

Vergaderjaar 2013–2014

32 793

Preventief gezondheidsbeleid

Nr. 113

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 20 januari 2014

Inleiding.

In de brief aan de Tweede Kamer van 4 juni 2013 (Kamerstuk 32 793, nr. 94) heb ik aangekondigd dat ik partijen zou uitnodigen om de handen ineen te slaan voor het opstellen van een landelijke agenda suïcidepreventie (Landelijke agenda). Partijen hebben in grote getale gehoor gegeven aan deze oproep en meegedacht over de maatregelen die kunnen bijdragen aan een vermindering van suïcides en suïcidepogingen.

Met deze brief wil ik u de Landelijke agenda (2014–2017) presenteren, die ik in overleg met veldpartijen¹ en met mijn collega van Infrastructuur en Milieu (IenM) heb opgesteld. De Landelijke agenda omvat tegelijkertijd de Jaarrapportage 2013.

Veel van de aangekondigde voornemens bevinden zich nog in een voorbereidende fase of moeten nog van start gaan. Over de voortgang en de uitvoering van de Landelijke agenda zal ik u bij gelegenheid van de eerstvolgende Jaarrapportage vermindering suïcidaliteit (over 2014) nader informeren.

Voorafgaand aan de toelichting van de Landelijke agenda wil ik opmerken dat ik suïcidepreventie de komende jaren op de agenda wil houden en verder wil uitwerken, zonder de verantwoordelijkheid van betrokkenen over te nemen. Dit temeer omdat ook andere partijen, ook op andere terreinen dan de gezondheidszorg, een rol hebben in het suïcidepreventie-

¹ De veldpartijen die bij het opstellen van de Landelijke agenda geconsulteerd zijn, betreffen: Stichting 113online, ProRail, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), GGZ Nederland, GGD Nederland, het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Landelijk Platform GGZ (LPGGZ), Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Ivonne van de Ven Stichting, Nederlandse Vereniging voor Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen (NVSHV), Nederlandse Vereniging voor Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA), het Trimbos instituut, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Nederlandse Huisartsengenootschap (NHG).

beleid. Daar waar andere partijen aan zet zijn bij de uitvoering van de Landelijke agenda, kies ik voor een faciliterende rol. Bij de totstandkoming van de Landelijke agenda en het initiëren van samenwerking tussen veldpartijen heb ik inmiddels de regie genomen.

Voor de uitwerking van de Landelijke agenda zie ik, zoals ik ook in de brief van 4 juni 2013 heb aangegeven, een aanjagende en coördinerende rol weggelegd voor de Stichting 113online. Daar waar het gaat om het aanjagen van andere partijen bij oppakken van hun rol bij de uitvoering van de Landelijke agenda, als ook bij het bewaken van de voortgang en het monitoren én het evalueren van de activiteiten die in het kader van deze agenda dienen te worden uitgevoerd door de verschillende partijen, kan de Stichting 113online een bijdrage leveren. Ik zal de Stichting 113online dan ook uitnodigen om hiervoor een voorstel bij het Ministerie van VWS in te dienen.

Verschillende domeinen

Suïcidaliteit doet zich voor in verschillende domeinen in de samenleving en beperkt zich niet tot personen die reeds bij de gezondheidszorg of bij de preventie in het vizier zijn. Het kan bijvoorbeeld gaan om een persoon die niet in beeld is van de gezondheidszorg, die zijn baan is verloren en diep in de schulden is geraakt, wanhopig is en geen andere uitweg ziet dan een suïcide(poging), maar het kan ook gaan om een patiënt met een ernstige psychiatrische stoornis die in zorg is bij de GGZ. Ongeveer 40 procent van de personen die suïcide plegen is in zorg van de GGZ.

Het suïcidepreventiebeleid dient zich dan ook te richten op die verschillende domeinen en niet alleen op de (geestelijke) gezondheidszorg en preventie. Weliswaar hebben de gezondheidszorg en preventie door de toegenomen beschikbaarheid van evidenced based interventies van psychische stoornissen een belangrijke plaats ingenomen in het suïcidepreventiebeleid, maar dit zijn niet de enige domeinen waarop het beleid zich dient te richten.

Aantallen suïcides en suïcidepogingen

Net als in voorgaande jaren is het aantal suïcides over 2012 gestegen. De stijging is het grootst onder de leeftijdscategorieën van 50 tot 55 jaar en van 65 tot 70 jaar, zowel onder mannen als onder vrouwen.

