

Vergaderjaar 2009–2010

**22 894**

## **Preventiebeleid voor de volksgezondheid**

**Nr. 265**

### **LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN**

Vastgesteld 31 maart 2010

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup>, heeft een aantal vragen voorgelegd aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 1 december 2009 inzake de Jaarrapportage Vermindering suïcidaliteit (Kamerstuk 22 894, nr. 251).

De minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 30 maart 2010. Vragen en antwoorden, voorzien van een inleiding, zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Smeets

De griffier van de commissie,  
Teunissen

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Vlies, B.J. van der (SGP), Kant, A.C. (SP), Ferrier, K.G. (CDA), Ondervoorzitter, Joldersma, F. (CDA), Vries, J.M. de (CDA), Miltenburg, A. van (VVD), Smeets, P.E. (PvdA), Voorzitter, Schippers, E.I. (VVD), Timmer, A.J. (PvdA), Smilde, M.C.A. (CDA), Koşer Kaya, F. (D66), Willemse-van der Ploeg, A.A.M. (CDA), Schermers, J.P. (CDA), Wolbert, A.G. (PvdA), Bouwmeester, L.T. (PvdA), Gerven, H.P.J. Van (SP), Zijlstra, H. (VVD), Ouweland, E. (PvdD), Leijten, R.M. (SP), Agema, M. (PVV), Veen, E. Van der (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink, E.E. (CU), Sap, J.C.M. (GL), Roos-Consensulder, B. De (SP) en Harbers, M.G.J. (VVD).

Plv. leden: Staaij, C.G. van der (SGP), Velzen, K. van (SP), Atsma, J.J. (CDA), Aasted Madsen-van Stiphout, J.D.M.P. (CDA), Ormel, H.J. (CDA), Verdonk, M.C.F. (Verdonk), Dijken, M.J. van (PvdA), Dezentjé Hamming-Bluemink, I. (VVD), Arib, K. (PvdA), Vietsch, C.A. (CDA), Ham, B. van der (D66), Uitslag, A.S. (CDA), Omtzigt, P.H. (CDA), Vermeij, R. (PvdA), Heerts, A.J.M. (PvdA), Langkamp, M.C. (SP), Krom, P. de (VVD), Thieme, M.L. (PvdD), Luijben, A.P.M. (SP), Mos, R. De (PVV), Yücel, K. (PvdA), Ortega-Martijn, C.A. (CU), Halsema, F. (GL), Wit, J.M.A.M. de (SP) en Neppéus, H. (VVD).

## Inleiding

Bij brief van 20 januari 2010 heeft de Tweede Kamer vragen gesteld naar aanleiding van de Jaarrapportage Vermindering suïcidaliteit (Tweede Kamer, 2009–2010, 22 894, nr. 251) die ik op 1 december 2009, mede namens de minister voor Jeugd en Gezin, naar de Tweede Kamer heb gezonden.

Hieronder zal ik deze vragen – eveneens namens de Minister voor Jeugd en Gezin – beantwoorden. Daar waar mogelijk is de beantwoording van sommige vragen samengevoegd.

1

*Wat is de reactie van de minister op het onderzoek van het Centraal Bureau Drogisterijbedrijven, waaruit naar voren komt hoe substantieel de negatieve rol is van paracetamol in de suïcide(pogingen)problematiek, en dat de omvang van deze rol sterk wordt bepaald door de mate van verkrijgbaarheid van paracetamol?*

Het betreft een rapport van februari 2009 dat is opgesteld door een aantal deskundigen in opdracht van het Centraal Bureau Drogisterijbedrijven (CBD). Het rapport gaat in op de rol van paracetamol bij suïcidepogingen in Nederland en op de invloed van verkrijgbaarheid van dit zelfzorggeneesmiddel daarbij. In het rapport wordt gesteld dat het begrip «beschikbaarheid» (verkrijgbaarheid) drie verschillende dimensies kent die niet los van elkaar gezien kunnen worden, namelijk het aantal verkooppunten, de veiligheidswaarborgen bij de verkoop en de grootte van de verpakking. Op deze aspecten ga ik nader in bij de vragen 24 tot en met 35. Hierbij zal ik ook aangeven welke conclusies ik trek uit dit rapport.

2

*Is gebleken dat onder de vroegere geneesmiddelenwetgeving (WOG) mensen niet aan paracetamol en andere pijnverlagende zelfzorggeneesmiddelen kwamen, terwijl zij dat wel nodig hadden?*

Onder de vroegere Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG) waren er in Nederland zo'n 1500 apotheken en waren ongeveer 4000 drogisterijvergunningen afgegeven. Daarnaast waren er meer dan 1000 verkooppunten zonder drogisterijvergunning waar zelfzorggeneesmiddelen werden verkocht tegen de meest voorkomende aandoeningen, waaronder koorts, griep, hoofdpijn, menstruatiepijn e.d. Deze 1000 verkooppunten konden met een vergunning van de minister van VWS zelfzorggeneesmiddelen verkopen, waaronder paracetamol en ibuprofen, indien er geen drogisterij in de nabijheid was (afstandscriterium).

Deze verkooppunten zonder drogisterijvergunning bestonden voornamelijk uit winkels in benzinestations, kruideniers, kleine supermarkten, campingwinkels en winkels in recreatieparken. Deze situatie heeft sinds 1978 bestaan, tot de invoering van de Geneesmiddelenwet op 1 juli 2007. De stelling van het CBD in zijn brief van 8 januari jl. aan de Tweede Kamer (pag. 1) dat paracetamol vóór de inwerkingtreding van de Geneesmiddelenwet alleen verkocht mocht worden in drogisterijen en apotheken is dus niet juist.

3 en 4

*Er is op de website van de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levens einde (NVVE) te lezen hoe men met een overdosis medicijnen het eigen leven kan beëindigen. Wat is de mening van de minister hierover? Welke maatregelen gaat de minister treffen tegen de site van de NVVE waarop gedetailleerde informatie te verkrijgen is over de medicijnen die*

*kunnen worden gebruikt voor zelfdoding, en welke zelfdodingsmethoden er zijn? Is de minister bereid dit de NVVE te verbieden?*

Voor het antwoord op deze vragen verwijs ik naar de antwoorden van de minister van Justitie, mede namens de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en mij, op vragen van de leden Gill'ard en Heerst (PvdA) over de afgeschermd site van de NVVE (Tweede Kamer, 2009–2010, Aanhangsel, 1469, antwoord op vraag 2 tot en met 5), op vragen van Van der Staaij (SGP) (Tweede Kamer, 2009–2010, Aanhangsel, 1470) en op vragen van Joldersma en Schermers (CDA) over een website met tips voor zelfdoding (Tweede Kamer, 2009–2010, Aanhangsel, 1471, antwoord op vraag 4 en 5).

5, 15, 19 en 23

*De minister zet in op vermindering van het aantal zelfmoorden. Moet het aangrijpingspunt niet zijn de zelfmoordneigingen?*

*Zijn er gegevens met betrekking tot het aantal suicides beschikbaar van vóór 2006, zodat vergelijking mogelijk is?*

*De minister geeft aan dat een jaarlijkse reductie van het aantal suicides met vijf procent wellicht een te ambitieuze doelstelling is. Kan de minister dit onderbouwen? Hoe gaat de minister onderzoeken waarom het streven om het aantal suicides jaarlijks met vijf procent te verminderen niet wordt gehaald? Wanneer kan de Kamer de resultaten van dit onderzoek verwachten?*

*Wordt er door de Stuurgroep Zichtbare Zorg ggz ook onderzoek gedaan naar mogelijke verbanden met betrekking tot de economische crisis, faillissementen en de financiële positie van mensen en het plegen van suicide?*

In mijn standpunt op het Beleidsadvies Vermindering suïcidaliteit (Tweede Kamer, 2007–2008, 22 894, nr. 172) zijn maatregelen voorgesteld die betrekking hebben op zowel het verminderen van het aantal suicides, als het verminderen van suïcidepogingen. De veronderstelling in vraag 5 dat ik uitsluitend op een vermindering van het aantal suicides zou inzetten, is dan ook niet juist.

In de brief van 21 oktober 2008 (Tweede Kamer, 2008–2009, 22 894, nr. 192) heb ik evenwel aangegeven dat ik ernaar streef om het aantal suicides met vijf procent per jaar te doen verminderen totdat de Stuurgroep Zichtbare Zorg ggz met een goede indicator komt.

In de Jaarrapportage Vermindering suïcidaliteit 2009 heb ik helaas moeten constateren dat het aantal suicides over 2008 ten opzichte van het aantal in 2007 weer gestegen is.

Gezien deze stijging en gelet op de aantallen suicides in de afgelopen tien jaar, heb ik in de Jaarrapportage mijn twijfel uitgesproken of mijn inzet om het aantal suicides met vijf procent per jaar te verminderen, in de praktijk haalbaar blijkt te zijn.

Na publicatie van de multidisciplinaire richtlijn «Beoordeling en behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag», die eind 2010 wordt verwacht, zal de Stuurgroep Zichtbare zorg GGZ zich buigen over de ontwikkeling van een nieuwe indicator voor suicide.

