

Vergaderjaar 2009–2010

**22 894**

## **Preventiebeleid voor de volksgezondheid**

**Nr. 251**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 1 december 2009

#### **Inleiding**

Bij brief van 21 oktober 2008 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 22 894, nr. 192) hebben de minister voor Jeugd en Gezin en ik toegezegd om in het najaar van 2009 de Jaarrapportage Vermindering suïcidaliteit naar de Tweede Kamer te zenden. Hierbij zend ik, mede namens de minister voor Jeugd en Gezin, de Jaarrapportage Vermindering suïcidaliteit 2009, waarin ik zal ingaan op een aantal onderdelen van het suïcidepreventiebeleid, zoals dat is aangekondigd in mijn brief van 21 oktober 2008.

Tevens geef ik hierbij een stand van zaken van de uitwerking van de voornemens uit de Beleidsagenda Suïcidepreventie (Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 22 894, nr. 172).

De Beleidsagenda Suïcidepreventie heeft als doelstelling een verdere reductie van het aantal suïcides en andere vormen van suïcidaliteit door de preventie en behandeling van psychische stoornissen en het voorkomen van risicofactoren.

In aanvulling op de Beleidsagenda Suïcidepreventie heb ik in mijn brief van 21 oktober 2008 de inspanningsverplichting opgenomen om jaarlijks het aantal suïcides met vijf procent te verminderen. In de Jaarrapportage zal ik nader ingaan op de activiteiten die ik heb uitgevoerd om aan deze inspanningsverplichting gevolg te geven.

Het verheugt mij u te kunnen berichten dat in de uitwerking van de Beleidsagenda Suïcidepreventie door mij in samenwerking met GGZ Nederland al belangrijke stappen zijn gezet die ik hieronder zal toelichten. Door enerzijds gegevens te verkrijgen over suïcidaliteit, anderzijds ervoor te zorgen dat mensen die zorg nodig hebben, daadwerkelijk (weer) in zorg te krijgen en tegelijkertijd de kwaliteit van zorg te verbeteren, verwacht ik dat de Beleidsagenda Suïcidepreventie een bijdrage zal leveren aan het terugdringen van het aantal suïcides en suïcidepogingen. De in gang

gezette maatregelen hebben helaas nog niet kunnen resulteren in een afname van het absolute aantal suïcides over 2008.

De voornemens uit de Beleidsagenda Suïcidepreventie die ik reeds heb uitgevoerd, hebben in de eerste plaats betrekking op het verkrijgen van meer gegevens over suïcidaliteit. Hierbij zijn van belang de opdracht die ik eind 2008 aan het RIVM heb gegeven om de ziektelast van suïcidaliteit te berekenen en het verrichten van een voorstudie naar de mogelijkheden om de Monitor Volwassenen en de Monitor Ouderen uit te breiden met vragen over suïcidedgedachten en suïcidepogingen.

Vervolgens hebben andere voornemens uit de Beleidsagenda waarvan de uitvoering reeds is gestart, betrekking op de verbetering van de kwaliteit van zorg aan mensen met suïcidale klachten. Hierbij wijs ik op het protocol «Ketenzorg bij suïcidaliteit» dat in opdracht van het ministerie van VWS en van GGZ Nederland wordt ontwikkeld door het Trimbos instituut. Dit protocol heeft als doel de kwaliteit van zorg, de samenhang en de continuïteit van zorg te verbeteren. Verder wijs ik in dit verband op de multidisciplinaire richtlijn suïcidaliteit die momenteel wordt ontworpen en op de periodieke Nieuwsbrief Suïcidepreventie die GGZ Nederland zendt aan alle professionals.

Ten slotte zijn er ook voornemens uit de Beleidsagenda die betrekking hebben op het signaleren van suïcidale klachten en het (weer) in zorg krijgen van mensen met suïcidale klachten. De start van de Stichting 113online in september van dit jaar die hulpverlening biedt aan suïcidale mensen, is daar een concrete uitwerking van. Het signaleringsinstrument voor de herkenning van suïcidaliteit bij jongeren is een ander initiatief. Dit instrument wordt in het kader van het Programma Zorg voor Jeugd de komende jaren ontwikkeld en geïmplementeerd.

Na het ontwerpen van de multidisciplinaire richtlijn suïcidaliteit, die in 2010 wordt verwacht, zal opnieuw gekeken worden naar de ontwikkeling van een betrouwbare indicator suïcidepreventie en zal ik vervolgens een besluit nemen over de mogelijkheid van het stellen van een meer definitieve streefnorm.

