (op basis van sociaal-demografische kenmerken, zoals geslacht, leeftijd, woonsituatie, etniciteit en opleidingsniveau). Daarna wordt berekend hoe vaak een bepaalde risicofactor uit een domein voorkomt. Bijvoorbeeld, bij welk percentage van de overleden personen er sprake was van suïcidaal gedrag in de voorgeschiedenis, financiële problemen, relationele problemen, imitatie-effecten, gepest worden via internet, alcoholmisbruik of ‘op de wachtlijst staan’ voor de GGZ. Omdat nabestaanden de vragenlijst invullen is bij veel vragen het antwoord ‘weet ik niet’ toegevoegd aan de antwoordopties. Voor de berekening van percentages worden deze ‘weet ik niet’ antwoorden als missende waarden beschouwd. In de tabellen en figuren presenteren we uitsplitsingen naar leeftijd en geslacht en in de tekst worden opmerkelijke verschillen beschreven. Wegens privacyredenen worden aantallen kleiner dan 5 niet gepresenteerd in de tabellen. De onderzoekers van 113 werken op het moment aan een dashboard om de belangrijkste kenmerken van overleden personen door zelfdoding altijd in real-time beschikbaar te hebben.

De interviews worden kwalitatief geanalyseerd. Hiervoor werken de onderzoekers met nieuwe technologie op het gebied van kunstmatige intelligentie, namelijk lokaal geïnstalleerde taalmodellen (Large Language Models).[26] De interviews worden eerst door een taalmodel, Whisper.ai, getranscribeerd. Deze gegenereerde transcripten worden handmatig gecontroleerd door de onderzoekers op fouten. Vervolgens worden de gecontroleerde transcripten door een ander, geavanceerd taalmodel *gecodeerd.* Dat betekent dat fragmenten in de transcripten gelabeld worden aan de hand van vooraf bepaalde thema's. Tot slot wordt de data nog handmatig inductief gecodeerd. De onderzoekers scannen de transcripten op thema's die nog niet door het taalmodel zijn ontdekt.

De gelabelde data worden door het taalmodel in een grote, gestructureerde database gezet. De onderzoekers markeren thema's die opvallen in de data. Een thema is een door respondenten aangedragen onderwerp dat meermaals terugkeert in de interviews, zoals bijvoorbeeld financiële problemen bij overleden personen tussen de 30 en 40 jaar oud. Vervolgens detecteren de onderzoekers patronen door kenmerken uit de vragenlijst en de gevonden thema's te vergelijken tussen de casussen. Met een patroon bedoelen we een combinatie van sociaal-demografische of psychosociale kenmerken en waargenomen thema's, die een subgroep onderscheidt van andere overleden personen. Hiervoor voeren de onderzoekers een 'axiale vergelijking' uit. Dit houdt in dat ze op zoek gaan naar overeenkomsten en verschillen langs verschillende assen. Zij vergelijken de gevonden thema's tussen individuele casussen, of subgroepen van meerdere cas ussen (bijvoorbeeld jonge mannen). Op die manier kunnen er subgroepen naar voren komen die meerdere kenmerken met elkaar delen.

3.4 Multidisciplinaire expertraad

Om zoveel mogelijk impact te maken op suïcidepreventie in Nederland, vertaalt een multidisciplinaire expertraad de bevindingen naar aanbevelingen voor de praktijk en het beleid. Deze expertraad bestaat uit 13 actieve leden vanuit onder meer de geestelijke gezondheidszorg, het sociaal domein, de universitaire medische centra, gemeenten, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, naasten en ervaringsdeskundigen. Deze rapportage is in samenwerking met deze experts geschreven. Zij hebben de aanbevelingen voor preventie als onafhankelijk raadgevend orgaan geformuleerd.

Expertise vanuit de zorg
Frits Boer: Emeritus-hoogleraar Kinder & Jeugdpsychiatrie Amsterdam UMC
Arne Popma: Psychiater en Hoogleraar, Afdelingshoofd Psychiatrie Amsterdam UMC
Daan Creemers: Hoogleraar Radboud Universiteit, Klinisch Psycholoog/hoofd wetenschappelijk onderzoek Depressie Expertise Centrum Jeugd GGZ Oost-Brabant en lid Raad van Bestuur Koraal
Erik J. Giltay: Volwassenen Psychiater, Epidemioloog en Senior Onderzoeker LUMC Didi Rhebergen: Senior coschap examinator Amsterdam UMC, locatie VUmc. Plaatsvervangend opleider, ouderenpsychiater, senior onderzoeker GGZ Centraal
Margreke El Bouazzati: GZ-psycholoog i.o. Specialist & Relatie- en Gezinstherapeut, ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum Expertise vanuit naasten/ervaringsdeskundigen

Antwan Wiersma: Stichting Aurora en nabestaandencoalitie
Jonneke Raijer: Ervaringsdeskundige jongeren Yes We Can Clinics
Elmer Kloppenburg: Ervaringsdeskundige volwassenen

Expertise buiten de zorg
Renske Gilissen: Hoofd onderzoek 113 Zelfmoordpreventie, hoogleraar Leiden Universiteit
Diana van Bergen: Adjunct Hoogleraar pedagogiek, Rijksuniversiteit Groningen
Inger Plaisier: Senior wetenschappelijk medewerker Sociaal en Cultureel Planbureau
Marianne Oltman: Senior Inspecteur, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Ragnhild Davidse: Afdelingshoofd Gedrag in het verkeer, Projectmanager diepteonderzoek verkeersongevallen SWOV – Instituut voor Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid

4. Onderzoeksgroep en representativiteit

4.1 Onderzoeksgroep

In de psychosociale autopsie hebben we 433 *recente* zelfdodingen onderzocht. In het huidige rapport beschouwen we een zelfdoding als recent als deze plaatsvond in de afgelopen vijf kalenderjaren (2020-2024). In **figuur 6** wordt op de kaart van Nederland weergegeven hoeveel zelfdodingen wij hebben onderzocht in de verschillende provincies. Nota bene: van de 433 recente zelfdodingen hebben wij 414 zelfdodingen meegenomen in de analyses. De groep van 16 overleden personen van 70 jaar en ouder was namelijk te klein om tot betrouwbare resultaten te komen, maar zij zijn wel meegenomen in dit demografisch overzicht.

Onderzochte zelfdodingen per provincie

Figuur 6. *Regionale spreiding van onderzochte cases*

Om de representativiteit van de onderzoeksgroep na te gaan, wordt een aantal belangrijke demografische kenmerken vergeleken met het totaal aantal zelfdodingen in dezelfde periode op basis van de microdata van het CBS.[27] In **tabel 2** worden deze sociaal-demografische kenmerken weergegeven.

Tabel 2. *Demografische kenmerken van de onderzoeksgroep (2020-2024, n=433) in vergelijking met een representatieve steekproef van de CBS-data (2021-2023, n=5640)*

	PSA onderzoeksgroep (2020-2024)(n=433)				CBS-data (2021-2023) (n=5640)		
	n	%	%**		n	%	%**
Gender							
Man	280	65%	65%		3914	69%	69%
Vrouw	143	33%	33%		1726	31%	31%
Anders[a]	10	2%	2%		0	0%	0%
Onbekend	0	0%			0	0%	
Leeftijd							
10-20	54	12%	13%		177	3%	3%
20-30	118	27%	27%		704	12%	12%
30-40	77	18%	18%		763	14%	14%
40-50	60	14%	14%		780	14%	14%
50-60	60	14%	14%		1251	22%	22%
60-70	45	10%	10%		953	17%	17%
>70	16	4%	4%		1012	18%	18%
Onbekend	3	1%	1%		0	0%	
Migratieachtergrond							
Nederlands	367	85%	88%		4517	80%	80%
Migratieachtergrond	48	11%	12%		1123	20%	20%
Migrant	16	4%	4%		642	11%	11%
Kind van migrant	32	7%	8%		481	9%	9%
Onbekend	18	4%			0	0%	0%
Burgerlijke staat							
Single, nooit getrouwd	250	58%	60%		2718	48%	48%
Gehuwd, samenwonend	114	26%	27%		1484	26%	26%
Gescheiden, gescheiden levend	49	11%	12%		992	18%	18%
Verweduwd	6	1%	1%		446	8%	8%
Onbekend	14	3%			0	0%	
Huishoudsamenstelling							
Alleen zonder kinderen	162	37%	38%		2714	48%	49%
Alleen met kinderen	35	8%	8%		198	4%	4%
Stel zonder kinderen	76	18%	18%		1234	22%	22%
Stel met kinderen	20	5%	5%		722	13%	13%
Kind bij ouders	85	20%	20%		502	9%	9%
Anders, bijvoorbeeld psychiatrisch ziekenhuis	52	12%	12%		190	3%	3%
Onbekend	3	1%			80	1%	

Opleidingsniveau							
Laag	117	27%	30%		1141	20%	31%
Midden	177	41%	45%		1556	28%	43%
Hoog	100	23%	25%		953	17%	26%
Onbekend	39	9%			1990	35%	
Methode van zelfdoding							
Verhanging, verwurging	188	43%	45%		2607	46%	46%
Vergiftiging	78	18%	19%		1236	22%	22%
Zelfdoding op het spoor	78	18%	19%		590	10%	10%
Van hoogte springen	28	6%	7%		461	8%	8%
Verdrinking	12	3%	3%		295	5%	5%
Anders, bijvoorbeeld met een (vuur) wapen	33	8%	8%		451	8%	8%
Onbekend	16	4%			0	0%	
Woonplaats							
Noord-Brabant	81	19%	19%		913	16%	16%
Zuid-Holland	70	16%	17%		1068	19%	19%
Noord-Holland	61	14%	14%		908	16%	16%
Gelderland	58	13%	14%		679	12%	12%
Utrecht	36	8%	9%		388	7%	7%
Overijssel	28	6%	7%		391	7%	7%
Friesland	23	5%	5%		246	4%	4%
Groningen	23	5%	5%		245	4%	4%
Drenthe	18	4%	4%		160	3%	3%
Limburg	11	3%	3%		380	7%	7%
Flevoland	8	2%	2%		106	2%	2%
Zeeland	6	1%	1%		141	3%	3%
Onbekend	10	2%			15	0.3%	

[a] Onder genderidentiteit ‘anders’ vallen alle personen die niet cisgender waren, waaronder hoofdzakelijk non-binaire personen en transgender personen waren. CBS vraagt geslacht uit.
** Percentage zonder onbekend

4.2 Representativiteit

De onderzoeksgroep is representatief voor de kenmerken geslacht, methode van zelfdoding, en redelijk representatief voor opleidingsniveau, de burgerlijke staat en de regio van de zelfdoding. Tegelijkertijd zijn er in de onderzoeksgroep relatief meer suïcides van jonge mensen, waardoor vaker een huishoudsamenstelling ‘kind bij ouders’ voorkomt. Verder valt op dat er veel minder overleden personen zijn van 70 jaar en ouder, en in het verlengde daarvan minder vaak verweduwde personen, en minder mensen met een migratieachtergrond. Daarom presenteren we de gegevens van senioren nog niet totdat we grotere, meer representatieve aantallen hebben. Er wordt gewerkt aan een grotere deelname van nabestaanden van groepen die momenteel slecht bereikt worden.

Wanneer we de representativiteit binnen de subgroepen bekijken van jongeren, dertigers en personen van middelbare leeftijd, zien we dat deze behoorlijk goed is. Deze tabellen zijn bijgevoegd in de bijlage (**Bijlage B, tabel 1a, 1b, 1c**). Vooral onder jongeren is er een ondervertegenwoordiging van overledenen met een niet-Nederlandse achtergrond in de psychosociale autopsie, en daarnaast valt op dat minder jongeren in de onderzoeksgroep op zichzelf woonden, en vaker in een ‘andere’ huishoudsamenstelling woonden dan op basis van de CBS-data.

Hieronder valt bijvoorbeeld opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Het is denkbaar dat respondenten opname in een psychiatrisch ziekenhuis invullen als iemand kortdurend opgenomen was, waar het CBS dit niet als zodanig zou registreren. In de groep dertigers hadden we weinig mensen met een migratieachtergrond, en minder mensen met een laag opleidingsniveau. De groep personen van middelbare leeftijd was de grootste groep, en was op vrijwel alle demografische kenmerken vergelijkbaar met de gegevens van het CBS over deze groep. Over burgerlijke staat kunnen we echter geen uitspraken doen omdat er een belangrijke groep gecensureerd is (gescheiden, gescheiden levend) omwille van de herleidbaarheid van de laatste categorie (verweduwd).

5. Resultaten

In dit hoofdstuk beschrijven we de resultaten van recente suïcides uit de database van de psychosociale autopsie. De resultaten zijn onderverdeeld in drie onderzoeksvragen die beantwoord worden voor drie verschillende leeftijdsgroepen. Onderzoeksvraag 1 wordt beantwoord door actuele risicofactoren uit de vragenlijsten te presenteren, die wordt ingevuld door directe nabestaanden van de overleden personen (n=433). Omdat de groep senioren (70 jaar en ouder) te klein is (n=16) rapporteren we alleen over personen onder de 70 jaar oud waarvan de leeftijd bekend is (n=414). Specifieker wordt voor de vragenlijst gerapporteerd over 172 jongeren, 76 dertigers en 166 personen van middelbare leeftijd (zie **tabel 3** voor de gender verdeling binnen de leeftijdsgroepen).

Tabel 3. *De genderverdeling binnen de leeftijdsgroepen*

	Jongeren	Dertigers	Middelbare leeftijd
Man	94	50	124
Vrouw	68	26	42
Anders[a]	10	-	-
Totaal	172	76	166

[a]Onder genderidentiteit 'anders' vallen alle personen die niet cisgender waren, waaronder hoofdzakelijk non-binaire personen en transgender personen waren.

Onderzoeksvraag 2 en 3 worden beantwoord op basis van de interviews met directe nabestaanden (n=90). Het is voor het eerst in Nederland dat zoveel recente zelfdodingen zijn onderzocht om meer te weten te komen over risicofactoren en de maanden die voorafgaan aan een zelfdoding.

5.1. Invloedrijke factoren vragenlijsten

In **tabel 4** zijn de gegevens te vinden van de indicatoren uit de vragenlijst die te koppelen zijn aan het domein van de publieke gezondheid, voor de totale groep en apart weergegeven voor jongeren (tot 30), dertigers (30-39) en personen van middelbare leeftijd (40-70). De gerapporteerde percentages worden berekend over de ingevulde antwoorden bij een betreffende indicator, missende waarden en 'weet ik niet' antwoorden worden hierbij niet meegenomen. In deze tabel wordt onderscheid gemaakt in drie thema's; 1) Leefstijl, middelengebruik en lichamelijke problemen, 2) Sociale omgeving en 3) Werk, opleiding en de financiële situatie. Deze drie thema's zullen hieronder in meer detail worden toegelicht.

5.1.1. Leefstijl, middelengebruik en lichamelijke problemen

Drugsgebruik

Van de overleden personen dronk 76.7% weleens alcoholische dranken, landelijk geldt dit voor 77.2% van de mensen.[1] Ongeveer een derde (34.5%) van de overleden personen deed aan *binge drinking (wekelijks of vaker ten minste 4-6 glazen alcohol op één dag).* Dit is aanzienlijk meer dan het landelijke percentage van 7.9%.[1] Kijkend naar de laatste zes maanden voor het overlijden gebruikte 37.6% softdrugs en 18.8% harddrugs. Vooral de groep jongeren en dertigers gebruikten vaak drugs, bijvoorbeeld 50% van de overleden dertigers gebruikte softdrugs en 30.6% harddrugs. Ter vergelijking, in 2022 gaf 10% van de 18-plussers aan weleens drugs te hebben gebruikt in het afgelopen jaar.[28] Echter, doordat verdere landelijke cijfers betrekking hebben tot specifieke drugs (bv. Cannabis), is een directe vergelijking moeilijk. Ter indicatie, in 2023 werd een jaarprevalentie van 7.6% gevonden voor cannabis en 2.2% voor cocaïne.[28]

Verslaving

Bij 39.8% van de overleden personen was er sprake van een verslaving ten tijde van overlijden. Dit waren opvallend veel jongeren (44.9%) en dertigers (52.2%). Meest voorkomend bij jongeren en dertigers was roken (28.5% en 40.8%), gevolgd door drugs (19.8% en 26.3%) en alcohol (14.5% en 23.7%). Daarnaast valt op dat 14.9% van de jongen mannen een gameverslaving had en dat dit bij geen enkele jonge vrouw werd genoemd. Deze

verslavingsproblematiek kwam ook in de interviews met nabestaanden van overleden jongeren en dertigers duidelijk naar voren en wordt later in dit rapport verder toegelicht.

Lichamelijke problemen
De ervaren lichamelijke gezondheid en problemen is ook uitgevraagd. In de totale groep had 34.9% van de overledenen één of meer langdurige ziekten of aandoeningen. Dit komt overeen met het landelijke cijfer van 33% voor 18-plussers.[2] Vooral overleden personen van middelbare leeftijd hadden lichamelijke klachten. De helft (52.3%) had één of meer langdurige lichamelijke ziekten of aandoeningen en een vergelijkbare groep (55.8%) was beperkt wegens problemen met de lichamelijke gezondheid.

