Regioscan Suïcidepreventie Regio Eemland

Een onderbouwd regionaal beeld als basis voor gemeentelijk beleid en regionale samenwerking.

SAMEN STERKER
VOOR EEN GEZONDE TOEKOMST IN EEMLAND

Gemeenten binnen regio Eemland:
Amersfoort, Baarn, Bunschoten, Leusden, Nijkerk, Soest en Woudenberg

Amersfoort
gemeente Baarn
BUNSCHOTEN
Gemeente Leusden
gemeente Nijkerk
Gemeente Soest
Gemeente Woudenberg

Definitief: 1-9-2026
In opdracht van de Gemeenten: Amersfoort, Baarn, Bunschoten, Leusden, Nijkerk, Soest en Woudenberg binnen de regio Eemland.

De in oktober 2025 opgestelde regioscan van gemeente Nijkerk is geïntegreerd in deze bredere regioscan. Nijkerk sluit voor het vervolgtraject nauw aan bij de regionale aanpak van de deelnemende gemeenten.

Uitgevoerd door Suïcide Preventie Adviescentrum Ervaringsdeskundigheid (SPAC-E).

Voorwoord

Waarom deze regioscan?
Suïcide heeft een ingrijpende impact op nabestaanden, naasten, professionals en de samenleving als geheel. Daarnaast is de groep mensen die te maken krijgt met suïcidale gedachten, psychische problemen of een suïcidepoging aanzienlijk groter dan het aantal mensen dat overlijdt door suïcide. Het voorkomen van suïcide vraagt daarom om een gezamenlijke maatschappelijke inspanning, waarbij gemeenten, zorg- en welzijnsorganisaties, het onderwijs, ervaringsdeskundigen, maatschappelijke partners en inwoners ieder een eigen verantwoordelijkheid hebben.

Met de wijziging van de Wet publieke gezondheid (Wpg) krijgen gemeenten vanaf 2026 een wettelijke taak op het gebied van suïcidepreventie. Gemeenten worden verantwoordelijk voor het ontwikkelen van beleid dat is gericht op het voorkomen van suïcide, het versterken van beschermende factoren en het bevorderen van samenwerking tussen organisaties die een rol spelen in preventie en ondersteuning.

De gemeenten Amersfoort, Baarn, Bunschoten, Leusden, Nijkerk, Soest en Woudenberg bereiden zich gezamenlijk voor op deze nieuwe verantwoordelijkheid. Zij hebben gekozen voor een regionale en integrale aanpak, waarin bestaande initiatieven worden verbonden met wetenschappelijke kennis, praktijkervaring en ervaringsdeskundigheid. De gemeente Nijkerk beschikt al over een regioscan en een actieplan. De bestaande regioscan van Nijkerk is geïntegreerd in de bredere regioscan. In de verdere uitvoering sluit de gemeente nauw aan bij de regionale aanpak in de regio Eemland.

Met deze aanpak willen de gemeenten bereiken dat inwoners met suïcidale gedachten, hun naasten en andere psychisch kwetsbare inwoners eerder worden gezien, passende ondersteuning ontvangen en de mentale gezondheid binnen de regio wordt versterkt.

Om deze opgave vorm te geven, hebben de deelnemende gemeenten het Suïcide Preventie Adviescentrum Ervaringsdeskundigheid (SPACE) opdracht gegeven om een regioscan uit te voeren en op basis van de uitkomsten een regionale aanpak suïcidepreventie te ontwikkelen. SPACE ondersteunt gemeenten bij de ontwikkeling van lokaal en regionaal beleid op het gebied van suïcidepreventie en verbindt daarbij beschikbare kennis, praktijkervaring en ervaringsdeskundigheid.

In samenwerking met gemeenten, professionals, ervaringsdeskundigen en partners uit de zorg, het sociaal domein, het onderwijs, het veiligheidsdomein en maatschappelijke organisaties is onderzocht welke ontwikkelingen, knelpunten en kansen binnen de regio relevant zijn voor een effectieve aanpak van suïcidepreventie.

Deze regioscan vormt de eerste stap in het gezamenlijke traject. De scan combineert landelijke, regionale en gemeentelijke gegevens met inzichten uit gesprekken met betrokken netwerkpartners. Daarmee ontstaat een onderbouwd beeld van de omvang van de problematiek, de belangrijkste risico- en beschermende factoren en de sterke punten en ontwikkelopgaven binnen de regio Eemland.

De uitkomsten van deze regioscan vormen de inhoudelijke basis voor een regionale aanpak suïcidepreventie. Deze aanpak biedt richting aan de verdere ontwikkeling van gemeentelijk beleid en de versterking van de regionale samenwerking op het gebied van suïcidepreventie.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Suïcidaliteit is een complex maatschappelijk vraagstuk dat zelden door één oorzaak ontstaat. Vaak is sprake van een samenspel van psychische, sociale, lichamelijke en maatschappelijke factoren. Jaarlijks overlijden in Nederland ongeveer 1.800 mensen door zelfdoding. Daarnaast hebben veel meer mensen te maken met suïcidale gedachten of een suïcidepoging. De impact hiervan reikt verder dan de persoon zelf en raakt ook naasten, nabestaanden, professionals en de samenleving als geheel.

Bekende risicofactoren zijn onder andere psychische klachten, eenzaamheid, bestaansonzekerheid, verlieservaringen, stress, middelengebruik en beperkte toegang tot passende ondersteuning en/of zorg. Tegelijkertijd laten onderzoek en praktijk zien dat beschermende factoren, zoals sociale verbondenheid, vroegsignalering en laagdrempelige ondersteuning, beschermend werken en het risico op suïcidaliteit kunnen verkleinen.

Suïcidepreventie is een brede maatschappelijke opgave waarin gemeenten een belangrijke rol kunnen vervullen. Vanuit hun verantwoordelijkheid voor publieke gezondheid, het sociaal domein, jeugd, welzijn en preventie kunnen zij bijdragen aan het versterken van beschermende factoren, het vroegtijdig signaleren van kwetsbaarheid en het verbinden van organisaties die inwoners ondersteunen.