Tabel: Aantallen suïcides in Nederland de afgelopen 5 jaren (Bron: StatLine CBS, 2013).

Aantallen	2008	2009	2010	2011	2012
Absoluut aantal suïcides onder alle leeftijden	1.435	1.524	1.600	1.647	1.753
Absoluut aantal suïcides onder personen jonger dan 20 jaar	34	52	55	44	51
Procentuele toe- / afname tov vorig jaar	+ 6	+ 6	+ 5	+ 3	+6
Aantal suïcides per 100.000 inwoners	8,7	9,2	9,7	9,9	10,5
Aantal suïcides onder mannen per 100.000 inwoners	12,1	13,0	13,7	13,7	14,3
Aantal suïcides onder vrouwen per 100.000 inwoners	5,4	5,5	5,7	6,1	6,7

Het aantal geregistreerde suïcidepogingen over 2012 is gelijk aan het aantal over 2011.

Tabel: gemiddeld aantal medische SEH-behandelingen en ziekenhuisopnames i.v.m. suïcidepogingen per jaar. (Bron: VeiligheidNL, Kerncijfers Zelftoegebracht letsel, nov. 2013)

Opname of behandeling ivm suïcidepoging	2004 tot en met 2008	2005 tot en met 2009	2006 tot en met 2010	2007 tot en met 2011	2011 ¹	2012
Gemiddeld aantal ziekenhuisopnames per jaar	9.800	9.600	9.400	9.500	10.000	10.000
Gemiddeld aantal SEH behandelingen per jaar	15.000	15.000	15.000	15.000	16.000	16.000

¹ VeiligheidNL rapporteert uitsluitend nog jaarlijkse cijfers en of sprake is van een significante stijging of daling.

Om de stijgende aantallen suïcides van de afgelopen jaren een halt toe te roepen, ben ik bij het opstellen van de Landelijke agenda uitgegaan van een geïntegreerde brede aanpak van suïcidepreventie. Deze speelt zich af op de navolgende domeinen: de gezondheidszorg, preventie, het domein van de media, onderwijs en het sociaal economische domein en het domein van de beschikbaarheid en toegankelijkheid van middelen voor suïcide. Hieronder zal ik op de verschillende onderdelen nader ingaan.

De gezondheidszorg

De meeste personen die door suïcide om het leven komen hebben eerder een suïcidepoging ondernomen en de helft van het aantal suïcides is in behandeling (geweest) in de GGZ. Op het terrein van de gezondheidszorg zijn de afgelopen jaren belangrijke stappen gezet in de verbetering van de kwaliteit van de zorg. De Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag is in 2012 uitgebracht. Deze geeft samen met het Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit (2010) de inhoudelijke kaders van goede diagnosticering, behandeling en samenwerking bij suïcidepreventie.

Ook het Implementatieplan van het Trimbos instituut dat faciliterend is voor het implementeren van de multidisciplinaire richtlijn levert een bijdrage aan verbetering in de kwaliteit van zorg. Over het plan heb ik met partijen (NVvP, NIP, GGZ Nederland, Ministerie van Veiligheid en Justitie (i.v.m. asielzoekers) en Trimbos instituut) overeenstemming bereikt. Vervolgens zal het Trimbos instituut voor de financiering en uitvoering van het Implementatieplan een aanvraag indienen bij ZONMw.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) constateert dat met de ontwikkeling van de «Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag», de «Handreiking uniforme meldingsroute bij suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel» en het «Kwaliteitsdocument ketenzorg», belangrijke stappen zijn gezet om de kwaliteit van zorg aan suïcidale mensen in de GGZ te verbeteren. De implementatie van deze richtlijnen vraagt echter nog om aandacht. GGZ-instellingen zijn hiervoor verantwoordelijk.