In onderdeel 1 en 2 van de Jaarrapportage zijn de aantallen suïcides en de aantallen geregistreerde suïcidepogingen vermeld. Onderdeel 3 betreft de voortgang rond de streefnorm en de onderdelen 4 tot en met 7 hebben betrekking op onderwerpen van het suïcidepreventiebeleid, zoals deze zijn aangekondigd in mijn brief van 21 oktober 2008.

In onderdeel 8 wordt een overzicht gegeven van de stand van zaken van de uitwerking van de Beleidsagenda Suïcidepreventie en onderdeel 9 betreft de conclusie.

### **1. Het aantal suïcides.**

In vergelijking met andere Europese landen behoort Nederland tot de landen met het laagste aantal suïcides; alleen in Engeland en een aantal zuid-europese landen is het aantal suïcides lager. Zoals ik ook eerder in het standpunt op het Beleidsadvies Verminderen van suïcidaliteit heb opgemerkt, is het absolute aantal suïcides de afgelopen vijftien jaar min of meer constant gebleven met aantallen van rond de 1500 suïcides per jaar. In onderstaande tabel zijn de absolute aantallen suïcides in Nederland van de afgelopen drie jaar weergegeven uitgesplitst naar alle leeftijden en personen jonger dan 20 jaar. Tevens bevat de tabel de procentuele toe- of afname van het absolute aantal suïcides in vergelijking tot het voorgaande jaar en het gemiddeld aantal suïcides per 100 000 inwoners.

**Tabel absoluut aantal suïcides, procentuele toe- of afname en gemiddeld aantal suïcides (Bron CBS).**

	2006	2007	2008
Absoluut aantal suïcides onder alle leeftijden	1524	1353	1435
Absoluut aantal suïcides onder personen jonger dan 20 jaar	48	42	34
Procentuele toe- / afname tov vorig jaar	- 3 procent	- 11 procent	+ 6 procent
Gemiddeld aantal suïcides per 100 000 inwoners	9.3	8.3	8.8

Over de cijfers in de tabel wil ik opmerken dat ik verheugd ben over de omstandigheid dat het absolute aantal suïcides onder jongeren de afgelopen twee jaar is gedaald. Tegelijkertijd moet ik helaas constateren dat de meest recente cijfers over de absolute aantallen suïcides onder de gehele bevolking weer een stijging laten zien: de absolute aantallen in 2008 laten een stijging zien ten opzichte van de aantallen in 2007. Indien we de aantallen van 2007 vergelijken met de aantallen van 2006 dan is sprake van een onverwachte daling van ongeveer 11 procent. Vergelijken we het aantal suïcides over 2008 met het aantal over 2006 dan is nog steeds sprake van een daling van 6 procent en een jaarlijkse daling van 3 procent.

Om deze suïcidecijfers te kunnen interpreteren en te kunnen concluderen of sprake is van trendmatige toe- of afname, dient echter gekeken te worden naar een periode van meerdere jaren. Of sprake is van een trendmatige daling van het aantal suïcides of dat de aantallen de komende jaren (toch) weer zullen uitkomen op een aantal van rond de 1500, moet worden afgewacht.

Het Trimbos instituut heeft de forse daling in 2007 van het aantal suïcides onder de algemene bevolking onderzocht. Uit dit onderzoek (Trimbos, 2009) blijkt dat de daling van het aantal suïcides in Nederland over 2007 statistisch significant is en afwijkt van de dalingen in de aantallen vanaf de jaren tachtig van de vorige eeuw. Het onderzoek biedt echter onvoldoende gegevens om harde uitspraken te kunnen doen over de exacte oorzaken van de daling in 2007.

## **2. Het aantal geregistreerde suïcidepogingen.**

Niet alle suïcidepogingen leiden tot een geslaagde suïcide; het aantal suïcidepogingen is een veelvoud van het totaal aantal daadwerkelijk gerealiseerde suïcides. Het totaal aantal suïcidepogingen is niet bekend omdat niet alle suïcidepogingen leiden tot een medische behandeling of tot een opname in een ziekenhuis. Alleen die suïcidepogingen worden geregistreerd in registratiesystemen.

De organisatie Consument en Veiligheid publiceert jaarlijks het gemiddeld aantal geregistreerde suïcidepogingen in haar zogeheten Kerncijfers. De Kerncijfers baseert de gemiddelde aantallen suïcidepogingen op aantallen uit het Letsel Informatie Systeem (LIS) uit de Landelijke Medische Registratie (LMR).

In onderstaande tabel zijn de aantallen geregistreerde suïcidepogingen vermeld in de drie afgelopen perioden van vijf jaar. De vermelde aantallen zijn de gemiddelde aantallen per jaar.