5.1.2. Sociale omgeving

Voor 83% van de overleden personen werd gerapporteerd dat zij zich eenzaam voelden ten tijde van overlijden. Deze percentages lagen wat hoger voor dertigers (93%) en personen van middelbare leeftijd (86.6%). Van de overleden personen waarvoor eenzaamheid werd gerapporteerd werd voor 60.2% een gematigd niveau van eenzaamheid gerapporteerd en voor 39.8% een ernstig niveau. Ter vergelijking, landelijk werd voor 2022 gerapporteerd dat 49% van de volwassen bevolking aangaf eenzaam te zijn.[3]

Ook rapporteerden de nabestaanden over impactvolle levensgebeurtenissen die plaatsvonden in het hele leven of specifiek het laatste levensjaar van de overledenen. Specifiek voor het laatste levensjaar valt op dat veel jongeren slachtoffer waren van pesten (21.5%). Daarnaast maakte een aanzienlijk aantal overleden dertigers een relatiebreuk mee in het laatste levensjaar (40.8%). Kijkend naar het hele leven kwam seksueel geweld en seksueel ongewenste ervaringen aanzienlijk vaker voor bij vrouwen (respectievelijk 43% en 55.7%) dan bij mannen (respectievelijk 9% en 11.2%) (zie **tabel 1, bijlage A**). Ter vergelijking: landelijk ervaart 29.9% van de vrouwen en 9.1% van de mannen seksueel geweld gedurende hun leven.[29]

5.1.3. Werk, opleiding en de financiële situatie

Van degenen die op het moment van overlijden werkzaam waren had 33.1% zich in het laatste levensjaar langdurig (langer dan vier weken) ziekgemeld. Voor de overleden jongeren die naar school gingen of een studie volgde geldt dat 55.8% zich onder druk gezet voelde door het werk wat ze hiervoor moesten doen. Dit is vergelijkbaar met de algemene bevolking waar 56.4% van de jongvolwassenen regelmatig of vaak prestatiedruk vanuit zichzelf en/of anderen ervaart.[30]

Van de overleden personen had 30% in het jaar van overlijden moeite met rondkomen, landelijk geldt dit voor 18.8% van de 18-plussers.[31] Daarnaast ervaarde 17.6% van de overledenen in deze periode stress door ernstige financiële problemen. Verder hadden 18.1% van de overledenen schulden op het moment van overlijden. Ter vergelijking, op 1 Januari 2024 had 8.9% van alle huishoudens geregistreerde problematische schulden.[4] Zeker voor de dertigers speelden financiële problemen een prominente rol, 43.1% had moeite met financieel rondkomen en 23.4% had schulden. Naast bestaande financiële problemen verwachtte 29.4% van de overledenen toekomstige financiële problemen.

Tabel 4. *Indicatoren met betrekking tot het domein publieke gezondheid, uitgesplitst per leeftijdsgroep en de totale groep*[a]

Indicatoren publieke gezondheid (2020-2024)				
	Jongeren (n = 172)	Dertigers (n = 76)	Middelbare leeftijd (n = 166)	Totaal (n = 414)
Leefstijl, middelengebruik en lichamelijke problemen				
Dronk weleens alcoholische dranken	73.3%	87.7%	75.2%	76.7%
Deed aan *binge drinking* (ten minste 4-6 glazen alcohol op één dag)	31.9%	40.8%	34.8%	34.5%
Gebruikte in de 6 maanden voor overlijden harddrugs	23.6%	30.6%	9.1%	18.8%
Gebruikte in de 6 maanden voor overlijden softdrugs	42.6%	50.0%	27.1%	37.6%
Had een (vermoedelijke) verslaving op het moment van overlijden	44.9%	52.2%	29.5%	39.8%
Had één of meer langdurige lichamelijke ziekten of aandoeningen	21.3%	26.8%	52.3%	34.9%
Had lichamelijke pijnklachten	25.9%	41.5%	48.9%	38.3%
Was in een bepaalde mate beperkt wegens problemen met de lichamelijke gezondheid	26.7%	37.3%	55.8%	40.4%
Sociale omgeving				
Ervaarde matig tot ernstige eenzaamheid ten tijde van overlijden	74.6%	93.0%	86.6%	83.0%
Maakte een relatiebreuk mee in het jaar voor overlijden	31.4%	40.8%	28.3%	31.9%
Ervaarde prestatiedruk in het jaar voor overlijden	41.9%	30.3%	19.9%	30.9%
Maakte een heftige ruzie mee in het jaar voor overlijden	22.7%	22.4%	26.5%	24.2%
Is gepest in het jaar voor overlijden	21.5%	10.5%	5.4%	13.0%
Is slachtoffer geweest van fysiek geweld in hun leven	38.2%	54.4%	40.9%	42.2%
Maakte een seksueel ongewenste ervaring mee in hun leven	31.6%	26.9%	19.2%	25.9%
Is slachtoffer geweest van seksueel geweld in hun leven	19.7%	25.9%	17.7%	20.1%
Is in hun leven gepest	30.8%	28.6%	13.5%	23.4%

Werk, opleiding en de financiële situatie				
Had zich langer dan vier weken ziekgemeld in het jaar voor overlijden	25.9%	32.1%	38.3%	33.1%
Voelde zich onder druk gezet door het werk voor school of studie	55.8%			
Had in het jaar voor overlijden moeite met rondkomen van het eigen (huishoud)inkomen	25.8%	43.1%	27.5%	30.0%
Had schulden	13.9%	23.4%	19.7%	18.1%
Verwachtte toekomstige financiële problemen	20.5%	42.4%	32.3%	29.4%
Ervaarde stress door ernstige financiële problemen in het jaar voor overlijden	11.6%	23.7%	21.1%	17.6%

[a] Voor de totale groep geldt dat voor de verschillende indicatoren het percentage 'weet ik niet' varieerde van 3.4% tot 34.8%

In **tabel 5** zijn de gegevens te vinden van de indicatoren uit de vragenlijst die te koppelen zijn aan het domein van de geestelijke gezondheid (zorg), voor de totale groep en apart weergegeven voor jongeren (tot 30), dertigers (30-39) en personen van middelbare leeftijd (40-70). In deze tabel wordt onderscheid gemaakt in twee thema's; 1) Praten over mentale gezondheid en hulp zoeken en 2) Welzijn en zorg. Deze twee thema's zullen hieronder in meer detail worden toegelicht.

5.1.4. Praten over mentale gezondheid en hulp zoeken

Van de overleden personen overleed 14% *out-of-the-blue.* Daarnaast is over leeftijdsgroepen heen te zien dat meer mannen (17.5%) dan vrouwen (8.1%) *out-of-the-blue* zijn overleden, in het bijzonder bij de jongeren (tot 30 jaar). Zo overleed 21.3% van de jonge mannen en 5.9% van de jonge vrouwen *out-of-the-blue* (zie **tabel 2, bijlage A**). Een suïcide wordt bestempeld als *out-of-the-blue* wanneer er 1) geen sprake was van een psychologische behandeling of andere vorm van therapie ten tijde van overlijden, 2) geen expliciete suïcide-gerelateerde communicatie is waargenomen door directe naasten en 3) geen eerdere suïcidepogingen bekend waren.

Voor 44.3% van de overledenen geldt dat ze zichzelf weleens opzettelijk hadden pijn gedaan of verwond, bij de jongeren (61%) en dertigers (51.6%) kwam dit vaker voor. Opvallend veel meer vrouwen (66.1%) dan mannen (30.6%) hadden zichzelf weleens opzettelijk beschadigd (zie **tabel 2, bijlage A**). Naast zelfbeschadiging had 55.4% van de overledenen eens of vaker een eerdere suïcidepoging gedaan. Vooral jonge vrouwen (81.4%) hadden eens of vaker een eerdere suïcidepoging gedaan, tegenover 44.9% van de jonge mannen (zie **tabel 2, bijlage A**). Van de personen met een eerdere suïcidepoging had 64.1% meerdere eerdere pogingen gedaan en 35.9% een enkele eerdere poging.

Naast suïcidaal gedrag door de overledene zelf, is ook gerapporteerd over suïcidaliteit in de omgeving van de overledene. Zo kende 43.5% van de overledenen andere mensen die bezig waren met zelfdoding en kende 56.9% van de overledenen iemand die was overleden door zelfdoding. Vooral bij jongeren en dertigers viel op dat vrouwen vaker dan mannen andere mensen kenden die bezig waren met zelfdoding. Zo kende 71.4% van de jonge vrouwen en 63.2% van de vrouwelijke dertigers anderen die bezig waren met zelfdoding (zie **tabel 2, bijlage A**).

5.1.5. Welzijn en zorg

Van de overledenen had 69.5% één of meerdere diagnose(s) voor psychische problemen. Vrouwen (85.2%) hadden vaker een diagnose gekregen voor psychische problemen dan mannen (60.2%) (zie **tabel 2, bijlage A**). Bij de overleden jongeren met een diagnose kwam een depressieve stoornis (69.8%) het vaakst voor, gevolgd door autismespectrumstoornis (43.8%). Voor de overleden dertigers geldt een depressieve stoornis (44.2%) als meest voorkomend, gevolgd door PTSS (26.9%) en een angststoornis (26.9%). Tot slot, voor overleden personen van middelbare leeftijd, geldt een depressieve stoornis (53.8%) als meest voorkomend, gevolgd door een persoonlijkheidsstoornis (22.5%). Zie **tabel 3 in bijlage A** voor een volledig overzicht van de diagnoses voor psychische problemen per leeftijdsgroep.

Voor 29.9% van de overledenen was er sprake van een uitgesproken euthanasiewens. Bij vrouwelijke overledenen (48.7%) was er vaker sprake van een uitgesproken euthanasiewens dan bij de overleden mannen (21.2%). Verder opvallend is dat voor maar liefst 52.6% van de jonge vrouwen er sprake was van een uitgesproken euthanasiewens (zie **tabel 2, bijlage A**).

Kijkend naar het zorggebruik van de overledenen had 63.4% gedurende hun leven zorg ontvangen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en ontving 42.4% van de overledenen die ooit zorg hadden ontvangen zorg in de GGZ ten tijde van overlijden. Dit percentage van overledenen dat zorg ontving in de GGZ ten tijde van overlijden sluit aan op bestaande data van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2023), wat een percentage van 38.1% laat zien voor de periode 2021-2023.[5,32] Verder, passend bij de cijfers van diagnoses voor psychische problemen, ontvingen de overleden vrouwen vaker zorg in de GGZ gedurende hun leven (79.5%) en ten tijde van overlijden (54.8%) dan mannen (respectievelijk 54.5% en 36.3%). In het bijzonder bij de jongeren ontvingen vrouwen (58.8%) vaker dan mannen (27.8%) zorg in de GGZ ten tijde van overlijden. Bij dertigers ontving 47.4% van de mannen en 52.4% van de vrouwen zorg in de GGZ ten tijde van overlijden. Voor de personen van middelbare leeftijd geldt dat 38.3% van de mannen en 50% van de vrouwen zorg ontving in de GGZ ten tijde van overlijden (zie **tabel 2, bijlage A**). Breder genomen ontving 53.8% van de overledenen die ooit zorg had ontvangen een psychologische behandeling of andere vorm van therapie op het moment van overlijden. Bij 79.2% van deze overledenen was er aandacht voor suïcidaliteit in deze psychologische behandeling of therapie. Bij 82.4% van de mannen en 75% van de vrouwen was er aandacht voor suïcidaliteit in deze psychologische behandeling of therapie (zie **tabel 2, bijlage A**). Van de overledenen die ooit zorg hadden ontvangen kreeg 67.6% medicijnen voorgeschreven voor een psychische aandoening op het moment van overlijden.

Het betrekken van naasten vond slechts bij 30.4% van de ontvangen hulp plaats. Een belangrijke kanttekening is dat dit cijfer enkel betrekking had op de naaste die de vragenlijst invulde, de nieuwe versie van de vragenlijst vraagt naar alle mogelijke naasten. Verder kwam naar voren dat 19.3% van de overledenen die ooit zorg hadden ontvangen uitbehandeld was verklaard en dat 19.7% van de overledenen op een wachtlijst stond voor behandeling in de GGZ. Voor de overledenen die op een wachtlijst stonden geldt dat 53.6% wel een andere psychologische behandeling of vorm van therapie had. Aansluitend op het hogere zorggebruik van vrouwelijke overledenen, vallen de cijfers omtrent een verklaring van uitbehandeld zijn en op een wachtlijst staan voor een behandeling in de GGZ hoger uit voor vrouwen (respectievelijk 23.8% en 23.1%) dan voor mannen (respectievelijk 15.5% en 15.9%) (zie **tabel 2, bijlage A**).

Tabel 5. *Indicatoren met betrekking tot het domein geestelijke gezondheid (zorg), uitgesplitst per leeftijdsgroep en de totale groep*[a]

Indicatoren geestelijke gezondheid (zorg) (2020-2024)				
	Jongeren (n = 172)	Dertigers (n = 76)	Middelbare leeftijd (n = 166)	Totaal (n = 414)
Praten over mentale gezondheid en hulp zoeken				
Overleed *out-of-the-blue*	14.0%	10.5%	15.7%	14.0%
Heeft zichzelf weleens opzettelijk pijn gedaan of verwond	61.0%	51.6%	23.5%	44.3%
Heeft eens of vaker een eerdere suïcidepoging gedaan	62.3%	51.6%	50.0%	55.4%
Kende andere mensen die ook bezig waren met zelfdoding	50.0%	51.0%	34.2%	43.5%
Kende iemand die is overleden door zelfdoding	47.5%	60.4%	65.2%	56.9%
Welzijn en zorg				
Had één of meerdere diagnose(s) voor psychische problemen	73.3%	78.8%	61.1%	69.5%
Depressieve stoornis	69.8%	44.2%	53.8%	58.3%
Autismespectrumstoornis	43.8%	15.4%	11.2%	25.9%
PTSS	26.0%	26.9%	16.2%	22.8%
Angststoornis	22.9%	26.9%	17.5%	21.9%
Heeft ooit een euthanasiewens uitgesproken	28.7%	33.8%	29.5%	29.9%
Gedurende hun leven zorg in de GGZ ontvangen	60.5%	67.1%	64.6%	63.4%
Ten tijde van overlijden zorg in de GGZ ontvangen	40.3%	49.2%	41.3%	42.4%
Ontving een psychologische behandeling of andere vorm van therapie op het moment van overlijden	54.5%	54.4%	52.8%	53.8%
Er was aandacht voor suïcidaliteit in deze psychologische behandeling of therapie	80.5%	83.3%	75.7%	79.2%
Kreeg medicijnen voorgeschreven voor een psychische/psychiatrische aandoening op het moment van overlijden	55.7%	79.6%	72.7%	67.6%
Was uitbehandeld verklaard	18.9%	16.9%	20.9%	19.3%
Stond op een wachtlijst voor behandeling in de GGZ	18.5%	19.0%	21.3%	19.7%
De nabestaande was betrokken bij de hulpverlening aan de overledene	30.2%	27.7%	31.9%	30.4%

[a]Voor de totale groep geldt dat voor de verschillende indicatoren het percentage 'weet ik niet' varieerde tussen de 4.6% en 30.3%

5.1.6. Meest invloedrijke factoren volgens nabestaanden

Voor de verschillende risicofactoren in de vragenlijst konden nabestaanden aangeven of zij dachten dat het betreffende thema van invloed is geweest op de zelfdoding. **Figuur 7** geeft een overzicht van welke thema's voor de leeftijdsgroepen als invloedrijk werden gezien. Voor alle leeftijdsgroepen zijn psychische problemen het vaakst gezien als invloedrijk, gevolgd door problemen in sociale relaties en ervaren problemen in de zorg. Voor jongeren worden hiernaast schoolproblemen (46.5%) en suïcidaliteit in de omgeving (41.3%) als impactvol gezien. Opvallende invloedrijke factoren bij de overleden dertigers zijn schoolproblemen (40.8%), financiële problemen (32.3%) en het hebben van een verslaving (38.1%). Bij middelbare personen worden lichamelijke problemen (45.6%) en werkproblemen (42.9%) verder als impactvol gezien.

Figuur 7. *Factoren die door nabestaanden als invloedrijk worden gezien voor de zelfdoding, uitgesplitst per leeftijdsgroep*

5.2. Samenspel van risicofactoren en thema's in de interviews

5.2.1. Patronen bij jongeren

In de interviews over de zelfdoding van jongeren en jongvolwassenen onder de 30 jaar oud (n=28) in Nederland, brachten respondenten belangrijke thema's aan het licht die volgens hen van belang waren voor de zelfdoding, in aanvulling op wat gedeeld is in de vragenlijst. De interviews betroffen 11 jonge vrouwen, 15 jonge mannen en 2 jonge non-binaire personen. Dit waren 7 tieners en 21 twintigers. De gemiddelde leeftijd van de jongeren was 22 jaar.

