

Vergaderjaar 2022–2023

**35 754**

## **Voorstel van wet van de leden Bikker, Mohandis, Kuik, Westerveld, Van der Staaij, Dijk, Van Esch en Van der Plas tot wijziging van de Wet publieke gezondheid ter bevordering en verankering van integrale suïcidepreventie (Wet integrale suïcidepreventie)**

**Nr. 9**

### **MEMORIE VAN TOELICHTING ZOALS GEWIJZIGD NAAR AANLEIDING VAN HET ADVIES VAN DE AFDELING ADVISERING VAN DE RAAD VAN STATE**

#### **I. ALGEMEEN**

##### **1. Inleiding**

Suïcide is een groot maatschappelijk probleem, dat in Nederland jaarlijks ruim 1.800 levens<sup>1</sup> kost (ruim vijf personen per dag). Bij elke suïcide worden ongeveer 135 mensen in de omgeving getroffen: 250.000 mensen worden per jaar geraakt door suïcides.<sup>2</sup> Dit zijn bijvoorbeeld vrienden, klasgenoten, werkgevers, collega's, hulpdiensten, zorgprofessionals en omstanders.

De ontwikkeling van de afgelopen jaren stemt niet positief. Het aantal suïcides per 100.000 inwoners is sinds 2018 min of meer stabiel. Daarnaast blijft het aantal jongeren met gedachten aan zelfdoding hoog sinds de flinke stijging in de lockdownperiode door corona (circa 14%).<sup>3</sup>

Het bestaande suïcidepreventiebeleid vanuit de overheid is incidenteel en projectmatig van aard, terwijl de problematiek helaas structureel is. Het overheidsbeleid bestaat uit een landelijke agenda suïcidepreventie en een onderzoeksprogramma. Daarnaast is er een instellingssubsidie op jaarbasis waarmee onder andere wordt voorzien in een landelijke hulplijn. De initiatiefnemers constateren echter dat er geen sprake is van een structurele borging van het overheidsbeleid suïcidepreventie. De continuïteit van dat suïcidepreventiebeleid de afgelopen jaren is goeddeels afhankelijk gebleken van initiatieven vanuit de Tweede Kamer en van vermelding in het regeer- of coalitieakkoord. Verlenging of vernieuwing van de landelijke agenda suïcidepreventie, middelen voor

<sup>1</sup> <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2023/19/1-916-zelfdodingen-in-2022-54-meer-dan-in-2021>. Het aantal suïcides per 100.000 inwoners is sinds 2018 min of meer stabiel (10,8 per 100.000). In 2022 kostte suïcide 1.916 levens.

<sup>2</sup> Facts and figures [www.iasp.info/wspd/pdf/2019/2019\\_wspd\\_facts\\_and\\_figures.pdf](http://www.iasp.info/wspd/pdf/2019/2019_wspd_facts_and_figures.pdf).

<sup>3</sup> Zesde kwartaalonderzoek COVID-19 maart 2023 <https://www.rivm.nl/gezondheidsonderzoek-covid-19/kwartaalonderzoek-jongeren/mentale-gezondheid>.

een onderzoeksprogramma en extra middelen voor de suïcidepreventie-hulplijn komen er vaak als gevolg van toezeggingen in debatten, amendementen en moties.<sup>4</sup> Zonder herhaald initiatief vanuit de Tweede Kamer zou onderzoek naar suïcidaliteit en zou de nationale organisatie voor suïcidepreventie (Stichting 113 Zelfmoordpreventie) op losse schroeven zijn komen te staan. Door de steeds terugkerende onzekerheid over de toekomstige inzet en bijbehorende middelen van de (Rijks)-overheid is het voor uitvoerende organisaties moeilijk om momentum te behouden of zelfs continuïteit te garanderen. Suïcidepreventie vergt visie die verder reikt dan de volgende subsidieaanvraag.

Suïcide kan in meer gevallen worden voorkomen, mits er over een lange periode een breed pakket aan preventieve maatregelen wordt ingezet. Deze maatregelen dienen gericht te zijn op drie niveaus: de algemene bevolking, vooraf bekende risicogroepen en mensen met suïcidaal gedrag.<sup>5</sup> Voor de directe omgeving van mensen die kampen met suïcidaliteit zijn voorlichting en ondersteuning nodig. Ook zijn scholing, trainingen en concrete handreikingen en handvatten nodig voor (zorg)professionals en de organisaties die met hen en met risicogroepen te maken hebben. Leren over suïcidaliteit door onderzoek en daaruit conclusies kunnen trekken ter ontwikkeling en verbetering van suïcidepreventiebeleid is onontbeerlijk, evenals het voorlichten van en het verlagen van drempels om te spreken over suïcidaliteit in de algemene bevolking. Daarnaast zijn veiligheidsmaatregelen in de openbare ruimte (zoals hekken bij spoor en gebouwen) van belang en vraagt suïcidepreventie om verantwoorde berichtgeving in de media. Om gedurende een lange periode in een dergelijk breed pakket aan maatregelen te investeren, is de inzet van velen nodig, waar nodig geïnitieerd, geregisseerd en gefaciliteerd door de landelijke overheid.

Daarom stellen de initiatiefnemers deze wet integrale suïcidepreventie voor. Hiermee wordt suïcidepreventie een wettelijke overheidstaak waarvoor structureel beleid wordt gemaakt en er duurzame en brede aandacht en inzet blijft voor suïcidepreventie. Het initiatief voor beleid dat tot nu toe vaak uit de Tweede Kamer kwam, komt met deze wet bij de regering te liggen. Met de wettelijke verankering van suïcidepreventiebeleid beogen de initiatiefnemers dat suïcidepreventiebeleid zowel landelijk als lokaal zich verdiept (steeds effectiever), verbreedt (integraal, over meerdere beleidsterreinen) en verspreidt (door heel Nederland). Door de faciliterende en regisserende rol van de overheid te borgen in de wet, wordt de vraag *of* de taak van suïcidepreventie bij de overheid ligt, positief beantwoord. De energie kan dan gaan naar beantwoording van de vraag *hoe* kan worden gewerkt aan het verminderen van het aantal suicides.

## **2. Hoofdpijnen van het voorstel**

Het doel van dit wetsvoorstel is het structureel borgen van suïcidepreventiebeleid. Daarvoor stelt het wetsvoorstel drie elementen voor. Ten eerste legt het wetsvoorstel de primaire verantwoordelijkheid vast van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) voor het vaststellen van suïcidepreventiebeleid, in overleg met andere Ministers voor zover het hun terrein betreft. Ten tweede is voor gemeenten de plicht

<sup>4</sup> Kamerstukken 25 242, nr. 264, 32 793, nr. 237, 32 793, nr. 466, 25 295, nr. 369, 25 424, nr. 577, 35 570 XVI, nr. 68, 35 788, nr. 154 en 32 793, nr. 561.

<sup>5</sup> National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators (who.int) Hofstra E, van Nieuwenhuizen C, Bakker M, Özgül D, Elfeddali I, de Jong SJ, van der Feltz-Cornelis CM. Effectiveness of suicide prevention interventions: A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020 Mar-Apr;63:127–140. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2019.04.011.

opgenomen om, in aansluiting op het landelijke beleid, gemeentelijk beleid te voeren voor suïcidepreventie: een belangrijke nieuwe pijler onder het Nederlandse suïcidepreventiebeleid. Ten derde is er een grondslag opgenomen voor een suïcidepreventiehulplijn, zoals er ook een wettelijke basis is gelegd voor andere hulplijnen<sup>6</sup>.

Dit wetsvoorstel richt zich op overheden en hun verantwoordelijkheid om te zorgen voor suïcidepreventiebeleid en legt geen verplichtingen op aan mensen die zelf kampen met suïcidale gedachten.

## 2.1. Probleembeschrijving

In Nederland sterven ruim vijf personen per dag door suïcide. Bij mannen komt suïcide ruim twee keer zo vaak voor als bij vrouwen. De grootste risicogroep zijn mannen tussen de 40 en 70 jaar oud. Suïcide is doodsoorzaak nummer één onder jongeren van 10 tot 25 jaar. Daarnaast zijn er nog suïcidepogingen die ook een enorme impact hebben. Naar internationale schatting komen suïcidepogingen 20 tot 25 keer vaker voor dan suïcide.<sup>7</sup> In Nederland komt dit neer op bijna 50.000 pogingen per jaar, 135 pogingen per dag. Dit kunnen er ook veel meer zijn: veel pogingen worden niet geregistreerd of als zodanig herkend. De spoedeisende hulp wordt ongeveer 15.000 keer per jaar bezocht door mensen met zelf toegebracht letsel (40 keer per dag).<sup>8</sup> Suïcidepogingen komen vooral voor onder jonge vrouwen.

Nabestaanden die iemand verloren hebben aan zelfdoding blijven achter met gevoelens zoals verdriet, schuld, woede en onbegrip. Betrokken families verkeren na drie maanden rouw in slechtere gezondheid dan families die iemand verloren zijn aan natuurlijke oorzaken.<sup>9</sup> Mensen die een naaste zijn verloren door zelfdoding hebben een verhoogd risico op suïcide, een suïcidepoging, depressie en opname in een psychiatrische instelling. Verlies door zelfdoding kan ook consequenties hebben op praktisch en financieel vlak, bijvoorbeeld door uitval op werk.<sup>10</sup>

### *Suïcidepreventie*

Suïcidepreventie wordt omschreven als alle acties gericht op het voorkomen van suïcides of pogingen daartoe. Aan een (poging tot) suïcide gaat in de regel suïcidaal gedrag vooraf. Suïcidaal gedrag verwijst naar het geheel aan gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen

<sup>6</sup> Artikel 1a.1 Jeugdwet en Artikel 3a.1.2 Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.

<sup>7</sup> Suicide (who.int) [https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1).

<sup>8</sup> VeiligheidNL, Cijferrapportage Letsels 2018, VeiligheidNL, <https://www.veiligheid.nl/organisatie/publicaties/cijferrapportage-letsels-2018>.

<sup>9</sup> Groot, M. H. de, Keijser, J. de, & Neeleman, J. (2006). Grief Shortly After Suicide And Natural Death: A Comparative Study Among Spouses and First-Degree Relatives. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(4), 418–431.

<sup>10</sup> Erlangsen, A., Runeson, B., Bolton, J. M., Wilcox, H. C., Forman, J. L., Krogh, J., Shear, M. K., Nordentoft, M., & Conwell, Y. (2017). Association Between Spousal Suicide and Mental, Physical, and Social Health Outcomes: A Longitudinal and Nationwide Register-Based Study. *JAMA psychiatry*, 74(5), 456–464.; Tidemalm, D., Runeson, B., Waern, M., Frisell, T., Carlström, E., Lichtenstein, P., & Långström, N. (2011). Familial clustering of suicide risk: a total population study of 11.4 million individuals. *Psychological medicine*, 41(12), 2.527–2.534.; Pitman, A. L., Osborn, D. P., Rantell, K., & King, M. B. (2016). Bereavement by suicide as a risk factor for suicide attempt: a cross-sectional national UK-wide study of 3.432 young bereaved adults. *BMJ open*, 6(1), e009948.; Wilcox, H. C., Middendorfer-Rutz, E., Kjeldgård, L., Alexanderson, K., & Runeson, B. (2015). Functional impairment due to bereavement after the death of adolescent or young adult offspring in a national population study of 1,051,515 parents. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(8), 1.249–1.256.

die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te doden.<sup>11</sup> De multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag benadrukt dat het begrip «intentie» niet begrepen moet worden in de zin dat een persoon altijd een vrije keus heeft in zijn gerichtheid op dood en sterven: «Niet zelden is er sprake van een wanhoopsdaad, een onvrije keuze waarbij de patiënt zich gedreven voelt door de omstandigheden en/of door onmacht.»<sup>12</sup>

Op individueel niveau is suïcidaliteit een proces van bewustzijnsvernauwing, waarbij mensen vanuit een emotionele crisis een einde willen maken aan hun lijden op dat moment.<sup>13</sup> Ze hebben daarbij vaak ambivalente gedachten. Enerzijds willen ze dood, anderzijds willen ze blijven leven: ze willen vooral weg uit deze situatie.<sup>14</sup>

Suïcidale gedachten ontstaan door een wisselwerking tussen genetische, psychische, sociale en culturele factoren, soms gecombineerd met eerder doorgemaakte trauma's en verlieservaringen.<sup>15</sup> Mensen met een kwetsbaarheid voor suïcidale gedachten hebben in hun suïcidale periode vaak last van een stapeling van deze problemen. Hierbij kan men denken aan een combinatie van een psychisch probleem, verlieservaringen, trauma, eenzaamheid en financiële problemen. Op zo'n moment is het voor die persoon lastig om te bepalen of en hoe hij kan doorleven met de lijdensdruk. Hierdoor kan die persoon op dat moment vaak niet goed oordelen over het wel of niet doorleven.