**Tabel: gemiddeld aantal medische SEH-behandelingen en opnames i.v.m. suïcidepogingen per jaar.**

Soort opname/behandeling ivm suïcidepoging	2001 tot en met 2005	2002 tot en met 2006	2003 tot en met 2007	2004 tot en met 2008
Gemiddeld aantal ziekenhuis- opnames per jaar	9 700	9 900	9 900	9 800
Gemiddeld aantal SEH behandelingen per jaar	14 000	15 000	15 000	15 000

Bron: Consument en Veiligheid, Letsel door ongevallen en geweld, Kerncijfers en Suïcide en suïcidepogingen (2009).

In de tabel zijn niet meegenomen de suïcidepogingen die leiden tot letsel dat uitsluitend door de huisarts wordt behandeld. Suïcidepogingen die alleen door de huisarts worden behandeld, worden niet in een centrale huisartsenregistratie opgenomen.

Wél zijn aantallen bekend uit de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations (CMR) Peilstations van een representatieve groep van 61 huisartsen. Het absolute aantal meldingen van suïcides en suïcidepogingen uit de CMR Peilstations, geëxtrapoleerd naar het totaal aantal in Nederland dat gemeld is door huisartsen in 2008 bedraagt: 5 000. De absolute aantallen suïcides en suïcidepogingen gemeld bij huisartsen in 2006 en 2007 bedroegen respectievelijk 5 000 en 8 000. In de CMR Peilstations worden suïcides en suïcidepogingen bij elkaar opgeteld.

### **3. Voortgang rond de streefnorm.**

In mijn brief van 21 oktober 2008 heb ik aangegeven dat ik, in afwachting van een nieuwe indicator door de Stuurgroep Zichtbare Zorg ggz, er naar streef om het aantal suïcides jaarlijks met vijf procent te verminderen. Alvorens ik inga op de ontwikkeling van de indicatoren en gevolgen daarvan voor de op te stellen streefnorm, wil ik enkele kanttekeningen plaatsen bij de voorlopige streefnorm van vijf procent.

Het stellen van een streefnorm inzake het aantal suïcides is een complexe aangelegenheid, aangezien suïcidaliteit een multifactorieel vraagstuk is. Weliswaar is de zorgverlening aan mensen met suïcidale klachten een belangrijk onderdeel van het suïcidepreventiebeleid, maar dat is zeker niet de enige factor die van invloed is op het aantal suïcides. Daarnaast spelen bijvoorbeeld persoonlijke omstandigheden en erfelijke aanleg ook een rol in het suïcideproces. Verder is een belangrijk deel van het aantal mensen dat suïcide pleegt, op het moment dat zij daarin slagen, om verschillende redenen, niet of niet meer in zorg. Dit betekent dat hoe goed de zorg voor mensen met suïcidale klachten ook wordt georganiseerd, er zullen – helaas – altijd mensen blijven die er in slagen een einde aan hun leven te maken.

Gelet op het aantal suïcides in de afgelopen vijftien jaar waarbij het absolute aantal suïcides niet beneden de 1500 is geweest, is een jaarlijkse reductie van het aantal suïcides met vijf procent wellicht een te ambitieuze doelstelling.

Met het stellen van deze voorlopige streefnorm heb ik vooral mijn ambitie met de aangekondigde voornemens uit de Beleidsagenda Suïcidepreventie, willen onderstrepen. Helaas wordt wanneer we het absolute aantal suïcides in 2008 vergelijken met het absolute aantal in 2007, de streefnorm over 2008 niet gehaald. Niet duidelijk is of het streefcijfer van vijf procent over 2009 wel gehaald zal worden.

Voor het kunnen opstellen van een meer definitieve landelijke streefnorm heb ik de Stuurgroep Zichtbare zorg ggz gevraagd of zij een indicator kan ontwikkelen die mede gerelateerd is aan de landelijke streefnorm voor het verminderen van suïcides met vijf procent per jaar en een indicator

waarmee de kwaliteit van zorg aan suïcidale patiënten kan worden gemeten. Tevens heb ik gevraagd of er een verband bestaat tussen het krijgen van weekendverlof van psychiatrische patiënten en het plegen van suïcide.

De Stuurgroep Zichtbare zorg heeft mij laten weten dat het, ondanks uitvoerige pogingen daartoe, op dit moment niet mogelijk is om valide en betrouwbare indicatoren voor suïcidepreventie vast te stellen. De indicator van het aantal suïcides per zorginstelling is met ingang van 2009 komen te vervallen omdat dit volgens de Stuurgroep geen betrouwbare en valide indicator is om de kwaliteit van zorg binnen de ggz aan suïcidale personen te meten.

