

Vergaderjaar 2013–2014

**32 793**

**Preventief gezondheidsbeleid**

**Nr. 155**

## **VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 23 september 2014

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 4 september 2014 overleg gevoerd met Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 december 2013 houdende de reactie op verzoek van het lid Keijzer over het bericht dat suïcideonderzoek onder jongeren bemoeilijkt wordt door verouderde regelgeving (Kamerstuk 32 793, nr. 110);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 januari 2014 over de Landelijke agenda suïcidepreventie en Jaarrapportage vermindering suïcidaliteit 2013 (Kamerstuk 32 793, nr. 113).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Neppérus

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Teunissen

**Voorzitter: Pia Dijkstra**  
**Griffier: Clemens**

Aanwezig zijn zeven leden der Kamer, te weten: Pia Dijkstra, Voordewind, Tellegen, Keijzer, Bisschop, Leijten en Kuzu,

en Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is van enkele ambtenaren van haar ministerie.

Aanvang 10.00 uur.

De **voorzitter**: Ik open dit algemeen overleg.

De heer **Voordewind** (ChristenUnie): Voorzitter, voordat we beginnen, wil ik het volgende vragen. Ik zag dat we vier minuten spreektijd hadden afgesproken. Kunnen we daarvan vijf minuten maken? Niet iedereen hoeft natuurlijk de maximale spreektijd te gebruiken. Ik vraag dit gelet op het beperkte aantal woordvoerders.

De **voorzitter**: We zijn inderdaad niet met heel veel woordvoerders. Ik kan me voorstellen dat er nog iemand bij komt, maar als u iets meer tijd nodig hebt dan die vier minuten, kunnen we daarin ruimhartig zijn, denk ik. Ik zou het dan in ieder geval bij die vijf minuten willen laten. Ik heet iedereen van harte welkom bij dit algemeen overleg met de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. We spreken over suïcidaliteit. Zoals gezegd is de spreektijd vier minuten. Het mag iets ruimer. Ik geef het woord aan de eerste spreker, de heer Voordewind.

De heer **Voordewind** (ChristenUnie): Voorzitter. Het is goed dat we weer over dit onderwerp spreken, naar aanleiding van de voortgangsrapportage. Onlangs werden we weer geconfronteerd met een zelfdoding in onze vriendenkring. Dat schokt je enorm, vooral als je het niet ziet aankomen en de ouders het ook niet zien aankomen. Met name de ouders krijgen dan te maken met een groot gevoel van onmacht.

Zeven jaar geleden vroeg de ChristenUnie om een nationaal actieplan suïcidepreventie. Gelukkig is dat er ook gekomen. In die zeven jaar is er ook het een en ander gebeurd en op de rit gezet en daar zijn we erg blij mee. Verschillende ministers hebben zich flink ingespannen voor dit onderwerp, ook deze Minister. Er is een breed suïcideplan gekomen. Waarvoorheen de aandacht alleen uitging naar de ggz, zien we nu een integrale benadering van de aanpak preventie suïcide. Er is een multidisciplinaire richtlijn gekomen, net als een handreiking voor de implementatie. Verder zagen we 113Online, een telefoonchatmogelijkheid voor mensen die in nood verkeren. Ik ben er zelf geweest en heb daar vreselijke verhalen meegekregen uit de chats met mensen die zeiden: ik zie het niet meer zitten, ik heb een datum gepland; dit is het einde. Gelukkig nemen deze mensen nog contact op met 113Online. Er is verder informatie opgezet voor gatekeepers.

Ik ben erg blij met wat er tot nu toe nationaal is gedaan. Tegelijkertijd constateer ik ook dat het aantal suïcides nog steeds stijgt. We zitten nu op 1.750. Ik zei net tegen mijn collega dat dit bijna drie keer zoveel is als het aantal mensen dat per jaar omkomt in het verkeer. En toch is er zo weinig aandacht hiervoor. Gelukkig geldt dat niet voor vandaag, maar ik denk dat we nog een hele slag kunnen maken.

Waarom is het zo belangrijk om toch aan suïcidepreventie te doen, ook al weten we dat de maakbaarheid van de samenleving zeer beperkt is? 80% tot 85% van de suïcides vindt plaats in een opwelling, zo weten we. De meerderheid van de mensen die hiertoe overgaan, staat onder toezicht van of een huisarts of de ggz. Er is dus contact en we hebben zicht op

mensen die overwegen dit te doen. Er zijn dan ook lijnen om invloed uit te oefenen.

Wat die stijging van het aantal suïcides betreft: ik heb begrepen dat de laatste cijfers voor 2013 nog moeten verschijnen, maar de berichten zijn niet geruststellend. Uit het onderzoek van Ad Kerkhof van de Vrije Universiteit van Amsterdam weten we dat de stijging vooral wordt veroorzaakt door mensen die langdurig werkloos zijn. Kunnen we mogelijk via het UWV medewerkers alert maken op signalen van suïcide? Is de Minister bereid om hiernaar te kijken in samenwerking met het UWV?

Vanaf het moment waarop het preventieplan uitkwam, hebben we gediscussieerd over de vraag of het streefcijfer reëel was. De Minister zegt dat het lastig is en dat we eerst maar eens de stijgende trend moeten zien te keren. Ik vraag haar toch om vast te houden aan het streefcijfer van 1% daling. Ik vraag haar ook om dit te koppelen aan de jaarlijkse rapportage om zo de ambitie tot uitdrukking te brengen.

Mevrouw **Leijten** (SP): De heer Voordewind zegt dat de samenleving niet zo maakbaar is als we denken. Ik denk dat dat correct is. We horen veel zorgwekkende verhalen van onder anderen huisartsen over mensen die zich niet laten doorverwijzen naar de geestelijke gezondheidszorg, ook al zitten ze echt in nood. Ze kunnen namelijk het eigen risico niet betalen. Wat vindt de ChristenUnie daarvan? Wat dat streefcijfer betreft, die 1% daling waarvan ik me afvraag of dat mogelijk is: moet niet eerst dat eigen risico overboord gegooid worden?

De heer **Voordewind** (ChristenUnie): Van de Vrije Universiteit heb ik begrepen dat het met name gaat om mensen die langdurig depressief zijn, die in de WAO zitten, mensen die lange tijd niet hebben gewerkt en ook geen uitzicht hebben op werk. Ik heb dan ook aan de Minister gevraagd om te bekijken hoe we deze groepen beter in beeld kunnen krijgen. Je moet dan aan een breed pakket denken. Het gaat om chronisch zieken en gehandicapten maar ook om langdurig werklozen. Ik denk dat we vooral op dat terrein een slag moeten maken. U hebt gelijk dat we de drempels voor zorg zo laag mogelijk moeten houden. Tegelijkertijd zien we dat de zorgkosten nog steeds jaarlijks stijgen met 3 miljard. Daar hebben we ook mee te maken.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat is dan toch een spijtig antwoord van de ChristenUnie: enerzijds zeggen dat het aantal moet dalen en praten over mensen die het financieel niet breed hebben – iedereen weet dat de WAO geen vetpot is – en die dus afzien van zorg, ook al heeft de huisarts gezegd dat die noodzakelijk is, en anderzijds over het eigen risico zeggen dat er bezuinigd moet worden. Ik had gehoopt dat u, die zo flink tegen de Minister zegt dat zij moet vasthouden aan een streefcijfer van 1% daling van het aantal zelfdodingen, ook dit soort maatregelen zou meenemen in uw beleidsvoorstellen, dus een betere toegang tot de geestelijke gezondheidszorg voor iedereen. Maar dan komt het bezuinigingsaspect weer naar boven en dat is erg jammer.

De heer **Voordewind** (ChristenUnie): Ik begrijp het wel maar tegelijkertijd moeten we de discussie niet versmallen tot alleen de toegang tot de huisarts. Een en ander heeft een integrale aanpak nodig, van de NS met praatpalen tot het in beeld houden van mensen door de ggz. Het hele pakket is belangrijk en ik hoop dat ik hierover nog een aantal dingen kan aanstippen.

De **voorzitter**: U hebt nog een minuut.

De heer **Voordewind** (ChristenUnie): Dan ga ik er in staccato doorheen. Met betrekking tot de suïcidepreventie bij de gemeenten wijs ik de Minister op het voorbeeld van Venlo, waar de eerste poli suïcidepreventie is opgezet. Is het een idee om zo iets te stimuleren via de VNG? Ik wijs verder op de huisartsenopleiding, waarin nog steeds onvoldoende aandacht is voor suïcidepreventie.

Goed dat er de komende jaren financiering is voor 113Online, maar er moet een structurele bekostiging komen. Om dat mogelijk te maken, moet de bekostiging gaan lopen via de zorgverzekeraars. Wil de Minister een gesprek aangaan met de zorgverzekeraars om na te gaan of dat mogelijk is?

Ik heb een boek gekregen van Ernst Vader – dat is een pseudoniem – getiteld Leven na Bloem. De dochter van de auteur heeft een einde aan haar leven gemaakt. Deze vader pleit voor meer openheid over de behandeling na iemands overlijden. Ik bied de Minister het boek aan en vraag haar om te bezien of het ondanks het medische beroepsgeheim toch mogelijk is om meer duidelijkheid te verschaffen aan ouders die in onzekerheid verkeren over de reden waarom hun dochter of zoon een einde aan haar of zijn leven heeft gemaakt.

De **voorzitter**: Dat is heel belangrijk. Dank u wel. Het woord is aan mevrouw Tellegen.

Mevrouw **Tellegen** (VVD): Voorzitter. Ik val meteen met de deur in huis: het aantal suïcides in Nederland blijft stijgen, in de periode 2008–2012 met maar liefst 30%. Dat vindt de VVD een zorgelijke ontwikkeling. Met name in de leeftijdsgroepen 50 tot en met 55 jaar en 65 tot en met 70 jaar is een stijging waar te nemen. Kan de Minister deze stijging onder met name mensen van middelbare leeftijd verklaren? Speelt de crisis hierbij een rol, bijvoorbeeld doordat mensen hun baan verliezen? Of zijn er ook andere verklaringen te geven?

Het aantal suïcides stijgt en dat baart zorgen. Daarmee blijkt eens te meer hoe complex en weerbarstig het vraagstuk van suïcide is en hoe ingewikkeld het is om hier met beleid grip op te krijgen. Het gaat immers vaak om gedachten waar mensen mee rondlopen, mensen die lang niet altijd signalen afgeven. Hierdoor is vroegsignalering lang niet altijd makkelijk. De VVD is dan ook verheugd dat alle betrokken partijen gezamenlijk voor de komende drie jaar de Landelijke agenda suïcidepreventie hebben opgesteld. Kan de Minister zeggen hoe het staat met de uitvoering van deze agenda?

Uit antwoorden op Kamervragen van mij blijkt dat de helft van de mensen met suïcidale gedachten de weg naar psychologische en/of psychiatrische hulpverlening maar moeilijk kan vinden. Uit onderzoek blijkt dat vier op de tien mensen met suïcidale gedachten niet in beeld zijn bij de hulpverlening. Een op de drie mensen die een zelfmoordpoging hebben gedaan heeft zelfs nooit hulp gezocht. In de Landelijke agenda suïcidepreventie is vroegsignalering een belangrijke prioriteit. Is daarbij specifiek aandacht voor dat deel van de risicogroep dat niet in beeld is bij de hulpverleners? De VVD hecht aan gedegen onderzoek naar mensen met suïcidale gedachten, ook bij minderjarigen. Op dit moment is op grond van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek toestemming van beide ouders vereist. Dit werkt belemmerend. Ziet de Minister mogelijkheden om, net als in de WGBO, voor jongeren vanaf 16 jaar deze eis te laten varen of aan te passen?