1.2 Doel van de regioscan

Het doel van deze regioscan is om de deelnemende gemeenten Amersfoort, Baarn, Bunschoten, Leusden, Nijkerk, Soest en Woudenberg een gezamenlijk en onderbouwd beeld te bieden van de huidige situatie rondom suïcidepreventie. De regioscan brengt landelijke, regionale en gemeentelijke gegevens samen en combineert deze met inzichten uit gesprekken met vertegenwoordigers van zorg- en welzijnsorganisaties, maatschappelijke organisaties, het veiligheidsdomein, het onderwijs, jongerenwerk, religieuze organisaties, ervaringsdeskundigen en andere betrokken netwerkpartners. Hierdoor ontstaat een onderbouwd beeld van de omvang van de problematiek, relevante ontwikkelingen en de belangrijkste risico- en beschermende factoren.

De regioscan biedt de gemeenten een vertrekpunt voor beleidsontwikkeling en het versterken van de regionale samenwerking. De bevindingen vormen tevens de inhoudelijke basis voor de regionale aanpak suïcidepreventie voor de deelnemende gemeenten.

1.3 Leeswijzer en afbakening van de regioscan

Deze regioscan beschrijft achtereenvolgens de regionale context, de gehanteerde werkwijze, het landelijke en provinciale beeld van suïcidaliteit en de ontwikkelingen binnen de deelnemende gemeenten. Vervolgens worden de belangrijkste bevindingen geduid en afgesloten met conclusies.

De regioscan heeft betrekking op de deelnemende gemeenten: Amersfoort, Baarn, Bunschoten, Leusden, Nijkerk, Soest en Woudenberg. Waar in deze regioscan wordt gesproken over de deelnemende gemeenten, worden deze zeven gemeenten bedoeld. Provinciale en landelijke cijfers zijn opgenomen om de regionale ontwikkelingen in perspectief te plaatsen.

2. Regio Eemland

2.1 De regio Eemland

De regio Eemland bestaat in deze regioscan uit de zeven deelnemende gemeenten Amersfoort, Baarn, Bunschoten, Leusden, Nijkerk, Soest en Woudenberg. Samen vormen zij een regio met 353.626 inwoners (peildatum 1 januari 2026). De gemeenten verschillen in omvang, bevolkingssamenstelling en lokale kenmerken, maar staan voor vergelijkbare maatschappelijke opgaven op het gebied van mentale gezondheid en suïcidepreventie.

Amersfoort is met 163.764 inwoners het stedelijke centrum van de regio. De overige gemeenten verschillen in omvang, bevolkingssamenstelling, leefomgeving en voorzieningen. Deze verschillen brengen uiteenlopende lokale vraagstukken met zich mee, terwijl veel maatschappelijke opgaven op het gebied van mentale gezondheid en suïcidepreventie de gemeentegrenzen overstijgen. Dit vraagt om een combinatie van lokaal maatwerk en regionale samenwerking.

Figuur 2.1 Regio Eemland: deelnemende gemeenten

Bron: eigen visualisatie op basis van gemeentelijke indeling (CBS/PDOK).

De gemeenten werken daarom samen aan de verdere ontwikkeling van een regionale aanpak van suïcidepreventie. Door wetenschappelijke kennis, praktijkervaring en ervaringsdeskundigheid te bundelen versterken zij de basis voor beleidsontwikkeling, preventie en samenwerking tussen gemeenten, zorg- en welzijnsorganisaties en maatschappelijke partners.

Tabel 2.1 Inwoneraantallen van de deelnemende gemeenten regio Eemland (1 januari 2026)

Gemeente	Inwoners
Amersfoort	163.764
Baarn	25.435
Bunschoten	22.905
Leusden	32.287
Nijkerk	46.283
Soest	47.853
Woudenberg	15.099
Totaal regio Eemland	**353.626**

Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), voorlopige bevolkingsaantallen per gemeente, peildatum 1 januari 2026.

2.2 Demografische kenmerken en regionale samenwerking

Binnen de regio Eemland zijn verschillen zichtbaar in leeftijdsopbouw, stedelijkheid en sociaaleconomische kenmerken. Deze verschillen kunnen van invloed zijn op de aard en omvang van risicofactoren die samenhangen met suïcidaliteit. Tegelijkertijd laten beschikbare gegevens zien dat in alle zeven gemeenten vergelijkbare thema's voorkomen, waaronder psychische klachten, eenzaamheid, stress, bestaansonzekerheid en suïcidale gedachten.

Door de relatief kleine aantallen suïcides zijn gemeentelijke suïcidecijfers, met name in de kleinere gemeenten, vaak niet beschikbaar of niet geschikt om betrouwbare uitspraken op gemeentelijk niveau te doen. Daarnaast worden gegevens bij kleine aantallen om privacyredenen niet altijd openbaar gemaakt. Om deze reden is in deze regioscan gekozen voor een regionale benadering, waarbij beschikbare gegevens op een zorgvuldige en verantwoorde manier worden samengebracht en geanalyseerd.

De regionale samenwerking biedt de gemeenten de mogelijkheid om kennis, praktijkervaring en ervaringsdeskundigheid te delen, gezamenlijke vraagstukken op elkaar af te stemmen en de samenwerking tussen gemeenten, zorg- en welzijnsorganisaties, onderwijs, verenigingen en andere maatschappelijke partners verder te versterken. Juist door regionaal samen te werken kunnen de gemeenten kennis, expertise en ervaringen bundelen en gezamenlijk werken aan een samenhangende aanpak van suïcidepreventie. De inzichten uit deze regioscan vormen daarbij de inhoudelijke basis voor de regionale aanpak suïcidepreventie dat SPACE in samenwerking met de zeven gemeenten ontwikkelt.

Bronnen hoofdstuk 2

- *CBS. Voorlopige bevolkingsaantallen per gemeente, 1 januari 2026.*
- *CBS. Kerncijfers gemeenten.*
- *GGD regio Utrecht. Gezondheidsmonitor Jeugd 2023.*
- *GGD regio Utrecht. Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2024.*
- *GGD regio Utrecht. Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2024.*

3. Werkwijze

3.1 Werkwijze

Voor deze regioscan is gekozen voor een integrale werkwijze, waarbij beschikbare gegevens zijn gecombineerd met kwalitatieve inzichten uit de praktijk. Deze combinatie maakt het mogelijk om niet alleen de omvang en ontwikkelingen van suïcidaliteit in beeld te brengen, maar ook de achterliggende factoren, regionale verschillen en ervaringen van betrokken ketenpartijen te duiden.