De Stuurgroep verwijst naar de multidisciplinaire richtlijn suïcidaliteit die momenteel wordt ontwikkeld en verwacht dat bij het beschikbaar komen van deze richtlijn in 2010, het mogelijk wordt om opnieuw naar de ontwikkeling van een indicator voor suïcidepreventie in de ggz te kijken. Na het verschijnen van de multidisciplinaire richtlijn suïcidaliteit, zal ik de Stuurgroep Zichtbare zorg ggz vragen opnieuw naar de ontwikkeling van de indicator te kijken.

In onderdeel 8 van de Jaarrapportage ga ik nader in op de mogelijkheid van het ontwikkelen van een nieuwe indicator.

Gevraagd naar het eventuele verband tussen weekendverlof en het plegen van suïcide heeft de Stuurgroep mij laten weten dat een dergelijk verband niet bestaat.

De activiteiten die ik heb ondernomen om aan de inspanningsverplichting voor een jaarlijkse reductie van het aantal suïcides met vijf procent te voldoen, bestaan in de eerste plaats uit het uitvoeren van de Beleidsagenda Suïcidepreventie (Tweede Kamer, 2007–2008, 22 894, nr. 172). Hierop zal ik in onderdeel 8 nader ingaan. De uitwerking van de Beleidsagenda Suïcidepreventie heb ik in nauwe samenwerking met de brancheorganisatie GGZ Nederland ter hand genomen. Voor alle in deze brief vermelde activiteiten van GGZ Nederland geldt dat deze met financiële middelen van het ministerie van VWS en in overleg met het ministerie van VWS zijn uitgevoerd.

Daarnaast heb ik in dit voorjaar een bijeenkomst georganiseerd met alle veldpartijen die betrokken zijn bij het suïcidepreventiebeleid om ideeën te bespreken over de wijze waarop het aantal suïcides verder zou kunnen worden teruggedrongen.

Eén van de voorstellen die tijdens de bijeenkomst naar voren is gekomen betreft het beperken van de vrije verkoop van paracetamol en andere pijnverlagende zelfzorggeneesmiddelen. Paracetamol heeft bij een lage overdosering een acute toxische werking en levert ongeveer 1500 paracetamolvergiftigingen per jaar op. Een onbekend aantal daarvan betreft suïcidepogingen met paracetamol.

De beperking van de vrije verkoop van paracetamol en andere pijnverlagende zelfzorggeneesmiddelen door deze middelen uitsluitend nog via de drogist en apotheek verkrijgbaar te laten zijn, vind ik geen proportionele en effectieve maatregel om het aantal suïcides en suïcidepogingen te verlagen. Ik heb daarom besloten de vrije verkoop van paracetamol niet te beperken. Bij dit besluit heb ik in aanmerking genomen dat het aantal suïcidepogingen en het aantal suïcides, dat gepleegd is met paracetamol, niet bekend is. Verder zou de verkrijgbaarheid van deze middelen naar mijn mening daardoor te drastisch beperkt worden, terwijl voor veel mensen de vrije verkrijgbaarheid met het oog op het bestrijden van (hoofd)pijn en griepachtige verschijnselen, belangrijk is.

Verder is de Stichting 113online in september 2009 van start gegaan. De Stichting 113online voorziet in telefonische en online (crisis) hulpverle-

ning aan personen met suïcidale klachten en naasten met de mogelijkheid van doorverwijzing naar de reguliere hulpverlening. Deze hulp kan anoniem worden verleend. Ik heb voorzien in de startfinanciering van dit initiatief.

De Stichting 113online zal mensen met suïcidale klachten, die geen hulp (meer) ontvangen, van hulp moeten gaan voorzien. Het gaat hierbij om zowel crisishulpverlening, als ook om reguliere hulpverlening.

#### **4. Informatie van de minister van Verkeer en Waterstaat over herstel van gaten in de hekken rond het spoor en spoor-suïcides.**

In het Algemeen overleg op 1 oktober 2008 (kamerstuk 22 894, nr. 193) met de Tweede Kamer is aandacht gevraagd voor de omstandigheid dat er gaten zaten in de hekwerken en afrasteringen van het spoor in de omgeving van Ermelo, alwaar een psychiatrische instelling is gelegen. Naar aanleiding hiervan heeft het ministerie van Verkeer en Waterstaat contact opgenomen met ProRail. ProRail heeft de gaten in het hekwerk hersteld door een staaftatkekwark langs het spoor te plaatsen. Die plaatsing heeft al in begin 2009 plaatsgevonden.

