



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Van woorden naar daden: (doen) wat werkt in suïcidepreventie

Gilissen, R.

Citation

Gilissen, R. (2025). *Van woorden naar daden: (doen) wat werkt in suïcidepreventie*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/4248085>

Version: Publisher's Version

License: [Leiden University Non-exclusive license](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/4248085>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Prof. dr. Renske Gilissen

Van woorden naar daden: (doen) wat werkt in suïcidepreventie



Universiteit
Leiden

Bij ons leer je de wereld kennen

Van woorden naar daden: (doen) wat werkt in suïcidepreventie

Oratie uitgesproken door

Prof. dr. Renske Gilissen

bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar in de

Suïcidepreventie

aan de Universiteit Leiden

vanwege de Stichting 113 Zelfmoordpreventie

op maandag 26 mei 2025



**Universiteit
Leiden**

Mevrouw de Rector Magnificus, geacht Faculteitsbestuur, Raad van Bestuur van 113 Zelfmoordpreventie, leden van het Curatorium van deze bijzondere leerstoel, hooggeleerde collega's, zeer gewaardeerde toehoorders, familie en vrienden. Vandaag spreek ik mijn oratie uit met als titel "Van woorden naar daden: (doen) wat werkt in suïcidepreventie".

Voordat ik begin wil ik graag zeggen dat het gaat over een belangrijk maar ook verdrietig onderwerp: suïcide. Bijna iedereen heeft er direct of indirect mee te maken gehad. Het is helemaal oké als u merkt dat het u raakt: Praat na afloop met iemand of loop even weg. En laten we ook op elkaar letten.

Suïcidepreventie: Kunnen we het beter doen of doen we het eigenlijk best al goed? Ik wil u graag meenemen in de grote stappen die er al zijn gezet. En in de belangrijke uitdagingen en kansen die er liggen. Zowel binnen als buiten de zorg.

Om met een voorbeeld te beginnen. Een jongen van 13 jaar had periodes van somberheid, boosheid en gaf aan soms niet meer te willen leven. In september 2023 bleek dat hij ook aan zelfbeschadiging deed, waarop er direct contact werd opgenomen met de huisarts. Er volgde een gesprek met de huisarts en een verwijzing naar de GGZ. Een maand later kwam er een bericht van de praktijkondersteuner over mogelijke hulp, met een wachttijd van 120 dagen. Na het telefonische intakegesprek wezen ze hem echter af, want hij was "te zwaar" voor basis GGZ. Zij konden hem niet aannemen vanwege de kans op een suïcidepoging. Dus weer terug bij de huisarts die een verwijzing zou regelen voor de specialistische GGZ. December 2023, na herhaaldelijk bellen, komt er bericht en blijkt dat de specialistische GGZ hem "te licht" vindt. Dit keer zonder een intake, dus zonder hem te hebben gesproken. Weer een afwijzing. Met reactie van de jongen "Zie je, niemand wil mij helpen". De gedachte iedereen tot last te zijn, wat juist zo speelt bij suïcidaliteit, werd hier alleen maar mee versterkt. Vier maanden later is hij nog nergens in zorg, én staat zelfs nog nergens op een wachtlijst. "De problemen komen van langere tijd, dus

wachten op zorg moet toch ook te overbruggen zijn", "Luister, als hij dood wil dan doet hij dat toch wel". Dit zijn zinnen die worden gezegd. Eind februari 2024 een intakegesprek, nu toch weer bij de basis GGZ. De psycholoog in basis GGZ zegt ook weer eigenlijk niet de zorg te kunnen bieden die hij nodig heeft vanwege suïcidaliteit en dat hij moet worden doorverwezen naar de specialistische GGZ. 1 mei 2024, inmiddels 8 maanden later, een bericht van de praktijkondersteuner: "Goedemorgen, op het moment heb ik even de vraag bij de huisarts neergelegd voor een verwijzing naar de specialistische GGZ, echter heb ik niet vernomen of dit is gelukt. Mogelijk is de huisarts op vakantie"... En zo draaide het proces opnieuw in rondjes, zonder enige concrete vooruitgang richting passende hulp.

Dit is een voorbeeld uit de Nederlandse praktijk dat laat zien dat er nog heel wat te verbeteren valt aan de toegang tot zorg. Het is uiteraard belangrijk dat iedereen die zorg nodig heeft, die ook op tijd en op de juiste plek krijgt. Ik bedoel hier zorg in brede zin, dus ook laagdrempelige hulp buiten de GGZ. Helaas zien wij in ons onderzoek vaker dat suïcidale gedachten of een kans op het doen van een poging een reden is om iemand niet in zorg te nemen, helemaal bij mensen met meerdere psychische problemen (Balt, Vrinzen et al., 2025). Mensen met de grootste problemen krijgen niet vanzelfsprekend zorg, en ook niet de beste of meeste zorg. We weten dat goede continuïteit van zorg veel bewezen gunstige effecten heeft, zoals minder zorggebruik, minder zorgkosten én minder sterfte (Maarsingh, 2025). Alle reden dus om de samenwerking en netwerken te versterken zodat niemand van het kastje naar de muur wordt gestuurd of tussen wal en schip valt.

Mensen met suïcidaliteit zoeken zelf ook niet altijd hulp. Dit komt vaak doordat mensen zich schamen of doordat er een stigma heerst vanuit de familie of samenleving (Memon et al., 2016; Augsberger et al., 2015). Ook ziet niet iedereen de noodzaak van zorg (Han et al., 2018), of heeft men het beeld of de voorkeur om het zelf op te lossen (Parslow et al., 2011, Han et al., 2018), vooral bij mannen (van der Burgt et al., 2023). Het

verminderen van stigma en het bieden van laagdrempelige hulp is daarom heel belangrijk.

In 2024 signaleerde het RIVM een toename in huisartsbezoeken met suïcidaliteit onder jongeren in Nederland (RIVM, 2024). Dit klinkt zorgelijk maar kan tegelijkertijd bemoedigend zijn. Het kan zijn dat jongeren zich nu minder schamen, ze minder het gevoel hebben het alleen op te moeten lossen en ze meer inzien dat erover praten helpt. En ze daarom vaker naar de huisarts gaan. Ook kan het een goed teken zijn dat de huisarts het nu meer signaleert en nu vaker de vraag naar zelfdodingsgedachten stelt dan voorheen. Beide kunnen tekenen zijn dat het taboe er af gaat en we er steeds meer en beter over kunnen praten.

Hoewel het maatschappelijke belang van preventie van suïcide in Nederland steeds meer erkend wordt, liggen er nog veel vragen over hoe het aantal suïcides te verminderen. Iedere dag overlijden er in Nederland vijf mensen door suïcide. Het aantal niet-fatale suïcidepogingen wordt in Nederland nog niet goed geregistreerd, maar volgens een schatting gaat het om ongeveer 40.000 pogingen per jaar (113 Zelfmoordpreventie, 2024). Hiervan komen er zo'n 11.000 op de spoedeisende hulp (Van der Does et al., 2020). Zelfdoding komt het meest voor onder mannen van middelbare leeftijd en is doodsoorzaak nummer 1 onder jongeren tussen de 10 en 30 jaar (CBS/Statline). Het aantal suïcides en suïcidepogingen neemt in deze jonge leeftijdsgroep helaas toe (CANS, 2024; CBS, 2024).