Na analyse van de interviews kwamen er vier subgroepen naar voren:

1. jongeren en jongvolwassenen, vooral mannen, veelal gediagnostiseerd met een ontwikkelingsstoornis en beschreven uitdagingen in het aanpassend vermogen
2. jongeren en jongvolwassenen, zowel vrouwen als mannen met depressieve gevoelens, een gediagnostiseerde of vermoedde stemmingsstoornis die zich een last voelden voor de omgeving
3. jongeren en jongvolwassenen, vooral mannen, die zonder suïcide-gerelateerde communicatie en zonder geestelijke gezondheidszorg, *out-of-the-blue*, om het leven kwamen, of voor nabestaanden onverwacht om het leven kwamen, waarbij tegelijkertijd masculiniteit en gevoeligheid als thema's naar voren kwamen

4. een groep jongeren en jongvolwassenen, voornamelijk vrouwen, met een verscheidenheid aan psychiatrische stoornissen, die intensief geestelijke gezondheidszorg hebben ontvangen maar desondanks progressief verslechterden.

We gaan hieronder op de verschillende geïdentificeerde patronen uitgebreider in en illustreren deze aan de hand van geanonimiseerde quotes uit de interviews met nabestaanden. Daarna beschrijven we een aantal opvallende thema's die niet exclusief verbonden waren aan één patroon maar wel in het oog sprongen.

Jongeren die uitdagingen ervaarden in de ontwikkeling en zich niet op hun plek voelden

Een eerste patroon omvat een groep van zes jongeren en jongvolwassenen. Het ging om vier mannen, een vrouw, en een non-binair persoon. Wat hen verbond was dat zij zich al van jongs af aan anders voelden dan andere kinderen, en zich niet op hun plek voelden. Vier van deze zes jongeren hadden een gediagnostiseerde ontwikkelingsstoornis, en bij een andere werd het vermoed. Ook in de data van alle zelfdodingen onder jongeren en jongvolwassenen wordt duidelijk dat ontwikkelingsstoornissen een hoge prevalentie hebben; 44% van de overleden jongeren met een diagnose had een autismespectrumstoornis. De jonge mensen werden omschreven als einzelgänger, sociaal afhoudend of er wordt bijvoorbeeld genoemd dat ze moeite hadden met sociale verbinding. "*Hij voelde de warmte om hem heen niet",* vertelt een ouder. Ook wordt vaak genoemd dat zij rechtlijnig waren, of een groot rechtvaardigheidsgevoel hadden, en dat zij slecht konden relativeren. Tot slot was een opmerkelijk detail dat tenminste drie van deze jongeren een vroegkinderlijke doodswens hadden. Zij spraken al heel jong uit dat zij zich afvroegen waarom zij leefden, of zelfs dat ze liever dood waren.

> Moeder: *"Nou ja, ik denk dat hij een jaar of zes was toen-ie voor het eerst zei, het was tijdens zijn verjaardag die thuis gevierd werd op zondagmiddag, met veel kinderen in huis die dan ook op z'n kamer kwamen en bij z'n spulletjes... en dat eh vond-ie echt verschrikkelijk, kon-die niet handelen. […] Dan werd-ie heel erg in zichzelf. En op een gegeven moment kon dat dan niet meer weg, en dan werd-ie echt heel erg boos. Nou ja, dan waren die kinderen weg, en toen was-die op z'n kamer, toen was ik even bij 'm, toen zei-die: 'mama, was ik maar dood."*

Het ervaren gebrek aan verbinding is ook in de verdere levensloop een terugkerend thema, bijvoorbeeld op school, maar ook binnen het gezin. In de adolescentie wordt dit gevoel sterker. De jongeren 'doen er alles aan om erbij te horen', maar het onderling contact met leeftijdsgenoten verloopt moeizaam. Ze hebben moeite met sociale relaties aangaan en/of te onderhouden, waardoor ze veelal een beperkt sociaal netwerk hebben en daarmee beperkte steun ervaarden. Enkele jongeren waren wel onderdeel van vriendengroepen, bijvoorbeeld via een vereniging. Zij konden volgens de naasten echter niet op een dieper niveau aansluiting vinden, en hadden daardoor oppervlakkig contact. Hoe belangrijk verbinding voor deze groep jongeren was wordt geïllustreerd door een verhaal waar een jongeman zijn geplande zelfdoding uitstelde omdat zijn familie met hem op vakantie wilde gaan.

> Ouder: *"Onze oudste dochter, die heeft toen gezegd van dat ze eigenlijk nog heel graag... dat ze een keer samen op vakantie wilde. En dat hebben we toen nog gedaan. In juli zijn we nog een week met z'n vijven naar [plaats] geweest. Maar hij heeft dat dus echt voor ons gedaan. Want hij, toen hij maart wist van, wij staan naast jou. In zijn hoofd zou hij dan de week erop eruit gaan. Het was steeds, hij kon echt niet verder kijken dan twee weken vooruit, want dan was hij er toch niet meer."*

Vier van hen gingen overmatig alcohol of andere verdovende middelen gebruiken, waarmee de ervaren negatieve gevoelens alleen maar gevoed werden en de jongeren verslechterden. De jongeren creëerden als gevolg van hun middelengebruik en agressie steeds meer afstand tot naasten, en verstootten hen. In een afscheidsbrief omschrijft een jongeman dat hij dit bewust deed om het makkelijker te maken om hem niet te missen wanneer hij er niet meer zou zijn.

Ouder: *"En ik las die brief en alles stond daarin wat ik gevoeld heb. Hij beschreef, en het was zo fijn om in zijn woorden te horen hoe die zich voelde, waarom die al alle afstand heeft genomen van iedereen. De leegte die hij voelde. En zo mooi geschreven dat zijn zusje zei: "Zie je wel, hij kon wel praten." En dat ik ook denk: ja, jongen, waarom heb je dit niet verteld? Maar blijkbaar kon die dat niet vertellen in die woorden of... Want dat was ook zijn beperking. Dat zag ik."*

Alle zes de jongeren waren vaker "opvliegerig" of "driftig" toen ze jong waren, en dichter bij de zelfdoding beschrijven nabestaanden een toename in grillig, explosief of agressief gedrag. Suïcidaal gedrag kwam echter beperkt voor in deze groep.

Jongeren met persistente depressieve cognities en een gevoel van tot last zijn
Tien jongeren in het onderzoek hadden problemen die leken te centreren rondom problemen met hun stemming. Het betrof negen jongemannen, en een jonge vrouw. Binnen dit patroon vielen ook enkele jongeren die onverwacht zijn overleden door zelfdoding omdat de ernst van de problemen werd onderschat op basis van de uiting van de problemen, deze worden nog apart behandeld.

De meesten, 7 van deze 10 jongeren, heeft zorg gehad, maar vaak was dit beperkt. Slechts vijf hadden een diagnose voor een stemmingsstoornis. Echter, ook de andere 3 jongeren die geen zorg van de GGZ hebben ontvangen en geen diagnose hebben gekregen werden omschreven als somber, zwaarmoedig, neerslachtig, zwartgallig of pessimistisch, faalangstig, en hadden negatieve cognities over zichzelf en de wereld om hen heen. Dit kwam veelal voor het eerst tot uiting in de vroege adolescentie. De stemmingsproblematiek vormt de basis van thema's in deze groep. Zij hadden gedurende hun adolescentie gevoelens van somberheid en eenzaamheid. Veel van hen voelden zich tot last voor hun omgeving, vertellen nabestaanden.

Zij gingen hiermee om door zich te isoleren, en steeds minder deel te nemen aan sociale gelegenheden. Enkelen vielen uit van hun school of studie, maar hielden dit verborgen of bagatelliseerden het. Een jongeman hield zijn ouders lange tijd voor dat hij nog studeerde en loog ook dat hij een baan had, terwijl dit niet zo was. Hij was een zogenaamde *pretend student*.

Ouder: *"En ik denk dat hij dan, omdat hij die studie niet afgemaakt heeft, niet heeft kunnen vertellen dat hij dan inderdaad die studie niet, nou ja, heeft afgemaakt. [...] Het is ook niet bewust liegen. Ik denk dat het begint met zwijgen. Dan zeggen je ouders: 'hé, hoe is het?' Voor je het weet zeg je: 'het is goed'."*

Slechts vier van de jongeren ontvingen zorg van de GGZ in het jaar voor de zelfdoding. De andere zes jongeren niet. Zorggebruik was over het algemeen beperkt en er was in deze groep geen sprake van intensieve behandeltrajecten. Daarnaast was er beperkt sprake van suïcidaal gedrag. Twee personen hadden meerdere pogingen gedaan, maar bij een van hen werd dit pas bekend na het overlijden.

Nabestaanden omschreven dat in de maanden voor de zelfdoding de weerbaarheid geleidelijk minder werd, en dat de jongeren op een gegeven moment niet in staat waren om de manier waarop ze gewoonlijk met hun gevoel omgingen, zoals met sport en contact met naasten, wegvielen, waarmee ook het laatste vangnet kapotging. Ook ruzies met naasten konden hieraan bijdragen, als heel duidelijke proximale trigger. Zo was er een jongeman die ruzie kreeg in de klas en boos is weggelopen op de dag van zijn zelfdoding. Een andere jongeman kreeg op de dag van de zelfdoding ruzie met zijn vriendin. Weer een ander is weggegaan bij een feestje. Het werd door naasten geassocieerd met een gevoel van verslagenheid of een laatste verlies aan verbinding.

Zelfdoding die onverwachts was en waarbij gevoelens van schaamte en masculiniteit speelden
Uit de vragenlijsten bleek dat 24 van de 172 jongeren en jongvolwassenen (14%) *out-of-the-blue* om het leven is gekomen. Dat wil zeggen, een zelfdoding waarbij geen sprake was van suïcide-gerelateerde communicatie, behandeling in de geestelijke gezondheidszorg ten tijde van overlijden, of een eerdere suïcidepoging bekend. Vooral

jonge mannen onder de 30 jaar oud kwamen vaak *out-of-the-blue* om het leven, dat waren er 20 van de 94 (21%). Met behulp van de interviews konden we meer zicht krijgen op deze groep jongemannen.

In de interviews waren zeven zelfdodingen van jongemannen waarbij geslotenheid en verhulling centraal stonden, en voor wie gold dat de zelfdoding als zeer onverwacht kwam voor de nabestaanden. Qua thematiek hebben de jongeren in deze groep veel gelijkenissen met het beschreven patroon rondom depressieve cognities. Er werd opgemerkt dat ze somber waren, maar hulpverlening was afwezig of zeer beperkt. Het patroon lijkt een oorsprong te hebben in suïcidaliteit die wordt gekenmerkt door naar binnen gerichte coping, specifiek terugtrekken of actieve verhulling, waardoor veel van deze jongeren niet in zorg terechtkomen.

Aanvullende thema's ten aanzien van het depressieve cognitie patroon is dat er verschillende thema's naar voren kwamen die samenhingen met het niet praten over suïcidaliteit, namelijk: 'geen open praatcultuur,' 'problemen zelf oplossen', 'schaamte' en 'sociale vergelijking.' De jongemannen spraken bijvoorbeeld niet over hun gevoel omdat ze zelf niet goed begrepen waarom ze somber waren, niet accepteerden dat ze somber waren omdat er geen duidelijke aanleiding was, of omdat ze het niet mannelijk vonden om over hun problemen te praten. Enkele jongemannen schaamden zich, en durfden niet te delen dat zij zich slecht voelden, bleek uit verslagen van nabestaanden of gevonden notities van de overledenen.

Meermaals werd overkoepelend een verband gelegd met masculiniteit. Er leek hier sprake van een waarde-conflict in deze groep, want de jongemannen werden vrijwel allemaal omschreven als gevoelig, maar hielden er strenge denkbeelden op na over mannelijkheid. De vriendin van een jongeman vertelde bijvoorbeeld dat hij haar een brief had geschreven, waarin hij vertelde dat gevoelige onderwerpen bij hem thuis *"werden weggelachen"* [door zijn ouders].

> Ex-partner: *"Dus ja, er stonden allemaal dingen in van... dat hier niet gepraat kon worden, maar dat er dingen weggelachen worden."*

Opmerkelijk is dat wanneer het ging om onverwachte zelfdodingen, nabestaanden dit in de meeste interviews aan de overledene toeschreven. Ze noemden dat *"hij er niks over zei", "niet zo'n prater was."* Er lijkt echter sprake te zijn van een wisselwerking, op basis van de verhalen. Zo wordt er zelden beschreven dat naasten actief vroegen naar de gevoelens van deze jongemannen, laat staan direct te vragen of zij weleens aan zelfdoding dachten. Dit kon verschillende redenen hebben. Vaak werd genoemd dat de jongeman gesloten was, maar dit is maar 1 van de verklaringen. Anderen gaven toe dat "*ze gewoon niet zoveel praatten over dat soort dingen", o*mdat ze het een moeilijk onderwerp vonden en bang waren iets verkeerds te zeggen. Zij hielpen bijvoorbeeld door een *"rustig en voorspelbaar leven te creëren",* maar spraken beperkt over de problemen.

Meerdere naasten gaven in de interviews aan dat zij mogelijk signalen hebben gemist, waarmee aanleiding ontbrak voor een gesprek. In een aantal gevallen werden wel degelijk signalen opgemerkt, maar werd het onderwerp alsnog niet aangesneden. Zo dichtten de naasten mogelijk een te actieve rol toe aan jongeren die volgens hen moeilijk over hun gevoel praatten. Een verklaring die nabestaanden zelf aandragen is dat een verhulde depressie moeilijk te herkennen is, en dat zij vanuit hun leefwereld hier geen gevoel bij hebben wat ervoor zorgt dat aanleiding voor een gesprek ontbreekt.

> *Ouder: "Nee. Maar wij hebben een bipolair [familielid], aangetrouwd. Die hebben we wel eens meegemaakt als die in een depressie zat. Die viel 15 kilo af. Die lag op het bed en die was lijkbleek. Daar was niks meer mee te beginnen. Dat was ons idee van depressie. Wij hebben hem [zoon] gewoon helemaal niet erkend. Wij hebben gedacht: somber, geen zin in school, geen zin in werken, gewoon pubergedoe. Dat gaat wel over."*

Jongeren met verschillende psychiatrische problemen en complexe behoeften aan hulp en ondersteuning

Een laatste patroon werd gevonden binnen een groep van acht jongeren; zeven jonge vrouwen en een jonge man, die gekenmerkt werden door een zeer negatief zelfbeeld, geleidelijke toename van psychische problemen vanaf de

vroege adolescentie, een lange periode van intensief zorggebruik, en een verlies van perspectief en hoop. Deze jongeren en jongvolwassenen werden omschreven als gevoelig, kwetsbaar, en onzeker. Zes van hen zijn flink gepest in hun jeugd, wat vermoedelijk heeft bijgedragen aan een lage eigenwaarde.

> Moeder: *"zij kwam ook altijd met, eh, in contact met andere kinderen die een rugzak hadden, he? die ergens, nou ja… waar iets mee was"*
> Interviewer: *"Kwetsbare kinderen?"*
> R: *"Kwetsbare kinderen, inderdaad, daar kwam ze altijd mee thuis. En zij kon ook heel goed met eh, met kinderen met een beperking, kon ze ook altijd heel goed mee… dat was [naam]. Maar zij is op een gegeven… zij is op de basisschool is zij heel erg gepest, waardoor haar zelfvertrouwen hélémaal naar de Filistijnen is gegaan."*

Ook psychische problemen in de directe familiekring werden in verschillende vormen vaak genoemd. Veel van de jongeren in deze groep waren kinderen van ouders met psychische problemen of verslaving (KOPP-kinderen en KOV-kinderen), en in andere gevallen waren het broers of zussen die een psychisch probleem hadden. Ter illustratie, twee van de acht casussen hadden beiden een familielid dat verslaafd en dakloos was en een beroep op hen deed.

> Vriendin: *"[familielid] was verslaafd, aan de drank, en af en toe deed die ook wel een snuifje coke en dat soort dingen. En dan richtte die zich tot [naam overledene]: 'Kan ik bij jou slapen? Ik heb geen dak boven mijn hoofd'."*

Ze ontwikkelden psychische problemen gewoonlijk in de vroege adolescentie, bij de overgang naar de puberteit. Vanaf dat moment gaat het snel slechter. Ze kwamen vanwege probleemgedrag, waaronder agressie, middelengebruik, woede-uitbarstingen, of verward- of suïcidaal gedrag, in aanraking met de geestelijke gezondheidszorg, kregen zonder uitzondering een diagnose en kwamen in behandeling. De hulpverleners vermoedden in beginsel vaak een persoonlijkheidsstoornis, een stemmingsstoornis, een eetstoornis of een ontwikkelingsstoornis, maar daar bleef het in geen geval bij. Deze jongeren verslechterden ondanks de zorg die ze kregen steeds verder. Er kwamen diagnoses bij. Gemiddeld had een jongere in dit patroon ten tijde van overlijden meer dan drie diagnoses. Er werden verschillende behandelingen geprobeerd, zoals cognitieve gedragstherapie, dialectische gedragstherapie of EMDR, maar deze sloegen niet of beperkt aan, of de behandeling werd niet serieus genomen door de overleden persoon of vroegtijdig afgebroken. Er waren bovendien vaak contra-indicaties, waardoor zij steeds moeilijker passende zorg konden vinden. Dit fragment uit een interview laat zien hoe complex het zorgnetwerk was waar de meisjes vaak in zaten.