Met betrekking tot het aantal spoor-suïcides wordt opgemerkt dat dit aantal in 2008 is gedaald ten opzichte van het jaar daarvoor: in 2007 bedroeg het aantal spoor-suïcides 193 en in 2008 bedroeg het aantal spoor-suïcides 163. Welke oorzaken aan deze daling van het aantal suïcides op het spoor ten grondslag hebben gelegen, is niet bekend.

Verder heeft ProRail in zijn Beheersplan voor 2010 vermeld dat in 2009 een Actieplan wordt opgesteld dat een mogelijk verdere reductie van spoor-suïcides beoogt. Het Actieplan wordt in november 2009 verwacht.

In het voorjaar van 2010 zal het standpunt en de evaluatie van de Tweede Kadernota Railveiligheid van de minister van Verkeer en Waterstaat naar de Tweede Kamer worden gezonden. Hierin komen ook het onderwerp spoor-suïcides en de genomen maatregelen in de afgelopen periode aan de orde.

#### **5. Suicide onder jongeren in West-Friesland.**

Er is geen reden om, vanuit de rijksoverheid, aanvullende maatregelen te treffen naar aanleiding van de situatie van suïcides onder jongeren in West-Friesland. De specifieke regio aanpak, die bestaat uit het trainen van zogeheten sleutelfiguren die met jongeren in contact komen en jongeren met suïcidale klachten opsporen, blijkt goed te werken in die regio. Voor dit onderwerp verwijs ik naar mijn antwoorden op Kamervragen (ingezonden 13 augustus 2009) van de leden Langkamp en Leijten over het bericht dat het aantal zelfmoorden onder jongeren in West-Friesland onrustbarend hoog is (Tweede Kamer, vergaderjaar 2009 – 2010, Aanhangsel Handelingen, nr. 204).

#### **6. Lotgenotencontact en suïcides onder gedwongen opgenomen patiënten.**

Verder heb ik in mijn brief van 21 oktober 2008 aangekondigd dat in deze Jaarrapportage ook aandacht besteed zou worden aan lotgenotencontact en het eventueel verhoogde aantal suïcides onder gedwongen opgenomen patiënten. Met betrekking tot het lotgenotencontact is via het Landelijk Platform ggz navraag gedaan of ggz-patiëntenorganisaties aandacht besteden aan lotgenotencontact voor nabestaanden van suïcide. Daaruit is gebleken dat het merendeel van de ggz-patiëntenorganisaties niet structureel aandacht kan besteden aan dit onderwerp. Stichting

113online zal hierin voorzien nu deze stichting ook hulpverlening biedt aan nabestaanden van suïcide.

Met betrekking tot het veronderstelde verhoogde aantal suïcides onder gedwongen opgenomen patiënten, merk ik op dat uit een promotieonderzoek naar suïcidemeldingen van mevrouw A. Huisman blijkt dat van een verhoogd suïcidecijfer onder gedwongen opgenomen patiënten geen sprake lijkt te zijn.

#### **7. Nazorg in NHG-standaarden.**

Ten slotte heb ik in mijn brief van 21 oktober 2008 uiteengezet dat er in de NHG-standaard voor depressie geen specifieke aandacht is voor nazorg na een suïcidepoging.

Ik heb aangegeven dat dit aspect kan worden meegenomen in de ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn suïcidaliteit. De projectleider van de ontwikkeling van deze richtlijn heeft contact opgenomen met het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). De NHG heeft te kennen gegeven dat de zij zullen participeren in de ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn voor suïcidaliteit.

#### **8. Stand van zaken uitwerking Beleidsagenda Suïcidepreventie.**

Zoals hiervoor is vermeld, heb ik de uitwerking van de voornemens uit de Beleidsagenda suïcidepreventie in nauwe samenwerking met GGZ Nederland ter hand genomen. Aan GGZ Nederland is een projectsubsidie verleend door het ministerie van VWS voor de uitwerking van deze voornemens.

In het navolgende zal ik nader ingaan op de uitwerking van de aangekondigde voornemens van de Beleidsagenda Suïcidepreventie.