Verder heb ik nog twee punten van meer praktische aard. Het is al gezegd, het is van groot belang om mensen die met suïcidale gedachten rondlopen vroegtijdig te identificeren. Vervolgens moeten deze mensen samen met professionele hulpverleners de weg omhoog zien te vinden. Dat kan op tal van manieren: door telefoondiensten, zelfhulp via internet, chatmogelijkheden met vrijwilligers en professionals en natuurlijk ook via

behandeling door de ggz. Een instrument als 113Online kan hieraan een wezenlijke bijdrage leveren. Kan de Minister aangeven of 113Online op dit moment voldoende functioneert? Is 113Online voldoende bekend bij zowel hulpverleners als mensen die hulp hard nodig hebben? De heer Voordewind refereerde al aan suicide op het spoor. Hoewel het totale aantal suicides toeneemt, is het aantal suicides op het spoor licht gedaald: van 216 in 2011 naar 202 in 2012. Kan die daling worden bestempeld als een succes van het programma dat we hierop hebben losgelaten? Is de Minister voornemens het Programmaplan Preventie Sporsuicide voort te zetten na 2015?

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Voorzitter. Op 26 november 2013 stond in Sp!ts een artikel over moeizaam suicideonderzoek. Voor mij was dat aanleiding om bij de regeling van werkzaamheden dit AO aan te vragen om eens met elkaar door te spreken wat wij vanuit de politiek kunnen doen om een halt toe te roepen aan het almaar stijgende aantal zelfdodingen. Tegelijkertijd ben ik mij er als politica altijd van bewust hoe beperkt de mogelijkheden zijn die je hebt. In het FD – dat is in verband met dit onderwerp misschien een vreemde krant – las ik dat een probleem waarvoor geen oplossingen zijn, volgens een theorie van Wildavsky eigenlijk tragiek is. Hoezeer de krantenberichten hierover er ook inhakken en hoe vreselijk het ook is voor de nabestaanden, de familie en de vrienden, om dit mee te maken, we moeten ons realiseren dat we dit niet altijd kunnen voorkomen.

Een tijdje geleden hebben we een rondetafelgesprek gehad over euthanasie in de psychiatrie. Dat is een ander onderwerp, maar tijdens deze bijeenkomst werd wel duidelijk dat er in de ggz nog veel gedaan kan worden als het gaat om de behandeling en de begeleiding van mensen met gedachten over zelfdoding. Psychiaters en familieleden van mensen met psychiatrische problemen zeiden dat de juiste diagnose niet gesteld wordt, dat de behandeling niet passend is en dat de doodswens onvoldoende wordt besproken, en dat terwijl het praten over de doodswens vaak veel leed wegneemt. Een vertegenwoordiger van het Landelijk Platform GGz zei het heel mooi: de psychiatrische patiënt wil vaak geen einde aan zijn leven maar een einde aan de gekmakende onrust in zijn hoofd. In de Landelijke agenda suicidepreventie heb ik gelezen dat getracht wordt om in de sector multidisciplinair in te voeren dat dit soort zaken duidelijk wordt. Hoe staat het daarmee?

Verder heb ik nog een heel concreet punt. Uit het artikel in Sp!ts werd duidelijk dat er een wettelijke belemmering is om onder jongeren goed onderzoek te doen. De Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek staat niet toe dat bij mensen onder 18 jaar onderzoek wordt gedaan en dat er met hen gesprekken worden gevoerd over dit onderwerp zonder toestemming van de ouders. Mijn concrete vraag is: waar blijft de wijziging van deze wet om dit mogelijk te maken? Wat de politiek kan doen is beperkt, maar als er duidelijk een wettelijke beperking is die moet worden opgeheven, dan had een voorstel hiertoe eigenlijk daags na mijn verzoek in de regeling van werkzaamheden in de Kamer moeten liggen. Inmiddels is het september en volgens mij is er nog steeds niets.

De heer **Bisschop** (SGP): Voorzitter. Het is al gesignaleerd dat het aantal zelfdodingen sinds 2008 fors is toegenomen tot nu zo'n 1.750 per jaar. De laatste jaren is het aantal met 30% toegenomen en de ontwikkelingen zijn niet geruststellend. Het aantal behandelingen op de eerste hulp en het aantal ziekenhuisopnames in verband met suicidepogingen zijn de afgelopen jaren eveneens toegenomen. Dat is ronduit zorgelijk. Zeker als je hiermee professioneel of persoonlijk bent geconfronteerd, soms zelfs bij herhaling, begrijp je dat het ook beleidsmatig een prioriteit moet zijn om alles te doen wat in ons vermogen ligt om het aantal terug te dringen. Wij besteden veel geld aan de ontwikkeling van medicijnen en het terugdringen van het aantal verkeersdoden, maar we doen eigenlijk nog

maar weinig om suicide tegen te gaan. Het wordt tijd om te investeren in het verminderen van het aantal dodelijke slachtoffers en het aantal suicidepogingen. We zijn blij dat er inmiddels een Landelijke agenda suicidepreventie is opgesteld, met als doel het aantal zelfdodingen te verminderen. Maar de SGP vraagt zich tegelijkertijd af of we daarmee wel het gewenste doel bereiken. De overheid is van plan om meer preventieve maatregelen te nemen om mensen tegen zichzelf te beschermen, maar laten we een stap terug gaan. Om de gevolgen aan te pakken, is het belangrijk dat je de oorzaak kent. Dat leidt tot de volgende overwegingen en vragen.

Uit onderzoek van de hoogleraren Aleman en Denys blijkt dat er onvoldoende kennis wordt opgebouwd over de onderliggende oorzaken van suïcidaal gedrag en de behandeling ervan. In antwoord op de door ons in mei 2014 gestelde vragen bevestigt de Minister dat de kennis over mechanismen die leiden tot suïcidaal gedrag nog voor verbetering vatbaar is. Welke mogelijkheden ziet de Minister in het kader van de Landelijke agenda suicidepreventie om deze kennis op te bouwen en uit te breiden? De Minister wil het onderzoek naar de mechanismen overlaten aan het veld. Dat lijkt op zich logisch, maar tegelijkertijd is het ook wel een beetje gemakkelijk gezegd. Als de overheid echt wil dat dit succes heeft, is het dan niet noodzakelijk dat zij hiervoor in ieder geval gelabelde middelen beschikbaar stelt en mogelijk ook een zekere regie neemt of een instantie aanwijst die de regie op zich zal nemen? Is de Minister daartoe bereid? Is zij ook bereid om het gesprek aan te gaan met onderzoekers naar de oorzaken van suicide en samen een plan van aanpak op te stellen, zodat de input van het veld direct kan worden vertaald in beleid? Dat is doorgaans een uiterst effectieve manier om effectief beleid vorm te geven.

Uit gegevens blijkt dat bij 40% van de zelfdodingen sprake was van behandeling in de ggz. Een goed suicidepreventiebeleid binnen ggz-instellingen kan het verschil maken, letterlijk, tussen leven en dood. Duidelijke normen waaraan suicidebeleid van instellingen dient te voldoen en waaraan getoetst kan worden, lijken echter te ontbreken. Hoe kijkt de Minister aan tegen de huidige suicidepreventie in instellingen en welke verbeteringen kunnen daarin in de optiek van de Minister worden aangebracht?

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Een verklaring geven voor een stijgend cijfer van zelfdoding is niet eenvoudig, maar we weten wel dat achter iedere zelfdoding echt een drama schuilgaat. Het is vreselijk voor de mensen die na een lijdensweg tot deze definitieve daad zijn gekomen en voor de nabestaanden is het verlies en zijn de vragen die blijven vaak ook een drama. Het is een drama voor de mensen die de suicide aanschouwen of die degene die zichzelf van het leven heeft beroofd, moeten vinden. We zien een stijgende lijn. Die is niet eenvoudig en ook niet eenduidig te verklaren. Toch moeten we onderzoek doen om oorzaken en causaliteit in beeld te krijgen. Ontegenzeggelijk is er een invloed van de economische crisis. Je zou kunnen zeggen dat het bestrijden van de crisis een goede preventiemaatregel is. Wij steunen de oproep van de SGP om de oorzaken meer in beeld te krijgen, maar tegelijkertijd zien we ook dat de toegang tot de geestelijke gezondheidszorg gewoon verslechtert. Aan de ene kant zien we dat mensen het eigen risico niet kunnen betalen. Uit vele onderzoeken, onder andere van de SP, zien we dat mensen die zijn doorverwezen naar de geestelijke gezondheidszorg niet gaan, omdat ze de € 360 simpelweg niet hebben. Aan de andere kant zien we dat door de veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg, met de basis-ggz, er onvoldoende doorstroom plaatsvindt en wellicht verminderd gesignaleerd wordt dat mensen in geestelijke nood zijn. Hoe reageert de Minister hierop? We moeten ons zeker ook concentreren op de behandeling van mensen met zelfmoordneigingen. Gebeurt dit wel op adequate wijze, bijvoorbeeld



in instellingen of in de eerstelijnspsychiatrie? Er is al veel over gezegd. Er zijn multidisciplinaire richtlijnen en er is het Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit opgesteld, maar de toepassing hiervan vraagt nog om aandacht, zoals de inspectie zegt. Dat is natuurlijk een understatement als je het mij vraagt: aandacht vragen. Dreigt hier niet een enorme papieren werkelijkheid dat er met heel veel goede bedoelingen en heel veel inzet goede multidisciplinaire richtlijnen en kwaliteitsdocumenten zijn opgesteld, maar dat het in de praktijk eigenlijk aan de tijd en aan de toegang schort om die ook goed ingevoerd te krijgen? Hoe zit het met de wachtlijsten bij ggz-instellingen? Hoe zit het met de afbouw van het aantal crisisbedden en de mogelijk verminderde toegang voor mensen die behandeling nodig hebben? Het zijn allemaal vragen die ik heb, op het moment dat ik de redelijk goede inzet van de Landelijke agenda suïcidepreventie lees. Ik heb echt respect voor de mensen die zeggen: wij moeten beter signaleren, wij moeten beter zorg op elkaar afstemmen. Tegelijkertijd zie ik echter ook andere trends en daar maak ik mij enorme zorgen over. Het is natuurlijk goed om gatekeepers te hebben, om vroegtijdig te signaleren op school of bij de schuldhulpverlening. Het is echt heel goed om de huisartsen betere informatie te geven om te signaleren. Het is goed om op te sporen via social media en het is goed om 113Online te hebben. Tegelijkertijd moeten wij ons hier wel de vraag stellen of we mensen in een wanhopige situatie niet juist aan hun lot overlaten. Die vraag wil ik hier toch maar neerleggen.

De heer Voordewind heeft er ook al aandacht aan besteed en hij heeft het boek overhandigd, maar ik vind het eigenlijk heel treurig om het verhaal te horen van een vader die al bijna tien jaar bezig is om duidelijkheid te krijgen over de zelfmoord van zijn dochter, die in een ggz-instelling verbleef. Het raakt mij diep dat hij geen relevante informatie krijgt over de hulp die zijn dochter heeft gehad voordat de zelfdoding plaatsvond. Dit gebeurt onder het mom van de privacy van de dode en het beroepsgeheim. Ik vind beide een groot goed, maar er moet toch een middenweg te vinden zijn tussen enerzijds het informeren van nabestaanden en inzicht in de behandeling en anderzijds het behouden van het beroepsgeheim en de privacy van de gesuïcideerde. Ziet de Minister hier mogelijkheden toe? Het is best mogelijk dat zij er vandaag in dit algemeen overleg niet direct een antwoord op heeft. Dan roep ik haar op om dit uit te zoeken. Wellicht is er iets mogelijk met een rechtspersoon die ertussen gaat zitten, bijvoorbeeld een notaris die meekijkt, maar het moet toch op te lossen zijn.