Suïcidaliteit is een complex maatschappelijk vraagstuk dat niet volledig kan worden begrepen aan de hand van cijfers alleen. Daarom zijn de beschikbare landelijke, regionale en gemeentelijke gegevens aangevuld met inzichten uit interviews met beleidsadviseurs, professionals, ervaringsdeskundigen en vertegenwoordigers van zorg- en welzijnsorganisaties, maatschappelijke organisaties, het veiligheidsdomein, het onderwijs, jongerenwerk, religieuze organisaties en andere betrokken netwerkpartners. Deze gesprekken bieden inzicht in de achterliggende oorzaken, ervaren knelpunten en de wijze waarop suïcidaliteit zich in de praktijk manifesteert. Door kwantitatieve gegevens en praktijkervaringen met elkaar te verbinden, ontstaat een breder, beter onderbouwd en betekenisvoller beeld van de situatie binnen de regio Eemland. De uitkomsten van deze regioscan vormen daarmee de inhoudelijke basis voor de regionale aanpak suïcidepreventie die SPACE, samen met de deelnemende gemeenten en ketenpartners, ontwikkelt.

3.2 Databronnen

Voor deze regioscan is gebruik gemaakt van verschillende landelijke, regionale en gemeentelijke databronnen. Door gegevens uit meerdere bronnen te combineren, kunnen ontwikkelingen op verschillende schaalniveaus worden beschreven en kan de situatie binnen de deelnemende gemeenten in de regio Eemland in perspectief worden geplaatst.
De analyse is gebaseerd op openbare gegevens van onder andere het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de Gezondheidsmonitoren van GGD regio Utrecht, het Regiobeeld Utrecht en andere relevante landelijke en regionale publicaties. Daarnaast zijn, waar beschikbaar, gemeentelijke beleidsdocumenten en regionale informatie gebruikt om de lokale context te beschrijven.
Ter aanvulling op de kwantitatieve gegevens zijn interviews gehouden met vertegenwoordigers van organisaties en netwerken die betrokken zijn bij suïcidepreventie, waaronder zorg en welzijn, veiligheid, onderwijs, jongerenwerk, religieuze organisaties, verenigingen, andere lokale initiatieven en ervaringsdeskundigen. De interviews zijn gebruikt om de gegevens te duiden, regionale aandachtspunten te identificeren en terugkerende patronen worden herkend en afgezet aan de beschikbare kwantitatieve gegevens.
De gebruikte gegevens zijn afkomstig uit de meest recente beschikbare bronnen. Omdat monitoren en registraties op verschillende momenten worden uitgevoerd, hebben de gebruikte cijfers betrekking op uiteenlopende meetjaren. Het peiljaar verschilt daardoor per onderwerp.

Tabel 3.1 Overzicht gebruikte databronnen

Bron	Toepassing in de regioscan
CBS	Bevolkingsopbouw, demografie en sociaaleconomische kenmerken
RIVM	Landelijke ontwikkelingen op het gebied van volksgezondheid
GGD Gezondheidsmonitoren	Mentale gezondheid, welzijn en risicofactoren
Regiobeeld Utrecht	Regionale ontwikkelingen en context
Gemeentelijke beleidsdocumenten	Lokale beleidsinformatie en context

Bron	Toepassing in de regioscan
Gesprekken met beleidsadviseurs, professionals en ketenpartners	Duiding van de gegevens en regionale ontwikkelingen

3.3 Beperkingen van de analyse

De resultaten van deze regioscan zijn gebaseerd op de best beschikbare landelijke, regionale en gemeentelijke gegevens die tijdens het onderzoek beschikbaar waren. Bij de interpretatie van de uitkomsten is het belangrijk rekening te houden met de beperkingen van de beschikbare gegevens. Door de beperkte aantallen suïcides zijn gemeentelijke suïcidecijfers, met name in kleinere gemeenten, vaak niet beschikbaar of slechts beperkt bruikbaar voor betrouwbare analyses op gemeentelijk niveau. Daarnaast worden gegevens bij kleine aantallen om privacyredenen niet altijd openbaar gemaakt.

Om deze redenen is in deze regioscan gekozen voor een regionale benadering. Deze werkwijze biedt een betrouwbare basis voor de analyses en conclusies in deze regioscan en voor de verdere ontwikkeling van de regionale aanpak suïcidepreventie.

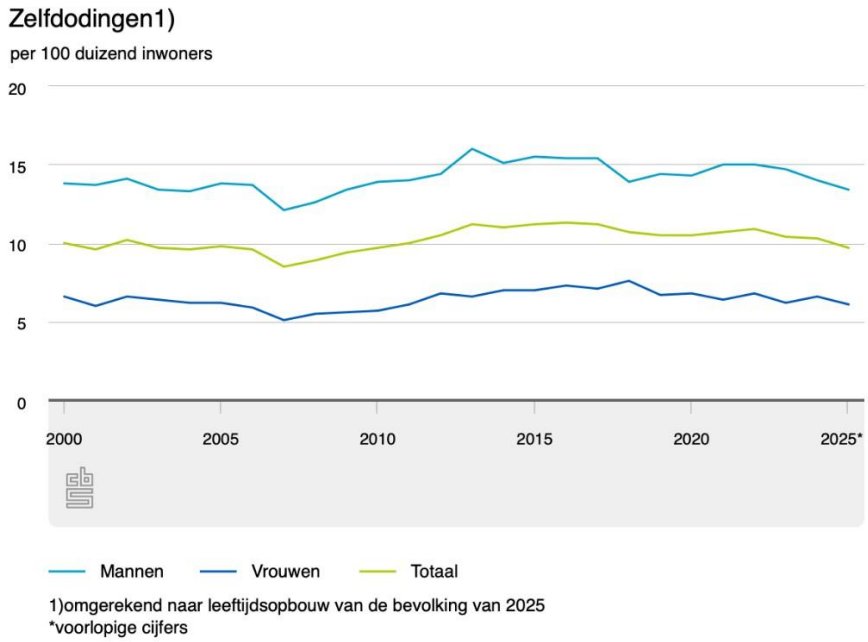
4. Landelijk beeld

4.1 Suïcidaliteit in Nederland

Suïcide is een belangrijk maatschappelijk en volksgezondheidsvraagstuk. Hoewel de meest recente cijfers een daling laten zien, overlijden jaarlijks nog altijd veel mensen door zelfdoding. Volgens de voorlopige cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) overleden in 2025 in Nederland 1.758 mensen door suïcide. Dat zijn 92 minder dan in 2024 en het laagste aantal sinds 2010. Ondanks deze ontwikkeling blijft suïcide een groot maatschappelijk probleem en is het nog altijd de belangrijkste doodsoorzaak onder jongeren tot 30 jaar.