Het voorbeeld uit de praktijk dat ik net noemde, geeft aan dat er in de (toegang tot) zorg echt nog kansen liggen. Maar het is uiteraard niet alleen aan de zorg; ook buiten de zorg liggen er veel kansen om suïcides te voorkomen. Reason beschreef een mooi metafoor met Zwitserse kaasplakken (Reason 1990). Elke kaasplak vertegenwoordigt een preventieve maatregel, maar bevat ook gaten waar iemand doorheen kan glippen. Wanneer meerdere kaasplakken achter elkaar worden gelegd, kan iemand door het ene gat glippen, maar kan de volgende plak, die wel effectief is voor die persoon, een suïcidepoging voor-

komen. Er ligt dus een grote kans voor ons om zicht te krijgen op het netwerk van kaasplakken, of terwijl preventieve maatregelen, die nodig zijn dat iemand niet meer door de 'gaten' heen kan glippen. En, net zo belangrijk, om zicht te krijgen op welke gaten er zijn, hoe groot ze zijn en hoe we die zo klein mogelijk kunnen maken. We willen én steeds minder gatenkaas, én de juiste kaasplakken én de juiste hoeveelheid kaasplakken.

Over de uitdagingen en kansen die er liggen om bij dit doel te komen vertel ik straks. Ik begon met de zin dat er al grote stappen zijn gezet. Dat vind ik ook echt. In 2009 is 113 Zelfmoordpreventie opgericht door Jan Mokkenstorm. In bijna 16 jaar tijd is het 113 gelukt om 24 uur per dag ondersteuning te bieden aan mensen met suïcidaliteit. Bij elkaar gaat het inmiddels om minimaal 1 miljoen hulpvragen; tegenwoordig meer dan 500 hulpvragen per dag. Hiernaast hebben we drie landelijke suïcidepreventie agenda's gecoördineerd en werken we nu aan de vierde met een gedragen aanpak van preventieve interventies. We hebben een Academy die steeds meer mensen traint in het voeren van het gesprek over zelfdoding, een communicatieafdeling die het is gelukt dat onder vrijwel elk bericht in de media over suïcidaliteit een banner van 113 staat, de naamsbekendheid van 113 nu 86% is, middels publiekscampagnes de bewustwording wordt vergroot om het taboe te doorbreken, we de grootste onderzoeksgroep op dit gebied hebben in het land en zo inzichten voor effectieve suïcidepreventie blijven verbeteren, én er door initiatief van 113 zelfs in 2024 een wet is aangenomen waardoor het een plicht is van de overheid om zich in te zetten voor suïcidepreventie.

Het is dus gelukt dat suïcidepreventie steeds serieuzer wordt opgepakt. En toch is het nog niet gelukt om tot minder suïcides te komen. Hier ligt wat mij betreft de nadruk op het woord NOG. Het is ons nog niet gelukt, maar ik ben heel optimistisch dat het in de toekomst wel gaat lukken. Het heeft grotendeels te maken met de complexiteit van de problematiek zelf en de uitdagingen die er liggen in het aantonen van de effectiviteit en de implementatie van de kennis in de praktijk.

Wat betreft het eerste: Oorzaak van en aanleiding(en) tot suicide zijn complex. Dit betekent dat bijna iedereen een eigen verhaal heeft waarom diegene geen andere uitweg meer zag. Er is vaak een bepaalde kwetsbaarheid aangevuld met externe stressfactoren die maken dat iemand op het moment van de poging geen andere mogelijkheid meer ziet dan de dood. Of anders gezegd, geen mogelijkheid meer ziet hoe te leven. Doordat er niet 1 oorzaak of aanleiding is, is er ook niet 1 knop waar we aan kunnen draaien om het te verminderen. Het probleem is complex en dus de oplossing ook.

Extra complex maakt het dat niet alleen persoonlijke factoren, maar ook externe factoren, dus dingen buiten de persoon zelf, kunnen bijdragen aan meer of minder suicides. Dit zijn vooral factoren die te maken hebben met stigma of met iemands onzekerheid over bestaan of toekomst. Tijdens een economische crisis bijvoorbeeld neemt het aantal suicides vaak toe, door een toename in risicofactoren als bestaansonzekerheid, financiële problemen en werkloosheid (Sinyor et al., 2024). En ook culturele en maatschappelijke factoren zoals veranderende sociale cohesie, het gezamenlijke “wij gevoel”, hebben invloed op de cijfers (Pirkis et al., 2024).

Goed nieuws is dat er in Nederland onder specifieke groepen een daling in het aantal suicides is te zien. Mensen van middelbare leeftijd overlijden het vaakst door suicide, maar daar zien we de laatste 10 jaar een daling van 14% (CANS, 2024).

Wat is goede suicidepreventie?

Omdat suicidaliteit dus zo’n complex probleem is, waarbij de achtergrond en aanleiding voor iedereen weer anders is, kan het niet anders dan dat de oplossing ervan ook niet eenduidig of eenvoudig is. Het mooie is wel dat iedereen eraan mee kan doen. Een docent die signaleert dat een leerling veel afwezig is, een vriend die zegt “ik blijf vannacht bij je”, een maatschappij die erkent dat het niet vrijblijvend maar vanzelfsprekend is om suicidepreventie maatregelen in te zetten, dit zijn slechts enkele voorbeelden. De Wereld Gezondheidsorganisatie adviseert dat

landen meerdere maatregelen inzetten, afgestemd op hun eigen cultuur en samenleving (World Health Organization, 2014; 2021). Samenwerking tussen de overheid, het maatschappelijk domein en de gezondheidszorg is daarbij heel belangrijk, zowel op nationaal als op lokaal niveau.

Zo’n aanpak moet bestaan uit meerdere preventieve maatregelen, de eerdergenoemde kaasplakken, die geïmplementeerd worden op meerdere preventieniveaus: universeel, selectief en geïndiceerd (WHO 2021; Zalsman 2016, Van der Feltz Cornelis 2011). Preventie op het eerste niveau, universele preventie, richt zich op iedereen, de hele bevolking. Voor suicidepreventie is er op het universele niveau het meeste bewijs voor het beperken van de toegang tot dodelijke middelen. Het minder eenvoudig beschikbaar maken van dodelijke middelen, of het opleggen van fysieke barrières, geeft mensen de tijd om een acute crisis te overbruggen (WHO, 2021). Ook is er bewijs voor universele lesprogramma’s op scholen die de mentale gezondheid bevorderen. Minder bewijs, maar wel aanbevolen zijn campagnes die kunnen helpen om het stigma en taboe rond suicide te doorbreken. Ook de media hebben hierin een belangrijke rol. Voor verantwoorde berichtgeving is het aanbevolen dat de mediarijlijn wordt gevolgd, ook in lokale kranten en sociale media.