Gelet op de omstandigheid dat de door mij gestelde streefnorm van vijf procent minder suicides per jaar een voorlopige streefnorm is, vind ik het niet opportuun om onderzoek te laten verrichten naar de vraag waarom het streven naar een percentage van vijf procent per jaar minder suicides niet wordt gehaald.

Bij het zich buigen over de ontwikkeling van een nieuwe indicator suicide zal de Stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ de multidisciplinaire richtlijn «Beoordeling en behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag» als uitgangspunt nemen. Ik verwacht niet dat de Stuurgroep daarbij aspecten

van een economische crisis, van faillissementen of van de financiële positie van mensen die suïcide plegen, zal gaan betrekken. Het Centraal Bureau voor de Statistiek verzamelt en publiceert sinds lange tijd jaarlijks het totaal aantal suïcides in Nederland. Er zijn dus ook gegevens over de aantallen suïcides beschikbaar over de jaren vóór 2006.

6, 9 en 10

*Van welke ziektebeelden, zoals depressie, schizofrenie e.a., is bekend dat zelfmoord het grootste risico op overlijden is?*

*Is er zicht op algemene oorzaken die leiden tot suïcide?*

*Is er een causaal verband tussen suïcide en de druk op jongeren om te presteren?*

Ik ga ervanuit dat in vraag 6 gevraagd wordt naar psychiatrische stoornissen waarbij er een hoog risico is op suïcide. Bij bepaalde psychiatrische stoornissen is het risico op suïcide hoger. Dit is bijvoorbeeld het geval bij depressiviteit, bij bepaalde bipolaire stoornissen en bij afhankelijkheid van middelen.

In mijn standpunt op het Beleidsadvies Vermindering suïcidaliteit (Tweede Kamer, 2007–2008, 22 894, nr. 172) zijn bepaalde risicogroepen vermeld bij welke suïcide meer voorkomt, dan gemiddeld. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om bepaalde bevolkingsgroepen van niet-westerse afkomst. Ook spelen geslacht, leeftijd en leefomstandigheden (gehuwd/gescheiden/alleenstaand) een rol bij de mate waarin suïcide voorkomt. Mij is geen wetenschappelijk onderzoek bekend waaruit zou blijken welke algemene oorzaken zouden leiden tot suïcide. Wél ben ik gestuit op één enkele studie<sup>1</sup> waarin een verband is gelegd tussen de druk voor jongeren om te presteren en het doen van een suïcidepoging. Verder wordt in een publicatie van het Sociaal Cultureel Planbureau «Werkloos in crisistijd» (Cok Vrooman), de verwachting uitgesproken dat een stijging van de werkloosheid samen kan gaan met een toename van het aantal suïcides c.q. suïcidepogingen, zonder daarbij overigens te spreken van een causale relatie daartussen.

7 en 46

*Suïcidepogingen komen vaak voort uit een «voortdurend piekeren».*

*Mensen worden ook niet meer gecorrigeerd in hun eigen gedachtegang en er is dan bijna sprake van een soort selffulfilling prophecy. Ze gaan het uiteindelijk doen. Daarbij komt dat het opgroeien in een cultuur waarin daarover niet wordt gepraat of waarin men merkt dat men er niet over kan praten deze werking bevestigt. Hoe zorgt men ervoor dat mensen niet met zulke gedachten hoeven rond te lopen en dat het bespreekbaar wordt?*

*Welke resultaten heeft in dit kader de website (www.113online.nl)?*

*Biedt 113online ook hulp aan lotgenoten die te maken hebben met mensen met suïcidale gedachten of die een suïcidepoging hebben ondernomen? Weten ggz-instellingen ook dat zij voor lotgenoten hulpverlening ook kunnen verwijzen naar 113online?*

Het hebben van suïcidale gedachten kan voorkomen bij mensen van alle leeftijdscategorieën. Suïcidale gedachten resulteren niet altijd in het daadwerkelijk ondernemen van een suïcidepoging. Wel is het van belang dat mensen met suïcidale gedachten dit kunnen delen met iemand die een luisterend oor biedt, zonodig anoniem en die hen kan doorverwijzen naar de hulpverlening.

De Stichting 113online die in september van vorig jaar van start is gegaan, richt zich op mensen die te kampen hebben met suïcidaliteit; dit betreft dus mensen die suïcidale gedachten hebben, die denken aan een suïcidepoging of die al een suïcidepoging ondernomen hebben. De Stichting 113online biedt verschillende interventiemogelijkheden aan, waaronder telefonisch hulp, een chatmogelijkheid en internetzelfhulpthe-

<sup>1</sup> Orbach, I. & Iohan-Barak, M (2009). Psychopathology and risk factors for suicide in the young. In: D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.). Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention Oxford University Press (pag. 633–641).

rapie met daarnaast de mogelijkheid met doorverwijzing naar de reguliere hulpverlening.

Deze nieuwe vorm van hulpverlening is niet alleen bedoeld voor mensen die zelf lijden aan suicidaliteit, maar is ook bedoeld voor naasten en nabestaanden. De website van de Stichting 113online, voorziet specifiek in die mogelijkheid. Vanuit de Stichting 113online is het mogelijk om een persoon door te verwijzen naar de reguliere ggz-hulpverlening, in die gevallen waarin dit noodzakelijk blijkt.

Door de Stichting 113online wordt uitgedragen – ook in hun contacten met ggz-instellingen – dat de hulpverlening van 113online zich ook uitstrekt tot nabestaanden en andere naasten. Verder voorziet de website van 113online in hulp aan deze personen. Aangenomen mag worden dat ggz-instellingen op de hoogte zijn van de omstandigheid dat zij deze personen ook kunnen verwijzen naar de hulpverlening van de Stichting 113online.

8

*De focus van de Jaarrapportage Vermindering suicidaliteit 2009 ligt veelal op het weergeven van lopende onderzoeken, het verzamelen van nieuwe gegevens en het aankondigen van beleidsvoornemens. Kan worden aangegeven op welke manieren de minister het effect van de huidige en nieuwe maatregelen voor suicidepreventie gaat meten?*

In de Jaarrapportage Vermindering suicidaliteit is een stand van zaken gegeven van de uitwerking van de aangekondigde voornemens in de Beleidsagenda Suicidepreventie. Daarin is toegelicht welke voornemens inmiddels ter hand zijn genomen en welke inmiddels zijn afgerond en welke (nog) niet.

De vraag op welke manier de effecten van de huidige en de nieuwe maatregelen gemeten kunnen worden op de preventie van suicide, is echter zeer complex. Het is heel moeilijk, zo niet onmogelijk, om te onderzoeken wat de precieze effecten zijn geweest van bepaalde beleidsmaatregelen. Het causale verband tussen de verschillende beleidsmaatregelen en de mate waarin deze afzonderlijk, danwel in combinatie, hebben bijgedragen aan de preventie van suicidaliteit, zal dus niet eenvoudig kunnen worden gemeten en onderzocht.

11 en 12

*Hoe is de nazorg voor mensen die een mislukte poging hebben gedaan? Mensen hebben na een eerste mislukte poging een verhoogd risico om het opnieuw te doen. Hoe voorkomt men dat deze groep mensen uit beeld raakt?*

*Mensen die een suicidepoging (tentamen suicide) hebben ondernomen worden veelal opgenomen in een algemeen ziekenhuis. Zij hebben somatische klachten met een psychiatrische oorzaak. Beschikt het zorgpersoneel, werkzaam in een algemeen ziekenhuis, over voldoende kennis en kunde om de patiënt adequaat te kunnen behandelen, begeleiden en ondersteunen? Op welke wijze worden de psychiatrische interventies vorm gegeven in het algemene ziekenhuis?*

Personen die een suicidepoging hebben ondernomen, komen – mede afhankelijk van de ernst van hun verwondingen als gevolg van die poging – op een Spoedeisende Hulp (SEH) of een opnameafdeling van een ziekenhuis terecht.

Voor zover de patiënt terecht komt op een SEH is de arts van de spoedeisende hulp, kortweg SEH-arts genoemd, bij patiënten met suïcidaal gedrag verantwoordelijk voor het bieden van eerste hulp bij lichamelijk letsel en het inschakelen van psychiatrische deskundigheid.

De SEH-arts geeft somatische eerste hulp en doet een oriënterend psychiatrisch onderzoek inclusief een eerste inschatting van de ernst van

de suïcidaliteit. Vervolgens schakelt de SEH-arts in het kader van de nazorg, voordat de patiënt ontslagen wordt uit het ziekenhuis, de psychiatrie in om de ernst van de suïcidaliteit en de kans op herhaling te beoordelen. De eerste inschatting van de suïcidaliteit is van belang voor een goede informatieoverdracht aan de psychiatrie en ook aan de huisarts in het kader van nazorg. Wanneer de patiënt een psychiatrisch consult weigert en de inschatting van de ernst van de suïcidaliteit hoog is, dan schakelt de SEH-arts, desnoods tegen de wil van de patiënt, de acute psychiatrie in, in die gevallen waarin de patiënt een gevaar voor zichzelf vormt. In die situatie kan een onvrijwillige opname aan de orde zijn. De SEH-arts zorgt in verband met de nazorg ook voor de informatieoverdracht aan de huisarts. Ook de huisarts verleent nazorg als een patiënt na een suïcidepoging terug naar huis gaat. Nazorg door de huisarts houdt in dat de huisarts de patiënt minimaal één consult aanbiedt en vervolgens inschat of en hoe vaak vervolcontacten met de patiënt nodig en gewenst zijn. In de nazorg blijft de huisarts de ernst van de suïcidaliteit inschatten, zodat acute of reguliere psychiatrie (opnieuw) ingeschakeld kan worden indien nodig.