Aangekondigde voornemens in de Beleidsagenda Suïcidepreventie:

- *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 Stuurgroep Indicatoren maatschappelijke verantwoording OGZ een verzoek indienen om te onderzoeken of suïcidepogingen als indicator voor de openbare gezondheidszorg kunnen worden aangemerkt.*

Voor het vaststellen van streefcijfers volsta ik met verwijzing naar het onderdeel 3 Voortgang rond de streefnorm van deze Jaarrapportage. In antwoord op mijn verzoek aan de Stuurgroep Zichtbare Zorg Publieke Gezondheid om te onderzoeken of suïcidepogingen als indicator voor de openbare gezondheidszorg kunnen worden aangemerkt, liet de Stuurgroep Zichtbare Zorg Publieke Gezondheid mij weten dat bij het vaststellen van indicatoren voor de publieke gezondheid uitgegaan wordt van

gegevens die op dit moment al worden verzameld. Gegevens over suïcidede gedachten en suïcide pogingen worden momenteel niet uitgevraagd voor personen van alle leeftijden door GGDen. Deze gegevens worden alleen uitgevraagd voor jongeren en bovendien niet door alle GGDen. Dit betekent dat suïcide pogingen niet als indicator voor de publieke gezondheid kunnen worden aangemerkt.

Over de uitbreiding van de Monitor Volwassenen en Monitor Ouderen is overleg gevoerd met het RIVM en is besloten om een voorstudie te verrichten naar de ontwikkeling van standaardvraagstellingen voor de Monitors Volwassenen en Ouderen met vragen over suïcidede gedachten en suïcide pogingen.

Zodra deze standaardvraagstellingen zijn ontwikkeld en ook daadwerkelijk door gemeenten zullen worden uitgevraagd, zullen op termijn naar verwachting meer gegevens beschikbaar komen over suïcidaliteit onder volwassenen en onder ouderen. Gemeenten zijn evenwel niet verplicht om deze gegevens over suïcidaliteit bij hun inwoners uit te vragen. De voorstudie zal in 2010 zijn afgerond.

Aangekondigde voornemens in de Beleidsagenda Suïcidepreventie:

- *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.*

*In opdracht van het ministerie van VWS heeft GGZ Nederland samen met veldpartijen een protocol laten ontwikkelen door het Trimbos instituut om de kwaliteit van zorg aan mensen met suïcidale klachten te verbeteren. Het protocol beschrijft de taken en verantwoordelijkheden van verschillende zorgaanbieders (huisartsen, SEH en ggz instellingen). Het protocol «Ketenzorg bij suïcidaliteit» heeft tot doel om verschillende zorgaanbieders te ondersteunen bij het bieden van zorg aan patiënten met suïcidale klachten. Het protocol heeft tot doel de samenhang, de continuïteit en de kwaliteit van zorg te verbeteren.*

Daarnaast wordt er met financiële middelen van het ministerie van VWS een folder ontwikkeld voor personen die met een suïcide poging op een Spoedeisende Eerste Hulp post of op de intensive care belanden. De folder is ook bedoeld voor familieleden en naasten van deze personen. Uit onderzoek is bekend dat een aantal weken na de poging er kans is op terugval van de patiënt en daarmee een kans op een nieuwe poging. In de folder wordt gewezen op de mogelijkheid om hulp te zoeken. Ook heeft er in de zomer van 2009 een studiedag plaatsgevonden voor onder meer ggz-instellingen, waarbij instellingen geïnformeerd werden over de best practices inzake de preventie van suïcidaliteit.

Via de beroepsverenigingen heeft GGZ Nederland in opdracht van het ministerie van VWS onderzocht hoe de kennis en vaardigheden van professionals met betrekking tot suïcidaliteit verbeterd kan worden. Via de beroepsverenigingen – de Nederlandse Vereniging voor spoedeisende hulpartsen, de Nederlandse Vereniging voor spoedeisende hulpverpleegkundigen en de Verpleegkundigen en Verzorgende Nederland – worden kwaliteitseisen gesteld aan personeel van de SEH-posten en intensive



cares. Daarnaast worden vanuit elk ziekenhuis eisen gesteld conform het geldend kwaliteitsbeleid. Suïcidepreventie als kwaliteitseis is vooral voor artsen, voor verpleegkundigen die werkzaam zijn in of voor een SEH en voor beroepsgroepen die werken in de ggz, reëel. Voor SEH-artsen zijn kwaliteitseisen inzake suïcidepreventie geregeld.

Het afgelopen jaar zijn professionals geïnformeerd over allerhande aangelegenheden op het gebied van suïcidepreventie en de preventie van suïcidaliteit via een speciale periodieke digitale nieuwsbrief die GGZ Nederland uitbrengt. De nieuwsbrief is primair bedoeld voor professionals en managers binnen en buiten de zorg.

