Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2020–2021

35 754 Voorstel van wet van de leden Voordewind, Kuiken, Kuik, Westerveld, Van der Staaij, Hijink en Sazias tot wijziging van de Wet publieke gezondheid ter bevordering en verankering van integrale suïcidepreventie (Wet integrale suïcidepreventie)

Nr. 3

MEMORIE VAN TOELICHTING

I. ALGEMEEN

1. Inleiding

Suïcide is een groot maatschappelijk probleem, dat jaarlijks gemiddeld 1.800 levens[1] kost en het leven van nog eens 250.000 mensen diep raakt.[2] Vroeger werd suïcide vaak gezien als een autonome keuze voor de dood, waarmee de overheid zich niet moest bemoeien. Inmiddels wordt algemeen onderkend dat het overgrote deel van de mensen die zichzelf van het leven beroven niet dood wil, maar een einde wil aan het lijden op dat moment.[3] Onderzoek laat zien dat suïcide kan worden voorkomen, mits er over een lange periode een breed pakket aan preventieve maatregelen wordt ingezet. Deze maatregelen dienen gericht te zijn op mensen met suïcidaal gedrag zelf: voorlichting en effectieve en tijdige hulp. Voor de directe omgeving van mensen die kampen met suïcidaliteit zijn voorlichting en ondersteuning nodig. Ook zijn trainingen en richtlijnen nodig voor (zorg)professionals en de organisaties die met hen en met risicogroepen te maken hebben. Leren en verbeteren op basis van kwaliteitsinformatie is onontbeerlijk evenals het voorlichten van de algemene bevolking.
Daarnaast zijn veiligheidsmaatregelen in de openbare ruimte 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, geïnitieerd en geregisseerd door de landelijke overheid.

Momenteel kent Nederland overheidsbeleid op het gebied van suïcidepreventie. Er is een landelijke hulplijn, een landelijk onderzoeksprogramma en een brede landelijke agenda suïcidepreventie. Voorgesteld wordt om

[1] Centraal Bureau voor de Statistiek, StatLine – Overledenen; zelfdoding (inwoners), diverse kenmerken (cbs.nl)
[2] Facts and figures, www.iasp.info/wspd/pdf/2019/2019_wspd_facts_and_figures.pdf.
[3] Van Hemert e.a., 2012. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en Behandeling Suïcidaal Gedrag, 113 Zelfmoordpreventie.

kst-35754-3
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2021

daaraan toe te voegen een communicatiestrategie suïcidepreventie. Dit omdat het praten over suïcide en het vragen naar suïcidale gedachten in de praktijk dermate moeilijk blijkt dat daardoor de hulpvraag van de betrokkene, de familie of de zorg(verlener) niet, onvoldoende of te laat op gang komt. In de communicatiestrategie wordt de verantwoordelijkheid van de overheid om dit onderwerp bespreekbaar te maken, vastgelegd. Deze beoogde gedragsverandering vergt een lange adem en een brede communicatiestrategie, gericht op zowel professionals als het brede publiek. Om effect te genereren met deze beleidsinstrumenten, is de overheid nodig voor langdurig commitment en voor investeringen. Dit wetsvoorstel beoogt duurzame verankering en (versnelde) verspreiding van sector-overstijgend, integraal en effectief suïcidepreventiebeleid binnen de landelijke en lokale overheid.

Dit wetsvoorstel richt zich uitsluitend op suïcides en suïcidepogingen, waarmee euthanasie en hulp bij zelfdoding conform de wettelijke eisen nadrukkelijk worden uitgezonderd. Suïcide wordt wel beschreven als een gebeurtenis waarbij een persoon «eenzaam en radeloos sterft» door zelfdoding. Met de in het wetsvoorstel gehanteerde begripsbepaling wordt suïcide onderscheiden van euthanasie en hulp bij zelfdoding. In die situaties is er sprake van een levensbeëindiging als bedoeld in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: Wtl) en is een gereguleerd traject doorlopen.

2. Hoofdlijnen van het voorstel

Sinds ruim tien jaar is er een hulplijn voor suïcidepreventie. Sinds zes jaar (vanaf 2014) geeft de overheid in steeds actievere mate invulling aan suïcidepreventie als beleidsdoel, mede op initiatief van fracties uit de Tweede Kamer. Dit wetsvoorstel beoogt het reeds ontwikkelde beleid te borgen en zo het fundament voor het beleid te verstevigen. Tegelijkertijd beoogt dit wetsvoorstel de ontwikkelingen op dat vlak te versnellen. Op die manier wordt voorkomen dat dit relatief nieuw ingezette overheidsbeleid te veel onderhevig is aan schommelingen. Het is ook de vraag in hoeverre zich dit zou verdragen met de plicht van overheden tot progressieve realisatie van sociale grondrechten. Die plicht brengt met zich mee dat de overheid steeds verder dient te gaan in de richting van de volledige realisatie hiervan, waarbij het om budgettaire redenen afbouwen van succesvol beleid niet past.
Hoofdelementen van het beleid zijn de primaire verantwoordelijkheid van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) voor suïcidepreventie en de medeverantwoordelijkheid van andere Ministers voor zover het hun terrein betreft. Tegelijkertijd wordt de plicht voor gemeenten om (eigen) beleid voor suïcidepreventie te voeren geëxpliciteerd.
Onder de verantwoordelijkheid van de Minister van VWS valt – naast dat er een hulplijn moet zijn – in ieder geval het beschikken over een landelijke agenda suïcidepreventie, een communicatiestrategie suïcidepreventie en een onderzoeksprogramma suïcidepreventie.

Over de voorgestelde plaats om dit te regelen, de Wet publieke gezondheid, schrijft het RIVM in 2010: «*Vanuit een signalerende en adviserende rol – al dan niet gevraagd – op preventie van problemen in de volksgezondheid, heeft de publieke gezondheidszorg een belangrijke taak in de preventie van suïcide. Zoals omschreven in de Wet publieke gezondheid (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. In het kader van de Wpg is het dan ook een taak van de publieke gezondheidszorg om te monitoren en psychosociale*

problemen te signaleren. De preventie van suïcide begint bij de monitoring en signalering van deze psychosociale problematiek (gerelateerd aan de preventie van depressie), omdat hier de signalen beginnen die uiteindelijk kunnen leiden tot het doen van een suïcide of een suïcidepoging».[4]

2.1. Probleembeschrijving

In Nederland sterven zo'n vijf personen per dag door suïcide.[5] 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. Bij elke suïcide worden ongeveer 135 mensen in de omgeving getroffen (ofwel ruim 250.000 Nederlanders per jaar), waarvan al gauw 10 mensen heel direct om de betrokken persoon heen staan.[6]Suïcidepogingen komen ongeveer 25 keer meer voor dan suïcide.[3]In Nederland komt dit neer op bijna 50.000 pogingen per jaar, 135 pogingen per dag. Maar dit kunnen er ook veel meer zijn, want veel pogingen blijven onder de radar. De spoedeisende hulp wordt ongeveer 15.000 keer per jaar bezocht door mensen met zelf toegebracht letsel (40 keer per dag).[7] Suïcide*pogingen* komen vooral voor onder jonge vrouwen.

Suïcidaliteit

Suïcidaal gedrag verwijst naar het geheel aan gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te doden.[8] De multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag[9] 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.*»

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.[10] Ze hebben daarbij vaak ambivalente gedachten: enerzijds willen ze dood, anderzijds willen ze blijven leven.

Suïcidale gedachten ontstaan door een wisselwerking tussen genetische, psychische, sociale en culturele factoren, soms gecombineerd met eerder doorgemaakte trauma's en verlieservaringen.[5] 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

---

[4] RIVM, CGL-rapportage 10–01 «Suïcidepreventie Aangrijpingspunten voor de publieke gezondheidszorg», p.6

[5] Centraal Bureau voor de Statistiek, StatLine – Overledenen; zelfdoding (inwoners), diverse kenmerken (cbs.nl)

[6] Facts and figures, www.iasp.info/wspd/pdf/2019/2019_wspd_facts_and_figures.pdf.

[7] VeiligheidNL, Cijferrapportage Letsels 2018, VeiligheidNL, https://www.veiligheid.nl/organisatie/publicaties/cijferrapportage-letsels-2018.

[8] Van Hemert e.a., 2012. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en Behandeling Suïcidaal Gedrag, 113 Zelfmoordpreventie.

[9] Richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag, 2012 (1).pdf.

[10] V Beerthuis e.a., 2018, Generieke module Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag.

lijdensdruk. Hierdoor kan die persoon op dat moment vaak niet goed oordelen over het wel of niet door leven.

Suïcidaliteit is 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.[11] Het hebben van gedachten over suïcide komt relatief veel voor, maar leidt meestal niet tot het doen van een poging. Het hebben van een concreet plan om suïcide te plegen, verhoogt het risico op het daadwerkelijk plegen van suïcide. En: een suïcidepoging zonder dodelijke afloop in het verleden geeft een verhoogd risico op een latere poging met dodelijke afloop.

Vroege herkenning en behandeling kan suïcide voorkomen

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 en onoplosbaar gaan zien, zullen zij meer en meer *entrapment* ervaren en meer gaan geloven dat suïcide de enige uitweg is.

Omdat mensen met een doodswens veelal niet uit zichzelf hulp zoeken, zullen professionals op sleutelposities, zoals bij het gemeenteloket, het sociaal wijkteam, de politie, het onderwijs, de huisarts, het ziekenhuis of de geestelijke gezondheidszorg (hierna: GGZ) alert en vaardig moeten zijn om suïcidaal gedrag te herkennen, te bespreken en te behandelen. Dit betekent dat suïcidepreventie vraagt om kennis bij en inzet en verantwoordelijkheid van velen: mensen in de omgeving van de persoon met suïcidaal gedrag, professionals op sleutelposities in de maatschappij, werkgevers en uiteraard hulpverleners in de zorg. Met specifieke behandeling proberen zorgverleners mensen te motiveren om af te zien van suïcide, onderliggende aandoeningen te behandelen, een andere oplossing voor problemen te zoeken en de cliënten zo te bewegen dat ze willen verder leven.