Op deze wijze probeert men te voorkomen dat deze personen uit beeld geraken en dat zij die nazorg krijgen die noodzakelijk is.

Het personeel in een algemeen ziekenhuis met een psychiatrische afdeling, bestaand uit verplegend personeel en medisch specialisten, beschikt over voldoende kennis en kunde om de suïcidepoging op de juiste wijze te behandelen. Voor de diagnosticering en eventuele psychiatrische behandeling en begeleiding van de patiënt, zullen de behandelaren (en het verplegend personeel) van de psychiatrische afdeling van het algemeen ziekenhuis ingeschakeld worden. Aangezien het verblijf of behandeling op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (paaz) in het algemeen kortdurend van aard is, zijn de psychiatrische interventies op de paaz ook vaak gericht op kortdurende behandelinterventies. Indien een langdurende behandeling nodig is, zal de patiënt veelal doorverwezen worden naar een daarvoor gespecialiseerde (ggz)voorziening.

13 en 16

*Wat is de stand van zaken met betrekking tot de Monitor Jongeren en suïcide?*

*Wordt de Monitor Volwassenen en de Monitor Ouderen uitgebreid met vragen over suïcidegedachten en suïcidepogingen? Zo ja, wanneer kan de Kamer hiervan de resultaten verwachten?*

De Monitor Jeugdgezondheid bevat een standaardvraagstelling naar suïcidegedachten en suïcidepogingen. De helft van de GGD'en heeft in de afgelopen jaren het onderwerp suïcidaliteit opgenomen in hun enquête. Sommige GGD'en versturen een internetvragenlijst. Zij kunnen in vervolg op de enquête een voorlichtingsboodschap sturen aan jeugdigen die aangeven wel eens aan suïcide te hebben gedacht of een poging daartoe hebben ondernomen.

Ten behoeve van de uitbreiding van de Monitor Volwassenen en de Monitor Ouderen met vragen over suïcidegedachten en suïcidepogingen is vereist dat eerst de zogeheten standaardvraagstellingen worden ontwikkeld. Het RIVM heeft de opdracht gekregen om deze standaardvraagstellingen in 2010 te ontwikkelen. Zodra de standaardvraagstellingen beschikbaar zijn zullen deze aan de Tweede Kamer worden gezonden.

14 en 58

*Wat is de stand van zaken met betrekking tot de ontwikkeling van dit programma?*

*Wanneer denkt u dat het instrument ter herkenning suïcide bij jongeren gereed is?*

Het ZONMw Programma Zorg voor Jeugd is een meerjarenprogramma met als doel kennisontwikkeling voor professionals om de psychische en sociale ontwikkeling van kinderen en jeugdigen te bevorderen en veilig te stellen daar waar deze ontwikkeling wordt bedreigd. De looptijd van het programma is van 2006 tot 2013. Onderzoeksvorstellen die voldoen aan de criteria van het programma kunnen ter beoordeling worden ingediend. Op dit moment lopen ongeveer zeventig projecten in het Programma Zorg voor Jeugd.

Het instrument voor de herkenning van suïciditeit bij jongeren dat onder het Programma Zorg voor Jeugd wordt ontwikkeld, zal naar verwachting eind 2011 gereed zijn.

17 en 18

*Hoe zit het met suïcides die via de huisarts worden gemeld? Waarom worden deze niet geregistreerd? Is de minister bereid dit alsnog te regelen?*

*Worden suïcides, door de huisarts behandeld, wel geregistreerd?*

Alle suïcides – inclusief de suïcides die door een huisarts geconstateerd of gemeld worden – worden door het Centraal Bureau voor de Statistiek, geregistreerd.

Indien een persoon overlijdt van wie vermoed wordt dat hij door suïcide om het leven is gekomen, mag de behandelend arts geen verklaring van overlijden afgeven, maar zal een gemeentelijke lijkschouwer worden benaderd. Bij een niet-natuurlijke dood wordt door de gemeentelijk lijkschouwer een verslag hierover uitgebracht aan de Officier van Justitie en wordt tevens een doodsoorzaakopgave gedaan met details omtrent deze niet-natuurlijke dood. Deze opgaven worden maandelijks door de ambtenaar van de burgerlijke stand aan het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) gezonden.

Naast de doodsoorzaakopgaven van de gemeentelijke lijkschouwers, krijgt het CBS ook meldingen van de parketten van de rechtbanken waarin is komen vast te staan dat sprake is van een niet-natuurlijke dood.

Op basis van deze twee gecombineerde bronnen publiceert het CBS jaarlijks het totaal aantal suïcides.

20

*Kent u het artikel «Wat als je dood wilt; moeders over de mogelijkheid van euthanasie in de psychiatrie» (de Volkskrant, 11 januari 2010, blz. 26)? Zo ja, wat is de mening van de minister hierover?*

Ik heb kennisgenomen van het artikel in de Volkskrant van 11 januari 2010 «Wat als je dood wilt». Ik vind het uiterst pijnlijk dat er mensen met een ernstige psychiatrische aandoening zijn bij wie uiteindelijk geen enkele vorm van behandeling blijkt aan te slaan en die dermate ernstig leiden aan hun psychiatrische stoornis dat zij de dood zien als enige uitweg. Patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen, die niet verder willen leven kunnen een verzoek tot hulp bij zelfdoding doen. De zorgvuldigheidseisen van de Euthanasiewet, waaronder de eisen van het vrijwillig en weloverwogen verzoek en het ondraaglijk en uitzichtloos lijden, zijn van toepassing. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie heeft vorig jaar de geactualiseerde richtlijn «Hulp bij zelfdoding», die hier uitvoeriger op ingaat, openbaar gemaakt.

21 en 22

*Hoeveel kost een gemiddelde opname in het ziekenhuis van een patiënt die een suïcidepoging heeft ondernomen?*

*Hoeveel kost een gemiddelde SEH-behandeling van een patiënt die een suïcidepoging heeft ondernomen?*

Jaarlijks vinden gemiddeld 9.800 ziekenhuisopnamen plaats in verband met een suïcidepoging. De gemiddelde kosten van een ziekenhuisopname in verband met een suïcidepoging (inclusief dagopnamen) bedragen € 2 900,- per patiënt. Dit zijn alléén de ziekenhuiskosten (verpleging en verrichtingen) tijdens de opname.

Jaarlijks vinden gemiddeld 15 000 SEH-behandelingen plaats in verband met een suïcidepoging. De gemiddelde kosten van spoedeisende hulp in verband met een suïcidepoging bedragen € 260,- per patiënt. Dit betreft alléén de ziekenhuiskosten van de spoedeisende hulp.

De berekening van deze kosten zijn gebaseerd op basis van een rekenmodel (Letstellastmodel) van de organisatie Consument en Veiligheid en het Erasmus Medisch Centrum Rotterdam.

24

*Welk effect heeft de verkrijgbaarheid van paracetamol op het gebruik van paracetamol?*

Paracetamol is de meest verkochte pijnstiller in Nederland. Volgens informatie van Neprofarm (organisatie van fabrikanten van zelfzorggeneesmiddelen) werden er in 2009 ruim 33 miljoen verpakkingen pijnstillers verkocht, waarvan ruim 24 miljoen verpakkingen paracetamol. De indicatie van paracetamol luidt: «Koorts en pijn bij griep, verkoudheid en na vaccinatie. Hoofdpijn, kiespijn, zenuwpijn, spit, spierpijn en menstruatiepijn». Daarnaast worden in Nederland pijnstillers als ibuprofen en diclofenac (de zogenaamde NSAID's) eveneens veelvuldig verkocht. Koorts en diverse vormen van pijn zijn veel voorkomende (zelfzorg)aandoeningen. De vraag naar zelfzorggeneesmiddelen die deze aandoeningen bestrijden of verlichten zal altijd groot zijn, los van de beschikbaarheid van individuele pijnstillers. Over de laatste drie jaren is het aantal verkochte verpakkingen min of meer stabiel rond de 33 miljoen. De afzet van paracetamol in 2007, 2008 en 2009 is ook redelijk constant, namelijk 22,5, 23 en 24 miljoen. Het lijkt een redelijke veronderstelling dat in alle huishoudens in Nederland duurzaam pijnstillers aanwezig zijn. Mede in antwoord op vraag 1 naar mijn reactie op het rapport van het CBD bericht ik het volgende.