De heer **Kuzu** (PvdA): Voorzitter. Wij bespreken vandaag een heftig onderwerp dat gecombineerd gaat met veel leed voor het slachtoffer en de nabestaanden van het slachtoffer. Veel partijen voor mij hebben het al gezegd. Ook wij maken ons zorgen over het groeiende aantal zelfmoordpogingen. De PvdA wil beleid dat ervoor zorgt dat mensen met suïcidale gedachten zo vroegtijdig mogelijk worden herkend en dat zij snel worden doorverwezen naar goede zorg, geboden in een voor hen veilige omgeving.

Allereerst wil de PvdA meer nadruk op het tijdig signaleren van mensen met suïcidale gedachten. De helft van de risicogroep meldt zich niet in de zorg. Veel risicogeveallen staan daardoor onvoldoende op de radar. Dat baart mij zorgen, omdat dat tijdige hulp moeilijk maakt. Zelfs binnen de zorg worden risicogeveallen niet altijd op tijd herkend. Het kan nog veel beter. Ik vraag mij af of het mogelijk is – dat stond ook in het artikel van de hoogleraren die onlangs hierover hebben gepubliceerd – om suïcidebehandelingen registreerbaar te maken in de dbc-systematiek. Hierdoor kunnen terugkerende suïcidale gedachten eerder worden opgemerkt door meer behandelaren. Wil de Minister zich hiervoor inzetten?

Daarnaast wil ik dat huisartsen scherper toezien op suïcidale gedachten als patiënten zich melden met psychische of sociale klachten. Wat hebben

huisartsen nodig voor een groter bewustzijn in hun praktijk en hoe gaan we daarvoor zorgen?

Ik pleit ook voor een bredere inzet van gatekeepers, juist voor mensen met een verhoogd suïciderisico buiten de zorg, bijvoorbeeld mensen in een asielaanvraagprocedure, eenzame ouderen of mensen die hun baan kwijt zijn. De gatekeepers moeten nadrukkelijk professionals zijn, niet alleen uit de zorg, maar juist ook uit andere domeinen. Ik noem niet alleen de wijkagent en de sociaal werker, maar zeker ook de schuldhulpverlener, de relatietherapeut en de leraar. Deze gatekeepers staan tijdens hun reguliere werkzaamheden al veelvuldig in contact met kwetsbare mensen. Zo kunnen zij op laagdrempelige wijze suïcidale gedachten opmerken en tijdig hulp inschakelen. Hoe zet de Minister met haar beleid sterker in op domeinen buiten de zorg en hoe gaat zij de gatekeeperstrainingen steviger faciliteren?

Ik hoop dat we stappen kunnen zetten om mensen met suïcidale gedachten sneller en beter te helpen, maar ik maak mij tegelijkertijd ook zorgen over de effectiviteit van de behandelingen die deze mensen krijgen. Te veel mensen die ooit een zelfmoordpoging ondernemen, ondernemen na een behandeling nog een poging. Wat zegt dit volgens de Minister over de kwaliteit van zorg en hoe gaat de Landelijke agenda leiden tot betere behandelingen?

De PvdA ziet als toevoeging op reguliere zorg veel potentie in de zelfhulpmodules van 113Online, juist omdat veel mensen met suïcidale gedachten de stap naar hun arts niet zetten, juist omdat zij baat hebben bij hulp in een veilige laagdrempelige omgeving. Ook helpt het platform om suïcide bespreekbaar te maken. Het baart mij daarom zorgen dat 113Online weinig bekendheid geniet. Wil de Minister zich inzetten voor een groter bereik van 113Online en wil zij het bespreekbaar maken van suïcide een prominentere rol geven in de Landelijke agenda?

De PvdA wil minder belemmeringen voor onderzoek naar nieuwe behandelingen voor suïcidale patiënten. Uiteraard staan hierbij gezondheid en veiligheid voorop, maar onderzoek naar nieuwe behandelingen voor jongeren wordt nu heel erg bemoeilijkt door verouderde regelgeving die schriftelijk informed consent van beide ouders verplicht stelt. Mevrouw Keijzer maakte daar ook een punt over. Dat is zonde, want het betreft vaak veelbelovende laagdrempelige zorg. Wil de Minister zich inzetten om onderzoek bij jongeren met suïcidale gedachten beter te laten aansluiten bij de WGBO, waardoor jongeren vanaf 16 jaar zelfstandig toestemming kunnen geven? Kan de Minister een stand van zaken geven van het onderzoek naar het verband tussen psychofarmaca en suïcide bij jongeren?

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik vind het allemaal heel terechte vragen en opmerkingen. Voorkomen is in dit geval cruciaal en herkennen kan beter, ondanks de inzet van vele mensen in het veld. Wat zegt u nou tegen die huisarts die zegt: ik heb onderkend dat iemand in geestelijke nood is, ik verwijs hem door voor medisch noodzakelijke zorg naar de geestelijke gezondheidszorg, maar hij gaat niet, want hij kan het eigen risico niet betalen en hij laat zich niet doorverwijzen? Hoe reageert de PvdA dan? Zegt u net als de Minister: de huisarts heeft het aan het verkeerde eind, er is eigenlijk geen probleem?

De heer **Kuzu** (PvdA): Laten we vooropstellen dat de helft van de mensen zich niet meldt in de zorg, dat de helft van de gevallen buiten de zorg blijft. De SP suggereert hier, zoals vaker in de afgelopen periode, een direct verband tussen het eigen risico en het feit dat mensen zich niet melden in de zorg. We hebben het al twee jaar lang over dat verband en ik heb de Minister ook talloze keren daarover gehoord in de Kamer. Het verband dat de SP constant probeert op te werpen tijdens dit soort overleggen, is er niet.



Mevrouw **Leijten** (SP): Ik vind het spijtig dat juist de PvdA de signalen van de huisartsen negeert dat er echt een probleem ontstaat dat mensen zich niet laten doorverwijzen, niet alleen voor labonderzoek, bloedonderzoek of een specialist in het ziekenhuis als zij lichamelijk ziek zijn, maar ook wanneer zij in geestelijke nood verkeren. Overigens heeft een collega-Kamerlid van de heer Kuzu Kamervragen gesteld over dat signaal, maar goed, hij ziet het blijkbaar zelf anders, namelijk dat er geen direct verband is tussen de toegang tot de zorg of het zich naar zorg laten doorverwijzen en het eigen risico. Ik vind het stuitend dat de PvdA dat zegt. Ik ben benieuwd hoe dat vanmiddag in een ander overleg zal gaan. Ik had gehoopt dat op het moment dat we allemaal een oproep doen aan deze Minister om meer preventie, om betere opsporing en om verbetering van de professionaliteit van hulpverleners, ook de toegang goed in de gaten gehouden wordt. Maar blijkbaar ziet de PvdA daar geen verband tussen.

De heer **Kuzu** (PvdA): De conclusies van mevrouw Leijten laat ik voor haar rekening. Wij hebben het vandaag over suicidepreventie. Volgens mij hebben alle partijen aangegeven wat het belang daarvan is. Ik heb net in mijn beantwoording richting mevrouw Leijten aangegeven dat ik mijn twijfels heb bij de veronderstelling dat er een direct verband is tussen het eigen risico en het zich melden van mensen bij professionele zorg en professionele instellingen. Het gaat er ook om dat de helft van de mensen die met dit soort gedachten rondlopen niet in de zorg zit. Het is natuurlijk heel belangrijk dat mensen goede zorg krijgen, maar die veronderstelling en de een-op-eenrelatie die de afgelopen twee jaar constant wordt gelegd wanneer mensen zorg mijden, zijn niet direct juist, omdat er veel meer andere redenen achter zitten. Ik kom uit Rotterdam. Ik zie in de maatschappelijke opvang heel veel mensen die zorg en opvang weigeren. Je kunt mensen niet dwingen. Je kunt ze niet vastpakken en meesleuren naar die professionele zorgverlener. Ik verzet mij dan ook tegen dat directe verband dat constant wordt opgeworpen door de SP.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik vroeg volgens mij naar de zorgen die je ook kunt hebben naar aanleiding van de signalen die huisartsen hierover geven. Maar als er geen directe relatie is volgens de PvdA, hoeft je er ook geen zorgen over te hebben.

De **voorzitter**: We gaan het daar vanmiddag nog uitvoerig over hebben. Ik weet niet of de heer Kuzu nog hierop wil reageren, maar het wordt een beetje een herhaling.

#### **Voorzitter: Voordewind**

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Een zelfdoding meemaken van een vriend, een familielid of een kennis is een verschrikkelijke ervaring. Het is al gezegd: het levert bij de achterblijvers veel vragen en een gevoel van machteloosheid op, zeker omdat we weten dat er aan een zelfdoding meestal een lange lijdensweg is voorafgegaan. Ik constateer met de andere sprekers dat het aantal zelfdodingen helaas met zo'n 20% is gestegen in de periode 2008–2012. Daarom is D66 blij dat het kabinet met een groot aantal specialisten de handen ineenslaat en er een Landelijke agenda suicidepreventie ligt. Wel heb ik er nog een paar vragen over. Het is goed dat het kabinet voor een geïntegreerde brede aanpak van suicidepreventie kiest, maar mijn fractie vindt het wel jammer dat de huidige aanpak te weinig oog heeft voor bepaalde jongerengroepen die meer steun nodig hebben. Uit onderzoek blijkt namelijk dat de zelfmoordcijfers onder lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgenderjongeren tot vijf keer hoger liggen dan onder heterojongeren. Onderzoek toont daarbij aan dat er een direct verband is met het zogenoemde

homopesten. Ik maak mij hier echt zorgen over. Ik vraag dan ook of de Minister bereid is extra maatregelen te nemen voor de suïcidepreventie van LHBT-jongeren en of zij in kaart wil brengen of er nog andere bijzondere risicogroepen zijn.

Voor de preventie van suïcide onder jongeren is het wetenschappelijk onderzoek naar die groep belangrijk. Helaas belemmert de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek dit soort onderzoek nu. Ik sluit mij dan ook aan bij de vragen die daarover gesteld zijn. De Minister heeft aangegeven in gesprek te gaan met de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde en de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek om hiervoor een oplossing te bedenken. Ik wil graag weten wat de uitkomst daarvan is en hoe zij de belemmeringen gaat wegnemen.

Onder ouderen in de leeftijdscategorieën 50 tot 55 en 65 tot 70 is de stijging van het aantal suïcides het grootst. Ook deze stijging is voor mijn fractie zeer zorgwekkend. Wil de Minister onderzoek laten doen, zodat wij de achterliggende oorzaken hiervan in beeld krijgen? Je kunt van alles bedenken met elkaar, maar het moet wel gestoeld zijn op feiten.

Gatekeeperstrainingen leren professionals en vrijwilligers suïcidaliteit te herkennen. Die trainingen zullen landelijk worden aangeboden. Ik vroeg vorig jaar aan de Minister hoeveel zij er wilde opleiden. Zij wilde toen geen concreet doel stellen. Hoeveel zijn er inmiddels opgeleid? Wil zij alsnog een streefcijfer formuleren nu er misschien wat meer bekend is over hoe het loopt met die gatekeepers?

Door de overgang van de jeugdzorg en begeleiding naar gemeenten komen zij sneller in aanraking met vraagstukken rondom suïcide. Daarom vraag ik welke rol de Minister weggelegd ziet voor gemeenten in de preventie van suïcide na 1 januari 2015.