De landelijke cijfers laten zien dat suïcidaliteit iedereen kan raken en dat preventie blijvende aandacht vraagt. Achter iedere suïcide schuilt persoonlijk leed dat niet alleen de betrokkene raakt, maar ook familie, vrienden, collega's, professionals en de samenleving als geheel.

Figuur 4.1 Ontwikkeling van het aantal suïcides in Nederland (2015–2025)



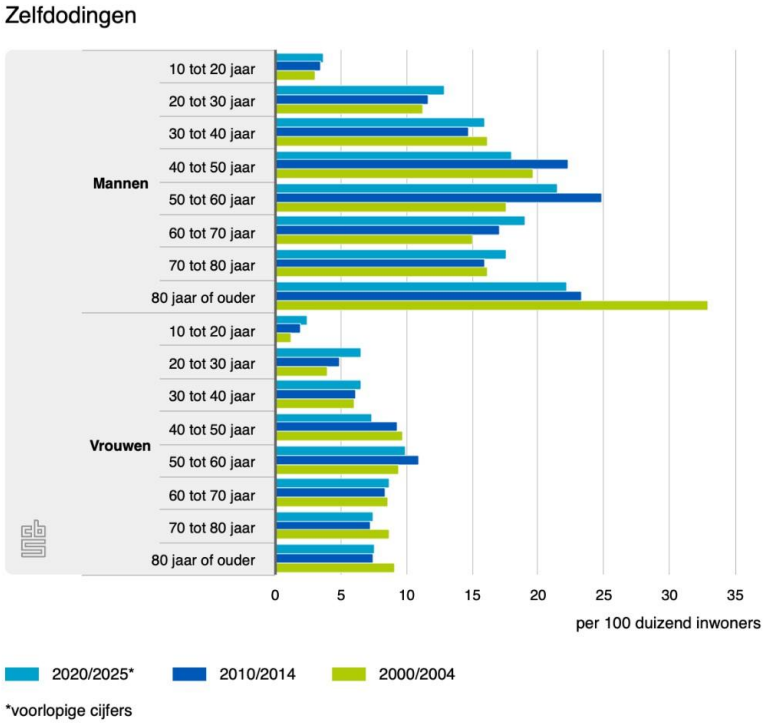
Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) 2026.

4.2 Ontwikkelingen en risicogroepen

De landelijke cijfers laten zien dat er verschillen bestaan tussen bevolkingsgroepen. Mannen overlijden ruim twee keer zo vaak door suïcide als vrouwen. Tegelijkertijd is de ontwikkeling onder jongeren zorgwekkend. Volgens de Commissie Actuele Nederlandse Suïcideregistratie (CANS) is het aantal suïcides onder jonge vrouwen tot 25 jaar in de afgelopen 25 jaar niet eerder zo hoog geweest.

Uit de analyses van CANS blijkt dat bij jongeren vaak sprake is van een combinatie van levensfasegebonden problematiek. Daarbij spelen onder andere psychische klachten, zelfbeschadiging, eerdere suïcidepogingen, pesten, prestatiedruk, onrust binnen het gezin, traumatische ervaringen, vragen rondom genderidentiteit of seksuele oriëntatie en de invloed van (online) sociale media een rol. Suïcidaliteit ontstaat vrijwel altijd door een samenspel van psychische, sociale, lichamelijke en maatschappelijke factoren.

Figuur 4.2 Suïcides naar leeftijd en geslacht (meest recente beschikbare gegevens 2025)



Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en Commissie Actuele Nederlandse Suïcideregistratie (CANS), 2025.

4.3 Suïcidepreventie als gezamenlijke maatschappelijke opgave

Landelijke gegevens laten zien dat suïcidaliteit niet uitsluitend een vraagstuk is van de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Ongeveer 40% van de mensen die door suïcide overlijden is op het moment van overlijden in behandeling binnen de (specialistische) ggz. De overige 60% bevindt zich op het moment van overlijden niet in zorg.

Dit onderstreept dat suïcidepreventie vraagt om een brede maatschappelijke aanpak, waarin naast de gezondheidszorg ook gemeenten, huisartsen, het sociaal domein, onderwijs, werkgevers, zorg- en welzijnsorganisaties, geloofsgemeenschappen, verenigingen, inwoners en andere maatschappelijke partners een belangrijke rol vervullen.

Een effectieve aanpak richt zich daarom niet alleen op behandeling, maar ook op het versterken van beschermende factoren, vroegsignalering en samenwerking tussen verschillende organisaties en de samenleving als geheel. Door signalen tijdig te herkennen en bespreekbaar te maken, kan passende ondersteuning eerder worden ingezet en kan mogelijk suïcidaliteit worden voorkomen.

Deze landelijke ontwikkelingen vormen het vertrekpunt voor de regionale analyse in de volgende hoofdstukken. Daarin wordt beschreven hoe deze ontwikkelingen zich vertalen naar de provincie Utrecht en de deelnemende gemeenten binnen de regio Eemland.

Bronnen

- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). 1.758 suïcides in 2025, gemiddeld bijna vijf per dag (2026).
- Commissie Actuele Nederlandse Suïcideregistratie (CANS). Jaarrapport 2025.
- Richtlijnendatabase. Suïcidaliteit (2025).
- 113 Zelfmoordpreventie. Suïcidecijfers 2023.
- 113 Zelfmoordpreventie. Suïcidecijfers 2024.

5.Regionale ontwikkelingen: Regio Utrecht en deelnemende gemeenten regio Eemland

5.1 Suïcidaliteit in de GGD-Regio Utrecht

Na het landelijke beeld wordt ingezoomd op de GGD-regio Utrecht. De gegevens op dit niveau vormen het regionale referentiekader voor de duiding van de ontwikkelingen binnen de deelnemende gemeenten in de regio Eemland. Hoewel het aantal suïcides per 100.000 inwoners in de GGD-regio Utrecht al meerdere jaren lager ligt dan het landelijk gemiddelde, blijft suïcidaliteit ook binnen de regio een belangrijk maatschappelijk en volksgezondheidsvraagstuk.

