

HOOGLERAAR PSYCHIATRIE
AARTJAN BEEKMAN

'40 procent minder suïcides door betere samenwerking'

Zet in op netwerkzorg om het aantal suïcides te verminderen, stelt Aartjan Beekman, hoogleraar Psychiatrie. 'De oorzaak van suïcide is meestal een mix van omstandigheden. Met alleen een ggz-behandeling kom je er niet.'

Door **Sigrid Starremans**

In december 2025 nam Aartjan Beekman afscheid bij Amsterdam UMC en ging hij met pensioen. In zijn veertig jaar lange loopbaan als hoogleraar en psychiater zag hij veel veranderen op het gebied van suïcide en de preventie daarvan. 'Als ik kijk naar hoe ik zelf ben opgeleid en hoe we nu jonge psychiaters opleiden, dan is daar veel meer aandacht voor', licht hij toe. 'En in de samenleving zie je dat het stigma is afgenomen. Er wordt makkelijker over suïcide gesproken, ook door bekende Nederlanders en zelfs door het koningshuis. En er zijn veel meer partijen die vinden dat ze er iets mee moeten doen. Voor gemeenten is het nu zelfs een wettelijke plicht.'

In 2012 werd de eerste richtlijn suïcidaliteit voor de ggz opgesteld. In 2025 werd deze vernieuwd. Toch hebben deze ontwikkelingen en maatregelen niet geleid tot een afname van het aantal suïcides. Het aantal bleef de afgelopen jaren onverminderd steken

op dik 1800 per jaar. Dat is drie keer zoveel als sterfgevallen door een verkeersongeval. Beekman meent dat het aantal suïcides met 40 procent omlaag kan als verschillende partijen, zoals ziekenhuizen, huisartsen, het sociaal domein en de ggz, beter gaan samenwerken.

'De netwerkzorgbenadering gaat over het inzetten van verschillende interventies tegelijkertijd, met een aantal partijen samen'

Deze netwerkzorg zou niet overal hetzelfde moeten zijn, maar afgestemd moeten zijn op de specifieke omstandigheden in een bepaalde regio.

Hoe ziet netwerkzorg eruit en waarom is dat nodig?

'De netwerkzorgbenadering gaat over het inzetten van verschillende interventies tegelijkertijd, die je met een aantal partijen samen doet. Zo komen veel mensen die een suïcidepoging doen bij de spoedeisende hulp terecht. En bijna altijd gaan die mensen daarna weer naar huis. Terwijl het heel cruciaal is om ze dan niet los te laten. Uit onderzoek blijkt dat je nieuwe pogingen en suïcides met 40 tot 50 procent kunt reduceren als je de continuïteit van zorg vervolgens goed weet te organiseren.' Want dit is echt een hoogrisico-groep. En daarvoor heb je de artsen, de verpleegkundigen op de SEH, de huisarts en de ggz nodig. Geen van die partijen kan dat alleen.'

‘Alleen een ggz-probleem is meestal niet voldoende voor suïcide’

‘Daarnaast, als je kijkt naar de oorzaken van suïcidaliteit, zie je dat driekwart van de mensen een ggz-probleem heeft. Maar alleen een ggz-probleem is meestal niet voldoende voor suïcide. De oorzaak is in vele gevallen een mix van omstandigheden die ervoor zorgt dat mensen helemaal klem komen te zitten. Schulden, relatieproblemen, armoede. Het is vaak sociale problematiek die leidt tot een gevoel van uitzichtloosheid en mensen de finale duw geeft. In de schuldhulpverlening zitten bijvoorbeeld relatief veel mensen die zich suïcideren. Dat zijn mensen die we in de psychiatrie vaak helemaal niet zien. Als je die professionals traint om te vragen naar suïcidaliteit pik je mensen op van een andere plek. Natuurlijk moet er dan ook gezorgd worden voor een traploze verbinding met goede zorg.’