In het overleg dat ik heb gevoerd met veldpartijen werd geconstateerd dat bij een deel van de hulpverleners die betrokken zijn bij de behandeling en de verpleging van suïcidale personen, de kennis van suïcidaliteit, de vereiste competenties nog achterblijven. Veldpartijen hebben aangegeven dat het van belang is dat op deze terreinen verbeteringen plaatsvinden. Het behoort primair tot de verantwoordelijkheid van de betreffende beroepsgroepen om de deskundigheid die van een professional verwacht mag worden, te definiëren. Het deskundigheidsgebied moet vervolgens

aansluiten met de opleidingen. Aanpassing van het deskundigheidsgebied voor opleidingen en nascholing is een cyclisch proces. Ik verwacht van beroepsgroepen dat zij het voortvarend oppakken, indien de kennis en vaardigheden van professionals (structureel) onvoldoende blijken. Ik zal deze Landelijke agenda toezenden aan de relevante beroepsverenigingen, waaronder de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en onderwijskundigen (NVO), het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst (KNMG), het NHG en Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN).

De V&VN heeft reeds aangegeven om extra competenties op het gebied van omgang met suïcidaal gedrag toe te voegen aan specifieke beroepsprofielen, e-learning en bij- en nascholing te zullen aanbieden aan het kwaliteitsregister en de academie van de V&VN en aandacht te vragen voor de benodigde competenties in het reguliere onderwijs van verpleegkundigen en sociaal pedagogische medewerkers. Ik verwacht dat andere beroepsgroepen dit op een vergelijkbare manier oppakken.

Ook in de samenwerking tussen de ketenpartners (GGZ/ huisartsen/ SEH) is nog winst te boeken. Een ander punt van aandacht betreft de continuïteit van zorgverlening aan suïcidale patiënten. Deze kan en moet beter. Het gaat dan bijvoorbeeld om de overdrachtsmomenten en doorverwijzing van de huisarts naar de tweedelijns GGZ en bij ontslag uit het ziekenhuis of een GGZ-instelling. Het Kwaliteitsdocument ketenzorg bij suïcidaliteit, dat ziet op zorgvuldig samenwerken in de keten, wordt in de praktijk nog niet overal toegepast. Het Kwaliteitsdocument beschrijft op welke wijze samenwerkingsafspraken op regionaal niveau gemaakt kunnen worden om de continuïteit van zorg te waarborgen. Ondanks dat het Kwaliteitsdocument reeds in 2010 is verschenen heeft geen van de betrokken organisaties het initiatief genomen om in meerdere regio's te komen tot samenwerkingsafspraken.

Ik zal dan ook de partijen die met het Kwaliteitsdocument hebben ingestemd² en die betrokken zijn bij de totstandkoming van het document uitnodigen voor overleg met als doel te komen tot samenwerkingsafspraken in de regio's.

Verder zouden familie en naasten beter betrokken kunnen worden bij het zorgen voor meer continuïteit in de behandeling en zorgverlening. Ik heb de Landelijke Stichting Familievertrouwenspersonen gevraagd om in hun contacten met de besturen van GGZ-instellingen, meer aandacht te vragen voor de rol van familieleden en naasten bij het behandeltraject van suïcidale patiënten. In aanvulling hierop kan het LPGGZ hierin eveneens een rol spelen door dit aspect expliciet onder de aandacht te brengen in hun contacten met (besturen van) GGZ-instellingen.

Bijzondere aandacht in de toegeleiding van suïcidale personen naar zorg verdient de huisartsvoorziening. Mede gezien hun centrale rol bij het signaleren van suïcidaliteit en de doorgeleiding naar acute of gespecialiseerde GGZ.

Suïcidepreventie is onderdeel van de NHG-standaard depressie. Huisartsen zijn betrokken geweest bij het opstellen van de Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Uit overleg met de NHG en de LHV is gebleken dat met name de implementatie bevorderd dient te worden. Mogelijkheden daarvoor zijn onder meer: (na)scholing aan huisartsen (in opleiding,) aan POH-GGZ en praktijkassistenten, het ontwikkelen van e-learning, aandacht voor suïcidaliteit in Protocolaire GGZ, het inbouwen van alerts en protocollen in het

² Dit zijn GGZ Nederland, NIP, NVSHA, NVSHV, NVvP, V &VN, NHG, Nederlandse Federatie voor Ziekenhuispsychiatrie (NFZP), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU).

huisartsen Electronisch Patiëntendossier (HIS), het verbeteren van gegevensuitwisseling tussen huisartsen en tweedelijns GGZ. Ik zal nader met de NHG bezien op welke wijze dit vorm kan krijgen.