In het rapport dat in opdracht van het CBD is opgesteld wordt opgemerkt (pag. 13) dat het begrip «beschikbaarheid» drie dimensies kent die niet los van elkaar gezien kunnen worden, namelijk het aantal verkooppunten, de veiligheidswaarborgen bij de verkoop en de grootte van de verpakking. Onder de vroegere Wet op de geneesmiddelenvoorziening waren er naar schatting ongeveer 6500 verkooppunten in Nederland (4000 drogisterijvergunningen, 1000 vergunningen voor niet-drogisterijen (te vergelijken met de AV-categorie) en 1500 apotheken). Thans zijn er 1878 gevestigde apothekers in Nederland, en volgens informatie van Neprofarm, 3121 drogisterijen en naar schatting 1700 AV-verkooppunten). Tezamen zijn er momenteel dus 6699 verkooppunten van zelfzorggeneesmiddelen. Dit is een geringe stijging ten opzichte van drie jaar geleden. Omdat ook de afzet van pijnstillers en van paracetamol redelijk constant is, kan ik in deze gegevens geen bewijs vinden voor de stelling dat het aantal verkooppunten van grote invloed zou zijn op de vraag naar dit middel.

De veiligheidswaarborgen – de tweede dimensie van beschikbaarheid uit het rapport – betreffen het toezicht en de advisering bij de verkoop van zelfzorgmiddelen. Het rapport vermeldt dat er daadwerkelijk toegevoegde waarde moet zijn. Over de rol van de drogisterij bij verkoop van UAD-middelen bestaat echter spanning tussen de theorie en de praktijk. Volgens de zelfregulering van het CBD adviseert de drogist en doet hij de zogenaamde «kassacheck» (dit is de vraag van de kassamedewerker aan de consument of deze nog behoefte heeft aan informatie). Bij praktijkonderzoeken van de afgelopen jaren door de Consumentenbond blijkt echter telkens dat de adviserende rol van de drogist feitelijk beperkt is. Dit is ook



de reden geweest voor één van mijn ambtsvoorgangers, mevrouw Borst, om in 1998 het voornemen aan te kondigen om alle zelfzorggeneesmiddelen in principe in de categorie AV in te delen en de drogisterijvergunning af te schaffen. In deze brief schreef de toenmalige minister: «Mede naar aanleiding van vragen van uw Kamer in verband met het onderzoek naar de aflevering van geneesmiddelen door drogisten, heb ik de Consumentenbond benaderd om dit najaar onderzoek te doen naar de aflevering van zelfzorggeneesmiddelen door zowel drogisten als apothekers. De resultaten van dit onderzoek zullen worden meegenomen bij de modernisering van de wet»<sup>1</sup>. In 2000 schreef minister Borst hierover aan de Tweede Kamer dat in de nieuwe Geneesmiddelenwet zelfzorggeneesmiddelen in principe in de categorie AV konden en dat er daarnaast nog ruimte was voor alleen een categorie Uitsluitend Apotheek (UA). Over de rol van de drogisterijen staat in die brief: «De kwaliteit van de voorlichting laat te wensen over. De drogist blijkt hier in de praktijk en ondanks inspanningen van de branche, in het algemeen voor de consument weinig toegevoegde waarde te hebben. Dat is al vaker naar voren gekomen. Uit een NIPO-enquête blijkt dat 80% van de Nederlandse consumenten graag zelf een keuze zou willen maken uit de beschikbare zelfzorggeneesmiddelen door de middelen te vergelijken en de verpakking te lezen. (...) Voorop staat echter dat er om redenen van volksgezondheid geen argumenten zijn om de positie van de drogist te beschermen».<sup>2</sup> Uit het meest recente onderzoek van de Consumentenbond van 2010 – waarbij het ging om de aanschaf van ibuprofen – blijkt dat bij slechts drie van de dertig onderzochte drogisterijen de vraag wordt gesteld die drogisterijen volgens de zelfregulering zouden moeten stellen (februari-nummer 2010, Consumentengids). Dit kan overigens veroorzaakt worden doordat het overgrote deel van de consumenten geen prijs stelt op een advies of op de «kassacheck». De meeste aankopen van zelfzorggeneesmiddelen zijn immers herhaalaankopen. Hiervan kan, ondanks de certificeringsinspanningen van het CBD, een ontmoedigend effect uitgaan op het personeel van drogisterijen.

In het TNO-rapport «Zelfzorggeneesmiddelen en veiligheid» van september 2004 is één van de conclusies (pag. 19): «Het is onduidelijk wat een eventuele bijdrage van drogisten aan het voorkomen van gezondheidsschade door zelfzorggeneesmiddelen is. Waar het gaat om ernstige gezondheidsschade, zoals ziekenhuisopnames of sterfte, lijkt het er op dat hun bijdrage niet anders kan zijn dan zeer beperkt tot miniem.»

Uit onderzoeken van de laatste jaren blijkt derhalve een bestendig beeld van zeer beperkte inhoudelijke interventies door drogisterijen bij de aanschaf van zelfzorggeneesmiddelen. Het deskundigenrapport dat is opgesteld in opdracht van het CBD schenkt aan de rol van de drogisterijen echter geen aandacht.

Ik verwacht in het najaar van 2010 een evaluatie aan de Kamer te kunnen zenden over de driedeling van zelfzorggeneesmiddelen, waarbij ook nader wordt ingegaan op de adviesfunctie van de drogist. Om deze evaluatie is gevraagd bij motie Van der Veen c.s.<sup>3</sup>

De derde dimensie die in het rapport wordt genoemd is de verpakkingsgrootte. In de AV categorie gaat het bij paracetamol om de kleinste verpakking, namelijk van 20 stuks. In het deskundigenrapport van het CBD wordt gesteld dat deze verpakking nog te groot is omdat een acute intoxicatie van paracetamol al optreedt bij acht tabletten binnen acht uur (pag. 5). Echter, uit de brief d.d. 10 februari 2010 van het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) blijkt dat het NVIC bij inname vanaf 21 tabletten door een volwassene behandeling en observatie in een ziekenhuis aangewezen acht. Naar aanleiding van de onderhavige vragen, heb ik het NVIC gevraagd om nadere informatie over het aantal overdose-

<sup>1</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 1999–2000, 26 344, nr. 1, pag. 8.

<sup>2</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 1999–2000, 26 801, nr. 44, pag. 2, 3.

<sup>3</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2006–2007 30 800 XVI, nr. 155.

ringen van paracetamol. De brief van 10 februari jl. van het NVIC betreft de reactie op mijn verzoek. Bij vraag 25 ga ik nader in op deze brief. Grote drogisterijketens verkopen paracetamol en ibuprofen echter als eigen merk in UAD-verpakkingen van 48, 50 en zelfs 100 stuks en concurreren daarbij op prijs. Van dergelijke grote verpakkingen kan de suggestie uitgaan dat men paracetamol ongelimiteerd kan nemen. Ook hierover wordt in het CBD-deskundigenrapport niets opgemerkt. Jaarlijks worden er circa 33 miljoen verpakkingen pijnstillers verkocht, waarvan 24 miljoen verpakkingen paracetamol, die tezamen goed zijn voor een omzet van ongeveer € 80 miljoen. Deze afzet van 33 miljoen verpakkingen is de laatste jaren min of meer stabiel. Voor paracetamol gaat het om ruim 7 miljoen kleinverpakkingen van 20 stuks of minder uit de AV-categorie die overal verkrijgbaar zijn (dus ook bij de drogisterij en de apotheek) en ruim 16,5 miljoen uit de UAD-categorie, waarvan 12 miljoen grootverpakkingen.

De verkoop van die grootverpakkingen groeit sterker dan van de AV-kleinverpakkingen paracetamol. Gezien de min of meer constante afzet van pijnstillers alsmede de verschuiving van het gebruik van paracetamol naar grootverpakkingen uit de UAD-categorie, is het logischer te veronderstellen dat het gebruik van paracetamol vooral samenhangt met de vraag naar pijnstillende middelen bij zelfzorgklachten en niet afhankelijk is van de beschikbaarheid daarvan.

Resumerend is mijn inschatting dat de verkoop van paracetamol en NSIAD's dus vooral bepaald wordt door de behoefte van consumenten om met deze zelfzorgmedicatie hun pijnklachten te bestrijden. Gesproken in termen van volume komt het overgrote deel van de paracetamolverstrekingen voor rekening van de drogisterijen, die voornamelijk in grootverpakkingen verkopen en niet van de verkoop van de AV-categorie. Hierbij moet op basis van praktijkonderzoeken uit het verleden als realiteit worden aangenomen dat het overgrote deel van de drogisterijverstrekingen zonder enige materiële vorm van advisering wordt verstrekt en in toenemende mate in grote verpakkingen. Zoals aangegeven zal in de bovengenoemde evaluatie nader worden ingegaan op de adviesfunctie van de drogist.