Uit de factsheet Kerncijfers en trends in suïcidaliteit van de GGD-regio Utrecht blijkt dat tussen 2018 en 2024 in totaal 741 inwoners door suïcide zijn overleden. Gemiddeld betreft dit ongeveer 108 suïcides per jaar, oftewel ongeveer twee suïcides per week. Na een stijging tot 2021 is in de daaropvolgende jaren een daling zichtbaar, gevolgd door een lichte toename in 2024. Ondanks deze jaarlijkse schommelingen blijft het aantal suïcides over de gehele periode relatief stabiel.

Ook binnen de GGD-regio Utrecht zijn verschillen zichtbaar tussen bevolkingsgroepen. Mannen overlijden vaker door suïcide dan vrouwen en net als landelijk blijft suïcide de belangrijkste doodsoorzaak onder jongeren tot 30 jaar. Daarnaast laten regionale gezondheidsgegevens zien dat suïcidale gedachten aanzienlijk vaker voorkomen dan het aantal geregistreerde suïcides doet vermoeden. Dit benadrukt het belang van vroegsignalering, het tijdig aangaan van het gesprek over suïcidaliteit en het bieden van passende ondersteuning. Daarnaast onderstreept het de noodzaak van een brede maatschappelijke aanpak, waarin gemeenten, de gezondheidszorg, het sociaal domein, het onderwijs, werkgevers en maatschappelijke partners gezamenlijk optrekken.

Hoewel de cijfers voor de GGD-regio Utrecht een waardevol beeld geven van de regionale ontwikkelingen, zeggen zij niet alles over de situatie binnen afzonderlijke gemeenten. Verschillen in bevolkingssamenstelling, stedelijkheid en de relatief kleine aantallen suïcides maken gemeentelijke cijfers vaak beperkt beschikbaar of moeilijk te interpreteren. Daarom worden de beschikbare gegevens in deze regioscan op regionaal niveau beschouwd voor de deelnemende gemeenten in de regio Eemland.

De ontwikkelingen binnen de GGD-regio Utrecht vormen het bredere referentiekader waarbinnen de situatie in de deelnemende gemeenten van de regio Eemland wordt geduid. In de volgende paragrafen wordt nader ingezoomd op de regio Eemland, met aandacht voor de demografische kenmerken, de mentale gezondheid en het welzijn van inwoners en de beschikbare gegevens over suïcidaliteit.

5.2 Regio Eemland

De regio Eemland bestaat uit de gemeenten Amersfoort, Baarn, Bunschoten, Leusden, Nijkerk, Soest en Woudenberg. Samen tellen deze gemeenten 353.626 inwoners (tabel 2.1).
In de volgende paragrafen worden de demografische kenmerken, de mentale gezondheid en het welzijn van inwoners en de beschikbare gegevens over suïcidaliteit binnen de regio beschreven.

5.3 Demografische kenmerken van de regio Eemland

De regio Eemland kent een gevarieerde bevolkingssamenstelling. Amersfoort vormt met ruim de helft van het totale aantal inwoners het stedelijke zwaartepunt van de regio. De overige gemeenten verschillen in omvang en karakter en hebben een meer dorps of landelijk profiel.

Deze verschillen zijn van invloed op de organisatie van voorzieningen, ondersteuning en preventie.

De bevolkingsopbouw laat zien dat jongeren, jongvolwassenen, volwassenen en ouderen allemaal een substantieel deel van de bevolking vormen. Dit onderstreept dat suïcidepreventie aandacht vraagt voor verschillende levensfasen en doelgroepen. Tegelijkertijd vragen de verschillen in bevolkingssamenstelling en gemeentelijke omvang om een aanpak die aansluit bij de lokale context, terwijl regionale samenwerking mogelijkheden biedt om kennis, expertise en voorzieningen te bundelen met behoud van lokaal maatwerk.

5.4 Mentale gezondheid en welzijn in de regio Eemland

De gemeentelijke Gezondheidsmonitoren laten zien dat psychische klachten, stress, eenzaamheid en suïcidale gedachten binnen alle deelnemende gemeenten van de regio Eemland voorkomen. Hoewel de omvang per gemeente verschilt, zijn vergelijkbare patronen zichtbaar. Vooral jongeren en jongvolwassenen rapporteren relatief vaak psychische klachten, ervaren stress en prestatiedruk. Gevoelens van eenzaamheid komen voor in alle leeftijdsgroepen.

Daarnaast laten de Gezondheidsmonitoren zien dat ook moeite met rondkomen en gevoelens van angst en depressieve klachten voorkomen binnen de regio. Deze gegevens geven een breed beeld van de mentale gezondheid van inwoners en vormen een belangrijke basis voor de verdere analyse. Binnen de regio Utrecht rapporteerde ongeveer 10% van de volwassenen, 27% van de jongvolwassenen en 19% van de jongeren suïcidale gedachten volgens de meest recente Gezondheidsmonitor van de GGD Regio Utrecht. Deze cijfers laten zien dat suïcidale gedachten aanzienlijk vaker voorkomen dan het aantal geregistreerde suïcides en onderstrepen het belang van blijvende aandacht voor mentale gezondheid, vroegsignalering en passende ondersteuning.

Hoewel deze cijfers betrekking hebben op de GGD-regio Utrecht als geheel, zijn de onderliggende ontwikkelingen ook herkenbaar voor de deelnemende gemeenten in de regio Eemland. De gemeentelijke gezondheidsmonitoren laten zien dat risicofactoren zoals psychische klachten, stress en eenzaamheid ook binnen de gemeenten voorkomen. Dit maakt aannemelijk dat ook hier een substantiële groep inwoners leeft met suïcidale gedachten, zonder dat zij altijd in beeld zijn bij de hulpverlening.

5.5 Suïcidaliteit binnen de regio Eemland

De beschikbare gemeentelijke gegevens laten zien dat suïcidale gedachten binnen alle zeven gemeenten voorkomen. Hoewel de omvang per gemeente verschilt, zijn vergelijkbare patronen zichtbaar op het gebied van psychische klachten, eenzaamheid, stress en andere bekende risicofactoren.

De verschillen tussen gemeenten zitten vooral in de omvang van de problematiek en de lokale context, niet in de aard van de risicofactoren. Dit betekent dat de regionale opgave niet wordt bepaald door één gemeente of één specifieke doelgroep, maar dat in de hele regio vergelijkbare vraagstukken spelen. Deze terugkerende patronen vormen een sterke inhoudelijke basis voor een gezamenlijke regionale aanpak, waarbij gemeenten kennis en ervaringen kunnen delen, met behoud van ruimte voor lokaal maatwerk. In het volgende hoofdstuk worden de bevindingen uit de interviews geanalyseerd en geduid. De analyse brengt de samenhang tussen de verschillende thema's en doelgroepen in beeld en laat zien welke regionale patronen en onderliggende mechanismen uit de gesprekken naar voren komen.

6. Opbrengsten interviews ketenpartners

6.1 Inleiding

Om inzicht te krijgen in de huidige praktijk van suïcidepreventie zijn interviews gehouden met beleidsadviseurs van de deelnemende gemeenten en een brede vertegenwoordiging van ketenpartners in de regio Eemland, waaronder vertegenwoordigers uit de geestelijke gezondheidszorg, het sociaal domein, onderwijs, veiligheid, vrijwilligersorganisaties, religieuze organisaties en ervaringsdeskundigen.

De interviews bieden inzicht in de wijze waarop suïcidaliteit wordt gesignaleerd, welke risico- en beschermende factoren worden ervaren en welke kansen en knelpunten respondenten zien voor een regionale aanpak. Samen met de bevindingen uit de regioscan vormen deze inzichten de inhoudelijke basis voor de Regionale Aanpak Suïcidepreventie Eemland.

Ondanks de verschillen tussen organisaties en gemeenten komt uit de interviews een duidelijke gezamenlijke boodschap naar voren: suïcidepreventie is een gezamenlijke maatschappelijke verantwoordelijkheid, waarin samenwerking, menselijke nabijheid en laagdrempelige ondersteuning centraal staan.

6.2 Kennis, bewustwording en monitoring

Uit de interviews blijkt dat de mate waarin organisaties beschikken over gegevens over suïcide en suïcidepogingen sterk verschilt. Ggz-instellingen registreren incidenten systematisch en gebruiken deze voor kwaliteitsverbetering, evaluatie en scholing. Binnen gemeenten, welzijnsorganisaties en andere maatschappelijke partners ontbreekt vaak een volledig lokaal beeld. Veel organisaties beschikken uitsluitend over gegevens uit de eigen caseload of registreren alleen calamiteiten. Vooral gegevens over suïcidepogingen ontbreken vaak, waardoor vroegtijdige signalen onvoldoende zichtbaar worden.

Respondenten geven aan dat cijfers waardevol zijn om ontwikkelingen te volgen, maar benadrukken tegelijkertijd dat cijfers nooit het volledige verhaal vertellen. Suïcidaliteit ontstaat vrijwel altijd door een samenspel van persoonlijke, sociale en maatschappelijke factoren. Daarom is het belangrijk om kwantitatieve gegevens te combineren met signalen uit de praktijk, ervaringen van inwoners en inzichten van professionals en ervaringsdeskundigen.

Daarnaast blijkt dat kennis over suïcidaliteit nog niet overal vanzelfsprekend aanwezig is. Verschillende respondenten geven aan dat het onderwerp pas bespreekbaar wordt wanneer er daadwerkelijk een incident plaatsvindt. Hierdoor blijft preventie vaak reactief in plaats van proactief.

6.3 Risicodoelgroepen, risicofactoren en beschermende factoren

Uit vrijwel alle interviews blijkt dat suïcidaliteit voorkomt binnen uiteenlopende doelgroepen. Tegelijkertijd noemen respondenten een aantal groepen waarvoor extra aandacht wenselijk is binnen de regionale aanpak.

Jongeren en jongvolwassenen worden het meest genoemd. Daarbij spelen prestatiedruk, sociale media, identiteitsontwikkeling, psychische kwetsbaarheid, eenzaamheid, wachtlijsten in de hulpverlening en onzekerheid over de toekomst een belangrijke rol. Scholen, jongerenwerk en sociale teams signaleren dat juist de overgang naar volwassenheid een kwetsbare periode vormt.

Ook mannen van middelbare leeftijd worden door veel respondenten benoemd als risicogroep. Relationele problemen, werkloosheid, verlies van maatschappelijke positie, schulden,

middelengebruik en het minder snel zoeken van hulp vergroten volgens respondenten het risico op suïcidaliteit.

Daarnaast vragen ouderen nadrukkelijk aandacht. Eenzaamheid, verlieservaringen, lichamelijke achteruitgang, zingevingsvragen en beperkte sociale netwerken spelen hierbij een belangrijke rol. Respondenten wijzen erop dat ouderen in regionale campagnes en preventieactiviteiten niet over het hoofd mogen worden gezien.

Verder worden verschillende specifieke doelgroepen genoemd, waaronder LHBTIQ+-personen, regenboogouderen, mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen, personen met verslavingsproblematiek, mensen met schulden, dak- en thuislozen, statushouders, alleenstaande minderjarige asielzoekers (AMA's), mensen met een licht verstandelijke beperking en inwoners met langdurige bestaansonzekerheid.

Ook mensen met chronische depressieve klachten worden door respondenten genoemd als een groep die extra aandacht vraagt. Respondenten benadrukken dat langdurige depressieve klachten, ook zonder bijkomende problematiek, een belangrijke risicofactor kunnen vormen voor suïcidaliteit.

Uit de interviews komt naar voren dat regionale verschillen aandacht vragen. Respondenten noemen onder andere Nijkerk en Bunschoten als gemeenten waar kenmerken zoals een agrarische omgeving, kerkelijke gemeenschappen, middelengebruik en de sociale cohesie invloed kunnen hebben op zowel risico- als beschermende factoren. Dit onderstreept het belang van lokaal maatwerk binnen een gezamenlijke regionale aanpak.

Hoewel de genoemde risicofactoren divers zijn, keren verschillende thema's steeds terug. Eenzaamheid, sociaal isolement, psychische problematiek, schulden, middelengebruik, relationele problemen, bestaansonzekerheid, verlieservaringen, trauma, beperkte toegang tot passende hulp, wachtlijsten en gevoelens van uitzichtloosheid worden het vaakst genoemd.