Aangekondigde voornemens in de Beleidsagenda Suïcidepreventie:

- *De minister van VWS zal voorzien in de financiële middelen om een signaleringsinstrument te laten ontwikkelen voor de herkenning van suïcidaliteit bij jongeren.*

Bij bepaalde groepen jongeren met een andere etnische achtergrond, bijvoorbeeld hindoestaanse meisjes, komt suïcidaliteit in een hoger percentage voor dan bij jongeren van Nederlandse afkomst. In dit verband verwijs ik tevens naar mijn antwoord bij brief van 5 oktober 2009, mede namens de ministers voor Jeugd en Gezin en voor Wonen, Wijken en Integratie en de Staatssecretaris van VWS, op vragen van het lid Arib over suïcidaal gedrag van jonge migranten vrouwen in Nederland (Aanhangsel der Handelingen, vergaderjaar 2009–2010, nr. 244).

In het kader van het ZONMw programma Zorg voor Jeugd, heb ik extra financiële middelen (€ 220 000) ter beschikking gesteld waardoor het bedoelde signaleringsinstrument kan worden ontwikkeld en worden geïmplementeerd. Het resterende deel wordt gefinancierd via het Programma Zorg voor Jeugd. De ontwikkeling van het signaleringsinstrument en implementatie vinden plaats op basis van een vierjarig onderzoekstraject en wordt uitgevoerd door de Vrije Universiteit van Amsterdam.

Het te ontwikkelen instrument zal geschikt zijn voor jongeren met een Nederlandse of met een andere culturele of etnische achtergrond. Het instrument zal uiteindelijk beschikbaar komen voor onder meer medewerkers van gezondheidsdiensten, ZAT teams, jeugdartsen, jeugd ggz hulpverleners, huisartsen en andere professionals die in aanraking komen met potentieel suïcidale jongeren.

Aangekondigde voornemens in de Beleidsagenda Suïcidepreventie:

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

In het kader van het ZONMw programma Kennis Kwaliteit Curatieve Zorg, waartoe ik eerder opdracht had verleend, is een onderzoeksvorstel gehonoreerd op basis waarvan er een multidisciplinaire richtlijn suïcidaliteit wordt ontwikkeld. Medio 2009 is een start gemaakt met de ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn suïcidaliteit. De te ontwikkelen multidisciplinaire richtlijn suïcidaliteit richt zich op de beste benadering in het professioneel handelen bij suïcidaliteit en zal als basis kunnen dienen voor de bestaande lokale richtlijnen en protocollen. Ook zal de multidisciplinaire richtlijn, zoals hiervoor reeds is vermeld, een startpunt zijn voor de ontwikkeling van een nieuwe indicator voor suïcidepreventie. GGZ Nederland treedt in overleg met de verschillende beroepsgroepen die zijn betrokken bij de ontwikkeling van de richtlijn.

Aangekondigde voornemens in de Beleidsagenda Suïcidepreventie:

- *De minister van VWS zal de beroepsvereniging voor huisartsen en voor de ggz-hulpverleners – dit zijn de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, het Nederlands Instituut voor Psychologen en de Neder-*

*landse 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.*

GGZ Nederland inventariseert op dit moment welke opleidingsvereisten er in de curricula van de opleidingen op het gebied van suïcidepreventie zijn. Op basis van de inventarisatie kan met de beroepsgroepen gericht gekeken worden naar de behoefte aan en mogelijkheden van het aanpassen van de curricula.

Verder heeft GGZ Nederland voor de uitvoering van dit voornemen overleg gevoerd met diverse beroepsverenigingen en het expertisecentrum voor beroepen in de ggz; het CONO GGZ. Hieruit is gebleken dat de mogelijkheid tot het aanpassen van de initiële opleidingseisen en opleidingsprofielen van ggz-agogen, gezondheidspsychologen en andere beroepsgroepen in de ggz met suïcidepreventie, zeer beperkt is. Dit komt doordat er reeds veel onderwerpen in de opleiding worden behandeld. Samen met beroepsverenigingen en opleidingsinstituten zal GGZ Nederland alternatieve mogelijkheden onderzoeken, mogelijk in combinatie met de implementatie van de multidisciplinaire richtlijn suïcidaliteit en het protocol Ketenzorg bij suïcidaliteit die momenteel worden ontwikkeld.

Aangekondigde voornemens in de Beleidsagenda Suïcidepreventie:

- *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 ziekte-last van suïcidaliteit beschreven kan worden.*

Voor het aangekondigde voornemen betreffende het lotgenotencontact verwijs ik naar onderdeel 6 van deze Jaarrapportage waarin het onderwerp Lotgenotencontact en suïcides onder gedwongen opgenomen patiënten, aan de orde komt.