2.2. Suïcidepreventie als taak van de overheid, landelijk en lokaal

Werd suïcide zo'n tien jaar geleden door velen nog gezien als een «autonome keuze», inmiddels wordt deze vorm van levensbeëindiging gezien als een tragische gebeurtenis die de samenleving door tijdige hulp dient te voorkomen en vaak ook kan voorkomen. Deze cultuuromslag is een belangrijke maatschappelijke ontwikkeling die de deur opent voor een breed gedragen integrale aanpak gericht op het terugdringen van het aantal suïcides en daarmee het verdriet en het lijden van duizenden mensen met suïcidaliteit en hun naasten. Maar hoewel het belang dat de maatschappij inmiddels hecht aan het voorkomen van suïcide een belangrijke voorwaarde is, is dat op zichzelf onvoldoende om de

[11] Portzky, G. (2021), oorzaken en suïcidaal proces, Geraadpleegd van: https://www.zelfmoord1813.be/feiten-en-cijfers/oorzaken-en-suicidaal-proces

benodigde integrale aanpak daadwerkelijk te realiseren. Overheidsbemoeienis is nodig om de juiste benadering van suïcide en de preventie ervan in de praktijk te verankeren, zoals dat op andere terreinen inmiddels succesvol plaatsvindt (denk aan verkeersveiligheid, brandveiligheid en infectieziektebestrijding).

De laatste jaren is er vanuit het Ministerie van VWS in toenemende mate aandacht gekomen voor suïcidepreventiebeleid en is suïcidepreventie expliciet een beleidsdoel van de overheid geworden, mede op initiatief van fracties uit de Tweede Kamer. Diverse bewindspersonen hebben sinds 2014 actief leiderschap getoond en het overheidsbeleid invulling gegeven in de landelijke agenda's suïcidepreventie. De Staatssecretaris van VWS heeft de doelstelling omarmd dat niemand eenzaam en radeloos sterft door zelfdoding (*zero suicide*). De derde, en meest ambitieuze agenda tot nu toe, is onlangs goedgekeurd en per 2021 voor vijf jaar van start gegaan.

Met de in de derde landelijke agenda suïcidepreventie ingezette koers nemen ook andere ministeries dan het Ministerie van VWS verantwoordelijkheid voor dit onderwerp en onderschrijven maatschappelijke organisaties het belang van suïcidepreventiemaatregelen. Deze deelnemers hebben de intentie om de komende jaren actief aan de implementatie van suïcidepreventiemaatregelen binnen hun domeinen bij te dragen. Continuïteit is daarbij van groot belang. Mogelijke daling van het aantal suïcides en suïcidepogingen door eerder ingezet beleid, zou tenietgedaan kunnen worden door het wegvallen van ambitie bij de landelijke en lokale overheid en in navolging daarvan belangrijke partijen in de zorg, het onderwijs en het sociaaleconomische domein.

Kortom, om suïcidepreventie in ons land in de praktijk goed vorm te geven, verdient dit thema *structurele* aandacht, zoals die bestaat voor bijvoorbeeld brandpreventie en verkeersveiligheid. Suïcidepreventie vraagt net als deze onderwerpen om overheidsinterventie, vanwege het publiek belang en het risico dat zonder overheidsoptreden onvoldoende en te weinig structurele aandacht naar het voorkomen van suïcide in ons land zal uitgaan.

Daarbij is het goed om te bedenken dat het vormgeven van suïcidepreventiebeleid op verschillende niveaus moet plaatsvinden: landelijk, lokaal, op organisatie- en op individueel niveau. Het landelijke overheidsbeleid kan inspiratie bieden door voorbeelden te geven van en voor lokaal beleid en uiteindelijk impact hebben op het begrip en de hulp die de individuele burger met suïcidale gedachten ten deel valt in de praktijk. Inmiddels gebeurt er ook op lokaal niveau al het een en ander en is in een aantal gemeenten suïcidepreventie als thema zelfs prominent onderdeel van het lokale preventiebeleid. Hierbij worden ook lokale partijen betrokken die dicht bij de risicogroepen staan, zoals uitkeringsinstanties en organisaties in de schuldhulpverlening. Op individueel niveau zijn eveneens de eerste stappen gezet. Duizenden hulpverleners en professionals in het onderwijs en het sociaaleconomisch domein lieten zich de afgelopen jaren scholen in het herkennen en bespreken van suïcidale gedachten. Er gebeurt dus al veel, toch is borging en uitbreiding van deze activiteiten noodzakelijk. Dit wetsvoorstel betekent een verdere versnelling, bestendiging en uitbreiding van de huidige inspanningen van de overheid en de praktijk op dit terrein.

2.3. Relatie voorstel tot andere (concept)wetgeving

Dit wetsvoorstel richt zich op preventie van suïcides ofwel – in de woorden van Stichting 113 Zelfmoordpreventie – mensen die *eenzaam* en *radeloos* sterven door zelfdoding. Met dat uitgangspunt worden conform de wettelijke eisen uitgevoerde euthanasie en hulp bij zelfdoding nadrukkelijk uitgezonderd. Voor die situaties is een wettelijke regeling opgenomen in de Wtl. Die wettelijke regeling voorziet in een gereguleerd traject met aandacht voor relevante aspecten die een rol kunnen spelen bij een vrijwillig levenseinde. In het Wetvoorstel toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek[12] wordt zelfbeschikking leidend, in plaats van een meer medisch perspectief zoals in de Wtl. Maar ook in dat voorstel geldt dat in ieder geval zorgvuldig moet worden getoetst of de persoon die het verzoek om hulp bij zelfdoding doet, in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake en of het verzoek vrijwillig, weloverwogen en duurzaam is. Dit in tegenstelling tot een eenzame en radeloze zelfmoord, met vaak gevaar voor de omgeving en nabestaanden die achterblijven met veel vragen.

Naast het expliciteren van de hoofdrolspelers bij het bevorderen van suïcidepreventie – niet alleen de Minister van VWS, maar ook andere Ministers en gemeenten – richt dit wetsvoorstel zich ook op communicatie, beleid, onderzoek en een anonieme hulplijn gericht op preventie van suïcides. Het richt zich niet op het vastleggen van het recht op goede zorg zoals geboden door zorgprofessionals, zoals de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg doet.

De Wpg is een goede plek om dit te regelen, ook omdat suïcides en pogingen tot een aanzienlijke ziektelast in de maatschappij leiden.[13] In de Wpg zijn meer van dergelijke onderwerpen opgenomen, zoals bevolkingsonderzoek gericht op preventie van kanker en zoals het wetsvoorstel met de gemeentelijke taak om prenataal huisbezoek te verrichten.[14] Daarnaast is in de Drank- en Horecawet (binnenkort: Alcoholwet) voorzien in gemeentelijk alcoholpreventiebeleid voor jeugdigen.[15]

2.4. Vijf elementen voor overheidsbeleid

Vanuit het hiervoor beschreven kader zijn in dit wetsvoorstel vijf elementen voor overheidsbeleid opgenomen ten behoeve van integrale en structurele suïcidepreventie, welke hierna verder worden uitgewerkt:

1. Een landelijke agenda suïcidepreventie als overheidsinstrument voor implementatie van een integrale aanpak door preventieve maatregelen;
2. Een communicatiestrategie suïcidepreventie om gedachten aan suïcide bespreekbaar te maken en suïcidepreventie algemene bekendheid te geven;
3. Een onderzoeksprogramma suïcidepreventie;

---

[12] Voorstel van wet van het lid Pia Dijkstra houdende toetsing van levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek en tot wijziging van het Wetboek van Strafrecht, de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg en enkele andere wetten (Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek), Kamerstukken II, 2019/20, 35 534, nrs. 2 en 3.

[13] RIVM Rapport 270342001/2010 De ziektelast van suïcide en suïcidepogingen.

[14] Kamerstukken II, 2020/21, 35 593, nrs. 2 en 3.

[15] In artikel 43a van de Drank en Horecawet staat dat elke vier jaar een preventie- en handhavingsplan alcohol wordt vastgesteld gelijktijdig met de vaststelling van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid, bedoeld in artikel 13, tweede lid, van de Wpg en dat daarin wordt opgenomen welke acties worden ondernomen om alcoholgebruik, met name onder jongeren, te voorkomen, al dan niet in samenhang met andere preventieprogramma's als bedoeld in artikel 2, tweede lid, onderdeel d, van de Wpg.

4. Een 24-uurs-hulplijn die onafhankelijk is en gratis en anoniem beschikbaar is voor hulpvragers;
5. Gemeentelijk beleid suïcidepreventie.

Ad.1 Landelijke agenda suïcidepreventie

De ontwikkeling en implementatie van nationale en lokale suïcidepreventieplannen wordt al jaren bepleit door de Wereldgezondheidsorganisatie (hierna: WHO) en door de International Association for Suïcide Prevention (IASP). Vanaf 1990 begonnen nationale overheden met het maken van suïcidepreventiebeleid. Dit landelijke beleid is bedoeld om kwetsbare groepen te identificeren, ter bevordering van de signalering van en hulp aan mensen met suïcidaal gedrag en de monitoring van en het onderzoek naar suïcidaliteit. Een onderzoek uit 2019 naar het effect van nationale preventieprogramma's op suïcides in de algemene bevolking liet zien dat suïcidecijfers na implementatie van deze programma's daalden ten opzichte van de cijfers in landen zonder landelijke programma's. De effectiviteit van de programma's was vooral zichtbaar onder mannen met een daling van het aantal suïcides in de leeftijd tussen 25–64 jaar als gevolg.[16]
Op dit moment bestaat in ongeveer een derde van de westerse landen landelijk suïcidepreventiebeleid. Met het initiëren van landelijk beleid toont een overheid commitment en verantwoordelijkheid voor suïcidepreventie en worden de omvang en urgentie van het probleem door betrokken partijen erkend.
Er zitten veel voordelen aan landelijk suïcidepreventiebeleid.[17] Landelijk beleid:
- maakt suïcidepreventie tot een landelijke *prioriteit* en vergroot bewustwording van de noodzaak van suïcidepreventie in heel het land;
- verwoordt de visie en gemeenschappelijke doelstellingen van betrokken stakeholders, op de kortere en langere termijn;
- verbindt de diverse domeinen en sectoren waarbinnen suïcidepreventie plaatsvindt door een samenhangend pakket van maatregelen;
- geeft aan welke preventieve maatregelen kunnen werken en in de praktijk geïmplementeerd gaan worden;
- verheldert de verantwoordelijkheden en taakverdeling tussen de diverse betrokken partijen;
- geeft een kader voor het monitoren en evalueren van de voortgang en impact van suïcidepreventiebeleid en is een basis voor de benodigde inzet aan mensen en middelen;
- legt de relatie tussen de praktijk en benodigd onderzoek, door het zichtbaar maken van kennislacunes op het gebied van suïcidaal gedrag en suïcidepreventie.