Tegelijkertijd benadrukken respondenten dat juist beschermende factoren een belangrijk aangrijpingspunt vormen voor suïcidepreventie. Een steunend sociaal netwerk, betekenisvolle relaties, laagdrempelige ontmoetingsplekken, deelname aan vrijwilligerswerk, sport, onderwijs, werk of dagbesteding, ervaringsdeskundigheid, herstelinitiatieven, sociale teams, buurtgerichte ondersteuning en een samenleving waarin open gesproken kan worden over mentale gezondheid en suïcidaliteit vergroten de veerkracht van inwoners.

6.4 Deskundigheidsbevordering

Vrijwel alle respondenten onderschrijven het belang van deskundigheidsbevordering. Binnen verschillende ggz-organisaties is scholing structureel ingebed, terwijl dit binnen gemeenten, welzijnsorganisaties, onderwijs en andere maatschappelijke organisaties veel wisselender is georganiseerd.

Veel professionals geven aan behoefte te hebben aan praktische vaardigheden voor het herkennen van signalen, het bespreekbaar maken van gedachten aan zelfdoding en het voeren van moeilijke gesprekken. Daarnaast bestaat behoefte aan kennis over samenwerking, warme overdracht, consultatiemogelijkheden en de (regionale) sociale kaart.

Respondenten benadrukken dat scholing niet beperkt moet blijven tot zorgprofessionals. Suïcidepreventie vraagt om een samenleving waarin iedereen een rol kan spelen. Ook vrijwilligers, sportverenigingen, scholen, werkgevers, religieuze organisaties en inwoners kunnen bijdragen aan het tijdig herkennen van signalen, het aangaan van het gesprek over gedachten aan zelfdoding en

het bieden van een veilige eerste stap naar passende ondersteuning. Dit vraagt om laagdrempelige scholing, handelingsperspectief en een goed bekend regionaal netwerk waar signalen en zorgen kunnen worden besproken.

Daarnaast wordt de inzet van ervaringsdeskundigen in vrijwel alle interviews genoemd als een belangrijke bouwsteen voor het regionale suïcidepreventiebeleid. Respondenten zien ervaringsdeskundigheid als een waardevolle aanvulling op professionele kennis, doordat zij vanuit eigen ervaringen inzicht bieden in de leefwereld van mensen met suïcidale gedachten en hun naasten. Hun inzet draagt bij aan het doorbreken van taboe, stigma, schaamte en schuldgevoelens rondom suïcidaliteit, het normaliseren van het gesprek en het bieden van herkenning, hoop en perspectief. Ervaringsdeskundigen kunnen een belangrijke rol vervullen binnen scholing, voorlichting, peer support, lotgenotencontact en beleidsontwikkeling. Bestaande initiatieven, zoals het Herstelnetwerk Eemland, laten zien hoe ervaringsdeskundigheid en herstelondersteuning binnen de regio al bijdragen aan deze beweging.

Door ervaringsdeskundigheid structureel te verankeren binnen het regionale netwerk ontstaat een aanpak waarin professionele expertise, ervaringskennis en de kracht van informele ondersteuning elkaar versterken. Zo sluit de ondersteuning beter aan bij de behoeften en leefwereld van inwoners.

6.5 Samenwerking, regie en organisatie

Vrijwel alle respondenten noemen samenwerking als één van de belangrijkste voorwaarden voor een effectieve regionale aanpak van suïcidepreventie. Hoewel veel organisaties elkaar weten te vinden, wordt de samenwerking in de praktijk nog regelmatig als versnipperd ervaren. Organisaties werken vanuit verschillende wettelijke kaders, financieringsstromen en verantwoordelijkheden, waardoor inwoners tussen organisaties vastlopen of onvoldoende passende ondersteuning ontvangen.

Respondenten benadrukken dat suïcidepreventie niet uitsluitend een verantwoordelijkheid is van de geestelijke gezondheidszorg. Juist de samenwerking tussen gemeenten, de geestelijke gezondheidszorg, sociale teams, welzijnsorganisaties, huisartsen, onderwijsinstellingen, de politie, schuldhulpverlening, maatschappelijke opvang, religieuze organisaties, ervaringsdeskundigen en andere maatschappelijke partners is essentieel om signalen vroegtijdig te herkennen en passende ondersteuning te organiseren. Daarbij wordt meerdere malen benoemd dat ondersteuning vaak pas op gang komt wanneer sprake is van een crisis, terwijl juist de periode daarvoor kansen biedt om erger te voorkomen.

Een belangrijk aandachtspunt betreft de warme overdracht tussen organisaties. Verschillende respondenten geven aan dat inwoners regelmatig worden doorverwezen zonder dat duidelijk is of de ondersteuning daadwerkelijk wordt opgepakt. Vooral bij complexe problematiek, wachtlijsten of multiproblematiek bestaat behoefte aan duidelijke afspraken over regie, terugkoppeling en gezamenlijke verantwoordelijkheid. Daarbij wordt niet alleen gekeken naar formele zorg, maar ook naar de rol van sociale teams, welzijnsorganisaties en informele netwerken.

Daarnaast wordt ook de uitwisseling van informatie regelmatig genoemd. Respondenten ervaren dat de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) soms als belemmering wordt gezien voor samenwerking, terwijl tegelijkertijd wordt aangegeven dat er vaak meer mogelijkheden zijn om noodzakelijke informatie te delen dan gedacht. Heldere regionale werkafspraken kunnen bijdragen aan betere samenwerking zonder de privacy van inwoners uit het oog te verliezen.

De gemeente wordt door veel respondenten gezien als de partij die verbinding kan aanbrengen tussen de verschillende organisaties. Niet als uitvoerende organisatie, maar als regisseur die partijen

bijeenbrengt, samenwerking faciliteert, gezamenlijke afspraken ondersteunt en bestaande initiatieven met elkaar verbindt. Daarbij wordt nadrukkelijk aangegeven dat geen nieuwe structuren hoeven te worden ontwikkeld. Beter kan er aangesloten worden bij bestaande initiatieven binnen Samen Sterker Eemland, zoals het Herstelnetwerk Eemland, en bij de sociale teams, welzijn en andere maatschappelijke initiatieven.