In het overleg met partijen over de Landelijke agenda is ook naar voren gebracht dat het stellen van inkoopvoorwaarden bijvoorbeeld betreffende het richtlijnconform werken, mogelijk een extra impuls voor instellingen. Met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) zal ik in overleg treden om te bezien op welke wijze ZN haar leden kan stimuleren om bij de inkoop van zorg prioriteit te geven aan zorg die conform de multidisciplinaire richtlijn wordt aangeboden.

Preventie

Tot het preventieve domein behoren de preventieve interventies en de signalering van suïcideproblematiek.

Er zijn verschillende preventieve interventies voor suïcidaliteit beschikbaar, voornamelijk regionaal. De meeste interventies zijn beschreven in het Loket Gezonde leven van het RIVM (www.loketgezondleven.nl/interventies/i-database) en worden door GGDen of GGZ-instellingen aangeboden. Op deze manier is het gevarieerde regionale aanbod ook voor andere regio's beschikbaar. Op de website van de Stichting 113online is naast hulpverleningsaanbod ook informatie beschikbaar over suïcidaliteit en de behandelingsmogelijkheden. Ook zijn folders te bestellen over suïcidaliteit.

In 2009 is de Vrije Universiteit van Amsterdam gestart met de ontwikkeling van het signaleringsinstrument voor de signalering van suïcidaliteit onder adolescenten. Dit instrument zal naar verwachting eveneens een bijdrage kunnen leveren aan een verbeterde herkenning van suïcidaliteit onder jongeren. Het signaleringsinstrument «Vragenlijst over Zelfdoding en Zelfbeschadiging» (VOZZ) – voorzien van bijsluiter voor gebruik – is onlangs afgerond. De VOZZ is bedoeld om te worden gebruikt als signaleringsinstrument voor suïcidaliteit onder jongeren in de vorm van gedachten en gevoelens die het risico op suïcidaal gedragen en feitelijke zelfbeschadiging of suïcidepogingen vergroten. De VOZZ kan door jongeren vanaf 12 jaar individueel en zelfstandig worden ingevuld. Het instrument kan worden gebruikt om een inschatting te maken van suïcidaliteit onder jongeren in de context van school en in de GGZ. Bij brief van 26 november 2013 heeft de vaste Commissie voor VWS aandacht gevraagd voor de belemmeringen van de onderzoeksmogelijkheden bij jongeren onder de 18 jaar die verband houden met onder meer de voorwaarden en leeftijdsgrenzen in de Wet Medisch Wetenschappelijk onderzoek.

Voor de stappen die ik daarin zal zetten om aan de belemmeringen een einde te maken, verwijs ik naar mijn antwoordbrief gericht aan de vaste Commissie voor VWS.

Toezicht door de IGZ

De Inspectie voor de Gezondheidszorg ontvangt van alle suïcides en suïcidepogingen, die in een zorginstelling plaatsvinden, een melding. Dit gebeurt jaarlijks op geaggregeerd niveau. GGZ- en verslavingszorginstellingen geven digitaal bij de IGZ aan hoeveel suïcides en suïcidepogingen er in desbetreffend jaar hebben plaatsgevonden de aanwezigheid van een registratiesysteem en meldingenprocedures en welke verbetermaatregelen er naar aanleiding van (suïcide)pogingen zijn getroffen. Daarnaast melden GGZ-en verslavingszorginstellingen suïcides en suïcidepogingen op individueel niveau bij de IGZ wanneer de suïcide(poging) verband houdt met de geleverde zorg (calamiteitenmelding op grond van de

Kwaliteitswet zorginstellingen) of wanneer er sprake is van een suicide(poging) door patiënten met een vrijheidsbeperkende maatregel. De individuele meldingen worden door het landelijk meldingenteam GGZ van de IGZ beoordeeld. Op basis van de oordeelsvorming kan de IGZ handhavingsmaatregelen treffen. Tevens worden meldingen afkomstig van familie of naasten door de IGZ (zelf) onderzocht. De geaggregeerde gegevens gebruikt de IGZ om instellingen te monitoren. Wanneer de aangeleverde informatie daarvoor aanleiding geeft, doet de IGZ nader onderzoek. Vanaf 2014 toetst de IGZ de informatie steekproefsgewijs. Hiertoe bezoekt zij in 2014 in ieder geval alle grote, geïntegreerde GGZ-instellingen onaangekondigd. Bij deze toezichtronde toetst de IGZ, onder andere, of evaluaties van suicide(pogingen) adequaat hebben plaatsgevonden. De «Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag», de «handreiking uniforme meldingsroute bij suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel» en het «Kwaliteitsdocument ketenzorg» vormen het uitgangspunt bij de inspectiebezoeken.