‘Als je niet weet wat je wanneer moet vragen, ben je geneigd het onderwerp te vermijden’

‘Er zijn overigens plekken in Nederland waar dit soort interventies al wordt ingezet. Maar als je de suïcidecijfers omlaag wilt hebben, dan moet je dat heel rigoureuus en structureel doen. Het mag niet een project zijn dat een paar jaar gedaan wordt en dan stopt. Je moet ervoor zorgen dat het helemaal in het DNA van de zorg gaat zitten.’

Is het wel realistisch om bijvoorbeeld een schuldhulpverlener een gesprek over suïcidaliteit te laten voeren? Het is bekend dat zelfs psychiaters en huisartsen handelingsverlegen zijn op dit terrein.

‘Er op een passende manier naar vragen kan iedereen leren. 113 heeft hier goede gatekeeper-trainingen voor. Wat je vaak ziet bij hulpverleners is dat ze, als ze zich competent voelen op een moeilijk terrein, het onderwerp wel durven aansnijden. En dat gevoel van competent zijn hangt deels samen met techniek. Als je niet weet wat je wanneer moet vragen, ben je geneigd om het onderwerp te vermijden. Overigens is dat een fuik waarin we in Nederland vaak lopen. Iedereen heeft zijn eigen specialisme en voelt zich niet competent op andermans terrein.’

In de ggz zijn nu al lange wachtlijsten. Hoe ga je daarmee om als er in de toekomst wellicht nog meer mensen worden doorverwezen voor een behandeling vanwege suïcidale gedachten?

‘20 procent van de mensen die zich hebben

gesuïcideerd, stonden op een wachtlijst voor een ggz-behandeling. Je kunt niet stellen dat ze dat niet gedaan zouden hebben als ze die behandeling wel op tijd hadden gekregen. Maar dit is natuurlijk een zeer onwenselijke situatie. En weer een argument om te pleiten voor netwerkzorg. Je moet het niet in je eentje willen doen.’

‘Die gesprekken kunnen professionals in het sociaal domein, huisartsen of praktijkondersteuners huisartsenzorg ook voeren’

‘Want een ggz-behandeling is niet altijd nodig. Een open gesprek voeren over hoe wanhopig iemand zich voelt vanwege schulden, of gepest worden als het om een jongere gaat, kunnen de beklemming en de schaamte wegnemen die tot suïcide kan leiden. Vaak vinden mensen met suïcidale gedachten het fijn als ernaar gevraagd wordt. Ervoor zorgen dat deze mensen hier niet in hun eentje mee rondlopen, dat ze het kunnen delen, daar begint het mee. En die gesprekken kunnen professionals in het sociaal domein, huisartsen of praktijkondersteuners huisartsenzorg ook voeren.’

Je stelt dat netwerkzorg er in iedere regio anders uit moet zien. Kun je dat toelichten?

‘In een stad als Amsterdam is de opbouw van de bevolking en de organisatie van de zorg heel anders dan bijvoorbeeld op het platteland van Overijssel. Amsterdam is een compacte stad, er is veel gespecialiseerde hulpverlening aanwezig. Er zijn veel studenten, migranten en toeristen.’

‘Als gemeente kun je met de ggz, het ziekenhuis en de huisarts om tafel gaan zitten’

‘Op het platteland zijn veel minder voorzieningen. Ook de problematiek is anders. We weten bijvoorbeeld dat onder boeren best veel suïcidaliteit voorkomt door de problemen waar ze tegenwoordig mee te maken hebben. Misschien zijn er ook meer ouderen die alleen wonen. Maar wellicht ook meer nabuurschap. Daar zou je gebruik van kunnen maken en je gatekeeper-trainingen op kunnen afstemmen.’

Kan de gemeente een rol spelen bij het opstarten van netwerkzorg?