Suïcidaliteit is vaak een proces van een eerste gedachte naar meer concrete plannen tot het uitvoeren van een poging. Hierbij evolueert suïcidaliteit niet lineair, maar met ups en downs.<sup>16</sup> Het hebben van gedachten over suïcide komt relatief veel voor, maar leidt meestal niet tot het doen van een poging.<sup>17</sup> Het hebben van een concreet plan om suïcide te plegen, niet bang te zijn voor de dood, het gevoel anderen tot last te zijn en nergens (meer) bij te horen verhoogt het risico op het daadwerkelijk plegen van suïcide. Een suïcidepoging zonder dodelijke afloop in het verleden geeft een sterk verhoogd risico op een latere poging met dodelijke afloop.<sup>18</sup>

Dit wetsvoorstel richt zich uitsluitend op suïcides en suïcidepogingen, waarbij euthanasie en hulp bij zelfdoding als bedoeld in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: Wtl) nadrukkelijk worden uitgezonderd. In die situatie is er sprake van een levensbeëindiging via een gereguleerd traject. Suïcide in de zin van het

<sup>11</sup> Van Hemert e.a., 2012. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag, Uitgeverij De Tijdstroom.

<sup>12</sup> Richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag, 2012.

<sup>13</sup> V Beerthuis e.a., 2018, Generieke module Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag.

<sup>14</sup> Van Hemert e.a., 2012. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag, Uitgeverij De Tijdstroom, o.a. p. 48. Zie ook Bryan CJ, Rudd MD, Peterson AL, Young-McCaughan S, Wertenberger EG. The ebb and flow of the wish to live and the wish to die among suicidal military personnel. *J Affect Disord*. 2016 Sep 15;202:58–66. doi: 10.1016/j.jad.2016.05.049. Epub 2016 May 24. PMID: 27253218.

<sup>15</sup> Hofstra E, van Nieuwenhuizen C, Bakker M, Özgül D, Elfeddali I, de Jong SJ, van der Feltz-Cornelis CM. Effectiveness of suicide prevention interventions: A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020 Mar-Apr;63:127–140. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2019.04.011.

<sup>16</sup> Portzky, G. (2021), oorzaken en suïcidaal proces, Geraadpleegd van: <https://www.zelfmoord1813.be/feiten-en-cijfers/oorzaken-en-suïcidaal-proces>.

<sup>17</sup> Ten Have, M., van Dorsselaer, S., Tuithof, M., & de Graaf, R. (2011). Nieuwe gegevens over suïcidaliteit in de bevolking. *Resultaten van de «Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2» (NEMESIS-2)*. Utrecht: Trimbosinstituut.

<sup>18</sup> <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.

onderhavige wetsvoorstel betreft daarentegen een gebeurtenis waarbij een persoon «eenzaam en radeloos sterft» door zelfdoding.

Vroeger werd suïcide vaak gezien als een autonome keuze voor de dood. Inmiddels wordt algemeen onderkend dat het overgrote deel van de mensen dat zichzelf doodt, niet dood wil, maar een einde wil aan het lijden op dat moment.<sup>19</sup>

Initiatiefnemers erkennen dat het huidige stelsel van geestelijke gezondheidszorg problemen kent zoals lange wachtlijsten in de GGZ en jeugdzorg. Hierdoor is passende zorg niet altijd toegankelijk. Het oplossen van deze problematiek speelt ook een rol in het terugdringen van suïcides, maar reikt buiten de kaders van dit wetsvoorstel. Beide zaken zijn volgens de initiatiefnemers ook complementair aan elkaar. Er moet ingezet worden op een betere toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg én suïcidepreventiebeleid moet beter verankerd worden bij de overheid.

#### *Vroege herkenning en behandeling kan suïcide voorkomen<sup>20</sup>*

Iedere vorm van suïcidaal gedrag verdient het om serieus te worden genomen. Hoe sneller suïcidaal gedrag wordt herkend en behandeld, hoe groter de kans dat een interventie aanslaat en iemand tot andere oplossingen kan komen dan tot suïcide. In een vroeg stadium, waarbij iemand wel speelt met de gedachte aan suïcide, maar ook nog aan andere dingen kan denken en er nog geen of in mindere mate sprake is van *entrapment* (klemzitten), is het raadzaam om suïcidaal gedrag te bespreken en te zoeken naar alternatieven. Het gesprek is er dan op gericht om mensen te ondersteunen in het verkennen van deze alternatieven en hen te stimuleren om na te denken over redenen om te blijven leven. Naarmate mensen meer vertrouwen hebben in een andere oplossing dan de dood, zal een pijnlijke situatie minder snel leiden tot het gevolg geven aan de suïcidale gedachten. Maar als mensen hun omstandigheden als ondraaglijk ervaren en als onoplosbaar gaan zien, zullen zij meer en meer *entrapment* ervaren en meer gaan geloven dat suïcide de enige uitweg is.

Met specifieke behandeling kunnen zorgverleners proberen de suïcidaliteit te behandelen op verschillende manieren. Maar mensen met een doodswens zoeken veelal niet uit zichzelf hulp. Daarom zullen professionals op sleutelposities alert en vaardig moeten zijn om suïcidaal gedrag te herkennen en bespreekbaar te maken. Dit betekent dat suïcidepreventie vraagt om kennis bij en inzet van velen. In het bijzonder van mensen die de persoon met suïcidaal gedrag tegenkomen in hun leven of werk. Denk naast familie en vrienden bijvoorbeeld aan de werkgever, het gemeenteloket, het sociaal wijkteam, de politie, het onderwijs, erfbetreders (zoals dierenartsen), de huisarts, het ziekenhuis of de (geestelijke gezondheids)zorg. Om al deze mensen te bereiken, zijn publiekscampagnes en communicatiestrategieën noodzakelijk. Met die middelen kunnen mensen bewust worden gemaakt van de signalen en kunnen mensen worden gemobiliseerd tot het aangaan van het gesprek, alsmede door het aanbieden van laagdrempelig gesprekstraining.

<sup>19</sup> Van Hemert e.a., 2012. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag, Uitgeverij De Tijdstroom.

<sup>20</sup> Een van de vier door de WHO aanbevolen effectieve interventies onder de noemer LIVE LIFE, zie hierna.

## 2.2. Suïcidepreventie als taak van de overheid: landelijk en lokaal

De maatschappij hecht in toenemende mate aan preventie van suïcides, maar dit is op zichzelf nog onvoldoende om de benodigde integrale aanpak te realiseren.

Suïcidepreventie vraagt om overheidsinterventie op landelijk niveau: een heldere regierol, zoals dit al bij brandpreventie, verkeersveiligheid en milieukwesties het geval is. Zodat niet wordt opgetreden vanuit één ministerie, maar vanuit alle ministeries die het betreft, vanuit gemeenten, vanuit organisaties en vanuit individuen. Dit vanwege het publiek belang en het risico dat zonder die heldere regierol onvoldoende structurele aandacht zal uitgaan naar het voorkomen van suïcide in ons land.

Op het niveau van de lokale overheid gebeurt er al het een en ander, maar nog niet structureel en in alle gemeenten. In dertien GGD-regio's werken gemeenten met andere partijen aan suïcidepreventie.<sup>21</sup> Zo'n 50 gemeenten hebben zelf suïcidepreventiebeleid, waarbij het beleid varieert in omvang en integraliteit. Initiatiefnemers zijn ervan overtuigd dat de lokale overheid een belangrijke rol moet hebben in suïcidepreventiebeleid omdat op lokaal niveau veel kennis is over de situatie en behoeften van inwoners. Dit wetsvoorstel zorgt ervoor dat elke gemeente in de gemeentelijke nota gezondheidsbeleid formuleert wat zij op het gebied van suïcidepreventie voornemens is te doen. Dit wetsvoorstel laat in grote mate open wat de inhoud van dit beleid dient te zijn. Veel gemeenten gebruiken de lokale nota om onder andere het nationaal preventieakkoord en het sportakkoord lokaal te vertalen. Een lokale uitwerking van de landelijke agenda suïcidepreventie zou daar eveneens goed bij passen.

## 2.3. Relatie voorstel tot andere wetgeving en wetgeving in andere landen

### 2.3.1 Relatie voorstel tot andere wetgeving

Het onderhavige wetsvoorstel strekt tot wijziging van de Wet publieke gezondheid (Wpg). De Wpg legt vooral taken op het gebied van de collectieve preventie bij *gemeenten* zoals de jeugdgezondheidszorg. De Wpg kent echter ook taken voor de *centrale overheid*, zoals bevolkingsonderzoek. Zoals omschreven in de Wpg omvat de publieke gezondheidszorg gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder het voorkomen en het vroegtijdig opsporen van ziekten. De initiatiefnemers vinden daarmee de Wpg een goede plek om preventiebeleid, en specifiek suïcidepreventiebeleid te borgen. Het RIVM stelt dat het monitoren en signaleren van psychosociale problemen een taak is van de publieke gezondheidszorg.<sup>22</sup>

Voor de suïcidepreventietaken wordt nu voorgesteld de bestaande praktijk te bevestigen, te versterken en te verbreden. Dat wil zeggen dat de primaire verantwoordelijkheid bij de Minister van VWS blijft, maar dat die deze verantwoordelijkheid nadrukkelijker coördinerend en waar van toepassing in overleg met andere Ministers invult. En ook de verantwoordelijkheid van gemeenten is expliciet opgenomen in het wetsvoorstel. Vanuit de landelijke agenda suïcidepreventie worden gemeenten daarin

<sup>21</sup> Voortgang derde landelijke agenda Suïcidepreventie voorjaar 2023.

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2023/04/11/voortgang-derde-landelijke-agenda-suicidepreventie-stavaza-maart>.

<sup>22</sup> RIVM, CGL-rapportage 10-01 «Suïcidepreventie Aangrijpingspunten voor de publieke gezondheidszorg», p. 6.

ook nu al gefaciliteerd. Er is een aantal gemeenten dat deze taak oppakt vanuit de verantwoordelijkheid voor gemeentelijk gezondheidsbeleid, maar hoewel het aantal gestaag groeit, zijn het er nog maar relatief weinig. Zo is er slechts beperkt sprake van borging van de activiteiten vanwege het ontbreken van structurele middelen. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het stoppen van initiatieven van gemeenten bij het beëindigen van de projectsubsidie vanuit de landelijke agenda suïcidepreventie.

De initiatiefnemers zijn van mening dat het onderwerp suïcidepreventie zowel op rijksniveau als op gemeentelijk niveau zelfstandige inspanning vergt. Hiermee beogen de initiatiefnemers een eind te maken aan de vrijblijvendheid waarmee dit beleidsterrein wordt benaderd. Voor suïcidepreventie wordt op rijksniveau het vaststellen van beleid voorgescreven door de Minister van VWS en door de andere Ministers voor zover suïcide hun beleidsterrein raakt. De vrijblijvendheid wordt ook verminderd doordat de Minister van VWS jaarlijks verantwoording over de voortgang aflegt aan de Tweede Kamer. Deels kan worden verwezen naar de invulling van het landelijke beleid zoals opgenomen in de bestaande landelijke agenda suïcidepreventie, deels zullen ook nieuwe doelen gesteld kunnen worden. Vanuit de landelijke nota gezondheidsbeleid (artikel 13, eerste lid, Wpg) bepalen gemeenten de prioriteiten voor hun eigen gemeente (artikel 13, derde lid, Wpg), waarbij ze ook doelstellingen omschrijven voor de publieke gezondheidszorg, de jeugdgezondheidszorg, de ouderengezondheidszorg en infectieziektebestrijding (artikel 2, 5, 5a en 6 Wpg). Zij geven aan welke doelstellingen zij hebben, welke acties zullen worden ondernomen en welke resultaten ze willen behalen. Het wetsvoorstel voegt daar een lokale uitwerking van landelijk suïcidepreventiebeleid aan toe.

Het onderhavige wetsvoorstel regelt een wettelijke grondslag voor een hulplijn waar mensen in principe anoniem contact mee kunnen opnemen<sup>23</sup>, waarbij geldt dat het hier om laagdrempelige hulpverlening gaat. Dat de gesprekken niet direct tot de hulpvrager herleidbaar zijn, maakt het eenvoudiger om te spreken over suïcidaliteit. Bij de hulplijn gaat het niet om bieden van goede zorg in de zin van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. De wettelijke grondslag voor deze hulplijn is naar analogie van de Luisterlijn vormgegeven. De Luisterlijn heeft zijn grondslag in artikel 3a.1.2 van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015. De hulplijn voor suïcidepreventie is bedoeld voor iedereen die zelf suïcidale gedachten heeft, voorbereidende handelingen treft, een suïcidepoging doet, maar ook voor hen die zich zorgen maken over mensen in hun omgeving bij wie ze deze gedachten of handelingen vermoeden of zien.

### **2.3.2. Wetgeving in andere landen**

De maatschappelijk breed gevoelde noodzaak voor suïcidepreventie geeft het afgelopen decennium in het buitenland steeds vaker de doorslag richting de structurele borging van beleid en ook van wetgeving. Niet alleen verdwijnt strafbaarstelling van suïcide steeds vaker uit de wet,<sup>24</sup> trend is bovendien dat steeds meer landen suïcidepreventiewetgeving aannemen. De gevoelde noodzaak tot gereguleerde actie wat betreft suïcidepreventie heeft al geleid tot specifieke wetten en wettelijke

<sup>23</sup> De telefoontjes naar de hulplijn zijn niet direct herleidbaar, maar feitelijk niet geheel anoniem. Belt iemand frequent dan kan dat worden herkend, zonder dat iemands identiteit daarmee bekend wordt. Is sprake van een gevaar zettende situatie voor anderen, dan kan worden achterhaald vanaf welk nummer of IP-adres contact is opgenomen. Een koppeling tussen zo'n nummer of IP-adres kan vervolgens door de politie worden gelegd.

<sup>24</sup> United Global Mental Health, Suicide Report 2021.

bepalingen in Japan, Argentinië en Paraguay, alsook in de Common Law landen Canada, Amerikaanse staten (Californië en Utah) en India.

De in Japan in 2006 ingevoerde wet lichten de initiatiefnemers er graag uit. Suïcidaliteit was en is in Japan een groot probleem. In 2006 was het aantal suïcides per 100.000 inwoners 23,9, waar het gemiddelde in de wereld rond de 10 á 11 ligt per 100.000 ligt. De Japanse wet is sterk beleidsmatig ingestoken en zet in de kern uiteen dat overheden, organisaties, bedrijven en alle Japanners verantwoordelijk zijn voor de preventie van suïcides. Iedere Japanner moet daarbij een beroep kunnen doen op overheden. Het aantal suïcides per 100.000 inwoners was in 2019 gedaald naar 15,3.<sup>25</sup>

Het Verenigd Koninkrijk kiest voor structurele borging van suicidepreventie door middel van een kabinetslid dat speciaal belast is met mentale gezondheid en suicidepreventie: de *Minister for Mental Health and Suicide Prevention*.<sup>26</sup>

#### **2.4. Drie elementen voor overheidsbeleid**

In dit wetsvoorstel zijn drie elementen voor overheidsbeleid opgenomen ten behoeve van integrale en structurele suicidepreventie, die hierna verder worden uitgewerkt wat betreft het wetsvoorstel en – waar van toepassing – nader worden uitgewerkt in een algemene maatregel van bestuur:

1. Integraal beleid suicidepreventie: vastgesteld door de Minister van VWS, in overleg met andere Ministers die het aangaat;
2. Een 24-uurs-hulplijn die onafhankelijk is en gratis en anoniem beschikbaar is voor hulpvragers;
3. Gemeentelijk beleid suicidepreventie.

##### *Ad 1. Integraal beleid suicidepreventie*

Door de Minister van VWS wordt gezorgd voor integraal beleid voor suicidepreventie, in overleg met de andere Ministers die het aangaat. Zo is het aan de Minister van OCW om te zorgen voor aandacht voor suicidepreventie op scholen en zal de Minister van SZW worden betrokken vanuit het belang om werkgevers(organisaties) en werknemers(organisaties) te betrekken bij suicidepreventie. Het beleid wordt elke vier jaar opgesteld en de voortgang wordt jaarlijks verantwoord aan de Tweede Kamer. Voor de initiatiefnemers ligt het in de rede om dit integrale suicidepreventiebeleid uit ten minste deze vier elementen te laten bestaan: (1) het versterken van de brede mentale weerbaarheid (voorlichting), (2) maatregelen voor het durven en leren praten over mentale problemen en suïcidale gedachten, (3) extra aandacht schenken aan risicogroepen – doorvragen en helpen bij het zoeken van hulp en (4) het bieden van effectieve zorg bij suïcidaliteit. In adviezen van de WHO komen deze elementen ook terug. De WHO raadt namelijk aan om in elk geval vier interventies in het landelijk beleid op te nemen: de toegang tot de middelen voor zelfdoding zoveel mogelijk beperken (bijvoorbeeld hekken bij spoor en gebouwen, kleine medicatiehoeveelheden op recept), interactie met de media voor verantwoorde berichtgeving over zelfdoding, het bevorderen van sociaal-emotionele levensvaardigheden bij adoles-

<sup>25</sup> Takeshima, T., Yamauchi, T., Inagaki, M., Kodaka, M., Matsumoto, T., Kawano, K., & Takahashi, Y. (2015). Suicide prevention strategies in Japan: A 15-year review (1998–2013). *Journal of public health policy*, 36(1), 52–66.

<sup>26</sup> <https://www.gov.uk/government/news/first-ever-cross-government-suicide-prevention-plan-published>.



centen, en vroegtijdig identificeren en goede (na)zorg bieden aan iedereen met suïcidaal gedrag.<sup>27</sup>

Initiatiefnemers beogen integraal suïcidepreventiebeleid dat bewustwording en adequaat handelen in de hele maatschappij bevordert. 60 procent van alle mensen die overlijden aan suïcide is niet bekend bij de GGZ.<sup>28</sup> Deze mensen kunnen wel in beeld zijn bij de maatschappij als geheel zoals bij docenten, werkenden in het sociaal domein, agenten, huisartsen en leden van verenigingen. Daarom is suïcidepreventiebeleid niet alleen een taak binnen de GGZ. Dit betekent echter niet dat de GGZ geen grote rol heeft in suïcidepreventie. Als 40 procent wél bekend is bij de GGZ, is het van groot belang dat de kwaliteit en veiligheid van de GGZ verbetert. Initiatiefnemers vinden dit een belangrijk onderdeel van suïcidepreventiebeleid.

### *Ad 2. Gratis en anonieme hulpverlening*

Er is al een 24-uurs-hulplijn voor mensen die willen praten over suïcidaliteit. Hierin wordt voorzien door Stichting 113 Zelfmoordpreventie. Aan deze organisatie is door de Autoriteit Consument en Markt ook het nummer 113 toegewezen.<sup>29</sup> Met dit wetsvoorstel wordt bestendigd dat de Minister van VWS blijvend zorg draagt voor deze hulplijn, zodat personen op ieder moment van de dag kosteloos en niet direct herleidbaar een telefonisch of elektronisch gesprek (zoals een chatgesprek) kunnen voeren over suïcidaliteit in hun persoonlijke situatie of van iemand in hun omgeving. Doel is het bieden van hulp en advies op het moment dat het nodig is, voor iedereen die het nodig heeft. Dat kan een eerste, laagdrempelig gesprek zijn voor wie nog geen hulp heeft kunnen vinden of heeft durven zoeken of een gesprek met een hulpverlener die los staat van een eventueel langer lopende behandeling of begeleiding. De hulplijn staat ook open voor mensen die zich zorgen maken over een ander, vanuit een persoonlijke dan wel professionele relatie.

### *Ad 3. Gemeentelijk beleid suïcidepreventie*

Cruciaal is dat – in aansluiting op het landelijke beleid – ook gemeenten suïcidepreventiebeleid voeren. Dit wetsvoorstel schrijft niet voor *hoe* gemeenten invulling geven aan het beleid, maar *dat* ze er aandacht aan geven. Gemeenten mogen dit beleid zelf invullen, afhankelijk van wat er lokaal het meest urgent en passend is. Juist de mogelijkheid van lokaal maatwerk in de uitvoering kan in belangrijke mate leiden tot een versterking van dat beleid. Lokale maatschappelijke partijen zoals docenten, agenten en huisartsen hebben soms beter en eerder de mensen in beeld dan de GGZ-zorgverlener. Daarom is het essentieel dat deze maatschappelijke partijen zijn toegerust om te signaleren, contact te maken en te verwijzen. Op basis van de lokale analyse van hoog-risicogroepen en de sociale kaart kunnen gemeenten bepalen op welke manier zij aandacht geven aan suïcidepreventie. Ook kunnen gemeenten suïcidepreventie agenderen en voorstellen gezamenlijk vormgeven met partners en werkgevers in bijvoorbeeld arbeidsmarktregio's.

Het lokaal verder invullen van suïcidepreventiebeleid kan op verschillende manieren vorm krijgen. Gemeenten kunnen bijvoorbeeld zelf aan de slag gaan op basis van voorbeelden vanuit de landelijke agenda suïcidepre-

<sup>27</sup> [https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab\\_3](https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_3).

<sup>28</sup> Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd <https://www.igj.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg/suicidemeldingen-en-suicidepreventie>.

<sup>29</sup> Op grond van artikel 3, onderdeel e, van het Nummerplan Telefoon- en ISDN-diensten, Stcrt. 2020, 19241.

ventie, al dan niet met steun van 113 Zelfmoordpreventie. Ook kunnen gemeenten hun middelen samenvoegen in een overkoepelend samenwerkingsverband zoals de GGD of een andere gemeenschappelijke regeling, in de landelijke agenda suïcidepreventie kunnen *good practices* worden opgenomen.

### 3. Grondrechten en mensenrechten

Het begrip suïcidepreventie komt niet in verdragsteksten voor. Wel zijn het recht op leven en het recht op gezondheid als grondrechten opgenomen in verschillende internationale verdragen.

Het recht op leven is vastgelegd in artikel 2 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM). Daarnaast is dat recht ook opgenomen in meerdere andere verdragen en in artikel 2 van het Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie. Ook het recht op gezondheid is het Handvest opgenomen (artikel 35). Op de precieze reikwijdte en uitleg van deze grondrechten wordt hierna verder ingegaan.

#### 3.1 Recht op leven

Artikel 2 EVRM regelt het recht op leven. Het recht op leven beschermt: niemand mag opzettelijk van het leven worden beroofd. Maar artikel 2 EVRM omvat ook zogeheten positieve verplichtingen. De overheid heeft de verplichting het recht op leven actief te beschermen, onder meer in relaties tussen burgers onderling.<sup>30</sup>

Uit jurisprudentie van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (hierna: EHRM) volgt dat van schending van artikel 2 EVRM sprake kan zijn in situaties waarin de overheid in individuele gevallen niet adequaat reageert op concrete, bij haar bekende aanwijzingen dat er een kans op suicide bestaat, en het om individuen gaat die op een of andere manier in handen van of in het directe zicht van de overheid zijn.<sup>31</sup>

Ook in artikel 6 van het Internationaal Verdrag inzake Burgerrechten en Politieke Rechten (hierna: IVBPR) is het recht heeft op leven neergelegd. Hierover stelt het VN-Mensenrechtencomité<sup>32</sup> in een General Comment (zie letterlijke citaat in noot):

*The right to life constitutes a fundamental right, whose effective protection is the prerequisite for the enjoyment of all other human rights.*<sup>33</sup>

Ofwel, vrij vertaald: zonder een effectieve bescherming van het recht op leven, heb je niets aan mensenrechten. Uit datzelfde Comment blijkt dat de verdragsstaat adequate maatregelen moet nemen ter voorkoming van

<sup>30</sup> Prof. mr. J.A. Peters, dr. A.J. Nieuwenhuis, dr. C.M. Zoethout, mr. G. Boogaard, H. Bosdriesz, 2009, Het recht op leven in de Nederlandse Grondwet Een verkennend onderzoek, Kluwer.

<sup>31</sup> Zie EHRM 3 april 2001, ECLI:CE:ECHR:2001:0403JUD002722995 (Keenan t. Verenigd Koninkrijk) en EHRM 13 oktober 2014, ECLI:CE:ECHR:2014:0424JUD003958305 (Perevedentsevy t. Rusland).

<sup>32</sup> Het VN-Mensenrechtencomité is een orgaan van de Verenigde Naties dat de controle uitvoert op de naleving van het Internationaal verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten.

<sup>33</sup> General comment No. 36 on article 6 of the International Covenant on Civil and Political Rights, on the right to life, p. 1.: «2. [...] *The right to life has crucial importance both for individuals and for society as a whole. It is most precious for its own sake as a right that inheres in every human being, but it also constitutes a fundamental right, whose effective protection is the prerequisite for the enjoyment of all other human rights and whose content can be informed and infused by other human rights.*

3. *The right to life is a right which should not be interpreted narrowly. It concerns the entitlement of individuals to be free from acts and omissions intended or expected to cause their unnatural or premature death, as well as to enjoy a life with dignity. Article 6 guarantees this right for all human beings, without distinction of any kind, [...].»*

suicide, *in het bijzonder* (maar dus niet uitsluitend) voor mensen in een bijzonder kwetsbare situatie.<sup>34</sup>

Suicide is de eerste doodsoorzaak onder adolescenten.<sup>35</sup> Daarom is het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het kind van de Verenigde Naties ook van belang (hierna: Kinderrechtenverdrag). Centraal in het Kinderrechtenverdrag staat het belang van het kind. Het belang van het kind dient een eerste overweging te zijn bij elk overheidsoptreden. Elk kindrecht, zo ook het recht op leven en het recht op gezondheid, moet in dit licht worden uitgelegd. Suicide wordt in het Kinderrechtenverdrag niet genoemd. Echter, volgens artikel 6 van dat verdrag heeft elk kind het inherente recht op leven en zijn staten verplicht om in de ruimst mogelijke mate de mogelijkheden tot overleven en de ontwikkeling van het kind te waarborgen. Het recht op gezondheid (artikel 24 Kinderrechtenverdrag) omvat mede preventie en preventieve zorg.

In General Comment<sup>36</sup> nr. 20 (2016) van het Comité voor de rechten van het kind inzake «de gezondheid en ontwikkeling van adolescenten in de context van het Verdrag inzake de rechten van het kind» staat onder nummer 35 het volgende:

*«Geestelijke gezondheid en psychosociale problemen als zelfmoord, zelfbeschadiging, eetstoornissen en depressie zijn de voornaamste oorzaken van een slechte gezondheid, ziekelijkheid en sterfte onder adolescenten, met name in kwetsbare groepen. (...) Het Comité benadrukt dat Staten die partij zijn een aanpak zouden moeten kiezen op basis van volksgezondheid en psychosociale ondersteuning in plaats van te veel medicalisering en institutionalisering. Er is een allesomvattende multisectorale aanpak nodig door middel van geïntegreerde systemen van geestelijke gezondheidszorg voor adolescenten waarbij ouders, leeftijdsgenoten, de bredere familie en de school betrokken zijn en hulp en ondersteuning geboden wordt door daarvoor opgeleide medewerkers.»*

Het met dit wetsvoorstel borgen van de rol van de overheid bij het voorkomen van suicides, geeft wat de initiatiefnemers betreft goed invulling aan de voornoemde verdragsbepalingen.

### **3.2 Recht op gezondheid**

Ook in het recht op gezondheid zien de initiatiefnemers een belangrijke grondslag voor het beleid van de overheid ten aanzien van suicidepreventie, -zorg en -nazorg. Dit mensenrecht heeft internationaal en nationaal breed erkenning gevonden. Het is terug te vinden in artikel 12 Internationaal Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten (IVESCR), artikel 11 Europees Sociaal Handvest, artikel 35 Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie en een aantal categorale

<sup>34</sup> Ibid. p. 3: 10. [While acknowledging the central importance to human dignity of personal autonomy, the Committee considers that States parties should recognize that individuals planning or attempting to commit suicide may be doing so because they are undergoing a momentary crisis which may affect their ability to make irreversible decisions, such as to terminate their life. Therefore,] States should take adequate measures, without violating their other Covenant obligations, to prevent suicides, especially among individuals in particularly vulnerable situations.

<sup>35</sup> <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2023/19/1-916-zelfdodingen-in-2022-54-meer-dan-in-2021>.

<sup>36</sup> Een General Comment wordt beschouwd als een gezaghebbende interpretatie van de rechten die in het Verdrag beschreven staan. Het belangrijkste doel van de General Comments is het verbeteren van de implementatie van het VN Kinderrechtenverdrag, zie: <https://www.kinderrechten.nl/general-comments-van-het-vn-kinderrechtencomite/>. Over initiatieven ter voorkoming van suicides onder jongeren heeft Nederland vragen beantwoord in het vierde Periodieke Rapport (5<sup>th</sup> & 6<sup>th</sup> periodic reports of the Netherlands ex art. 44 of the Conv. on the Rights of the Child (2020)).

verdragen zoals artikel 24 van het Kinderrechtenverdrag. Ook in onze eigen Grondwet is dit grondrecht opgenomen. Het VN Comité inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten stelt dat Staten de verplichting hebben om zo snel en effectief mogelijk toe te werken naar volledige realisatie van het recht op gezondheid (artikel 12 IVESCR). Dit wordt ook wel progressieve realisatie genoemd. Stappen terug van deze progressieve realisatie – zoals het stoppen van ingezette preventieactiviteiten – zijn in beginsel niet toegestaan.<sup>37</sup>

Het eerste lid van artikel 22 Grondwet schrijft voor dat de overheid maatregelen treft ter bevordering van de volksgezondheid. Deze instructienorm is tweeledig. Enerzijds dient de overheid zorg te dragen voor een kwalitatief goede, bereikbare en toegankelijke gezondheidszorg. Die zorg strekt zich ook uit tot mensen die suïcide overwegen of een poging daartoe hebben gedaan, alsook zijn/haar naasten die hiermee worden of zijn geconfronteerd. Anderzijds omvat dit mensenrecht de plicht van de overheid tot preventie, zoals Dute<sup>38</sup> in zijn oratie «De vrijblijvendheid voorbij» heeft betoogd. In de woorden van Dute, «*de overheid heeft de verantwoordelijkheid om behalve aan de beschikbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van voorzieningen voor gezondheidszorg ook aan preventie en gezondheidsbevordering maximale aandacht te geven. Het is de taak van de overheid om het individu optimaal in staat te stellen een gezond leven te leiden.*»<sup>39</sup> Toegespitst op de preventietaak ten aanzien van suïcide: van de overheid mag worden verwacht dat zij al het redelijke doet om te voorkomen dat mensen ontijdig een eind maken aan hun leven.

Er zijn veel terreinen waarop de overheid al langere tijd een duidelijke rol speelt wat betreft preventie. Denk aan brandveiligheid, verkeersveiligheid en – vanuit het perspectief van de volksgezondheid – tabaksontmoediging, alcoholpreventie en preventie van overgewicht.

Aandacht voor de determinanten van gezondheid is noodzakelijk om de gezondheid in de volle breedte via het recht te beschermen. Daarom richten de Grondwet en de mensenrechtenverdragen zich niet alleen op de zorg, maar ook op de determinanten ervan.<sup>40</sup> In het Preadvies van de Vereniging voor Gezondheidsrecht van 2019, met de titel «Ongezonder gedrag: de rol van het recht», wordt beschreven dat preventie meer vanuit het perspectief van het recht op gezondheid zou moeten worden benaderd.<sup>41</sup> Daartoe is toegang tot gezondheidszorg een belangrijke voorwaarde,<sup>42</sup> maar ook de leefomgeving is cruciaal alsmede de algemene sociaaleconomische omstandigheden. Toebes citeert de conclusie van het WHO-rapport *Closing the gap in a generation*: dat sociale determinanten gezondheidsverschillen veroorzaken die vermijdbaar en tevens onrechtvaardig zijn en dat het adresseren van deze gezondheidsverschillen een zaak is van «sociale rechtvaardigheid» (*social justice*).<sup>43</sup> Een determinant in geval van suïcide is bijvoorbeeld het hebben van schulden. Onderzoek in Zweden en het Verenigd Koninkrijk laat zien dat mensen met schulden een veel grotere kans hebben op suïcidale

<sup>37</sup> General Comment No. 14 (2000), Committee on Economic, Social and Cultural Rights, nr. 30–33.

<sup>38</sup> Prof. mr. J.C.J. Dute, emeritus-hoogleraar gezondheidsrecht, Radboud Universiteit Nijmegen.

<sup>39</sup> Prof. mr. J.C.J. Dute, *De vrijblijvendheid voorbij. Over het recht op preventie* (oratie Nijmegen, 2013).

<sup>40</sup> Preadvies 2019, Vereniging voor Gezondheidsrecht, *Ongezonder gedrag: de rol van het recht*, 1. Preventie: achtergrond en richting, prof. mr. dr. B.C.A. Toebes, p. 18.

<sup>41</sup> *Ibidem*, p. 22.

<sup>42</sup> *Ibidem*, p. 27.

<sup>43</sup> WHO – *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health* (2008) | End FGM.

gedachten, suïcidepogingen en overlijden door suïcide.<sup>44</sup> Suïcidepreventiebeleid heeft dus ook te maken met beleidsterreinen die niet direct met gezondheid te maken lijken te hebben.

## **4. Maatschappelijke gevolgen**

### **4.1 Algemene gevolgen**

Met dit wetsvoorstel beogen de initiatiefnemers te bereiken dat de overheid de regie voert. Maatschappelijke draagvlak voor suïcidepreventie alleen is immers onvoldoende om de benodigde integrale aanpak daadwerkelijk te realiseren. De overheid moet de breed gevoelde noodzaak tot structurele investering in suïcidepreventie onderschrijven, gezien de maatschappelijke impact op jaarlijks meer dan 250.000 mensen. Daarom de taak voor de overheid om de regie op te pakken en het goede voorbeeld te geven door te laten zien dat suïcidepreventie een onderwerp is dat met eenzelfde mentaliteit moet worden benaderd als bijvoorbeeld verkeersveiligheid. Met een overheid die regie voert zou suïcidepreventie na verloop van tijd ook beter in de maatschappij, bij werkgevers, de zorg, onderwijs, verankerd moeten zijn. Zodat zowel overheid als maatschappij alerter zijn op signalen en beter weet te reageren op deze signalen. Dit wetsvoorstel biedt het raamwerk voor (het faciliteren van) een breder suïcidepreventiebeleid en verduurzaamt de inzet ervan. Initiatiefnemers vinden het belangrijk dat onafhankelijk van financieel ongunstige tijden voor de overheidsfinanciën inzet op suïcidepreventie plaatsvindt. Gelet op het feit dat financiële problemen en werkloosheid, die in economisch zwaardere tijden vaker voorkomen, belangrijke risicofactoren zijn als het gaat om zelfdoding, is de inzet juist in zulke tijden van nog groter belang.<sup>45, 46</sup>

Suïcidaliteit leidt tot een jaarlijks verlies van ruim 1.800 levens, tot zo'n 50.000 pogingen tot suïcide en nog eens een veelvoud aan levens van naasten die nooit meer hetzelfde zullen zijn. Ook mensen die met suïcide te maken tijdens het werk, zoals conducteurs en machinisten, kunnen met serieuze psychische klachten te maken krijgen. Suïcidaliteit is een maatschappelijk probleem, dat vraagt om een integrale aanpak op landelijk zowel als gemeentelijk niveau, breder dan de zorg alleen. Daarom achten de initiatiefnemers het gerechtvaardigd en noodzakelijk om specifieke bepalingen hierover in de Wet publieke gezondheid op te nemen. Het is immers van het grootste belang deze mensen «binnenboord» te houden omdat suïcide, zoals hierboven uiteengezet, het sluitstuk is van een complex van factoren die over het algemeen van tijdelijke aard zijn. Eén van de mogelijke gevolgen van de aandacht voor suïcidepreventie is dat het onderliggende complex aan factoren dat kan bijdragen aan het ontstaan van suïcidaliteit, ook in het zicht komt: eenzaamheid, financiële druk, een verhardende samenleving waar «normaal zijn» en het perfecte plaatje een dwangbuis worden binnen een scherpe afrekencultuur. Uiteindelijk voorkomen we suïcide samen, in een samenleving die naar elkaar omziet.

Een tweede gevolg van dit wetsvoorstel is de structurele borging van financiële middelen en beleid om suïcides te voorkomen en daarmee de mogelijkheid om doelen voor de langere termijn te stellen en daar naartoe

<sup>44</sup> Als geldtekort een bron van wanhoop wordt | 113 Zelfmoordpreventie.

<sup>45</sup> Berkelmans, G., van der Mei, R., Bhulai, S., & Gilissen, R. (2021). Identifying socio-demographic risk factors for suicide using data on an individual level. *BMC public health*, 21(1), 1702. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11743-3>.

<sup>46</sup> Zie over de relatie tussen economische crises en zelfdoding: Zelfdoding in Nederland: een overzicht vanaf 1950 (cbs.nl).

te werken. Ten opzichte van wat er zo'n tien jaar geleden werd gedaan, wordt er gelukkig al meer gedaan aan suïcidepreventie. Veel gebeurt echter op basis van relatief kortlopende projecten en programma's, terwijl de strijd tegen suïcides er een van de lange adem is. Dit wetsvoorstel beoogt dan ook projecten, programma's en de laagdrempelige hulpverlening via de hulplijn van structurele beleidskaders en financiering te voorzien.

Daarmee wordt het onterechte verschil verkleind tussen het beleid rond suïcides en andere manieren om op onnatuurlijke wijze te overlijden. Andere manieren om op onnatuurlijke wijze te overlijden worden namelijk anders benaderd dan suïcides. Bij deze andere wijzen, bijvoorbeeld bij brandslachtoffers, verkeersdoden, doden op en nabij spoorwegovergangen of door moord, worden de oorzaken gezocht en weggenomen met onderzoek en structureel beleid.

Ten aanzien van spoorwegovergangen: jaarlijks vinden er ongeveer dertig overwegbotsingen plaats en komen er zo'n tien mensen ongewild om het leven bij een overwegongeval, aldus een onderzoek van de Onderzoeksraad voor de Veiligheid.<sup>47</sup> De Onderzoeksraad noemt het «onacceptabel» dat deze gemiddeld tien personen jaarlijks omkomen op het spoorweganet van de overheid. Van de statistiek met het aantal incidenten dat leidde tot het nemen van maatregelen, waren suïcides echter expliciet uitgesloten. Specifiek in 2019 waren er namelijk 194 doden door suïcide op het spoor, waarvan zo'n 116 (60%) ook plaatsvonden op of nabij een spoorwegovergang; de aandacht vanuit de overheid (zoals door inspectie) ging echter uit naar de 9 dodelijke ongelukken. Alleen vanuit ProRail en NS is er wel aandacht voor suïcidepreventie op het spoor. Volgens onderzoek voorkomen de maatregelen uitgevoerd door ProRail, NS en andere vervoerders per jaar 85 zelfdodingen.<sup>48</sup>

Ten aanzien van verkeersveiligheidsbeleid: de verkeersveiligheid heeft sinds 1900 een enorme ontwikkeling doorgemaakt. Aanvankelijk werden ongelukken afgedaan als pech. Vanaf 1920 werd gefocust op de bestuurder, vanaf 1950 op het voertuig en op preventie, vanaf 1970 op een systeemaanpak en sinds de jaren negentig wordt gefocust op duurzame veiligheid. De volwassenwording van een vakgebied in vogelvlucht.<sup>49</sup> Waren er in de jaren zeventig nog ruim 3.200 verkeersdoden te betreuren, nu zijn dat er rond de 700, terwijl het inwoneraantal sindsdien is gestegen en er bovendien een veelvoud is van het aantal voertuigen, alsook de complexiteit en snelheid ervan.<sup>50</sup>

Ten aanzien van moord delen initiatiefnemers een voorbeeld van anekdotische aard. Een ouder van een jongere die overleed door suïcide verwonderde zich over het verschil tussen het onderzoek dat werd gedaan na een moord ten aanzien van het onderzoek dat werd gedaan na de suïcide van haar dochter. Bij een twintig jaar oude moordzaak werd nog alles uit de kast getrokken om te achterhalen wat er was gebeurd. Daarvan was na de vroegtijdige dood van haar dochter geen sprake. Nadat duidelijk was dat het om een suïcide ging, verdween alle nieuwsgierigheid en daarmee alle onderzoek en betrokkenheid.

<sup>47</sup> Overwegveiligheid – Een risicovolle kruising van belangen – Onderzoeksraad (2018).

<sup>48</sup> Van Houwelingen, C. A. J., Di Bucchianico, A., Beersma, D. G. M., & Kerkhof, A. J. F. M. (2022). Railway Suicide in The Netherlands Lower Than Expected. *Crisis*, 43(5), 368–374. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000792>.

<sup>49</sup> Sharing responsibility – central and local government partnership, Fred Wegman, Leidschendam, 2001 SWOV.

<sup>50</sup> Sharing responsibility – central and local government partnership Fred Wegman, SWOV, 2001, Contribution to the Road Safety Conference of the European Transport Safety Council, 12 September 2000, Brussels.

Wat suïcides betreft was – en is er nog wel – sprake van een bepaald fatalisme. Hardnekkige, wetenschappelijke mythes, zoals: «een suïcide kun je niet voorkomen» en: «suïcide is een bewuste keuze van mensen die moet worden gerespecteerd», zijn weerlegd. Toch is dat nog lang niet altijd terug te zien in het beleid. Hoewel er op sommige plekken in de samenleving langzaam meer actiebereidheid ontstaat – denk aan de psychosociale autopsie in het kader van suïcide onder 10- tot 20-jarigen in 2017<sup>51</sup> en het opnemen van het STORM-project<sup>52</sup> – doet verder nog vaak het beeld op dat suïcide als niet te beïnvloeden doodsoorzaak wordt gezien en behandeld. Het is nog geen vanzelfsprekendheid dat effectieve interventies worden ingezet. Onderzoek naar gemiste aanwijzingen, triggers voor de suïcide zelf en de gekozen methode wordt niet gedaan. Dat soort onderzoek zou niet alleen de nabestaanden de door hen zo vaak gewenste duidelijkheid kunnen verschaffen, maar zou ook kunnen helpen bij de preventie van toekomstige suïcides. In geval van suïcides zou men bijvoorbeeld mogen verwachten dat de positieve plicht van de overheid om het recht op leven actief te beschermen wordt ingevuld door standaard onderzoek te doen na een suïcide zodat er kan worden gezien wat er is gebeurd, of het redelijkerwijs had kunnen worden voorkomen en of het zich nog elders kan voordoen, net als bij onder andere verkeersongevallen inmiddels gebruikelijk is. Zo beschouwd, bevindt suïcidepreventie zich in sommige opzichten nog in de startblokken.

Met dit wetsvoorstel wordt dan ook een inhaalslag beoogd, door structurele inzet in plaats van via een «projectencarrousel» zoals beschreven in «Op de groei». Ook voor suïcidepreventie moeten lange termijn doelen worden gesteld, weg van de politieke waan van de dag. «Doelen die een lange adem en structurele bekostiging vergen. We moeten gaan denken in decennia in plaats van in de looptijden van projecten.»<sup>53</sup>

De nu vaak door overheden eerst gestelde vraag *of* ze wel een rol hebben wat betreft suïcidepreventie, wordt met dit wetsvoorstel positief beantwoord, zodat kan worden gefocust op de vraag *hoe* suïcides kunnen worden voorkomen. Dit wetsvoorstel beoogt bij te dragen aan de versnelling van de cultuurverandering met betrekking tot suïcide. Zodat er sprake is van dezelfde alertheid en er dezelfde maatschappelijke vragen worden gesteld na een suïcide als na ander onnatuurlijk overlijden. Dat er bijvoorbeeld standaard onderzoek wordt gedaan na een suïcide om inzicht te krijgen in de achtergrond en aanleiding van de suïcide, om ervan te kunnen leren, zodat volgende suïcides kunnen worden voorkomen.

## 4.2 Specifieke gevolgen

Het wetsvoorstel legt geen verplichtingen op aan burgers, al dan niet kampend met suïcidale gedachten. Maar het heeft wel een duidelijk doel: om met het suïcidepreventiebeleid het aantal suïcides en suïcidepogingen te verminderen. De werkelijke impact van de voorgestelde wet is afhankelijk van het te voeren overheidsbeleid en is daarmee afhankelijk

---

<sup>51</sup> Suïcide onder 10- tot 20-jarigen in 2017, Een verdiepend onderzoek, Mérelle, Van Bergen, Popma et al. 113 Zelfmoordpreventie, december 2019.

<sup>52</sup> Het STORM-project (Strong Teens and Resilient Minds), vroegtijdig signaleren en aanpakken van somberheidsklachten bij middelbare scholieren. Aansluitend bij een van de vier door de WHO aanbevolen effectieve interventies, namelijk om sociaal-emotionele levensvaardigheden bij adolescenten te bevorderen.

<sup>53</sup> Op de groei, Een uitnodiging om samen te investeren in wat jonge mensen doet floreren, Beweging van nul, p. 55, zie ook DGV Creatieve Impulsen (2009). Het rendement van zalmedrag; de projectencarrousel ontleed.

van de nog te nemen politieke besluiten en het niveau van ambitie en inzet van de overheid.

Het uiteindelijke doel wordt mede bereikt door beter zicht te krijgen op factoren die op suïcide van invloed zijn. Dit vergt een lange adem en vele inspanningen en kan uiteindelijk bereikt worden als diverse tussenliggende doelstellingen worden gerealiseerd. De overheid probeert met het suïcidepreventiebeleid vele partijen te stimuleren om er gezamenlijk alles aan te doen om suïcides te voorkomen.

De meeste direct meetbare, specifieke gevolgen van dit wetsvoorstel hangen af van nog in te vullen beleid. Wat betreft de anonieme hulplijn kan bijvoorbeeld worden gekeken naar het aantal effectief geholpen hulpvragers en het percentage van die hulpvragers dat de eerste keer de hulplijn bereikt. Ook kan worden gekeken naar een toename in kennis van het suïcidale proces en de effectiviteit van interventies.

Dit wetsvoorstel introduceert de verplichting tot het voeren van gemeentelijk beleid voor suïcidepreventie. Hiertoe worden extra middelen beschikbaar gesteld. Bovendien wordt de regierol van het Ministerie van VWS geëxpliciteerd, alsook de rol van de andere ministeries waar het hun beleidsterrein betreft. Zo wordt de ruimte geboden voor de noodzakelijke verbreding, versnelling en intensivering van het proces van ontwikkeling van nationaal en gemeentelijk suïcidepreventiebeleid. Dit wetsvoorstel bevat geen materiële normen. Hoewel de inhoud en het ambitieniveau van het in te voeren beleid steeds worden bepaald op het moment van vaststellen ervan, is beleid voor suïcidepreventie logischerwijs altijd gericht op het realiseren van een zo laag mogelijk aantal suïcides.

## **5. Uitvoering**

De Minister van VWS is primair verantwoordelijk voor suïcidepreventie. Van hem wordt een rol als regisseur verwacht: initiërend, coördinerend, controlerend en sturend, omdat suïcidepreventie een taak is voor de hele maatschappij. Vandaar dat er ook is opgenomen dat overleg met de betreffende Ministers nodig is bij hun thema's: ook de inzet en actieve betrokkenheid van andere ministeries is noodzakelijk. De Minister van VWS coördineert de inzet van de andere ministeries op dit terrein.

Voor de vereiste acties voor integraal suïcidepreventiebeleid, het eerste element uit het wetsvoorstel (zie 2.4), kan een plek worden gevonden in bestaande structuren van de meerjarige landelijke agenda suïcidepreventie en het meerjarige onderzoeksprogramma. De landelijke agenda wordt onderschreven door onder andere zorgkoepels, brancheverenigingen, onderwijspartijen, inspecties en vervoerpartijen. Zij zetten zich in om strategische doelen te halen, zoals het durven en leren praten over suïcide. Dit gebeurt met bijvoorbeeld een publiekscampagne, trainingen aan professionals in de zorg, onderwijs en sociaaleconomische sector, de ontwikkeling van lespakketten en kennisontwikkeling over onder andere medicatie- en gebouwveiligheid (zie ook de artikelsgewijze toelichting). Welke organisaties en overheidspartijen daadwerkelijk betrokken zijn bij de uitvoering hangt af van de precieze invulling van het beleid. De Minister van VWS zal in ieder geval verantwoordelijk zijn voor de coördinatie en de uitvoering van het beleid. Hij zal in ieder geval jaarlijks en deswenst vaker de verantwoording van de voortgang aan de Tweede Kamer sturen, zodat de Tweede Kamer haar controlerende taak kan uitoefenen en waar nodig beleid of acties tussentijds bijgesteld kunnen worden.



De uitvoering van het tweede element, de landelijke hulplijn, kan aansluiten bij de bestaande hulplijn (0800-0113 (gratis) en 113 (gebruikelijke telefoonkosten)). Deze wordt bemand door vrijwilligers en professionals van 113 Zelfmoordpreventie.

De uitvoering van het gemeentelijke suïcidepreventiebeleid, het derde element van het wetsvoorstel, is de verantwoordelijkheid van de colleges van burgemeester en wethouders. In gemeentelijk gezondheidsbeleid leggen gemeenten regelmatig vast hoe zij de landelijke nota gezondheidsbeleid lokaal invulling geven. Lokaal beleid wordt veelal in samenwerking met de GGD opgesteld en uitgevoerd. Een aantal gemeenten voert nu al suïcidepreventiebeleid uit, onder andere via de zogenoemde Supranet Communities, lokale coalities van onder andere onderwijs, zorg, gemeente, verenigingen. Deze gemeenten geven invulling aan de ambitie om een maatschappelijk vangnet te vormen om suïcides te voorkomen. Dit doen zij met publiekscampagne, trainen van mensen om gedachten over suïcide bespreekbaar te maken en helpen bij het zoeken van hulp («gatekeepers»), gerichte aandacht voor risicogroepen en netwerkzorg.<sup>54</sup>

## **6. Toezicht en handhaving**

De Minister van VWS draagt zorg voor de coördinatie en uitvoering van het landelijke suïcidepreventiebeleid en overlegt met andere betrokken ministeries. Voor de jaarlijkse verantwoording aan de Tweede Kamer heeft de Minister van VWS ook een coördinerende rol inzake het beleid van andere betrokken ministeries.

De Inspectie gezondheidszorg en jeugd (IGJ) en Toezicht sociaal domein (TSD) hebben nu al een rol bij het verbeteren van de zorg en ondersteuning rondom suïcides binnen de zorg en het sociaal domein. Zoals ook de samenwerking met andere ministeries noodzakelijk is, zo is in ieder geval ook de aansluiting van Inspectie Justitie en Veiligheid, de Inspectie van het Onderwijs en de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid relevant.

## **7. Financiële gevolgen**

De financiële middelen die benodigd zijn voor de uitvoering van dit wetsvoorstel zijn deels te vinden in bestaande middelen voor suïcidepreventie. Deels zullen nieuwe middelen moeten worden vrijgemaakt.

De bestaande financiële kaders zijn als volgt: er zijn structurele middelen beschikbaar voor suïcidepreventie die voornamelijk bestemd zijn voor de hulplijn, voorlichting en in beperkte mate communicatie en onderzoek. Het gaat om € 11,6 miljoen in 2023, oplopend naar € 13,7 miljoen per jaar structureel per 2025. Daarnaast is er tot en met 2025 jaarlijks 4,8 miljoen euro beschikbaar voor de derde landelijke agenda suïcidepreventie.

Omdat het wetsvoorstel relatief beleidsarm is, zullen de werkelijke kosten van het wetsvoorstel afhankelijk zijn van het te voeren integrale suïcidepreventiebeleid. De huidige middelen zijn min of meer voldoende voor de huidige ambities in de landelijke agenda en voor het aantal mensen dat de hulplijn benadert. Als deze ambities omhoog gaan zullen de benodigde financiële middelen ook stijgen. Dit is een politiek besluit en is niet aan de initiatiefnemers van dit wetsvoorstel.

---

<sup>54</sup> Supranet Community Toolbox | 113 Zelfmoordpreventie.

De hulplijn is te bereiken via de nummers 0800-0113 en 113. Het nummer 0800-0113 is gratis (geen gebruikelijke telefoonkosten) maar het nummer 113 niet. Om ook het nummer 113 gratis te maken is eenmalig een investering van circa € 1,2 miljoen nodig.<sup>55</sup>

Voor de gemeentelijke taak om suïcidepreventiebeleid te voeren, zullen nieuwe financiële middelen worden vrijgemaakt, via een decentralisatie-uitkering. Deze taak is nieuw voor de meeste gemeenten en het is daarom gepast om deze nieuwe taak te voorzien van financiële middelen. Initiatiefnemers gaan ervan uit dat gemeenten de reguliere financiering van de gemeentelijke nota publieke gezondheid in kunnen zetten om lokaal suïcidepreventiebeleid op te stellen. Voor het uitvoeren van dit beleid is extra budget nodig. Initiatiefnemers zien de systematiek van de Supranet Community die sommige gemeenten nu al toepassen als passend voor lokaal suïcidepreventiebeleid. Supranet Community is een wetenschappelijk gevalideerde interventie, gebaseerd op het model van de European Alliance Against Depression.<sup>56</sup> Een coalitie van maatschappelijke regiopartners werkt binnen een community aanpak samen op vier niveaus, lopend van universele preventie met een publiekscampagne en training voor zogeheten gatekeepers, naar selectieve preventie voor risicogroepen en geïndiceerde preventie in de vorm van netwerksamenwerking. Omdat in veel gemeenten suïcides (gelukkig) relatief weinig frequent zijn, werken gemeenten nu vaak op regionale schaal samen en met andere maatschappelijke partners. Om elke gemeente een solide basis te kunnen geven zou jaarlijks 55–60 cent per inwoner beschikbaar moeten zijn. Dit komt neer op € 10 miljoen per jaar.

Met een decentralisatie-uitkering kan ervoor gekozen worden om eerst aan een beperkt aantal gemeenten een uitkering te verstrekken. Initiatiefnemers kunnen zich namelijk voorstellen dat niet alle gemeenten voldoende voorgesorteerd zijn om direct vanaf de inwerkingtreding van de wet aan lokaal suïcidepreventiebeleid te werken. Ook kunnen meerdere gemeenten, bijvoorbeeld de gemeenten van een GGD-regio, samen een decentralisatie-uitkering aanvragen. De Minister van VWS kan zelf een afwegingskader ontwikkelen op basis waarvan hij de beschikbare middelen wil verdelen. Initiatiefnemers vinden het in de rede van het wetsvoorstel liggen als zoveel mogelijk gemeenten die suïcidepreventiebeleid willen uitvoeren hier met passende financiële middelen toe gestimuleerd worden. Initiatiefnemers vinden het verstandig om bij de uitkering enkele afspraken te maken over de voortgang en monitoring van het beleid. Mocht na een evaluatiemoment blijken dat gemeenten nauwelijks voortgang boeken in het halen van hun beleidsdoelen, is een uitkering die meer sturingsmogelijkheden vanuit het Rijk biedt het overwegen waard.

Tot slot dient opgemerkt te worden dat de uitgaven aan suïcidepreventiebeleid niet in verhouding staan tot de maatschappelijke schade als gevolg van een zelfdoding en tot de uitgaven die aan verkeersveiligheid worden gedaan. Uit een door Deloitte opgesteld rapport blijkt dat de maatschappelijke schade 2,8 miljoen per suïcide bedraagt (prijspeil 2021).<sup>57</sup> Dat bedrag is vergelijkbaar met het bedrag dat we als maatschappij bereid zijn om een verkeersdode te voorkomen.<sup>58</sup> Suïcidepreventie leent zich veel

<sup>55</sup> Stand van zaken suïcidepreventie -zomer 2021. Kamerstuk 32 793, nr. 560.

<sup>56</sup> Hegerl et al. *The European Alliance Against Depression (EAAD): An Evidence Based Cost-effective Approach to Improve Depressed Patients Care and Prevent Suicidality*, 2020 Cambridge University Press

<sup>57</sup> Maatschappelijke kosten van zelfdoding, van Deloitte, november 2021.

<sup>58</sup> [https://www.swov.nl/feiten-cijfers/factsheet/kosten-van-verkeersongevallen#:~:text=De%20kosten%20per%20verkeersdode%20zijn,is%20\(naar%20schatting%2011%25\)](https://www.swov.nl/feiten-cijfers/factsheet/kosten-van-verkeersongevallen#:~:text=De%20kosten%20per%20verkeersdode%20zijn,is%20(naar%20schatting%2011%25).).

minder voor kosten-intensieve infrastructurele maatregelen zoals die voor verkeersveiligheid wel mogelijk zijn. Voor suïcidepreventie zullen dergelijke bedragen dan ook bij lange na niet in zicht komen. Wel is het de vraag of het huidige bedrag dat direct aan suïcidepreventie wordt besteed – minder dan € 9.000 per suïcide<sup>59</sup> – zich in voldoende mate verhoudt tot de omvang van de problematiek en de maatschappelijke schade.

## **8. Evaluatie**

Elke vier jaar wordt het landelijke suïcidepreventiebeleid opnieuw vastgesteld. Bij die gelegenheid wordt vanzelfsprekend het beleid herijkt. Bij die gelegenheid kan ook gelijk worden gezien of de Rijksoverheid en de gemeenten voldoende invulling geven aan het beleid voor suïcidepreventie en de effectiviteit ervan. Elk jaar verantwoordt de Minister zich over de voortgang van het landelijke suïcidepreventiebeleid. Dan is het ook mogelijk om de inzet te intensiveren of bij te sturen. Er is dus geen afzonderlijke evaluatiebepaling opgenomen.

## **9. Advies en consultatie**

Eind november 2020 is met zo'n dertig mensen in een rondetafelgesprek gesproken over de hoofdlijnen van dit wetsvoorstel. Er was een sterke vertegenwoordiging vanuit – op persoonlijke titel deelnemende personen van – organisaties voor patiënten en nabestaanden, de (GGZ-)zorg, de wetenschap (o.a. epidemiologisch, juridisch), infrastructuur, de GGD, gemeenten en 113 Zelfmoordpreventie. Tijdens het rondetafelgesprek is het wetsvoorstel over suïcidepreventie in ruime meerderheid omarmd. Een van de centrale vragen was hoe te komen tot een minder vrijblijvende benadering van het onderwerp, zonder dat een cultuur van afrekening ontstaat. Ook werd het belang benadrukt van het goed opleiden van hulpverleners in de materie om handelingsverlegenheid te voorkomen.

Hoewel werd gerealiseerd dat de maatschappij op dit punt misschien niet direct kan worden gestuurd met wetgeving, werd het gezien als een belangrijk signaal als de overheid op dit punt de centrale regie pakt en (lokale) overheden, de sociaaleconomische sector en alle anderen activeert wat betreft suïcidepreventie. Een dergelijke rol wordt als cruciaal gezien om suïcidepreventie naar een volgend niveau te brengen. Dit wetsvoorstel borduurt voort op de ontwikkeling die te zien is in het maatschappelijk klimaat, door normgeving via de wet zou die ontwikkeling in een stroomversnelling terecht moeten komen.

In de verdere uitwerking van het wetsvoorstel hebben initiatiefnemers zich laten adviseren door Stichting 113 Zelfmoordpreventie over de omvang, kenmerken en achtergronden van suïcides en suïcidepogingen, effectief beleid, huidig landelijk en lokaal beleid en ambities op dat vlak.

## **10. Overgangsrecht en inwerkingtreding**

Het overgangsrecht wordt geregeld in artikel II van dit wetsvoorstel. Het bepaalt dat de Minister van VWS het landelijke beleid betreffende suïcidepreventie zo spoedig mogelijk na inwerkingtreding van dit wetsvoorstel vaststelt op de in dit wetsvoorstel voorgestelde wettelijke grondslag. Na die vaststelling hebben gemeenten één jaar de tijd om hun gemeentelijk suïcidepreventiebeleid vast te stellen. Als de eerstvolgende gemeentelijke nota gezondheidsbeleid meer dan een jaar na de eerste vaststelling van het landelijke suïcidepreventiebeleid wordt vastgesteld,

<sup>59</sup> Er is circa € 16 miljoen beschikbaar, terwijl er jaarlijks zo'n 1.800 suïcides zijn, ofwel: 0,3% van het bedrag voor maatregelen in verband met verkeersdoden.

zullen gemeenten voor deze eerste keer apart hun doelen en acties ten aanzien van suïcidepreventie opstellen. Daarna kan het gemeentelijke suïcidepreventiebeleid meegaan in het ritme van de gemeentelijke nota gezondheidsbeleid. Logischerwijs begint de verplichting van het college van burgemeester en wethouders om het beleid uit te voeren pas te lopen op het moment dat de gemeenteraad het beleid heeft vastgesteld. Vervolgens zal steeds het ritme van de landelijke nota gezondheidsbeleid worden gevolgd.

## **II. ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING**

### **Artikel I**

#### *Onderdeel A*

In dit onderdeel wordt voorgesteld twee begripsbepalingen toe te voegen aan artikel 1 van de Wpg. Het eerste begrip betreft suïcide. Het gaat hierbij om een handeling waarmee opzettelijk een eind wordt gemaakt aan het eigen leven. Onder suïcide wordt niet begrepen een zelfdoding waarbij een arts hulp bij zelfdoding heeft verleend als bedoeld in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Meer in gewone taal wordt er met suïcide bedoeld op iemand die eenzaam en radeloos sterft door zelfdoding, ofwel iemand die handelt met de bedoeling om zichzelf te doden om te ontsnappen aan voor hem of haar ondraaglijke gevoelens, gedachten en beelden, kortom met de bedoeling zijn of haar lijden te stoppen. Met deze definitie sluiten de initiatiefnemers zo nauw mogelijk aan op de begripsbepaling die gehanteerd is in het rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie (hierna: WHO) over suïcidepreventie.<sup>60</sup> De WHO geeft in dit rapport aan dat er in het veld vele definities worden gehanteerd en dat er een lopende discussie is over specifieke nuanceverschillen in de verschillende definities van suïcide. Voor de toepassing van dit wetsvoorstel achten de initiatiefnemers deze definitie voldoende omvattend, terwijl wordt erkend dat er meerdere definities gehanteerd worden in de sector. Daarnaast wordt voorgesteld een definitie van suïcidepreventie toe te voegen. Suïcidepreventie richt zich niet alleen op suïcides voorkomen, maar ook op het voorkomen van pogingen daartoe. Er is geen expliciete definitie opgenomen van suïcidepoging, maar er kan worden gedacht aan het moment waarop het voornemen tot suïcide zich door een begin van uitvoering heeft geopenbaard.

#### *Onderdeel B*

In onderdeel B wordt voorgesteld een nieuwe paragraaf in te voegen in hoofdstuk II van de Wpg. Hoofdstuk II van de Wpg bevat de taken van de publieke gezondheidszorg. Voorgesteld wordt hieraan de taak «integrale suïcidepreventie» toe te voegen, net als is opgenomen in citeertitel van dit wijzigingsvoorstel. Op die manier wordt uitdrukking gegeven aan het feit dat iedereen nodig is om suïcide te voorkomen en dat de overheid als eerste aan zet is om organisaties en mensen hiervoor te mobiliseren en activeren. Gelet op het meer specifieke karakter van suïcidepreventie is plaatsing in een nieuwe paragraaf 6 van hoofdstuk II het meest in de rede geacht.

---

<sup>60</sup> World Health Organization. (2014). Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization.

## Artikel 12b

Het voorgestelde artikel 12b bevat de taak van de Minister van VWS om integraal beleid vast te stellen op het gebied van suïcidepreventie en zorg te dragen voor de coördinatie en uitvoering hiervan. In de literatuur wordt standaard de RIVM-definitie van integraal gezondheidsbeleid gehanteerd. Van integraal gezondheidsbeleid wordt volgens die definitie gesproken wanneer beleid erop is gericht om «gezondheid of determinanten hiervan in samenhang te beïnvloeden. Dit beleid richt zich niet alleen op het individu, maar ook op zijn of haar omgeving. In de meest brede zin betekent dit dat de belangrijkste sectoren binnen en buiten het volksgezondheidsdomein samenwerken aan het aspect gezondheid.»<sup>61</sup> Suïcidaliteit is een breed maatschappelijk probleem dat het terrein van meerdere ministeries raakt. De Minister van VWS stelt het beleid daarom niet (geheel) zelf vast, maar heeft een regierol vanuit waar hij suïcidepreventie stimuleert. Als eindverantwoordelijke dient de Minister van VWS het beleid vast te stellen in overleg met de andere – voor zover het hun beleidsterreinen betreft – medeverantwoordelijke bewindspersonen. Het Loket gezond leven van het RIVM verwoordt het als volgt: «Door domeinoverstijgend te werken, kan een samenhangend beleid gemaakt worden dat een integrale aanpak vormgeeft. Hierdoor wordt tegelijkertijd ingegrepen op factoren die een rol spelen en worden gezondheidsproblemen efficiënt aangepakt.»<sup>62</sup> Daarbij wordt bijvoorbeeld gedacht aan het onderwijs, de sociaaleconomische sector, vervoersbedrijven, gedetineerden, mensen met een migratieachtergrond en agrariërs. Zoals beschreven in paragraaf 2.4 bestaat integraal suïcidepreventiebeleid ten minste uit vier elementen (voorlichting, leren praten over mentale problemen en suïcidale gedachten, aandacht voor risicogroepen en bieden van effectieve zorg bij suïcidaliteit). Voor de effectiviteit van suïcidepreventiebeleid is het namelijk van belang dat er niet uit een of enkele elementen wordt gekozen maar een samenhangend beleid wordt gevormd.

Het tweede lid bepaalt dat het landelijke suïcidepreventiebeleid elke vier jaar vastgesteld wordt en dat daarbij aansluiting gezocht wordt bij het ritme van de landelijke nota gezondheidsbeleid.

Het derde lid bevat de grondslag om bij algemene maatregel van bestuur regels te stellen, waaronder in ieder geval regels over de inhoud en de wijze van totstandkoming van het vast te stellen beleid. Inzet van het wetsvoorstel is om het beleid voor suïcidepreventie te borgen, te verbreden en te versnellen. Het staat de initiatiefnemers voor ogen dat in de algemene maatregel van bestuur in ieder geval de hierna beschreven drie instrumenten worden opgenomen.

Het vierde lid bevat de verplichting van de Minister van VWS om de Tweede Kamer jaarlijks een verantwoording te sturen van de voortgang van het integrale beleid waarin hij zich als coördinerend bewindspersoon verantwoordt hoe de voortgang is op alle betrokken beleidsterreinen.

---

<sup>61</sup> Integraal gezondheidsbeleid: theorie en toepassing I. Storm, F. van Zoest 1 en L. den Broeder Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 1 Verbonden aan ZIBO – Zin in preventie, (2007) p. 10.

<sup>62</sup> <https://www.loketgezondleven.nl/integraal-werken/wat-is-integraal-werken>.

De drie instrumenten zijn:

### 1. Landelijke agenda suicidepreventie

In de eerste plaats een landelijke agenda suicidepreventie, het overheidsinstrument voor implementatie van een integrale aanpak voorzien van preventieve maatregelen. De ontwikkeling en implementatie van nationale en lokale suicidepreventieplannen wordt al jaren bepleit door de WHO en door de International Association for Suicide Prevention (IASP). Dit landelijke en lokale overheidsbeleid is gericht op de implementatie van werkzame universele, selectieve en geïndiceerde suicidepreventiemaatregelen. Een onderzoek uit 2019 naar het effect van nationale preventieprogramma's op suicides in de algemene bevolking liet zien dat suicidecijfers na implementatie van deze programma's daalden ten opzichte van de cijfers in landen zonder landelijke programma's.<sup>63</sup> Met het initiëren van beleid toont een overheid commitment en verantwoordelijkheid voor suicidepreventie en worden de omvang en urgentie van het probleem door betrokken partijen erkend.<sup>64</sup>

Zoals hiervoor vermeld vraagt effectief landelijk en lokaal suicidepreventiebeleid om een integrale aanpak, met een mix van diverse typen preventieve maatregelen.<sup>65</sup> Veel maatregelen zijn op zichzelf onvoldoende effectief om een complex fenomeen als suicide te voorkomen.<sup>66, 67</sup> De landelijke agenda suicidepreventie is bedoeld om periodiek de juiste combinatie van «stand alone» of nieuwe maatregelen te bepalen en in te voeren.

### 2. Communicatiestrategie

In de tweede plaats een communicatiestrategie. De drempel om hulp te vragen en te praten over suicide, maar ook te vragen naar suicidale gedachten is nu vaak nog te hoog. De hulpvraag van de betrokkene, de familie, vrienden, andere naasten of de zorg(verlener) komt daardoor niet, onvoldoende of te laat op gang. Hoewel de gêne om te praten over suicidaliteit of te vragen om hulp iets is verminderd, is de algemene, overkoepelende rol van de overheid nodig om dat (sneller) te doorbreken. De evaluatie van de nationale publiekscampagne gericht op het stimuleren van praten over suicide, heeft aangetoond dat de bereidheid om hulp te vragen bij psychische problemen toenam.<sup>68</sup> Een communicatiestrategie heeft tot doel om (1) bekendheid en vindbaarheid van hulpinstanties te vergroten, (2) een veilige communicatie over suicidaliteit te realiseren in onder andere de media en (3) suicidaliteit bespreekbaar te maken in en door de maatschappij. Elementen van communicatie maken in de praktijk onderdeel uit van (elementen van) landelijke agenda suicidepreventie: dat kan ook een prima plek zijn om invulling te geven aan deze taak. Initiatiefnemers vinden goede communicatie in en door de maatschappij een randvoorwaarde voor effectief overheidsbeleid (in bijvoorbeeld de landelijke

<sup>63</sup> Lewitzka et al, 2019, «Are suicide prevention programs effective», BMC Psychiatry, 2019.

<sup>64</sup> Public health action for the prevention of suicide: a framework, WHO, 2012.

<sup>65</sup> WHO richtlijn 2014 <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779> waarin aanbevelingen staan voor landen over deze preventieve maatregelen.

<sup>66</sup> Factsheet WHO over suicide, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.

<sup>67</sup> Zalsman et al 2016. *Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review*. The Lancet Psychiatry, Volume 3, Issue 7. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S221503661630030X>.

<sup>68</sup> Van der Burgt et al. (2021). «The impact of a suicide prevention awareness campaign on stigma, taboo and attitudes towards professional help-seeking», Journal of Affective Disorders.

agenda). Daarom ligt het voor de initiatiefnemers in de rede dat een communicatiestrategie als apart instrument een plek in de AMvB krijgt.

### *3. Onderzoeksprogramma suïcidepreventie*

In de derde plaats het onderzoeksprogramma suïcidepreventie om kennis te genereren over suïcidaliteit en suïcidepreventie. Een structureel onderzoeksprogramma is noodzakelijk om de kennis over suïcidaliteit en suïcidepreventie te vergroten en inzicht te houden op actuele trends in risicogroepen en mensen die overlijden door suïcide. Er is onderzoek nodig naar het suïcidale proces (waarom pleegt iemand suïcide), alsook naar effectieve interventies en behandelingen (welke combinatie van maatregelen is nodig om suïcide te voorkomen) en naar de implementatie in de praktijk (hoe kunnen we de bestaande kennis het beste in de praktijk brengen en de samenwerking rond dit thema stimuleren).

Bij het opstellen van de landelijke agenda suïcidepreventie, de communicatiestrategie suïcidepreventie en het onderzoeksprogramma suïcidepreventie ligt het in de rede dat de Minister van VWS samen optrekt met vertegenwoordigers uit de wetenschap en de praktijk, waarbij ook wordt gedacht aan (vertegenwoordigers van) cliënten, naasten en nabestaanden. Er is nog heel veel niet of in onvoldoende mate bekend over (de effectiviteit van) suïcidepreventie. Wel is bekend dat multidisciplinaire samenwerking cruciaal is. Vandaar dat deze instrumenten steeds in samenspraak met de wetenschap en de praktijk zullen worden opgesteld, zodat deze zijn gebaseerd op de actuele stand van de wetenschap en de praktijk.

#### *Artikel 12c*

Een belangrijk hoofdelement van het beleid ten aanzien van suïcidepreventie is het zorgdragen voor gratis en anonieme advisering van mensen die kampen met suïcidale gedachten of pogingen, dan wel hun naasten om hen te helpen suïcide te voorkomen. Het is van belang dat er een plek is waar zij terecht kunnen, desgewenst niet-herleidbaar. Een gesprek met de hulplijn is oordeelsvrij: de autonomie van de hulpvrager wordt in het gesprek versterkt en de hulplijn heeft geen relatie met een mogelijke behandelaar, familie, vrienden, overheid of een levensovertuiging. In het voorgestelde artikel 12c wordt zeker gesteld dat er in ons land altijd een hulplijn voor suïcidepreventie zal zijn, naar analogie van het fundament dat voor het werk van de Kindertelefoon is opgenomen in artikel 1a.1 van de Jeugdwet en voor het werk van de Luisterlijn in artikel 3a.1.2 van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015. Net als bij de Kindertelefoon en de Luisterlijn is er ook hier gekozen voor een techniekonafhankelijke, functiegerichte omschrijving («elektronisch gesprek»), aangezien er over een aantal jaren mogelijk nieuwe communicatiemogelijkheden bestaan. Voor suïcidepreventie wordt in eerste instantie in ieder geval de voortzetting van de huidige hulplijn voor suïcidepreventie van Stichting 113 Zelfmoordpreventie beoogd. De hulplijn is laagdrempelig en geniet al landelijke bekendheid. Mensen kunnen er anoniem en gratis terecht. De website is altijd bereikbaar en mensen kunnen de hulplijn ook via de (mobiele) telefoon of chat bereiken. De hulplijn biedt een luisterend oor, maar kan iemand wanneer dit nodig is ook op het spoor zetten van andere hulpverlening. De hulplijn is al ingericht en bereikbaar, zowel op het nummer 0800-0113 (gratis en anoniem in die zin dat het nummer ook niet op de factuur verschijnt) alsook op het driecijferige telefoonnummer 113. Dit laatste nummer is niet gratis voor de hulpvrager – deze betaalt de gebruikelijke belkosten – en evenmin volstrekt anoniem (want het verschijnt vooralsnog op de factuur). Initiatiefnemers beogen ook het nummer 113 gratis voor de hulpvrager te maken.

Het gebruik van het nummer 113 als hulplijn voor suïcidepreventie is geregeld via de Telecomwet en het bijbehorende Nummerplan Telefoon- en ISDN-diensten.

### *Onderdeel C*

Het suïcidepreventiebeleid dat op grond van het voorgestelde artikel 12b, eerste lid, Wpg moet worden vastgesteld, wordt met dit onderdeel opgenomen in de gemeentelijke nota gezondheidsbeleid, zoals genoemd in artikel 13, eerste lid, van de Wpg. In het tweede lid van artikel 13 wordt de gemeenteraad opgedragen om gemeentelijke doelstellingen te formuleren ten aanzien van diverse taken in de publieke gezondheidszorg (artikelen 2, 5, 5a en 6). Aan dit tweede lid wordt het voorgestelde artikel 12b (eerste lid) toegevoegd. Het gevolg hiervan is dat de gemeentelijke nota dus ook doelstellingen, acties en gewenste resultaten moet bevatten van het gemeentelijke beleid inzake suïcidepreventie. Het wetsvoorstel schrijft niet voor hoe het gemeentelijk beleid eruit moet zien. Door middel van het landelijke suïcidepreventiebeleid worden wel *good practices* gedeeld die gemeenten naar hun eigen context kunnen vertalen.

Overkoepelende doelstelling is de implementatie van een integrale aanpak die bestaat uit diverse onderdelen conform de aanbevelingen van de WHO.<sup>69</sup> Daarbij gaat het om het verminderen van het aantal suïcides en suïcidepogingen in Nederland. Per gemeente gaat het in de regel om relatief kleine aantallen. Het wetsvoorstel mikt in eerste instantie vooral op het bereiken van intermediaire doelstellingen op de diverse onderdelen uit de integrale aanpak die naar verwachting uiteindelijk het verminderen van het aantal suïcides en suïcidepogingen wel tot effect zullen hebben. Denk daarbij aan het wegnemen van drempels om te praten over suïcidale gedachten, gemeten in aantal inwoners dat is bereikt met een publiekscampagne om gène voor het vragen naar suïcidale gedachten weg te nemen. Denk ook aan het in kaart brengen van risicogroepen: mensen met een verhoogd risico om suïcidale gedachten te ontwikkelen. En denk aan het trainen van mensen om gedachten over suïcide bespreekbaar te maken en veiligheid in te schatten («gatekeepers»). Een ander voorbeeld is het binnen de ketenaanpak aanhaken van sociale wijkteams, huisartsenposten, politie, lokale initiatieven met ervaringsdeskundigen et cetera. Een laatste voorbeeld is het beveiligen van gevaarlijke locaties zoals langs het spoor en het beperken van de toegang tot gevaarlijke middelen door bijvoorbeeld kleine medicatiehoeveelheden.

## **Artikel II**

Het overgangsrecht wordt geregeld in het voorgestelde artikel II. Hierin is bepaald dat het landelijk suïcidepreventiebeleid op grond van de wettelijke grondslag in dit wetsvoorstel zo spoedig mogelijk na inwerking-treding van dit wetsvoorstel wordt vastgesteld. Tot die tijd kunnen de nu lopende landelijke agenda suïcidepreventie en – zo nog van toepassing – het onderzoeksprogramma suïcidepreventie natuurlijk doorlopen. Om te voorkomen dat pas twee jaar na vaststelling van de volgende landelijke nota gezondheidsbeleid gemeentelijke doelstellingen op het gebied van suïcidepreventiebeleid worden vastgesteld (het reguliere ritme) is bepaald dat gemeenten binnen een jaar na de eerste vaststelling van het landelijke suïcidepreventiebeleid gemeentelijk suïcidepreventie-beleid opstellen. Een jaar lijkt voldoende tijd, nu gemeenten in het landelijke suïcidepreventiebeleid *good practices* aangereikt zullen krijgen,

<sup>69</sup> WHO «LIVE LIFE» <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>.



die zij in hun gemeente kunnen implementeren<sup>70</sup>. Hierna loopt de vaststelling van de gemeentelijke doelstellingen in de pas met het ritme van artikel 13, tweede lid, van de Wpg, dus vaststelling binnen twee jaar na de vaststelling van de landelijke nota gezondheidsbeleid.

### **Artikel III**

Dit artikel bevat een noodzakelijke samenloopbepaling met het voorstel van wet houdende wijziging van de Wpg vanwege de invoering van een vergunningplicht en een meldplicht ter zake van het verrichten van handelingen met poliovirus en enkele andere wijzigingen (Kamerstukken 36 334). Dit betreft een puur technische vernummering van de via beide wetsvoorstellen in te voegen nieuwe artikelen.

### **Artikel IV**

De inwerkingtreding van het wetsvoorstel zal geschieden bij koninklijk besluit, met inachtneming van de vaste verandermomenten. Louter zekerheidshalve is voorzien in de mogelijkheid dat voor de verschillende artikelen en onderdelen een verschillende inwerkingtredingsdatum kan worden bepaald.

### **Artikel V**

Bij suïcidepreventie ligt de focus nu nog voor een belangrijk deel op de geestelijke gezondheidszorg. Met de citeertitel «Wet integrale suïcidepreventie» wordt aangegeven dat dit wetsvoorstel beoogt te bereiken dat er vanuit de hele maatschappij wordt ingezet op suïcidepreventie. Ieder vanuit diens rol en mogelijkheden.

Bikker  
Mohandis  
Kuik  
Westerveld  
Van der Staaij  
Dijk  
Van Esch  
Van der Plas

---

<sup>70</sup> De nu al in de landelijke agenda suïcidepreventie opgenomen *good & best practices* kunnen worden uitgebreid.