25

*Welk effect heeft de verkrijgbaarheid van paracetamol op het aantal gevallen van overdosering met paracetamol? In hoeveel van deze gevallen gaat het om accidentele vergiftiging en in hoeveel gevallen gaat het om suïcide?*

Niet bekend is welke effecten de verkrijgbaarheid van paracetamol heeft op het aantal overdoseringen met paracetamol, maar ik acht niet uitgesloten dat een ruimere verkrijgbaarheid van paracetamol zal bijdragen aan meer gevallen van overdosering. Jaarlijks ontvangt het NVIC ongeveer in totaal 40.000 meldingen/informatieverzoeken met betrekking tot acute vergiftigingen met uiteenlopende producten. Niet bekend is bij het NVIC welke aantallen van intentionele/bewuste vergiftigingen leiden tot overlijden. In 2009 betrof het aantal meldingen 1932 bij personen vanaf 13 jaar en ouder voor paracetamol. Volgens informatie van het NVIC betreffen de meldingen van volwassenen grotendeels bewuste auto-intoxicatie. Volgens ingewonnen telefonische informatie doet het NVIC de schatting dat ongeveer 40 procent van de meldingen bij personen vanaf 13 jaar over paracetamol wordt aangemerkt als matige tot ernstige intoxicatie waarbij verwijzing naar het ziekenhuis plaatsvindt. In de overige gevallen vindt geen verwijzing plaats.

26

*Hoeveel ziekenhuisopnames per jaar hebben er ten gevolge van overdosering met paracetamol plaatsgevonden in de laatste vijf jaar? Hoeveel van deze overdoseringen zijn gemeld bij het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum?*

Het NVIC houdt niet bij hoeveel ziekenhuisopnames jaarlijks plaatsvinden. Uitgaande van de schatting van het NVIC (in 40 procent van de meldingen doorverwijzing naar ziekenhuis) en aannemende dat de verwijzing door het NVIC ook wordt opgevolgd, gaat het ten minste om ongeveer 800 gevallen per jaar. Het is echter aannemelijk dat ook mensen zich zonder tussenkomst van het NVIC bij een ziekenhuis melden. Het daadwerkelijke aantal zal dus waarschijnlijk hoger liggen. Zie hiervoor ook mijn antwoord op vraag 27.

27

*Klopt het dat ongeveer de helft van de ziekenhuisopnames vanwege suïcidepogingen wordt veroorzaakt door paracetamol?*

In de brief d.d. 8 januari 2010 (pag. 3) van het CBD aan de Vaste Commissie voor VWS stel het CBD dat «paracetamol verantwoordelijk lijkt te zijn voor ruwweg de helft van het aantal ziekenhuisopnames vanwege suïcidepogingen». Het CBD komt tot die stelling op basis van de aanname dat er sprake is van een onderrapportage bij het NVIC in 2000 en dat die onderrapportage in 2008 gelijk is gebleven ten opzichte van de onderrapportage in 2000. In 2000 werd volgens het CBD slechts 38 procent van het aantal paracetamolvergiftigingen gemeld bij het NVIC. Uitgaande van een gelijkblijvend percentage van onderrapportage vermenigvuldigt het CBD het aantal gemelde vergiftigingen in 2008 (1706 meldingen) (gelijk met 2000) met een correctiefactor 2,6 hetgeen inhoudt dat er 4435 (1706 maal 2,6) daadwerkelijke paracetamolvergiftigingen zouden hebben plaatsgevonden in 2008. Dit aantal van 4435 is ongeveer de helft van het aantal ziekenhuisopnames, aldus het CBD.

In 1999 is een enquête gehouden onder ziekenhuisapothekers naar het aantal zogenaamde «paracetamolbepalingen» in dat jaar. Het CBD heeft die cijfers uit 1999 vergeleken met de meldingen bij het NVIC in 2000 en spreekt in dat verband van «onderrapportage». Uit de enquête blijkt echter eveneens dat slechts een klein percentage (16%) van de paracetamolbepalingen in ziekenhuizen in dat jaar voldoende ernstig is om – zonder behandeling – tot leverschade te leiden. Zowel de aanname van het CBD op basis van een eenmalige enquête, als de aanname van constante onderrapportage, acht ik met te veel onzekerheden omgeven om hierover een betrouwbaar getal te kunnen aangeven. Zoals aangegeven bij vraag 26 acht ik het overigens wel aannemelijk dat het aantal meldingen bij ziekenhuizen hoger is dan het aantal informatieverzoeken bij het NVIC. Anderzijds is het gelukkig zo dat slechts een kleine minderheid van die meldingen ernstige intoxicaties betreft.

28

*Klopt het dat studies aantonen dat de beperking van de toegang tot de middelen waarmee suïcide gepleegd kan worden een effectieve interventiemogelijkheid is? Welke rol speelt dit gegeven bij de indeling van geneesmiddelen in de AV (Algemene Verkoop)-klasse?*

Een beperktere toegang tot middelen wordt in sommige studies als een effectieve interventiemogelijkheid beschouwd voor de preventie van suïcide. Dit gegeven is bij het CBG bekend.

In het deskundigenrapport dat in opdracht van het CBD is opgesteld, wordt op pag. 3 opgemerkt dat een minder ruime beschikbaarheid in

Australië niet leidde tot afname van zelfvergiftiging met paracetamol. Verderop in het rapport (pag. 13) wordt gewezen op studies die dit verband wel leggen. Bij «beschikbaarheid» moet blijkens het rapport wel worden bedacht dat het om drie dimensies gaat: het aantal verkooppunten, de toegevoegde waarde van advisering en de verpakkingsgrootte. Ook speelt een rol dat in sommige landen niet meerdere verpakkingen in één keer mogen worden verkocht. Nederland kent een dergelijk voorschrift niet.

29

*Klopt het dat het aantal paracetamolvergiftigingen in 2008 met 12% is gestegen? Kan aangegeven worden wanneer precies de AV- status is verleend aan geneesmiddelen met paracetamol? Is er een oorzakelijk verband tussen de toename van het aantal meldingen van paracetamolvergiftiging en het vrij verkrijgbaar zijn van paracetamol? Zo nee, waarom niet en hoe kan dit met zekerheid gesteld worden? Zo ja, welke gevolgen heeft dit gegeven?*

De door het CBD gemelde stijging van 12 procent is niet correct. In 2008 bestaan de aantallen uit telefonische én via de website gemelde vergiftigingen. De aantallen uit 2007 betreffen uitsluitend telefonisch gemelde vergiftigingen. Dit betekent dat de aantallen van 2007 en 2008 niet zonder meer met elkaar vergeleken kunnen worden. Dit blijkt uit de eerder vermelde brief van het NVIC d.d.10 februari jl. De aantallen over 2007 en 2008 zijn nagenoeg gelijk gebleven (1695 en 1706). Wel is over 2009 een stijging te zien naar 1932 meldingen.

Uit de cijfers van het NVIC blijkt verder dat het aantal paracetamolvergiftigingen (aangeduid met blootstellingen) in 2007 ten opzichte van 2006 is gestegen met 24 procent. Echter, eerst sinds november 2007 werden de eerste AV-handelsvergunningen verleend voor paracetamol aan enkele fabrikanten en in de loop van 2008 aan meerdere fabrikanten. De stijging in 2007 kan dus niet te wijten zijn aan het verlenen van de AV-status aan paracetamol.

De aantallen meldingen over 2008 (1706) die nagenoeg gelijk zijn gebleven ten opzichte van de aantallen van 2007 (1695), ondersteunen het ontbreken van het vermeende causale verband tussen het verlenen van de AV-status en het aantal paracetamolvergiftigingen. Verder moet worden opgemerkt dat ook drogisterijen en apotheken AV-geneesmiddelen mogen verkopen.

Ten slotte valt het ook niet na te gaan of (intentionele) vergiftigingen zijn veroorzaakt door paracetamol afkomstig van benzinestations en supermarkten (AV-status) of van drogisterijen (UAD-status). Wel zien we het aantal grootverpakkingen bij drogisterijen toenemen en valt, gezien het afzetvolume, aan te nemen dat het overgrote deel afkomstig is van drogisterijen.