In de afgelopen kabinetsperiodes is er geïnvesteerd in landelijk overheidsbeleid via de landelijke agenda suïcidepreventie I en II. Vanuit dit landelijk beleid is er op lokaal niveau veel aandacht gekomen voor suïcidepreventie, steeds geactualiseerd op basis van wat er op dat moment in de maatschappij nodig en mogelijk was. Daarnaast zijn er los van deze agenda's veel lokale initiatieven gestart die niet met overheidsmiddelen zijn gerealiseerd. Met alle initiatieven is er sprake van een versnipperd landschap, hoewel het draagvlak voor samenwerking bij dit onderwerp landelijk groot is en nog in omvang toeneemt.

De derde landelijke agenda suïcidepreventie (2021–2025) beoogt versnippering tegen te gaan door het samenbrengen van partijen en initiatieven. Dit beleid wordt dan ook in toenemende mate vastgesteld op

[16] Lewitzka et al, 2019, «Are suicide prevention programs effective», BMC Psychiatry, 2019.
[17] Public health action for the prevention of suicide: a framework, WHO, 2012.

basis van input vanuit diverse stakeholders en domeinen, op basis van beschikbare kennis en ervaring uit de praktijk en volgens de internationale stand van de wetenschap en praktijk. Het plan kan tot eind 2025 steunen op de betrokkenheid van meerdere ministeries en tientallen veldpartijen. Daarnaast heeft deze agenda voor het eerst de monitoring van de impact van het beleid opgenomen als specifieke doelstelling, zodat er gaandeweg beter zicht komt op de beste combinatie van suïcidepreventiemaatregelen voor ons land en de (doelmatige) besteding van middelen voor de diverse onderdelen.

Inhoudelijk beslaat de landelijke agenda een integrale aanpak op basis van uit onderzoek en de praktijk gebleken effectieve methoden. Onderzoek naar mogelijkheden om suïcidaliteit te verlichten en suïcides te voorkomen heeft op verschillende niveaus in de samenleving effectieve preventieve maatregelen geïdentificeerd. De WHO heeft deze kennis in 2014 gebundeld tot een richtlijn, met aanbevelingen voor landen over deze preventieve maatregelen. Aanbevolen wordt deze maatregelen niet *«stand alone»* in te voeren omdat elke maatregel op zichzelf onvoldoende effectief is om een complex fenomeen als suïcide te voorkomen. Daarentegen kan een breed pakket aan maatregelen en een integrale aanpak, ingevoerd op verschillende niveaus in de samenleving, suïcides en suïcidepogingen wel voorkomen. Dit pakket kan onderverdeeld worden in universele, selectieve en geïndiceerde preventieve maatregelen, die tegelijkertijd dienen te worden ingezet.[18]

Universele preventieve maatregelen beogen een hele bevolking te bereiken. Onder deze maatregelen vallen:
- het verminderen van de toegang tot methoden en middelen waarmee suïcide kan worden gepleegd*;
- het aanbieden van voorlichtings- of veerkrachtprogramma's op scholen voor alle leerlingen*;
- het vergroten van de toegang tot hulp voor iedereen;
- het creëren van bewustwording onder de bevolking van het probleem dat suïcide vormt, het doorbreken van het taboe op praten over suïcide door voorlichting en het stimuleren van burgers om over suïcidaliteit te praten;
- het informeren en stimuleren van de media over verantwoordelijke, veilige berichtgeving;
- het opleiden van huisartsen en medewerkers in de huisartsenpraktijk in het signaleren en bespreken van suïcidale gedachten.

Selectieve preventieve maatregelen zijn gericht op risicogroepen: doelgroepen binnen een populatie waarvan we op basis van statistieken weten dat ze meer risico hebben op het plegen van suïcide. Onder deze groepen vallen: mensen van middelbare leeftijd, mannen, alleenstaanden, werklozen, mensen met financiële problemen, mensen die een naaste verloren aan suïcide, LHBTI-ers. Voorbeelden van preventieve maatregelen voor deze groepen zijn:
- het trainen van (zorg)professionals en burgers die direct in contact staan met hoog risicogroepen (gatekeepers) in kennis en vaardigheden op het terrein van het signaleren en bespreken van suïcidale gedachten;
- het aanbieden van specifieke voorlichting, steun en hulp aan mensen uit de risicogroepen;
- het organiseren van goede ketenzorg bij mensen met een hulpvraag.*

[18] Factsheet WHO over suïcide, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide.

Geïndiceerde preventieve maatregelen zijn gericht op mensen die suïcidale gedachten hebben of die een suïcidepoging hebben ondernomen. Voorbeelden van deze maatregelen zijn:

- het behandelen van suïcidaliteit en eventueel onderliggende depressie met medicatie of psychotherapie;*
- goede samenwerking tussen professionals en naasten tijdens de behandeling;
- het bereikbaar houden van een hulplijn voor suïcidepreventie;
- bieden van nazorg en hulp na een suïcidepoging en eventuele behandeling in het ziekenhuis.

Deze voorbeelden zijn niet uitputtend. Wat bijvoorbeeld te denken van het verbeteren van sociaaleconomische factoren, van de leefomstandigheden en het bieden van perspectief? De voorbeelden met een * zijn in onderzoek het meest effectief bevonden.[19] Niet één voorbeeld is op zichzelf het meest effectief, maar een combinatie van meerdere (universele, selectieve en geïndiceerde) maatregelen is vereist om het aantal suïcides te verminderen. De landelijke agenda suïcidepreventie is bedoeld om periodiek de juiste combinatie van bovengenoemde of nieuwe maatregelen voor ons land te bepalen en in te voeren.

Ad 2. Communicatiestrategie suïcidepreventie

In een communicatiestrategie geeft de overheid aan of laat de overheid bij monde van anderen weten wat haar beleid is ter voorkoming van suïcides en suïcidepogingen en op welke manier zij dat wil bereiken. Zij richt zich op de verschillende partijen die nodig zijn om het beleid uit te voeren en de doelstellingen te bereiken. Enerzijds zijn dit bewindspersonen, bestuurders, beleidsmakers, professionals, waarbij de overheid haar suïcidebeleid agendeert, stimuleert en faciliteert ten behoeve van de daadwerkelijke uitvoering ervan. Anderzijds betreft de communicatiestrategie ook publieksvoorlichting en veilige mediaberichtgeving met handelingsperspectief, gericht op burgers, al dan niet uitgevoerd door de overheid zelf of uitbesteed. Hoe lager de drempel om te praten over suïcidaliteit wordt gemaakt, hoe groter de kans dat iemand hulp zoekt. De drempel om hulp te vragen, is nu vaak nog te hoog. Suïcidepreventie staat of valt dan ook met communicatie. Daarom is het van belang om ook los van de landelijke agenda suïcidepreventie een actieve en heldere communicatiestrategie te ontwikkelen, als onderdeel van het beleid, die overigens kan worden uitgevoerd door diverse partijen. De evaluatie van de nationale publiekscampagne gericht op het stimuleren van praten over suïcide, heeft aangetoond dat de bereidheid om hulp te vragen bij psychische problemen toenam.[20]

Ad 3. Onderzoeksprogramma suïcidepreventie

Suïcidepreventie is alleen mogelijk als we weten of wat we doen ook werkt. Daarvoor is onderzoek nodig. Zonder kennis, geen beleid. Er zijn nog heel veel onbeantwoorde vragen over suïcidaliteit en effectieve suïcidepreventiemaatregelen. Het onderzoeksprogramma heeft enerzijds tot doel bestaande registratiesystemen te verbeteren en beter te benutten en anderzijds nieuwe kennis te genereren en te vertalen naar de praktijk. Dit vereist een samenhangend, landelijk onderzoeksprogramma met

---

[19] 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.

[20] 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.

zowel fundamenteel als praktijkgericht onderzoek, met expertise vanuit meerdere wetenschappelijke disciplines (ook internationaal). Om de kennis over suïcidaliteit en suïcidepreventie te vergroten is onderzoek nodig zowel naar het suïcidale proces (waarom pleegt iemand suïcide?) als naar effectieve interventies en behandelingen (wat kunnen we doen om suïcide te voorkomen?) als naar de implementatie in de praktijk (hoe kunnen we de bestaande kennis het beste in de praktijk brengen?).

Het onderzoeksprogramma moet multidisciplinair, breed, langlopend en verbindend zijn:
– multidisciplinair en verbindend: aangezien de oorzaak van suïcidaliteit zo complex is, laat deze zich niet beperken tot één wetenschappelijke discipline. Om daadwerkelijke stappen te kunnen zetten in het vergroten van de kennis rondom suïcidaliteit en suïcidepreventie is tevens inhoudelijke coördinatie en afstemming tussen de verschillende onderzoekers en onderzoeken nodig. In een multidisciplinair netwerk komt kennis uit verschillende expertisedomeinen samen en kan overstijgend over grenzen, disciplines of groepen worden nagedacht en worden samengewerkt aan het nationale onderzoeksprogramma suïcidaliteit en suïcidepreventie.
– breed: aangezien suïcidepreventie ieders verantwoordelijkheid is en zich niet laat beperken tot één domein;
– langlopend: voor onderzoek naar complexe kwesties zoals suïcidaliteit is vaak langduriger, fundamenteel onderzoek nodig. Toegepast onderzoek kan reactiever en sneller. Maar beide zijn nodig om onze kennis over suïcidaliteit en suïcidepreventie te versterken.