Daarnaast wordt het belang van ervaringsdeskundigheid opnieuw onderstreept. Respondenten zien ervaringsdeskundigen niet alleen als waardevolle gesprekspartner voor inwoners, maar ook als verbinder tussen organisaties, professionals en inwoners. Hun inzet kan bijdragen aan een meer herstelgerichte samenwerking waarin de leefwereld van inwoners centraal staat.

6.6 Preventie, communicatie en publiekscampagnes

Vrijwel alle respondenten benadrukken het belang van preventie en publiekscampagne als onderdeel van een integrale aanpak van suïcidepreventie. Daarbij ligt de nadruk niet alleen op het voorkomen van suïcide, maar vooral op het versterken van mentale gezondheid, het vergroten van de bespreekbaarheid en het tijdig herkennen van signalen.

Een belangrijke opbrengst uit de interviews is de wens om het taboe rondom suïcidaliteit verder te doorbreken. Respondenten geven aan dat gedachten aan zelfdoding nog vaak gepaard gaan met schaamte, schuldgevoelens en handelingsverlegenheid, zowel bij inwoners als professionals. Door het gesprek over mentale gezondheid en suïcidaliteit te normaliseren, ontstaat meer ruimte om zorgen vroegtijdig bespreekbaar te maken en passende hulp te zoeken.

Daarnaast geven respondenten aan dat publiekscampagnes niet alleen gericht moeten zijn op bewustwording, maar ook op het bieden van handelingsperspectief. Inwoners, naasten, vrijwilligers en professionals willen weten hoe zij signalen kunnen herkennen, hoe zij het gesprek over gedachten aan zelfdoding kunnen aangaan en waar zij terechtkunnen voor advies of ondersteuning. Respondenten verwijzen regelmatig naar bestaande landelijke initiatieven, zoals de campagne 'Je staat er niet alleen voor of 1K Z1E J3' van 113 Zelfmoordpreventie, die regionaal kan worden versterkt met lokale activiteiten.

Veel respondenten benadrukken dat communicatie het meest effectief is wanneer deze aansluit bij de leefwereld van inwoners. Alleen dan kan de boodschap op een herkenbare en passende manier worden overgebracht. Dit vraagt om laagdrempelige en herkenbare vormen van communicatie die aansluiten bij verschillende doelgroepen, leeftijden en culturele achtergronden. Daarbij worden onder andere scholen, sportverenigingen, werkgevers, religieuze organisaties, buurthuizen en sociale teams genoemd als belangrijke plekken waar het gesprek kan worden gevoerd.

Ook wordt gewezen op de kracht van lokale initiatieven die ontmoeting en verbinding stimuleren. Voorbeelden die tijdens de interviews worden genoemd zijn het beeld Stille Strijd, de suïcidepreventie week, Walk into the light, theater- en kunstprojecten, ontmoetingsactiviteiten voor jong en oud, Herstelnetwerk Eemland, Café Veerkracht, Café Doodgewoon en andere wijkgerichte initiatieven. Volgens respondenten dragen juist dergelijke activiteiten bij aan het verminderen van eenzaamheid, het versterken van sociale verbondenheid en het creëren van een veilige omgeving waarin mentale gezondheid bespreekbaar wordt.

Respondenten geven daarnaast aan dat communicatie aandacht moet hebben voor regionale verschillen. Wat aansluit bij jongeren in Amersfoort vraagt soms een andere benadering dan communicatie richting ouderen, inwoners uit agrarische gebieden of mensen met een migratieachtergrond. Daarom wordt gepleit voor een regionale aanpak met ruimte voor lokaal maatwerk.

6.7 Samenvattende duiding

De regioscan en de interviews laten zien dat de regio Eemland beschikt over een betrokken netwerk van gemeenten, zorg- en welzijnsorganisaties, onderwijs, veiligheidspartners, maatschappelijke organisaties, vrijwilligers en ervaringsdeskundigen die zich gezamenlijk willen inzetten voor suïcidepreventie. Tegelijkertijd maken de analyses duidelijk dat verdere versterking nodig is op het gebied van vroegsignalering, deskundigheidsbevordering, samenwerking, informatie-uitwisseling en de verbinding tussen zorg, welzijn en de sociale basis, waaronder buurtinitiatieven, vrijwilligersorganisaties en andere laagdrempelige voorzieningen.

De combinatie van cijfers en praktijkinzichten laat bovendien zien dat suïcidaliteit niet uitsluitend kan worden benaderd als een medisch of psychiatrisch vraagstuk. De analyse onderstreept dat sociale verbondenheid, bestaanszekerheid, zingeving, perspectief en het tijdig herkennen van signalen belangrijke factoren zijn voor het versterken van de mentale gezondheid. Ook het bespreekbaar maken van suïcidale gedachten en het bieden van tijdige, passende ondersteuning vormen essentiële onderdelen van een brede aanpak van suïcidepreventie. Daarmee vraagt suïcidepreventie om een gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten, zorg- en welzijnsorganisaties, onderwijs, huisartsen, veiligheidspartners, religieuze gemeenschappen, verenigingen, ervaringsdeskundigen én inwoners.

De analyse laat daarnaast zien dat de belangrijkste opgave voor de regio niet ligt in het ontwikkelen van nieuwe voorzieningen, maar in het beter benutten en verbinden van de kennis, expertise, netwerken en initiatieven die al aanwezig zijn. Daarbij zijn deskundigheidsbevordering, het verminderen van handelingsverlegenheid, het structureel betrekken van ervaringsdeskundigen en het versterken van de samenwerking tussen gemeenten, ondersteuning en zorg, welzijn, onderwijs, veiligheid en maatschappelijke organisaties belangrijke randvoorwaarden. Tegelijkertijd vragen verschillen tussen gemeenten en doelgroepen om ruimte voor lokaal maatwerk binnen een gezamenlijke regionale aanpak.

De bevindingen uit de regioscan en de interviews vormen het inhoudelijke vertrekpunt voor de Regionale Aanpak Suïcidepreventie Eemland. Deze inzichten zijn vertaald naar vier samenhangende actielijnen die richting geven aan de verdere ontwikkeling en uitvoering van suïcidepreventie in de regio.

Dit document is opgesteld door:

Suïcide Preventie Advies Centrum - Ervaringsdeskundigheid
www.spac-e.nl