> *Ouder: "Ze had eigenlijk naar een afdeling gestuurd kunnen worden, maar geen enkele afdeling wilde ons hebben want die durfde de verantwoording niet aan van iemand met suïcidale... dus waren wij verplicht op de spoedeisende hulp te zitten in een kamertje."*

Een opmerkelijk thema gerelateerd aan zorg was dat er in dit klinisch traject een verschuiving plaatsvindt in het sociaal netwerk van de jongeren, wat verstrekkende gevolgen heeft. Parallel aan een afname in contact met vrienden en familie buiten de klinische setting, is een toename in contact met andere jongeren in de kliniek. De relatie met ouders en naasten verslechterde, omdat zij beperkt contact hadden tijdens momenten van crisisopvang en langere opnames, en omdat de veranderingen in het gedrag van de jongeren (agressie, middelen) zorgde voor een kloof met naasten. Ondertussen kwamen ze in de klinische setting in aanraking met andere jongeren met psychische problemen, en volgens nabestaanden beïnvloedde dit hen sterk. De cijfers uit de vragenlijsten: 71.4% van de jonge vrouwen kende op moment van overlijden iemand anders die ook suïcidaal was, terwijl dit in de hele onderzoeksgroep 43.5% was. In beginsel waren deze andere jongeren lotgenoten een baken van herkenning en erkenning, maar later werden zij ook voorbeelden van suïcidaal gedrag.

Vriendin: *"Ze [ouders van overledene] kwamen nooit op bezoek, ze haalden haar op en dan verbleef ze een weekend bij de ouders. […] Eerst was dat om het weekend, maar toen op een gegeven moment kreeg [naam] te horen van 'we vinden het een beetje te veel, dat we je zo vaak ophalen. Dus we gaan het nu 1 keer per maand doen'."*

De suïcidaliteit van de jongeren ontwikkelde zich al snel nadat hun psychische problemen zich manifesteerden, en nam vervolgens snel toe. Alle jongeren in dit patroon vertoonden suïcidaal gedrag. Zes van de acht jongeren in deze groep heeft meerdere suïcidepogingen gedaan, de andere twee tenminste één poging.

In de periode voorafgaand aan het overlijden door zelfdoding vertellen nabestaanden hoe de lange periode van intensieve zorg in de GGZ, klinische opnames, zelfbeschadiging, pogingen en crisismomenten steeds meer leidt tot een verlies aan perspectief en een toename van hopeloosheid. Niet verrassend dat vijf van deze jongeren een euthanasiewens uitspraken. In de gehele populatie jongeren kwam een euthanasiewens ook vaak voor (43 jongeren, 28.7%), maar niet zo gemarkeerd als in deze groep.

Vriendin: *"[ze zei] dat ze geen zin heeft meer in het leven. En dat het toch nooit meer goed komt. Wat ze ook doet, het zal nooit meer goed komen, dus…"*
Interviewer: *[Had ze] "geen vertrouwen meer in wat er geboden werd?"*
Vriendin: *"Nee, dat met de EMDR, dat werkte niet. Shocktherapie werd afgewezen. Dus alles werd haar ontnomen, wat dat betreft."*

5.2.2. Terugkerende thema's bij jongeren

Naast de patronen, waren er ook thema's die over de verschillende groepen heen genomen terugkwamen, zowel in de vragenlijsten als de interviews.

Zelfmedicatie met onrechtmatig verkregen medicijnen of designerdrugs
In de data van de psychosociale autopsie kwam een hoge prevalentie van middelengebruik naar voren in verhouding met cijfers van middelgebruik onder jongeren in de algehele bevolking. Van de jongeren en jongvolwassenen gebruikten er 60 softdrugs (42.6%) en 33 van hen gebruikten harddrugs (23.6%) De interviews toonden aan dat middelengebruik regelmatig in verband werd gebracht met moeite met het reguleren van emoties. Dit is een terugkerend thema bij 16 van de 28 jongeren. Zij gebruikten verdovende middelen -ook alcohol werd in dit kader genoemd- om hun gevoel te verdoven, of juist omdat zij zich leeg voelden, en om hun eigen gedrag te beïnvloeden (bijvoorbeeld rustiger worden). Andere jongeren gebruikten verdovende middelen om beter te kunnen slapen. Een aantal jongeren zag het gebruik van verdovende middelen, met name designerdrugs (nagemaakte amfetaminen, benzodiazepines, en 4MMC) maar ook microdoseren met bijvoorbeeld ketamine, daarom als een vorm van zelfmedicatie, en deden dit naar verluid omdat zij via legitieme routes geen medicijnen konden ontvangen (bijvoorbeeld een stof die lijkt op ritalin, en een stof die was afgeleid van benzodiazepines). Veel van hen hadden een problematische relatie met verdovende middelen, en konden de controle kwijtraken bij gebruik.

Ouder: *"Dus hij is continu wel aan het zoeken geweest. Ja, en toen had die ook voor het eerst antidepressiva en... Om toch nou ja, altijd zoekend, hij ging zelf dokteren met medicatie. Dat werd drugs uiteindelijk, blowen."*

KOPP- en KOV-kinderen en de belastbaarheid van naasten
In de vragenlijst was aandacht voor voorbeelden van suïcidaliteit en sterfte door suïcide in de omgeving van alle overledenen, maar niet voor psychische problemen bij de ouders of verzorgers van de overledenen. In de interviews kwam echter naar voren dat tenminste 12 van de 28 overleden jongeren uit de interviews ouders hadden met (gediagnostiseerde of zelfbenoemde) psychische problemen (KOPP-kinderen) of ouders hadden met een verslaving (KOV-kinderen). Aangezien ouders vaak respondent waren wanneer er een jongere was overleden, is dit waarschijnlijk een onderschatting, rekening houdend met gevoelens van schaamte en sociaal wenselijke antwoorden. Desondanks was een aantal ouders zeer openhartig over de uitdagingen die zij ervaarden in het omgaan met hun suïcidale kind.

Ouder: *“En ik heb van begin af in gezegd, ik zeg maar wat als nou niet het probleem met de kinderen ligt maar bij mij? Als ik niet weet hoe ik mijn kind op moet voeden. Want dat kan ook.”*

Ouder: “Weet je, ze zeggen het is het ergste wat je kan gebeuren is een kind verliezen. Maar dat is niet waar. Het ergste wat je kan gebeuren is jezelf verliezen in een depressie. Dat is zo afschuwelijk (raakt geëmotioneerd). Maar dat gebeurde weer.”

In de interviews komt naar voren dat de psychische problemen van de ouders ervoor zorgden dat hun belastbaarheid beperkt was. Dit kwam op verschillende manieren tot uiting. Zo waren er ouders die geen ruimte voelden om het gesprek met hun suïcidale kind aan te gaan of steun te bieden, ouders die de regie over hun kinderen het liefst uit handen wilden geven aan zorgaanbieders om veiligheid te garanderen, en ouders die hun eigen emoties niet konden reguleren doordat de problemen van hun kind hen zo aan het hart gingen, wat hun steunende rol in de weg zat. In een enkel geval was er sprake van *parentificatie*. Dit houdt in dat het kind een opvoedende rol aannam, in dit geval richting zijn zusje.

Naasten betrekken bij de hulpverlening

Een terugkerend thema in de interviews over overleden jongeren en jongvolwassenen was de betrokkenheid van naasten bij de zorg voor de jongeren. Dit betrof alles vanaf het eerste contact met de huisarts, gesprekken met de POH, maar ook de verdere zorg en eventuele behandeling in de GGZ. Uit de vragenlijst bleek dat bij de 60 jongeren die in behandeling waren ten tijde van het overlijden, in 26 gevallen (43%) de naaste betrokken was geweest. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat het ging om betrokkenheid van de respondent zelf, en die is niet indicatief van hoe vaak er één naaste betrokken was en leidt vermoedelijk tot een onderschatting. In een nieuwe versie van de vragenlijst wordt dit wel meegenomen.

Hoewel het thema ook terugkwam in de interviews over dertigers en personen van middelbare leeftijd, was het thema het meest nadrukkelijk aanwezig in interviews van ouders over hun overleden kind. In nationale en internationale richtlijnen wordt het betrekken van naasten aangemoedigd, maar er is momenteel een gebrek aan inzicht in de wensen en verwachtingen van suïcidale personen, diens naasten en behandelaren over wat ‘goede betrokkenheid inhoudt, en dat kwam tot uiting in onze interviews.

Er werd niet aan de verwachtingen en wensen van ouders van inmiddels overleden kinderen gedaan om hen te betrekken bij de behandeling, blijkt uit onze interviews. Zij zien voor zich dat zij een actieve rol hebben, ook nog nadat hun kind volgens de wet volwassen is geworden. Een essentiële component van betrokkenheid was bilaterale informatie-uitwisseling met een gezamenlijk doel en vanuit wederzijds respect. Ouders voelden zich vanuit hun kant niet gehoord, hadden het idee dat hun zorgen niet serieus werden genomen, of ervaarden bijvoorbeeld dat ze niet werden gezien als autoriteit op het gebied van de zorg voor hun kind.

Ouder: *Toen kwam ik daar, en toen ging toen was ik tien minuutjes binnen. En toen zei die casemanager tegen [naam]: ‘vind je het eigenlijk wel prettig dat je moeder er is?’ ‘Nou nee. Dat vind ik helemaal niet prettig.’ Werd ik weer naar de gang gestuurd. […] Uiteindelijk mocht ik toen ook nog wel naar binnen, en deed mijn dochter heel onaangenaam. En bozig tegen mij. En toen zei ze sorry tegen mij. Zei die* casemanager: *‘je hoeft geen sorry te zeggen tegen je moeder hoor...’ En ik dacht: nou! Dat vond ik nou juist een heel gezond stukje. […] Het waren ook best wel hele prima, aardige mensen hoor. Alleen, maar... ze hebben toch inderdaad heel lang mij buiten de deur gehouden.”*

Tegelijkertijd noemden ze dat er vanuit de kant van de hulpverlener te weinig inzicht werd geboden in de therapietrouw van hun kind (e.g., het nakomen van afspraken), behandeldoelen, behandelperspectief en effecten van de behandeling. De geïnterviewden associeerden deze (ervaren) gebrekkige betrokkenheid meer aan het systeem dan aan individuen. Zij beklaagden zich over een overvloed aan protocollen, de privacywetgeving, en geheimhoudingsplicht, terwijl zij gewoonlijk positief waren over de betrokkenheid en inzet van individuele

hulpverleners op de werkvloer. Er waren verscheidene voorbeelden van hoe hulpverleners zich inspanden om de jongeren te helpen, en dit werd gezien en gewaardeerd.

Ouder: "Als er ergens niks te verwijten, dat ze altijd voor haar klaarstonden, dan was het de hulpverlening. Echt. Want ze heeft wel dagen gehad, ook bijvoorbeeld in die tijd dat ze over school, over die klasgenoot, dat ze het heel moeilijk had. En dan heeft ze wel eens een dag gehad dat ze bij [instelling] weg is gegaan, dat ze continu toch met haar bezig waren, maakten ze ruimte voor haar."

Tot slot viel op dat de overledene in de interviews door de respondent wel werd omschreven als belanghebbende, maar beperkt als actor, terwijl het vaak op verzoek van de overledene was dat de naasten niet intensief betrokken werden. Volgens de nabestaanden was dit om hen in bescherming te nemen, of omdat zij bang waren tot last te zijn, maar hiervoor is aanvullend perspectief nodig van personen met suïcidaliteitt in vervolgonderzoek over waarom zij naasten juist níet willen betrekken in sommige situaties.

Ervaren tekortkomingen in de hulpverlening

Naast het feit dat naasten zich beperkt betrokken voelden, hebben zij ook andere tekortkomingen ervaren in de zorg, waar zij zich kritisch over uitlieten. Dit kwam logischerwijs het sterkst naar voren binnen het patroon rondom jongeren en jongvolwassenen met ernstige psychiatrische problemen en intensief zorggebruik. Een deel van de problemen vindt ook weerklank in de uitkomsten van de vragenlijsten. Zo blijkt dat 19.7% op een wachtlijst stond voor zorg. In de interviews werd omschreven hoe moeilijk deze periodes waren, omdat zij als naasten veel behoefte hadden aan informatie, steun en een gedeelde verantwoordelijkheid met professionals. Andere veelgenoemde ervaren problemen waren langdurige diagnostiektrajecten zonder effectieve behandeling, gebrek aan continuïteit bij de overdracht naar een andere zorgaanbieder, gebrek aan regie wanneer een jongere niet therapietrouw was (bijvoorbeeld het afzeggen van afspraken) en een gebrek aan passende therapie.

Ook al gaat het hier om een subjectieve beleving van de naasten, negatieve ervaringen van naasten kunnen verstrekkende gevolgen hebben voor de jongeren. In verschillende interviews kwam naar voren dat ouders zorgtrajecten stopzetten voor hun toenmalig minderjarige kinderen, omdat zij ontevreden waren over de communicatie. Het is op basis van de interviews helaas niet altijd goed te zeggen waar het misging en wat de gevolgen hiervan precies waren, maar voor één jongeman met een zeldzame neurologische aanlegstoornis en beginnende gedragsproblemen leidde het duidelijk tot een gebrek aan ondersteuning in een voor hem roerige tijd in de ontwikkeling.

Ouder: "Ik had wel echt heel erg graag gehad dat [naam] een beetje een vertrouwensband met iemand zou op gaan bouwen. Maar wij gingen aan tafel zitten. En ze [de psychiater] zegt op een gegeven moment van, 'Of jij of [naam overledene] moet een schop onder de kont hebben.' [...] Toen was hij een jaar of 6, 7 denk ik. [....] Ik zei, 'hebt u zich al een beetje verdiept in wat [naam] al heeft meegemaakt?' 'Nee, nog helemaal niet.' Ik zei, 'weet je wie hier een schop onder de kont moet hebben?' Ik zei, 'er is maar één iemand die hier een schop onder de kont moet hebben, dat bent u.' Ik zei, 'we ga stoppen met alle behandelingen.' En ik heb ze een hand gegeven en bedankt."

Tot slot werden de problemen van COVID in de jaren 2020 en 2021 duidelijk. In tenminste 20 van de gevallen werd COVID geassocieerd met een verslechtering van het welzijn, en in de interviews bleek dat het met name ging om de verstorende impact die COVID had op reguliere geestelijke gezondheidszorg. Het maakte de drempel lager om een online afspraak af te zeggen, en beïnvloedde daarmee de therapietrouw. Een deel van de jongeren voelde duidelijk geen klik in het digitaal contact.

Ouder: "Inmiddels was dat hele traject bij [hulpverlener] gestopt, dat was helemaal niet klaar, maar toen kwam corona. En toen hebben ze mij nog een keer gebeld. 'Hij wil niet videobellen' zeiden ze dan tegen mij. En zei ik ja, ja, ik kan er niks mee. Dus ik zei tegen [naam overledene]: 'is dat nu verstandig om het nu te stoppen?' 'Ja, joh het gaat hartstikke goed, heb er helemaal geen zin in, klaar ermee'. Videobellen, hij zegt nee. Hij vond het helemaal niks de hulp, die psycholoog. Hij vond het niks."

5.2.3. Terugkerende thema's bij dertigers

De bevindingen uit interviews met nabestaanden van 14 overleden dertigers zullen hier worden toegelicht aan de hand van belangrijke thema's die speelde bij de overleden dertiger.

Financiële problemen

Voor elf van de veertien overleden dertigers wordt door de nabestaanden aangegeven dat de overledene moeite had met financieel rondkomen, voor zes van de veertien dat ze schulden hadden. Hiermee lijken financiële problemen dan ook een prominent thema te zijn voor de overleden dertigers. Dit wordt verder ondersteund door de overkoepelende vragenlijstdata. Zo had 23.4% van de overleden dertigers financiële schulden, 42.4% financiële zorgen en ongeveer 43.1% moeite met financieel rondkomen (zie **tabel 4**). Ook is in **figuur 7** te zien dat, in relatie tot de andere leeftijdsgroepen, het hebben van financiële problemen vaak (32.3%) als impactvol voor de zelfdoding werd gezien bij dertigers. Uit de interviews komt naar voren dat voor een aantal van de overleden dertigers de financiële problemen gerelateerd konden worden aan een onvermogen om te werken door hun slechte mentale en/of lichamelijke gezondheid. Ook de reflectie van de worsteling die een overledene ervoer met betrekking tot het niet kunnen werken door de eigen (slechte) mentale toestand werd duidelijk: "*Mama, hoe kan ik deze toestand nou gaan werken?*". Voor sommige casussen resulteerde dit erin dat de overledene rond moest komen van een uitkering.