Een belangrijke eerste stap om het onderzoek naar suïcide te bestendigen, is onlangs gezet met het aannemen van een begrotingsamendement van Van der Staaij en Dik-Faber. Met het amendement is gezorgd voor budget om door middel van wetenschappelijk onderzoek bij te dragen aan het terugdringen van suïcides. De voortzetting van het onderzoeksprogramma heeft als doel kennis op te leveren om het aantal suïcides in Nederland te verminderen. Daarbij beoogt het programma dat de opgedane kennis ook daadwerkelijk wordt geïmplementeerd in de praktijk en stimuleert het de samenwerking rond dit thema.[21]

Ad 4. 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.[22]Met dit wetsvoorstel wordt bestendigd dat de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport er zorg voor draagt dat personen op ieder moment van de dag kosteloos en anoniem 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. Maar ook gesprekken met mensen die zich zorgen maken over een ander, vanuit een persoonlijke dan wel professionele relatie.

[21] Kamerstukken II, 2020/21, 35 570 XVI, nr. 68, amendement Van der Staaij en Dik-Faber over middelen voor de voortzetting onderzoeksprogramma suïcidepreventie.
[22] Op grond van artikel 3, onderdeel e, van het Nummerplan Telefoon- en ISDN-diensten.

Ad 5. Gemeentelijk beleid suïcidepreventie

Cruciaal is dat ook gemeenten suïcidepreventiebeleid voeren. Gemeenten mogen dit beleid zelf invulling geven, afhankelijk van wat er lokaal het meest urgent is. Dit beleid kan bijvoorbeeld aanvullend zijn op het landelijke beleid en kan in belangrijke mate leiden tot een versterking van dat beleid. Van alle mensen die overlijden door suïcide, is 60% niet in beeld bij de GGZ. Deze mensen kunnen wel in beeld zijn bij de maatschappij als geheel – bij docenten, werknemers in het sociaal domein, agenten, huisartsen en verenigingen. Daarom is het essentieel dat deze maatschappelijke partijen zijn toegerust om te signaleren, contact te maken en te verwijzen. Op basis van lokale analyse van hoog-risicogroepen en de sociale kaart ter plaatse kan bepaald worden op welke manier aan suïcidepreventie aandacht wordt gegeven.

Om gemeenten niet onnodig te belasten, wordt aangesloten bij de bestaande cyclus voor het vaststellen van gemeentelijk gezondheidsbeleid. Daarom wordt het gemeentelijk beleid ten aanzien van suïcidepreventie neergelegd in de gemeentelijke nota gezondheidsbeleid. Om gemeenten voldoende tijd te geven aan de slag te gaan met de nieuwste inzichten uit het landelijke suïcidepreventiebeleid, wordt voorgesteld dat de landelijke instrumenten voor suïcidepreventie worden vastgesteld ten hoogste drie maanden voor de vaststelling van de landelijke nota gezondheidsbeleid. In tegenstelling tot het gemeentelijk suïcidebeleid, zijn de landelijke instrumenten (de landelijke agenda suïcidepreventie, de communicatiestrategie suïcidepreventie en het onderzoeksprogramma suïcidepreventie) losstaande instrumenten en géén onderdeel van de landelijke nota gezondheidsbeleid, omdat de initiatiefnemersvinden dat het onderwerp in deze fase nog zelfstandig aandacht vergt.

3. Grondrechten en mensenrechten

Het begrip suïcidepreventie zelf komt niet in de verdragsteksten voor, maar maakt onderdeel uit van het recht op leven en het recht op gezondheid zoals dat is opgenomen in meerdere internationale verdragen.

Europeesrechtelijk is het recht op leven en het recht op gezondheid vastgelegd in het Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie (respectievelijk in de artikelen 2 en 35). Daarbij garandeert artikel 35 het recht op toegang tot:
«*preventieve gezondheidszorg en medische verzorging onder de door de nationale wetgevingen en praktijken gestelde voorwaarden. Bij de bepaling en de uitvoering van het beleid en het optreden van de Unie wordt een hoog niveau van bescherming van de menselijke gezondheid verzekerd.*»
Deze artikelen uit het Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie stemmen in belangrijke mate overeen met in het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (hierna: EVRM) en andere verdragen opgenomen grondrechten. Op de precieze reikwijdte en uitleg van deze grondrechten wordt verderop in deze paragraaf en in paragraaf 4 ingegaan.

3.1 Recht op leven

In artikel 6 van het Internationaal Verdrag inzake Burgerrechten en Politieke Rechten (hierna: IVBPR) staat dat ieder het recht heeft op leven. Over het recht op leven stelt het VN-Mensenrechtencomité[23] in een General Comment op het IVBPR (vrij geciteerd, 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.[24]

Ofwel: de bescherming van het recht op leven is een vereiste om profijt te hebben van elk ander grondrecht. Uit datzelfde Comment blijkt dat de verdragsstaat adequate maatregelen moet nemen ter voorkoming van suïcide, *in het bijzonder* (maar dus niet uitsluitend) voor mensen in een bijzonder kwetsbare situatie.[25]

Het comité stelt bovendien:
«6. Deprivation of life involves a deliberate or otherwise foreseeable and preventable life-terminating harm or injury, caused by an act or omission.»
Met andere woorden, als de overheid weet of had moeten weten dat een bepaalde situatie extra risico op suïcides oplevert, dan valt dit binnen de reikwijdte van artikel 6 IVBPR dat onder andere stelt dat niemand naar willekeur van zijn leven mag worden beroofd. De overheid dient met name standaard, na elke suïcide, onderzoek te doen, net als bij andere vormen van een onnatuurlijke dood.

Voor verdragsstaten geldt de materiële en procedurele, negatieve en positieve verplichting om zich in te spannen om te voorkomen dat mensen vroegtijdig komen te overlijden: zowel in positieve zin (actie ondernemen) als in negatieve zin (voorkomen dat iets gebeurt) en zowel materieel (inhoudelijk) als procedureel.[26] Dat volgt uit artikel 2 van het EVRM, dat voorschrijft dat het recht van eenieder op leven wordt beschermd door de wet.

De jurisprudentie van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) laat zien dat het recht op leven inhoudt dat op verdragsstaten de positieve verplichting rust om redelijke maatregelen te nemen om te voorkomen dat personen die zich onder de rechtsmacht van de overheid bevinden, zich suïcideren. Daarbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan

---

[23] 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.

[24] 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, [...]

[25] 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*

[26] Prof. mr. A.C. Hendriks, «Kroniek rechtspraak rechten van de mens», in: *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 2018 (42) 5 – doi: 10.5553/TvGR/016508742018042005006 (2018, p. 455).

gedetineerden[27] en dienstplichtigen.[28] Deze plicht rust in het bijzonder op de overheid wanneer sprake is van verhoogde kwetsbaarheid van een persoon.[29] In de zaak Fernandes de Oliveira vs. Portugal werd bepaald dat verdragsstaten redelijke maatregelen ter preventie van suïcide moeten nemen bij vrijwillig zowel als onvrijwillig in een ziekenhuis opgenomen psychiatrische patiënten. Hoewel suïcide nooit voor 100% kan worden voorkomen, dient de overheid steeds bedacht te zijn op een reëel en onmiddellijk suïcidegevaar voor de persoon zelf of voor anderen.[30] De redelijkerwijs te verwachten inspanningen wat betreft preventie zijn uiteraard afhankelijk van de omstandigheden van het geval.

Dat de positieve verplichting volgend uit artikel 2 EVRM zich niet beperkt tot situaties waarbij mensen zich bevinden onder de rechtsmacht van de overheid, blijkt onder andere uit de EHRM-zaak Öneryildiz vs. Turkije: *«It follows that the Turkish authorities at several levels knew or ought to have known that there was a real and immediate risk to a number of persons living near the Ümraniye municipal rubbish tip. They consequently had a positive obligation under Article 2 of the Convention to take such preventive operational measures as were necessary and sufficient to protect those individuals.* [31]»

De EHRM-zaak Osman vs. Verenigd Koninkrijk maakt duidelijk dat op de verdragsstaat de plicht rust om effectieve bescherming te bieden indien het leven of de fysieke integriteit van mensen in het geding is en de autoriteiten wisten of hadden kunnen weten dat er een levensbedreigende situatie bestond. In deze zaak stond de vraag centraal of de autoriteiten alles hadden gedaan dat redelijkerwijs van hen kan worden verwacht om een *real and immediate risk to life* te vermijden waarvan de overheid kennis had of had moeten hebben.[32] De bijzondere zorg van de overheid – de positieve verplichting van verdragsstaten om te voorkomen dat mensen vroegtijdig komen te overlijden – geldt ook wanneer personen zich niet haar bijzondere bescherming genieten zoals gevangenen en onvrijwillig opgenomen psychiatrische patiënten.
In paragraaf 4 wordt nader ingegaan op de gevolgen van het vorenstaande. Zo zou men bijvoorbeeld mogen verwachten dat de positieve plicht wordt ingevuld door standaard onderzoek te doen na een suïcide.

Suïcide is, na ongevallen, de tweede doodsoorzaak onder adolescenten. Daarom is het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het kind van de Verenigde Naties van belang (hierna: Kinderrechtenverdrag). Centraal in het Kinderrechtenverdrag staat het belang van het kind. Het belang van het kind dient de eerste overweging te zijn bij elk overheidsoptreden. Elk kinderrecht, zo ook het recht op leven en het recht op gezondheid, moet in dit licht worden uitgelegd. Suïcide wordt in het Kinderrechtenverdrag niet genoemd. Echter, volgens artikel 6 heeft elk kind het inherente recht op

---

[27] EHRM 3 april 2001, ECLI:CE:ECHR:2001:0403JUD002722995 (Keenan t. Verenigd Koninkrijk).
[28] EHRM 13 okotber 2014, ECLI:CE:ECHR:2014:0424JUD003958305 (Perevedentsevy t. Rusland).
[29] EHRM 3 april 2001, ECLI:CE:ECHR:2001:0403JUD002722995 (Keenan t. Verenigd Koninkrijk).
[30] Prof. mr. A.C. Hendriks, Kroniek rechtspraak rechten van de mens», in: *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2019, p. 460 (verwijzing naar EHRM 31 januari 2019, ECLI:CE:ECHR:2019:0131JUD007810314 (Fernandes de Oliveira t. Portugal).
[31] EHRM 30 november 2004, ECLI:CE:ECHR:2004:1130JUD004893999 (Öneryildiz t. Turkije).
[32] EHRM 28 oktober 1998, ECLI:CE:ECHR:1998:1028JUD002345294 (Osman t. Verenigd Koninkrijk): «*It is thus accepted by those appearing before the Court that Article 2 of the Convention may also imply in certain well-defined circumstances a positive obligation on the authorities to take preventive operational measures to protect an individual whose life is at risk from the criminal acts of another individual. […] For the Court, and having regard to the nature of the right protected by Article 2, a right fundamental in the scheme of the Convention, it is sufficient for an applicant to show that the authorities did not do all that could be reasonably expected of them to avoid a real and immediate risk to life of which they have or ought to have knowledge.*»

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 (art. 24) omvat mede preventie en preventieve zorg.

In General Comment[33] nr. 4 (2003) 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 22 het volgende:
«het comité is ook zeer bezorgd over het hoge aantal zelfmoorden in deze leeftijdsgroep. Geestelijke aandoeningen en psychosociale ziektes komen relatief veel voor onder adolescenten. In veel landen is er een stijging van symptomen zoals depressie, eetstoornissen en zelfdestructief gedrag, die soms leiden tot zelf toegebrachte verwondingen en zelfmoord. Dit kan onder meer in verband staan met geweld, mishandeling, misbruik en verwaarlozing, waaronder seksueel misbruik, en onrealistisch hoge verwachtingen en/of pesten en koeioneren in en buiten de school. De staten die partij zijn dienen deze adolescenten alle benodigde diensten te bieden.»

In het vierde Periodieke Rapport van Nederland uit 2013 over de implementatie van het Kinderrechtenverdrag in de jaren 2006 -2012 wijst Nederland op de initiatieven die zijn ontwikkeld ter voorkoming van suïcide onder jongeren (nummer 710). Op 11 november 2019 heeft het Comité voor de rechten van het kind ten behoeve van het vijfde en zesde periodieke rapport aan Nederland gevraagd informatie te verschaffen over de maatregelen die zijn genomen:
«to address the high rates of depression and self-harm, including attempted and realized suicide, among children in all constituent countries and special municipalities.»[34]

Nederland heeft in haar periodieke rapport hierop als volgt op gereageerd:
«Depression and self-harm are recurrent themes for children in therapy. Children who present at the Accident and Emergency department after a suicide attempt are always seen by a child psychiatrist or the attending psychiatrist if outside normal hours. They are then offered follow up at the Respaldo outpatient clinic.»[35]

3.2 Recht op gezondheid

Het recht op gezondheid is opgenomen in artikel 24 van het VN-Kinderrechtenverdrag en artikel 12 van het Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten. Aangezien dit recht ook in de Nederlandse Grondwet is verankerd, wordt daar inhoudelijk in de volgende paragraaf op ingegaan.

4. Verhouding tot nationale regelgeving

Naast de inhoud van de (concept)wetgeving, waarop is ingegaan onder paragraaf 2.3, is het van belang om in te gaan op de vraag waar dit onderwerp wettelijk zou kunnen worden vastgelegd en om nader in te gaan op het recht op gezondheid.

---

[33] 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/

[34] 5th& 6th periodic reports of the Netherlands ex art. 44 of the Conv. on the Rights of the Child (2020), nr. 22.

[35] 5th& 6th periodic reports of the Netherlands ex art. 44 of the Conv. on the Rights of the Child p.45 (2020).

4.1 Opnemen in de Wet publieke gezondheid

De Wet publieke gezondheid (Wpg) legt vooral taken op het gebied van de collectieve preventie bij *gemeenten*. De Wpg kent echter ook taken voor de *centrale overheid*. Denk aan de op moment van schrijven van deze toelichting zeer actuele taak van de Minister van VWS wat betreft corona. Voor de suïcidepreventie-taken wordt nu voorgesteld de bestaande praktijk te bevestigen. Dat wil zeggen dat de primaire verantwoordelijkheid bij de Minister van VWS wordt belegd, die deze verantwoordelijkheid waar van toepassing, deelt met andere Ministers. Maar waar ook – onder vele anderen – voor gemeenten een belangrijke taak is weggelegd. Die taak pakken gemeenten ook in toenemende mate op. De landelijke agenda suïcidepreventie speelt daarin een sleutelrol.

4.2 Recht op gezondheid

Een belangrijke grondslag voor het beleid van de overheid ten aanzien van suïcidepreventie, -zorg en -nazorg is het recht op gezondheid. 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, artikel 11 Europees Sociaal Handvest, artikel 35 Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie en een aantal categorale verdragen zoals artikel 24 van het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind van de Verenigde Naties. Ook in onze eigen Grondwet is dit mensenrecht opgenomen.

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 het mensenrecht, zoals Dute[36] in zijn oratie «De vrijblijvendheid voorbij» heeft aangetoond, de plicht van de overheid tot preventie. 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.*»[37] 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 zich ongewild en ontijdig van het leven beroven.

Wat betreft suïcidepreventie is aangetoond dat beperking van de toegang tot dodelijke middelen de kans op suïcide kan verkleinen. Een voorbeeld hiervan is het programma van ProRail en NS gericht op het voorkomen van suïcides rond het spoor, dat heeft laten zien dat beperkende maatregelen rond het spoor tot minder suïcides leiden. ProRail en NS treden hierin op als goed huisvader.

Ook voor de overheid geldt dat deze een goed huisvader moet zijn. In het geval van suïcidepreventie is het dan de vraag of de overheid op enig moment wist of had moeten weten dat bepaalde situaties gelegenheid bieden tot het plegen van suïcide terwijl daartegen redelijkerwijs maatregelen konden worden genomen. Ofwel, aangezien beperking van

[36] Prof. mr. J.C.J. Dute, emeritus-hoogleraar gezondheidsrecht, Radboud Universiteit Nijmegen.
[37] Prof. mr. J.C.J. Dute, *De vrijblijvendheid voorbij. Over het recht op preventie* (oratie Nijmegen, 2013).

de toegang tot dodelijk middelen de kans op suïcide verkleint, is het zaak om daarop gericht beleid op te stellen en zo nodig daartoe eerst onderzoek te doen. Daarbij zal steeds een afweging moeten worden gemaakt tussen hoe reëel het is dat het risico zich verwezenlijkt en hoe bezwaarlijk het is om voorzorgsmaatregelen te nemen.

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. Zoals gezegd richt het recht op gezondheid zich in de eerste plaats op de regulering van gezondheidszorg, maar in bredere zin ook op de bescherming en bevordering van de volksgezondheid. 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.[38]

In het Preadvies van de Vereniging voor Gezondheidsrecht van 2019, met de titel «Ongezond gedrag: de rol van het recht», wordt beschreven dat preventie meer vanuit het perspectief van het recht op gezondheid zou moeten worden benaderd.[39] Daartoe is toegang tot gezondheidszorg een belangrijke voorwaarde,[40] 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*). Een belangrijke determinant in geval van suïcide is bijvoorbeeld iemands seksuele geaardheid. Een LHBTI'er loopt een (sterk) verhoogd risico op suïcidaliteit. Vanuit het oogpunt van selectieve preventie is in het regeerakkoord van 2017 opgenomen dat het kabinet Rutte III het voorkomen van depressies en suïcide ondersteunt, waarbij er speciaal aandacht is voor jongeren in de schoolsetting en LHBTI'ers.[41] Dit laat gelijk zien dat suïcidepreventie raakt aan terreinen die zich buiten het directe terrein van de gezondheid bevinden,[42] denk aan de manier waarop wordt omgegaan met depressies in de school- of werkomgeving, aan de infrastructurele omgeving, aan schuldenproblematiek, etc. Net als voor andere terreinen van preventie is het voor suïcidepreventie nodig het gedrag van mensen te beïnvloeden.[43] Thaler en Sunstein stellen dat een zogenaamde «keuzearchitectuur» – duwtjes (in het Engels aangeduid als «*nudges*») krijgen in zowel positieve als negatieve zin – alomtegenwoordig is in onze samenleving en van grote invloed is op onze beslissingen. De overheid kan een belangrijke rol spelen door een aantal positieve *nudges* toe te voegen.

---

[38] Preadvies 2019, Vereniging voor Gezondheidsrecht, Ongezond gedrag: de rol van het recht, 1. Preventie: achtergrond en richting, prof. mr. dr. B.C.A. Toebes, p. 18.
[39] Ibidem, p. 22.
[40] Ibidem, p. 27.
[41] Vertrouwen in de toekomst, Regeerakkoord 2017 – 2021, VVD, CDA, D66 en ChristenUnie, p. 14.
[42] Preadvies 2019, p. 30.
[43] Ibidem, p. 32.

5. Maatschappelijke gevolgen

5.1 Algemene gevolgen

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. Er wordt een marathon gelopen, opgeknipt in estafettesprints en bij iedere wissel van stokje kan er een fatale achterstand worden opgelopen. Dit wetsvoorstel beoogt dan ook het goede wat er gebeurt, te borgen. Daarnaast is een algemeen beoogd gevolg van dit wetsvoorstel het versnellen van de in Nederland veranderende houding op het gebied van suïcidepreventie: van gelaten acceptatie naar actiebereidheid. Hoewel deze verandering langzaamaan op sommige plekken in de samenleving zichtbaar wordt, doemt nog teveel het beeld op dat suïcide als niet te beïnvloeden doodsoorzaak wordt gezien en behandeld. Hardnekkige, wetenschappelijk weerlegde mythes uit het verleden als «een suïcide kun je niet voorkomen» en «suïcide is een bewuste keuze van mensen die moet worden gerespecteerd», lijken de actiebereidheid nog teveel in de weg te zitten.

Dit wetsvoorstel beoogt bij te dragen aan de versnelling van een cultuurverandering met betrekking tot suïcide, waarin er sprake is van dezelfde alertheid en dezelfde maatschappelijke vragen na een suïcide als na een andere onnatuurlijke dood. Een roep om antwoorden op de vragen hoe dat overlijden heeft kunnen plaatsvinden, hoe dat had kunnen worden voorkomen en wat er moet gebeuren om het in soortgelijke gevallen te voorkomen.

Dat er in de praktijk na een suïcide vaak sprake is van gelaten acceptatie kan worden toegelicht aan de hand van de volgende voorbeelden uit de praktijk.

Een ouder van een jongere die suïcide had gepleegd, verwonderde zich over het verschil tussen de mate van onderzoek dat wordt gedaan na een moord en 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. Waarom niet verder onderzoeken om erachter te komen of er aanwijzingen zijn gemist of dat kan worden achterhaald wat de triggers waren voor de suïcide zelf, zowel als voor de gekozen methode? Dat soort onderzoek zou niet alleen de nabestaanden de door hen zo vaak gewenste duidelijkheid kunnen verschaffen, maar zou ook kunnen helpen bij het voorkomen van toekomstige suïcides. In geval van suïcides zou men bijvoorbeeld mogen verwachten dat de positieve plicht wordt ingevuld door standaard onderzoek te doen na een suïcide zodat er kan worden bezien wat er is gebeurd, of het redelijkerwijs had kunnen worden voorkomen en of het zich nog elders kan voordoen, net als bij verkeersongevallen inmiddels gebruikelijk is.

Een ander voorbeeld van het verschil in de benadering van suïcides ten opzichte van andere manieren om op onnatuurlijke wijze te overlijden, is te vinden bij doden op 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.[44] De Onderzoeksraad noemt het «onacceptabel» dat deze gemiddeld tien personen jaarlijks omkomen op het spoorwegnet 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 werd actief onderzoek verricht naar de suïcides op het spoor.

Het maatschappelijke draagvlak voor suïcidepreventie, voor actief beleid, groeit. Met dit wetsvoorstel beogen de initiatiefnemers te bereiken dat de overheid dat signaal bekrachtigt. De overheid moet de breed gevoelde noodzaak tot structurele investering in suïcidepreventie onderschrijven, gezien de maatschappelijke impact op jaarlijks 250.000 mensen. Daarom pakt de overheid de regie verder op en geeft het goede voorbeeld door te laten zien dat suïcidepreventie een onderwerp is dat met eenzelfde mentaliteit zou moeten worden benaderd als bijvoorbeeld verkeersveiligheid. Het al geconstateerde veranderende maatschappelijke klimaat wat betreft suïcidepreventie, zou door dit wetsvoorstel verder in een stroomversnelling moeten geraken zodat er een beweging ontstaat. Een beweging gericht op het versterken en verbreden van suïcidepreventie. Dit wetsvoorstel is een puzzelstukje in die beweging, maar er is meer nodig. De maatschappij moet alerter zijn op signalen. De wet kan borgen dat dit gefaciliteerd wordt. Dit wetsvoorstel biedt een kapstok zodat in den brede meer aan suïcidepreventie wordt gedaan.

Aangezien het om jaarlijks zo'n 1.800 doden gaat, achten wij het gerechtvaardigd om een aparte paragraaf 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» en het perfecte plaatje een dwangbuis wordt binnen een scherpe afrekencultuur. Uiteindelijk voorkomen we suïcide samen, in een samenleving die naar elkaar omkijkt.

5.2 Specifieke gevolgen

Het wetsvoorstel is relatief beleidsarm. De werkelijke impact is afhankelijk van het te voeren overheidsbeleid en is daarmee afhankelijk van de nog te nemen politieke besluiten en het niveau van ambitie en inzet van de overheid wat betreft bijvoorbeeld de landelijke agenda suïcidepreventie, de communicatiestrategie suïcidepreventie en het onderzoeksprogramma suïcidepreventie.

Het uiteindelijke doel van dit wetsvoorstel is om het aantal suïcides en suïcidepogingen in Nederland naar beneden te brengen en beter zicht te krijgen op factoren die daarop 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 alles aan te doen om suïcides onder burgers te voorkomen. Binnen de toekomstige landelijke agenda's suïcidepreventie, communicatiestrategieën en

[44] Overwegveiligheid – Een risicovolle kruising van belangen – Onderzoeksraad (2018)

onderzoeksprogramma's zullen deze intermediaire proces- en uitkomsten dienen te worden bepaald om te monitoren welke voortgang wordt geboekt richting het einddoel: een afname in het aantal suïcides.

De direct meetbare gevolgen van dit wetsvoorstel liggen daarmee op het vlak van het aantal effectief geholpen hulpvragers die een beroep doen op de anonieme hulplijn, op de concreet door partners van de landelijke agenda suïcidepreventie ingevoerde preventieve maatregelen zoals hiervoor in paragraaf 2.4 ad 2 van de toelichting opgesomd en op een toename in kennis verkregen uit onderzoek.

Van belang om te markeren, is dat dit wetsvoorstel in belangrijke mate beoogt wettelijk te verankeren wat er al aan suïcidepreventie wordt gedaan, terwijl het tegelijkertijd de ruimte biedt voor de noodzakelijke versnelling en intensivering van het proces van ontwikkeling van nationaal en lokaal suïcidepreventiebeleid. Dit wetsvoorstel bevat geen materiële normen. De inhoud en het ambitieniveau van bijvoorbeeld de landelijke agenda suïcidepreventie en het onderzoeksprogramma suïcidepreventie wordt steeds bepaald op het moment van vaststellen ervan.

6. Uitvoering

De Minister van VWS is primair verantwoordelijk voor suïcidepreventie, van hem wordt een rol als regisseur verwacht: faciliterend, controlerend, sturend. Als regisseur omdat suïcidepreventie alleen kan slagen wanneer de *hele maatschappij* zich daarvoor inzet. Vandaar dat ook er ook is opgenomen dat afstemming met andere Ministers nodig is bij hun thema's: de inzet en actieve betrokkenheid van ook andere Ministers is noodzakelijk.

Nieuw is de communicatiestrategie suïcidepreventie. Een algemene, overkoepelende rol van de overheid is nodig. Op dit moment komt de gedragsverandering ten aanzien van het vragen om hulp bij suïcidaliteit of gedachten aan suïcide, aan zorgverleners, dan wel aan familie, vrienden of andere naasten – onvoldoende op gang doordat mensen niet durven spreken over of vragen naar suïcidale gedachten. Met deze strategie wordt beoogd dat te doorbreken, deze communicatiestrategie staat dan ook (deels) los van de landelijke agenda suïcidepreventie en het onderzoeksprogramma suïcidepreventie.
Voor de vereiste acties voor suïcidepreventie kan een plek worden gevonden in de bestaande structuren. Er loopt al een landelijke agenda suïcidepreventie, maar voor volgende agenda's (alsook communicatiestrategieën en onderzoeksprogramma's), sluit het wetsvoorstel aan bij het in de Wet publieke gezondheid opgenomen stramien voor de landelijke en gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid. Binnen deze agenda zijn vele overheden en organisaties landelijk en lokaal betrokken, in de domeinen zorg, onderwijs, sociaaleconomische sector. Gemeenten hebben een belangrijke rol in de landelijke agenda, vanwege hun lokale verantwoordelijkheid voor preventiebeleid.

Ook kent ons land een anonieme hulplijn, die 24 uur per dag beschikbaar en gratis bereikbaar is, en bemand wordt door vrijwilligers en professionals van 113 Zelfmoordpreventie.

Tot nu toe was er één onderzoeksprogramma suïcidepreventie, waarvan onlangs is besloten deze te verlengen door het amendement van Van der Staaij en Dik-Faber.[45] Voorgesteld wordt om dit programma als vast terugkerend element op te nemen vanuit een gedeelde onderzoeksagenda en om de diverse onderzoeken te verbinden en versnippering tegen te gaan.

7. Toezicht en handhaving

De Minister van VWS draagt zorg voor de uitvoering van het landelijke suïcidepreventiebeleid en overlegt met andere betrokken ministeries.

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en Toezicht Sociaal Domein (TSD) hebben 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 ook de aansluiting van Inspectie Justitie en Veiligheid, de Inspectie van het Onderwijs en de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid relevant.

8. Financiële gevolgen

Het wetsvoorstel is, zoals eerder al aangegeven, relatief beleidsarm. De werkelijke kosten zijn afhankelijk van het te voeren overheidsbeleid en zijn daarmee afhankelijk van de nog te nemen politieke besluiten en het niveau van ambitie en inzet van de overheid daarbij. Zoals hoe de landelijke agenda suïcidepreventie en het onderzoeksprogramma worden ingericht. De kosten van een hulplijn zijn afhankelijk van de behoefte van suïcidepreventie in ons land en het geboden kwaliteitsniveau.

Voor 2021 is er zo'n 10 miljoen euro uitgetrokken voor 113 Zelfmoordpreventie, dat is voor de hulplijn, onderzoek, communicatie en voorlichting. Er is een motie aangenomen gericht op het zorgdragen voor de financiële continuïteit, stabiliteit en opbouw van de zeer noodzakelijke hulpverlening van 113 Zelfmoordpreventie, ook na 2021.[46] Op het moment van schrijven van dit voorstel vindt het onderzoek daarnaar plaats, waarbij het in de rede ligt dat de uitkomst minimaal eenzelfde bedrag zal behelzen. Daarnaast is er ruim 4,8 miljoen euro beschikbaar voor de derde landelijke agenda suïcidepreventie. Bovendien wordt nog 0,6 miljoen uitgetrokken voor wetenschappelijk onderzoek voor ZonMW.[47]

De kosten voor een algemene communicatiestrategie vanuit de overheid zouden eenzelfde ordegrootte kunnen bedragen als die voor het wetenschappelijke onderzoek, al naar gelang de keuzes die gemaakt worden.

Om het lokale suïcidepreventiebeleid adequaat uit te werken, zal er een specifieke uitkering aan gemeenten gedaan moeten worden.
Het opstellen van een financiële paragraaf is lastig omdat het deels nieuw vorm te geven beleid betreft. Kijkend naar verkeersveiligheid, een beleidsterrein dat langer bestaat en waarin jaarlijks ongeveer een derde van het aantal doden te betreuren zijn in vergelijking met suïcide, kan een maximum geschetst worden: theoretisch zou het aantal suïcides per jaar vermenigvuldigd kunnen worden met het bedrag dat uitgetrokken wordt ter voorkoming van één verkeersdode, te weten € 2,6 miljoen (2009

[45] Kamerstukken II, 2020/21, 35 570-XVI, nr. 68, amendement Van der Staaij en Dik-Faber over middelen voor de voortzetting onderzoeksprogramma suïcidepreventie.
[46] Kamerstukken II, 2020/21, 25 424, nr. 568, motie van het lid Dik-Faber c.s., over financiële continuïteit en stabiliteit van 113 Zelfmoordpreventie.
[47] Kamerstukken II, 2020/21, 35 570-XVI, nr. 68, amendement Van der Staaij en Dik-Faber over middelen voor de voortzetting onderzoeksprogramma suïcidepreventie.

prijzen) per «gered leven».[48] Het lijkt een flink bedrag, maar ter nuancering, aan verkeersveiligheid werd in 2009 2,3 miljard euro uitgegeven.[49]

Hieronder worden twee scenario's geschetst: een minimaal scenario en een scenario dat zorgt voor een meer solide basis. Een minimaal scenario voor de uitkering aan gemeenten is 0,1 miljoen per regio van gemeentelijke gezondheidsdiensten (hierna: GGD).[50] Die bijdrage is bestemd om beleid te coördineren en verandering aan te jagen, conform de huidige systematiek van Supranet Community zoals nu in 10 regio's opgezet.[51] Dit is een wetenschappelijk gevalideerde interventie.[52] Een scenario dat zorgt voor een meer solide basis is om per gemeente gemiddeld zo'n 0,03 miljoen beschikbaar te stellen, wat neerkomt op 10 miljoen euro, ofwel zo'n 55–60 cent per inwoner, waarbij het uiteindelijke bedrag afhangt van de omvang van de gemeente.
Een belangrijk aspect is dat het dan moet gaan om een specifieke uitkering en niet om een ongeoormerkte bijdrage aan het Gemeentefonds. Daarbij kan – op basis van lokale analyse van risicogroepen en op maat gesneden voor de maatschappelijke partners en de sociale kaart ter plaatse – bepaald worden welke interventies er het meest effectief zullen zijn.
Internationaal onderzoek laat zien dat de (maatschappelijke) kosten per suïcide naar schatting tussen de 1 en 2 miljoen euro liggen. Schattingen lopen uiteen, ook methoden van berekening verschillen. Studies in een aantal Westerse landen rapporteerden de volgende bedragen per suïcide: lerland, € 1,75 miljoen per persoon (prijzen van 2001),[53] opgebouwd uit € 3.247 directe kosten, € 484.586 indirecte kosten (volgens de *human capital methode*) en € 1.259.045 immateriële kosten. In Schotland zijn de *lifetime*-kosten van suïcide berekend op £ 1,29 miljoen (2005 prijzen) per suïcide.[54] Dit bestond naar schatting voor £ 8.509 uit directe medische kosten, voor £ 357.667 uit productiviteitsverlies en voor £ 926.760 uit immateriële kosten. In Nederland is een dergelijk onderzoek nog niet gedaan.

9. Evaluatie

Elke vier jaar wordt het landelijke suïcidepreventiebeleid geëvalueerd bij het opnieuw vaststellen daarvan. Een aparte evaluatie van dit – in zichzelf immers vrij beleidsarme – wetsvoorstel wordt niet nodig geacht. Bij die gelegenheid kan ook gelijk worden bezien of de gemeenten voldoende invulling geven aan het beleid voor suïcidepreventie.

10. Advies en consultatie

Eind november 2020 is met zo'n dertig mensen in een rondetafelgesprek, waaraan aanwezigen op persoonlijke titel deelnamen, gesproken over de hoofdlijnen van dit wetsvoorstel. Er was een sterke vertegenwoordiging

---

[48] https://www.rwseconomie.nl/kengetallen/documenten/publicaties/2016/februari/18/waarderingskengetallen-verkeersveiligheid
[49] SWOV Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid R-2009–17.
[50] Het precieze bedrag per GGD is afhankelijk van de omvang van de GGD-regio.
[51] Van der Burgt et al.*The effect of local Suicide Prevention Action Networks (SUPRANET) on stigma, taboo and attitudes towards professional help-seeking: an exposure-response analysis* (2021, under review).
[52] 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
[53] Kennelly, B., *The economic cost of suicide in Ireland.* Crisis, 2007. 28(2): p. 89–94.
[54] Platt, S., et al., *Evaluation of the first phase of choose life, the national strategy and action plan to prevent suicide in Scotland.*Psychiatria Danubina, 2006. 18 (Suppl. 1): p. 103.

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 wordt het wetsvoorstel over suïcidepreventie in ruime meerderheid omarmd, waarbij soms een meer inhoudelijk, ambitieuzer voorstel werd verwacht. 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 de maatschappij op dit punt misschien niet direct kan worden gestuurd met wetgeving, wordt wel een belangrijk signaal afgegeven 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 zou die ontwikkeling in een stroomversnelling terecht moeten komen.

11. 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. Vervolgens zal het ritme van de landelijke nota gezondheidsbeleid worden gevolgd. Het suïcidepreventiebeleid maakt echter géén onderdeel uit van de landelijke nota gezondheidsbeleid. Daarom wordt voorgesteld dat het landelijke suïcidepreventiebeleid steeds ten hoogste drie maanden voor de vaststelling van de landelijke nota gezondheidsbeleid zal worden vastgesteld.

Na de eerste vaststelling van het landelijke suïcidepreventiebeleid hebben gemeenten één jaar de tijd om hun gemeentelijk suïcidepreventiebeleid vast te stellen. Logischerwijs begint de verplichting van het college van burgermeester en wetshouders om het beleid uit te voeren pas te lopen op het moment dat de gemeenteraad het beleid heeft vastgesteld.

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 en waarbij de zorgvuldigheidseisen van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding in acht zijn genomen. Meer in gewone taal wordt met suïcide gedoeld op iemand die eenzaam en radeloos sterft door zelfdoding, ofwel iemand die handelt met de bedoeling om zichzelf te doden om te ontsnappen aan zijn ondraaglijke gevoelens, gedachten en beelden, kortom met de bedoeling zijn of haar lijden te stoppen.
Daarnaast wordt voorgesteld een definitie van suïcidepreventie toe te voegen. Suïcidepreventie richt zich niet alleen op het voorkomen van suïcides, maar ook van suïcidepogingen. 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, zodat duidelijk wordt 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. In deze paragraaf worden zowel aan de Minister van VWS als aan gemeenten opdrachten gegeven in het kader van suïcidepreventie. Voorgesteld wordt om de paragraaf over integrale suïcidepreventie daarvoor in te voegen als paragraaf 3a. Dit is direct voor de paragraaf over infectieziektebestrijding, hetgeen ook een taak is van zowel het rijk als de gemeenten.

Artikel 5b

Het voorgestelde artikel 5b bevat de taken van de rijksoverheid met betrekking tot suïcidepreventie. In het eerste lid wordt voorgesteld dat de Minister van VWS iedere vier jaar beleid moet vaststellen op het gebied van suïcidepreventie en zorg draagt voor de uitvoering hiervan. De Minister van VWS voert het beleid niet (geheel) zelf uit, maar stimuleert suïcidepreventie en is eindverantwoordelijk. De in het voorgestelde tweede lid opgenomen hoofdelementen van het beleid zijn nadrukkelijk elementen die het overheidsbeleid *in ieder geval* omvat, dit in aanvulling op de reeds ontstane initiatieven, zoals ProRail heeft ontplooid, of zoals het staand beleid om voor suïcidepreventie een centrale regierol te beleggen in het veld zelf, zoals die momenteel wordt ingevuld door Stichting 113 Zelfmoordpreventie.

Het beleid omvat in de eerste plaats de landelijke agenda suïcidepreventie, het overheidsinstrument voor implementatie van een integrale aanpak voorzien van preventieve maatregelen. In de tweede plaats gaat het om de communicatiestrategie suïcidepreventie. Het doel van deze strategie is om suïcide en suïcidepreventie bespreekbaar te maken en algemene bekendheid te geven. In de derde plaats gaat het om het onderzoeksprogramma suïcidepreventie. Het onderzoeksprogramma heeft tot doel kennis te genereren over suïcide en suïcidepreventie. Suïcidepreventie kan alleen succesvol zijn als we weten welke maatregelen effectief zijn. Op dit moment bestaan er op dat gebied nog diverse kennislacunes en kennisvragen. Hiertoe is een samenhangend en landelijk onderzoeksprogramma belangrijk. Het programma bevat zowel fundamenteel als praktijkgericht onderzoek vanuit verschillende wetenschappelijke disciplines.

In het voorgestelde derde lid is opgenomen dat de Minister van VWS bij het opstellen van de landelijke agenda suïcidepreventie, de communicatiestrategie suïcidepreventie en het onderzoeksprogramma suïcidepreventie 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.

Het voorgestelde vierde lid regelt de betrokkenheid van andere bewindspersonen bij het vaststellen van het landelijke suïcidepreventiebeleid voor zover dit beleid betrekking heeft op aangelegenheden die niet of slechts gedeeltelijk behoren tot de verantwoordelijkheid van de Minister van VWS. Suïcidaliteit is een breed maatschappelijk probleem dat het terrein van meerdere ministeries raakt. Daarbij wordt bijvoorbeeld gedacht aan het onderwijs, de sociaaleconomische sector, vervoersbedrijven, gedetineerden, vreemdelingen en agrariërs. Met dit lid is beoogd de maatschappelijke verantwoordelijkheid voor suïcidepreventie te verbreden door het actief betrekken van voor suïcidepreventie belangrijke ministeries. De regierol blijft bij de Minister van VWS, maar de Ministers die gaan over beleidsterreinen met voor suïcidepreventie belangrijke raakvlakken dragen voor suïcidepreventie medeverantwoordelijkheid voor de taken die op hun terrein liggen.

In het voorgestelde vijfde lid is opgenomen dat het landelijke suïcidepreventiebeleid zo spoedig mogelijk aan de Staten-Generaal zal worden toegezonden. De Tweede Kamer kan dan bijvoorbeeld besluiten, zoals tot nu in de Tweede Kamer gebruikelijk is, deze stukken te agenderen voor een algemeen overleg suïcidepreventie (binnenkort commissiedebat).

In het zesde lid wordt voorgesteld dat het landelijke suïcidepreventiebeleid wordt vastgesteld drie maanden voor de vaststelling van de landelijk nota gezondheidsbeleid. Het is wenselijk om het landelijke suïcidepreventiebeleid in hetzelfde ritme als de landelijke nota gezondheidsbeleid vast te stellen in verband met de gemeentelijk verplichting om lokaal suïcidepreventiebeleid vast te stellen. Het suïcidepreventiebeleid is echter een losstaand instrument en maakt géén onderdeel uit van de landelijke nota gezondheidsbeleid. Het onderwerp heeft zelfstandig aandacht nodig. Het wordt daarom ook op een ander moment vastgesteld. Gemeenteraden hebben vervolgens twee jaar en drie maanden de tijd om in hun gemeentelijke nota gezondheidsbeleid hun gemeentelijk beleid ten aanzien van suïcidepreventie op te nemen.

Artikel 5c

Het vierde 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. Het is van belang dat er een plek is waar zij desgewenst anoniem terecht kunnen. In het voorgestelde artikel 5c wordt zeker gesteld dat er in ons land altijd een hulplijn voor suïcidepreventie zal zijn, naar analogie van het fundament dat voor de Kindertelefoon is opgenomen in artikel 1a.1 van de Jeugdwet en voor de Luisterlijn in artikel 3a.1.2 van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning 2015. Hiermee wordt in eerste instantie in ieder geval de voortzetting van de huidige hulplijn voor suïcidepreventie van Stichting 113 Zelfmoordpreventie beoogd. 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.

De hulplijn van Stichting 113 Zelfmoordpreventie 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 wanneer dit nodig is ook actief verwijzen naar hulpverlening. De hulplijn is al ingericht en bereikbaar, zowel op het nummer 0800–0113 (helemaal gratis en anoniem in die zin dat het nummer ook niet op de factuur verschijnt) als op het driecijferige telefoonnummer 113. Dit

laatste nummer is nu nog niet gratis voor de hulpvrager – deze betaalt de gebruikelijke belkosten – en evenmin volstrekt anoniem (want het verschijnt vooralsnog op de factuur). Momenteel wordt onderzoek gedaan naar de vraag of en zo ja hoe uitvoering kan worden gegeven aan het verzoek van de Tweede Kamer om de suïcidepreventie hulplijn ook via 113 volstrekt gratis en anoniem bereikbaar te laten worden.[55]

Op grond van artikel 4.1 van de Telecommunicatiewet is het nummer 113 in het Nummerplan Telefoon- en ISDN-diensten beschikbaar gesteld als Hulplijn in het kader van suïcidepreventie.[56] Dit nummer kan op grond van het Nummerplan aan meerdere aanvragers worden toegekend, maar is voorlopig alleen toegekend aan Stichting 113 Zelfmoordpreventie. Het gebruik van het nummer 113 als hulplijn voor suïcidepreventie blijft daarom geregeld worden via het bepaalde bij of krachtens de Telecomwet.

Artikel 5d

Met het voorgestelde artikel 5d wordt benadrukt dat er voor suïcidepreventie zowel centraal als decentraal een verantwoordelijkheid bestaat. Een plaats in de Wpg is dan ook passend, in dit wetsvoorstel is immers een belangrijke rol weggelegd voor gemeenten en de GGD's. Dit wetsvoorstel verplicht gemeenten om actief werk te maken van gemeentelijk suïcidepreventiebeleid. In het voorgestelde artikel 5d wordt het college van burgemeester en wethouders opgedragen om zorg te dragen voor de uitvoering van het gemeentelijk beleid suïcidepreventie. Het vaststellen van gemeentelijk beleid ten aanzien van suïcidepreventie wordt geregeld door middel van de voorgestelde wijziging van artikel 13, tweede lid (zie onderdeel C). De verplichting voor het college van burgemeester en wethouders om uitvoering te geven aan het gemeentelijk beleid inzake suïcidepreventie, gaat logischerwijs pas in op het moment dat de gemeenteraad het beleid hiervoor heeft vastgesteld.

Onderdeel C

In dit onderdeel wordt voorgesteld artikel 13, tweede lid, van de Wpg te wijzigen. In het bestaande artikel 13 wordt de gemeenteraad opgedragen een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast te stellen. Voorgesteld wordt dat daarin ook het gemeentelijk beleid op het gebied van suïcidepreventie wordt opgenomen. Het wetsvoorstel schrijft niet voor hoe het gemeentelijk beleid ten aanzien van suïcidepreventie eruit moet zien. Hoewel het gemeenten helemaal vrij staat dit beleid zelf in te vullen, hoeft niet iedere gemeente het wiel zelf uit te vinden. Door middel van de landelijke agenda suïcidepreventie worden *best practices* gedeeld die gemeenten naar hun eigen context kunnen vertalen. Suïcidepreventie is een nieuw en onvolgroeid beleidsterrein, waarvan de ontwikkeling pas de laatste jaren in een stroomversnelling is gekomen. Door middel van de landelijke agenda suïcidepreventie wordt gemeenten een kader geboden waarbinnen *best practices* kunnen worden ontwikkeld. Gemeenten kunnen bij het vormgeven van hun beleid van deze *best practices* gebruik maken en ze naar de eigen context vertalen. Ook landelijke uitwisseling tussen gemeenten vindt binnen de landelijke agenda plaats, zodat de *best practices* zich kunnen verspreiden en toekomstige landelijke agenda's kunnen verrijken.

[55] Kamerstukken II, 2019/20, 32 793, nr. 468.
[56] Stcrt. 2020, 19241.

Op deze manier kan lokale suïcidepreventie zo goed mogelijk worden gefaciliteerd en kan er door bijvoorbeeld gemeenten zelf invulling aan worden gegeven, aangepast op de eigen situatie. Uiteraard wordt beleid er beter van wanneer het landelijke en het gemeentelijke suïcidepreventiebeleid in elkaars verlengde liggen en elkaar zo kunnen versterken.

Daarnaast wordt voorgesteld om in het tweede lid, onderdeel b (nieuw), op te nemen dat de gemeenteraad ook voor het gemeentelijke suïcidepreventiebeleid doelstellingen formuleert. Deze doelstellingen zien niet zo zeer op het aantal suïcides dat in de gemeente wordt gepleegd, maar kunnen bijvoorbeeld wel heel goed zien op het aantal gemeenteambtenaren dat wordt getraind om zelfmoordgedachten bespreekbaar te maken en veiligheid in te schatten.

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 inwerkingtreding van dit wetsvoorstel wordt vastgesteld. Tot die tijd kunnen de nu lopende landelijke agenda suïcidepreventie en het onderzoeksprogramma suïcidepreventie natuurlijk doorlopen. De looptijd van dit eerste beleid dat op grond van de hier voorgestelde wettelijke grondslag wordt vastgesteld, wordt geregeld in het tweede en derde lid. Als de eerstvolgende landelijke nota gezondheidsbeleid binnen twee jaar na de vaststelling van het eerste landelijke suïcidepreventiebeleid wordt vastgesteld, loopt het eerste landelijke suïcidepreventiebeleid door tot drie maanden voor de daaropvolgende vaststelling van de landelijke nota gezondheidsbeleid. Het eerste landelijke suïcidepreventiebeleid heeft dus een looptijd van maximaal zes jaar. Als de eerstvolgende vaststelling van de landelijke nota gezondheidsbeleid meer dan twee jaar op zich laat wachten na de eerste vaststelling van het landelijke suïcidepreventiebeleid, heeft het eerste landelijke suïcidepreventiebeleid een kortere looptijd. Het loopt tot de eerste vaststelling van de landelijke nota gezondheidsbeleid na inwerkingtreding van dit wetsvoorstel. Het loopt dus minimaal twee jaar.

Het voorgestelde vierde lid bepaalt dat gemeenteraden binnen een jaar na het openbaar worden van het landelijke suïcidepreventiebeleid, gemeentelijk suïcidepreventiebeleid vaststellen. Een jaar lijkt voldoende tijd, nu gemeenten in de landelijke agenda suïcidepreventie *best practices* aangereikt zullen krijgen, die zij in hun gemeente kunnen implementeren. Over de looptijd van het eerste gemeentelijke suïcidepreventiebeleid is in dit wetsvoorstel niets geregeld. Gemeenten hebben normaal gesproken een ruime periode van twee jaar om na openbaarmaking van de landelijke nota gezondheidsbeleid, de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast te stellen. Zij hebben daarmee voldoende flexibiliteit om te zorgen dat het eerste gemeentelijke suïcidepreventiebeleid geen erg korte looptijd heeft. Er is overigens niets op tegen om vooruitlopend op dit eerste landelijke beleid al gemeentelijk beleid vast te stellen.

Artikel III

Het is van belang dat dit wetsvoorstel zo snel mogelijk in werking treedt. Voor het invoeren van het landelijke en het gemeentelijke beleid is een overgangsrechtelijke bepaling opgenomen. Verder gaat het om de verplichting van het openstellen van een hulplijn voor suïcidepreventie, maar die is er al. Vandaar dat dit wetsvoorstel in werking treedt op de eerstvolgende eerste dag van de maand na publicatie in het Staatsblad.

Artikel IV

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.

Voordewind
Kuiken
Kuik
Westerveld
Van der Staaij
Hijink
Sazias