Media

Het domein van de media heeft betrekking op enerzijds berichtgeving over suïcidaliteit in tijdschriften, dagbladen, op internet en op radio en televisie en anderzijds op de rol die met name de sociale media kan vervullen bij bijvoorbeeld gesignaleerde voorgenomen suïcides of suïcidale uitingen op internet. De berichtgeving over suïcidaliteit heeft de laatste jaren een ontwikkeling doorgemaakt. Enerzijds wordt het stilzwijgen over het onderwerp suïcidaliteit in de media steeds meer doorbroken, maar tegelijkertijd vindt de berichtgeving over suïcides en suïcidepogingen niet altijd op een prudente of sensatieloze wijze plaats. De geactualiseerde lijst met de «Tien tips voor journalisten» (2012) die met financiering van het Ministerie van VWS tot stand is gekomen, biedt concrete handvatten voor journalisten. In de berichtgeving over suïcide-incidenten in de media worden deze tien tips nog niet altijd (consequent) toegepast.

Om dit te verbeteren zie ik vooral een rol voor de Ivonne van de Ven Stichting, die de tien tips op haar website heeft gepubliceerd, en voor de Stichting 113online, die regelmatig door de media wordt benaderd. Ik zal met GGZ Nederland, met de Ivonne van de Ven Stichting, met de spoorsector met het Ministerie van IenM en met de Stichting 113online overleggen over de noodzaak en de mogelijkheden om met de verschillende media in gesprek te gaan over de bekendheid bij en het werken met de tien tips door journalisten.

Met betrekking tot de rol van de sociale media bij suïcidale uitingen op internet heeft de Stichting 113online reeds een bescheiden begin gemaakt van het benutten van Facebook in dit soort gevallen. Bij uitingen van suïcidaliteit op Facebook is er een mogelijkheid om het afgegeven signaal door te geleiden naar hulpverlening. Ook met Twitter heeft de Stichting 113online reeds contact gelegd om samen te werken bij het signaleren van suïcidale uitingen op Twitter.

De Stichting 113online heeft mij laten weten de mogelijkheden van de sociale media verder te exploreren en in overleg met het Ministerie van VWS te bezien of die mogelijkheden meer benut kunnen worden. Hierbij gaat het eveneens om het doorgeleiden naar de hulpverlening en niet een actieve opsporingopdracht om alle uitingen via social media te scannen op suïcidale uitingen.

Onderwijs en het sociaal economische domein.

In mijn brief van 4 juni 2013 heb ik over het trainen van meer gatekeepers in het onderwijs toegezegd dat ik overleg zou voeren met aanbieders van

gatekeeperstrainingen en partijen uit het onderwijsveld. Dit om de signalering en doorgeleiding naar zorg van suïcidale leerlingen te verbeteren.

Op dit moment worden gatekeeperstrainingen – al dan niet in het kader van wetenschappelijk onderzoek – slechts op verschillende plaatsen in het land aangeboden. Om ervoor te zorgen dat gatekeeperstrainingen landelijk kunnen worden aangeboden, zal de Stichting 113online een landelijke gatekeeperstraining ontwikkelen en gaan aanbieden. Voor het ontwikkelen van deze trainingen heb ik reeds financiële middelen beschikbaar gesteld en toegekend aan de Stichting 113online. De verwachting is dat dit nieuwe aanbod in de loop van 2014 beschikbaar is en door scholen voor voortgezet onderwijs, het middelbaar beroepsonderwijs, hogescholen, universiteiten en (zo nodig) door andere partijen kan worden afgenomen.