De overdracht en verwijzing door de huisarts naar de gespecialiseerde ggz gaat lang niet altijd goed. Het Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit waarmee dit moet worden geregeld, wordt in de praktijk te weinig toegepast terwijl het al sinds 2010 in werking is. Daarom wil de Minister de samenwerking tussen de ggz, de huisartsen en de spoedeisende hulp bevorderen met samenwerkingsafspraken. Wat is nu eigenlijk de reden dat er helemaal geen initiatieven zijn genomen door de betrokken organisaties? Welke concrete afspraken zijn er inmiddels gemaakt? In het suïcidepreventiebeleid is er op dit moment vooral aandacht voor individuele gevallen. Familiedrama's worden niet specifiek genoemd, terwijl verkennend onderzoek daarnaar misschien meer licht op deze zeer tragische voorvallen kan werpen. Is de Minister van mening dat zo'n onderzoek kan bijdragen aan suïcidepreventie, als het gaat om familiedrama's?

### **Voorzitter: Pia Dijkstra**

De vergadering wordt van 10.40 uur tot 10.50 uur geschorst.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ik dank de leden voor hun inbreng in eerste termijn. Zoals velen al hebben aangegeven, hebben wij hier heel veel debatten over heel zakelijke dingen, maar is dit toch echt van een andere orde. Dat geldt niet alleen als het zou kunnen gebeuren en je enigszins zou kunnen bedenken dat het zou kunnen gebeuren. Ik ken ook gevallen dat men totaal geen idee had dat het zou kunnen gebeuren. Dat is zo ongelooflijk ingrijpend voor de omgeving. Het is echt een ander onderwerp dan wij doorgaans bespreken.

Ik dank de heer Voordewind hartelijk voor het boek. Ik ken het niet, dus ik zal het gaan lezen. Ik vrees dat het wel pas in een reces zal gebeuren. De stukken tussendoor zijn zo omvangrijk dat daar nu geen ruimte voor is, maar ik stel het zeer op prijs dat ik dat boek van hem heb gekregen. Het is een onderwerp dat al langer in de belangstelling staat van de Kamer en derhalve ook van het departement. Verschillende ambtsvoor-

gangers en ik hebben er ook regelmatig met de Kamer over gesproken. Weliswaar gebeurde dat enigszins schokkend in de tijd, maar uiteindelijk heeft het allemaal geleid tot de Landelijke agenda suïcidepreventie en de Jaarrapportage vermindering suïcidaliteit. Wij zitten een beetje laat in het jaar. We hebben het nu over de «oude» rapportage en de nieuwe komt er over een aantal maanden aan. Het is lastig om daarop vooruit te lopen, omdat de mensen die daaraan bijdragen nu dat stuk aan het schrijven zijn. De stijging van het aantal suïcides is absoluut een aanleiding voor deze agenda. De stijging is niet nieuw, maar vindt al een aantal jaren plaats en is ook best fors. Dat doet zich niet alleen in Nederland voor. Je ziet die ontwikkeling ook in andere Europese landen, met heel andere stelsels en andere financiering van volksgezondheid. Die stijging is wel de aanleiding om te komen tot een meer geïntegreerde aanpak en om eens goed naar de streefcijfers te kijken. We hebben daar eerder over gesproken en ik kom er straks op terug.

Allereerst kom ik bij de meer geïntegreerde aanpak van suïcidepreventie die de Staatssecretaris van Infrastructuur en Milieu en ik hebben voorgesteld en inmiddels ook al in werking hebben gesteld in de Landelijke agenda. Even een update: wij zouden partijen uitnodigen om die agenda op te stellen. Partijen hebben daaraan gehoor gegeven en het is een gezamenlijke agenda. Het is geen agenda van het ministerie naar het veld, maar het is een gezamenlijke agenda waaraan iedereen bijdraagt. Op 24 februari is nader overleg gevoerd met deze partijen over de acties. Alle partijen hebben zich daarachter geschaard en zijn ook bezig met het oppakken en verwerken van die acties. Het is echt iets wat in beweging is gezet.

Nieuw in deze aanpak is dat samen met veldpartijen bewust ervoor gekozen is om maatregelen ook op andere terreinen dan de zorg te nemen. Wij zetten erop in dat er eerder gesignaleerd en gericht hulp wordt geboden als mensen suïcidaal zijn. Dat is essentieel. Ik geef een voorbeeld. Een recent onderzoek van de GGD Den Haag laat zien dat mensen met een uitkering tot acht maal meer suïcide hebben gepleegd in de afgelopen vijftien jaar dan mensen met een baan. Dat zijn belangrijke constatering waarvoor wij aan de slag kunnen gaan om in de uitwerking van de Landelijke agenda te proberen dat tijt te keren of er iets tegen te doen. Ik noem een paar van die activiteiten. De verbetering in de signalering van suïcidaliteit geldt niet alleen voor het onderwijs, maar ook voor bepaalde professionals in de schuldhulpverlening, voor gerechtsdeurwaarders, in de schuldsanering en onder professionals die met uitkeringsgerechtigden in contact komen. Een geschikt instrument voor het eerder signaleren is een training in het signaleren van suïcidaliteit, de zogeheten gatekeeperstraining. Voor het ontwikkelen van deze trainingen in de sectoren onderwijs en schuldhulpverlening heb ik Stichting 113Online een projectsubsidie toegekend. Inmiddels zijn die gatekeeperstrainingen beschikbaar voor onder andere de sectoren schuldhulpverlening en uitkeringsgerechtigden. De sociale diensten in Amsterdam zijn reeds getraind, evenals het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen in Amsterdam.

In overleg met het NHG, het Trimbos-instituut en Stichting 113Online wordt een structurele scholing opgezet voor huisartsen om suïcidaal gedrag beter te herkennen en eerder te signaleren. Daarnaast vinden gerichte activiteiten plaats om de richtlijn diagnostiek en behandeling suïcidaal gedrag te implementeren onder de beroepsgroepen en worden scholen, de zorgadviesteams, benaderd voor het volgen van de gatekeeperstraining. Er zal tevens op korte termijn een screeningsinstrument beschikbaar zijn. Stichting 113Online zal ook gaan registreren hoeveel professionals een gatekeeperstraining hebben gevolgd. Ik zal dat aantal in de eerstvolgende jaarrapportage aan het eind van dit jaar aan de Tweede Kamer melden.

Het huidige streefcijfer van 5% minder suïcides per jaar is in 2008 ingesteld. Hoe mooi het ook klinkt en hoe graag we het ook allemaal zouden willen, het blijkt irreëel. Daarom heb ik vorig jaar een advies over een nieuw streefcijfer gevraagd aan de Vrije Universiteit van Amsterdam. Het VU-advies komt uit op een nieuw streefcijfer: ten minste 1% minder suïcides per jaar. Voordat ik mij wilde scharen achter dit advies, heb ik met de partijen in de geestelijke gezondheidszorg overleg gevoerd over het nieuwe streefcijfer. Alle betrokken veldpartijen, zoals de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, het Nederlands Instituut van Psychologen, het Landelijk Platform GGz, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, ProRail, 113Online en GGD Nederland, kunnen zich in het nieuwe streefcijfer vinden. GGZ Nederland heeft als enige bedenkingen tegen het hanteren van een streefcijfer in het algemeen. Ik heb de Kamer op 4 juni 2013 geschreven over dit nieuwe streefcijfer, maar ook dat het pas zal ingaan op het moment dat de stijgende lijn van het aantal suïcides is omgebogen. Dat is conform het advies van de VU aan ons.

Een triest gegeven is dat het aantal suïcides op het spoor omvangrijk is. Dat is verschrikkelijk, niet alleen voor de betrokkenen, maar ook voor het spoorwegpersoneel en andere hulpverleners. In 2013 is het 198 keer voorgekomen. De jaren daarvoor: 202 in 2012 en 215 in 2011. Als er al iets positiefs over te zeggen is, is het dat het aantal licht is gedaald, maar 198 is natuurlijk nog ontzettend hoog.

Samen met de Staatssecretaris van Infrastructuur en Milieu, met de veldpartijen in de ggz en met Stichting 113Online verwacht ik met de Landelijke agenda suïcidepreventie een wezenlijke inspanning te kunnen leveren om het aantal suïcides en suïcidepogingen op het spoor te kunnen terugdringen. Zo voert ProRail sinds 2010 in opdracht van de Staatssecretaris van I en M het meerjarig Programmaplan Preventie Spoor-suïcide uit. Verschillende maatregelen zijn genomen om het aantal suïcides op het spoor terug te dringen: het weghalen van begroeiing, het plaatsen van hekken bij risicolocaties, het plaatsen van schrikverlichting, het plaatsen van verwijzingsborden naar hulpverlening en het geven van gatekeepers-trainingen voor het spoorpersoneel.

Het is belangrijk dat er voldoende mogelijkheden zijn voor medisch-wetenschappelijk onderzoek en dus ook voor suïcidepreventieonderzoek. De wet stelt nu de voorwaarde dat jongeren onder de 18 jaar alleen daaraan kunnen meedoen, als ouders ook toestemming geven. Een aantal Kamerleden had het daarover. Ik kom nog op de vragen per Kamerlid. Dit is nog de inleiding. Omdat het heel veel overlapt, doe ik het toch maar even.

Ik heb eind vorig jaar aangegeven dat ik met de kinderartsen zou bespreken of die leeftijdsgrens niet zou moeten worden bijgesteld. Inmiddels heeft de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde op mijn verzoek versneld een advies uitgebracht. Zij ziet redenen om de leeftijd voor wetenschappelijk onderzoek gelijk te trekken met die voor behandeling. Dat betekent dat de leeftijdsgrens zal worden verlaagd en dat jongeren vanaf 16 jaar zelf beslissen over deelname aan wetenschappelijk onderzoek. Dat is in lijn met andere wetten zoals de WGBO en de Wet op de orgaandonatie. Het bleek echt een knelpunt te zijn. Het voorstel ligt momenteel bij de Raad van State. Ik wacht het even af, maar als het terugkomt zal ik het uiteraard direct zenden naar de Kamer. Dit was de inleiding.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Dit is wel een van de heel concrete punten die ik aan de orde heb gesteld. Het wetsvoorstel ligt bij de Raad van State. Die doet er twee, drie maanden over. Mijn concrete vraag is wanneer het wetsvoorstel bij ons ligt. Ik wil er gewoon een datum over afspreken met de Minister.

Minister **Schippers**: De Raad van State bepaalt zelf hoe lang hij erover doet. Zodra ik het terug heb van de Raad van State, stuur ik het de Kamer toe. Als de Kamer het dan heel snel behandelt, kunnen wij het misschien snel regelen.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Dat sowieso, maar ik zit toch eventjes te denken. Stel dat het oktober, november wordt ...

Minister **Schippers**: Het ligt bij de Raad van State. Het is niet vandaag verstuurd.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Precies, maar de Raad van State heeft zelf gezegd er meestal twee tot drie maanden over te doen. Ik wil dat wij een concrete afspraak maken. Stel dat het advies er over twee maanden is, dan is het begin november. Dan moet het ministerie er uiteraard nog naar kijken en het verwerken in het wetsvoorstel. Dan mag ik er toch van uitgaan dat het wetsvoorstel voor het kerstreces bij de Kamer ligt? Is dat een redelijke aanname?

Minister **Schippers**: Tenzij de Raad van State het helemaal aan gort schiet. Het wetsvoorstel ligt nu bij de Raad van State. Als het terugkomt en het advies niet «dictum 4» is, dan kan het gewoon direct door naar de Kamer. Als het een heel zwaar dictum heeft, dan moeten wij ernaar kijken omdat iets juridisch niet kan. Maar aangezien dit een wijziging is die ook nog past bij andere wetten op het medisch-ethische terrein, kan ik mij dat eigenlijk niet zo voorstellen. Ik zeg u toe dat de vertraging niet bij mij zal zitten en dat u het wetsvoorstel krijgt zodra wij het weer hebben.

De **voorzitter**: Dat lijkt mij een goede toezegging, mevrouw Keijzer.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Ja, voor het kerstreces dan. Dus dank u.

De heer **Voordewind** (ChristenUnie): Ik probeer het iets vriendelijker te zeggen op een ander onderwerp: het ProRail-preventieprogramma...

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Ik ben heel vriendelijk, hoor. Dus ik snap eigenlijk niet ...

De **voorzitter**: U hoeft zich niet alles aan te trekken.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Maar dit wel. Als ik onvriendelijk ben, mag dat gezegd worden en heeft dat een reden. Maar als het niet zo is, vind ik het toch wel fijn om dat even te benadrukken.

De **voorzitter**: Het is gezegd.

De heer **Voordewind** (ChristenUnie): Ik zal net zo vriendelijk antwoorden. Ik kom even terug op het suïcidepreventieprogramma van ProRail. Wij hebben begrepen dat de subsidie van het Ministerie van I en M eind dit jaar afloopt. Is het Ministerie van plan om die subsidies te verlengen vanaf 2015?

Minister **Schippers**: Het zit in mijn antwoorden op uw vragen. Als er iets afloopt, maakt men weer een nieuw plan. Het is een voortgaand proces. Het is niet zo dat het nu stopt. Volgens mij was het tot en met 2015, maar dat weet ik niet zeker. Wanneer het afloopt, gaat men door met een nieuw plan dat dan weer is aangepast. De heer Voordewind heeft gevraagd naar de uitkeringsgerechtigdensector. Ik meen dat ik die vraag heb beantwoord. Daar worden die gatekeepers-

trainingen gegeven. In Amsterdam zijn ze al gegeven. Ze zijn daar dus ruim mee aan de slag.

Ik ben ingegaan op het streefcijfer. Wat dat betreft, sluit ik mij geheel aan bij het advies van de VU. Ik vind het fijn dat de sector dat zelf ook onderstreept en daarmee aan de slag zal gaan. Wij zullen eerst die ombuiging voor elkaar moeten krijgen.

Er is gevraagd naar de poli voor suïcidepreventie die in Venlo is opgericht. Ik vind dat een ontzettend goed initiatief. Ik zal dit ook onder de aandacht brengen van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten.

In de huisartsenopleiding wordt uitgebreid aandacht besteed aan dit onderwerp. Door de lage prevalentie bij huisartsen van suïcide is het mogelijk dat de kennis wegzakt. Op dit moment wordt door het NHG gesproken met het Trimbos-instituut over structurele scholing op dit terrein waarbij ook aandacht wordt geschonken aan de begeleiding en verwerking van suïcide voor zowel de professionals die contact hebben in de periode voor de suïcide als de familie en de omgeving. Daarnaast vinden implementatieactiviteiten plaats op het terrein van de multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Met betrekking tot de participatie van huisartsen aan gatekeeperstrainingen kan ik opmerken dat de training beschikbaar is en dat er dit najaar uitgebreid en actief geworven zal worden door Stichting 113Online. Dan kom ik bij de financiering. Ik heb Zorgverzekeraars Nederland uitgenodigd om overleg te voeren over 113Online, over de uitvoering van de Landelijke agenda en over de rol van de zorgverzekeraars hierin. Het overleg heeft inmiddels plaatsgevonden. Daarin is afgesproken dat met de vier grote zorgverzekeraars nader overleg wordt gevoerd over het stellen van de inkoopvoorwaarden. Dit onderwerp maakt dus concreet deel uit van de Landelijke agenda en wordt verder opgepakt en uitgewerkt. Wij hebben natuurlijk een financiering van 113Online tot en met 2017, maar het is goed om nu alvast over de structurele financiering en de continuïteit te spreken. Dat doen we dus ook.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb een vraag naar aanleiding van wat de Minister zegt over het overleg met Zorgverzekeraars Nederland. Begrijp ik het nu goed dat de zorgverzekeraars niet aan tafel zitten bij de Landelijke agenda?

Minister **Schippers**: Dit gaat specifiek over de financiering. Wij financieren 113Online nu met een instellings- en een projectsubsidie. Het ligt heel lastig, zeker als je met anonimiteitsaspecten te maken hebt, maar heel veel van wat 113Online doet is natuurlijk niet anoniem. De financiering loopt pas in 2016 af, maar ik hecht er wel aan dat wij nu ook al met elkaar bespreken: hoe zouden wij dat dan het beste daarna kunnen financieren?

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik denk dat het ook goed is dat je kijkt naar een structurele inbedding en niet per se subsidie: als het moet, moet het. Mijn vraag had meer te maken met de betrokkenheid van de zorgverzekeraars bij het hele actieplan. Natuurlijk is het multidisciplinair. Het is goed dat er wordt gekeken met de sociale diensten en de gemeentelijke gezondheidsdiensten. Dat vind ik echt een heel goede inzet, maar zorgverzekeraars zijn bijvoorbeeld ook de inkopers van de geestelijke gezondheidszorg. Mevrouw Dijkstra en ik vroegen daarnaar en de Minister komt er vast ook nog op. We zien dat er ook dingen spaak lopen met behandelplafonds en behandelingen die wellicht gestopt moeten worden omdat er geen financiering meer tegenover staat. Wellicht is het een idee – dat geef ik de Minister mee – om de zorgverzekeraars te vragen om op een zeker moment aan te schuiven bij en zich te committeren aan dit landelijk actieplan. Als professionals die goede ideeën hebben, goede richtlijnen maken en zich hartstikke hard inzetten uiteindelijk worden geblokkeerd,



wellicht door inkoopverzekeringen door de zorgverzekeraar, dan spannen we het paard achter de wagen.

Minister **Schippers**: Ze zijn erbij betrokken, dus ze zijn een van de partijen. Wij hebben Kamervragen beantwoord. Ik hecht er wel aan dat als een behandeling aangegaan wordt, die nooit door wat voor plafond dan ook gestopt kan worden. Dat is gewoon zo afgesproken. Maar goed, dat kunt u ook uitgebreid teruglezen in de antwoorden op de Kamervragen die daarover zijn gesteld.

Diverse partijen vroegen om onderzoek of om te kijken naar specifieke groepen, bijvoorbeeld ouderen en de LHBT-groep. De heer Bisschop vroeg of we niet ander onderzoek konden doen. Mevrouw Tellegen vroeg of ik de leeftijdscategorieën wil samenvoegen en of ik in gesprek wil gaan met ZonMw: welk onderzoek zou prioritair aan de Landelijke agenda gekoppeld kunnen worden en waar zitten dan de punten? Misschien hebben alle andere woordvoerders hier ook aandacht aan besteed, maar deze zitten even in mijn hoofd. Het gaat erom dat ik dat met ZonMw bespreek en er bij de Kamer op terugkom wat zo'n onderzoeksprogramma zou kunnen zijn, zodat de Kamer daarop kan reflecteren.

Mevrouw **Tellegen** (VVD): Ik denk dat dit een heel goede toezegging van de Minister is. Het gaat inderdaad om ouderen, maar het gaat ook om mensen met een homoseksuele geaardheid. Ik zou heel concreet al willen beginnen met die 1.753 mensen die in 2012 helaas een geslaagde zelfmoordpoging hebben ondernomen. Hoe is die groep opgesplitst, wie zijn die mensen, wat is hun achtergrond? Dat lijkt mij een startpunt voor zo'n onderzoek. Hebben wij inzicht in de context waarin zij dat hebben gedaan?

Minister **Schippers**: Het is niet zo dat er geen onderzoek naar is gedaan. Ik hoor hier dat Groningen er al eens naar heeft gekeken en dat het heel ingewikkeld blijkt. Laten wij eerst eens bekijken wat er al aan onderzoek is gedaan. Daar betrek ik dan ook uw inbreng bij. U hebt aandacht gevraagd voor verschillende aspecten. Misschien zijn sommige aspecten al afgedekt. Laten wij er gewoon naar kijken. Ik kom er bij u op terug en ik koppel dat dan aan de agenda, die ik u toch moet sturen. Daar doe ik dan een voorstel in. Ik spreek dat eerst door met ZonMw en andere experts. We weten allemaal waar onderzoekers zitten die weten wat er gedaan is en wat heel zinnig zou zijn. We betrekken hen erbij en komen er dan bij u op terug.

De heer **Bisschop** (SGP): Ik dank de Minister voor deze benadering. Ik denk dat dit heel goed is. Alleen verschillen de gevraagde soorten onderzoeken nogal van elkaar. Ik heb met name ingestoken op onderzoek naar de achterliggende oorzaken. Dan heb je het in feite over neurologisch onderzoek, psychologisch onderzoek en psychiatrisch onderzoek. Ik zou bij de uitwerking willen terugzien dat de verschillende aspecten het volle pond krijgen.

Minister **Schippers**: Ik stel voor dat als ik met een voorstel naar de Kamer kom, ik aangeef wat er al is en dat ik ook aangeef waarom de keuzes worden gemaakt zoals ze worden gemaakt. Ik heb geen idee of er al onderzoek loopt of is op wat u nu aandraagt. Ik kan dat niet overzien, dus ik wil toch het volgende afspreken. Ik maak daarin een keuze in overleg met ZonMw en mensen die hier expertise in hebben. Dan kunt u vervolgens reageren of u het met die keuzes eens bent. Zo zou ik het graag willen doen.

De heer **Bisschop** (SGP): Ik denk dat dit een effectieve aanpak is. Bedankt.

Minister **Schippers**: Verschillende partijen hebben aandacht gevraagd voor het feit dat heel veel van deze mensen niet in beeld zijn bij de zorg en dus nergens op de radar zitten. Dat maakt hulpverlening heel moeilijk. De Landelijke agenda is er en daarin is daar echt ruim aandacht aan besteed. De gatekeeperstrainingen worden juist in het onderwijs, de schuldhulpverlening en dat soort niet-zorgsectoren gegeven om hierin verbetering aan te brengen. Daarvoor zijn ook financiële middelen toegekend. Ik zal de Kamer berichten over de stand van zaken.

De uitvoering van de Landelijke agenda komt echt aan het eind van het jaar. Ik heb in mijn inleiding al een aantal schetsen gegeven. De specifieke stand van zaken en de vorderingen krijgen wij aan het eind van het jaar. Ik kom bij het feit dat 113Online geen grote bekendheid geniet. Primair is dat aan Stichting 113Online, die volledig door VWS wordt gefinancierd. Die moet ook zelf bekijken hoe zij in de samenleving en onder professionals meer aandacht kan krijgen. Wij zullen met haar bespreken hoe zij dat zelf wil verbeteren. Ik denk dat het ook wel aan de orde is dat wij zelf bekijken of wij er niet ook meer aandacht voor kunnen vragen via onze geëigende kanalen; ik noem onze websites en onze communicatie. Daar gaan wij zeker ook naar kijken.

Ik kom bij ProRail. Zoals ik heb aangegeven, loopt het Programmaplan Preventie Spoor-suicide inderdaad van 2010 tot en met 2015. Zoals aangekondigd in het tweede deel van de Lange Termijn Spooragenda vindt in 2015 een actualisatie plaats van de Derde Kadernota Railveiligheid van I en M. Een vervolg van het Programmaplan Preventie Spoor-suicide wordt in deze actualisatie opgenomen.

De verbetering van de behandeling is nodig en mogelijk. Daarvoor zijn aanzetten gegeven. Een aantal van u heeft gezegd dat wanneer zo'n richtlijn al zo lang bestaat, die ook daadwerkelijk moet worden opgepakt in plaats van dat het een papieren werkelijkheid blijft. Dat vinden wij ook. De sector is hierbij primair aan zet want die moet het gaan toepassen. Dat kunnen wij niet zelf doen, dat zal de sector moeten doen. Ik vind dat het absoluut moet verbeteren. Dat is ook de reden waarom het Trimbos-instituut op verzoek van VWS een implementatieplan heeft opgesteld. Dat biedt aanknopingspunten en aanbevelingen. In 2014 is hiermee begonnen en voor de uitvoering van dit plan heeft het Trimbos-instituut financiering van ZonMw gekregen voor de periode januari 2014 tot juli 2015. Kortom, niemand zit te wachten op een papieren werkelijkheid. Een en ander moet ook echt in de praktijk worden gebracht. Het plan ziet overigens ook op nascholing en training van huisartsen, ggz-professionals, spoedeisende-hulpverleegkundigen, consultatieve psychiaters et cetera. De kosten van die trainingen worden vergoed middels de financiering door ZonMw. Er worden ook educatieve producten verspreid. Zo wordt er een stevige inzet gepleegd om van papier naar praktijk te gaan.

Verder is gevraagd hoe ik aankijk tegen het beleid van instellingen in de geestelijke gezondheidszorg. Bij meldingen van suicide door de instelling beoordeelt de inspectie de context en gaat zij na of er sprake is geweest van verantwoorde zorg. De inspectie beoordeelt de evaluaties van suicides en het zelfverbeterend vermogen op twee manieren. Na de verplichte suicidemelding ontvangt de inspectie rapportages van de interne onderzoeken die de instelling uitgevoerd heeft. Deze beoordeelt de inspectie aan de hand van het toetsingskader. Op basis van de bevindingen kan de inspectie aanvullende vragen stellen of een eigen onderzoek instellen. De inspectie beoordeelt dus of er sprake is geweest van verantwoorde of niet verantwoorde zorg. De inspectie betreft bij haar oordeel ook alle beschikbare risico-indicatoren van de desbetreffende instelling. Een aanvullend onaangekondigd inspectiebezoek kan deel uitmaken van het eigen inspectieonderzoek. Stichting 113Online is net gestart met de taak om de activiteiten van de Landelijke agenda te coördineren en aan te jagen onder alle betrokken actoren, waaronder dus

ook de instellingen. Ik zal de Kamer ook op de hoogte stellen van de vorderingen op dat gebied.

De heer **Bisschop** (SGP): Dit gaat in feite over de afhandeling en de begeleiding, maar mijn vraag richtte zich ook op het preventiebeleid. Wordt er door instanties ook gekeken naar de mate waarin die instellingen hun suïcidepreventiebeleid vormgeven en moet daar niet meer in geïnvesteerd worden?

Minister **Schippers**: Dat is onderdeel van dit onderzoek. Als er suïcide is gepleegd, is er ergens iets misgegaan. De inspectie gaat dan na hoe het heeft kunnen gebeuren en of er genoeg is gedaan door de desbetreffende instelling om suïcide te voorkomen et cetera.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het kan zijn dat de Minister er nu geen inzicht in heeft of dat ze de gegevens niet beschikbaar heeft, maar mijn punt is dat er een aantal jaren geleden iets is gewijzigd in de meldplicht van instellingen na een suïcide binnen hun muren. De melding zou niet meer direct gedaan moeten worden maar zou gedaan kunnen worden in lopende rapportages. Het kan bijvoorbeeld dus pas na een half jaar bekend worden dat er in een bepaalde maand meerdere suïcides zijn voorgevallen in een instelling. Mijn vraag is of daar een evaluatie over beschikbaar is. Toentertijd is deze werkwijze afgesproken omdat die het toezicht zou vergemakkelijken. We hebben er toen ook over gewisseld, wellicht ook met toenmalig Minister Klink. Als die evaluatie er is, is mijn vraag aan de Minister om die naar de Kamer te sturen samen met de update over het plan. Het gaat daarbij met name om de vraag of de inspectie iets kan doen op het moment dat er wellicht sprake is van ondermaatse zorg.

Minister **Schippers**: Dat debat was toen met mij; ik kan mij dat nog heel goed herinneren. Eind van dit jaar is de evaluatie overigens klaar. Het eigen risico kan nooit een belemmering zijn om naar de huisarts te gaan, want voor de huisarts geldt geen eigen risico. Vanmiddag komen we nog wat meer specifiek te spreken over het eigen risico en dan zal ik ook nader ingaan op de compensatie. Het eigen risico wordt gecompenseerd waardoor het feitelijke bedrag heel anders is. Met de POH-GGZ versterken we in de eerste lijn het ggz-aspect. Eerlijk gezegd hoop ik dat dit ook zal helpen om de doorstroom te verbeteren omdat de problematiek van een heleboel van deze mensen die we nu nog niet op de radar hebben, dan beter wordt herkend.

Dan de crisisbedden en de basis-ggz en de specialistische ggz. Er worden nu al trainingen aangeboden aan huisartsen zodat ze suïcidale klachten beter kunnen herkennen. Een tweede belangrijke factor is de zo-even genoemde POH-GGZ. Daarnaast is er mogelijkheid om in acute gevallen contact op te nemen met de crisisdienst. Huisartsen worden in die acute gevallen ondersteund via de crisisdienst. Ook is er inmiddels de mogelijkheid voor huisartsen om een psychiater te consulteren, hetgeen vroeger niet kon. Een medisch specialist kan voor een consult in de eerste lijn ingeroepen worden. Dus ook op dat terrein hopen we een verbeteringslag te kunnen maken. Uiteindelijk kan ook doorverwezen worden als een specifiek geval niet bij een huisarts thuishoort maar bij de meer gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Dan is het heel belangrijk dat in die keten de acute zorg beter samenwerkt en dat die zorg beter afgestemd wordt met de andere partijen die hierbij betrokken zijn. Die keten is echt cruciaal. Daar is ook een kwaliteitsslag in gemaakt die ook nog verder moet worden geïmplementeerd. Op dit moment is de regionale samenwerking verschillend van structuur en kwaliteit. Daarom heeft VWS het initiatief genomen om de verschillende ketenpartners met

elkaar in contact te brengen en ketenafspraken te realiseren. Dit traject loopt nog.

Mevrouw **Leijten** (SP): De vraag die ik heb gesteld, is of de Minister niet het risico ziet dat, los van de energie en de inzet die gepaard gaan met de Landelijke agenda, door de veranderingen rond het eigen risico, door de afbouw van crisisbedden en überhaupt ggz-bedden en door de veranderingen in de ggz qua financiering, in feite het paard achter de wagen wordt gespannen. Wordt de vinger wel aan de pols gehouden? De Minister legt nu uit hoe het zit en dat is prima; we kunnen ook verschillend denken over wat de gevolgen zijn van de verschillende maatregelen, maar ik wil graag weten of ook rekening wordt gehouden met die gevolgen. We kunnen iedereen wel trainen en de keten kan op een bepaald moment ook wel op orde zijn, maar als de patiënt zich niet wil laten doorverwijzen omdat hij simpelweg het geld niet heeft, dan is dat toch wel een probleem. Suïcide komt acht keer meer voor bij mensen die een uitkering hebben dan bij mensen die werken. We weten dat de sociaaleconomische situatie van mensen met een uitkering gewoon slechter is dan die van mensen die werken. Wordt daar ook naar gekeken? Mij baart het zorgen dat ...

De **voorzitter**: Mevrouw Leijten, kort graag. Uw vraag is duidelijk. De Minister gaat nu antwoorden.

Minister **Schippers**: Het is natuurlijk iets waar je zeker actie op moet ondernemen. Gemeten over een periode van vijftien jaar zie je dat het aantal suicides onder mensen met een uitkering veel hoger is. Dat loopt door alle systemen heen, zoals wel of geen no-claim of wel of geen eigen bijdrage. Aangezien in Europa sprake is van hetzelfde beeld, ondanks de totaal verschillende financiële stelsels, vind ik het te gemakkelijk om het op geld te gooien. Bij mensen die geen baan hebben gaat het niet alleen om geld maar ook om het feit dat men geen sociale omgeving en geen dagritme heeft. Ik heb met ouders gesproken die kinderen hebben die in de dertig zijn en die hun dag- en nachtritme hebben omgegooid. Ook dat heeft er dus mee te maken. Het zou dus te gemakkelijk zijn om het alleen op geld te gooien. Bovendien is het niet zo dat er wordt gezegd: we bouwen het aantal crisisbedden af en verder zoekt u het maar uit als u er een nodig heeft. Afgesproken is juist dat in plaats van dat we aan de achterkant gaan «dweilen», we aan de voorkant veel meer doen aan preventie, signalering, opvang door de huisarts, POH-GGZ, trainingen, ambulantisering en Fact-teams. In overleg met alle professionals en de instellingen proberen we de zorg veel dichterbij de mensen te brengen en daarmee de zorg te verbeteren. Houd ik dan de vinger aan de pols? Ja, meer dan dat. De overleggen over het hoofdlijnenakkoord vinden regelmatig plaats. We krijgen signalen en vangen die ook op en dan wordt er vervolgens over gesproken. Dit is weliswaar een ontzettend moeilijk onderwerp dat vele aspecten kent, maar ik vind het iets te gemakkelijk om te zeggen dat de afbouw van bedden in de crisisdienst te maken heeft met de stijging van het aantal suicidegevallen. Het jaar daarvoor was die afbouw er nog niet en toen steeg het aantal ook. Bovendien stijgt het aantal in andere landen ook. We moeten dus veel dieper kijken naar de oorzaak om dit effectief te bestrijden.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik zou het echt heel spijtig vinden als de Minister mijn betoog en mijn vragen op dit punt weg zou zetten als «alleen zorgen rond de financiële toegang en de beschikbare capaciteit». Dat is namelijk absoluut niet wat ik heb gezegd en wat ik heb bedoeld. Ik maak mij er wel zorgen over dat er verschillende signalen zijn dat de toegankelijkheid en de beschikbaarheid van de gezondheidszorg onder druk staan. Hoe zit het met de wachtlijsten in de ggz? We hebben daarin geen inzicht. Tegelij-

kertijd zien we dat er veel inspanning is. Ik vraag de Minister of zij hier oog voor heeft en ook risico's ziet. Dan legt zij mij het beleid uit. Prima, tot uw dienst, dat kan ik ook heel goed begrijpen, maar ik vraag de Minister of zij risico's ziet. Wij weten ook wel dat het hierbij niet alleen gaat om financiële toegankelijkheid maar dat neemt niet weg dat wij ons wel zorgen maken op dat punt. Ik zou graag zien dat deze Minister zich daar ook rekenschap van geeft.

**Minister Schippers:** Dat doe ik ook. Vanaf het moment dat we in het kader van het Lenteakkoord hebben besloten om het eigen risico te verhogen, heb ik een en ander uitgebreid met de Kamer gewisseld. Vorig jaar bij de begrotingsbehandeling is mij gevraagd om voor de begroting te kijken naar de effecten wat betreft zorgmijding. Ik heb toen gezegd dat ik dit zou onderzoeken maar dat er wel belemmeringen zijn ten aanzien van hetgeen je op korte termijn op dat punt zou kunnen doen. Afgesproken is toen dat er in ieder geval alvast een kwalitatief onderzoek zou plaatsvinden. De resultaten daarvan heb ik geleverd aan de Kamer. Daarmee kon ik laten zien wat de eerstelijnschijfers waren ten aanzien van welke zorg er is gebruikt, ook in verhouding tot andere jaren. De tweedelijnschijfers – dat weet de Kamer ook – laten nog op zich wachten. Ik doe al die onderzoeken omdat ik het ook belangrijk vind om te kijken wat de gevolgen zijn van zo'n beleidsmaatregel. Zodra het laatste onderzoek is afgerond in het voorjaar van 2015 kunnen we daadwerkelijk met elkaar conclusies trekken. In oktober zullen we inzicht hebben in de ggz-wachtlijsten; dat betreft de monitor die ik bij de basis-ggz laat meelopen.