De twee andere voornemens hebben betrekking op onderzoek naar suïcidaliteit. GGZ Nederland heeft in een zogeheten Quick Scan geïnventariseerd welke onderzoeken momenteel worden verricht naar suïcidaliteit en welke onderzoeken nog lopen of op stapel staan in de periode van 2008 tot 2012. Uit de Quick Scan blijkt dat het grootste deel van het suïcideonderzoek in Nederland zich richt op de prevalentie en incidentie van suïcidaal gedrag en op de praktijk van de ggz in relatie tot suïcide. Uit de Quick Scan blijkt verder dat er bijna 30 onderzoekstrajecten naar verschillende aspecten van suïcidaliteit lopen in deze periode.

Het suïcideonderzoek in Nederland bestaat uit losse onderzoeksprojecten die onderling weinig met elkaar samenhangen en waarin vraagstellingen elkaar soms overlappen. Om de samenwerking tussen onderzoekers naar suïcidaliteit in Nederland te bevorderen zal GGZ Nederland in de komende periode bijeenkomsten organiseren waarin onderzoeksplannen, onderzoeksvragen en thema's worden gedeeld.

In het Beleidsadvies Verminderen van suïcidaliteit zijn onderwerpen geïnventariseerd die voor nader onderzoek in aanmerking komen. Het betreft onder meer onderzoek naar de effectiviteit van risicotaxatie in het zorgproces, onderzoek naar de toepasbaarheid van internet als hulpverlening

aan mensen met suïcidale klachten en onderzoek naar de kosteneffectiviteit van interventies. Navraag bij ZONMw naar de mogelijkheden om deze onderwerpen mee te nemen in bestaande onderzoeksprogramma's, leerde dat slechts een beperkt deel (drie van de acht) van de onderzoeksvragen meegenomen kan worden in lopende onderzoeksprogramma's. Dit betreft de onderwerpen; effectiviteit van risicotaxatie in het zorgproces, de toepasbaarheid van internet en de kosteneffectiviteit van interventies. Voor de andere onderwerpen, zoals onderzoek naar specifieke risicogroepen en grote trails naar behandelvormen, zouden aanvullende financiële middelen noodzakelijk zijn, die op dit moment niet voor handen zijn.

Ten slotte heb ik eind 2008 aan het RIVM de opdracht verleend om de ziektelast van suïcidaliteit te berekenen om beter inzicht te krijgen in het aantal verloren levensjaren als gevolg van suïcidaliteit. De resultaten hiervan worden in het voorjaar van 2010 verwacht en zullen onder meer worden verwerkt in de Volksgezondheid Toekomstverkenningen 2010.

## **9. Conclusie.**

Met deze Jaarrapportage 2009 heb ik gevolg gegeven aan alle toezeggingen die ik eerder heb gedaan naar aanleiding van het Algemeen Overleg met de Tweede Kamer op 1 oktober 2008.

Ondanks de positieve ontwikkeling van het dalende absolute aantal suïcides onder jongeren moet ik helaas constateren dat de absolute aantallen suïcides voor de gehele bevolking over 2008 ten opzichte van 2007 zijn gestegen met zes procent en dat de voorlopige streefnorm van vijf procent minder suïcides voor 2008 niet is gehaald. Ik betreur dit des te meer nu er juist het afgelopen jaar een start is gemaakt met de uitvoering van de Beleidsagenda Suïcidepreventie. Uit de hierboven weergegeven stand van zaken rond de uitwerking van de Beleidsagenda Suïcidepreventie blijkt dat er voortgang is geboekt met de uitwerking hiervan. Weliswaar is het op dit moment nog niet mogelijk om indicatoren vast te stellen die als basis kunnen dienen voor het stellen van streefcijfers, maar er is een start gemaakt met kwaliteitsverbeteringen inzake de zorg voor mensen met suïcidale klachten. In dit verband memoreer ik enkele voornemens uit de Beleidsagenda Suïcidepreventie. Zo wordt er gewerkt aan de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn voor de behandeling en preventie van suïcidaliteit, er wordt een protocol ontwikkeld voor Ketenzorg bij suïcidaliteit.

Verder is er met financiële middelen van het ministerie van VWS nieuw aanbod gekomen voor mensen met suïcidale klachten en hun naasten: de Stichting 113online biedt sinds september 2009 hulpverlening via telefoon en internet met een mogelijkheid van doorverwijzing naar de reguliere hulpverlening. Ook wordt er met financiële middelen van het ministerie van VWS een signaleringsinstrument ontwikkeld voor de herkenning van suïcidaliteit bij jongeren en onderzoekt het RIVM of de ziektelast van suïcidaliteit kan worden berekend.

In de komende periode zal ik mij samen met GGZ Nederland blijven inspannen om de Beleidsagenda Suïcidepreventie verder uit te werken.

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