Vooruitlopend op het beschikbaar komen van het landelijke gatekeepersaanbod heeft overleg plaatsgevonden tussen verschillende partijen in het voortgezet onderwijs onder meer met de VO-raad, de MBO Raad, de Vereniging van Hogescholen en de Vereniging van Nederlandse Universiteiten (VSNU). Deze partijen hebben aangegeven het signaleren van suïcidaliteit onder hun leerlingen een belangrijk onderwerp te vinden en zij staan positief tegenover het aanbieden van gatekeeperstrainingen voor professionals die in aanraking komen met leerlingen en studenten met (psychische) problemen. Binnen deze sectoren van het onderwijs zullen de gatekeeperstrainingen, zodra deze beschikbaar zijn, onder de aandacht van die professionals worden gebracht. In het MBO betreft dit schoolmaatschappelijk werkers. In het voortgezet onderwijs gaat het om zorgcoördinatoren, leerlingbegeleiders en mentoren. Bij hogescholen gaat het om decanen en bij universiteiten gaat het om studentendecanen. Naar aanleiding van een vraag van het Lid Dijkstra (D66) gesteld in het algemeen overleg van 5 juni 2013 over de GGZ (Kamerstuk 25 424, nr. 224) om concrete aantallen op te leiden gatekeepers te vermelden in de Landelijke agenda, merk ik op dat ik het opleiden van gatekeepers niet verplichtend wil voorschrijven. Om die reden kunnen ook geen concrete aantallen worden genoemd. Wel zal de Stichting 113online die de gatekeeperstrainingen gaat ontwikkelen het aantal gevolgde gatekeeperstrainingen gaan registreren. Deze gegevens zal ik opnemen in de jaarlijkse rapportage vermindering suïcidaliteit.

In voorvermelde brief van 4 juni jl. heb ik voor wat betreft het trainen van personen in de financiële sector toegezegd dat ik bij mijn collega van Financiën aandacht zou vragen voor de noodzaak van het herkennen van suïcidaliteit bij cliënten van financiële dienstverlening. Voor de uitwerking van deze toezegging heeft overleg plaatsgevonden met het Ministerie van Financiën, het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) en met het Ministerie van Veiligheid en Justitie (VenJ) om te bezien welke organisaties en professionals in de praktijk te maken hebben met suïcidale klanten en of deze organisaties (en professionals) bereid zijn om de signalering en doorgeleiding van suïcidale personen te verbeteren door middel van gatekeeperstrainingen.

Dit heeft geleid tot overleg met de Nederlandse Vereniging van Banken (NVB). Uit een rondgang van de NVB – op verzoek van het Ministerie van VWS – onder haar leden is gebleken dat banken de afgelopen jaren slechts in een enkel geval te maken hebben gehad met mensen met acute schulden en (dreigende) suïcides. Banken zijn vaak niet de eerste schuldeiser bij schuldenproblematiek. Het is aannemelijk dat mensen met schulden in het algemeen eerder in contact zijn met schuldhulpverleningsorganisaties. Mede op basis hiervan wordt geconcludeerd dat binnen de financiële dienstverlening banken niet de meest aangewezen instellingen zijn waar contactmomenten met personen die mogelijk overgaan tot

suicide, veelvuldig voorkomen. Dit heeft ertoe geleid dat mijn collega van Financiën en ik op dit moment onvoldoende aanleiding zien om gatekeeperstrainingen onder (bepaalde) medewerkers van banken aan te bieden.

In het advies van de Vrije Universiteit worden ook schuldhulpverleners genoemd als (mogelijke) beroepsgroep die uit de aard van zijn werkzaamheden in staat zou moeten zijn om de eerste signalen van suicidaliteit te herkennen. Gelet hierop en mede naar aanleiding van de constatering van de NVB zal ik in overleg treden met de Nederlandse Vereniging voor Volkskrediet (NVVK, de brancheorganisatie voor schuldhulpverlening en sociaal bankieren) om te bezien in hoeverre signalen van suicidaliteit onder cliëntèle van schuldhulpverleningsorganisaties vóórkomen en te bezien of deze hulpverleners zich in voldoende geëquipeerd voelen om met signalen bij die cliëntèle te herkennen en op een goede manier door te geleiden naar hulpverlening.

Uit contacten met het Ministerie van VenJ is gebleken dat de Koninklijke Beroepsorganisatie van Gerechtsdeurwaarders (KBvG) zelf het initiatief heeft genomen om contact te zoeken met de Stichting 113online over de problematiek van suicidaliteit onder cliëntèle van deurwaarders. De KBvG heeft daartoe dus reeds zelf stappen gezet om hun leden voldoende toe te rusten om met deze problematiek om te gaan. Aan de Raad voor Rechtsbijstand Bureau Wet schuldsanering natuurlijke personen (Wsnp) is verzocht om ook ten aanzien van de bewindvoerders in de schuldsaneringsregeling na te gaan of ook zij – evenals de gerechtsdeurwaarders – een bepaalde rol kunnen spelen in de herkenning en doorverwijzing van suicideproblematiek bij mensen met problematische schulden. Omdat de Wsnp het uiterste rechtsmiddel is in geval van een schuldenlast die niet langs minnelijke weg kan worden opgelost, is het niet onaannemelijk dat ook bewindvoerders incidenteel geconfronteerd kunnen worden met deze indringende problematiek.