De heer Voordewind en mevrouw Leijten hebben gesproken over de informatievoorziening richting de nabestaanden. Ik deel hun ongemakkelijke gevoel daarbij en zelfs meer dan dat; ik kan mij voorstellen dat ouders soms tot razernij gebracht worden omdat ze willen weten wat er met hun kind in zo'n instelling aan behandeling is gebeurd. Dan zit je dus op het snijvlak van de informatie die je wilt hebben over naasten en de heel strikte privacyregels die we met elkaar hebben afgesproken. Die privacy en het beroepsgeheim zijn heel belangrijk voor het waarborgen van vrije toegang tot zorg. We hebben er op allerlei terreinen steeds ook discussie over. Waar moet die grens liggen? Het gaat over informatie over de patiënt. Die informatie is van de patiënt en die kan altijd aangeven of anderen die informatie wel of niet mogen krijgen. In de psychiatrie ligt het heel gevoelig en heb ik heel vaak deze discussies. Je ziet dat er daar dan allerlei belangen worden afgewogen. Ik kijk al met enige regelmaat samen met Veiligheid en Justitie waar de grenzen liggen, maar ik zal nu na laten gaan of we in dezen het evenwicht goed hebben bepaald. Dat gaat dan specifiek over het volgende: een kind of een partner heeft suïcide gepleegd en de nabestaanden willen daar informatie over hebben. Naar dat specifieke onderwerp wil ik laten kijken.

De heer **Voordewind** (ChristenUnie): Ik dank de Minister voor haar bereidheid om hierover na te denken, wat natuurlijk ook de kern is van het boek dat ik heb overhandigd. Wanneer kunnen we overigens de reactie van de Minister tegemoet zien?

**Minister Schippers:** Ik ga met experts eerst na wat er op dit punt al aan informatie ligt. Ik zal u er dan in ieder geval voor de begrotingsbehandeling over berichten wat ik precies zal gaan doen, in de zin of er al dan niet een specifieke studie zal worden verricht et cetera.

De heer Kuzu zou ik willen zeggen dat het dbc-systeem een bekostigings-systeem is om zorg te kunnen declareren bij de zorgverzekeraar. Een dbc mag alleen persoonsgegevens bevatten die strikt noodzakelijk zijn voor de zorgverzekeraar om zijn rol te kunnen vervullen. Andere informatie mag in dat kader niet worden gegeven. Ik denk dat het ook niet wenselijk is als we

daarnaast andere informatie aan een dbc gaan koppelen. Wel is het belangrijk dat behandelaars in het patiëntendossier niet alleen informatie over suïciderisico's en behandelingen ter zake opnemen maar dat ze die ook up-to-date houden en die ook goed met elkaar wisselen. Het is de bedoeling dat de gatekeepers juist buiten de zorg worden ingezet. Momenteel worden ze ingezet bij schuldhelpverlening, onderwijs, uitkeringsinstanties en incassobureaus. De suggestie van de heer Kuzu ten aanzien van de wijkagent zal ik met 113Online bespreken. Die lijkt mij namelijk een belangrijke partij die hierin iets zou kunnen betekenen. Ik heb al aangegeven dat ik over het punt van het grotere bereik in gesprek zal gaan om na te gaan wat wij hierin kunnen doen. Dan het punt van de geneesmiddelen met een verhoogd risico op suïcide. In een artikel in de NRC van 25 juni werd gerefereerd aan een Amerikaans onderzoek waaruit naar voren komt dat kinderen en jongvolwassenen in Amerika sinds tien jaar minder antidepressiva slikken. Deze middelen worden minder voorgeschreven omdat aangetoond is dat het slikken van die middelen bij sommige jonggebruikers suïcidedachten oproept maar ook agressie. Uit het onderzoek dat door Harvard Medical School is gedaan onder 7,5 miljoen Amerikanen bleek dat de afname van dit gebruik niet heeft geleid tot een afname van suïcides of suïcidedachten. Het boogde effect van minder zelfmoordpogingen is daarmee helaas niet bereikt. Integendeel, het aantal nam toe, mogelijk als gevolg van het niet krijgen van de juiste behandelingen. Ik zeg «mogelijk», want het is enigszins speculeren. Uit ander onderzoek bleek dat jongeren minder vaak de diagnose depressief hebben gekregen en dat jongeren niet vaker andere vormen van zorg aangeboden krijgen, zoals psychotherapie of andere medicatie. Het blijft van belang dat we meer te weten komen over de mate waarin ernstige bijwerkingen zich kunnen voordoen bij het slikken van medicatie. Zowel patiënten zelf als beroepsbeoefenaren moeten het belang inzien – ik kan dat niet meer dan heftig onderstrepen – om dat bij Lareb te melden, omdat daarmee belangrijke informatie vrij kan komen. Het is natuurlijk van belang dat zorg geboden wordt aan die kwetsbare groep jongeren. Er ligt een document over ketenafspraken. Het Trimbos-instituut voert dit plan uit tot halverwege 2015. 113Online zal hierop nog verder inzetten bij de implementatie in het kader van de uitvoering van de Landelijke agenda. Als VWS zijn wij actief aan de slag om de ketenpartners in de acute ggz met elkaar afspraken te laten maken.

**De voorzitter:** Namens D66 heb ik een vraag. Als ik de Minister goed begrijp zijn er op dit punt nog geen concrete afspraken gemaakt en wordt daaraan nog gewerkt. Hoe kan het nu dat het zolang duurt? Er wordt nu gezegd dat het Trimbos-instituut de implementatie gaat doen en dat 113 Online er ook bij wordt betrokken. Je zou echter verwachten dat veel meer de urgentie ervan wordt gezien. Is de Minister het met mij eens dat er veel meer snelheid bij betracht moet worden?

**Minister Schippers:** Het is niet zo dat het Trimbos-instituut er nu pas mee begint; het is er in januari mee begonnen. Het plan is van eind vorig jaar en in januari is men met dit traject begonnen. De stand van zaken van dat traject krijgt de Kamer eind dit jaar. Ik deel overigens met u dat als de richtlijnen er eenmaal zijn, de implementatie ervan sneller zou moeten; het heeft overigens ook wel te maken met processen die aangepast moeten worden. We weten ook allemaal dat het in de praktijk lastig is om dat daadwerkelijk van de grond te krijgen. Ik meen al een en ander gezegd te hebben over de kennis en de competenties van hulpverleners. Ik denk dat V&VN het goede voorbeeld heeft gegeven door extra competenties toe te voegen ten aanzien van het omgaan met suïcidaal gedrag als specifieke beroepsprofielen. Dat is een heel belangrijke stap. Verder wijs ik op de activiteiten die het NHG op dit



punt ontwikkelt. Het is ook van belang dat de beroepsgroepen dit zelf voortvarend oppakken. Een aantal beroepsgroepen doet dit ook al en andere moeten dit nog gaan doen.

Wat betreft de rol van de gemeenten heb ik al gezegd dat ik het voorbeeld van Venlo onder de aandacht zal brengen van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten. Dat is ook een mooi moment om aandacht te vragen voor dit onderwerp. Ook zal het in het kader van de Jeugdwet op het netvlies moeten komen. Dus ik zal dat in de gesprekken ook agenderen.

Ik meen hiermee de antwoorden op de gestelde vragen te hebben gegeven.

De **voorzitter**: Ik had namens mijn fractie nog gevraagd om extra aandacht voor LHBT-jongeren.

Minister **Schippers**: Daarvan heb ik gezegd: laat ik de onderzoeksagenda bekijken ten aanzien van LHBT-jongeren en ouderen bij wie suïcide ook enorm toeneemt. Bij de Landelijke agenda die eind dit jaar komt zal ik de Kamer aangeven wat de experts mij hebben verteld over wat we op dat gebied kunnen doen.

De **voorzitter**: Goed.

Dan gaan we thans over tot de tweede termijn, waarbij per fractie een spreektijd geldt van maximaal twee minuten.

De heer **Voordewind** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar beantwoording. Bij dit onderwerp zien we dat we eigenlijk allemaal hetzelfde doel nastreven, namelijk om het aantal suïcides naar beneden te krijgen. We zoeken allemaal naar middelen die daaraan zo effectief mogelijk bijdragen.

Met betrekking tot het streefcijfer van 1% begrijp ik dat de sector zegt dat het met name van belang is om de stijging van het aantal suïcides om te buigen. Het zou inderdaad mooi zijn als dat zou lukken. Mijn vraag aan de Minister is dan wel of die 1% dan even in de ijskast wordt gezet. Moeten we niet gewoon ambitie tonen door te zeggen: natuurlijk moeten we het ombuigen, we moeten naar die 1% toe? Dat heeft misschien ook alles te maken met het programma waarover we het vandaag hebben gehad. Het is goed dat 113Online zich bezighoudt met gatekeeperstrainingen, maar als we zien dat deze stichting nog maar 1% naamsbekendheid heeft, dan houd je je hart vast als die straks naar 3% gaat. Dat betekent dan namelijk dat ze veel meer capaciteit moet gaan inhuren. Zijn we dan bereid die capaciteit bij 113Online te financieren? Je kunt niet aan de ene kant werken aan die naamsbekendheid en aan de andere kant opeens overvallen worden door een grotere toename. Dus het een houdt met het ander verband. Zijn we met z'n allen ook bereid om als de naamsbekendheid groter wordt, meer geld beschikbaar te stellen voor deze stichting?

Bij de Raad voor de Journalistiek is er weliswaar een beroepscode maar daarin wordt niets vermeld over suïcidepreventie als het gaat om het communiceren erover. Ik heb er eerder al op aangedrongen bij de Raad voor de Journalistiek om in die code specifiek een punt daarover op te nemen zodat journalisten geen details meer vermelden en bijvoorbeeld niet romantisch verhalen over een «laatste uitstap» et cetera. De tips van de Ivonne van de Ven Stichting zijn bekend. Ik zou het dan ook fijn vinden als de Minister hierover met de Raad voor de Journalistiek in overleg treedt.

Mevrouw **Tellegen** (VVD): Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar toezegging dat zij in gesprek zal gaan met ZonMw om verder te kijken

naar de achtergrond van de verschillende groepen. Ik kijk uit naar de uitkomst van dat gesprek.

De VVD vindt het verder zorgwekkend dat de helft van de mensen om wie het gaat nog steeds niet op de radar is. Ik heb overigens wel van de Minister begrepen dat dit een van de prioriteiten is in het kader van de Landelijke agenda die nu worden uitgerold. Ik ben dan ook benieuwd wat daarover in de rapportage die eind van het jaar verschijnt, opgenomen zal zijn.

Ik ben het eens met wat de heer Voordewind heeft gezegd over 113Online en het spanningsveld tussen een toename van het aantal mensen die er gebruik van maken en de daarmee gepaard gaande financiering. De Minister heeft overigens al aangegeven dat ze met deze stichting in gesprek zal gaan. Ik ben dan ook benieuwd naar wat daar uit zal komen. Dan ProRail. Weliswaar is er sprake van een daling van het aantal mensen dat voor de trein springt maar het huidige aantal van 198 vind ik nog altijd heel hoog. De daling is een succesje maar het is nog een kleine daling. We wachten op het vervolg ervan. De Minister heeft aangegeven dat een besluit over wat er na 2015 op dat punt gaat gebeuren, later zal vallen. Ik wijs nogmaals op het grote belang van een gedegen onderzoek naar jongeren met suïcidale gedachten. Ik ben dan ook blij dat er op dat punt een voorstel tot wetswijziging bij de Raad van State ligt. Wij zien die dan ook graag tegemoet.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Voorzitter. Ik dank de Minister voor de uitgebreide beantwoording. Ik denk dat we met elkaar delen dat het hier een probleem betreft waarvoor slechts deels vanuit de politiek oplossingen kunnen worden aangereikt en dat er helaas nog heel veel suïcides zullen blijven voorkomen met alle tragische gevolgen voor alle betrokkenen van dien.

Ik ben blij dat we voor het kerstreces het wetsvoorstel zullen ontvangen dat ertoe strekt het onderzoek bij jongeren onder de 18 jaar meer mogelijk te maken.

Op mijn eerdere vraag over het effect van het onthouden van antidepressiva op het voorkomen van geweld en zelfmoord, heb ik de Minister horen zeggen dat uit Amerikaans onderzoek blijkt dat het minder slikken van antidepressiva niet heeft geleid tot lagere zelfdodingscijfers. Nu was er laatst een uitzending op tv waaruit blijkt dat mensen met een bepaald soort DNA veel gevoeliger zijn voor de effecten van antidepressiva. Ik vraag mij af of in dat Amerikaanse onderzoek ook daarnaar gekeken is. Als dit echt zo'n effect blijkt te hebben voor deze groep, is dat iets waar we met elkaar naar moeten kijken. Helaas kan ik het antwoord van de Minister daarop nu niet afwachten omdat ik wegens verplichtingen elders dit overleg moet verlaten, maar haar kennende is dit een onderwerp dat haar zeker intrigeert zodat ze er, naar ik aanneem, navraag naar zal doen. Als er namelijk sprake is van genoemd effect, zullen we daar concreet iets mee moeten doen.

De heer **Bisschop** (SGP): Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar gedegen reactie op de verschillende vragen. De punten die ik nog nader wilde onderstrepen heb ik al bij interruptie benoemd. Ik beperk mij er nu toe nog eens te benadrukken hoe belangrijk het onderzoek is naar de onderliggende oorzaken. Als je daar meer zicht op hebt, kun je ook een effectief preventiebeleid vormgeven. De Minister heeft toegezegd dat dit in het overzicht meegenomen zal worden. Ik hoop van harte dat dit ook zal leiden tot een prioriteit in het beschikbaar stellen van middelen voor onderzoek.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Zoals eerder gezegd, ben ik onder de indruk van de manier waarop professionals met elkaar plannen maken om te kijken hoe zelfdodingen voorkomen kunnen worden. Er is sprake van

een weerbarstige praktijk waarbij vele aspecten meespelen, zoals sociale aspecten, neurologische aspecten en medicinale aspecten. Ook de toegang tot zorg is zo'n aspect. Dat is ook waarom ik vind dat dit aspect niet onderbelicht mag zijn. Ik hoop echt dat de Minister zich niet doof houdt voor onze zorgen daarover en ze ook niet bagatelliseert. Waar de Minister zegt dat we ervoor moeten zorgen dat plannen, medische richtlijnen, ketenzorg en multidisciplinair werken niet verworden tot een papieren werkelijkheid, dus dat de inzet uiteindelijk niet leidt tot een adequate werkwijze, geldt dat ook voor de toegang tot de zorg. Hoe goed de keten ook is, deze staat of valt bij de deelname van degenen voor wie die keten is bedoeld. Als die deelname wordt beperkt als gevolg van de financiële toegang dan is dat niet iets om weg te poetsen.

Ik ben blij met de toezegging van de Minister dat zij bij ZonMw advies zal vragen over onderzoeken. Ik denk dat dit goed is. ZonMw heeft daar ook inzicht in. We moeten onderzoek van wetenschappers ook vooral niet overgaan doen want zij zijn daar beter in dan wij. Wij moeten ons voordeel doen met die onderzoeken. Dat de Minister gaat kijken naar hoe een familie inzage kan krijgen in de gegevens over de laatste fase of überhaupt over de zorg voordat er een zelfdoding heeft plaatsgevonden in de familie, vind ik heel goed. Ik kijk daar met belangstelling naar uit. Ik deel namelijk wel met de Minister dat het altijd een moeilijke afweging is om het beroepsgeheim aan te tasten voor deze inzage. Wellicht kan dat met een tussenpersoon, zoals een notaris of een patiënt- of familievertouwenspersoon. Ik ga ervan uit dat de Minister naar al dit soort aspecten zal kijken.

De heer **Kuzu** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar uitgebreide beantwoording.

Ik vind twee punten nog wel heel erg belangrijk. Het eerste is dat we steviger inzetten op de herkenbaarheid en de bekendheid van 113Online. De Minister heeft aangegeven dat zij daarover in gesprek gaat met deze stichting. Ik zou echt nog eens de wens van deze commissie willen onderstrepen dat die bekendheid wordt vergroot.

Het tweede punt betreft de recidive van suïcide. Ik heb gevraagd naar de mogelijkheden hieromtrent in het kader van de dbc. In mijn ogen is dit ook een stukje laaghangend fruit. Er zijn mensen die recidiveren. Als het goed is hebben we die op het netvlies. Dit is volgens mij dan ook een van de manieren om het voor elkaar te krijgen. Ik heb begrepen dat er wetstechnische bezwaren aan kleven, maar ik ga ervan uit dat in de Landelijke agenda en de brief die de Minister hierover nog gaat sturen, een aantal concrete en specifieke maatregelen opgenomen zullen zijn om recidive van suïcide te voorkomen.

#### **Voorzitter: Voordewind**

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ik sluit mij over het algemeen aan bij wat de vorige sprekers hebben gezegd. Ik prijs de inzet van de Minister als het gaat om de preventie-agenda. Het is belangrijk dat de urgentie op dat punt wordt gevoeld en dat er ook snel wordt gehandeld in de praktijk.

Met betrekking tot de LHBT-jongeren is ten opzichte van andere groepen sprake van een veel hoger aantal zelfdodingen. In dat kader is het van belang dat de Minister hierover ook in gesprek gaat met de desbetreffende belangenverenigingen, zoals het COC, omdat die heel veel zicht hebben op wat er allemaal aan deze problematiek is gerelateerd. In mijn eerste termijn heb ik specifiek aandacht gevraagd voor de familiedrama's als gevolg van suïcide. Ik heb het dan over gevallen waarin iemand suïcidaal is en zijn of haar gezin daarin meeneemt. Daarvan willen we graag weten wat er dan gebeurt, hoe je dat kunt voorzien en vooral hoe je dat kunt voorkomen.

## Voorzitter: Pia Dijkstra

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ten aanzien van de streefcijfers hebben we het advies van de VU al opgevolgd. Ik denk dat het heel belangrijk is dat we alle partijen verenigen met het oog op hetzelfde doel. Het stoppen van de stijging is echt al heel ambitieus. Dat doen we eerst voordat we verlaging nastreven. Ik denk dat we nu al heel ambitieus zijn door dit echt te willen. Die ambitie wil ik er ook echt in houden. De Landelijke agenda straalt dit ook uit.

Als de naamsbekendheid van 113Online groter zou worden, kan het zijn dat de capaciteit moet toenemen. Je moet echter het een niet laten omdat je het andere vreest. Ik zal er met 113Online over in gesprek gaan en zal ook zelf op het departement nagaan wat wij zouden kunnen doen en of onze exposure daarbij van betekenis kan zijn.

Dan het punt van de media. De Staatssecretaris van I en M en ikzelf hebben met GGZ Nederland, de Ivonne van de Ven Stichting, ProRail en 113Online overleg gevoerd. Zij onderschrijven de noodzaak om met de media in gesprek te gaan. 113Online zal in het kader van de uitvoering van de Landelijke agenda een workshop ten behoeve van de opleiding journalistiek ontwikkelen over de wijze waarop verantwoord kan worden bericht over suïcide. Daarnaast zal een mediacode worden ontwikkeld voor experts en woordvoerders ter bewustwording van de gevoeligheid van dit onderwerp waarbij er ook aandacht zal zijn voor de meest aangewezen wijze van communicatie hierover. Op het verzoek aan mij om hierover in gesprek te gaan met de Raad voor de Journalistiek is mijn antwoord: ja. Het maakt ook deel uit van de Landelijke agenda maar we zullen dat zeker doen.

De vraag van mevrouw Keijzer over DNA en het onderzoek op dat punt kan ik nu niet beantwoorden. Ik zal Lareb vragen om mij de stand van zaken te geven, zodat ik daarover kan berichten.

Dan de vraag over de onderliggende oorzaken. Ik denk dat dit tevens het meest ingewikkelde vraagstuk is. Ik heb begrepen dat er weliswaar onderzoek naar is gedaan maar dat het heel complex is. Misschien is het wel het moeilijkste vraagstuk maar het is in ieder geval een heel ingewikkeld vraagstuk. Ik zal er overigens nog op terugkomen. In ieder geval zal ik wanneer het gaat om de ZonMw-onderzoeksofzet specifiek ingaan op de vraag waarom we het wel of niet gaan doen.

Als de indruk is ontstaan dat ik het punt van de toegang tot de zorg bagatelliseer wil ik die hier echt wegnemen. Ik bagatelliseer dat zeker niet. Ik heb heel veel discussies gehad met de Kamer en met de sector over bijvoorbeeld de afschaffing van de eigen bijdragen voor de ggz. Het is ook niet voor niets dat ik onderzoek doe en dat doe ik niet om er vervolgens niets mee te doen. Dat onderzoek volgen wij direct. Nederland heeft ten opzichte van andere landen ook een heel bijzondere positie waar het gaat om het eigen risico. Heel veel landen hebben namelijk een eigen bijdrage per keer, wat dus weer anders uitpakt. Als ik in het eerste kwartaal van 2015 de harde gegevens heb, die nu nog ontbreken, zal ik weer met de Kamer in gesprek gaan over wat het onderzoek zegt en wat we daarmee zouden moeten doen.

Ik ben het met mevrouw Leijten eens dat het beroepsgeheim in dezen een heel moeilijk aspect is. Ik zal haar suggestie om na te gaan of ook patiënt- of familievertrouwenspersonen hierin een rol kunnen spelen, wegen en in de gesprekken meenemen.

Een groot deel van de Landelijke agenda is wel degelijk gericht op recidive van suïcide. De rol van het patiëntendossier is ongelofelijk belangrijk, in de zin dat daarin ook aantekeningen worden gemaakt op het punt van recidive. In de verslaglegging in het kader van de Landelijke agenda zal ik specifiek een apart kopje recidive opnemen, waarbij, naar ik hoop, ook positieve resultaten kunnen worden gemeld.

Dan de vraag of wij ten aanzien van de LHBT-groep in gesprek willen gaan met de desbetreffende belangenorganisaties. Dat zal gebeuren. Mijn ministerie zal daarmee in gesprek gaan.

De vraag hoe familiedrama's bij suïcide kunnen worden voorkomen zal ik bij ZonMw neerleggen. Hoe dramatisch en hoe ingewikkeld het is, dat is wel een-op-een. Het is vervelend om nu af te sluiten met te zeggen dat ik er nu niet nader op kan ingaan, maar ik zal het in ieder geval aankaarten bij ZonMw.

De **voorzitter**: Hiermee zijn we gekomen aan het eind van dit algemeen overleg. Ik dank de Minister en de verschillende fracties voor hun inbreng.

Sluiting 11.55 uur.