Ook wordt gesproken over hoe verslavingen, een ander prominent thema in de dertigers groep, veel kosten (en soms schulden) met zich meebrachten. Een overledene met een wiet, gaming en vermoedelijke gokverslaving lukte het bijvoorbeeld niet om de kosten voor de boodschappen te delen met zijn vriendin, wat sterke gevoelens van schaamte met zich mee leek te brengen.

> "*Ze gingen boodschappen doen en zij betaalde de boodschappen. En zij had toen gezegd, nou moet ik weer de boodschappen betalen, heb je niet eens even 10 euro om de boodschappen te betalen? Daar had hij boos op gereageerd, ik weet niet wat, en is toen hals over kop naar zijn eigen huis gegaan. Hij heeft toen een berichtje gestuurd naar haar 'Jij bent meer waard dan ik je kan geven' ofzo. Ik denk dat hij ook weer heel veel schaamte had over dat geld.*"

Naast een onvermogen om te werken door mentale en/of lichamelijke problemen en verslaving gerelateerde kosten, worden factoren als impulsiviteit, studieschuld en hypotheek/huur kosten als belangrijk genoemd voor het ontstaan van de financiële problemen.

Realiteitsverlies (zoals psychose)

Voor zes van de veertien overleden dertigers was er in meer of mindere mate sprake van realiteitsverlies. Denk hierbij aan waanideeën, paranoïde gedachten of psychoses. Voor een aantal worden deze psychoses als zeer impactvol voor de zelfdoding beschreven. Zo wordt het verhaal gedeeld van een overledene die paranoïde schizofreen was en in zijn psychose dacht te horen dat er een vrouw werd verkracht. Hierna werd een rechtszaak aangespannen voor een uithuisplaatsing, wat nog meer onrust voor de overledene veroorzaakte.

> "*Maar het was voor hem zo levensecht dat hij dus zelf een mes gepakt heeft en zelf maar opzoek gegaan is, en zo is die dus door de voordeur van de medebewoners heen geknald en de huizen binnen gegaan om te kijken of hij iemand vond.*"

In sommige van deze casussen kon het realiteitsverlies gerelateerd worden aan drugsgebruik, in het bijzonder wiet-/hasjgebruik. Ofwel het ontstaan van realiteitsverlies ten gevolge van extreem wietgebruik, ofwel het blowen als een manier van coping voor de klachten.

Middelenmisbruik

Misbruik van drank en/of drugs is een thema dat veel naar voren komt in de groep van overleden dertigers. Zo was er voor acht van de veertien overleden dertigers sprake van één of meerdere verslavingen ten tijde van overlijden. De sterke aanwezigheid van drank- en/of drugsmisbruik in de dertigers groep wordt ook ondersteund door de overkoepelende vragenlijstdata. Zo gebruikte 30.6% van de overleden dertigers harddrugs, 50% softdrugs en had 52.2% één of meerdere verslavingen ten tijde van overlijden (zie **tabel 4**). De impact van dit middelenmisbruik

wordt verder ondersteund door **figuur 7**. Zo wordt voor 38.1% van de overleden dertigers het hebben van een verslaving als invloedrijk gezien voor de zelfdoding, meer dan bij jongeren (29.1%) en personen van middelbare leeftijd (27.8%). De ernst van het middelenmisbruik komt duidelijk naar voren in de interviews.

> "*En ze blowde heel veel. Dat was vooral in het laatste jaar denk ik. Echt heel veel. Extreem. Dus dat speelde daar ook een rol in. Maar ze was, ja ze was dan gewoon weg. Ze viel gewoon om zeg maar. Ze viel in slaap terwijl ik tegen haar aan het praten was. En dan was ze er niet meer.*"

Voor deze casussen wordt vaak beschreven dat de overledenen drank en/of drugs gebruikte om rust in hun hoofd te krijgen. In sommige casussen waren er eerdere traumatische ervaringen en werden drank en/of drugs gebruikt als vorm van coping. Naast drank- en drugsmisbruik kwam ook het overmatig gebruik van medicatie naar voren.

> "*We hebben haar een keer, toen was ze nog hier, toen hebben we haar naar een tentamen gebracht. Toen had ze 7 oxazepam op.*"

5.2.4. Patronen bij mensen van middelbare leeftijd

De bevindingen van interviews met nabestaanden over 36 overleden personen van middelbare leeftijd zullen hier worden beschreven. Deze bevindingen hebben betrekking tot 25 overleden mannen en 11 overleden vrouwen van middelbare leeftijd. In de groep overledenen van middelbare leeftijd komt een tweetal patronen naar voren. 1) Het patroon van een langdurig gevecht met psychische problematiek, vaak met een beschrijving van een onveilige of liefdeloze jeugd. Dit patroon kwam voor bij zowel mannen als vrouwen, zeker bij de mannen was er hiernaast een beschrijving van impactvolle verlieservaringen. 2) Het patroon van een sterke psychologische onrust die ontstaat na een impactvolle levensgebeurtenis. Dit patroon kwam specifiek voor bij overleden mannen van middelbare leeftijd. Hieronder worden deze patronen en andere belangrijke thema's die speelde bij overledenen van middelbare leeftijd op een verdiepende wijze toegelicht.

1. Langdurige psychische problematiek, onveilige of liefdeloze jeugd, verlieservaringen

Voor 21 van de 36 overleden personen van middelbare leeftijd, 12 mannen en 9 vrouwen, leek er sprake van een langdurig gevecht met psychische problematiek. Bij alle casussen die in dit patroon passen werd door de nabestaanden aangegeven dat er sprake was van psychische problemen, echter zochten niet allen zorg. Zo hadden 17 van deze 21 overledenen in hun leven zorg ontvangen in de GGZ. Verder hadden 13 personen één of meerdere eerdere suïcidepogingen gedaan en was er bij 14 van hen sprake van één of meerdere psychische diagnoses. Voornamelijk bij de overleden mannen leek dit te gaan om een langdurig gevecht met depressieve klachten. Deze beschrijving door een nabestaande illustreert dit langdurige gevecht goed:

> "*Als hij echt in een depressie kwam, dan was het ook heel erg. Als hij daar zat, dan was het ook hopeloos. Hij heeft drie van die periodes gehad, maar goed hij heeft daarbij alle medicatie, alle therapieën, alles. Wat moet hem dan nog aan het leven houden? Ik bedoel, dan ben je al 40-50 jaar aan het worstelen.*"

Het ontstaan van deze psychische problematiek kan voor een subgroep van deze overledenen, in het bijzonder voor de vrouwelijke overledenen, in verband worden gebracht met een onveilige of liefdeloze jeugd. Zo wordt voor ten minste veertien van deze casussen beschreven hoe de ouders van de overleden personen zelf ook worstelden met psychische problemen. Daarnaast worden schrijnende beschrijvingen van bijvoorbeeld fysieke mishandeling of seksueel misbruik beschreven.

> "*Zijn ouders geloven niet dat hij seksueel misbruikt was. Hij zei bijvoorbeeld: ja, mijn moeder lachte me gewoon uit toen ik het vertelde. Dus dat was eigenlijk een extra trauma. Hij is eigenlijk gestorven terwijl hij niet zeker wist of zijn ouders wel echt geloofden dat hij seksueel was misbruikt.*"

Tot slot, in het bijzonder bij de mannelijke casussen, worden diverse verlieservaringen als impactvol beschreven. Denk hierbij aan het verlies van een belangrijke naaste, verlies van werk of het verlies van een relatie. Voor enkele casussen leek het verlies van een belangrijke naaste vooraf te gaan aan, en een belangrijke (mede)veroorzaker van, het ontstaan van de psychische problematiek. Bij andere casussen wordt de verlieservaring eerder gezien als een gevolg van bestaande psychische problematiek. Bijvoorbeeld het verlies van een baan doordat de psychische gesteldheid het functioneren op werk in de weg stond.

2. Psychologische onrust na een impactvolle levensgebeurtenis

Bij 8 van de 25 overleden mannen van middelbare leeftijd was er sprake van één of meerdere impactvolle levensgebeurtenissen die een sterke psychologische onrust in gang zette. Deze psychologische onrust werd bijvoorbeeld gekenmerkt door neerslachtige gevoelens, slaapproblemen en niet meer kunnen genieten van dingen. Kenmerken die passen bij de symptomen van een depressie. Bij het eerste patroon leek sprake te zijn van een langdurig gevecht met mentale problemen, terwijl binnen dit patroon er sprake was van een relatief kortdurende periode van worsteling. Zo vond de impactvolle levensgebeurtenis, en de daaruit voortvloeiende psychologische onrust, in al deze casussen niet langer dan twee jaar voor het overlijden plaats. De waarneming dat er onderscheid te maken is tussen het patroon van langdurige psychische problematiek en het patroon van korter durende psychologische onrust, wordt verder ondersteund door de vragenlijstdata. Zo hadden slechts twee overledenen in deze groep één of meerdere psychische diagnoses, had een enkeling één eerdere suïcidepoging gedaan en hadden drie overledenen gebruik gemaakt van de GGZ in hun leven.

Het is echter belangrijk om de kanttekening te plaatsen dat voor deze casussen de impactvolle levensgebeurtenis niet per se de enige factor was die bijdroeg aan de zelfdoding. Zo kan de impactvolle levensgebeurtenis bijvoorbeeld interacteren met een bestaande psychologische kwetsbaarheid om de psychologische onrust teweeg te brengen. Een nabestaande beschrijft deze kwetsbaarheid:

> "*Nou, ik denk dat mijn vader altijd al heel kwetsbaar geweest is. Dat heb ik altijd ook wel gevoeld. Ik weet ook dat ik mijn vriend ontmoette, toen was ik 19. En toen zei ik al heel snel tegen hem, ik ben heel bang dat er iets met mijn vader gaat gebeuren. Dat hij op deze manier komt te overlijden ... Omdat ik altijd wel aanvoelde dat hij kwetsbaar was ofzo. Dat hij ondanks die stoere man, had hij ook gewoon iets kwetsbaars in zich. Een soort paniek.*"

De verhalen van de nabestaanden suggereren echter dat de levensgebeurtenissen als doorslaggevend of zeer impactvol werden ervaren door de overleden personen. Voorbeelden van deze gebeurtenissen zijn een ontslag, het verlies van een relatie of in een enkel geval de beschuldiging van seksueel misbruik. De volgende passages laten goed zien hoe ingrijpend de levensgebeurtenissen voor twee van de overledenen waren:

> "*Ja, down. Alsof hij flink met de mokerslag bewerkt was ... Ik heb hem nog nooit zien huilen, maar toen moest hij huilen ... Hij was behoorlijk van slag. Hij zat wit op de bank, helemaal huilen van ja het is mijn schuld en ik heb verzaakt.*"
> "*Dus, en eigenlijk sinds zijn vader overleden is, heb ik hem langzaam, heb ik langzaam zijn vlammetjes zien doven, een beetje. Het ik heb zin het leven vlammetje en ik ga ervoor vechten vlammetje.*"

5.2.5. Terugkerende thema's bij mensen van middelbare leeftijd

Een gebrek aan verbondenheid in relatie tot seksualiteit

In de overkoepelende groep zitten 13 overleden mannen van middelbare leeftijd met een seksuele oriëntatie anders dan heteroseksueel. Voor vijf van deze mannen is een interview met een nabestaande geanalyseerd. Bij één van deze mannen wordt bijvoorbeeld een worsteling met zijn biseksualiteit beschreven. Hij durfde niet over zijn biseksualiteit te praten en maakte, uit angst voor stigmatisering, in het geheim seksafspraken met mannen. Verder blijkt voor drie van deze mannen een sterke mate van een gebrek aan verbondenheid die in relatie stond tot hun seksualiteit. Een gebrek aan verbondenheid wordt gekenmerkt door een subjectieve ervaring van isolement en een gebrekkige wederkerigheid in relaties.[33] Zo voelde de mannen zich door reacties van de omgeving op hun

seksualiteit in verminderde mate op hun plek in de maatschappij. De worsteling die de mannen hiermee ervaarden, wordt goed duidelijk uit de volgende passages:

> "*Ja, daar had hij gewoon heel erg last van. Ik zeg ook weleens tegen andere mensen. Voor hem was het heel duidelijk dat hij inderdaad homoseksueel was. En dat omarmde hij ook. Maar tegelijkertijd liep hij er heel erg tegenaan. Dat het was omdat anderen het niet omarmden.*"
> "*Hij heeft ermee geworsteld. Eigenlijk heel zijn leven wel. Hij heeft altijd, ook met zijn vriend, en dat is ook wel de realiteit, ze hebben veel gereisd, ook veel richting Polen, Hongarije, die Oostblok kant op. Dat ze altijd daarop moesten letten wat ze deden. Ja. Meer als vrienden moesten reizen dan als partners. Hij heeft er altijd mee geworsteld. En ze hebben een heel grote kinderwens gehad waar ze bewust voor hebben gekozen om dat niet te doen. Omdat er altijd een derde partij bij kwam en dat wilde ze niet. Maar er is wel een worsteling geweest."*

Ook komt binnen deze casussen geweld jegens hun seksualiteit naar voren. Zo wordt beschreven hoe een van de mannen in elkaar geslagen werd vanwege zijn seksualiteit en hoe een andere man gepest, bedreigd en geslagen werd. Hoe dit voor laatstgenoemde resulteerde in een sterk gebrek aan verbondenheid, die zeer impactvol was voor de zelfdoding, wordt door een nabestaande beschreven:

> "*En sindsdien, dus die laatste twee en een half jaar, denk ik, hebben de buren hem gewoon kapot gemaakt. Eigenlijk door uit te schelden, roddels te verspreiden in de buurt, gekke pakketjes te sturen, uiteindelijk een kogel door zijn raam geschoten.*"

Uiteindelijk schreef de overleden man in zijn afscheidsbrief:

> "*Ik kan niet leven met mezelf in deze maatschappij*".

Moederschap, een eerdere zwangerschap, hormonale veranderingen

Voor een aantal vrouwen van middelbare leeftijd komen problemen rond het moederschap, een eerdere zwangerschap of hormonale veranderingen naar voren. Zo wordt bij vier van de overleden vrouwen door de nabestaanden gesproken over een moeite met het moederschap die gepaard ging met schuldgevoelens en een negatief zelfbeeld over het niet zijn van een goede moeder. Soms leek deze ervaren moeite met het opvoeden van de kinderen het gevolg te zijn van de slechte psychische gesteldheid van de overleden vrouwen. Ook komt naar voren dat een deel van deze overleden vrouwen zelf geen fijne moeder hadden. Hierdoor hadden ze mogelijk geen fijn voorbeeld om het moederschap van te leren. De schuldgevoelens die voortkwamen uit het (naar eigen perceptie) niet lukken om een goede moeder te zijn, leek de bestaande problematiek alleen maar verder in de hand te werken. Een nabestaande beschrijft hoe hiermee een vicieuze cirkel met betrekking tot het moederschap leek te ontstaan:

> "*Ze hebben dus, dat hoor je dan later, vaker ruzie thuis gehad. En ik heb daar wel eens over gehoord dat ze dan echt de kinderen ook wel kon uitschelden. En dat ze daar dan zo van baalde. Op dat moment lukte het haar dan niet om te stoppen. En dan voelde ze zich zo schuldig. En dan kon ze echt een dag in bed liggen met de deken over zich heen.*"

Verder wordt er in een van de casussen gesproken over een postnatale depressie en hoe haar leven na deze postnatale depressie een grote zoektocht naar geluk en minder pijn was. Ook wordt beschreven hoe impactvol het hebben van een miskraam op een van de overleden vrouwen was:

> *"Ze heeft een miskraam gehad na 16 weken. En dat is ze nooit te boven gekomen. En toen is ze in de pillen en in de drank verzand."*

Tot slot, voor een tweetal casussen wordt beschreven dat de vrouwen in ernstige mate last ervaarde van overgangsklachten. In een van deze casussen wordt dit, en het stoppen met de anticonceptiepil, als zeer impactvol voor de suïcide gezien:

> "*Nou de combinatie van 30 jaar lang, ruim 30 jaar lang de pil slikken, hormonen binnenkrijgen, en dan uiteindelijk ja van de pil af. Dan krijgt je lichaam natuurlijk een klap in de hormoonhuishouding. Ja flink schommelen. En daarbij ook nog eens een keer in de overgang terechtkomen. Ja ze deed geen oog dicht 's nachts. Transpireerde als een gek. Werd soms 's nachts kletsnat wakker.*"

Realiteitsverlies (zoals psychose) bij middelbare vrouwen

Bij zeven van de elf vrouwelijke casussen van middelbare leeftijd lijkt er op een punt in hun leven sprake te zijn geweest van psychotische klachten. Hierbij wel de kanttekening dat dit voor een aantal vrouwelijke overledenen ging om een vermoeden van, niet om gediagnosticeerde problematiek. Wel kan worden gezegd dat voor een viertal vrouwen deze klachten kort voor overlijden ontstonden en als zeer impactvol voor de zelfdoding worden beschreven. Bij twee van deze vrouwen leek een depressieve cognitie het ontstaan van de psychotische klachten in de hand te werken. Voor één van deze vrouwen gaf de psychose vervolgens een extreem negatieve draai aan haar geloof, voor de andere vrouw aan de COVID situatie. Bij een andere vrouw leek de psychose te zijn ontstaan als gevolg van een ontslag. Ook wordt voor een casus beschreven hoe impactvol een alcohol geïnduceerde psychose was:

> "*Maar ik denk ook als ze niet in beschonken toestand of beschonken psychose was geweest op dat moment. Dat ze het niet had gedaan op dat moment.*"

Daarnaast wordt voor een van de vrouwen beschreven hoe impactvol een psychose eerder in haar leven was geweest. In deze psychose had de overledene haar eigen oma vermoord, de volgende passage illustreert de levenslang durende gevolgen hiervan:

> "*Zij kan zich daar zelf niks meer van herinneren. En dat heeft ook altijd aan haar gevreten. Ja, dat is waar ze elke dag mee wakker werd. Van, wat heb ik gedaan? Kan dat weer gebeuren? Dus er zat altijd enorme angst in haar.*"

Alcoholmisbruik

Door de nabestaanden wordt voor tien van de overledenen van middelbare leeftijd aangegeven dat er sprake was van een alcoholverslaving. Het gaat hierbij om negen mannelijke casussen en één vrouwelijke casus. Voor een deel van deze casussen wordt in de interviews een langdurend drankprobleem beschreven wat problemen op het gebied van werk, sociale relaties en/of fysieke gezondheid in de hand werkte. Denk hierbij aan een ontslag op werk, het uitgaan van een relatie of het ontwikkelen van Korsakov. Ook wordt in een tweetal casussen stiekem drinken beschreven, de overledenen probeerde het drankgebruik voor de partner te verbergen.

Hoewel voor tien van de overledenen door de nabestaande werd aangegeven dat er sprake was een alcoholverslaving, had slechts twee van deze tien een gediagnosticeerde alcoholverslaving. Uit de interviews komt naar voren dat de overledenen soms zelf het drankgebruik niet als problematisch zagen, waardoor ze ook niet de noodzaak ervaarde om hier professionele ondersteuning voor te zoeken. Ook leek voor sommige casussen het alcoholprobleem een behandeling van de onderliggende mentale problematiek in de weg te staan.

Seksueel misbruik

Uit de interviews wordt ook de impact van seksueel misbruik duidelijk. Voor zes casussen van middelbare leeftijd, vier mannelijke en twee vrouwelijke, wordt over seksueel geweld gerapporteerd. Wel belangrijk is dat deze zes casussen een vertekend beeld geven van de geslachtsverdeling bij seksueel misbruik. Overkoepelend was 48% van de vrouwen van middelbare leeftijd en 9.1% van de mannen van middelbare leeftijd slachtoffer van seksueel geweld in hun leven (zie **tabel 1, bijlage A**). Bij de zes overledenen komt ook het stigma dat heerst rondom seksueel misbruik duidelijk naar voren. Zo deelt een nabestaande over hoe haar man pas een jaar voor zijn overlijden het misbruik uit zijn jeugd met haar deelde:

“Hij heeft altijd wel gezegd van, als ik het dan zo lang heb toegelaten dan zal ik het wel gewild hebben. Het was ook door een man, dus iets van 2 jaar, tussen zijn 10e en 12e is dat gebeurd.”

Slaapproblemen
Slaapproblemen is een onderwerp dat niet direct door de vragenlijst is uitgevraagd maar wel veelvuldig naar voren komt in de interviews. Zo wordt er bij 21 van de 36 overleden personen van middelbare leeftijd, in meer of mindere mate, gesproken over het ervaren van problemen omtrent slaap. Voor veel van de casussen wordt beschreven dat het de overledene niet lukte om voldoende te slapen. Ook wordt beschreven hoe een deel van deze overledenen slaapmedicatie kreeg voor de slaapproblemen. Naast het niet kunnen slapen wordt er in enkele gevallen ook gesproken over nachtmerries of het juist opvallend veel slapen, ook overdag. Een nabestaande beschrijft hoe een gebrek aan slaap de overledene tot wanhoop dreef:

“Ik ben er nog steeds van overtuigd dat het gewoon een impulsieve actie is geweest. Ze wilde gewoon kunnen slapen een keer. En dat lukte voor de zoveelste keer niet. Dat ze gewoon zo wanhopig was. En ook zo van het maakt me niet uit waar ik ben, want ik ben nu op een ander adres en hier lukt het me ook niet. Het maakt niet uit. Ik kom niet aan slapen toe, dus weet je. Omdat ze gewoon echt zo van ik wil nu echt gewoon eeuwig slapen. Maar niet met de bedoeling om eeuwig te slapen.”

5.3. Opkomende thema’s bij alle leeftijden

Met een opkomend thema bedoelen we thematiek die niet vooraf was vastgelegd in de codelijst en minder nadrukkelijk aanwezig was in de interviews, maar door de onderzoekers desondanks relevant werd bevonden voor meer begrip over zelfdoding of werd beschouwd als een belangrijk aanknopingspunt voor verder onderzoek. Het doel van het vastleggen van deze thema’s is om de dialoog open te breken met betrokken experts en om waar relevant de methodologie van de aanpak te herzien.

Berusting bij naasten van een suïcidaal persoon
De meeste jongeren en jongvolwassenen waren open over hun suïcidale gedachten tegen (een deel van) hun sociaal netwerk. In sommige gevallen waren het enkele uitspraken, in andere gevallen was er een actieve betrokkenheid bij het suïcidaal proces van de overleden jongere of jongvolwassene. In het geval van actieve betrokkenheid van de naasten kon er op basis van de verslagen van nabestaanden iets ontstaan dat het best kan worden omschreven als gezamenlijkheid tegenover de zelfdoding. Met andere woorden, de naasten begrepen waarom de jongere wilde overlijden na een lange strijd, en konden hier vrede of berusting in vinden. In enkele gevallen waren naasten (of zelfs een hulpverlener van een jong meisje) ook aanwezig bij de zelfdoding om de persoon te steunen op het moment van de daad.

In deze gevallen zou het kunnen gaan om een vorm van zelfdoding die meer weg heeft van euthanasie, omdat de persoon niet radeloos en alleen sterft. Opmerkelijk is dat de personen bij wie dit thema naar voren kwam inderdaad al eerder een euthanasieverzoek hadden ingediend, maar zij stonden op de wachtlijst of waren afgewezen. Door de betrokkenheid van hun naasten kwam ruimte voor de dialoog over sterven, en in de interviews die wij hebben geanalyseerd leek dit rust te brengen, en wanhoop te verminderen. Tegelijkertijd is het mogelijk dat acceptatie van naasten de suïcidale jongeren bevestigt in hun beeld dat zelfdoding de enige uitweg is, en het daarmee moeilijker maken om open te blijven staan voor een andere uitweg. Het is raadzaam om verder verdiepend onderzoek te doen naar verschillen in de aanloop bij deze vorm van ‘sterven in eigen regie’ tegenover zelfdoding. Is de aanloop wezenlijk anders? En wat voor effect heeft het als naasten zeggen dat ze begrip hebben voor de suïcidaliteit, niet alleen op het moment zelf, maar ook retrospectief bij mensen die uiteindelijk niet zijn overleden?

Suïcidepact
Vier van de 28 jongeren waren betrokken in een suïcidepact, weten nabestaanden te vertellen. Dit kon inhouden dat meerdere personen een afspraak hadden dat als één van hen zou overlijden door zelfdoding, de andere dit ook zou doen. In een ander geval was er de afspraak dat een jongen en zijn vriendinnetje samen zouden gaan, maar is zij overleden, terwijl hij zich op het laatste moment bedacht. Ook dit zou mogelijk drempelverlagend kunnen

werken en suïcidaal gedrag in de hand werken. Er is nog weinig onderzoek gedaan naar suïcidepacts omdat zelfdoding zeldzaam is, en dergelijke pacts nog minder vaak voorkomen. Het psychologisch en relationeel proces dat hieraan voorafgaat is dus nog slecht in beeld gebracht en het fenomeen is moeilijk vast te leggen. De PSA biedt aanknopingspunten voor vervolgonderzoek. Op dit moment kunnen we zeggen dat het ging om jonge vrouwen die ook in het patroon vielen van jongeren en jongvolwassenen met progressieve suïcidaliteit en intensief zorggebruik. Dit sluit aan bij de bevinding dat zij zich vaak begaven in netwerken van lotgenoten die ook suïcidaal waren. In vervolgonderzoek kunnen tijd/ruimte clusters in Nederland worden bijgehouden.

Vroegtijdig delen doodswens

Opvallend voor tenminste vijf casussen was het op erg jonge leeftijd uitspreken van een doodswens. Zo deelde één van de overledenen op de basisschool al: "*Ik kan niet stoppen met denken ik wil dood*". De andere overledene had op 6-jarige leeftijd al een doodswens uitgesproken: "*Ik wou dat ik dood was*". Voor een derde casus leek hier, op een wat meer verkapte wijze, ook sprake van. Zo had de overledene, tijdens een moeilijke periode in zijn leven, al op 14-jarige leeftijd aangegeven dat hij waarschijnlijk niet oud zou worden. In de interviews komt niet naar voren in hoeverre dit aandacht voor suïcidaliteit in toekomstig zorgcontact heeft gestuurd.

BeStED

Uit ons onderzoek komt naar voren dat een jongere en twee personen van middelbare leeftijd zijn overleden door bewust te stoppen met eten en drinken (BeStED/versterving). Het is niet een uniek thema voor één specifieke leeftijdsgroep, maar in brede zin relevant voor suïcidepreventie. Op dit moment wordt versterving door forensisch artsen, en daarmee ook het Centraal Bureau voor de Statistiek, niet geregistreerd als zelfdoding, waar nabestaanden dit echter wel als zodanig beschouwen, en deelnemen aan een onderzoek naar zelfdoding met hun verhaal. Het is relevant om het gesprek over BeStED open te breken met professionals, om tot een passende classificatie te komen.

Contact met Politie, justitie en crimineel gedrag

Ten minste zestien overledenen zijn in contact gekomen met Politie. Meestal ging het om incidenten zoals verward gedrag, weglopen, of een suïcidepoging. Drie van de overledenen in de interviews waren onderdeel van het crimineel circuit. In deze casussen wordt gesproken over drugshandel, dreigementen en tonnen hoge schulden. In alle gevallen lijkt de rol van de politie ten aanzien van de suïcidale personen kortstondig en beperkt, en wordt nergens omschreven dat er sprake is van psychosociale hulpverlening.

5.4. Leerpunten preventie en behoeften nabestaanden

De interviewers vroegen nabestaanden wat er volgens hen anders aangepakt had kunnen worden, en of en hoe de zelfdoding voor hun gevoel voorkomen had kunnen worden. Het taalmodel heeft een lijst van leerpunten geëxtraheerd uit de data. Deze analyses leverden een lange lijst op met 43 categorieën op basis van 1.800 uitspraken in de interviews. De onderzoekers hebben deze 1800 gecategoriseerde leerpunten verder geïnterpreteerd en uitgewerkt. Daaruit kwam naar voren dat de leerpunten het best te verdelen waren onder vier hoofdclusters, met betrekking tot de beoogde actor van de leerpunten. Dit was de 'triad of care'; [1] de overledene zelf, [2] de hulpverlener en [3] diens naasten; en [4] de maatschappij en partijen in het sociaal domein.

Tabel 6a. *Leerpunten voor de hulpverlening op basis van de ervaringen van nabestaanden*

Leerpunten hulpverlening		
Gemiste zorg en ondersteuning	**Ervaren gebreken ín zorg en ondersteuning**	**Naasten betrekken**
Geen passende medische interventie of behandeling; contra-indicaties; kastje naar de muur	Behoefte aan intensievere zorg en ondersteuning (meer contacten)	Respectvolle communicatie in twee richtingen
Niet ingewilligde wens voor opname in periode van crisis	Alternatieve, menselijke benadering; openheid en flexibiliteit	Serieus genomen worden als belanghebbende én actor
	Controle, toezicht, aandacht, veiligheid	Gezamenlijke besluitvoering
	Eerder herkennen, ingrijpen en interventie	Beter naasten ontzorgen
	Communicatie, continuïteit en overdracht	
	Ervaren professionele inschattingsfouten	
	Opvolgen therapietrouw / medicatiebeleid	

Voor de hulpverlening waren de leerpunten ruwweg onder te verdelen in drie categorieën. Ten eerste was er een ervaren gebrek aan zorg en ondersteuning, wat inhield dat iemand geen passende medische behandeling had gekregen ondanks een uitgesproken zorgvraag. Bijvoorbeeld doordat iemand vanwege contra-indicaties van het kastje naar de muur werd gestuurd.

Daarnaast waren er ervaren gebreken ín de zorg en ondersteuning, wat betekende dat de overledene wel zorg had ontvangen maar dat deze geen verlichting, verbetering of perspectief bood. Er werd genoemd dat er eerder ingegrepen had moeten worden (met name dat diagnostiek trajecten te lang duurden), dat er te weinig intensieve zorg was, dat er gebrek aan toezicht was, dat er geen overzicht of continuïteit was, of dat de therapietrouw niet werd gewaarborgd. Daarnaast noemden verschillende nabestaanden dat er steeds minder flexibiliteit was, ruimte voor de menselijke benadering, en openheid over handelen.

Tabel 6b. *Leerpunten voor personen met suïcidaliteit op basis van de ervaringen van nabestaanden*

Leerpunten personen met suïcidaliteit		
Zelfzorg en weerbaarheid verbeteren	**Transparantie tegenover naasten**	**Therapie opvolgen**
Verbeteren vaardigheden crisismanagement en veiligheidsplan	Openheid en eerlijkheid over suïcidaliteit	Therapietrouw (behandeling)
Verbeteren vaardigheden emotionele verwerking en probleemoplossing	(Open staan voor) hulp zoeken	Therapietrouw (medicatie)
Weerbaarheid verbeteren; sociaal vangnet; zelfliefde en acceptatie; coping		

Leerpunten die nabestaanden noemden voor individuen met suïcidaliteit hadden betrekking op zelfzorg en weerbaarheid, openheid en hulp zoeken, en verschillende vormen van therapietrouw, zoals afspraken nakomen. Het verbeteren van vaardigheden was een breed thema en hing volgens nabestaanden sterk samen met een gebrek aan weerbaarheid van de overledenen. Veel van hen hadden moeite met sociaal contact, hadden een beperkt sociaal netwerk dat nog verder werd aangetast in periodes van crisis (zie ook het eerdere patroon bij jonge vrouwen met progressief suïcidaal gedrag). Opmerkelijk met betrekking tot dit onderwerp is hoe naasten de overledene beschouwden, soms als dader, dan weer als slachtoffer. Nabestaanden benadrukken door middel van deze punten ogenschijnlijk een verantwoordelijkheid voor het ontplooien van een basaal niveau aan weerbaarheid.

Tabel 6c. *Leerpunten voor naasten van een persoon met suïcidale gedachten zoals aangedragen door respondenten*

Leerpunten naasten		
Aandacht, signalen en communicatie	**Kennis en kunde verbeteren**	**Bieden van een veilige basis**
Ondersteuning	Meer begrip voor- en kennis van mentale gezondheid en suïcidaliteit bij naasten	Veiligheid en stabiliteit bieden
Communicatie en openheid	Minder handelingsverlegenheid naasten: hulpzoekgedrag; signalen herkennen en serieus nemen; de vraag stellen; actie ondernemen	Luisteren, let op aandacht en opmerkzaamheid, tijd vrijmaken
Verandering in omgeving en (emotionele) ondersteuning		
Eerder ingrijpen		

Naasten staken de hand in eigen boezem met een aantal belangrijke leerpunten die op henzelf betrekking hadden. Zij noemen regelmatig dat ze meer aandacht hadden moeten hebben voor het leed van hun dierbare. Ze vonden het moeilijk om open het gesprek aan te gaan. Dit komt ook helder naar voren bij de jonge en jongvolwassen mannen die zich isoleerden en zich terugtrokken, waarbij naasten te weinig een actieve rol innamen ten aanzien van het bespreekbaar maken van de gevoelens. Zij geven aan dat het moeilijk voor hen was, en dat zij soms verlangden dat de hulpverlening hen zou ontzorgen. Dit is uiteraard niet het primaire doel geweest van de geboden hulpverlening, maar zou mogelijk kunnen helpen in het vergroten van de belastbaarheid en daarmee de steun die van naasten uitgaat, was hun redenatie. Er ontstaat in dit punt een belangrijk spanningsveld tussen wensen van naasten om intensief betrokken te zijn enerzijds, en hun belastbaarheid anderzijds. Meer onderzoek is nodig over wat kwaliteitsnormen en minimale vereisten zijn voor naasten betrekken bij suïcidaliteit, en hoe de belastbaarheid van deze naastbetrokkenen hierin op gepaste wijze afgewogen kan worden.

Tabel 6d. Leerpunten op maatschappelijk niveau, voor het sociaal domein, en overige leerpunten op basis van de ervaringen van nabestaanden

Leerpunten maatschappij en sociaal domein		Overig
Stigma en openheid	**Maatschappelijke zekerheid**	
Communicatie en openheid	Veiligheid en stabiliteit; baanzekerheid	Euthanasie als optie openhouden; dialoog over sterven
	Vergroten handelingsbevoegdheid en professionaliteit van handelen van de hulpdiensten en Politie bij suïcidale crises	Meer interventie en bevoegdheid vanuit Politie
		Focus op “heelheid” in plaats van wat “kapot” is (focus op gezondheid i.p.v. ziektebeeld)
		Wettelijke verantwoordelijkheid suïcidepreventie

Tot slot werd een klein aantal leerpunten genoemd op het niveau van de maatschappij, of bijvoorbeeld een leerpunt voor specifieke actoren (hulpdiensten, politie). Opmerkelijk waren de haast filosofische bespiegelingen op het openbreken van euthanasie als thema in het maatschappelijk debat, dat door enkele nabestaanden werd aangemoedigd als preventie. Nabestaanden die dit thema aandroegen waren van mening dat dit rust kan bieden aan personen die hopeloos zijn door suïcidale gedachten. Er is nog weinig onderzoek naar gedaan en is het niet duidelijk of dit debat openlijk voeren niet ook schadelijke effecten kan hebben op kwetsbare personen die een doodswens hebben, zoals wel al is aangetoond voor berichtgeving over methoden van zelfdoding.

6. Bevindingen in context

6.1 Conclusies

De onderzochte zelfdodingen hebben duidelijk meerdere oorzaken en laten een complex samenspel van factoren zien. De psychosociale autopsie levert een nieuwe bron van kennis op voor suïcidepreventie naast al bestaande bronnen in Nederland zoals de demografische data van het CBS en de CANS. De psychosociale autopsie biedt een unieke combinatie van data uit vragenlijsten en interviews om het verhaal achter de zelfdoding beter te begrijpen. De grote aantallen zelfdodingen die deze databank heeft maken het mogelijk om toe te werken naar een landelijke monitor. Om impact te maken op suïcidepreventie in Nederland, vertaalt een multidisciplinaire expertraad de belangrijkste bevindingen naar aanbevelingen voor de praktijk en het beleid in het sociaal domein en geestelijke gezondheidszorg. Dit onderzoek gaat over het naastenperspectief en beschrijft één kant van de medaille. Het perspectief van behandelaren ontbreekt en een lerend systeem is nodig om te kunnen leren van casussen in de GGZ.

6.2 Vervolgstappen

De zeggingskracht van de data van de PSA zal toenemen naarmate we jarenlang op een consistente en uniforme manier data blijven verzamelen. Met het groter worden van de dataset zullen we steeds beter uitspraken kunnen doen over specifieke subgroepen of onderwerpen zoals LHBTIQ+ of de zorg na een suïcidepoging. We zullen ons dan ook steeds meer gaan richten op analyses van subgroepen om zo nog gerichter aanbevelingen te kunnen geven voor praktijk en beleid in het sociaal domein en geestelijk gezondheidszorg. Daarnaast stellen de steeds grotere aantallen in onze databank ons in staat om in de nabije toekomst toe te werken naar een landelijke monitor op basis van een retrospectief, cross-sectioneel cohort. Dit betekent dat we niet alleen specifieke adviezen voor risicogroepen kunnen geven, maar ook in staat zijn om de gevolgen van nationaal beleid te monitoren en meer geavanceerde analyses uitvoeren (bijv. clusteranalyses en trendanalyses). Indien de aantallen het toelaten is onze ambitie om naast een landelijk beeld een regionaal beeld te presenteren. De eerste verkennende gesprekken zijn hierover gestart met een aantal GGD-regio's. Bij een regionaal beeld moet natuurlijk rekening worden gehouden met lagere aantallen suïcides op regioniveau en de daarmee gepaard gaande onbetrouwbaarheid. Een beleidscyclus van vier jaar maakt het echter mogelijk om een beeld te schetsen van de afgelopen vier jaar en daarmee haalbaar om een betrouwbaar regionaal beeld te maken over suïcides. Hierbij is onze ambitie om bij de beschrijving van het regionale beeld op termijn een combinatie te gebruiken van vragenlijst data en interview data omdat de ervaring leert dat dit leidt tot rijkere data en daarmee gepaard gaande concretere aanbevelingen.

6.3 Krachten en beperkingen van het onderzoek

Deze unieke vorm van dataverzameling is geïnspireerd op buitenlandse voorbeelden van onder andere Arensman en collega's,[34,35] Houston en collega's,[36] Portzky en collega's[24,25] en vele anderen, maar verder uitgewerkt en grootschaliger geïmplementeerd (landelijk, jarenlang) dan waar ook ter wereld. Wereldwijd is, voor zover bij ons bekend, nergens een retrospectief, cross-sectioneel cohort van zelfdodingen van deze omvang aanwezig. Met onze data kan zowel op landelijk niveau als in de toekomst op regionaal niveau worden geleerd van zelfdodingen en een preventieve aanpak voor belangrijke risicogroepen worden geformuleerd. De PSA-dataset biedt ook veel ruimte voor verdiepend vervolgonderzoek naar specifieke subgroepen of thema's.

Uit de analyses bleek dat suïcide zonder uitzondering een complex samenspel van factoren was. Veel van de factoren die nabestaanden associeerden met de zelfdoding waren te relateren aan de levensfase van de overledene, zoals bijvoorbeeld relaties, school, werk en financiën. Daardoor verschilden de factoren sterk tussen verschillende leeftijdsgroepen. In de wetenschap kun je saturatie in data sneller bereiken door *"homogene"* groepen te onderzoeken. Dat betekent dat je sneller inzicht krijgt op het moment dat je groepen onderzoekt die meer op elkaar lijken. Door de onderzoeksvragen apart te beantwoorden voor elke leeftijdsgroep, kregen we sneller een beeld van belangrijke thema's die spelen bij zelfdoding. Hoewel er nieuwe thema's aan het licht zijn gekomen, zoals 'een euthanasie aanvraag als voorloper van zelfdoding' en 'suïcidaliteit bij KOPP- en KOV-kinderen', is er ook sprake van saturatie in specifieke groepen. Zo wordt in dit onderzoek opnieuw duidelijk dat jongeren met een

ontwikkelingsstoornis vergelijkbare uitdagingen hebben doorlopen in hun leven, die met name samenhingen met een gebrek aan sociale verbinding en moeite met sociale en maatschappelijke transities. Het feit dat deze patronen en thema's weer aan bod komen is een signaal dat er nog veel winst te behalen valt door de implementatie van de aanbevelingen van onze expertraad te verbeteren.

Onze huidige variant van de psychosociale autopsie wordt uitgevoerd zonder gebruik te maken van een controlegroep. Dit betekent dat we niet kunnen concluderen dat bepaalde problemen een specifieke risicofactor zijn voor zelfdoding. Omdat een groot aantal items zijn afgeleid van o.a. de gezondheidsmonitors van de GGD, kunnen we de prevalentie in de onderzochte groep zelfdodingen wel afzetten tegen de prevalentie in de algehele bevolking. Hierdoor krijgen we een indruk van de omvang van het probleem in de groep overleden personen, echter is dit niet zo betrouwbaar als de vergelijking van percentages met een controlegroep.

Ten tweede is er bij psychosociale autopsie studies het risico op recall bias. Dit houdt in dat mensen niet meer precies weten wat er gebeurd is, met name als er vragen zijn naar specifieke details. Assink[37] stelt dat recall bias beperkter is bij gebeurtenissen met een sterk negatieve connotatie, wat bij zelfdoding ook het geval zou zijn. Ook door verschillende respondenten te includeren kan recall bias beperkt worden, maar dit is in onze studie niet altijd het geval geweest. Naast recall bias waren er bij sommige onderwerpen relatief hoge percentages 'weet ik niet' doordat de nabestaande geen weet had van de situatie. Deze informatiebias kan de betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid van de resultaten verminderen, waardoor de bevindingen minder robuust zijn. Bij een nieuwe versie van de vragenlijst kan hier beter rekening mee worden gehouden om de informatiebias te beperken.

Tot slot, de onderzoekers gebruiken een taalmodel om de kwalitatieve analyses uit te voeren. Dit is een innovatief gebied in wetenschappelijk onderzoek. Het is echter mogelijk dat het taalmodel zaken heeft gemist, die bij de controle door de onderzoekers niet zijn herkend als een gemis. Elk transcript is tenminste één keer doorgelopen om deze fouten te voorkomen. Het is hierbij echter makkelijker om te controleren wat het taalmodel *fout* heeft gedaan, dan om te ontdekken of er specifieke data ontbreekt.

6.4 Dankwoord

Onze dank gaat uit naar alle nabestaanden die hun verhaal hebben gedeeld ten behoeve van dit onderzoek. Zij hebben een dierbare verloren door zelfdoding, wat een zware ingrijpende gebeurtenis is. Wij waarderen het enorm dat zij met hun verhaal een bijdrage leveren aan preventie.

Ook bedanken wij de multidisciplinaire expertraad voor hun tijd, aandacht en ervaring. Zij hebben de bevindingen van dit rapport uitvoerig doorgenomen en het onderzoeksteam geholpen in het opstellen van aanbevelingen voor preventie. Daarmee vormen zij een onmisbare schakel in het proces van valorisatie van de psychosociale autopsie: van kennis naar waarde.

Referenties

1. Trimbos Instituut. Cijfers Alcohol [Internet]. 2023 [cited 2025 Feb 28]. Available from: https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/alcohol/
2. Informatie over Volksgezondheid en Zorg. Chronische aandoeningen en multimorbiditeit | Regionaal | Volwassenen [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 3]. Available from: https://www.vzinfo.nl/chronische-aandoeningen-en-multimorbiditeit/regionaal
3. Volkgsgezondheid en Zorg. Eenzaamheid | Leeftijd en geslacht [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 19]. Available from: https://www.vzinfo.nl/eenzaamheid/leeftijd-en-geslacht
4. Centraal Bureau voor de Statistiek. Schuldenproblematiek in beeld 2024 [Internet]. 2024 [cited 2025 Feb 28]. Available from: https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2024/48/schuldenproblematiek-in-beeld-2024
5. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Suïcidepreventie in de geestelijke gezondheidszorg [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 3]. Available from: https://www.igj.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg/suicidemeldingen-en-suicidepreventie
6. de Winter RF, Meijer CM, Enterman JH, Kool-Goudzwaard N, Gemen M, van den Bos AT, et al. A Clinical Model for the Differentiation of Suicidality: Protocol for a Usability Study of the Proposed Model. JMIR Res Protoc. 2023 Aug 11;12:e45438.
7. Long JC, Ruane C, Ellis LA, Lake R, Le Roux A, Testa L, et al. Networks to strengthen community social capital for suicide prevention in regional Australia: the LifeSpan suicide prevention initiative. Int J Ment Health Syst. 2022 Dec 7;16(1):10.
8. Shand FL, Torok M, Mackinnon A, Burnett ACR, Sharwood L, Batterham PJ, et al. Effectiveness of a Complex, Multi-Strategy Suicide Prevention Model to Reduce Self-Harm in the Population: A Stepped Wedge Cluster Randomized Trial. 2023;
9. Frances A. Save Trieste's mental health system. Lancet Psychiatry. 2021 Sep;8(9):744–6.
10. Fabiano N, Gupta A, Fiedorowicz JG, Firth J, Stubbs B, Vancampfort D, et al. The effect of exercise on suicidal ideation and behaviors: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Affect Disord. 2023 Jun;330:355–66.
11. Centraal Bureau voor de Statistiek. 1 862 zelfdodingen in 2023 [Internet]. 2024 [cited 2024 Jun 4]. Available from: https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2024/18/1-862-zelfdodingen-in-2023
12. World Health Organization. LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries. World Health Organization; 2021. 1–142 p.
13. Nock MK, Kazdin AE. Examination of affective, cognitive, and behavioral factors and suicide-related outcomes in children and young adolescents. J Clin Child Adolesc Psychol. 2002 Mar;31(1):48–58.
14. van Landschoot R, De Jaegere E, Rotsaert I, Witvrouwen B. INSIGHT study - Een case-control onderzoek bij 45-60 jarige suïcideslachtoffers in Vlaanderen. 2018.
15. Cha CB, Franz PJ, M. Guzmán E, Glenn CR, Kleiman EM, Nock MK. Annual Research Review: Suicide among youth – epidemiology, (potential) etiology, and treatment. J Child Psychol Psychiatry. 2018;59(4):460–82.
16. Hofstra E, van Nieuwenhuizen C, Bakker M, Özgül D, Elfeddali I, de Jong SJ, et al. Effectiveness of suicide prevention interventions: A systematic review and meta-analysis. General Hospital Psychiatry. Elsevier Inc.; 2019.
17. Centraal Bureau voor de Statistiek. Overledenen; zelfdoding (inwoners); diverse kenmerken [Internet]. 2024 [cited 2024 Jun 4]. Available from: https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/7022gza/table?fromstatweb
18. Setkowski K. When people fall through the cracks of despair - it is time to make a net of hope. Vrije Universiteit Amsterdam; 2023.
19. Heesen K. Learn to dance in the storm: prevention of depression in adolescents. [Rotterdam]: Erasmus University Rotterdam; 2021.
20. Balt E, Heesen K, Popma A, Gilissen R, Mérelle S, Creemers D. Guiding principles for the implementation of a standardized psychological autopsy to understand and prevent suicide: a stakeholder analysis. Front Psychiatry. 2023 Oct 31;14.
21. Arensman E, Bennardi M, Larkin C, Wall A, McAuliffe C, McCarthy J, et al. Suicide among Young People and Adults in Ireland: Method Characteristics, Toxicological Analysis and Substance Abuse Histories Compared. PLoS One. 2016 Nov 29;11(11):e0166881.

22. Arensman E, Larkin C, McCarthy J, Leitao S, Corcoran P, Williamson E, et al. Psychosocial, psychiatric and work-related risk factors associated with suicide in Ireland: optimised methodological approach of a case-control psychological autopsy study. BMC Psychiatry [Internet]. 2019;19(1):275. Available from: https://doi.org/10.1186/s12888-019-2249-6
23. GGD/GHOR. Kaarten Corona Gezondheidsmonitor Volwassen en Ouderen 2022 [Internet]. 2022 [cited 2024 Jun 7]. Available from: https://www.vzinfo.nl/atlas-vzinfo/kaarten-gezondheidsmonitor-volwassenen-en-ouderen#:~:text=Met%20de%20resultaten%20van%20het,Gezondheidsmonitor%20Volwassenen%20en%20Ouderen%202022.
24. Portzky G, Audenaert K, van Heeringen K. Suicide among adolescents. A psychological autopsy study of psychiatric, psychosocial and personality-related risk factors. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2005 Nov;40(11):922–30.
25. Portzky G, Audenaert K, van Heeringen K. Psychosocial and psychiatric factors associated with adolescent suicide: A case-control psychological autopsy study. J Adolesc. 2009 Aug;32(4):849–62.
26. Balt E, Salmi S, Bhulai S, Vrinzen S, Eikelenboom M, Gilissen R, et al. Deductively coding psychosocial autopsy interview data using a few-shot learning large language model. Front Public Health. 2025 Feb 19;13.
27. Statistics Netherlands. Non-public Microdata of Dutch inhabitants who died by suicide. Den Haag; 2023.
28. Trimbos. Nationale Drug Monitor [Internet]. 2022 [cited 2024 Jan 19]. Available from: https://www.nationaledrugmonitor.nl/
29. Centraal Bureau voor de Statistiek. Prevalentiemonitor Huiselijk Geweld en Seksueel Grensoverschrijdend gedrag 2024 [Internet]. 2024 [cited 2025 Feb 28]. Available from: https://www.cbs.nl/nl-nl/publicatie/2024/48/prevalentiemonitor-huiselijk-geweld-en-seksueel-grensoverschrijdend-gedrag-2024
30. Informatie over Volksgezondheid en Zorg. Mentale gezondheid | Regionaal | Prestatiedruk [Internet]. 2025 [cited 2025 Feb 28]. Available from: https://www.vzinfo.nl/mentale-gezondheid/regionaal/prestatiedruk
31. Informatie over Volksgezondheid en Zorg (vzinfo). Sociaaleconomische status | Regionaal | Inkomen [Internet]. 2023 [cited 2025 Feb 28]. Available from: https://www.vzinfo.nl/sociaaleconomische-status/regionaal/inkomen\
32. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Suïcides en suïcidepogingen binnen de ggz [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 3]. Available from: https://www.igj.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg/suicidemeldingen-en-suicidepreventie/suicides-en-suicidepogingen
33. Van Orden K, Witte T, Cukrowicz K, Braithwaite S, Selby E, Joiner T. The Interpersonal Theory of Suicide. Psychol Rev. 2010;117(2):575–600.
34. Arensman E, McAuliffe C, Corcoran P, Williamson E, O'Shea E, Perry I. First Report of the Suicide Support and Information System. Cork; 2012.
35. Arensman E, Wall A, McAuliffe C, Corcoran P, Williamson E, Duggan A, et al. Second report of the Suicide Support and Information System. Cork; 2013.
36. Houston K, Hawton K, Shepperd R. Suicide in young people aged 15–24: a psychological autopsy study. J Affect Disord [Internet]. 2001;63(1):159–70. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032700001750
37. Assink MHJ. Autobiographical Memory in Longitudinal Perspective: Stability and change of reported life-events over a five-year period [Thesis]. VU University Amsterdam; 2008.

Bijlage A. Gestratificeerde tabellen

Tabel 1. *Indicatoren met betrekking tot het domein publieke gezondheid, uitgesplitst per leeftijdsgroep[a,b] en geslacht[c]*

Indicatoren	Jonge man (n = 94)	Jonge vrouw (n = 68)	Middelbare man (n = 124)	Middelbare vrouw (n = 42)	Mannen (n = 268)	Vrouwen (n = 136)
Leefstijl, middelengebruik en lichamelijke problemen						
Dronk weleens alcoholische dranken	78.0%	69.2%	75.2%	75.0%	78.5%	74.4%
Deed aan binge drinking (ten minste 4-6 glazen alcohol op één dag)	32.5%	34.0%	34.3%	36.4%	34.1%	37.0%
Gebruikte in de 6 maanden voor overlijden harddrugs	17.9%	27.8%	9.6%	*	16.4%	21.4%
Gebruikte in de 6 maanden voor overlijden softdrugs	38.8%	46.3%	25.5%	31.6%	35.4%	40.9%
Had een (vermoedelijke) verslaving op het moment van overlijden	45.5%	44.1%	31.0%	25.0%	41.6%	36.0%
Had één of meer langdurige lichamelijke ziekten of aandoeningen	12.5%	37.3%	48.7%	62.5%	31.6%	43.9%
Had lichamelijke pijnklachten	19.0%	40.8%	44.3%	62.9%	35.2%	47.2%
Was in een bepaalde mate beperkt wegens problemen met de lichamelijke gezondheid	15.6%	44.4%	52.3%	65.8%	36.8%	48.3%
Sociale omgeving						
Ervaarde matig tot ernstige eenzaamheid ten tijde van overlijden	67.2%	84.4%	85.9%	88.2%	81.0%	86.9%
Maakte een relatiebreuk mee in het jaar voor overlijden	31.9%	27.9%	28.2%	28.6%	31.0%	32.4%
Ervaarde prestatiedruk in het jaar voor overlijden	45.7%	35.3%	22.6%	11.9%	32.5%	26.5%
Maakte een heftige ruzie mee in het jaar voor overlijden	23.4%	20.6%	27.4%	23.8%	25.0%	22.1%
Is gepest in het jaar voor overlijden	19.1%	26.5%	5.6%	*	11.9%	15.4%
Is slachtoffer geweest van fysiek geweld in hun leven	27.0%	56.0%	39.8%	44.1%	38.1%	50.9%
Maakte een seksueel ongewenste ervaring mee in hun leven	10.8%	62.2%	10.0%	50.0%	11.2%	55.7%

Is slachtoffer geweest van seksueel geweld in hun leven	6.7%	38.3%	9.1%	48.0%	9.0%	43.0%
Is in hun leven gepest	26.7%	35.3%	13.3%	14.3%	21.5%	25.9%
Werk, opleiding en de financiële situatie						
Had zich langer dan vier weken ziekgemeld in het jaar voor overlijden	20.0%	38.9%	41.8%	*	33.1%	34.1%
Voelde zich onder druk gezet door het werk voor school of studie	45.5%	73.3%				
Had in het jaar voor overlijden moeite met rondkomen van het eigen (huishoud)inkomen	22.5%	31.1%	28.9%	23.1%	31.5%	26.6%
Had schulden	15.4%	10.0%	22.6%	*	20.9%	11.9%
Verwachtte toekomstige financiële problemen	23.0%	14.9%	36.8%	20.0%	33.2%	21.9%
Ervaarde stress door ernstige financiële problemen in het jaar voor overlijden	11.7%	11.8%	21.8%	19.0%	19.4%	14.7%

[a]Wegens kleine aantallen worden de cijfers voor de groep van overleden dertigers niet uitgesplitst per geslacht gepresenteerd. De dertigers worden wel meegenomen voor de cijfers over de totale mannen en vrouwen groep.
[b]Wegens privacy redenen worden aantallen kleiner dan 5 niet gepresenteerd; * = 1, 2, 3 of 4 respondenten
[c]In deze tabel is de data van de jongeren die zich identificeerden als anders dan cisgender niet meegenomen

Tabel 2. *Indicatoren met betrekking tot het domein geestelijke gezondheid (zorg), uitgesplitst per leeftijdsgroep[a,b] en geslacht[c]*

Indicatoren	Jonge man (n = 94)	Jonge vrouw (n = 68)	Middelbare man (n = 124)	Middelbare vrouw (n = 42)	Mannen (n = 268)	Vrouwen (n = 136)
Praten over mentale gezondheid en hulp zoeken						
Overleed *out-of-the-blue*	21.3%	5.9%	16.9%	11.9%	17.5%	8.1%
Heeft zichzelf weleens opzettelijk pijn gedaan of verwond	38.2%	86.2%	20.0%	33.3%	30.6%	66.1%
Heeft eens of vaker een eerdere suïcidepoging gedaan	44.9%	81.4%	45.7%	62.2%	46.0%	70.6%
Kende andere mensen die ook bezig waren met zelfdoding	31.0%	71.4%	32.2%	40.7%	33.9%	61.1%
Kende iemand die is overleden door zelfdoding	39.7%	60.0%	64.0%	69.0%	53.6%	64.5%
Welzijn en zorg						
Had één of meerdere diagnose(s) voor psychische problemen	58.2%	89.5%	55.7%	76.5%	60.2%	85.2%
Depressieve stoornis	59,0%	76.5%	51.9%	57.7%	53.2%	63.3%
Autismespectrumstoornis	41.0%	43.1%	14.8%	3.8%	24.2%	25.5%
PTSS	12.8%	37.3%	9.3%	30.8%	12.1%	36.7%
Angststoornis	17.9%	25.5%	16.7%	19.2%	19.4%	24.5%
Heeft ooit een euthanasiewens uitgesproken	14.3%	52.6%	23.1%	47.4%	21.2%	48.7%
Gedurende hun leven zorg in de GGZ ontvangen	44.6%	80.0%	60.3%	76.2%	54.5%	79.5%
Ten tijde van overlijden zorg in de GGZ ontvangen	27.8%	58.8%	38.3%	50.0%	36.3%	54.8%
Ontving een psychologische behandeling of andere vorm van therapie op het moment van overlijden	26.1%	57.4%	41.7%	47.2%	35.9%	54.2%
Er was aandacht voor suïcidaliteit in deze psychologische behandeling of therapie	80.0%	80.0%	77.8%	70.0%	82.4%	75.0%

Kreeg medicijnen voorgeschreven voor een psychische/psychiatrische aandoening op het moment van overlijden	45.1%	71.4%	67.9%	83.8%	62.7%	78.3%
Was uitbehandeld verklaard	10.0%	24.5%	20.5%	21.9%	15.5%	23.8%
Stond op een wachtlijst voor behandeling in de GGZ	11.2%	20.3%	19.0%	27.8%	15.9%	23.1%
De nabestaande was betrokken bij de hulpverlening aan de overledene	33.3%	29.5%	34.7%	25.0%	33.3%	27.0%

[a]Wegens kleine aantallen worden de cijfers voor de groep van overleden dertigers niet uitgesplitst per geslacht gepresenteerd. De dertigers worden wel meegenomen voor de cijfers over de totale mannen en vrouwen groep.
[b]Wegens privacy redenen worden aantallen kleiner dan 5 niet gepresenteerd; * = 1, 2, 3 of 4 respondenten
[c]In deze tabel is de data van de jongeren die zich identificeerden als anders dan cisgender niet meegenomen

Tabel 3. *Verdeling van diagnoses voor individuen met een diagnose voor psychische problemen, gesplitst per leeftijdsgroep en de totale groep*[a]

Diagnose	Jongeren (n = 96)	Dertigers (n = 52)	Middelbare leeftijd (n = 80)	Totaal (n = 228)
Aanpassingsstoornis	0.0%	0.0%	*	*
ADHD	12.5%	19.2%	8.7%	12.7%
Alcoholverslaving of misbruik alcohol	11.5%	17.3%	11.2%	12.7%
Autismespectrumstoornis	43.8%	15.4%	11.2%	25.9%
Bipolaire stemmingsstoornis	8.3%	*	17.5%	11.4%
Depressieve stoornis	69.8%	44.2%	53.8%	58.3%
Drugsverslaving of misbruik drugs	17.7%	21.2%	8.7%	15.4%
Dwangstoornis (OCD)	6.2%	*	*	3.9%
Eetstoornis	25.0%	*	*	13.2%
Hechtingsstoornis	9.4%	*	12.5%	9.2%
Oppositioneel-opstandige gedragsstoornis	*	0.0%	*	*
Persoonlijkheidsstoornis	16.7%	15.4%	22.5%	18.4%
PTSS	26.0%	26.9%	16.2%	22.8%
Schizofrenie/psychotische stoornis	13.5%	15.4%	8.7%	12.3%
Sociale angststoornis/paniekstoornis/ gegeneraliseerde angststoornis/fobie	22.9%	26.9%	17.5%	21.9%
Somatoforme stoornis	*	*	*	3.5%
Trekken van persoonlijkheidsstoornis	7.3%	9.6%	*	7.0%

[a]Wegens privacy redenen worden aantallen kleiner dan 5 niet gepresenteerd; * = 1, 2, 3 of 4 respondenten

Bijlage B. Demografische representativiteit gestratificeerd

Tabel 1a. *Demografie van de groep <30 jaar oud in de PSA vergeleken met CBS-data*

	PSA-data <30 jaar (2020-2024) (n=171)		CBS-data <30 jaar (2021-2023) (n=879)	
	n	%	n	% (uk.rm)
Gender[a]				
Man	93	54%	607	69%
Vrouw	68	40%	272	31%
Non-binair, ander gender	10	6%	0	0%
Onbekend	0		0	
Migratieachtergrond				
Nederlands	141	88%	593	67%
Migratieachtergrond	20	12%	286	33%
Migrant	4	2%	131	15%
Kind van migrant	16	9%	155	18%
Onbekend	10		0	
Burgerlijke staat				
Single, nooit getrouwd	149	93%	863	98%
Gehuwd, samenwonend	9	6%	*	
Gescheiden, gescheiden levend	2	1%	*	
Verweduwd	0	0%	*	
Onbekend	11		0	
Huishoudsamenstelling				
Alleen zonder kinderen	44	26%	348	42%
Alleen met kinderen	7	4%	*	
Stel zonder kinderen	11	6%	65	8%
Stel met kinderen	1	1%	*	
Kind bij ouders	76	45%	366	44%
Anders, bijvoorbeeld psychiatrisch ziekenhuis	31	18%	46	6%
Onbekend	1		0	
Opleidingsniveau				
Laag	58	37%	342	41%
Midden	79	51%	386	47%
Hoog	19	12%	97	12%
Onbekend	15		54	
Methode van zelfdoding				
Verhanging, verwurging	64	40%	393	45%
Vergiftiging	23	14%	128	15%
Zelfdoding op het spoor	51	32%	204	23%
Van hoogte springen	7	4%	81	9%

Verdrinking	4	2%	28	3%
Anders, bijvoorbeeld met een (vuur)wapen	12	7%	45	5%
Onbekend	10		0	
Woonplaats				
Noord Brabant	30	18%	141	16%
Zuid Holland	36	22%	192	22%
Noord Holland	21	13%	127	14%
Gelderland	26	16%	105	12%
Utrecht	14	8%	66	8%
Overijssel	11	7%	67	8%
Friesland	5	3%	32	4%
Groningen	8	5%	39	4%
Drenthe	7	4%	21	2%
Limburg	3	2%	51	6%
Flevoland	3	2%	23	3%
Zeeland	3	2%	13	1%
Onbekend	4		0	

[a] Onder genderidentiteit 'anders' vallen alle personen die niet cisgender waren, waaronder hoofdzakelijk non-binaire personen en transgender personen waren.

Tabel 1b. *Demografie van de groep 30-40 jaar oud in de PSA vergeleken met CBS-data*

	PSA-data 30-40 jaar (2020-2024) (n=77)		CBS-data 30-40 jaar (2021-2023) (n=763)	
	n	%	n	% (uk.rm)
Gender[a]				
Man	51	66%	553	72%
Vrouw	26	34%	210	28%
Non-binair, ander gender	0	0%	0	0%
Onbekend	0		0	
Migratieachtergrond				
Nederlands	65	87%	518	68%
Migratieachtergrond	10	13%	245	32%
Migrant	4	5%	148	19%
Kind van migrant	6	8%	97	13%
Onbekend	2		0	
Burgerlijke staat				
Single, nooit getrouwd	54	70%	590	90%
Gehuwd, samenwonend	13	17%	*	
Gescheiden, gescheiden levend	10	13%	63	10%
Verweduwd	0	0%	*	
Onbekend	0		0	0%

Huishoudsamenstelling				
Alleen zonder kinderen	41	54%	399	61%
Alleen met kinderen	3	4%	24	4%
Stel zonder kinderen	12	16%	59	9%
Stel met kinderen	4	5%	128	20%
Kind bij ouders	8	11%	*	
Anders, bijvoorbeeld psychiatrisch ziekenhuis	8	11%	41	6%
Onbekend	1			
Opleidingsniveau				
Laag	12	16%	151	22%
Midden	40	55%	347	51%
Hoog	21	29%	187	27%
Onbekend	4		78	
Methode van zelfdoding				
Verhanging, verwurging	36	47%	393	52%
Vergiftiging	14	18%	147	19%
Zelfdoding op het spoor	11	14%	90	12%
Van hoogte springen	9	12%	63	8%
Verdrinking	1	1%	22	3%
Anders, bijvoorbeeld met een (vuur)wapen	5	7%	48	6%
Onbekend	1		0	
Woonplaats				
Noord Brabant	18	23%	134	18%
Zuid Holland	4	5%	140	19%
Noord Holland	13	17%	123	17%
Gelderland	11	14%	89	12%
Utrecht	7	9%	52	7%
Overijssel	5	6%	48	7%
Friesland	6	8%	30	4%
Groningen	3	4%	33	5%
Drenthe	3	4%	30	4%
Limburg	4	5%	50	7%
Flevoland	2	3%	*	
Zeeland	1	1%	*	
Onbekend	0			

[a] Onder genderidentiteit ‘anders’ vallen alle personen die niet cisgender waren, waaronder hoofdzakelijk non-binaire personen en transgender personen waren.

Tabel 1c. Demografie van de groep 40-70 jaar oud in de PSA vergeleken met CBS-data

	PSA-data 40-70 jaar (2020-2024) (n=165)		CBS-data 40-70 jaar (2021-2023) (n=2983)	
	n	%	n	% (uk.rm)
Gender[a]				
Man	123	75%	2048	69%
Vrouw	42	25%	935	31%
Non-binair, ander gender	0	0%	0	0%
Onbekend	0		0	
Migratieachtergrond				
Nederlands	143	89%	2505	72%
Migratieachtergrond	17	11%	478	14%
Migrant	7	4%	297	9%
Kind van migrant	10	6%	181	5%
Onbekend	5		0	
Burgerlijke staat				
Single, nooit getrouwd	43	27%	1154	54%
Gehuwd, samenwonend	82	51%	1001	46%
Gescheiden, gescheiden levend*	34	21%	*	
Verweduwd	3	2%	*	
Onbekend	3			
Huishoudsamenstelling				
Alleen zonder kinderen	68	41%	1404	47%
Alleen met kinderen	25	15%	198	7%
Stel zonder kinderen	43	26%	693	23%
Stel met kinderen	15	9%	562	19%
Kind bij ouders	1	1%	64	2%
Anders, bijvoorbeeld psychiatrisch ziekenhuis	13	8%	71	2%
Onbekend	0		0	
Opleidingsniveau				
Laag	42	28%	563	29%
Midden	55	36%	749	39%
Hoog	55	36%	612	32%
Onbekend	13		1059	
Methode van zelfdoding				
Verhanging, verwurging	79	49%	1453	49%
Vergiftiging	39	24%	666	22%
Zelfdoding op het spoor	15	9%	249	8%
Van hoogte springen	10	6%	217	7%

Verdrinking	6	4%	141	5%
Anders, bijvoorbeeld met een (vuur)wapen	12	7%	257	9%
Onbekend	4		0	
Woonplaats				
Noord Brabant	28		464	16%
Zuid Holland	28		548	18%
Noord Holland	23		479	16%
Gelderland	20		372	13%
Utrecht	14		213	7%
Overijssel	11		210	7%
Friesland	10		137	5%
Groningen	11		121	4%
Drenthe	7		81	3%
Limburg	3		208	7%
Flevoland	3		59	2%
Zeeland	2		79	3%
Onbekend	5		12	

[a] Onder genderidentiteit ‘anders’ vallen alle personen die niet cisgender waren, waaronder hoofdzakelijk non-binaire personen en transgender personen waren.