30 en 31

*Wat is de mening van de minister ten aanzien van het deskundigenrapport dat in opdracht van het Centraal Bureau Drogisterijbedrijven (CBD) is opgesteld, met name wat betreft de potentiële risico's van paracetamol en de gevolgen die dit zou moeten hebben ten aanzien van de beslissing over de indeling van paracetamol?*

*Hoe staan de deskundigen die het deskundigenrapport in opdracht van het CBD hebben opgesteld bekend in wetenschappelijke kringen?*

Ik twijfel er niet aan dat de rapporteurs op hun gebied deskundig zijn. Het deskundigenrapport dat is opgesteld in opdracht van het CBD geeft inzicht in de literatuur op dit gebied van de laatste tien jaar. Behoudens de meest recente literatuur was deze informatie al bekend, met name het NIVEL-rapport uit 2005. Wel vind ik het rapport eenzijdig waar het zich

vrijwel uitsluitend lijkt te richten op de indeling van paracetamol in de kleinste verpakking in de AV-categorie. De drogisterijbedrijven hebben het overgrote marktaandeel bij de verkoop van paracetamol, zowel qua verkooppunten als qua afzet als qua verpakkingsgrootte. Drogisterijen en apotheken verkopen ook paracetamol uit de AV-categorie. Blijkens onderzoeken van de Consumentenbond wordt feitelijk maar heel beperkt geadviseerd door drogisterijen. Drogisterijbedrijven verkopen paracetamol voorts in grote verpakkingen tegen lage prijzen. Uit oogpunt van suïcidepreventie is het dan wel opmerkelijk dat de opstellers van het rapport zich eenzijdig richten op een relatief kleine AV-categorie en niet op de grote UAD-categorie en de rol van drogisterijen daarbij. Daar komt bij dat er geen oorzakelijk verband valt te leggen tussen de AV-categorie en vergiftigingen. Gezien voorts de zeer grote en constante afzet van paracetamol en van NSAID's is het niet realistisch om te veronderstellen dat vergiftigingen daadwerkelijk zouden worden teruggedrongen door een herindeling van paracetamol van de beperkte AV-categorie van 20 stuks. Mogelijk zou een substantieel en structureel effect wel kunnen worden bereikt door alle paracetamol bevattende zelfzorgmiddelen en alle NSAID's uitsluitend verkrijgbaar te laten zijn bij de apotheek (UA). Maar het is twijfelachtig of een goede rechtvaardiging kan worden geleverd voor een dergelijke maatregel als de vraag naar deze producten (of vervangers) dezelfde blijft en in alle huishoudens pijnstillers aanwezig zijn.

32

*Is de minister van plan het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) te vragen bij de beslissing op het formele bezwaar van het CBD ten aanzien van de AV-indeling van paracetamol de informatie te betrekken uit het deskundigenrapport dat het CBD heeft laten opstellen? Zo nee, waarom niet?*

Het CBG heeft reeds enige tijd de beschikking over dit rapport en kent ook overigens de in het rapport genoemde studies. Het rapport is ook ingebracht door het CBD in een lopende rechtzaak tegen het College. Het College zal gemotiveerd moeten beschikken op het formele bezwaar van het CBD en daarbij ook moeten ingaan op het rapport. Het CBD heeft overigens niet alleen bezwaar aangetekend tegen de indeling in AV van paracetamol 500 mg en 20 stuks, maar tegen alle paracetamolhoudende AV-producten, waaronder ook bijvoorbeeld kinderparacetamol in zeer lage doseringen en in zetpillen. Vanuit suïcidepreventie is dat niet te verklaren.

33

*In hoeverre komen de criteria die op dit moment gebruikt worden voor indeling van zelfzorgmiddelen overeen met de criteria, zoals deze werden verwoord in het amendement Buijs/Arib (Kamerstuk 29 359, nr. 60) respectievelijk de motie Van der Veen c.s. (Kamerstuk 30 800 XVI, nr. 155)?*

De motie Van der Veen vroeg in de eerste plaats om in de Regeling Geneesmiddelenwet als criterium op te nemen dat bij het gebruik van het geneesmiddel het risico op schade «verwaarloosbaar» is. Dit is gebeurd, waarbij ik heb aangegeven dat «verwaarloosbaar» moet worden geïnterpreteerd tegen de achtergrond van het veiligheidsrisico dat speelt en de veiligheid die in de wet als criterium genoemd wordt<sup>1</sup>. Uitgangspunt in de wet is dat zelfzorggeneesmiddelen bij normaal gebruik, conform het gebruikersvoorschrift, veilige middelen zijn. Dit is verwoord op diverse plaatsen in de toelichting bij de Geneesmiddelenwet en bij de ministeriële regeling. In de tweede plaats vroeg de motie om de toelichting bij de ministeriële regeling aan te passen aan de overwegingen in de motie en daarin op te nemen dat de noodzaak van advies door een drogist bepalend is voor het onderscheid AV/UAD. De noodzaak van advies is in

---

<sup>1</sup> Handelingen TK 21 juni 2007 84-4589.

de toelichting bij de regeling verwoord. Ik zal de Tweede Kamer een concept-aanpassing van de regeling voorleggen waarin ik, met het oog op de kenbaarheid, voorstel om de noodzaak van advies als zesde AV-criterium toe te voegen in de tekst van de Regeling. Hiervoor verwijs ik naar de binnenkort uit te brengen Nota naar aanleiding van het verslag bij het wetsvoorstel tot wijziging van de Geneesmiddelenwet (Kamerstukken II 32 196). In deze Nota naar aanleiding van het verslag ga ik naar aanleiding van vragen van de PvdA-fractie ook uitgebreid in op het amendement Buijs/Arib dat was ingediend bij de plenaire behandeling van de Geneesmiddelenwet en dat is ingetrokken nadat door mijn ambtsvoorganger – minister Hoogervorst – een compromisvoorstel was ingediend.

34

*Waarom negeert de minister de roep van het veld om de vrije verkoop van paracetamol en andere pijnverlagende zelfzorggeneesmiddelen te beperken?*

De roep van het CBD om de vrije verkoop van paracetamol te beperken, wordt niet door mij genegeerd. Ik heb geconcludeerd, na afweging van alle betrokken belangen en vanuit volksgezondheidsperspectief, dat het niet waarschijnlijk is dat uitsluitend veranderingen in de AV-categorie van paracetamol en andere pijnverlagende zelfzorggeneesmiddelen, zullen leiden tot een afname van het aantal suïcidepogingen met paracetamol. Voorts verwijs naar het antwoord op vraag 30. Ik voeg hier nog aan toe dat het gebruik van pijnstillende, koortsverlagende en ontstekingsremmende zelfzorggeneesmiddelen een zeer omvangrijk maatschappelijk fenomeen is. Daarnaast vind ik het geen slechte zaak dat de consument ook aan de snelweg of in een klein dorp zonder drogist een kleine hoeveelheid pijnstillers kan aanschaffen wanneer er bijvoorbeeld acuut sprake is van hoofdpijn of menstratiepijn. Ik verwacht niet, mede gezien het geringe volume vanuit dat verkoopkanaal, dat met het afschaffen van die mogelijkheid vergiftigingen daadwerkelijk worden teruggedrongen. Het overgrote deel van de bij suïcidepogingen betrokken paracetamol zal juist afkomstig zijn van drogisterijen. Uit de praktijkonderzoeken van de afgelopen jaren naar de rol van drogisterijen blijkt ook niet dat van indeling in UAD op omvangrijke schaal positieve effecten kunnen worden verwacht. Verder is het mogelijk dat de consument bij afschaffing van paracetamol uit de AV-categorie juist grootverpakkingen bij de drogist gaat aanschaffen.

35

*Is de minister bereid te onderzoeken hoeveel suïcides en suïcidepogingen er ondernomen worden door middel van paracetamol en andere pijnverlagende zelfzorggeneesmiddelen? Zo nee, waarom niet?*

Er zijn de afgelopen jaren reeds meerdere – veelal buitenlandse – studies gedaan naar de rol van paracetamol bij suïcide(pogingen). Er is veel cijfermateriaal gepubliceerd dat inzicht geeft in deze problematiek. Ik verwacht op dit moment dan ook geen toegevoegde waarde van nieuwe onderzoeken.

36

*Blijft de mogelijkheid bestaan dat anonieme digitale hulpverlening bij suïcide 100% anoniem blijft, ook in het kader van de financiering (zorgverzekering)?*

Van de ggz-hulpverlening via internet, ook wel aangeduid met «e-mental health» wordt voor een deel anoniem gebruikt gemaakt. De gebruiker wil in dat geval niet bekend zijn bij de ggz-internetaanbieder bijvoorbeeld

omdat hij zich schaamt voor zijn psychische problemen. Voor de financiering van deze vorm van hulpverlening kan dit problemen opleveren. Immers, de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder weten niet of de anonieme gebruiker ook tegen de verleende internet zorg verzekerd is en bij welke zorgverzekeraar. Bij het zoeken naar een oplossing voor deze financieringsproblematiek zal het zoveel mogelijk waarborgen van anonimiteit van de gebruiker uitgangspunt zijn.

37 en 56

*Welke regionale interventies worden ingezet om suicides te voorkomen? Welk effect heeft sociale cohesie op vroegsignalering van suicide? Eenzaamheid is een groeiend fenomeen in onze maatschappij. Zelfmoord of hulp bij zelfdoding blijft, mede hierdoor, een factor om serieus rekening mee te houden. Hoe wordt op dit vlak gekomen tot preventie van de doodswens?*

Op dit moment werkt het Trimbos instituut aan een rapportage hoe suicidepreventie regionaal aangepakt kan worden. Het RIVM is bezig met een inventarisatie van suicidepreventie van de GGDen waarin een overzicht wordt gegeven de verschillende activiteiten die worden verricht op het gebied van suicidepreventie.

De publicaties van het Trimbos en van het RIVM worden in dit voorjaar verwacht. Regionale interventies voor suicidepreventie bestaan uit publieksvoorlichting over suicidaliteit, het trainen van professionals in en buiten de zorg in het signaleren van suicidaliteit en preventieve (of behandel) interventies waarbij ingespeeld wordt op de lokale problematiek. Een voorbeeld van een regionale aanpak is in West-Friesland de aanpak van alcohol, drugs en psychische problematiek bij jongeren in die regio.

