

Vergaderjaar 2007–2008

**22 894**

**Preventiebeleid voor de volksgezondheid**

**Nr. 172**

**BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 26 juni 2008

**1. Inleiding**

Bij brief van 24 september 2007 (Tweede Kamer 2007–2008, 22 984, nr. 135) heb ik de Tweede Kamer bericht dat ik naar aanleiding van het Beleidsadvies «Verminderen van suïcidaliteit» (kortweg Beleidsadvies) van het Trimbos instituut, een standpunt zal innemen op het (Kaderdocument) Nationaal Actieplan Suïcide Preventie van de Ivonne van de Venstichting. Het Beleidsadvies heb ik bij brief d.d. 7 december 2007 (VWS 0701588) naar de Tweede Kamer gezonden met de mededeling dat het standpunt op dit Beleidsadvies begin 2008 naar de Tweede Kamer zal worden gezonden. In antwoord op Kamervragen van het lid Voordewind (CU) over de invloed van internet op het aantal suïcides onder jongeren (Aanhangsel der Handelingen II, vergaderjaar 2007–2008, nr. 1959) heb ik u bericht dat mijn standpunt op het Beleidsadvies meer tijd vergde dan was voorzien en dat ik mijn standpunt uiterlijk medio 2008, maar mogelijk eerder, naar de Tweede Kamer zal zenden.

Hierbij doe ik u, mede namens de Minister voor Jeugd en Gezin, mijn standpunt toekomen op het Beleidsadvies van het Trimbos instituut en op het Kaderdocument Nationaal Actieplan Suïcide Preventie van de Ivonne van de Venstichting. In dit standpunt is tevens het standpunt van de Minister van Justitie opgenomen naar aanleiding van suïcidaliteit onder gedetineerden.

Bij de behandeling van de begroting van de Minister voor Jeugd en Gezin op 20 november 2007 heeft het lid Voordewind (CU) de notitie «De noodkreet gehoord, Preventieplan zelfdoding onder jongeren» overgelegd aan de Minister voor Jeugd en Gezin. Daarnaast heeft de Tweede Kamer een motie aangenomen van het lid Voordewind (Tweede Kamer 2007–2008, 31 200 XVII, nr. 22), waarin de regering verzocht wordt aandacht te besteden aan de toegankelijkheid van hulpverlening die op risicojongeren is gericht en om kennis over suïcidepreventie onder de aandacht te brengen bij de betrokken hulpverleners, onder andere via de Centra voor Jeugd en Gezin. In dit standpunt zal ik ook de notitie en de motie van het

lid Voordewind betrekken. Met dit standpunt geef ik tegelijkertijd uitvoering aan de verplichting voor Nederland die voortkomt uit het WHO congres van 2005 over de ggz. Daarbij is afgesproken dat de preventie van psychische stoornissen en van suïcide uiterlijk in 2010 in nationaal beleid is opgenomen. De Europese commissie heeft daarop een Europese strategie in het Groenboek<sup>1</sup> «De geestelijke gezondheid van de bevolking verbeteren» ontwikkeld. In dit Groenboek is als een van de actiepunten opgenomen «Preventieve maatregelen om geestelijke gezondheidsproblemen aan te pakken».

Dit standpunt kan tevens gezien worden als een uitwerking van dit actiepunten uit het Groenboek.

## 2. Begripsomschrijvingen

In het Beleidsadvies wordt gesproken over «suïcidepreventiebeleid», waaronder wordt verstaan: het beleid dat gericht is op de preventie van suïcide en op de preventie van de verschillende vormen van suïcidaliteit. In het standpunt zal ik in plaats van het begrip suïcidepreventiebeleid, spreken van «suïcidebeleid».

Met «suïcide» wordt zelfdoding bedoeld. Het ruimere begrip «suïcidaliteit» omvat het totale spectrum van suïcidale gedachten (ook wel aangeduid met «suïcide-ideaties»), suïcideplannen, suïcidepogingen tot en met een gerealiseerde suïcide.

## 3. Cijfermatige ontwikkeling van suïcidaliteit in Nederland

Medio jaren tachtig noemde de Gezondheidsraad de situatie en de verwachte ontwikkeling in Nederland rond het aantal suïcides zorgwekkend. De Gezondheidsraad voorspelde in haar advies uit 1986<sup>2</sup> dat de trendmatige stijging van het aantal suïcides zich de komende jaren zou voortzetten. Kijkend naar de cijfers van de afgelopen twintig jaren is deze verwachting gelukkig geen realiteit geworden.

Sinds meer dan tien jaar is het absolute aantal suïcides in Nederland stabiel met rond de 1500 suïcides per jaar<sup>3</sup>. Dit is ongeveer één procent van het totale jaarlijkse landelijke sterftecijfer in Nederland. Kijken we naar het gemiddeld aantal suïcides per 100 000 inwoners dan heeft zelfs een lichte daling plaatsgevonden van het gemiddeld aantal suïcides in 2006 ten opzichte van ruim tien jaar geleden. Deze daling geldt voor bijna alle leeftijdscategorieën, inclusief jongeren. Alleen voor mannen in de leeftijdscategorie van veertig tot zestig jaar is wel sprake van een stijging. In vergelijking met andere Europese landen, behoort Nederland tot de landen met een relatief laag suïcidecijfer. In de meeste ons omringende landen (België, Duitsland, Frankrijk en Luxemburg) ligt het aantal suïcides (aanmerkelijk) hoger<sup>4</sup>.

Andere vormen van suïcidaal gedrag, zoals het hebben van suïcidegedachten, het doen van een suïcidepoging en automutilatie, komen met name onder jongeren relatief vaak voor. Er zijn geen nationale, in registraties vastgelegde, cijfers beschikbaar over deze andere vormen van suïcidaliteit. Wel zijn er gegevens uit onderzoek bekend. Uit onderzoek onder jongeren blijkt dat 11,2 procent van jongeren in de leeftijdscategorie van 11 tot 17 jaar suïcidegedachten heeft gehad en dat 6,6 procent zichzelf automutileerde of een suïcidepoging deed<sup>5</sup>. Plaatsen we deze percentages in een internationale context dan blijkt dat Nederland in vergelijking met andere landen het laagste percentage zelfverwondende jongeren rapporteert<sup>6</sup>.

Uit ander onderzoek<sup>7</sup> onder de Nederlandse volwassen bevolking blijkt dat 11,1 procent ooit in zijn leven suïcidegedachten heeft gehad en dat 2,7 procent ooit in zijn leven een suïcidepoging heeft ondernomen. Jaarlijks betekent dit dat 94 000 personen een suïcidepoging doen en dat er 410 000 personen zijn die suïcidegedachten hebben.

<sup>1</sup> Europese Commissie, Groenboek, De geestelijke gezondheid van de bevolking verbeteren d.d. 14 oktober 2005 (2005).

<sup>2</sup> Gezondheidsraad, Advies inzake suïcide, 17 december 1986.

<sup>3</sup> In 2005 zijn er 1572 personen door suïcide om het leven gekomen en in de periodes van 1995 tot 1999 en van 2000 tot 2004 waren deze aantallen respectievelijk 1539 en 1507.

Beleidsadvies Verminderen van suïcidaliteit, pag. 196, tabel 3.8. Dit aantal is exclusief euthanasiegevallen.

<sup>4</sup> Beleidsadvies Verminderen van suïcidaliteit, pag. 80, figuur 2.

<sup>5</sup> Beleidsadvies Verminderen van suïcidaliteit, pag. 19.

<sup>6</sup> Beleidsadvies Verminderen van suïcidaliteit, pag. 92.

<sup>7</sup> Trimbos, suïcidaliteit in de algemene bevolking: gedachten en pogingen, 2006.

Wat betreft het vóórkomen van de verschillende vormen van suïcidaliteit zijn deze cijfers voor volwassenen in Nederland vergelijkbaar met die in andere Europese landen.

#### 4. Risicogroepen

Mannen plegen twee keer zo vaak suïcide als vrouwen. Dit geldt ook internationaal; in alle landen plegen mannen veel vaker suïcide dan vrouwen. Suïcide vindt vaker plaats onder bepaalde bevolkingsgroepen van een andere niet-westerse etnische afkomst. Zo komt suïcide vaker voor onder personen van West Europese allochtone afkomst en onder mannen uit oost, zuidoost en zuid-Europa.

Ook andere vormen van suïcidaliteit zijn sexe gebonden: vrouwen doen vaker een suïcidepoging en meisjes automutileren zichzelf twee keer vaker dan jongens<sup>1</sup>. Binnen de groep jongeren en jonge adolescenten zijn er ook subgroepen te onderscheiden die een hoger risico lopen. In het Beleidsadvies wordt onder meer gewezen op een verhoogde suïcidaliteit bij Turkse jonge vrouwen en bij Surinaamse vrouwen<sup>2</sup>. Om suïdecijfers te vergelijken, wordt steeds uitgegaan van het gemiddeld aantal suïcides per 100 000 inwoners. In Bijlage I is het gemiddeld aantal suïcides per 100 000 inwoners, ingedeeld naar leeftijd en geslacht in beeld gebracht.

Uit het Beleidsadvies volgt dat bij mannen tussen de veertig en zestig jaar als enige leeftijdscategorie sprake is van een toename van het gemiddeld aantal suïcides in de afgelopen tien jaar<sup>3</sup>. Daarmee concentreert suïcide zich in toenemende mate in deze middelbare leeftijdsgroep.

Verder valt op dat mannen boven de tachtig jaar van alle leeftijdscategorieën het meest vaak suïcide plegen. Met een gemiddeld aantal suïcides van 39,8 in 1995 en van 27,6 in 2005 is er wel sprake van een forse afname van het gemiddeld aantal onder oude mannen. Voor vrouwen van boven de tachtig jaar liggen de cijfers veel lager: het gemiddeld aantal suïcides is 10,5 in 1995 en 7,6 in 2005. Ook hier is sprake van een afname van het gemiddeld aantal suïcides de afgelopen tien jaar.

#### 5. Het suïcidebeleid in Nederland

Op geleide van het advies van de Gezondheidsraad uit 1986 is het suïcidebeleid de laatste twee decennia vooral gericht geweest op het terugdringen van risicofactoren voor suïcide en andere vormen van suïcidaliteit. Enerzijds door effectieve preventie en behandelingen van psychische stoornissen en anderzijds door het voorkomen van risicoverhogende factoren voor suïcide, zoals het voorkomen van alcoholmisbruik.

De laatste jaren neemt de preventie van psychische stoornissen een steeds belangrijkere plaats in bij het (suïcide)beleid, vooral omdat er (ook) voor de preventie van psychische stoornissen, steeds meer evidence based interventies beschikbaar zijn.

Vanuit verschillende terreinen binnen en buiten de zorgverlening wordt een bijdrage geleverd aan het suïcidebeleid. Daarbij zijn verschillende partijen betrokken. De overheid is een belangrijke partij waar het de openbare geestelijke gezondheidszorg betreft, zoals de preventie van depressie en het voorkómen van alcoholmisbruik en waar het gaat om niet-zorggerelateerde maatregelen, zoals wetgeving op het gebied van bestrijdingsmiddelen, geneesmiddelen en de Vuurwapenwet. Er zijn ook andere partijen die een bijdrage leveren aan de zogeheten niet-zorggerelateerde maatregelen, zoals de omheining van hoge gebouwen, het plaatsen van hekken rond het spoor en terughoudende berichtgeving in de media bij suïcide. De NS en ProRail hebben de verantwoordelijkheid genomen om het aantal suïcides op het spoor verder terug te dringen. De NS en ProRail zijn samen met de Ivonne van de Venstichting een project gestart om dit

<sup>1</sup> Beleidsadvies Verminderen van suïcidaliteit, pag. 92.

<sup>2</sup> Beleidsadvies Verminderen van suïcidaliteit, pag. 19 en 93.