‘Jazeker, als gemeente kun je het voortouw nemen en met de ggz, het ziekenhuis en de huisarts om tafel gaan zitten. Want die drie partijen heb je in elk

geval nodig. En ga dan eens kijken: waar in de regio komen suïcides en suïcidepogingen veel voor? Bij welke groepen inwoners en onder welke omstandigheden? En als we aan preventie willen doen, welke mensen kunnen we dan inschakelen? Hebben we een uitgebreide schuldhulpverlening hier? Hebben we een hogeschool of een universiteit? Zijn er veel arme wijken waar het suïcidecijfer hoger is? Je moet echt een plan maken voor een regio en bedenken: wie kunnen we allemaal trainen? Scholen, werkgevers – er zijn veel partijen die ingezet kunnen worden. Bij 113 is veel informatie op te vragen hierover. De organisatie wil gemeenten graag helpen om na te gaan wat het beste past in een bepaalde regio.'

Zijn er goede voorbeelden van netwerkzorg?

'Op sommige plekken in Groot-Brittannië en de VS is netwerkzorg. Maar het beste voorbeeld is Australië. Er is onlangs een publicatie verschenen over het LifeSpan-model dat ze daar in een staat hebben ingevoerd.² En dan zie je dat het aantal suïcides omlaaggaat. Niet meteen met 40 procent; dat gaat geleidelijk.'

'Marktwerking en netwerkzorg staan op gespannen voet. Maar daar verschuilen we ons te vaak achter'

'Wat ook heel fijn is: niet alleen het aantal suïcides vermindert, maar ook het aantal suïcidepogingen. En het beleid heeft effect op depressie en angst. Mensen voelen zich beter omdat ze eerder in het vizier zijn en hulp krijgen.'

Is het niet lastig om de financiering rond te krijgen voor netwerkzorg, gezien de gescheiden geldstromen voor zorg, sociaal domein en gemeente?

'Onze financiering werkt verkokering inderdaad in de hand. Marktwerking en netwerkzorg staan op gespannen voet met elkaar. Maar ik vind dat we ons daar te vaak achter verschuilen. Ik denk dat het wel mogelijk is. Want het geld en de middelen zijn er. Die zorg wordt nu immers ook gegeven, alleen gebeurt dat heel inefficiënt. Je kunt bijvoorbeeld regelvrije ruimtes creëren om te zorgen dat je echt over grenzen heen kunt samenwerken en dingen voor elkaar krijgt. Makkelijk is dat niet. Maar ik vind het ook te



Aartjan Beekman: 'Ik vind het te makkelijk om te zeggen: 'Nou het systeem maakt het onmogelijk, dus dan we doen het maar niet.''

Foto: Ed van Rijswijk

makkelijk om te zeggen: 'Nou, het systeem maakt het onmogelijk, dus dan doen we het maar niet.'

Op welk punt gaan nu de meeste kansen verloren als het gaat om het opstarten van netwerkzorg?

'In Nederland zijn er echt veel mensen van goede wil die graag willen werken aan het verminderen van het aantal suïcides. Het geld is er ook en we hebben best veel hulpverleners. Waar het misgaat, is dat effectief werken in een netwerk. Dat is heel moeilijk. Dat heeft te maken met financiering, instituties, maar ook met de mindset. Als je in een netwerk werkt, dan wordt je eigen werkteerrein onoverzichtelijker. En het is de mens zijn natuur om een eigen territorium te willen hebben en daar baasje over te zijn. Dan is het lastig als je moet samenwerken met mensen van andere disciplines. Het kan wel, maar je moet mensen daar goed bij helpen en ondersteunen.'

Sigrid Starremans is freelancejournalist.

Denk je aan zelfdoding? Bel dan 24/7 gratis en anoniem met 113 of chat op 113.nl

Noten 1 Gysin-Maillart, A., S. Schwab, L. Soravia, M. Megert & K. Michel (2016). A novel brief therapy for patients who attempt suicide: A 24-months follow-up randomized controlled study of the attempted suicide short intervention program (ASSIP). *PLOS Medicine*, 13(3), e1001968 2 Shand, F., M. Torok, A. Mackinnon e.a. (2025). Effect of the LifeSpan suicide prevention model on self-harm and suicide in four communities in New South Wales, Australia: a stepped-wedge, cluster randomised controlled trial. *BMJ Mental Health*, 28(1), e301429, doi.org/10.1136/bmjment-2024-301429