Uit onderzoek blijkt dat sociaal isolement, weinig sociale steun en eenzaamheid risicofactoren zijn voor suicidaliteit. Sociale cohesie kan een beschermende factor zijn voor suicidaliteit. Mogelijk levert sociale cohesie een positieve bijdrage aan het in een eerder stadium signaleren van suicidaliteit. Immers, wanneer iemand die suïcidaal wordt, beschikt over een sociaal netwerk, is de kans groter dat die suïcidaliteit door anderen wordt opgemerkt en de suïcidale persoon kan aansporen om hulp te zoeken.

Vooraf ouderen die alleenstaand zijn, die een dierbare hebben verloren of gezondheidsproblemen hebben, lopen een verhoogd risico om eenzaam te worden.

Eenzaamheid die leidt tot een sociaal isolement, is een risicofactor voor suicidaliteit. Gemeenten zijn op grond van de Wmo verantwoordelijk om eenzaamheid bij ouderen aan te pakken.

Het Ministerie van VWS levert een financiële bijdrage door middel van een projectsubsidie aan het samenwerkingsverband de «Nationale Coalitie Erbij» die onder meer de effectiviteit van interventies en projecten gaat onderzoeken om eenzaamheid te bestrijden. Ook zullen best-practices door het samenwerkingsverband breed beschikbaar worden gesteld. Deze aanpak van vereenzaming onder ouderen zou mogelijk ook een preventief effect kunnen hebben op suicidaliteit onder ouderen.

38 en 45

*In de antwoorden van de minister op Kamervragen Langkamp en Leijten verwijst de minister naar een onderzoek dat in november 2009 afgerond zou zijn. Is dit onderzoek inmiddels beschikbaar, en welke reactie geeft de minister op de gestelde vraag op dit vlak?*

*Is er sprake van een daling van het aantal suicides onder jongeren in West-Friesland door de inzet van sleutelfiguren?*

Het onderzoek dat de GGD Hollands Noorden momenteel uitvoert en waarvan verwacht werd dat dit in november vorig jaar zou zijn afgerond, is op dit moment nog niet gereed. De GGD Hollands Noorden verwacht dat dit onderzoek dit voorjaar zal zijn afgerond. Vervolgens zal ik vraag 3 van de leden Langkamp en Leijten over het bericht dat het aantal zelfmoorden onder jongeren in West-Friesland onrustbarend hoog is (Tweede Kamer, 2009–2010, Aanhangsel, 204), beantwoorden. Eerst na het beschikbaar komen van de resultaten van dit onderzoek, kan antwoord gegeven worden op de vraag of sprake is van een daling van het aantal suicides onder jongeren en – indien mogelijk – wat de oorzaak daarvan is.

39

*In de antwoorden van de minister op Kamervragen Langkamp en Leijten verwijst de minister naar activiteiten van de verslavingszorg, psychiatrie en de CJG's. Hoe verloopt deze samenwerking? Welke partij voert de regie in de individuele zorg? Waaruit blijkt dat, hoe verloopt dat en met welke resultaten?*

Samenwerking in de (jeugd)zorg is volop in ontwikkeling. De CJG's zijn in ontwikkeling en (mede daardoor) wordt onder regie van de gemeenten op lokaal of regionaal niveau steeds meer gekomen tot samenwerkingsafspraken tussen verschillende zorgverleners, ook breder dan de CJG's. Wie, wanneer de regie voert ten aanzien van de zorg voor individuele jeugdigen of gezinnen is vaak onderdeel van de samenwerkingsafspraken. Dit sluit goed aan bij het wetsvoorstel aangaande de Centra voor Jeugd en Gezin en de regierol van gemeenten (Wet op de jeugdzorg in verband met het opnemen van een gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de jeugdketen, Kamerstukken II 2008–2009, 31 977), dat bij uw Kamer in behandeling is. Dit wetsvoorstel geeft aan dat in generieke samenwerkingsafspraken vastgelegd moet worden, wie, wanneer de zorgcoördinatie uitvoert. Hierbij geldt dat na indicatiestelling, bij (gezins)voogdij en bij jeugdreclassering, het bureau jeugdzorg verantwoordelijk is voor de zorgcoördinatie.

40

*Hoe zit het met de hulpverlener die een geslaagde suïcidepoging heeft moeten meemaken; op welke manier wordt deze ondersteund en geholpen om er goede lessen uit te trekken?*

Alle ggz-instellingen dienen te beschikken over zogeheten suïcide-protocollen, waarin staat beschreven hoe gehandeld moet worden indien er een suïcide of een suïcidepoging in de instelling wordt gepleegd. Als een hulpverlener geconfronteerd wordt met een suïcide zal dat vaak voor hem of haar een uiterst nare ervaring zijn, die ook als een schokkende gebeurtenis kan worden ervaren. Het is dan ook belangrijk dat ook de hulpverleners zelf worden ondersteund bij de verwerking van een suïcide.

Indien een suïcide plaatsvindt in een zorginstelling, moet dit op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen altijd worden gemeld aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). De IGZ heeft daarvoor een speciaal format opgesteld waarbij suïcides bij hen dienen te worden gemeld; het «Format melding suïcide aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg». Begeleiding van de medewerkers van de instelling maakt onderdeel uit van de gegevens van het format. Dit betekent dat instellingen standaard in het format moeten invullen op welke wijze zij hun medewerkers daarin begeleiden. De instellingen dienen de nazorg daarvan te bewaken.



41

*Hoe is de samenwerking tussen de verschillende diensten die betrokken kunnen raken bij suïcide? Te denken valt aan brandweer, politie, zorgprofessionals, omstanders, gevangenispersoneel. Hoe is de samenwerking (te denken valt ook aan de samenwerking tussen de branches en de ministeries van Justitie en Binnenlandse zaken)? Is dit verwerkt in de multidisciplinaire richtlijn?*

De multidisciplinaire richtlijn «Beoordeling en behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag» die momenteel wordt ontwikkeld richt zich op de beoordeling en behandeling van suïcidaal gedrag. De aanbevelingen uit de richtlijn zullen zich richten op de professionals in de zorg en preventie. Samenwerking tussen de verschillende branches of de verschillende departementen, zullen geen onderdeel gaan uitmaken van de multidisciplinaire richtlijn.

Voor de samenwerking van de verschillende professionals in de zorg heeft GGZ Nederland het Trimbos instituut gevraagd om het kwaliteitsdocument «Ketenzorg bij suïcidaliteit» op te stellen. Dit document zal zich richten op de organisatie van de zorgverlening aan mensen met suïcidale klachten. Ik heb hiervoor de financiële middelen beschikbaar gesteld. In dit document worden de taken en verantwoordelijkheden van verschillende zorgverleners beschreven en het document bevat afspraken over bereikbaarheid, overdracht van de behandeling van de persoon en de terugkoppeling daarvan. Het kwaliteitsdocument «Ketenzorg bij suïcidaliteit» gaat ook in op de zogeheten nooddiensten, waaronder politie, ambulancedienst en brandweer vallen en dus over de samenwerking van de verschillende diensten die betrokken kunnen raken bij een suïcide(poging).

42

*Is er een link in maatregelen die u heeft genomen ter voorkoming van suïcide onder jeugd en voorkoming suïcide bij volwassenen? Zo ja, kunt u dit toelichten?*

De aangekondigde maatregelen uit de Beleidsagenda Suïcidepreventie zijn bedoeld voor personen met suïcidale klachten, ongeacht hun leeftijd. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om maatregelen die moeten bijdragen aan verbeteringen in de zorg, zoals de ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn Beoordeling en behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag en het kwaliteitsdocument «Ketenzorg bij suïcidaliteit».

Een aantal maatregelen richt zich op een specifieke leeftijdscategorie, zoals bijvoorbeeld de ontwikkeling van het instrument voor het signaleren van suïcidaliteit. Daar waar differentiatie op basis van leeftijd wenselijk of noodzakelijk is voor maatregelen die genomen moeten worden, heb ik getracht die differentiatie aan te brengen.

43

*Welke ondersteuning wordt er preventief geboden aan kinderen van suïcidale ouders die zelf nog geen probleem hebben, maar dit als gevolg van ziekte van de ouder(s) wel kunnen ontwikkelen? Is in dat geval samenhang van hulp aan ouders en kind geborgd en wie financiert deze preventieve hulp?*

Voor kinderen van ouders met psychische problemen, waaronder suïcidale problemen, bestaat specifiek preventief aanbod. Dit betreft de zogeheten KOPP interventies: Kinderen van ouders met een psychiatrisch probleem. Het Trimbos instituut ontwikkelt en onderzoekt verschillende van deze interventies en preventieafdelingen van ggz-instellingen voeren deze interventies uit in de vorm van zogeheten KOPP-projecten.

Voorbeelden van deze projecten zijn: Een speciale Doe-praatgroep voor kinderen tussen de 8 en 12 jaar en speciale groepscursussen voor verschillende leeftijdscategorieën en de website [www.survivalkid.nl](http://www.survivalkid.nl) voor jongeren tussen de 16 en 23 jaar.