<sup>3</sup> Zie Bijlage I van het standpunt.

doel te verwezenlijken.<sup>1</sup> Verder heeft de Ivonne van de Venstichting een mediarijchtlijn opgesteld in 2005 om de media aandacht bij suïcides beperkt te houden. Alhoewel niet onomstotelijk vaststaat dat publiciteit naar aanleiding van suïcides anderen kan aanzetten tot suïcide, zijn er toch aanwijzingen dat dit mensen die wanhopig zijn over de streep kan trekken om suïcide te plegen. Over het algemeen blijkt de media zich aan deze media-richtlijn te houden<sup>1</sup>.

Zorgaanbieders vervullen een voorname rol bij zorggerelateerde maatregelen, door middel van de preventie en het behandelen van psychische stoornissen volgens beschikbare multidisciplinaire richtlijnen in de ggz, het voorzien in hulp in crisissituaties of het bieden van laagdrempelige hulp aan personen met suïcidaliteit.

Voor meer uitgebreide gegevens over de gemiddelde aantallen suïcides onder de verschillende leeftijdsgroepen, het voorkomen van andere vormen van suïcidaliteit en risicogroepen in de Nederlandse bevolking, verwijs ik naar Bijlage I bij dit standpunt.

In Bijlage II wordt dieper ingegaan op het gevoerde suïcidebeleid in Nederland.

## **6. Standpunt op de negen aanbevelingen van het Beleidsadvies**

In het standpunt op het Beleidsadvies heb ik gekozen voor een voortzetting van de in het verleden ingezette beleidslinje, namelijk het verder terugdringen van suïcides en van andere vormen van suïcidaliteit door de preventie en behandeling van psychische stoornissen en het voorkomen van risicofactoren, zoals alcoholmisbruik. De cijfers en het Beleidsadvies laten zien dat deze keuze indertijd een juiste keuze is geweest. Daar waar verbeteringen in de zorgverlening noodzakelijk zijn, bijvoorbeeld door actualisering of toepassen van protocollen en lokale richtlijnen (aanbeveling 2) en door verbetering in de herkenning van suïcidaliteit en verbetering in de kennis en vaardigheden van professionals (aanbeveling 3 en 5), zal ik in overleg treden met de betreffende beroepsgroepen en voorzien in de financiële middelen voor de ontwikkeling van een instrument voor een (zo mogelijk) betere herkenning van suïcidaliteit.

Alle uit te voeren acties door het Ministerie van VWS en door andere partijen zijn in een Beleidsagenda Suïcidepreventie opgenomen die ik de komende periode zal uitvoeren.

In het onderstaande geef ik per aanbeveling mijn standpunt weer en waar mogelijk zal ik meerdere aanbevelingen samenvoegen.

### **Aanbeveling 1.**

Stel streefcijfers voor preventie van suïcidaliteit, zorg voor overheidsregie bij het nemen van maatregelen en realiseer een strategische aanpak met een landelijke en regionale taakverdeling.

#### **Standpunt op aanbeveling 1:**

- De Minister van VWS ziet de meerwaarde van een samenhangende aanpak waarbij zowel de Minister van VWS, als de verschillende partijen hun verantwoordelijkheid nemen. Hij neemt de regie voor te nemen maatregelen voor zover dit past binnen de huidige verantwoordelijkheden van de Minister van VWS.
- De Minister van VWS zal streefcijfers vaststellen voor de preventie van suïcidaliteit op het moment dat er hiervoor een geschikte indicator is.
- De Minister van VWS zal ter realisatie van een strategische aanpak van suïcidepreventie komen met een Beleidsagenda Suïcidepreventie ter uitvoering van aanbeveling 1 tot en met aanbeveling 8 en zal deze Beleidsagenda Suïcidepreventie uitvoeren.
- De Minister van VWS zal in overleg met GGD Nederland en het RIVM de mogelijkheden onderzoeken of de Monitors voor Volwassenen en Ouderen kunnen worden uitgebreid met vragen over suïcidedgedachten en suïcidepogingen.

<sup>1</sup> RIVM themarapport Let op letsels (in druk).

### *Toelichting uit het Beleidsadvies op aanbeveling 1*

Aanbeveling 1 is gericht tot de centrale en regionale overheid en bestaat uit twee onderdelen c.q. acties. De eerste actie betreft het vaststellen van streefcijfers om te komen tot een toetsbare vermindering van suicidaliteit. Als streefcijfers wordt gesteld dat in de komende vijf jaar, zowel het aantal suïcides, als het aantal (recidiverende) suïcidepogingen met 10 procent moeten zijn afgenomen.

De tweede actie houdt in dat de eindverantwoordelijkheid voor de voorgestelde maatregelen bij de rijksoverheid wordt gelegd. In aanbeveling 1 wordt gevraagd om een landelijke aanpak door de overheid om de gesignaleerde knelpunten in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en de openbare geestelijke gezondheidszorg op te lossen. Ten behoeve van de aansluiting tussen de verschillende nog te nemen maatregelen, zowel op het terrein van preventie, als in de (curatieve) zorg, is volgens aanbeveling 1 een Nationaal Activiteitenplan Suïcidepreventie («Activiteitenplan») noodzakelijk. Ter onderbouwing daarvan wordt in het Beleidsadvies gewezen op andere landen die beschikken over een Activiteitenplan. Het Kaderdocument van de Ivonne van de Venstichting is een belangrijke inspiratiebron geweest voor het idee van een Activiteitenplan. In het Activiteitenplan, zoals voorgesteld in het Beleidsadvies, zijn meerdere doelstellingen opgenomen<sup>1</sup>.

### *Standpunt op aanbeveling 1*

Anders dan in aanbeveling 1 wordt aanbevolen, ben ik van mening dat de eindverantwoordelijkheid voor de maatregelen in het huidige suïcidebeleid, niet uitsluitend bij de rijksoverheid moet worden gelegd. In het huidige suïcidebeleid en de aanvullende maatregelen die in het Beleidsadvies worden voorgesteld om de huidige knelpunten in het suïcidebeleid op te lossen, spelen verschillende partijen een rol. Deze partijen zijn onder meer de overheid, de inspectie voor de gezondheidszorg, de koepelorganisaties van zorgaanbieders, de zorgaanbieders en de beroepsgroepen. Elk van deze partijen heeft een eigen verantwoordelijkheid en deze gezamenlijke verantwoordelijkheid heeft de afgelopen decennia goed gewerkt; de partijen voelen hun verantwoordelijkheid voor hun eigen rol voor suïcidepreventie. Hierin wil ik geen veranderingen aanbrengen en evenmin wil ik de verantwoordelijkheid van de andere partijen overnemen. Een en ander neemt niet weg dat ik mijn eigen verantwoordelijkheid onderken en daaraan ook uitvoering zal geven. Daar waar dit past binnen mijn huidige verantwoordelijkheid, zal ik de regie voeren voor de te nemen maatregelen. In dit verband verwijs ik naar mijn aangekondigde voornemens zoals verwoord in de Beleidsagenda suïcidepreventie. Wat betreft de doelstellingen van het Activiteitenplan, zoals voorgesteld in het Beleidsadvies, merk ik op dat ik met de meeste doelstellingen, kan instemmen. Een aantal van deze doelstellingen komt terug in de andere acht aanbevelingen van het Beleidsadvies. Voor mijn reactie op die doelstellingen verwijs ik dan ook naar mijn standpunt op de desbetreffende aanbevelingen. Tegelijkertijd constateer ik dat op dit moment ook al (gedeeltelijk) uitvoering wordt gegeven aan een aantal doelstellingen van een dergelijk Activiteitenplan. In Bijlage III over Activiteitenplan van het Beleidsadvies, licht ik een en ander nader toe. Wat betreft het stellen van streefcijfers, merk ik op dat er op dit moment geen geschikte indicator is voor de preventie van suicidaliteit. In de huidige basisset prestatie indicatoren voor de ggz en verslavingszorg is de huidige indicator het aantal suïcides (gerelateerd aan de grootte van de zorgaanbieder). Er wordt gewerkt aan het vinden van een andere indicator. Gelet hierop zal ik eerst tot het stellen van streefcijfers overgaan op het moment dat er een geschikte indicator is voor de preventie van suicidaliteit.

<sup>1</sup> Beleidsadvies Verminderen van suicidaliteit, pag. 43:

Doelstelling 1: het bevorderen van de psychische gezondheid van kwetsbare groepen;  
Doelstelling 2: verbeteringen van de zorg;  
Doelstelling 3: beperkingen van de verkrijgbaarheid en bereikbaarheid van middelen;  
Doelstelling 4: beïnvloeding van de publieke opinie door berichtgeving in de media;  
Doelstelling 5: onderzoek;  
Doelstelling 6: verbetering van monitoring en registratie.

Alle acties die ik aankondig in dit standpunt op de aanbevelingen van het Beleidsadvies, voeg ik samen in een Beleidsagenda Suïcidepreventie. Ik zal dan ook niet overgaan tot het opstellen van een Nationaal Activiteitenplan. In plaats daarvan kom ik met een Beleidsagenda Suïcidepreventie. De Beleidsagenda Suïcidepreventie bevat de voornemens ter uitvoering van mijn standpunt op aanbeveling 1 tot en met 8 en bevat derhalve een overzicht van alle acties die genomen zullen worden inzake het suïcidebeleid voor de komende jaren. De belangrijkste verschillen tussen een Activiteitenplan, zoals voorgesteld in het Beleidsadvies en de Beleidsagenda Suïcidepreventie die ik in dit standpunt presenteer, zijn dat er geen wijziging wordt aangebracht in de huidige verantwoordelijkheden van de verschillende partijen die betrokken zijn bij het suïcidebeleid en dat de rijksoverheid niet de eindverantwoordelijkheid krijgt voor de uitvoering van activiteiten die andere partijen moeten uitvoeren. Tegen deze achtergrond geef ik op een andere wijze uitvoering aan aanbeveling 1.

Om de hiervoor vermelde doelstellingen te bereiken, wordt in aanbeveling 1 een aantal activiteiten<sup>1</sup> voorgesteld, waaronder het onderzoeken of het toevoegen van vragen over suïcidedgedachten en suïcidepogingen in de GGD Monitors voor Volwassenen en voor Ouderen kunnen worden opgenomen.

Gezien het verhoogde suïciderisico bij oudere mannen en bij bepaalde bevolkingsgroepen vind ik het van belang dat er meer gegevens beschikbaar komen over suïcidedgedachten en suïcidepogingen met name bij deze groepen. Ik zal dan ook in overleg treden met de betrokken partijen van de GGD Monitors voor Volwassenen en Ouderen, dit zijn GGD Nederland en het RIVM. In overleg met hen zullen de mogelijkheden worden onderzocht of in de Monitors voor Volwassenen en Ouderen vragen over suïcidedgedachten en suïcidepogingen kunnen worden opgenomen. Dit onderdeel van aanbeveling 1 neem ik dan ook over.

#### **Aanbeveling 2.**

Verbeter de kwaliteit van zorg bij suïcidepogingen in algemene ziekenhuizen door de richtlijn voor opvang bij suïcidepogingen te actualiseren en onderdeel van beleid te maken en kwaliteitseisen aan personeel te stellen.

#### **Standpunt op aanbeveling 2:**

- De Minister van VWS zal bij de Vereniging voor Consultatieve Psychiatrische Verpleegkunde aandringen op actualisatie van de CBO-richtlijn voor de opvang van suïcidale personen in algemene ziekenhuizen en umc's.
- De Minister van VWS zal in overleg treden met de NVZ en de NFU en erop aandringen dat de algemene ziekenhuizen en de umc's lokale richtlijnen en protocollen voor suïcidepogers daadwerkelijk zullen toepassen. Ook zal de Minister van VWS de NVZ en de NFU erop wijzen dat algemene ziekenhuizen en umc's kwaliteitseisen zullen moeten gaan stellen aan personeel van spoedeisende hulpdiensten en intensive care afdelingen.

#### *Standpunt op aanbeveling 2*

Aanbeveling 2 bestaat uit drie verschillende acties voor de verbetering van de zorgverlening aan suïcidepogers tijdens en na opname in een algemeen ziekenhuis of een universitair medisch centrum (umc). Aanbeveling 2 is gericht tot algemene ziekenhuizen en umc's en tot de beroepsgroep voor consultatieve psychiatrische verpleegkundigen.

De eerste actie betreft het actualiseren van de CBO-richtlijn uit 1991 over de zorgverlening aan suïcidepogers in algemene ziekenhuizen en umc's. Deze CBO-richtlijn «Opvang van suïcidale patiënten in het algemeen ziekenhuis en andere zorgcentra», is een richtlijn voor verpleegkundigen en is uitgebracht door de Vereniging voor Consultatieve Psychiatrische Verpleegkunde. Niet ter discussie staat dat deze CBO-richtlijn is verou-

<sup>1</sup> Beleidsadvies Verminderen van suïcidaliteit, pag. 43.

derd. Uit het Beleidsadvies blijkt verder dat de kwaliteit van de lokale richtlijnen voor de opvang van suïcidepogers, in het algemeen onder de maat is. Een logische aanbeveling is dan ook dat deze richtlijn geactualiseerd moet worden, zodat ik kan instemmen met deze actie van aanbeveling 2. In het Beleidsadvies wordt er terecht op gewezen dat de kwaliteit van zorg in algemene zin in de eerste plaats een verantwoordelijkheid van zorgaanbieders is. Voor wat betreft het actualiseren van de speciale CBO-richtlijn voor verpleegkundigen voor de opvang van suïcidale patiënten in algemene en andere zorgcentra, is de Vereniging voor Consultatieve Psychiatrische Verpleegkunde verantwoordelijk. Ik zal de vereniging vragen om de CBO-richtlijn voor de opvang van suïcidale personen te actualiseren.

De tweede actie bestaat er naar mijn mening uit dat goede zorgverlening aan suïcidepogers – beschreven in de lokale richtlijnen – ook daadwerkelijk wordt toegepast in het ziekenhuis. Hierbij wordt aandacht gevraagd voor zowel de zorgverlening tijdens de opname in het algemene ziekenhuis, als ook bij de zorgverlening na ontslag, die door andere zorgverleners kan worden gegeven. De protocollen en richtlijnen over goede zorg aan suïcidepogers moeten ook daadwerkelijk in de praktijk worden toegepast en moeten niet alleen documenten zijn die in de bureaulades van artsen en verpleegkundigen liggen. Uit het Beleidsadvies blijkt dat in algemene ziekenhuizen vaak geen gebruik wordt gemaakt van een lokale richtlijn of protocol voor suïcidepogers. Dit moet anders en protocollen en richtlijnen zullen dan ook in de praktijk gebruikt moeten worden. Ik zal de beroepsverenigingen wijzen op de noodzaak hiertoe. De derde actie van aanbeveling 2 houdt in dat er kwaliteitseisen moeten worden gesteld aan personeel van algemene ziekenhuizen die in aanraking komen met suïcidepogers. Zoals hiervoor is opgemerkt, ligt het probleem met name in de attitude die veel hulpverleners in algemene en universitaire ziekenhuizen zouden hebben ten aanzien van personen die een suïcidepoging hebben ondernomen. In de toelichting op aanbeveling 2 staat dat de kwaliteitseisen zouden moeten gelden voor verschillende hulpverleners, namelijk artsen, verpleegkundigen en andere medewerkers van spoedeisende hulp en opname en intensive care-afdelingen<sup>1</sup>.

Naast de eerste actie van aanbeveling 2 stem ik eveneens in met de tweede en de derde actie van aanbeveling 2. Voor het toepassen van de lokale richtlijnen en protocollen en het stellen van kwaliteitseisen aan het personeel in algemene ziekenhuizen en umc's zijn deze instellingen zelf verantwoordelijk. Ik zal in overleg treden met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra (NFU) en bij de vereniging en de federatie onder de aandacht brengen dat de algemene ziekenhuizen en umc's moeten zorgen voor het daadwerkelijk verlenen van goede zorg aan suïcidepogers en dit onderdeel maken van het kwaliteitsbeleid van de instelling. Daarnaast zal ik de NVZ en de NFU erop wijzen dat algemene ziekenhuizen en umc's kwaliteitseisen zullen moeten gaan stellen aan personeel van spoedeisende hulpdiensten en intensive care afdelingen wat betreft hun kennis van suïcidaal gedrag en hun attitude jegens personen die een suïcidepoging hebben ondernomen. Tegelijkertijd zal ik de inspectie voor de gezondheidszorg vragen erop toe te zien dat deze kwaliteitsverbeteringen ook daadwerkelijk van de grond komen. GGZ Nederland heeft mij reeds laten weten dat zij bij de uitvoering van aanbeveling 2 een ondersteunende rol willen vervullen, voor zover hun bevoegdheden daartoe reiken als brancheorganisatie van ggz-instellingen.

Aanbeveling 2 heeft uitsluitend betrekking op de zorgverlening aan suïcidepogers binnen algemene ziekenhuizen en umc's. Echter, uit het Beleidsadvies blijkt dat ook de zorgverlening aan suïcidale personen binnen

---

<sup>1</sup> Beleidsadvies Verminderen van suïcidaliteit, pag. 46.

ggz-instellingen verbetering behoeft. Ggz-instellingen beschikken vaak niet over alle vereiste protocollen en de nazorg is niet goed geprotocolleerd.

De inspectie voor de gezondheidszorg besteedt in het kader van de jaargesprekken die eind 2007/ begin 2008 zijn gehouden met ggz-instellingen bijzondere aandacht aan het instellingsbeleid rond de preventie van suïcide. Binnen diverse ggz-instellingen zijn initiatieven ontwikkeld om beleidsnota's voor de instelling op te stellen of suïcidecommissies op te richten. De resultaten daarvan zullen naar verwachting medio 2008 bekend zijn. In de jaargesprekken met de instellingen besteedt de inspectie expliciet aandacht aan richtlijnen en protocollen inzake suïcide van ggz-instellingen. Ik verwacht dan ook dat ggz-instellingen de nodige stappen zullen ondernemen om de kwaliteit van de richtlijnen en protocollen te verbeteren. Ook hierbij zal GGZ Nederland een ondersteunende rol vervullen.

**Aanbeveling 3.**

Verbeter de herkenning van suïcidaliteit en adequate hulpverlening door professionals, door kennis te vergroten en vaardigheden te leren. Maak suïcidaliteit bespreekbaar en leer professionals er mee om te gaan.

**Aanbeveling 5.**

Verbeter de kennis en vaardigheden om met suïcidaliteit om te gaan door hiervoor de curricula in uiteenlopende opleidingen voor zorgverleners te maken. Voor het volgen van de voortgang kunnen procesindicatoren ontwikkeld worden.

**Standpunt op aanbeveling 3 en 5 en reactie op de motie van het lid Voorde-  
wind:**

- De Minister van VWS zal de beroepsvereniging voor huisartsen en voor de ggz-hulpverleners zijn dit de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, het Nederlands Instituut voor Psychologen en de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapeuten wijzen op hun verantwoordelijkheid voor het aanpassen van de opleidingsvereisten en opleidingsprofielen ten behoeve van een betere herkenning van suïcidaliteit en van betere gespreksvaardigheden voor personen met suïcidaliteit.
- De Minister van VWS zal voorzien in de financiële middelen om een signaleringsinstrument te laten ontwikkelen voor de herkenning van suïcidaliteit bij jongeren.

*Motie van het lid Voordewind*

Over de herkenning van signalen van suïcidaliteit is ook een motie ingediend door het lid Voordewind (CU) (Tweede Kamer, 2007–2008, 31 200 XVII, nr. 22) bij de behandeling van de begroting van de Minister voor Jeugd en Gezin. Deze motie sluit aan bij bovengenoemde aanbevelingen 3 en 5. De motie van het lid Voordewind verzoekt de regering de kennis over suïcidepreventie onder de aandacht te brengen bij hulpverleners, onder andere via de Centra voor Jeugd en Gezin. Het doel hiervan is dat hulpverleners de signalen van suïcidaliteit bij jongeren kunnen herkennen. Daarnaast dient de regering op grond van deze motie aandacht te besteden aan de toegankelijkheid van de hulpverlening voor risicojongeren.

*Standpunt op aanbeveling 3 en 5 en reactie op de motie van het lid  
Voordewind*

Aanbeveling 3 en 5 zijn gericht tot de zorgverleners en de betreffende beroepsorganisaties. Verder hebben aanbeveling 3 en 5 beide betrekking op verbetering van de hulpverlening aan suïcidale personen. Enerzijds moeten de verschillende vormen van suïcidaliteit beter herkend worden door de professionals – in dit geval huisartsen en hulpverleners in de ggz



– en anderzijds moeten de hulpverleners weten hoe zij vervolgens het gesprek moeten aangaan met suïcidale personen. Ze moeten weten op welke wijze zij deze personen moeten bejegenen en benaderen. Voor de huidige hulpverleners betekent dit dat zij meer nascholing moeten volgen over hoe om te gaan met suïcidale personen en dat zij de signalen van suïcidaliteit kunnen herkennen. Voor toekomstige hulpverleners betekent dit dat zij tijdens hun opleiding meer kennis en vaardigheden moeten leren betreffende het omgaan met suïcidaliteit.

Beroepsorganisaties zijn in samenspraak met werknemers- en werkgeversorganisaties verantwoordelijk voor het profiel van het beroep. Daarbij hoort ook dat de relevante ontwikkelingen in deze profielen worden vertaald.

In de wet op de Beroepen Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) staan de opleidingsvereisten van een groot aantal beroepen vermeld. Het betreft bijvoorbeeld de verpleegkundigen en (basis)artsen. Deze opleidingsvereisten zijn een vertaling van het beroepsprofiel van het betreffende beroep. Voor de specialistische opleidingen worden volgens de artikelen 14 tot 17 van de Wet BIG de opleidingsvereisten in het betreffende College vastgesteld. Voor andere hulpverleners, zoals maatschappelijk werkers wordt het opleidingsprofiel vastgesteld op basis van een landelijk beroepsprofiel. Deze beroepen kennen geen wettelijke verankering. De opleidingsinstituten zijn verantwoordelijk voor de kwaliteitszorg wat betreft de ontwikkeling van de opleidingsprofielen en de uitwerking in curricula. Professionalisering en nascholing, inclusief de daarbij behorende opleidingsprofielen, zijn de verantwoordelijkheid van de beroepsgroepen zelf. Tegen deze achtergrond zal ik de betreffende beroepsgroepen – in dit geval zijn dit onder meer de beroepsvereniging voor huisartsen en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, het Nederlands Instituut voor Psychologen en de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapeuten en de opleidingsinstellingen – van het Beleidsadvies op de hoogte stellen en hen verzoeken uitvoering te geven aan aanbevelingen 3 en 5 van het Beleidsadvies.

De motie van het lid Voordewind heeft, net als aanbeveling 3, betrekking op het herkennen van signalen van suïcidaliteit en het onder de aandacht brengen van kennis over suïcide(preventie) bij hulpverleners die met jongeren in aanraking komen, waaronder de hulpverleners bij de Centra voor Jeugd en Gezin. Voor een deel zijn de hulpverleners die in aanraking komen met jongeren dezelfde hulpverleners die in aanraking komen met suïcidale volwassenen. Een jongere kan zowel bij de huisarts als ook bij een ggz-hulpverlener terecht komen. Met mijn standpunt op aanbeveling 3 en 5 geef ik dan ook voor een belangrijk deel reeds uitvoering aan deze motie.

Andere hulpverleners, die uitsluitend betrokken zijn bij de hulpverlening van jongeren, zijn: schoolartsen, medewerkers van het Zorg Advies Team (ZAT), medewerkers van bureau's Jeugdzorg, jeugdzorgaanbieders en medewerkers van de toekomstige Centra voor Jeugd en Gezin. Deze hulpverleners moeten geëquipeerd zijn om signalen of risicofactoren voor vormen van suïcidaliteit bij jongeren te herkennen. Waar nodig, zullen deze hulpverleners de jongeren gericht moeten kunnen doorverwijzen naar passende hulpverlening. Dit kan bijvoorbeeld ook een internet interventie zijn. Juist voor jongeren is hulpverlening via internet een laagdrempelige vorm van hulp, die goed blijkt aan te slaan. Veel jongeren voelen zich aangesproken tot deze vorm van hulpverlening en met deze vorm van hulp worden veel jongeren bereikt.

Op dit moment ontbreekt een voor de praktijk geschikt instrument ten behoeve van het signaleren van suïcidaliteit bij jongeren voor hulpverleners. Daardoor is het risico aanwezig dat jongeren verstoken blijven van

noodzakelijke hulpverlening. Ik ben dan ook bereid te voorzien in financiële middelen om een nieuw signaleringsinstrument daarvoor te laten ontwikkelen. Een en ander in samenhang met de brede zorgprogrammering voor jeugd, waaronder het ZONMw programma Zorg voor Jeugd valt. Bij dit nog te ontwikkelen instrument denk ik aan een laagdrempelige, toegankelijke beslisboom op basis waarvan beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg die in aanraking komen met jongeren suïcidaal gedrag kunnen herkennen en de jongere gericht kunnen doorverwijzen. In Engeland zijn voorbeelden beschikbaar van dit soort toegankelijke eenvoudige instrumenten. Het betreft een module via internet voor hulpverleners. Door een betere herkenning van suïcidaliteit door deze professionals, wordt ook de toegankelijkheid van de hulp voor risicojongeren groter. Door het (financieel) faciliteren van de ontwikkeling van een instrument ten behoeve van het signaleren van suïcidaliteit bij jongeren, geef ik tevens uitvoering aan de motie van het lid Voordewind.

In dit standpunt is tevens het standpunt van de Minister van Justitie opgenomen naar aanleiding van suïcidaliteit onder gedetineerden. De zorgverlening aan deze groep personen vallen onder de verantwoordelijkheid van de Minister van Justitie.

In het Beleidsadvies<sup>1</sup> wordt gesteld dat de kennis en herkenning van suïcidaliteit bij gedetineerden door medische diensten tekortschiet, onder andere door het ontbreken van screeningsinstrumenten.

Het standpunt van de Minister van Justitie op dit onderdeel luidt als volgt. Het door Blauw en Kerkhof ontwikkelde screeningsinstrument, waaraan het Beleidsadvies refereert, bleek in de penitentiaire praktijk niet werkbaar omdat er veelvuldig zogenaamde «vals positieven» uit de screening naar voren kwamen. Inmiddels is een best practice Psychomedisch Overleg (PMO) ontwikkeld. In het PMO overleggen de verschillende zorgdisciplines binnen de inrichting over de psychomedische toestand van gedetineerden, onder ander opdat eventuele signalen van suïcidaliteit tijdig worden onderkend en er tijdig acties kunnen worden ondernomen. Voorts wordt gewerkt aan de implementatie van het project Verantwoorde Medische Zorg. Dit project voorziet in verdere professionalisering van de medische diensten binnen het gevangeniswezen, de justitiële jeugdinrichtingen en de vreemdelingenbewaring. Zo is bijvoorbeeld een post-HBO-opleiding gestart voor verpleegkundigen met een module psychiatrie. Binnen de forensisch psychiatrische centra wordt gescreend door psychiaters en psychologen die allen kennis hebben van het suïcidevraagstuk. In de jeugdstrafrechtsketen wordt gewerkt aan het toegankelijk maken van informatie van de Raad voor de Kinderbescherming over mogelijk suïcidegevaar van jongeren ten behoeve van de jeugdinrichtingen. Op basis van voorbeeldprotocollen uit het rapport «Suïcidebeleid in detentie» (1999) hebben de meeste penitentiaire inrichtingen inmiddels een eigen protocol inzake herkenning en preventie van suïcidaliteit in gebruik genomen. Ook bij de overige sectoren van de Dienst Justitiële Inrichtingen zijn dergelijke suïcideprotocollen in gebruik of in ontwikkeling. Tot slot wordt het aantal bijzondere zorgplaatsen in de forensische zorg uitgebreid van 500 naar 1200, waarvan een deel wordt ingekocht in de ggz.

**Aanbeveling 4.**

Realiseer een landelijke multidisciplinaire richtlijn suïcidaliteit die bestaande richtlijnen voor beroepsgroepen aanvult en als basis dient voor lokale protocollen en richtlijnen binnen instellingen.

**Standpunt op aanbeveling 4:**

De beroepsbeoefenaren zullen moeten beoordelen of er een aparte multidisciplinaire richtlijn voor suïcidaliteit moet worden ontworpen.

<sup>1</sup> Beleidsadvies Verminderen van suïcidaliteit, pag. 133 en 134.

#### *Standpunt op aanbeveling 4*

Aanbeveling 4 is gericht tot de overheid, de zorgaanbieders en verschillende beroepsgroepen. Uit het Beleidsadvies blijkt dat de bestaande multidisciplinaire ggz-richtlijnen te weinig aandacht besteden aan de preventie en behandeling van de verschillende vormen van suïcidaliteit. De nieuwe nog op te stellen multidisciplinaire richtlijn voor suïcidaliteit kan vervolgens ook worden gebruikt voor de actualisering van de verschillende lokale richtlijnen en protocollen van instellingen en van de verschillende beroepsgroepen. Een voorbeeld daarvan is de CBO-richtlijn voor verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen (zie aanbeveling 2). Ik onderschrijf de intentie van aanbeveling 4.

Voor wat betreft de partijen die deze aanbeveling moeten uitwerken, merk ik het volgende op. Het ontwikkelen van multidisciplinaire richtlijnen in (de curatieve) ggz zijn activiteiten die behoren tot de primaire verantwoordelijkheid van de verschillende beroepsgroepen. Het is dus ter beoordeling aan de beroepsbeoefenaren en niet aan de rijksoverheid of er daadwerkelijk een aparte multidisciplinaire richtlijn voor suïcidaliteit moet komen. In de huidige multidisciplinaire ggz-richtlijnen staat de diagnostiek en de behandeling van psychische stoornissen centraal. Een aparte richtlijn voor suïcide en andere vormen van suïcidaliteit, zal naar verwachting een ander uitgangspunt moeten kiezen dan alleen de diagnostiek en de behandeling van bepaalde psychische stoornissen.

Voor de financiering van de meeste multidisciplinaire ggz-richtlijnen is in het verleden een meerjarige projectsubsidie verleend aan een speciaal daarvoor ingestelde Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de ggz. Met in gang van 1 januari 2008 is de financiering van deze projectsubsidie beëindigd. Sinds 2006 is voor de financiering van multidisciplinaire richtlijnproducten het speciaal daarvoor bedoelde ZONMw Programma Kennis Kwaliteit Curatieve Zorg (KKCZ) van start gegaan. Voor de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen of andere richtlijnproducten in de curatieve zorg, inclusief de ggz, biedt het Programma KKCZ de financiële kaders. Voor de jaren 2006 tot en met 2009 zijn daarvoor financiële middelen beschikbaar gesteld<sup>1</sup>.

Voor de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn voor suïcidaliteit is reeds een aanvraag ingediend bij het Programma KKCZ. Onlangs is men uitgenodigd voor de ontwikkeling van deze richtlijn ook een subsidievoorstel in te dienen. In juli zal het voorstel beoordeeld worden. Dit houdt in dat indien het subsidievoorstel gehonoreerd wordt er financiële middelen beschikbaar worden gesteld voor het ontwerpen van deze richtlijn. Met de uitwerking van aanbeveling 4 kan in dat geval dan ook door de beroepsgroepen een start worden gemaakt.

#### **Aanbeveling 6.**

Onderzoek of de toevoeging van suïcidepogingen aan de prestatie indicatoren in zowel de zorg als de openbare (geestelijke) gezondheidszorg meerwaarde oplevert.

#### **Standpunt op aanbeveling 6:**

De Minister van VWS zal bij de Stuurgroep Indicatoren maatschappelijke verantwoording OGZ een verzoek indienen om te onderzoeken of suïcidepogingen als indicator voor de openbare gezondheidszorg kunnen worden aangemerkt.

#### *Standpunt op aanbeveling 6*

Aanbeveling 6 is gericht tot de overheid. Binnen de Basisset prestatie-indicatoren<sup>2</sup>, die gebruikt wordt voor verantwoording van kwaliteit van zorg in het kader van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoor-

<sup>1</sup> Deze middelen bedragen: voor 2006 € 300 000,-, voor 2007 € 4 425 000,-, voor 2008 € 3 900 000,- en voor 2009 € 3 750 000,-.

<sup>2</sup> Prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg Basisset 2007-2008, december 2007.

ding, is één van de indicatoren het aantal overleden patiënten ten gevolge van suïcide.

Voor de openbare gezondheidszorg geldt dat de instellingen vanaf 2008 verplicht zijn informatie aan te leveren met de in de Basisset indicatoren openbare gezondheidszorg (ogz) opgenomen indicatoren. Het aantal suïcides wordt niet alleen gerelateerd aan de grootte van een zorg-aanbieder, maar ook aan de behandelvorm (ambulant of klinisch). Het doen van een suïcidepoging is tot nu toe nog geen (prestatie-)indicator. De ontwikkeling van de Basisset prestatie-indicatoren voor de ggz en verslavingszorg is onderdeel van het project «zorgbrede transparantie van kwaliteit» onder verantwoordelijkheid van de inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ). Ik heb in deze setting een rol als toevoerder in de stuurgroep en projectgroep. Hierin zijn koepelorganisaties van zorgaanbieders en van patiënten, ook zorgverzekeraars en beroepsgroepen als partij vertegenwoordigd. Indien de partijen gezamenlijk van mening zijn dat het inhoudelijk doorontwikkelen van specifieke prestatie-indicatoren nodig is ter bevordering van de betrouwbaarheid en validiteit van jaarlijkse metingen, ligt bij de stuurgroep de taak om dit te agenderen en de projectgroep de opdracht te geven nader onderzoek te doen naar de meerwaarde van uitbreiding van de bestaande indicator met het aantal suïcidepogingen. Voor wat betreft de aanbeveling over het onderzoeken of de toevoeging van suïcidepogingen als prestatie-indicator voor de ggz en verslavingszorg meerwaarde heeft, constateer ik dat op dit moment al gedeeltelijk uitvoering is gegeven aan aanbeveling 6. Dit geldt voor de besluitvorming over de vraag of suïcidepoging als prestatie-indicator voor de basisset prestatie-indicatoren voor de ggz en voor de verslavingszorg kan worden aangemerkt. De stuurgroep heeft hierover inmiddels al negatief beslist. De inspanningen die in het kader van het zorgbrede transparantietraject voor de ggz en verslavingszorg tot nu toe zijn gedaan om de prestatie-indicator voor suïcide verder te preciseren en ook suïcidepogingen op te nemen als prestatie-indicator, stuiten op definitieproblemen en registratieproblemen, vooral in de ambulante zorg. Registratie van suïcidepogingen betekent een hoge administratieve last voor instellingen. Bovendien is de betrouwbaarheid en volledigheid daarvan afhankelijk van de mate waarin patiënten bereid zijn tot melding. Daarnaast bestaat er discussie over de zeggingskracht van een brede prestatie-indicator voor suïcidaliteit als het gaat om de kwaliteit van zorg binnen instellingen. In aansluiting met internationale ontwikkelingen is er dan ook een smalle prestatie-indicator voor suïcides opgenomen in de Basisset prestatie indicatoren voor de ggz en verslavingszorg.

De beslissing dat suïcidepogingen niet als prestatie-indicator voor de ggz en verslavingszorg worden aangemerkt, betekent niet dat een dergelijke indicator geen zeggingskracht zou kunnen hebben voor de kwaliteit van volksgezondheid.

De vraag om uitbreiding van de set Basisset Indicatoren openbare gezondheidszorg<sup>1</sup> met suïcidepogingen als indicator voor de openbare gezondheidszorg zal aan de Stuurgroep Indicatoren maatschappelijke verantwoording OGZ moeten worden voorgelegd. Ik zal bij deze stuurgroep een verzoek indienen om te onderzoeken of suïcidepogingen als indicator in de openbare gezondheidszorg kan worden aangemerkt.

**Aanbeveling 7.**

Realiseer regionaal en laagdrempelig en flexibel aanbod voor de opvang van en hulp aan nabestaanden (volwassenen en kinderen) en lotgenotenhulp voor suïcidale mensen, en waarborg de aanpak met proces indicatoren.

**Standpunt op aanbeveling 7:**

Gemeenten moeten beslissen of zij voorzien in lotgenotencontact. Organisaties die lotgenotencontact aanbieden, dienen daarover met gemeenten afspraken te maken.

<sup>1</sup> Indicatoren openbare gezondheidszorg Basisset 2007, april 2007.

### *Standpunt op aanbeveling 7*

Aanbeveling 7 is gericht tot de zorgaanbieders en de overheid. Vanuit de rijksoverheid wordt niet voorzien in aanvullend aanbod voor nabestaanden of in lotgenotencontact, tenzij er onvoldoende wordt voorzien in dit aanbod en de kwaliteit van zorg aan deze groepen in het geding is. Daarvan is in dit geval geen sprake. In het Beleidsadvies wordt geconcludeerd dat het ondersteuningsaanbod voor nabestaanden in Nederland gevarieerd is<sup>1</sup>. Voor de ondersteuning van nabestaanden zijn in verschillende delen van het land interventies beschikbaar. Bij ggz-instellingen in Noord Nederland is een programma geïmplementeerd waarin nabestaanden cognitieve gedragstherapie wordt gegeven<sup>2</sup>.

Naast het reguliere aanbod van hulp aan nabestaanden is er ook een gevarieerd aanbod van (in)formele hulp via internet. Nabestaanden kunnen via chatboxen al dan niet onder begeleiding van een hulpverlener, ervaringen uitwisselen. Kenmerkend voor het aanbod via internet is dat dit zeer laagdrempelig en flexibel is. Voor hulpverlening aan suïcidale mensen door middel van lotgenotencontact is er voor volwassenen de landelijke opererende Stichting Ex6 en voor jongeren is er onder andere de landelijke opererende Stichting PratenOnline. Beide organisaties voorzien in lotgenotencontact via internet.

Ik ben dan ook van mening dat op dit moment in voldoende mate is voorzien in regionaal en flexibel zorg- en hulpaanbod voor nabestaanden. De onduidelijkheid of het bestaande aanbod de nabestaanden ook daadwerkelijk bereikt, neem ik mee in mijn standpunt op aanbeveling 8.

Over de financiering van lotgenotencontact en de plaats die deze vorm van hulp heeft binnen het zorgstelsel, merk ik het volgende op. Lotgenotencontact wordt via verschillende regelingen gefinancierd. Er zijn PGO-organisaties die voorzien in lotgenotencontact. Dit is bijvoorbeeld Stichting Ypsilon die voorziet in lotgenotencontact voor familieleden van personen met schizofrenie.

Voor de invoering van de Wet Maatschappelijke ondersteuning (Wmo), werden vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) financiële middelen ter beschikking gesteld aan Zorgvernieuwingprojecten in de ggz. Dit waren projecten die zich richten op cliënteninitiatieven van mensen met een ggz-achtergrond, waar lotgenotencontact een belangrijk deel van uitmaakte. Met ingang van 1 januari 2007 zijn deze middelen uit de AWBZ overgeheveld naar de Wmo. Dit betekent dat gemeenten vrij zijn om te beslissen of en zo ja, hoe zij voorzien in lotgenotencontact. De mate waarin gemeenten hierin voorzien is niet bekend.

#### **Aanbeveling 8.**

Realiseer aanvullend onderzoek naar suïcidaliteit waarover relatief weinig bekend is, beschrijf de ziektelast van suïcidaliteit en neem diverse uitkomstenmaten van suïcidaliteit mee in lopend onderzoek.

#### **Standpunt op aanbeveling 8:**

- De Minister van VWS zal in overleg met ZONMw bezien of onderzoeksvragen betreffende suïcidaliteit een plaats kunnen krijgen binnen het ZONMw Programma Geestkracht of andere ZONMw programma's, zoals het Preventie Programma;
- De Minister van VWS zal in overleg met het RIVM bezien of de ziektelast van suïcidaliteit beschreven kan worden.

### *Standpunt op aanbeveling 8*

Aanbeveling 8 is gericht tot de rijksoverheid. In het Beleidsadvies wordt geconstateerd dat er de afgelopen vijftien jaar al veel is gepubliceerd over suïcide en over suïcidaliteit. Net als op vele andere terreinen in de gezond-

<sup>1</sup> Beleidsadvies Verminderen van suïcidaliteit, pag. 151.

<sup>2</sup> RIVM themarapport Let op letsels (in druk).

heidszorg blijft er behoefte bestaan aan aanvullend onderzoek naar deze onderwerpen, bijvoorbeeld naar mogelijke interventies bij hoogrisicogroepen of naar de (kosten)effectiviteit van interventies en maatregelen.

Om meer gegevens te verkrijgen over het vóórkomen van psychische stoornissen onder de Nederlandse bevolking, waarbij ook het hebben van suïcidegedachten en het doen van suïcidepogingen gevraagd wordt, heb ik de opdracht verleend aan het Trimbos instituut om Nemesis II te doen uitvoeren. Uit dit bevolkingsonderzoek zullen ook gegevens over het voorkomen van verschillende vormen van suïcidaliteit onder bepaalde Nederlandse bevolkingsgroepen beschikbaar komen.

Ik onderken de blijvende behoefte aan aanvullend onderzoek naar onderdelen van suïcidaliteit bijvoorbeeld naar interventies voor risicogroepen. Uit het Beleidsadvies blijkt immers dat bij bepaalde bevolkingsgroepen bijvoorbeeld bij Surinaamse mannen suïcide en suïcidaliteit vaker voorkomen. Mogelijk zijn daarvoor andere interventies noodzakelijk dan de bestaande interventies.

Daarnaast ontbreken onderzoeksgegevens over beschermende factoren voor suïcidaliteit en veerkracht en ontbreekt effectonderzoek bij bestaande interventies voor jeugdigen.

Voor de curatieve en langdurige ggz loopt sinds enige jaren het meerjarenprogramma Geestkracht dat door ZONMw wordt uitgevoerd.

Om uitvoering te geven aan aanbeveling 8, zal ik in overleg met ZONMw bezien of onderzoeksvragen betreffende suïcidaliteit een plaats kunnen krijgen binnen het Programma Geestkracht en bij welke andere programma's, bijvoorbeeld bij het Preventieprogramma, dit onderwerp kan worden ingebracht. Ook zal ik bezien in hoeverre uitkomstenmaten meegenomen kunnen worden in lopend onderzoek. Ik verwacht overigens dat dit niet eenvoudig zal zijn, juist omdat het gaat om onderzoeken die reeds lopen.

In reactie op de wens om de ziektelast behorende bij suïcidaliteit mee te nemen in de VTV-rapportage en in het Nationaal Kompas Volksgezondheid, merk ik op dat ik in overleg met het RIVM zal bezien of dit mogelijk is.

**Aanbeveling 9.**

Breng ethische en juridische vragen en vraagstukken over gedwongen opname en hulp bij suïcide zorgvuldig in kaart.

**Standpunt op aanbeveling 9:**

Het in kaart brengen van ethische en juridische vragen over gedwongen opname en hulp bij suïcide, valt buiten de focus van het standpunt op het suïcidebeleid.

*Standpunt op aanbeveling 9*

In dit standpunt op het Beleidsadvies ga ik in op het suïcidebeleid, waarin suïcide en suïcidaliteit centraal staan. Hulp bij zelfdoding en het ontbreken van een behandelperspectief tijdens een gedwongen opname op grond van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz), liggen buiten de focus van dit standpunt. Om die reden zal ik dan ook in dit standpunt niet ingaan op aanbeveling 9. Volledigheidshalve verwijs ik u voor hulp bij zelfdoding naar mijn standpunt op de evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Tweede Kamer, 2007–2008, 31 036, nr. 2).

In de Beleidsagenda Suïcidepreventie zijn alle maatregelen vermeld, die ik of andere partijen zullen treffen ter uitvoering van aanbeveling 1 tot en met aanbeveling 8.

Samenvattend ziet de Beleidsagenda Suïcidepreventie er voor de komende jaren als volgt uit:

**De Beleidsagenda Suïcidepreventie van de Minister van VWS.**

- De Minister van VWS ziet de meerwaarde van een samenhangende aanpak waarbij zowel de Minister van VWS, als de verschillende partijen hun verantwoordelijkheid nemen. Hij neemt de regie voor te nemen maatregelen voor zover dit past binnen de huidige verantwoordelijkheden van de Minister van VWS.
- De Minister van VWS zal streefcijfers vaststellen voor de preventie van suïcidaliteit op het moment dat er hiervoor een geschikte indicator is.
  - De Minister van VWS zal ter realisatie van een strategische aanpak van suïcidepreventie komen met een Beleidsagenda Suïcidepreventie ter uitvoering van aanbeveling 1 tot en met aanbeveling 8 en zal deze Beleidsagenda Suïcidepreventie uitvoeren.
- De Minister van VWS zal in overleg met GGD Nederland en het RIVM de mogelijkheden onderzoeken of de Monitors voor Volwassenen en Ouderen kunnen worden uitgebreid met vragen over suïcidedgedachten en suïcidepogingen.
- De Minister van VWS zal bij de Vereniging voor Consultatieve Psychiatische Verpleegkunde aandringen op actualisatie van de CBO-richtlijn voor de opvang van suïcidale personen in algemene ziekenhuizen en umc's.
- De Minister van VWS zal in overleg treden met de NVZ en de NFU en erop aandringen dat de algemene ziekenhuizen en de umc's lokale richtlijnen en protocollen voor suïcidepogers daadwerkelijk zullen toepassen. Ook zal de Minister van VWS, de NVZ en de NFU erop wijzen dat algemene ziekenhuizen en umc's kwaliteitseisen zullen moeten gaan stellen aan personeel van spoedeisende hulpdiensten en intensive care afdelingen.
- De beroepsbeoefenaren zullen moeten beoordelen of er een aparte multidisciplinaire richtlijn voor suïcidaliteit moet worden ontworpen.
- De Minister van VWS zal de beroepsvereniging voor huisartsen en voor de ggz-hulpverleners zijn dit de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, het Nederlands Instituut voor Psychologen en de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapeuten wijzen op hun verantwoordelijkheid voor het aanpassen van de opleidingsvereisten en opleidingsprofielen ten behoeve van een betere herkenning van suïcidaliteit en van betere gespreksvaardigheden voor personen met suïcidaliteit.
- De Minister van VWS zal voorzien in de financiële middelen om een signaleringsinstrument te laten ontwikkelen voor de herkenning van suïcidaliteit bij jongeren.
- De Minister van VWS zal bij de Stuurgroep Indicatoren maatschappelijke verantwoording OGZ een verzoek indienen om te onderzoeken of suïcidepogingen als indicator voor de openbare gezondheidszorg kunnen worden aangemerkt.
- Gemeenten moeten beslissen of zij voorzien in lotgenotencontact. Organisaties die lotgenotencontact aanbieden, dienen met gemeenten daarover afspraken te maken.
- De Minister van VWS zal in overleg met ZONMw bezien of onderzoeksvragen betreffende suïcidaliteit een plaats kunnen krijgen binnen het ZONMw Programma Geestkracht of andere ZONMw programma's, zoals het Preventie Programma.
- De Minister van VWS zal in overleg met het RIVM bezien of de ziektelast van suïcidaliteit beschreven kan worden.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
A. Klink

## Aantallen suïcides

Medio jaren tachtig noemde de Gezondheidsraad de situatie en de verwachte ontwikkeling in Nederland rond het aantal suïcides zorgwekkend. De Gezondheidsraad voorspelde in haar advies uit 1986<sup>1</sup> dat de trendmatige stijging van het aantal suïcides zich de komende jaren zou voortzetten. Kijkend naar de cijfers van de afgelopen jaren is deze verwachting gelukkig geen realiteit geworden.

De afgelopen vijftien jaar is het absolute aantal suïcides in Nederland stabiel met rond de 1500 suïcides per jaar<sup>2</sup>. Dit is ongeveer één procent van het totale jaarlijkse landelijke sterftecijfer in Nederland. In plaats van absolute aantallen suïcides is het beter om te kijken naar het gemiddeld aantal suïcides per 100 000 inwoners. Op die manier wordt rekening gehouden met de grootte van de Nederlandse bevolking die in de loop van de tijd verandert. Met het gemiddeld aantal suïcides, wordt steeds – net als in andere publicaties over suïcides – het aantal suïcides per 100 000 inwoners bedoeld. Suïcides worden geregistreerd door het Centraal Bureau voor de Statistiek.

Het gemiddeld aantal suïcides in Nederland is de afgelopen twee decennia licht gedaald: Van elke duizend sterfgevallen in 2006, zijn er 11 suïcides, terwijl in medio jaren tachtig van de vorige eeuw het aantal suïcides per duizend sterfgevallen 13 was. De relatieve daling van het aantal suïcides wordt veroorzaakt door de daling van suïcide onder vrouwen en mannen op hogere leeftijd (vanaf 60 jaar)<sup>3</sup>.

Mogelijke verklaring voor de lichte daling in het gemiddeld aantal suïcides in de afgelopen jaren is de verbeteringen die hebben plaatsgevonden in de kwaliteit van preventieve interventies en behandelingen van psychische stoornissen. Voor de meeste psychische stoornissen zijn evidence based interventies en behandelingen beschikbaar; dit zijn niet alleen curatieve behandelingen, maar ook preventieve interventies. In het RIVM rapport *Gezond verstand*<sup>4</sup> wordt een overzicht gegeven van effectieve preventieve interventies voor psychische stoornissen. Alhoewel bij suïcide niet altijd sprake is van de aanwezigheid van een (onbehandelde) psychische stoornis, is het hebben van een psychische stoornis ook een belangrijke risicofactor voor andere vormen van suïcidaliteit, zoals het hebben van suïcidegedachten en het doen van een suïcidepoging. Het behandelen en voorkómen van een psychische stoornis levert dan ook een belangrijke bijdrage aan het verminderen van suïcidaliteit.

Interessant is het om te zien hoe de gemiddelde aantallen suïcides in Nederland zich verhouden tot de gemiddelde aantallen in andere landen. Plaatsen we de gemiddelde aantallen in Nederland in internationaal perspectief dan moeten we constateren dat Nederland behoort tot één van de landen met een laag suïcidecijfer. Landen die een hoger suïcidecijfer hebben dan Nederland zijn onder andere België, Frankrijk, Duitsland, Ierland, Luxemburg, Polen, Oostenrijk, Finland, Hongarije, Bulgarije, IJsland, Noorwegen en Slovenië.<sup>5</sup> Er zijn ook landen die beter scoren dan Nederland en die een lager suïcidecijfer hebben. Dit zijn onder meer Griekenland, Italië, Malta, Groot-Brittannië, Portugal en Spanje. Van deze landen beschikt Groot-Britannië over een nationaal activiteitenplan voor suïcide. Van de andere landen is niet bekend of zij wel of niet beschikken over een nationaal activiteitenplan voor suïcide.

Uit data van de WHO van 2007 blijkt dat Nederland op de eenenvijftigste plaats staat van landen met het hoogste suïcidecijfer, terwijl België op de twaalfde plaats staat. In Europa staat België op de achtste plaats en Nederland op de dertigste plaats<sup>6</sup>.

<sup>1</sup> Gezondheidsraad, *Advies inzake suïcide*, 17 december 1986.

<sup>2</sup> In 2005 zijn er 1572 personen door suïcide om het leven gekomen en in de periodes van 1995 tot 1999 en van 2000 tot 2004 waren deze aantallen respectievelijk 1539 en 1507.

Beleidsadvies *Verminderen van suïcidaliteit*, pag. 192, tabel 3.4.

<sup>3</sup> Beleidsadvies *Verminderen van suïcidaliteit*, pag. 18.

<sup>4</sup> RIVM, *Gezond verstand* (2006), RIVM, *Evidence-based preventie van psychische stoornissen*.

<sup>5</sup> Bron Eurostat, *Statistische Database van de Europese Unie*.

<sup>6</sup> De kwaliteit van online suïcidepreventie in Nederland en Vlaanderen, Van Ballegooijen, 2007.



**Tabel Gemiddeld aantal suicides naar leeftijd en geslacht per 100 000 inwoners.**

Mannen	1995–1999	2005
< 15 jaar	0,4	0,7
15–19 jaar	5,8	5,8
20–29 jaar	13,7	11,4
30–39 jaar	17,5	15,1
40–49 jaar	17,5	21,3
50–59 jaar	16,5	21,2
60–69 jaar	16,7	13,1
70–79 jaar	18,9	15,5
> 80 jaar	39,8	27,6

  

Vrouwen	1995–1999	2005
< 15 jaar	0,2	0,1
15–19 jaar	2,7	1,9
20–29 jaar	5,5	4,2
30–39 jaar	7,2	7,4
40–49 jaar	9,4	9,1
50–59 jaar	10,1	19,3
60–69 jaar	9,4	8,3
70–79 jaar	9,7	7,5
> 80 jaar	10,5	7,6

Beleidsadvies Verminderen van suïcidaliteit, tabel 3.4, pag. 192.

### Hoe vaak komen andere vormen van suïcidaliteit voor?

Er zijn geen nationale in registraties vastgelegde cijfers beschikbaar over andere vormen van suïcidaliteit, zoals het hebben van suïcidedgedachten, het doen van suïcidepogingen en automutilatie. Registratiecijfers ontbreken onder meer omdat niet alle personen met suïcidaal gedrag in aanraking komen met de hulpverlening en niet (centraal) geregistreerd worden. Bij zelfbeschadigingen is er niet in alle gevallen contact met een arts of een hulpverlener. Uit onderzoek blijkt dat in Nederland jaarlijks 14 000 suïcidepogingen in een ziekenhuis worden behandeld<sup>1</sup>. Het totale aantal suïcidepogingen is dus hoger.

Er is geen centrale registratie voor huisartsen waarin suïcidepogingen worden geregistreerd. Wel worden er gegevens in zogeheten peilstations geregistreerd. Ziekenhuisregistraties bevatten cijfers over het aantal mensen dat wordt opgenomen door zelf toegebracht letsel, bijvoorbeeld als gevolg van een suïcidepoging of automutilatie. Intramurale instellingen melden suicides en suïcidepogingen met ernstig blijvend letsel aan de inspectie voor de gezondheidszorg als calamiteit<sup>2</sup>.

Daarnaast zijn er cijfers bekend uit onderzoek, zoals uit het bevolkingsonderzoek Nemesis I. Uit onderzoek<sup>3</sup> gebaseerd op de Nemesis I data onder de Nederlandse volwassen bevolking blijkt dat 11,1 procent ooit in zijn leven suïcidedgedachten heeft gehad en dat 2,7 procent ooit in zijn leven een suïcidepoging heeft ondernomen. Jaarlijks betekent dit dat 94 000 personen een suïcidepoging doen en dat er 410 000 personen zijn die suïcidedgedachten hebben. Uit onderzoek blijkt dat het beloop van suïcidedgedachten en suïcidepogingen niet per se chronisch is<sup>4</sup>. Van de volwassenen die in het jaar voor de meting suïcidedgedachten hadden, had 31 procent in het tweede jaar daarna nog steeds deze gedachten, het merendeel dus niet meer. Ruim 7 procent van de volwassenen met suïcidedgedachten heeft in die zelfde periode ook een suïcidepoging ondernomen. Plaatsen we de verschillende vormen van suïcidaliteit in internationaal perspectief dan moeten we vaststellen dat het hebben van suïcidedgedachten en het doen van een suïcidepoging, in Nederland even vaak voorkomen als in het buitenland<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Kerkhof e.a., 2007.

<sup>2</sup> Beleidsadvies Verminderen van suïcidaliteit, pag. 156.

<sup>3</sup> Trimbo, suïcidaliteit in de algemene bevolking: gedachten en pogingen, 2006.

<sup>4</sup> Beleidsadvies Verminderen van suïcidaliteit, pag. 95.

<sup>5</sup> Beleidsadvies Verminderen van suïcidaliteit, pag. 20.

## Risicogroepen en risicofactoren voor suïcide

Mannen plegen twee keer zo vaak suïcide als vrouwen. Dit geldt ook internationaal: in alle landen plegen mannen veel vaker suïcide dan vrouwen. Ondanks de forse afname van het gemiddeld aantal suïcides onder mannen boven de tachtig jaar, vormen – gelet op het nog steeds relatief hoge gemiddelde aantal suïcides – mannen in deze leeftijdscategorie, een risicogroep voor suïcide.

Suïcide vindt vaker plaats onder bepaalde bevolkingsgroepen van een andere niet-westerse etnische afkomst. Zo komt suïcide vaker voor onder personen van West Europese allochtone afkomst en onder mannen uit oost, zuidoost en zuid-Europa. Onder Surinaamse mannen is het aantal suïcides het hoogst, vooral onder hindoestaanse Surinamers (onderzoek Garssen 2006). Voor hindoestaanse Surinaamse mannen is het suïcidecijfer onder alle leeftijdscategorieën anderhalf keer zo hoog<sup>1</sup>. Voor hindoestaanse vrouwen ligt het gemiddeld aantal suïcides op het zelfde niveau als voor autochtone vrouwen<sup>2</sup>. De verschillen in aantallen tussen de sexen zijn onder Surinamers groter dan bij allochtonen. Reden voor het verhoogde suïdecijfer onder Surinamers zijn psychiatrische, psychologische en culturele factoren. Verder komen psychische stoornissen waarbij suïcide aan de orde kan zijn vaker voor bij Surinamers en Antillianen. Een mogelijke andere oorzaak kan zijn een identiteitscrisis als gevolg van migratie of teleurstelling over de mogelijkheden in Nederland<sup>3</sup>. Niet bij alle allochtonen komt een verhoogd suïciderisico voor. Zo is suïcide onder personen van Turkse of Marokkaanse afkomst lager dan het West-Europese gemiddelde. Niet duidelijk is waarom onder Marokkaanse en Turkse mannen geen hoger aantal gemiddeld suïcides voorkomt<sup>4</sup>. Onder asielzoekers komt suïcide ook vaker voor en het zijn vrijwel alleen mannen die suïcide plegen.

## Risicogroepen en risicofactoren voor andere vormen van suïcidaliteit

Ook andere vormen van suïcidaliteit zijn sexe gebonden: vrouwen doen vaker een suïcidepoging en meisjes automutileren zichzelf twee keer vaker dan jongens<sup>5</sup>.

De risicogroepen voor suïcide en voor andere vormen van suïcidaliteit zijn verschillend, maar gedeeltelijk is er ook sprake van een overlap tussen beide risicogroepen.

Uit het Beleidsadvies werd duidelijk dat suïcide onder jongeren een niet veel voorkomend verschijnsel is. Dit ligt anders bij andere vormen van suïcidaliteit. Onder jongeren in de schoolgaande leeftijd (11–17 jaar) komt niet-dodelijk suïcidaal gedrag relatief veel voor. Jongeren vertonen vaker niet-dodelijk suïcidaal gedrag dan volwassenen<sup>6</sup>. Uit onderzoek blijkt dat 11,2 procent van jongeren in deze leeftijdscategorie suïcidegedachten heeft gehad en dat 6,6 procent zichzelf automutileerde of een suïcidepoging deed<sup>6</sup>. Plaatsen we deze percentages in een internationale context dan blijkt dat Nederland in vergelijking met andere landen het laagste percentage zelfverwondende jongeren rapporteert<sup>5</sup>.

Binnen de groep jongeren en jonge adolescenten zijn er ook subgroepen te onderscheiden die een hoger risico lopen. In het Beleidsadvies wordt gewezen op een verhoogde suïcidaliteit bij Turkse jonge vrouwen en bij Surinaamse vrouwen<sup>7</sup>. Dit leidt niet tot een hoger suïdecijfer in vergelijking met jonge autochtone vrouwen.

Bij zowel jongeren als volwassenen hangt suïcidaal gedrag samen met psychopathologie, psychologische eigenschappen en met negatieve levensgebeurtenissen.

Onder volwassenen zijn er ook risicogroepen voor andere vormen van suïcidaliteit aan te wijzen. Het gaat daarbij om volwassenen die in

<sup>1</sup> Beleidsadvies Verminderen van suïcidaliteit, pag. 18.

<sup>2</sup> Beleidsadvies Verminderen van suïcidaliteit, pag. 88.

<sup>3</sup> Beleidsadvies Verminderen van suïcidaliteit, pag. 87 en 88.

<sup>4</sup> Zelfdoding in Nederland, Een statistisch overzicht, Joop Garssen en Jan Hoogenboezem, Bevolkingstrends, 4e kwartaal 2007.

<sup>5</sup> Beleidsadvies Verminderen van suïcidaliteit, pag. 92.

<sup>6</sup> Beleidsadvies Verminderen van suïcidaliteit, pag. 19.

<sup>7</sup> Beleidsadvies Verminderen van suïcidaliteit, pag. 19 en 93.

verschillende opzichten kwetsbaar zijn, bijvoorbeeld omdat zij een psychische stoornis hebben of omdat zij weinig sociale steun ervaren. Psychische stoornissen waarbij suïcide kan voorkomen zijn stemmingsstoornissen, zoals (manische) depressiviteit, persoonlijkheidsstoornissen of schizofrenie. Kwetsbaarheidsindicatoren blijken een belangrijke rol te spelen bij het vóórkomen en ontstaan van suïcidegedachten en suïcidepogingen. Dit geldt vooral voor de invloed van negatieve levensgebeurtenissen, neuroticisme, jeugdtrauma's, gebrek aan sociale steun en gevoel van eenzaamheid<sup>1</sup>. In het RIVM rapport worden de volgende groepen genoemd die een verhoogd risico hebben op andere vormen van suïcidaliteit: lager opgeleiden, werklozen, alleenstaanden en jongeren in onstabiele levenssituaties<sup>2</sup>.

Personen die eerder een suïcidepoging hebben ondernomen, vormen een risicogroep voor de verschillende van suïcidaliteit. Van de volwassenen, die eerder een suïcidepoging hebben ondernomen, doet binnen twee jaar acht procent nog een suïcidepoging<sup>3</sup>. Daarnaast heeft suïcide in de directe omgeving van een gesuïcideerd persoon ook zijn weerslag op directe naasten. Familieleden van personen die suïcide gepleegd hebben, hebben een aanzienlijk verhoogd risico op andere vormen van suïcidaal gedrag. In het hiervoor vermelde RIVM rapport<sup>2</sup> is vermeld dat die kans tien maal zo groot is<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Beleidsadvies Verminderen van suïcidaliteit, pag. 21.

<sup>2</sup> RIVM themarapport Let op letsels (in druk).

<sup>3</sup> Beleidsadvies Verminderen van suïcidaliteit, pag. 18.

**Het gevoerde suïcidebeleid in Nederland**

De overheid volgt bij het suïcidebeleid in Nederland een decentraal ontwikkelingsmodel zonder centrale regie vanuit de rijksoverheid. Het beleid is de laatste twee decennia vooral gericht geweest op het terugdringen van risicofactoren voor suïcide en andere vormen van suïcidaliteit. Enerzijds door effectieve preventie en behandelingen van psychische stoornissen en anderzijds door het voorkomen van risicoverhogende factoren voor suïcide, zoals het voorkomen van alcoholmisbruik.

De laatste jaren neemt de preventie van psychische stoornissen een steeds belangrijkere plaats in bij het suïcidebeleid, vooral omdat er ook bij de preventie van psychische stoornissen, steeds meer evidence based interventies beschikbaar zijn. Het gaat daarbij vooral om preventie gericht op bepaalde psychische stoornissen, zoals depressie en angststoornissen. In dit verband wijs ik naar het RIVM rapport *Gezond Verstand*<sup>1</sup>, waarin een overzicht wordt gegeven van effectieve preventieve interventies van psychische stoornissen.

In de Discussienota *Suïcidepreventie*<sup>2</sup> uit 1989 van de toenmalige Minister van Volksgezondheid werd reeds gewezen op de toegenomen aandacht van de overheid van preventie, in het bijzonder voor preventie in relatie tot gezondheid.

Algemene voorlichtende activiteiten, zoals een landelijke voorlichtingscampagne ter voorkoming van suïcide (universele preventie), hebben niet plaatsgevonden de afgelopen jaren. Het ontbreken van evidentie daarvoor en de mogelijkheid van negatieve bijeffecten, zijn daarvan de reden.

De beleidsmaatregelen gericht op behandeling en preventie van psychische stoornissen worden vooral in de zorg- en hulpverlening uitgevoerd en daarmee is niet alleen de overheid, maar zijn ook andere partijen, zoals de zorgaanbieders (behandelaren en hulpverleners), betrokken bij het suïcidebeleid.

Uit het Beleidsadvies is duidelijk geworden dat het gemiddeld aantal suïcides de afgelopen tien jaar is afgenomen in Nederland met uitzondering van mannen tussen de veertig en zestig jaar. Een belangrijke vraag is waardoor die afname van het gemiddeld aantal suïcides wordt veroorzaakt. Helaas wordt deze vraag in het Beleidsadvies niet echt beantwoord. Aangenomen wordt dat het Nederlandse beleid een positieve bijdrage heeft geleverd aan de daling van het gemiddeld aantal suïcides. Dit ondersteunt de beleidskeuze van de overheid voor het decentrale beleidsontwikkelingsmodel waarbij de overheid heeft ingezet op het terugdringen van risicofactoren voor suïcide en andere vormen van suïcidaliteit.

De suïcidemaatregelen die de afgelopen jaren hebben plaatsgevonden, beperken zich niet alleen tot de zorgverlening. Onderstaand worden andere beleidsmaatregelen die – direct of indirect – een bijdrage hebben geleverd aan het suïcidebeleid, in beeld gebracht.

*Preventie van depressie en alcoholpreventie en patiëntveiligheid*

Beleidsmaatregelen die vrij recent door het Ministerie van VWS zijn geïnitieerd, staan vermeld in de nota «Kiezen voor gezond leven» (2006). In deze nota heeft de overheid de preventie van depressie en het voorkomen van alcoholmisbruik tot speerpunten van beleid gemaakt. Het terugdringen van alcoholmisbruik en preventie van depressie leveren een rechtstreekse bijdrage aan het suïcidebeleid. Voor de preventie van depressie heeft het Ministerie van VWS aan het Trimbos instituut de opdracht verleend voor het uitvoeren van het Partnership Depressie Preventie. In het Partnership Depressie Preventie werkt een groot aantal partners samen om de bekendheid met depressie te vergroten. Uitgangs-

<sup>1</sup> RIVM, *Gezond verstand* (2006), RIVM, Evidence-based preventie van psychische stoornissen.

<sup>2</sup> Discussienota *Suïcidepreventie*, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, april 1989.

punt is dat depressie goed te behandelen is maar dat lang niet iedereen die een depressie heeft ook adequate hulp ontvangt. Het Partnership richt zich daarom op het verbeteren van de vroegsignalering en preventieve interventies in de zorgketen. Aan het Partnership nemen het Trimbos instituut en een breed scala aan partijen uit het gemeentebestuur, basis- en eerstelijnszorg, arbeidsrehabilitatie, zorgverzekeraars en onderzoeksveld, deel. De doelstellingen van het Partnership Depressie Preventie zijn: het vergroten van de aandacht voor de preventie van depressie, het verbeteren van de implementatie van preventieve interventies in de zorgketen en het verhogen van het bereik van beschikbare preventieve interventies.

Door middel van een op te stellen breed gedragen Actieplan zullen de doelstellingen worden nagestreefd. Het Partnership Depressie Preventie is gestart in 2007 en loopt tot 2009.

Op het terrein van alcoholpreventie heeft het Ministerie van VWS de afgelopen jaren een aantal activiteiten ontplooid die bijdragen aan terugdringen van overmatig alcoholgebruik, met aandacht voor bijzondere doelgroepen, zoals jeugd.

De activiteiten bestaan uit voorlichting en preventie. Zo wordt er vanuit het Ministerie van VWS een Lifestijlcampagne Alcohol gevoerd gericht op jongeren; «Drank, de kater komt later». Eind 2006 is de campagne voor alcohol en opvoeding gestart; «Voorkom alcohol schade bij uw opgroeiende kind». De campagne heeft zowel een landelijk (massamediaal) deel als een regionaal onderdeel. In 2007 zijn in het hele land ouderavonden georganiseerd om de ouders bewust te maken van de risico's bij alcoholgebruik door jongeren. De Minister voor Jeugd en Gezin zet deze campagne de komende jaren voort.

Daarnaast is patiëntveiligheid een zorgbreed speerpunt van het Ministerie van VWS.

De preventie van suïcide kan worden gezien als een onderdeel van patiëntveiligheid, ook al spelen hierbij andere factoren een rol dan bij vermijdbare incidenten bij medisch handelen.

#### *Kennisontwikkeling*

Een andere beleidsmaatregel die het Ministerie van VWS heeft genomen, is het verzamelen van gegevens over psychische stoornissen, inclusief gegevens over andere vormen van suïcidaliteit door middel van het bevolkingsonderzoek Nemesis I dat medio jaren negentig heeft plaatsgevonden. Dit bevolkingsonderzoek bevat relevante gegevens over het voorkomen van psychische stoornissen en van verschillende vormen van suïcidaliteit. Het Ministerie van VWS heeft aan het Trimbos instituut de opdracht verleend om Nemesis II te doen uitvoeren. Begin dit jaar is een vervolgonderzoek gestart naar de psychische gezondheid onder de Nederlandse bevolking onder de 18 tot 65 jarigen. Hierdoor wordt het mogelijk om de komende jaren meer gegevens beschikbaar te krijgen over het doen van suïcidepogingen of het hebben van suïcidegedachten onder de Nederlandse bevolking.

#### *Effectievere hulpverlening in de curatieve zorg*

Vervolgens kan worden gewezen op de beleidsmaatregelen die uitgevoerd worden in de curatieve zorg. Deze maatregelen worden in het RIVM themarapport Letselpreventie (in druk) aangeduid als «zorggerelateerde» maatregelen. Multidisciplinaire ggz-richtlijnen kunnen worden aange-merkt als zorggerelateerde maatregelen. Voor de ggz zijn de afgelopen jaren door betrokken veldpartijen voor nagenoeg alle belangrijke psychische stoornissen multidisciplinaire ggz-richtlijnen gemaakt. Er zijn multidisciplinaire ggz-richtlijnen voor onder meer depressie, voor schizofrenie

en voor persoonlijkheidsstoornissen<sup>1</sup>. Deze richtlijnen bevatten effectieve behandelingen waardoor patiënten met deze stoornissen goed behandeld kunnen worden. Daardoor dragen deze multidisciplinaire ggz-richtlijnen indirect bij aan het suïcidebeleid. Het Ministerie van VWS heeft de financiële en organisatorische randvoorwaarden gecreeërd voor het ontwikkelen van multidisciplinaire richtlijnen in de ggz.

Verder is de beschikbaarheid van gespecialiseerde hulp in crisissituaties, het zogeheten «bed op recept» een maatregel die een bijdrage levert aan het suïcidebeleid. Ook deze maatregel is zorggerelateerd.

In de verslavingszorg is in het selectieve preventieaanbod, in het ambulante en klinische behandelaanbod van verslavingsproblemen, specifiek aanbod voor jongeren opgezet.

#### *Meerdere vormen van zorgaanbod*

Andere belangrijke voornamelijk zorggerelateerde maatregelen zijn het laagdrempelige aanbod van telefonische hulpdiensten voor mensen met (acuut) suïcidaal gedrag en lotgenotencontact. Deze hulp wordt onder andere aangeboden door de Stichting Ex6 en Stichting Pandora. Mensen met suïcidale klachten en ook familieleden en nabestaanden kunnen zich via telefoon of internet tot deze organisaties wenden.

Daarnaast is met name voor de preventie van psychische stoornissen en alcoholverslaving, de laatste jaren het aanbod van interventies via internet enorm gegroeid. Dit blijkt ook uit de studie van het Trimbos instituut die in opdracht van het Ministerie van VWS heeft plaatsgevonden<sup>2</sup>. Vooral voor de preventie van depressie en voor alcoholafhankelijkheid zijn tientallen internet interventies beschikbaar. Van dit aanbod, dat ook wel aangeduid wordt met «e-mental health», wordt in de praktijk veelal anoniem gebruik gemaakt.

Voor de financiering van anoniem gebruik van e-mental health heeft het lid Van Velzen (SP) een motie ingediend, die is aangenomen door de Tweede Kamer (Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 24 077, nr. 205). Over de uitvoering van deze motie wordt u separaat geïnformeerd.

In al deze zorggerelateerde maatregelen spelen behandelaren en hulpverleners een belangrijke rol: immers zij zijn degenen die de multidisciplinaire richtlijnen ook daadwerkelijk moeten toepassen, ervoor moeten zorgen dat de suïcidale persoon een «bed op recept» krijgt of de suïcidale persoon aan de telefoon of achter de computer zo goed mogelijk wordt geholpen.

#### *Niet-zorggerelateerde maatregelen*

Naast zorggerelateerde maatregelen zijn er ook maatregelen buiten de zorg genomen die een bijdrage leveren aan het suïcidebeleid. Voorbeelden daarvan zijn wettelijke maatregelen op het terrein van bestrijdingsmiddelen, de Geneesmiddelenwet en de Vuurwapenwet die bijdragen aan het suïcidebeleid. Bij deze maatregelen is vooral de overheid de initiërende en verantwoordelijke partij: de overheid voorziet in regelgeving. Op grond van bijvoorbeeld de nieuwe Geneesmiddelenwet zijn geneesmiddelen die bij grote inname de gezondheid kunnen schaden, alleen nog op recept verkrijgbaar en dus niet via de vrije verkoop. Andere niet-zorggerelateerde maatregelen zijn de omheining van hoge gebouwen, het plaatsen van hekken rond het spoor en terughoudende berichtgeving in de media bij suïcide. Bij deze maatregelen hebben vooral andere organisaties dan de overheid een belangrijke rol gespeeld. De NS en ProRail hebben de verantwoordelijkheid genomen om het aantal suïcides op het spoor verder terug te dringen. De NS en ProRail zijn samen met de Ivonne van de Venstichting een project gestart om dit doel te verwezenlijken<sup>3</sup>. De Ivonne van de Venstichting heeft een mediarijchtlijn opgesteld in 2005 om de media aandacht bij suïcides beperkt te houden.

<sup>1</sup> De multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen verschijnt naar verwachting in 2008.

<sup>2</sup> Trimbos, High Tech, High Touch Trust, 2007.

<sup>3</sup> RIVM themarapport Let op letsels (in druk).

Alhoewel niet onomstotelijk vaststaat dat publiciteit bij suïcides anderen kan aanzetten tot suïcide, zijn er toch aanwijzingen dat dit mensen die wanhopig zijn over de streep kan trekken om suïcide te plegen. Over het algemeen blijkt de media zich aan deze media-richtlijn te houden<sup>1</sup>. De omheiningen van hoge gebouwen of het afsluiten van de toegang naar het dak van hoge gebouwen, vinden voornamelijk plaats in de bouw.

#### *Toezicht door de inspectie voor de gezondheidszorg*

Ook vanuit de inspectie voor de gezondheidszorg wordt een belangrijke bijdrage geleverd aan het suïcidebeleid. Sinds vele jaren ontvangt de inspectie voor de gezondheidszorg suïcidemeldingen vanuit voornamelijk ggz-instellingen, maar ook uit andere sectoren, zoals de gehandicaptenzorg en uit algemene ziekenhuizen. Jaarlijks bedraagt het totale aantal suïcidemeldingen bij de inspectie ongeveer zeshonderd. Dit aantal is de laatste jaren redelijk stabiel. Per 1 maart 2007 is voor het melden van suïcides aan de inspectie een format beschikbaar dat via de website van de inspectie kan worden gedownload. Dit format bevat onder meer de items «risicotaxatie» en «interne evaluatie». Door deze items expliciet te benoemen en te omschrijven zijn de meldingen beter en efficiënter toetsbaar. Alle ggz-instellingen maken inmiddels gebruik van dit format en geven aan de meerwaarde hiervan te zien. Gegevens over de uitkomst van de interne evaluatie is een belangrijk onderdeel van de melding, omdat de instelling verbeteringen in de zorg dient aan te brengen, als dat noodzakelijk blijkt uit de interne evaluatie.

Verder heeft de inspectie in de jaargesprekken met ggz-instellingen die eind 2007/begin 2008 zijn gehouden uitvoerig aandacht besteed aan het suïcidebeleid van ggz-instellingen. Binnen diverse ggz-instellingen zijn initiatieven ontwikkeld om beleidsnota's voor de instelling op te stellen of suïcidecommissies op te richten. De resultaten daarvan zullen naar verwachting medio 2008 bekend zijn.

Op dit moment vindt een promotie onderzoek plaats in opdracht van de inspectie voor de gezondheidszorg om de meldingsprocedure bij suïcides te verbeteren. De resultaten van dit onderzoek worden naar verwachting eind 2009 verwacht.

«Suïcide» maakt onderdeel uit van de Basisset prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg en geldt als indicator voor ggz-instellingen. De indicator «suïcide» moet worden doorontwikkeld. Hiertoe stelt de Projectgroep Prestatie-indicatoren ggz een expertgroep samen die nader advies zal uitbrengen. De hernieuwde indicator «suïcidepreventie» zal in de Basisset Prestatie-indicatoren ggz en verslavingszorg worden opgenomen in de bijgestelde verzie voor het verslagjaar 2009.

---

<sup>1</sup> RIVM themarapport Let op letsels (in druk).

**Het Activiteitenplan van het Beleidsadvies**

In het Beleidsadvies wordt in aanbeveling 1 aanbevolen om een Activiteitenplan op te stellen dat een zestal doelstellingen<sup>1</sup> bevat en die gericht zijn op uiteenlopende onderwerpen. In het navolgende geef ik een reactie op deze zes doelstellingen.

Met betrekking tot doelstelling 1 (het bevorderen van de psychische gezondheid van kwetsbare groepen) merk ik op dat er ook vanuit het Ministerie van VWS inmiddels al veel activiteiten op het terrein van de openbare geestelijke gezondheidszorg plaatsvinden die bijdragen aan de bevordering van de psychische gezondheid van kwetsbare groepen. Vanuit het Ministerie van VWS is het beleid gericht op het voorkomen van alcoholmisbruik en de preventie van depressie. Deze onderwerpen heeft het Ministerie van VWS als speerpunten van beleid aangemerkt. In dit verband verwijs ik naar de Beleidsagenda 2008 van het Ministerie van VWS<sup>2</sup> en de Preventienota Kiezen voor gezond leven (2006). Wel kan het bereik van de beschikbare preventieve interventies verder verbeterd worden. Door onder andere initiatieven als het Partnership Depressie Preventie en de toename in het gebruik van internet interventies, verwacht ik dat het bereik van preventieve interventies – en daarmee de bevordering van de psychische gezondheid van kwetsbare groepen – verder zal verbeteren.

Het Partnership Depressie Preventie is een samenwerkingsverband, waarin een groot aantal partners samenwerken om de bekendheid met depressie te vergroten. Het Ministerie van VWS heeft aan het Trimbos instituut de opdracht verleend voor het uitvoeren van het Partnership Depressie Preventie. Ook zullen de gegevens uit de Basisset indicatoren openbare gezondheidszorg (OGZ) naar verwachting meer inzicht geven in het bereik van preventieve interventies. Met ingang van 2008 zijn GGD'en en Jeugdgezondheidszorginstellingen verplicht de gegevens ten behoeve van de Basisset indicatoren openbare gezondheidszorg aan te leveren. Deze basisset bevat gegevens over het bereik van preventieve interventies. In het standpunt op aanbeveling 6 ga ik nader in op de Basisset indicatoren openbare gezondheidszorg. Voor andere aanvullende maatregelen voor de bevordering van de psychische gezondheid van kwetsbare groepen, vanuit de rijksoverheid, is op dit moment dan ook geen aanleiding.

Doelstelling 2 (verbeteringen in de zorg) wordt verder geconcretiseerd in aanbevelingen 2, 3, 4 en 7 van het Beleidsadvies. In mijn standpunt op deze aanbevelingen onderschrijf ik de voorgestelde verbeteringen in de zorg. Daarvoor zal ik in overleg treden met de betreffende koepelorganisaties en veldpartijen om deze verbeteringen te realiseren.

Voor de uitvoering van doelstelling 3 (beperking van de verkrijgbaarheid en bereikbaarheid van middelen) en doelstelling 4 (beïnvloeding van de publieke opinie door berichtgeving in de media) zal ik geen aanvullende overheidsmaatregelen treffen. Ik ben van mening dat de verkrijgbaarheid van middelen (daarmee doel ik op geneesmiddelen die bij grote inname een ernstig gevaar voor gezondheid kunnen opleveren) in voldoende mate in wetgeving gereguleerd is. In dit verband verwijs ik naar de nieuwe Geneesmiddelenwet. Voor aanvullende maatregelen zie ik op dit moment onvoldoende redenen. Voor de berichtgeving in de media over suïcide heeft de Ivonne van de Venstichting een mediarichtlijn opgesteld. Naar mijn mening levert de berichtgeving in de media in de praktijk geen problemen op. In het RIVM themarapport<sup>3</sup> wordt overigens ook geconstateerd dat deze richtlijn in de praktijk door de media wordt nageleefd.

<sup>1</sup> Beleidsadvies Verminderen van suïcidaliteit, pag. 43.

<sup>2</sup> Ministerie van VWS, Beleidsagenda 2008, zorg voor de toekomst.

<sup>3</sup> RIVM themarapport Let op letsels (in druk).



Doelstelling 5 (onderzoek) komt terug in aanbeveling 8 en doelstelling 6 (verbetering van monitoring en registratie) wordt uitgewerkt in aanbeveling 6 van het Beleidsadvies.

In mijn standpunt op aanbeveling 8 geef ik aan dat ik in overleg met ZONMw zal bezien in hoeverre onderzoeksvragen betreffende suïcidaliteit meegenomen kunnen worden in andere bestaande onderzoeksprogramma's bijvoorbeeld het Derde Preventie Programma en in het Programma Geestkracht.

Uit mijn standpunt op aanbeveling 6 volgt dat onderzoek naar suïcidepogingen als prestatie-indicator voor de ggz en verslavingszorg, inmiddels heeft plaatsgevonden. Dit geldt niet voor het onderzoek naar de meerwaarde van suïcidepogingen als indicator voor de openbare gezondheidszorg. Daartoe zal ik een verzoek indienen bij de Stuurgroep Indicatoren Maatschappelijke verantwoording OGZ.

Samenvattend: Aan een aantal doelstellingen van een Activiteitenplan, zoals voorgesteld in het Beleidsadvies, wordt op dit moment al uitvoering gegeven of ben ik voornemens dit te doen. Ik verwijs hiervoor naar mijn reactie op de andere aanbevelingen van het Beleidsadvies.