Het 2^e preventieniveau, betreft selectieve preventie. Bij sommige mensen komt zelfdoding meer voor dan bij anderen. Zoals mensen met een uitkering, schulden, eenzaamheid of psychische problemen. Voor hen is het belangrijk dat mensen om hen heen signalen herkennen en het gesprek aangaan. Belangrijke maatregelen zijn hier het trainen van bijvoorbeeld politiemedewerkers, sociale diensten, schuldhulpverlening, bedrijfsartsen, Arboartsen, vertrouwenspersonen, decanen en uiteraard huisartsen en ziekenhuismedewerkers. Ook in Nederland zijn positieve effecten gevonden van de gatekeepertraining (Terpstra et al., 2018). Het derde niveau, geïndiceerde preventie, richt zich op zo goed mogelijke zorg en nazorg voor mensen met suicidaliteit. Door onder andere evidente psy-

chotherapeutische- en farmacologische zorg, goede nazorg na een suïcidepoging en het beschikken over een hulplijn (WHO 2021, Platt et al., 2019; Schlichthorst et al., 2022; Sinyor et al., 2024; Zalsman et al., 2016).

Een veelbelovend raamwerk is LifeSpan uit Australië (Shand et al., 2020; preprint 2024). Zij hebben een model met negen universele, selectieve en geïndiceerde maatregelen geïmplementeerd in vier regio's. Het heeft na twee jaar geleid tot een vermindering in suïcidepogingen van 12%. Het raamwerk is gestructureerd rond vindplaatsen en richt zich op de geestelijke gezondheidszorg, de ziekenhuizen, huisartsen, het onderwijs, de media, mensen die het eerst ter plaatse zijn zoals politiemedewerkers, en naasten. In vergelijking met eerdere raamwerken, legt LifeSpan hiernaast een sterk accent op het opbouwen en ondersteunen van regionale samenwerkingsverbanden (Shand et al., 2020, 2024). De lokale netwerken die precies nodig zijn zodat niemand tussen wal en schip valt. Dit raamwerk is nu ook de basis waar vanuit gewerkt gaat worden in Nederland en de vierde Landelijke Agenda Suïcidepreventie.

Waar liggen de grootste uitdagingen?

Het onderzoek naar suïcidaliteit is in de afgelopen 50 jaar aanzienlijk toegenomen. Volgens Pubmed, een zoekprogramma van wetenschappelijke artikelen, waren er in 1980 605 publicaties over suïcide, in 2024 waren dit er 8.317! Hoewel de kennis over suïcidaliteit en suïcidepreventie flink is toegenomen, zien wij dit nog niet terug in minder suïcides. Dit is niet gek voor zo'n complex probleem, maar wel goed om de uitdagingen te benoemen, te erkennen en daarmee hopelijk grote stappen te zetten. De uitdagingen liggen aan de ene kant aan uitdagingen in het aantonen van de effectiviteit zelf en aan de andere kant aan uitdagingen in de implementatie van de kennis in de praktijk. Voor de structuur, waar ik van hou, heb ik de uitdagingen gegroepeerd in drie "hoofd uitdagingen".

Uitdaging 1: Hoe verbeteren we het onderzoek om de effectiviteit van interventies aan te tonen?

Het is belangrijk om op bewijs gebaseerde, effectieve interventies te implementeren. Dit klinkt vanzelfsprekend, maar dit is helaas nog verre van vanzelfsprekend in het suïcidepreventieveld en dat ligt met name aan de problemen rondom de studies op dit gebied. Ik noem een aantal belangrijke:

- a) Suïcide is relatief zeldzaam. Hoewel wij een aantal van vijf suïcides per dag in Nederland natuurlijk veel te hoog vinden, is het aantal laag voor het aantonen van de effectiviteit van interventies op het verminderen van suïcides, doordat het moeilijk is om voldoende gegevens te verzamelen om statistisch significante verschillen aan te tonen. Vanwege het relatief kleine aantal gevallen, doen we effectiviteitsstudies met uitkomstmaten die meer voorkomen, zoals suïcidepogingen en suïcidale gedachten, maar hier blijft veel verborgen, binnenshuis, niet gesignaleerd of -goed geregistreerd.
- b) Pas op met conclusies met overige uitkomstmaten. Effectiviteitsstudies gebruiken vaak uitkomstmaten die nog verder van suïcides zelf af liggen, maar enigszins eraan gerelateerd zijn, zoals iemands hulpzoekgedrag. We zijn geneigd suïcide, suïcidepogingen en suïcidale gedachten allemaal bij elkaar te nemen in 1 begrip: suïcidaliteit. Maar we moeten ons bewust zijn dat het om overlappende, maar deels ook *andere* groepen gaan en er niet dezelfde conclusies aan getrokken kunnen worden. Kenmerken van mensen die overlijden door suïcide zijn anders dan kenmerken van mensen die een poging doen, of de veel grotere groep met suïcidale gedachten. Als je wil weten welke interventie effectief is op het aantal suïcides, dan zal je uitkomstmaat het aantal suïcides moeten zijn. Als je wil weten welke interventie effectief is op het aantal suïcidepogingen, dan zal je uitkomstmaat het aantal suïcidepogingen moeten zijn, en idem dito voor gedachten en verder afgelegen uitkomstmaten.

c) Timing en momentum: Suïcidaliteit fluctueert over de tijd. Binnen een individu kunnen de gedachten enorm schommelen per week, dag, per uur en zelfs per seconde en deze variabiliteit verschilt tussen mensen (o.a. Kivelä et al., 2022). Dit wetende, maakt een meting van een toe- of afname van suïcidale gedachten op een moment enkel een momentopname. Bovendien werken verschillende interventies mogelijk beter in verschillende stadia van iemands suïcidale gedachten of gedrag. Zo kunnen crisisinterventies op korte termijn helpen bij acute suïcidaliteit, maar zijn waarschijnlijk andere interventies nodig bij persisterende suïcidaliteit. Nog een factor qua timing: effecten op zowel gedachten als gedrag kunnen op korte termijn niet zichtbaar zijn, maar zouden wel zichtbaar kunnen zijn op de langere termijn (en andersom), dus het tijdstip wanneer je een eindmeting doet in je onderzoek is cruciaal voor je resultaat.

d) (On)betrouwbare zelfrapportage. Door onder andere de wisselende gemoedstoestand, het stigma, schaamte en taboe, maar ook de “grijze gebieden” wat men zelf beschouwd als suïcidale gedachten of een suïcidepoging, is zelfrapportage niet altijd valide. Wat iemand verstaat onder bepaalde termen, als “ik zie het niet meer zitten”, of hoe iemand “een poging tot suïcide” interpreteert, kan sterk verschillen.

e) Heterogeniteit van mensen met suïcidaliteit: Mensen met suïcidaliteit hebben zeer diverse achtergronden en omstandigheden. Wat voor de één werkt, werkt mogelijk niet voor een ander. Een enkele interventie zal daarom ontoereikend zijn voor iedereen. Dit is een reden voor het doen van interventies op meerdere niveaus, met meerdere kaaspakketten. Maar ook voor meer onderzoek naar verschillende profielen van suïcidaliteit en wat werkt voor wie. U kunt u voorstellen dat er andere kaaspakketten nodig zijn voor een man van

in de 60 met autisme en suïcidale gedachten dan een vrouwelijke tiener met een persoonlijkheidsstoornis en suïcidale gedachten.

f) Associatie is geen causatie. Veel studies tonen een samenhang aan tussen een bepaalde factor en suïcidaliteit, deze samenhang zegt echter niks over oorzaak en gevolg. Een voorbeeld is dat wij veel suïcides zien onder mensen met een uitkering of mensen die gescheiden zijn (Gilissen et al., 2013, Berkmans et al., 2021). Maar we weten niet wat het kip of het ei is: Zorgde een uitkering voor de suïcidaliteit of zorgde de suïcidaliteit dat men niet kon werken? Of: zorgde de scheiding voor de suïcidaliteit of zorgde de suïcidaliteit dat de relatie stuk liep? Beide kanten zullen aan de hand zijn, maar de volgorde van de effecten blijven in dit soort studies onbekend, dus we moeten voorzichtig zijn om hier conclusies aan te verbinden.

g) Kleine individuele effecten: Het klinkt teleurstellend, maar als er al effecten gevonden zijn van interventies ter preventie van suïcide, dan zijn de gevonden individuele effecten klein. Sommige interventies, zoals cognitieve gedragstherapie of middelen restrictie, hebben kleine effecten op het verminderen van suïcide. Echter, ze kunnen bijdragen aan een bredere, cumulatieve impact wanneer ze gecombineerd worden met andere maatregelen. Goede voorbeelden zijn de enorme successen die er zijn geboekt in de sterfgevallen in het verkeer of door AIDS. Een enkele maatregel, zoals een brommerhelm in het verkeer of condoomgebruik om een hivbesmetting te voorkomen, draagt zeker bij, maar het is vooral de combinatie van meerdere maatregelen die systematisch en samen zijn uitgevoerd, die tot de enorme dalingen in sterfte hebben geleid.

h) Hiernaast dragen al bovenstaande factoren bij aan dat individuele effecten afwezig of klein lijken, terwijl dit

niet hoeft te betekenen dat de effecten ook daadwerkelijk afwezig of klein zijn. Het kan bijvoorbeeld goed dat door de heterogeniteit van suïcidaliteit de effecten eigenlijk wel groot zijn bij sommige mensen of in een subgroep en dat we die nu niet zien omdat we de resultaten bij een veel bredere groep meten.

Uitdaging 2: Welke combinatie van maatregelen zijn nodig?

Zoals eerder vermeld, kent suïcidaliteit een multifactoriële aard en komt bijna altijd voort uit een combinatie van een kwetsbaarheid (zoals psychische stoornissen, trauma, biologische factoren) met externe stressoren, zoals het gevoel er niet bij te horen, prestatiedruk, financiële problemen en gebrek aan zingeving (O'Connor & Kirtley, 2018). Geen enkele interventie kan al deze factoren tegelijkertijd aanpakken, dus je hebt er meerdere nodig. Op het universele en selectieve niveau richten wij ons tot nu toe vooral op risicofactoren, bijvoorbeeld werkloosheid of eenzaamheid. Het bevorderen van beschermende factoren, zoals veerkracht, betekenisvolle relaties, en bestaanszekerheid is in dit veld nog onderbelicht en net zo goed kansrijk om tot minder suïcides te komen.

Onderzoek laat zien dat hoe meer preventieve maatregelen er worden ingezet, hoe beter het werkt op minder suïcides (While et al., 2012; Hofstra et al., 2020). Maar is het oproepen van “zoveel mogelijk maatregelen” helpend? Of moeten we zoeken naar welke combinatie van maatregelen het meest effectief én kosteneffectief is om suïcides te voorkomen? Effectiviteitsstudies hebben zich tot nog toe vooral gericht op individuele interventies en weinig op de verschillende cumulatieve effecten van diverse combinaties van interventies. Kijken we bijvoorbeeld naar het Lifespan model uit Australië: het is een raamwerk dat zich richt op tien pijlers, waar elke pijler zijn uitdagingen kent in de naleving in de praktijk. Stel dat een combinatie van 3 van de 10 pijlers net zo effectief zou zijn, dan zou dat toch veel kosteneffectiever zijn en daarmee de voorkeur hebben? Variatie in de effectiviteit, die ook in Australië is gevon-

den tussen de verschillende regio's (Shand et al., 2024), wijst op de noodzaak om de verschillende interventiecomponenten te identificeren die het meest bijdragen aan de effectiviteit.

Uitdaging 3: Hoe bevorderen we de naleving in de praktijk?

Je kunt nog zo'n goede aanpak bedenken, maar als mensen het niet uitvoeren, levert het niet veel op. Er zijn talloze barrières voor succesvolle implementatie, zoals gebrek aan urgentie, waardoor het niet (meer) hoog op de agenda staat, weinig steun van leidinggevenden, hoog personeelsverloop, tijds- of financiële beperkingen, of onbekendheid met wat er al beschikbaar en effectief bevonden is (o.a. Arensman, 2017; Arensman et al., 2020). Ik denk dat hier nog wel de grootste uitdaging ligt: hoe je iets goed implementeert én borgt. Ook buiten suïcidepreventie weten we dat het tientallen jaren duurt voordat interventies volledig geïmplementeerd zijn. Duurzame resultaten vereisen langdurige inzet.

Recent gaf ik een lezing op een congres voor zo'n 100 docenten en andere onderwijsprofessionals in het middelbaar onderwijs. Ik vroeg hen hoeveel van hen studenten in de klas hadden waarvan ze wisten dat ze aan zelfbeschadiging deden. Alle 100 handen gingen omhoog. Vervolgens vroeg ik hen wie preventiebeleid hiertoe op hun school heeft. Er gingen 3 van de 100 handen omhoog. Ik verwacht op dit moment geen andere resultaten in het hoger onderwijs en Universiteit. Hoe kunnen wij ooit effecten in resultaten zien als de kennis die we ontwikkelen niet in de praktijk terechtkomt en wordt nageleefd? De website van 113 biedt een aparte pagina met informatie over wat onderwijsinstellingen kunnen doen om suïcidepreventie te bevorderen, met voorbeelden van suïcidepreventiebeidsplannen. Waarom lukt het nog niet om iedere onderwijsinstelling zover te krijgen dat zij een beleid hierop hebben? En eigenlijk willen wij binnen het onderwijs nog veel stappen verder: Idealiter heeft elke middelbare school een lesprogramma voor mentale gezondheidsbevordering standaard in het curriculum, heeft elke school of universiteit een stappenplan met wat te

doen als er een student suïcidaal is, hebben ze getrainde vertrouwenspersonen, mentoren en decanen die het gesprek kunnen voeren over suïcidaliteit, hebben ze een routekaart met wie de organisaties in de regio zijn met wie zij een netwerk vormen rond de student, én hebben ze een postventiebeleid. Het beter begrijpen van het proces van effectieve implementatie en borging is een absolute must.

Van uitdagingen naar kansen

Met deze bijzondere leerstoel wil ik de uitdagingen in suïcidepreventie omzetten in kansen. In samenwerking met de sectie Klinische Psychologie van de Universiteit Leiden, en in het bijzonder de pijler Depressie en Suïcidepreventie, bouw ik voort op ons onderzoek bij 113 Zelfmoordpreventie. Ons doel: beter begrijpen hoe we tot minder gatenkaas, de juiste kaasplakken én de juiste hoeveelheid kaasplakken kunnen komen om suïcides te voorkomen.

1. Meer zicht op het ‘Wie’:

Sinds 2014 richt mijn onderzoeksgroep bij 113 Zelfmoordpreventie zich op twee vragen: wie overlijdt door zelfdoding en hoe kunnen we het voorkomen? Binnen het ‘wie’ monitoren en analyseren we maandelijks suïcides en zelf toegebracht letsel in Nederland. Dit doen we in de Commissie Actuele Nederlandse Suïcideregistratie (CANS), samen met forensisch artsen, GGZ-instellingen, de Inspectie, GGD-en, NS en ProRail. In April 2020 startte ik dit bijna real-time monitoringsysteem en vooral dankzij Lianne Schieren en Yvonne Luijck is dit nu een betrouwbaar systeem dat eventuele toenames zo vroeg mogelijk signaleert (Schieren et al., 2023).

Met behulp van Microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) geven we inzicht in risico- en beschermende factoren van suïcide. We onderzoeken wat de groepen zijn waar zelfdoding relatief veel voorkomt (Berkelmans et al., 2023, 2021, 2020; Elzinga et al., 2021, Gilissen et al., 2013). Deze kennis helpt om “vindplaatsen” voor selectieve preventie

te bepalen. Zo ontdekte Guus Berkelmans dat bij alleenstaande, arbeidsongeschikte mannen van middelbare leeftijd, met mentale problemen, suïcide 14,5 keer vaker voorkomt (Berkelmans et al., 2023; van Nunen et al., 2023). Het is belangrijk om de risicogroepen goed in beeld te houden, want deze kunnen van regio tot regio en in de tijd verschillen.

Naast deze sociaal-demografische factoren die we nu weten door de analyses binnen het CBS, worden door onderzoekers van 113 (Elias Balt, Milou Looijmans, Merijn Eikelenboom, Stefan Vrinzen, Dewi Wiggers, Salim Salmi, de interviewers en onderzoiende projectleiding van Saskia Mérelle) samen met een brede expertraad, aanvullende samenhangende factoren en aanleidingen tot suïcide in kaart gebracht met de Psychosociale Autopsie methode (o.a. Mérelle et al., 2020; Balt et al., 2021; Looijmans et al., 2021). Dit gebeurt via diepte-interviews met nabestaanden, zoals ouders, partners en vrienden van de overledenen. Doel is om van suïcides te leren om volgende te voorkomen.

Om van zoveel mogelijk suïcides te leren, hebben we sinds 2023 het Psychosociale Autopsie onderzoek ook uitgebreid met vragenlijsten en verhalen van hulpverleners (Jet Heering, Daan Creemers en Dewi Wiggers). We beschikken nu over data van ruim 900 suïcides. Als we de Psychosociale Autopsie structureel gaan doen, ben ik ervan overtuigd dat dit ons verder gaat brengen in de belangrijke kennislacunes die we nu nog hebben. Zo krijgen we inzicht in nieuwe bijdragende factoren, wat voor iemand een ‘tipping point’ was, kunnen we eventuele trends ontdekken, bijvoorbeeld in nieuwe methoden en, heel belangrijk voor preventie: meer inzicht in de gatenkaas, om de gaten in de plakken zo klein mogelijk te kunnen maken. Door real-time monitoring van suïcides met CANS te combineren met autopsie-onderzoek en AI-gestuurde analyses (waar Salim Salmi al een belangrijke basis voor heeft gelegd; Balt et al., 2025), bouwen we aan een infrastructuur die suïcidepreventie steeds effectiever maakt. Zo kunnen we blijvend leren en actueel inzichtelijk maken welke kaasplakken moeten worden aangescherpt of toegevoegd om suïcides te voorkomen. Heel

mooi is ook dat we steeds meer onderzoek doen met nieuwe technologieën met ook de nieuwe aanwinsten Tim Tigchelaar en Joost van den Nieuwenhof.

Een ander belangrijk doel is beter zicht krijgen op de verschillende typen van suïcidaliteit. We weten dat niet elke persoon met suïcidaliteit hetzelfde is, ik omschreef dat eerder al als “heterogeniteit”. Er zijn als we uitzoomen echter waarschijnlijk wel bepaalde typologieën, of profielen. Remco de Winter zette hierin al belangrijke stappen (o.a. de Winter et al., 2023; Xiao et al., 2024). Een beter beeld van de verschillende profielen helpt ons bij het beter kunnen toespitsen van interventies op deze profielen in plaats van een “one-size-fits-all” benadering. Kleine effecten van interventies zijn voor een deel het resultaat van generieke aanpakken, terwijl elk profiel maatwerk verdient. Voor de zorg zijn al grote stappen gezet door in het bijzonder Wouter van Ballegooijen, Nikki van Eijk en Josine Rawee, met een grote database van al het onderzoek naar psychotherapie bij suïcidaliteit om meer zicht te krijgen op welke therapie het beste werkt voor wie (o.a. Van Ballegooijen et al., 2025).

2. Meer zicht op het ‘Hoe’

Als tweede hoofddoel wil ik meer inzicht geven in hoe we suïcide kunnen verminderen. Welke combinatie van maatregelen werkt het best en is kosteneffectief? Er wordt veel onderzoek gedaan naar losse interventies. In mijn onderzoeksgroep bijvoorbeeld binnen de hulplijn en online therapie door Wilco Janssen, Natasha Waslam en Anoeke Braam, de ‘Vraag Maar training’ door Paula von Spreckelsen, en chatsafe door Elke Elzinga. Een voorbeeld van eerder gedaan onderzoek naar de effectiviteit van interventies op meerdere niveaus is de evaluatie van SUPRANET Community door Margot van der Burgt en Elke Elzinga (van der Burgt et al., 2021; Elzinga et al., 2022; Gilissen et al., 2017), de evaluatie van SUPRANET GGZ door Kim Setkowski (Setkowski et al., 2024), SAS GGZ door Nikki van Eijk (van Eijk et al., 2024), suïcidepreventie op het spoor door Bart Hoogcarpsel, in het onderwijs (Dominique van Pelt,

Kristel Jenniskens en Tosca Konings), en in ziekenhuizen door Kinke Lommerse en Yvonne Luigjes. Zoals gezegd, weten we dat als we meerdere maatregelen combineren, we een groot effect kunnen bereiken in de preventie van suïcide. Maar we weten nog niet welke combinatie van maatregelen het meest effectief is. Dit is een uitdagende vraag, vooral door de eerdergenoemde moeilijkheden in het onderzoek naar suïcidaliteit. Maar met de Wet integrale Suïcidepreventie, die ingaat in 2026, wel heel kansrijk en een belangrijk doel van mijn leerstoel.

Een grote kans ligt ook bij betere toepassing van bestaande kennis in de praktijk. We moeten meer gaan doen met de kennis die er al is. Er wordt hier op ingezet, bijvoorbeeld door Leah Middelkoop en Laura Ruis met toegankelijke factsheets ([link](#)) en door Paula von Spreckelson met een prachtige ondersteuningstool voor GGZ professionals ([link](#)), maar dit is niet voldoende. Een belangrijk startpunt om tot betere naleving van de kennis te komen is een behoeftepeiling bij de doelgroep zelf. Dit is recent gedaan bij jongeren met suïcidaliteit door Milou Looijmans en Elke Elzinga (Looijmans et al., 2024; Looijmans et al., 2025) en wordt nu gedaan onder mannen van middelbare leeftijd door Jonas Manait en Elke Elzinga en bij ouderen door Leah Middelkoop en Sisco van Veen.

Het bevorderen van implementatie in de praktijk is ook een van de doelen van de grote subsidie die wij, met Lizanne Schieren in de zeer kundige projectleiding, met vele andere partijen recent hebben gekregen van ZonMw. In dit onderzoek zullen we ons richten op de zorg voor mensen met suïcidaliteit binnen zowel de GGZ, de ziekenhuizen, en voor naasten. We bouwen vanuit het landelijke consortium SURE-Net voort op het belangrijke werk in de toolkit voor GGZ-professionals, het netwerkziekenhuizen en Samen Sterk van Bernet Elzinga en collega's. Om gebruik van de kennis te bevorderen wordt ook een online kennisbank ontwikkeld.

Belangrijke factoren voor succes zijn onder andere gedeeld eigenaarschap met alle betrokken partijen, het vanaf het begin

betrekken van ervaringsdeskundigen en de einddoelgroep, een stevig raamwerk zoals het Lifespan-model, goede onderzoeksmethoden, actuele monitoring, leren van succesvolle implementaties in andere vakgebieden, en effectieve samenwerking met de overheid, zorginstellingen, maatschappelijke organisaties en onderzoeksinstellingen.

Tot slot, beste toehoorders, voordat ik kort mijn dank wil uitspreken. Met de jongen van 13 gaat het nu gelukkig goed. De toegang tot zorg, met een sluitend netwerk van huisarts tot hulpverlening, waar wordt samengewerkt, gecommuniceerd en men zorg kan krijgen op het moment dat het hard nodig is, daar kan het nog beter. Maar ik hoop dat mijn voordracht ook duidelijk maakt dat er niet alleen verbeteringen in de toegang tot zorg nodig zijn. Er is nog veel meer nodig. De titel van mijn oratie luidt “Van woorden naar daden: (doen) wat werkt in suïcidepreventie”. Natuurlijk blijven woorden belangrijk. Maar suïcidepreventie vraagt om meer dan alleen woorden. Laten we afspreken om te gaan dóén. Dat we blijven zoeken naar de beste manieren om mensen te bereiken, te helpen en de kennis toe te passen in de praktijk, met maatwerk waar nodig. Dat steeds meer mensen weten wat werkt én doen wat kan. Ook ieder van jullie kan gaan doen. Zo hoop ik dat jullie komende maand allemaal de gratis Vraagbaar training gaan doen op www.vraagbaar.nl. Het is een kleine stap, kost 1 uur van je tijd en je leert het gesprek te voeren over suïcidaliteit. Het verschil maken, begint ook bij jullie!

Dankwoord

Als eerste wil ik graag mijn dank uitspreken aan het College van Bestuur en de afdeling Klinische Psychologie van de Universiteit Leiden, de leden van het Curatorium voor de benoeming, en Stichting 113 Zelfmoordpreventie voor het instellen van deze bijzondere leerstoel.

Jan Hein, Jan Mokkenstorm en mam, jullie zijn er niet meer maar betekenden veel voor mij. Jan, jij was een grote inspirator

voor mij en wilde zo graag dat ik hoogleraar ging worden. Je had zoveel vertrouwen in mij, heel veel dank hiervoor.

Bert van Hemert en Jan Smit, grote inspiratoren en leermeesters voor mij. Bert, mijn eerste onderzoek op het gebied van suïcidepreventie is gestart door en met jou. Jij hebt altijd kansen voor mij gezien, dank voor alle fijne en leerzame gesprekken. Jan Smit, de titel van mijn oratie heeft natuurlijk een knipoog naar de slogan van Feyenoord. Geen woorden maar daden. Ik denk dat je het niks vindt. Jij Ajaxied 😊 Jij was een soort coach voor mij, super erg bedankt hiervoor. Het ga je hopelijk goed.

Verder ook veel dank aan alle leuke collega's die ik heb gehad in mijn reis hiernaartoe. Speciaal wil ik noemen Selvino, nog uit mijn Biologie tijd. Wat ben jij een belangrijke vriend voor mij geweest, helemaal in de tijd dat mijn moeder overleed. Mijn AIO-vrienden, met wie ik zo kan lachen en nog steeds escape-rooms doe. De G4 USER groep, elkaar helpen met interviewen in de daklozen opvang en erna de kroeg in. De CANS leden, het SURE-Net bestuur, de werkgroep van de multidisciplinaire richtlijn, mede coördinatoren van de Landelijke Agenda en mede (co)promotoren Arne Popma, Aartjan Beekman, Remco de Winter, Wouter van Ballegooijen, Derek de Beurs, Daan Creemers, Diana van Bergen, Claudi Bockting, Sandjai Bhulai, Rob van der Mei, Laura Shields, Anne Miers, Ton van Balkom en David Baden: allen heel veel dank voor de fijne samenwerking en goede en supergezellige promotietrajecten. Ook veel dank aan mijn collega's in Leiden, en in het bijzonder Bernet Elzinga, Nikki Antypa, Eiko Fried, Joanne Mouthaan en Willem van der Does.

Dan mijn 113 collega's, wat een fijne tijd heb ik dankzij jullie. Er zijn een aantal met wie ik dit zeker niet had bereikt en dus in het bijzonder wil noemen. Monique Kavelaars wat superfijn jouw vertrouwen in mij! Je bent een fijne en goede bestuurder die altijd kijkt naar extra kansen en mogelijkheden. Gerdien Franx, wij gaan lang terug, je humor maar zeker ook je scherpe

blik en het gevoel dat je mij gaf dat je de wetenschap niet perse heel hoog hebt zitten, maar mij wel 😊 Dank voor alles. Alle MT leden, wat hebben we een leuke club zo, dat vind ik echt, waar iedereen elkaar zo aanvult. Scarlet, Femma en Robin, ik vind jullie helden bij 113, dank voor de fijne samenwerking. En over helden gesproken, al mijn onderzoekers, ik heb jullie net allemaal genoemd, maar wat ben ik trots op jullie. Wat zetten we goed werk neer met elkaar! En wat hebben we het gezellig, zo belangrijk met zo'n verdrietig onderwerp. Lizanne en Saskia, jullie gedrevenheid, nauwkeurigheid, slimheid én empathie maakt dat we echt kunnen bouwen en grote stappen kunnen zetten om suicidepreventie wetenschappelijk verder te brengen én tegelijkertijd het welzijn van alle onderzoekers in ons team zo hoog hebben staan. Wij doen dit echt samen, heel veel dank hiervoor.

12

En dan Rianne, zonder jou kan ik echt niks meer denk ik. Je proactieve meedenken in welke mail ik nog moet beantwoorden, welke vergadering voor gaat boven een ander, wat mijn actie voor deze dag weer is, of ik dit of dat niet vergeten ben.... Je bent echt onvervangbaar!

Natuurlijk wil ik ook mijn vrienden bedanken voor alle afleiding en leuke dingen, in het bijzonder Eva en Roos, de Furious Five en Bob. Grote dank ook aan mijn zus en broer, die het leven vieren en Pap en Agnes. Pap, jij bent een goede vader, staat altijd voor mij klaar, dank daarvoor.

Lieve Pat, ja ook jou wil ik bedanken. Zelfs de saaiste dingen vind ik leuk met jou.

En tenslotte eindig ik met een kort gedichtje voor het allerbelangrijkste in mijn leven, Boris & Mijs

Lichtpuntjes (toegeschreven aan Toon Hermans)

Lichtpuntjes

Soms zijn ze groot

Soms zijn ze klein

Je hoeft ze niet te zoeken

Je kunt ze ook zijn

Jullie zijn mijn lichtpuntjes.

Ik heb gezegd.

Bronnen:

113 Zelfmoordpreventie. (2024). *Factsheet suïcidepogingen*. [https://www.113.nl/sites/default/files/113/113%20in%20media/Factsheet_pogingen_final_09042024_PDF%20\(3\).pdf](https://www.113.nl/sites/default/files/113/113%20in%20media/Factsheet_pogingen_final_09042024_PDF%20(3).pdf)

Arensman, E. (2017). Suicide prevention in an international context. *Crisis*, 38(1), 1–6. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000461>

Arensman, E., Scott, V., De Leo, D., & Pirkis, J. (2020). Suicide and suicide prevention from a global perspective. *Crisis*, 41(Suppl 1), S3–S7. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000664>

Balt, E., Salmi, S., Bhulai, S., Vrinzen, S., Eikelenboom, M., Gilissen, R., Creemers, D., Popma, A., & Mérelle, S. (2025). Deductively coding psychosocial autopsy interview data using a few-shot learning large language model. *Frontiers in Public Health*, 13, 1512537. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1512537>

Balt, E., Vrinzen, S., Salmi, S., Eikelenboom, M., & Mérelle, S. (2025, March 24). *Samen leren, minder suïcide: Rapportage psychosociale autopsie 2025*. 113 Zelfmoordpreventie.

Berkelmans, G., van der Mei, R., Bhulai, S., Mérelle, S., & Gilissen, R. (2020). Demographic risk factors for suicide among youths in the Netherlands. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4), 1182. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041182>

Berkelmans, G., van der Mei, R., Bhulai, S., & Gilissen, R. (2021). Identifying socio-demographic risk factors for suicide using data on an individual level. *BMC Public Health*, 21, 1702. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11743-3>

Berkelmans, G., Schwaren, L., Bhulai, S., van der Mei, R., & Gilissen, R. (2023). Identifying populations at ultra-high risk of suicide using a novel machine learning method. *Comprehensive psychiatry*, 123, 152380. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2023.152380>

CANS (2024). *CANS 2024 update*. https://www.113.nl/sites/default/files/113/113%20in%20media/113_CANS_2024_update.pdf

CBS (2024). Zelfdodingen in 2024. Geraadpleegd van <https://www.cbs.nl/>

Cerel, J., Brown, M. M., Maple, M., Singleton, M., van de Venne, J., Moore, M., & Flaherty, C. (2019). How many people are exposed to suicide? Not six. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(2), 529–534. <https://doi.org/10.1111/sltb.12450>

De Winter, R. F. P., Meijer, C. M., van den Bos, A. T., Kool-Goudzwaard, N., Enterman, J. H., Gemen, M. A. M. L., Nuij, C., Hazewinkel, M. C., Steentjes, D., van Son, G. E., de Beurs, D. P., & de Groot, M. H. (2023). A first study on the usability and feasibility of four subtypes of suicidality in emergency mental health care. *BMC Psychiatry*, 23(1), 878. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05374-8>

Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187–232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>

Gilissen, R., de Bruin, K., Burger, I., & van Hemert, B. (2013). Kenmerken van personen overleden door zelfdoding. *Epidemiologisch Bulletin*, 48(4), 7–14.

Gilissen, R., Reynders, A., & Kunst, A. (2019). Maatschappelijke invloeden op suïcidaal gedrag. In C. van Heeringen, G. Portzky, D. P. de Beurs, & A. J. F. M. Kerkhof (Eds.), *Handboek suïcidaal gedrag* (2nd ed., pp. 87–96). De Tijdstroom/Boom.

Gilissen, R., Steendam, M., Elzinga, E., van der Burgt, M., & Beekman, A. (2022). Community prevention: Improving suicide prevention through the creation of local suicide prevention action networks. In M. Pompili (Ed.), *Suicide risk assessment and prevention* Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-41319-4_71-1

Han, J., Batterham, P. J., Cleave, A. L., & Randall, R. (2018). Factors influencing professional help-seeking for suicidality: A systematic review. *Crisis*, 39(3), 175–196. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000485>

Hofstra, E., van Nieuwenhuizen, C., Bakker, M., Özgül, D., Elfeddali, I., de Jong, S. J., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2020). Effectiveness of suicide prevention interventions: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 63, 127–140. <https://doi.org/10.1016/j.genhosp-psych.2019.04.011>

Kivelä, L., van der Does, W. A. J., Riese, H., & Antypa, N. (2022). Don't miss the moment: A systematic review of ecological momentary assessment in suicide research. *Frontiers in Digital Health*, 4, Article 876595. <https://doi.org/10.3389/fdgth.2022.876595>

Looijmans, M., Elzinga, E., Popma, A., van Bergen, D., Gilissen, R., & Mérelle, S. (2024). Understanding the needs and perspectives of young adults with recent suicidal ideation: Insights for suicide prevention. *Frontiers in Child and Adolescent Psychiatry*, 3, 1376872. <https://doi.org/10.3389/frcha.2024.1376872>

Looijmans, M., van Bergen, D., Popma, A., van Eijk, N., Mérelle, S., van Veen, S., Hawton, K., & Gilissen, R. (2025). The

self-perceived needs of adolescents with suicidal behaviour: A scoping review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 34(1), 41–67. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02342-1>

Maarsingh, A. (2025, March 13). *De kracht van continuïteit: Continuïteit van zorg: geen sentiment uit vervlogen tijden, maar potentiële parallelle probleemoplosser voor uitdagingen in de toekomst* [Oratie]. Vrije Universiteit.

Memon, A., Taylor, K., Mohebati, L. M., Sundin, J., Cooper, M., Scanlon, T., & de Visser, R. (2016). Perceived barriers to accessing mental health services among Black and minority ethnic communities: A qualitative study in Southeast England. *BMJ Open*, 6(11), e012337. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012337>

Mérelle, S., Van Bergen, D., Looijmans, M., Balt, E., Rasing, S., van Domburgh, L., Nauta, M., Sijperda, O., Mulder, W., Gilissen, R., Franx, G., Creemers, D., & Popma, A. (2020). A multi-method psychological autopsy study on youth suicides in the Netherlands in 2017: Feasibility, main outcomes, and recommendations. *PloS one*, 15(8), e0238031. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238031>

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>

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

Parslow, R. A., Lewis, V., & Marsh, G. (2011). The general practitioner's role in providing mental health services to Australians, 1997 and 2007: Findings from the national surveys

of mental health and wellbeing. *Medical Journal of Australia*, 195(4), 205–209. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2011.tb03282.x>

Reason, J. (1990). The contribution of latent human failures to the breakdown of complex systems. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 327(1241), 475–484. <https://doi.org/10.1098/rstb.1990.0090>

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2024, December 9). *Jongeren vaker in contact met huisarts door suïcidaliteit*. <https://www.rivm.nl/nieuws/jongeren-vaker-in-contact-met-huisarts-door-suïcidaliteit>

Schlichthorst, M., Reifels, L., Spittal, M., Clapperton, A., Scurrah, K., Kölves, K., Platt, S., Pirkis, J., & Krysinska, K. (2023). Evaluating the effectiveness of components of national suicide prevention strategies. *Crisis*, 44(4), 318–328. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000887>

Setkowski, K., van Balkom, A. J. L. M., Hoogendoorn, A. W., Franx, G., Veerbeek, M., de Winter, R. F. P., & Gilissen, R. (2024). Reducing suicides in mental healthcare: Results from a four-year follow-up implementation study in the Netherlands (SUPRANET). *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1080235. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1080235>

Shand, F., Torok, M., Cockayne, N., et al. (2020). Protocol for a stepped-wedge, cluster randomized controlled trial of the LifeSpan suicide prevention trial in four communities in New South Wales, Australia. *Trials*, 21, 332. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04262-w>

Shand, F., Torok, M., et al. (n.d.). Effectiveness of a complex, multi-strategy suicide prevention model to reduce self-harm in the population: A stepped-wedge cluster randomized trial [Preprint].

Van Ballegooijen, W., Rawee, J., Palantza, C., Miguel, C., Har-
rer, M., Cristea, I., De Winter, R., Gilissen, R., Eikelenboom,
M., Beekman, A., & Cuijpers, P. (2025). Suicidal ideation and
suicide attempts after direct or indirect psychotherapy: A
systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 82(1),
31–41. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.2854>

Van der Burgt, M. C. A., Mérelle, S., Brinkman, W. P.,
Beekman, A. T. F., & Gilissen, R. (2023). Breaking down
barriers to a suicide prevention helpline: Protocol for a web-
based randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols*, 12,
e41078. <https://doi.org/10.2196/41078>

Van der Does, H., Stam, C., & Blatter, B. (2020). Zelf toege-
bracht letsel 2015-2019. SEH-bezoeken door poging tot zelfdo-
ding en automutilatie. VeiligheidNL.

Van der Feltz-Cornelis, C. M., Sarchiapone, M., Postuvan,
V., Völker, D., Roskar, S., Grum, A. T., Carli, V., McDaid, D.,
O'Connor, R., Maxwell, M., Ibelshäuser, A., Van Audenhove,
C., Scheerder, G., Sisask, M., Gusamo, R., & Hegerl, U. (2011).
Best practice elements of multilevel suicide prevention strate-
gies. *Crisis*, 32(6), 319–333. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000109>

Van Nunen, S., Luigjes, Y., Berkelmans, G., et al. (2023). Suï-
cide onder mannen van 40-70 jaar. 113 Zelfmoordpreventie,
[https://www.113.nl/sites/default/files/113/113%20in%20me-
dia/Strength%20rapport.pdf](https://www.113.nl/sites/default/files/113/113%20in%20me-
dia/Strength%20rapport.pdf)

While, D., Bickley, H., Roscoe, A., Windfuhr, K., Rahman, S.,
Shaw, J., Appleby, L., & Kapur, N. (2012). Implementation of
mental health service recommendations in England and Wales
and suicide rates, 1997–2006: A cross-sectional and before-
and-after observational study. *The Lancet*, 379(9820), 1005–
1012. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61712-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61712-1)

World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*.

World Health Organization. (2021). *LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries*.

Xiao, Y., Bi, K., Yip, P. S., Cerel, J., Brown, T. T., Peng, Y., Pathak, J., & Mann, J.J. (2024). Decoding suicide decedent profiles and signs of suicidal intent using latent class analysis. *JAMA Psychiatry*, 81(6), 595–605. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.0171>

PROF. DR. RENSKÉ GILISSEN



Renske Gilissen studeerde biologie aan de Universiteit Leiden en promoveerde in 2008 aan het Instituut Pedagogische Wetenschappen op fysiologische angstreacties bij kinderen. Na haar promotie deed zij epidemiologisch onderzoek bij de GGD Haaglanden en het Centraal Bureau voor de Statistiek. Sinds 2014 is zij hoofd van de onderzoeksafdeling bij Stichting 113 Zelfmoordpreventie. Met meer dan 30 onderzoekers is haar afdeling inmiddels de grootste afdeling suïcidepreventie-onderzoek in Nederland. Het onderzoek richt zich op de risico- en beschermende factoren van suïcide en op de effectiviteit en implementatie van preventieve interventies. Zij is voorzitter van het nationale onderzoeksconsortium voor suïcidaliteitsonderzoek SURE-Net. In 2020 heeft zij de 'Commissie Acuele Nederlandse Suïcideregistratie' (CANS) opgericht, waarin suïcides in Nederland in real-time worden gemonitord. Zij is een van de woordvoerders van 113 in de media, begeleidt (huidig) twaalf promotietrajecten op het gebied van suïcidepreventie en is Nederlands vertegenwoordiger in de International Association for Suicide Prevention. Per 1 juni 2024 is zij benoemd tot bijzonder hoogleraar suïcidepreventie aan de Universiteit Leiden, afdeling Klinische Psychologie.