Voor de ondersteuning en de wijze van financiering van deze hulp verwijs ik voorts naar de antwoorden op vraag 2 en 3 van het lid Langkamp gesteld aan de Minister voor Jeugd en Gezin over de zorg voor kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen (Tweede Kamer, 2007–2008, Aanhangsel 2049). Voor zover de ouders in behandeling zijn bij de ggz zijn er meer mogelijkheden voor het in onderling verband bezien van de behandeling van de ouders en de begeleiding van de kinderen.

Het preventieve aanbod aan kinderen van ouders met psychiatrische problematiek wordt op verschillende wijze gefinancierd, hetzij via de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, hetzij via de Zvw.

44

*Wat staat er in het actieplan van ProRail over de verdere reductie van spoor-suïcides?*

Anders dan ten tijde van het opstellen van de Jaarrapportage Vermindering suïcidaliteit werd verwacht, is het Actieplan van ProRail op dit moment nog niet gereed. Uit navraag bij ProRail is gebleken dat het Actieplan van ProRail dit voorjaar wordt verwacht.

47 en 49

*Komt het aspect nazorg bij een suïcidepoging nu wel of niet in de multidisciplinaire richtlijn suïcidaliteit?*

*Hoe zit het met de nazorg voor familie/vrienden en andere nabestaanden?*

Hiervoor is reeds vermeld dat op dit moment de multidisciplinaire richtlijn «Beoordeling en behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag» in voorbereiding is. Nazorg na ontslag uit het ziekenhuis na een suïcidepoging en continuïteit van zorg zullen onderdeel gaan uitmaken van deze richtlijn. Tevens verwijs ik u naar het onderdeel 7 Nazorg in de NHG standaarden in de Jaarrapportage Verminderen suïcidaliteit 2009 (Tweede Kamer, 2009–2010, 22 894, nr. 251).

Over de wijze waarop de nazorg aan vrienden, familie en andere nabestaanden vorm is gegeven, verwijs ik naar mijn standpunt op aanbeveling 7 over het zorgaanbod aan nabestaanden en lotgenoten-contact (Tweede Kamer, 2007–2008, 22 984, nr. 172). In het antwoord op vraag 7 en 46 is vermeld dat de Stichting 113online ook voorziet in hulpverlening aan nabestaanden en andere betrokkenen.

48

*Hoe staat het met het onderzoek naar kennis en vaardigheden van professionals met betrekking tot suïcide? Is er gezorgd voor een financiële dekking? Hoe verloopt de implementatie?*

Uit de Jaarrapportage is bij de Tweede Kamer blijkbaar de indruk ontstaan dat er een onderzoek zou hebben plaatsgevonden naar de kennis en vaardigheden van de professionals met betrekking tot suïcidaliteit. Er is echter geen sprake van een onderzoek, maar van een gespreksronde met beroepsorganisaties en opleidingsinstituten. Het resultaat van deze inspanning is dat met alle beroepsgroepen afspraken zijn gemaakt over implementatie van de multidisciplinaire richtlijn «Beoordeling en behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag» die thans in ontwikkeling is en daaraan gekoppelde scholing. De resultaten van de gespreksronde worden deze zomer beschikbaar via de website van het Patiëntvei-

50 en 51

*Kunt u aangeven wat voor folder ontwikkeld zal gaan worden voor personen die met een suïcidepoging op de Spoedeisende Eerste Hulp post of Intensive care belanden? Is ook onderzocht of deze personen behoefte hebben aan een dergelijke folder?*

*Is het in een folder opsommen van de mogelijkheden waar hulp gezocht kan worden, eventueel ook ter informatie aan familieleden, voldoende, zeker bij personen die niet altijd overtuigd zijn van het feit dat ze hulp nodig hebben? Zo ja, waar blijkt dat uit?*

Met financiële middelen van het Ministerie van VWS heeft GGZ Nederland in overleg met veldpartijen een patiëntenfolder ontwikkeld voor suïcidepogers die op de SEH belanden. Deze folder, die binnenkort verschijnt zal worden verspreid onder algemene ziekenhuizen en onder huisartsen. In de folder wordt verwezen naar mogelijkheden voor hulp, waaronder hulp door de Stichting 113online. De folder is bedoeld als een extra impuls om personen na een suïcidepoging actief het hulpverleningscircuit of in zorg te krijgen, voorzover zij nog niet of niet meer in zorg zijn. GGZ Nederland heeft bij de Stichting Ex6 geverifieerd of er behoefte bestaat aan een dergelijke folder.

Niet alle personen die een suïcidepoging hebben ondernomen staan altijd direct open voor hulpverlening. Om die reden is het dan ook niet voldoende om te volstaan met een folder waarin de mogelijkheden voor hulpverlening zijn vermeld. Verschillende professionals, zowel binnen als buiten de zorg, hebben een taak bij het signaleren van suïcidaliteit en de toeleiding naar zorg. In het Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit dat op dit moment in voorbereiding is door het Trimbos instituut staan de taken van de verschillende professionals beschreven.

Voor personen die niet openstaan voor hulpverlening zijn familie en vrienden ook een belangrijke partij om hen te stimuleren om hulp te zoeken voor hun problemen. In uiterste gevallen is een gedwongen opname een mogelijkheid, mits aan de voorwaarden daarvoor wordt voldaan.

52

*Onlangs is door psychiaters, psychologen en ggz verpleegkundigen op een symposium van stichting Sympopna gepleit voor de invoering van de intensive care in de ggz, op welke manier zou invoering van intensive care kunnen bijdragen aan voorkoming van suïcide en hulp aan suïcidale mensen?*

Vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg voor patiënten met complexe problematiek onderschrijf ik in het algemeen de noodzaak van intensive care, dus ook ter voorkoming van suïcide en als hulpverlening aan suïcidale patiënten. De invoering van intensive care in de curatieve ggz is voor mij echter alleen haalbaar met budgetneutraliteit als uitgangspunt. Dat vraagt een duidelijke omschrijving van patiëntkenmerken. Daarnaast is helderheid nodig over de noodzakelijke verrichtingen in dergelijke gevallen. Dit om de zwaarste vorm van zorg beschikbaar te laten zijn voor patiënten die het echt nodig hebben. De voor dit jaar geplande analyse van DBC Onderhoud met betrekking tot zorgzwaarte binnen de DBC systematiek draagt hieraan bij, net als de veldnormen voor de IC die op dit moment ontwikkeld worden.

53

*Als de implementatie van de multidisciplinaire richtlijn niet in de opleiding wordt geborgd, hoe wordt dat dan wel geborgd?*

Het is de verantwoordelijkheid van de beroepsgroepen en opleidingsinstituten om de implementatie van de multidisciplinaire richtlijn te integreren in de opleidingen. GGZNederland is met de beroepsverenigingen en de opleidingsinstituten in overleg om de implementatie van de multidisciplinaire richtlijn nadat deze is verschenen, mee te nemen in de opleidingen. Over de resultaten van dit overleg kan nu nog geen uitspraak worden gedaan, maar ik verwacht dat de beroepsgroepen op dit punt hun verantwoordelijkheid zullen nemen.

Bij het niet opnemen van de multidisciplinaire richtlijn in de opleidingen kan bijvoorbeeld het geven van brede bekendheid aan deze richtlijn onder de (toekomstige) behandelaren een alternatief zijn.

In dit verband is tevens van belang de subsidieaanvraag door de VU die is ingediend bij het ZONMw programma Doelmatigheid voor de implementatie van nieuwe richtlijnen. Op de subsidieaanvraag is overigens nog niet beslist.

54 en 55

*Kunt u uitleggen hoe het mogelijk is dat er bijna 30 onderzoekstrajecten lopen die onderling weinig samenhang hebben en waarin vraagstellingen elkaar overlappen?*

*Worden in de bijeenkomsten die GGZ Nederland de komende periode organiseert om samenwerking tussen onderzoekers te bevorderen alle 30 onderzoekstrajecten die momenteel lopen betrokken?*

In de quick scan zijn in totaal 29 onderzoeksprojecten opgenomen. Het ontbreken van een specifiek onderzoeksprogramma voor suïcidepreventie is een mogelijke oorzaak waarom de afzonderlijke onderzoeksprojecten onderling weinig samenhang vertonen. GGZ Nederland zal dit jaar bijeenkomsten organiseren om de samenwerking en onderlinge informatiewisseling tussen onderzoekers te bevorderen. Voor die bijeenkomsten worden alle onderzoekers uitgenodigd die betrokken zijn bij de quick scan.

57

*Suïcide is sectordoorkruisend. Is de financiering hierop ingericht? Is daarbij sprake van preventie tot nazorg?*

Gelijk aan de preventie, behandeling en nazorg van psychiatrische stoornissen, is de financiering van hulpverlening bij suïcidaliteit niet altijd vervat in één wettelijke regeling. Afhankelijk van het soort preventie – selectieve preventie, dan wel geïndiceerde preventie – is de bekostiging van hulpverlening bij suïcidaliteit in de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, danwel de Zorgverzekeringswet geregeld.