Suicides komen ook vaker voor onder personen die een uitkering (bijstand, arbeidsongeschiktheid of WW uitkering) ontvangen dan onder personen die een inkomen hebben. Het is dan ook belangrijk om ook onder die beroepsgroepen te bezien of zij mensen die een uitkering hebben of krijgen beter op suïcidale klachten kunnen signaleren en doorverwijzen naar hulpverlening. Voor deze beroepsgroepen zal nog overleg plaatsvinden met het Ministerie van SZW om te bezien of de gatekeeperstrainingen ook onder die beroepsgroepen aangeboden zouden kunnen worden.

Ik heb derhalve al het initiatief genomen om de gatekeeperstrainingen in de hiervoor vermelde sectoren te introduceren.

Beschikbaarheid en toegankelijkheid van middelen voor suicide

Met de beschikbaarheid en toegankelijkheid van middelen voor suicide wordt bedoeld op de middelen waarmee suicide gepleegd kan worden en op de toegang tot de locaties alwaar suicide gepleegd kan worden. Het spreekt voor zich dat vele voorwerpen en middelen kunnen worden aangewend voor een suicide(poging). Onder dit terrein vallen uitsluitend die suïcidemiddelen die qua aard geschikt zijn om een suicide(poging) mee te plegen en in de praktijk als zodanig ook gebruikt worden. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om vrije beschikbaarheid van suïcidemiddelen, zoals geneesmiddelen (zonder recept), van vuurwapens en van heliumgas, maar ook om toegang tot het spoor of hoge gebouwen. Op meerdere onderdelen van het middelendomein zijn reeds effectieve maatregelen getroffen of in gang gezet die bijdragen aan de preventie van suicides. In dit verband wijs ik naar het verkleinen van de verpakkingen-

grootte van paracetamol (van 500 mg). De verpakkingsgrootte is gemaximeerd tot 50 tabletten per verpakking.

Uit de cijfers van het CBS (StatLine CBS, 2013) blijkt overigens dat de manier waarop het meest suïcide wordt gepleegd valt onder de categorie ophanging en verwurging. Deze methoden van suïcide vinden vrijwel altijd in de privésfeer plaats en zijn moeilijk te voorkomen. Andere methoden van suïcide (overdosering medicatie/alcohol/verdrinking, springen van hoogten) komen minder vaak voor. Ook laten de cijfers geen verschuiving tussen de verschillende categorieën onderling zien in de afgelopen jaren. Uit de cijfers van het CBS valt evenmin af te leiden dat sprake is van een toename in de toepassing van heliumgas als methode van suïcide. Ik zie dan ook op dit moment onvoldoende aanleiding om naar aanleiding van de methoden van suïcide aanvullende maatregelen te treffen.

Wat betreft de cijfers van suïcides op het spoor lijkt het dat de preventie-maatregelen licht effect hebben. Het aantal spoor-suïcides is in 2012 (202) licht gedaald ten opzichte van het jaar daarvoor (2011: 216). Voor 2013 wordt verwacht dat dit aantal ongeveer gelijk zal blijven of licht verder zal dalen. Om de doelstelling tot het verder terugdringen van suïcides op het spoor te kunnen realiseren voert ProRail sinds 2010 het »Programmaplan Preventie Spoor-suïcide 2010 – 2015« uit.

Het programmaplan maakt onderdeel uit van de Derde Kadernota Railveiligheid van het Ministerie van IenM. De komende jaren zal een vervolg worden gegeven aan preventie van suïcide op het spoor. Voor de uitvoering van het »Programmaplan Preventie Spoor-suïcide« wordt in 2013 € 3,6 miljoen besteed aan een combinatie van zogeheten «fysieke» en «niet-fysieke» maatregelen. Onder fysieke maatregelen wordt onder meer verstaan, hekken en schrikverlichting. Onder niet-fysieke maatregelen vallen verwijsborden naar hulpverlening en cursussen voor mensen werkzaam in de spooromgeving (spoorpersoneel en politie). De cursus «Contact met (mogelijk) suïcidale personen rond het spoor» voor mensen werkzaam in de spoorsector die in 2013 is ontwikkeld en aangeboden door ProRail en NS. Deze cursus wordt in 2014 verder uitgerold binnen de spoorbranche.

Met het hiervoor vermelde budget is en wordt aan verschillende preventieve maatregelen nadere invulling gegeven. Er vindt een uitrol plaats van maatregelen voor een gebiedsaanpak rond Eindhoven en twaalf extra risicolocaties. Daarnaast wordt onderzoek gedaan naar locatie- of treungebonden maatregelen. Dit krijgt in 2014 een vervolg. Verder vindt samenwerking plaats met de Stichting 113online. Ook heeft de spoorsector in 2013 het beheer van de landelijke database suïcide overgedragen gekregen van de Inspectie voor de Leefomgeving en Transport (ILT). Tenslotte blijft aandacht voor de media-aanpak noodzakelijk.

Samenvatting aangekondigde acties

Uit het voorgaande blijkt dat ik op de verschillende terreinen met verschillende veldpartijen in overleg zal treden om suïcidepreventie verder vorm te geven. In onderstaande tabel is uitgeschreven om welke onderwerpen het gaat en welke partijen daarbij betrokken zijn.

Aangekondigde actie of maatregel van de Landelijke agenda	Betrokken partijen
Uitvoering van het Implementatieplan Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling suïcidaal gedrag.	Ministerie van VWS/ ZONMw/ Trimbos/ NVvP/ NIP /Ministerie van VenJ en GGZ Nederland.

Aangekondigde actie of maatregel van de Landelijke agenda	Betrokken partijen
Informereren van beroepsverenigingen over kennis van suicidaliteit, vereiste competenties en scholing bij bepaalde beroepsgroepen (artsen/verpleegkundigen/psychologen/psychiaters en psychotherapeuten).	Ministerie van VWS/ NVO/ NIP/V&VN/ KNMG, NHG en AJN.
Overleg met ketenpartners in de zorg over samenwerkingsafspraken met in de regio. Intensivering van rol van familie en naasten bij behandeling van suïcidale patiënten.	Ministerie van VWS//NVSHA/ NVSHV/ NIP/ NVvP/ V&VN/ NFU/NFZP/ GGZ Nederland. Ministerie van VWS/ LSFVP/ LPGGZ.
Overleg met beroepsvereniging over betere signalering door huisartsvoorziening.	Ministerie van VWS/NHG/ LHV.
Overleg met media over bekendheid en werken met mediarijchtlijn.	Ministerie van VWS/ Ivonne van de Venstichting/ Stichting 113online/ GGZ Nederland/ Ministerie van IenM/ ProRail en NS.
Verkennen van mogelijkheden van sociale media bij suïcidale uitingen op internet.	Ministerie van VWS/ Stichting 113online/ Facebook/ Twitter/ ProRail/ NS.
Ontwikkelen en landelijke uitrol van gatekeepersaanbod in onderwijssector.	Ministerie van VWS/ Stichting 113online, het Ministerie van OCW, VO-raad, MBO Raad, Vereniging van Hogescholen en de VSNU.
Overleg over het ontwikkelen en aanbieden van gatekeepersaanbod bij schuldhulpverleningsorganisaties en uitkeringsorganisaties.	Ministerie van VWS, Ministerie van SZW, NVVK, UWV en VNG.
Overleg met ZN over inkoopvoorwaarden bij contractering met zorgaanbieders.	Ministerie van VWS en ZN.
Uitvoeren van het Programmaplan Suïcidepreventie ProRail 2010–2015 en voorzetting van de getroffen maatregelen na 2015.	Ministerie van VWS/ Ministerie van IenM/ ProRail/ NS.
Uitvoeren, coördineren, monitoren en evalueren van de Landelijke agenda.	Stichting 113online, Ministerie van VWS.

Tot slot verwachten mijn collega van IenM en ik, samen met de hiervoor vermelde veldpartijen en met de coördinerende uitvoeringsrol van de Stichting 113online, met deze Landelijke agenda de komende jaren (2014–2017), het suïcidepreventiebeleid verder te kunnen intensiveren. Dit met als doel de stijgende aantallen suïcides en de aantallen suïcideopgingen te stabiliseren en vervolgens te laten afnemen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers