

Vergaderjaar 2023–2024

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. 11

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Vastgesteld 5 december 2023

Inhoudsopgave

I.	ALGEMEEN	1
1.	Inleiding	2
2.	Hoofdlijnen van het voorstel	7
3.	Grondrechten en mensenrechten	18
4.	Verhouding tot nationale regelgeving	18
5.	Maatschappelijke gevolgen	19
6.	Uitvoering	19
7.	Financiële gevolgen	21
8.	Advies en consultatie	23
9.	Overgangsrecht en inwerkingtreding	23
10.	Overig	24
II.	ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING	24

In onderstaande tekst is steeds afwisselend de inbreng van de leden van de fracties en cursief de reactie van de initiatiefnemers daarop opgenomen.

I. ALGEMEEN

De leden van de **VVD-fractie** hebben kennisgenomen van de stukken met betrekking tot het 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, hierna: het wetsvoorstel). Genoemde leden hebben hier nog enkele vragen en opmerkingen over.

De leden van de **D66-fractie** willen allereerst hun dank uitspreken voor het onderhavige wetsvoorstel. Het is van groot belang dat dit urgente onderwerp de nodige aandacht krijgt. Genoemde leden steunen in

algemene zin dan ook dit voorstel en hebben met interesse kennisgenomen van de bijgevoegde stukken. Wel hebben zij nog enkele vragen.

De leden van de **CDA-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van het wetsvoorstel.

De leden van de **SP-fractie** hebben met veel interesse kennisgenomen van de onderhavige stukken. Zij hebben op dit moment geen vragen en/of opmerkingen.

De leden van de **GroenLinks- en PvdA-fractie** hebben het wetsvoorstel met interesse gelezen. Deze leden staan positief tegenover het wetsvoorstel en hebben nog enkele verduidelijkende vragen aan de initiatiefnemers.

De leden van de **ChristenUnie-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van het voorliggende wetsvoorstel. Deze leden onderschrijven het belang van structureel overheidsbeleid met betrekking tot suïcidepreventie, alsmede het ontwikkelen van structureel gemeentelijk beleid op basis van landelijk overheidsbeleid en het apart zetten van structurele middelen voor de Rijksoverheid en gemeenten.

De leden van de **BBB-fractie** nemen met instemming kennis van het wetsvoorstel dat beoogt bij te dragen aan het voorkomen van suïcide. Veruit de meeste mensen die zichzelf van het leven beroven, willen niet sterven. Ze willen een einde maken aan het lijden van dat moment.

De leden van de **SGP-fractie** hebben kennisgenomen van het wetsvoorstel. Allereerst danken zij de initiatiefnemers voor de inspanningen die zij reeds hebben geleverd bij dit belangrijke onderwerp en het voorstel dat er ligt. Deze leden hebben nog enkele vragen.

De initiatiefnemers danken de leden van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het verslag. Zij beantwoorden graag de gestelde vragen.

1. INLEIDING

1.

De leden van de **VVD-fractie** onderstrepen het belang van suïcidepreventiebeleid. Zij menen ook dat zulk beleid op structurele basis gewaarborgd dient te worden in het overheidsbeleid. Toch vragen zij of er ook andere manieren dan een wet zijn om beleid op het gebied van integrale suïcidepreventie structureel vorm te geven. Hoe hebben de initiatiefnemers die mogelijkheden meegewogen?

De initiatiefnemers zijn verheugd dat de leden van de VVD-fractie met de initiatiefnemers van mening zijn dat suïcidepreventiebeleid op structurele basis gewaarborgd dient te worden in het overheidsbeleid. Sinds 2014 krijgt suïcidepreventiebeleid via een landelijke agenda vorm maar zonder dat dit tot structurele borging in het overheidsbeleid, zowel landelijk als lokaal, heeft geleid, zoals initiatiefnemers in de memorie van toelichting beschrijven. Dat na bijna tien jaar de landelijke inzet nog steeds niet vanzelfsprekend is en de lokale inzet vaker uitzondering dan regel is, heeft initiatiefnemers ervan overtuigd dat een nieuwe stap nodig is. Andere mogelijkheden dan een wet, zoals structurele budgetten, zijn meegewogen. Deze alternatieven zijn wat de initiatiefnemers betreft afhankelijk van een wettelijke basis: zolang er geen wettelijke grondslag ligt voor suïcidepreventie als publieke taak is het vrij eenvoudig om te korten op

budgetten of deze te schrappen. Daarom vinden initiatiefnemers een wet het passende middel om suïcidepreventie een structurele basis te geven.

Specifiek voor suïcidepreventiebeleid op gemeentelijk niveau blijkt uit de praktijk dat het veel inzet vraagt om te komen tot vrijwillige, duurzame deelname aan suïcidepreventie van gemeenten. Er is veelal een aanlooptijd van enkele jaren om een gemeente suïcidepreventiebeleid op te laten pakken, voordat borging van dat beleid plaatsvindt – voor zover daarvan al sprake is – gaan er opnieuw enkele jaren voorbij. Om dat in alle 342 gemeenten te bereiken zonder wettelijke regeling en structurele financiering, gaat ten koste van de energie die naar de suïcidepreventie zelf zou moeten gaan. Staat er eenmaal een wettelijke plicht in de wet en is er structurele financiering, dan kan er gezamenlijk worden gewerkt aan ondersteuning door organisaties als de GGD GHOR, de VNG (specifieke ondersteuning aan gemeenten voor het invoeren van een (nieuwe) wettelijke taak). Dan kan worden gedacht aan een ondersteuningsprogramma voor en met een bereik naar een aantal of alle gemeenten tegelijk. Dat leidt tot besparing van tijd zowel als geld.

2.

Genoemde leden merken verder op dat de initiatiefnemers het voorstel gewijzigd hebben naar aanleiding van het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State (hierna: de Afdeling),¹. Overwegen de initiatiefnemers om de Afdeling om advies te vragen over het gewijzigde wetsvoorstel? Deze leden vragen dit mede omdat de Afdeling eerder een negatief advies uitbracht. Indien deze leden dit niet overwegen, waarom niet?

Het voorstel is inmiddels grotendeels aangepast conform de adviezen van de Afdeling, zodat de belangrijkste kritiek wat de initiatiefnemers betreft van de baan is. De initiatiefnemers overwegen daarom niet om de Afdeling opnieuw om advies te vragen. De indieners wijken nog slechts af op het punt dat er geen wetgeving nodig zou zijn om bestaand en gevestigd beleid te borgen. Wat dat punt betreft is inmiddels aangegeven dat is gebleken dat suïcidepreventiebeleid meer afhankelijk is van politieke afwegingen dan de Afdeling inschat. Met het creëren van een wettelijke grondslag, die veel ruimte laat voor specifieke invulling, wordt structurele inzet voor suïcidepreventie geborgd. Daarnaast voegt het wetsvoorstel elementen toe aan bestaand beleid, namelijk de gemeentelijke rol om suïcides te voorkomen.

3.

De leden van de **CDA-fractie** zijn met de initiatiefnemers van mening dat er meer aandacht moet komen voor suïcidepreventie en dat er minder afhankelijkheid dient te zijn van de duur van de subsidieperiode of het indienen van een amendement om beleid voort te kunnen zetten. We hebben helaas te maken met een structureel probleem. De initiatiefnemers stellen in de toelichting dat suïcide in meer gevallen kan voorkomen worden dan nu het geval is, mits er over een lange periode een breed pakket aan preventieve maatregelen wordt ingezet. Kunnen de initiatiefnemers aangeven waar zij deze stellingname op baseren?

De stelling dat suïcide in meer gevallen voorkomen kan worden dan nu het geval is, mits er over een lange periode een breed pakket aan preventieve maatregelen wordt ingezet, is afkomstig van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)². Effectieve suïcidepreventie vraagt, net als

¹ Kamerstukken 35 754, nr. 7-9.

² <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

preventie van bijvoorbeeld HIV, roken en kanker, om veel maatregelen die tegelijkertijd worden ingezet op 3 preventieniveaus: universele, selectieve en geïndiceerde preventie. Hierbij geldt: hoe meer maatregelen er worden ingezet, hoe effectiever het is in het voorkomen van suïcides en suïcidepogingen (Hofstra et al 2020³). De hulplijn van 113 Zelfmoordpreventie is één van de plekken waar mensen met suïcidaliteit terecht kunnen, maar natuurlijk ook de GGZ, maatschappelijk werk en de huisarts (geïndiceerde preventie). Daarnaast is de preventie die nodig is veel breder: van algemeen publiek dat oplettend is en leert hoe je het gesprek over suïcide kunt voeren (universele preventie), naar handelingsbekwame professionals die te maken hebben met risicogroepen (selectieve preventie). Voorbeelden van effectieve maatregelen voor suïcidepreventie zijn door WHO beschreven in *Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries*. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

4.

De leden van de **BBB-fractie** lezen dat dit wetsvoorstel volgens de memorie van toelichting bijdraagt aan de versnelling van een cultuurverandering met betrekking tot suïcide. Er hoort na een suïcide sprake te zijn van dezelfde alertheid en dezelfde maatschappelijke vragen als na een andere onnatuurlijke dood het geval is. De leden van de BBB-fractie betuigen hiermee hun instemming. Ze vragen de bevestiging van de initiatiefnemers dat een zelfgekozen dood in een samenleving waarin iedereen naar elkaar omkijkt, nooit als «gewone» optie mag worden voorgehouden in een palet aan facultatieve keuzes om lijden te verzachten.

Verruiming van de wettelijke mogelijkheden voor een zelfgekozen dood is niet aan de orde in dit wetsvoorstel. Suïcidepreventie in de zin van het voorliggende voorstel is erop gericht om te voorkomen dat mensen radeloos en eenzaam een einde aan hun leven maken. Dat is, zo menen de initiatiefnemers, van een totaal andere orde dan een zelfgekozen dood. De vraag van de leden van de BBB-fractie gaat het bestek van dit wetsvoorstel dan ook te buiten.

5.

De leden van de BBB-fractie vragen de bevestiging van de initiatiefnemers of de in het initiatiefvoorstel gekozen aanpak beoogt dat preventie uitdrukkelijk voorop staat bij *alle* instanties en professionals die een antwoord proberen te formuleren op de hulpvraag van mensen met suïcidale gedachten. Integrale preventie die bijdraagt aan het doel van nul zelfdodingen (*zero suicide*) vraagt immers om toewijding van alle betrokkenen.

De initiatiefnemers bevestigen dat met de aanpak wordt beoogd dat preventie uitdrukkelijk voorop staat bij alle instanties en professionals die een antwoord proberen te formuleren op de hulpvraag van mensen met suïcidale gedachten. Uiteraard is het een groeiemodel: hoe meer kennis en informatie, hoe meer professionals en burgers zich bewust van zijn van wat hun bijdrage kan zijn.

6.

De leden van de **SGP-fractie** lezen dat de initiatiefnemers constateren dat suïcide in meer gevallen kan worden voorkomen, mits er over een lange periode een breed pakket aan preventieve maatregelen wordt

³ Hofstra, E. et al (2020) Effectiveness of suicide prevention interventions: a systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry* Volume 63: march–april 2020 p. 127–140: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.04.011>

ingezet. Genoemde leden vragen of de initiatiefnemers kunnen aangeven hoeveel suïcidepogingen naar schatting kunnen worden voorkomen door het over een lange periode breed aanbieden van preventieve maatregelen.

Hoeveel suïcidepogingen precies voorkomen kunnen worden, is moeilijk te zeggen. Oorzaak en achtergrond van suïcides zijn complex en aantallen hangen af van meerdere factoren. Ook maatschappelijke factoren kunnen een rol spelen, zoals bijvoorbeeld een economische recessie, waarin er vaak een stijging te zien is.

Een onderzoek dat het effect van preventieve interventies op suïcides en suïcidepogingen evalueerde, liet zien dat multi-level-interventies grotere effecten hebben in het voorkómen van suïcides en suïcidepogingen dan uni-level-interventies (Hofstra et al 2020⁴). Ook bijvoorbeeld in de GGZ (While et al 2012⁵) en op het spoor (Van Houwelingen et al 2022⁶) is aangetoond dat het implementeren van suïcidepreventiemaatregelen leidt tot lagere suïdecijfers. In de GGZ werd de verstrekking van 24-uurs crisiszorg geassocieerd met de grootste daling van suïcides (van 11,44 per 10.000 patiëntencontacten per jaar vóór naar 9,32 erna; While et al 2012⁵). Onderzoek van Van Houwelingen (2022)⁶ geeft aan dat preventieve maatregelen die door ProRail zijn genomen rond het spoor ongeveer 85 suïcides op het spoor per jaar hebben voorkomen, wat neerkomt op een vermindering van 30%.

Een van de doelen van de Sustainable Development Goals van de WHO (Wereldgezondheidsorganisatie) is om het wereldwijde suïdecijfer tegen het jaar 2030 met een derde te verminderen (target 3.4.2). Deze doelstelling is uitgewerkt in een WHO-actieplan (WHO «Mental Health Action Plan 2013–2030»).

Het LIVE LIFE-initiatief van de WHO voor suïcidepreventie beveelt de volgende op bewijs gebaseerde maatregelen aan⁷:

- *Beperk de toegang tot middelen voor suïcide (bijvoorbeeld pesticiden, vuurwapens, bepaalde medicijnen, spoor).*
- *Werk samen met de media voor verantwoorde berichtgeving over suïcide.*
- *Bevorder sociaal-emotionele levensvaardigheden bij adolescenten op scholen.*
- *Goede kwaliteit van zorg en nazorg van iedereen met suïcidaal gedrag.*

Initiatiefnemers vinden het belangrijk op te merken dat zelfs als niet alle suïcidepogingen kunnen worden voorkomen, elke succesvolle preventieve maatregel een mensenleven kan redden en de enorme impact van suïcide op naasten en gemeenschappen kan verminderen.

7.

De leden van de SGP-fractie lezen voorts dat met dit voorstel, suïcidepreventie een wettelijke overheidstaak wordt waarvoor structureel beleid wordt gemaakt, zodat er duurzame en brede aandacht en inzet blijft voor

⁴ Hofstra, E. et al (2020) Effectiveness of suicide prevention interventions: a systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry* Volume 63: march–april 2020 p. 127–140: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.04.011>

⁵ While, D. et al (2012) Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997–2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *The Lancet* Volume 379 issue 9820: 17–23 march 2012, p. 1005–1012. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)61712-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)61712-1)

⁶ Van Houwelingen, C. (2022) Railway Suicide in The Netherlands Lower Than Expected. *Crisis* Volume 43, issue 5. September 2022 p. 355–453. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000792>

⁷ LIVE LIFE: an implementation guide for suicide prevention in countries. 17 june 2021: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>

suicidepreventie. Genoemde leden vragen de indieners of de wettelijke overheidstaak ook afdwingbaar wordt voor burgers. Deze leden vragen de indieners of ingeval van een suïcide er bij de rechter een beroep kan worden gedaan op nalatigheid van de overheid.

Dit initiatiefvoorstel beoogt een inspanningsverplichting in het leven te roepen voor overheden, niet een voor burgers rechtens afdwingbare resultaatsverplichting. In dit verband kan ook gewezen worden op het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State, waarin wordt aangegeven dat uit de jurisprudentie over artikel 2 van het EVRM niet de algemene regel kan worden afgeleid dat op de overheid altijd een plicht rust om maatregelen te nemen om suïcide te voorkomen.

8.

De leden van de SGP-fractie lezen daarnaast dat het wetsvoorstel zich uitsluitend richt op suïcides en suïcidepogingen, waarmee euthanasie en hulp bij zelfdoding conform de wettelijke eisen nadrukkelijk worden uitgezonderd. Deze leden vragen waarom deze afbakening gemaakt is en of de grens voldoende duidelijk is.

Dit initiatiefvoorstel beoogt bij te dragen aan een samenleving waarin niemand radeloos en eenzaam sterft door zelfdoding. Het beoogt een vangnet te bewerkstelligen voor mensen die op een kwetsbaar moment in hun leven een eenzame en radeloze, onomkeerbare keuze maken. Nederlandse wetgeving betreffende euthanasie en hulp bij zelfdoding (de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtll)) beoogt zorgvuldigheidseisen en procedures vast te leggen voor de arts die levensbeëindiging op verzoek toepast of hulp bij zelfdoding verleent. Het onderscheid tussen suïcide enerzijds en euthanasie of hulp bij zelfdoding anderzijds is voldoende duidelijk vanwege de betrokkenheid van een arts bij hulp bij zelfdoding of euthanasie.

9.

De leden van de SGP-fractie lezen tevens dat de indieners ontwikkelingen in het buitenland op dit terrein hebben meegenomen in het wetsvoorstel. De maatschappelijk breed gevoelde noodzaak voor suicidepreventie geeft het afgelopen decennium in het buitenland steeds vaker de doorslag heeft gegeven richting wetgeving. Strafbaarstelling van suïcide verdwijnt steeds vaker uit de wet. Genoemde leden vragen de indieners of het verdwijnen van suïcide uit de wet verband houdt met het steeds ruimer wordende beleid rondom euthanasie en zelfdoding. De leden van de SGP-fractie lezen dat de ontwikkelingen van de afgelopen jaren rondom suïcide niet positief stemmen. Het aantal suïcides per 100.000 inwoners is sinds 2018 min of meer stabiel. Deze leden vragen de indieners of dit aantal in werkelijkheid zelfs niet hoger is, maar dat suïcidepogingen ook gedaan worden met de alsmaar groeiende mogelijkheden die de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding biedt.

Het aantal suïcides dat in Nederland per jaar geregistreerd wordt, is sinds 2018 min of meer stabiel. Het aantal mensen dat overlijdt door euthanasie of hulp bij zelfdoding nam in afgelopen jaren steeds toe (zie bijv. jaarverslagen van de RTE). De leden van de SGP-fractie lijken te suggereren dat een deel van de mensen die overlijden binnen de geldende kaders van de Wtll in werkelijkheid overlijden door zelfdoding, i.e. radeloos en eenzaam. Indieners vinden deze suggestie onwaarschijnlijk. Bij euthanasie of hulp bij zelfdoding is altijd een arts betrokken, met raadpleging van een andere onafhankelijke arts, die zich onder andere heeft vergewist van het vrijwillige en weloverwogen verzoek van de

patiënt. *Indieners stellen dat daarmee per definitie geen sprake is van een suïcide, namelijk een eenzame en radeloze zelfdoding.*

2. HOOFDLIJNEN VAN HET VOORSTEL

2.1. Probleembeschrijving

10.

De leden van de **VVD-fractie** lezen in de gewijzigde memorie van toelichting dat in paragraaf 2.1, suïcidepreventie door de initiatiefnemers wordt omschreven als «alle acties gericht op het voorkomen van suïcides of pogingen daartoe.»⁸ Op dit moment zijn er veel voorbeelden uit de praktijk omtrent suïcidepreventie. Zijn de initiatiefnemers ervan overtuigd dat met de inwerkingtreding van de voorgestelde wet, deze acties niet verloren gaan? Hoe wordt geborgd dat geen enkele van deze acties beëindigd wordt?

De initiatiefnemers bevestigen dat het initiatiefvoorstel de bestaande praktijk borgt in plaats van verloren laat gaan. De wetswijziging moet leiden tot een verdieping en doorontwikkeling, zowel landelijk als lokaal (steeds effectiever), verbreding (integraal, over meerdere beleids-terreinen) en verspreiding (door heel Nederland). Het wetsvoorstel zorgt ervoor dat de overheid de regie voert, zodat na verloop van tijd suïcidepreventie ook in de maatschappij is verankerd. Het wetsvoorstel biedt het raamwerk voor (het faciliteren van) breder suïcidepreventiebeleid en verduurzaamt de inzet ervan, door middel van een structurele borging van financiële middelen en beleid. Daarmee moet het de bestaande praktijk juist ondersteunen in plaats van beëindigen. Wat nu gebeurt in korte projecten en programma's, kan straks op basis van structureel beleid en financiën plaatsvinden. Dat geeft de mogelijkheid om doelen voor de langere termijn te stellen en daar naartoe te werken.

11.

De leden van de **D66-fractie** lezen dat in paragraaf 2.1 de begrippen suïcide en suïcidepreventie gedefinieerd en beschreven worden. Deze leden lezen dat er bij de oorzaken van suïcidale neigingen uitsluitend wordt gesproken over «lijden». In hoeverre zijn de initiatiefnemers het met deze leden eens dat er ook sprake kan zijn van mensen met suïcidale neigingen zónder dat daar uitsluitend een gevoel van «lijden» aan ten grondslag ligt?

De indieners schrijven dat suïcide vroeger vaak gezien werd als een autonome keuze voor de dood, maar dat inmiddels wordt onderkend dat het overgrote deel van de mensen niet dood wil, maar het lijden wil stoppen. Tegelijkertijd staat er in het onderliggende rapport in de bijlage,⁹ dat ouderen wél vaker een overwogen keuze maken. Wat is de opvatting van de initiatiefnemers hierover?

De leden van de D66-fractie vragen in hoeverre de initiatiefnemers het met deze leden eens zijn dat er ook sprake kan zijn van mensen met suïcidale neigingen zónder dat daar uitsluitend een gevoel van «lijden» aan ten grondslag ligt. Suïcide of zelfdoding wordt door de initiatiefnemers in het kader van dit voorstel beschreven als een eenzame en radeloze keuze voor de dood, die voortkomt uit ernstig lijden. Indieners zijn bekend met het initiatiefwetsvoorstel van D66 «Toetsing levenseinde-begeleiding op verzoek» (ook wel «voltooid leven» genoemd), bedoeld voor ouderen zonder een gevoel van «lijden» maar wel met een persiste-

⁸ Kamerstukken 35 754, nr. 9, p. 3

⁹ A.M. van Hemert e.a., 2012, «Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag».

rende doodswens. Het door de leden van de D66-fractie aangehaalde rapport, de richtlijn diagnostiek en behandeling suïcidaal gedrag, benoemt dat vanwege de leeftijd een doodswens bij ouderen normaler wordt gevonden en hierdoor suïcidaal gedrag niet altijd als zodanig wordt herkend en behandeld terwijl dit wel mogelijk is. Het is aan de arts om op individueel niveau in te kunnen schatten of de doodswens een teken is van suïcidaal gedrag of niet. Het gaat de reikwijdte van het voorliggende wetsvoorstel te buiten om daar een uitspraak over te doen.

12.

De leden van de **CDA-fractie** lezen dat voor gemeenten in het onderhavige wetsvoorstel de plicht is opgenomen om, in aansluiting op het landelijke beleid, gemeentelijk beleid te voeren ten aanzien van suïcidepreventie. Kunnen de initiatiefnemers eens aangeven waar ze dan precies aan denken? Het beleid opschrijven in een nota gezondheidsbeleid of in een nota over preventie is één ding, maar wat volgt er dan? Zien zij verschillen in de wijze waarop die plicht moet worden ingevuld tussen bijvoorbeeld een grotere stad (centrumgemeente) en een dorp in een krimpregio?

De initiatiefnemers zijn het met de leden van de CDA-fractie eens dat (gemeentelijk) beleid op schrijven alleen niet voldoende is. Het zal draaien om de uitvoering ervan. Concreet denken initiatiefnemers aan beleid dat een aanpak op drie niveaus inhoudt, lopend van universele preventie met een publiekscampagne en training voor zogeheten gatekeepers – mensen rondom de zorg – zodat deze het gesprek over suïcidale gedachten kunnen aangaan, naar selectieve preventie gericht op risicogroepen tot aan geïndiceerde preventie in de vorm van netwerksamenwerking: het verbeteren van samenwerking in de brede keten van sociaal welzijn tot zorg voor mensen die daadwerkelijk suïcidaal zijn. Interventie op deze manier is wetenschappelijk gevalideerd.

Het wetsvoorstel laat de invulling bewust over aan gemeenten zelf. Op die manier kan per gemeente – of regionaal samenwerkingsverband van gemeenten – worden ingespeeld op de lokaal relevante risicofactoren. Zo kan ervoor worden gekozen om de GGD een voortrekkersrol te laten spelen, zoals ze dat in een aantal regio's al doen als vervolg op de eerdere proeftuinen die daar gedraaid hebben binnen de eerdere landelijke agenda. Initiatiefnemers zouden zich kunnen voorstellen dat de VNG een handreiking opstelt en voorbeelden deelt van suïcidepreventiebeleid. Stichting 113 Zelfmoordpreventie kan ook de in toekomst een adviesrol voor gemeenten vervullen, zoals de stichting nu ook al doet.

13.

De initiatiefnemers stellen dat met een vroege herkenning en behandeling suïcide kan worden voorkomen. Zij stellen dat bewustwording van familie, vrienden en zorgmedewerkers, zoals de huisarts maar ook het gemeentelijke loket, door middel van campagnes, eerder kan leiden tot het inzetten van noodzakelijke hulp en of behandeling. De leden van de CDA-fractie zijn met de initiatiefnemers van mening dat er meer aandacht behoeft, maar deze leden vragen wel of het zo werkt. Suïcidepreventie is toch niet alleen afhankelijk van eerdere of betere zorg, maar toch ook van maatschappelijke interventies?

Indieners geven de leden van de CDA-fractie gelijk: «It takes a society to prevent a suicide.» Er is een samenhangend stelsel van initiatieven nodig om suïcidale mensen én eerder in beeld te krijgen én naar adequate hulp te leiden. Daarbij is hulp zeker niet alleen in de psychiatrie te vinden, hulp zal ook in toenemende mate vanuit het maatschappelijk veld moeten komen. Immers, 60% van de mensen die overlijdt door suïcide, was niet in

zicht van ambulante of klinische geestelijke gezondheidszorg (IGJ). Ook de rol van de huisartsenpraktijk is cruciaal, gezien ongeveer de helft van de mensen in de maand voorafgaand aan hun suïcide nog contact heeft gehad met hun huisarts. Patiënten spreken niet gemakkelijk zelf over hun suïcidaliteit, dus de rol van een huisarts in het bespreekbaar maken is groot. Bij patiënten die op consult komen voor depressie blijkt dat in meer dan de helft van de gevallen de huisarts geen suïcidale gedachten uitvraagt (Elzinga et al 2019¹⁰). Ook voor huisartsen zijn er belemmerende factoren om suïcidaliteit bespreekbaar te maken. Zoals het zich niet competent voelen om dit te bespreken, tijdgebrek en afwezigheid van direct beschikbare ondersteuning of zorg voor deze patiënten (Elzinga et al 2020¹¹).

14.

Daarnaast zien de leden van de CDA-fractie bij veel hulp- en dienstverleners een bepaalde mate van handelingsverlegenheid om suïcide bespreekbaar te maken. Zeker bij medewerkers die hiermee niet dagelijks tijdens hun werk te maken hebben. Zijn de initiatiefnemers het op dit punt met deze leden eens? Hoe zou dit wetsvoorstel kunnen bijdragen om deze handelingsverlegenheid meer onder de aandacht te brengen? Daarbij ligt er natuurlijk ook veel verantwoordelijkheid bij (zorg)organisaties zelf. Vinden de initiatiefnemers dat zorgorganisaties zoals bijvoorbeeld ggz-aanbieders voldoende aandacht hebben voor suïcide en suïcidepreventie?

Indieners herkennen dat er een bepaalde mate van handelingsverlegenheid kan zijn bij hulpverleners om suïcide bespreekbaar te maken, zeker als zij hiermee niet dagelijks tijdens hun werk te maken hebben. Trainen en opleiden van professionals op het gebied van suïcidepreventie leidt tot meer kennis, vaardigheden en zelfvertrouwen van professionals (Terpstra et al 2018¹²; Meijer et al 2022¹³). Binnen de Landelijke Agenda Suïcidepreventie is daarom uitgebreid aandacht voor het trainen en opleiden van professionals, evenals taboedoorbreking en het creëren van een veilige cultuur voor professionals om met elkaar te leren en verbeteren op het gebied van suïcidepreventie (Turner et al 2020¹⁴). Landelijk beleid is er ook al deels op gericht om handelingsverlegenheid bij hulp- en dienstverleners te verkleinen door bijvoorbeeld suïcidepreventie beter op te nemen in de curricula van opleidingen. Daarop kan worden geïntensiveerd. Grote geïntegreerde GGZ-instellingen hebben zeker aandacht voor suïcidepreventie, in die zin dat zij hun medewerkers een basistraining suïcidepreventie aanbieden, er protocollen zijn en er een multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag is die redelijk bekend is. Minder suïcides is ook een van de speerpunten van het beleid van de Nederlandse GGZ.

¹⁰ Elzinga, E. et al (2019) Discussing suicidality with depressed patients: an observational study in Dutch sentinel general practices. *BMJ Open*. April 24: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31023763/>

¹¹ Elzinga, E. et al (2020) Engaging primary care professionals in suicide prevention: A qualitative study. *PLoS One*. November 30: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33253178/>

¹² Terpstra, S. et al (2018) Suicide prevention gatekeeper training in the Netherlands improves gatekeepers' knowledge of suicide prevention and their confidence to discuss suicidality, an observational study. *BMC Public Health* 18, article number 637: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5512-8>

¹³ Meijer, S. et al (2022) Suïcidepreventietraining voor jeugdzorgprofessionals. *Tijdschrift voor Psychiatrie* (64:8): https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/nl/artikelen/article/50-13010_Suicidepreventietraining-voor-jeugdzorgprofessionals

¹⁴ Turner, K. et al (2020) Inconvenient truths in suicide prevention: Why a Restorative Just Culture should be implemented alongside a Zero Suicide Framework. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* (54:6): <https://doi.org/10.1177/0004867420918659>

Ook is er verbetering mogelijk in het volgen van richtlijnen door zorgprofessionals. Tussen GGZ-instellingen is er in Nederland sprake van behoorlijke praktijkvariatie in het naleven van de richtlijn (Setkowski et al 2020¹⁵) en daar is binnen de landelijke agenda ook aandacht voor. Met name de consistentie in aandacht hiervoor en het implementeren van een ondersteuningsinstrument hoe te handelen bij patiënten met suïcidaliteit is cruciaal om meters te maken.

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

15.

De leden van de **VVD-fractie** lezen in de gewijzigde toelichting dat de initiatiefnemers in paragraaf 2.2 stellen dat suïcidepreventie vraagt om overheidsinterventie op landelijk niveau, waarbij een duidelijke regierol is weggelegd voor de landelijke overheid. De initiatiefnemers pleiten er verder voor dat vanuit elk ministerie die het betreft, beleid wordt gevoerd op suïcidepreventie. Hoe wordt voorkomen dat de samenhang tussen al deze acties verloren gaat? De initiatiefnemers stellen dat de primaire verantwoordelijkheid bij de Minister van VWS komt te liggen. Hoe moet deze Minister volgens de initiatiefnemers ervoor zorgdragen dat er samenhangend beleid wordt gevoerd door alle betrokken ministeries?

Initiatiefnemers zien samenhangend beleid vanuit het Ministerie van VWS voor zich, zoals nu ook de landelijke agenda suïcidepreventie is georganiseerd. Deze agenda bevat integraal beleid en valt onder verantwoordelijkheid van het Ministerie van VWS. Tot nu toe heeft dit ministerie ook grotendeels de agenda gevuld; met het wetsvoorstel beogen initiatiefnemers dat het eigenaarschap breder wordt, en ook andere ministeries de agenda vullen en zich committeren. Ook de jaarlijkse verantwoording over de voortgang moet het brede commitment van meerdere ministeries vergroten.

De landelijke agenda leent zich wat de indieners betreft goed als vehikel voor beleid van meerdere ministeries in al of niet gezamenlijke projecten. Een volgende landelijke agenda – start 2026 – kan al meer op deze manier worden opgezet. Sinds kort is er bovendien een Interdepartementale Stuurgroep Suïcidepreventie op DG-niveau, waaraan ook de VNG en de vier inspecties middels het samenwerkingsverband «Toezicht Sociaal Domein» deelnemen. Binnen dat verband kan van elkaar worden geleerd en kan met elkaar worden gedeeld en onderling afgestemd wie welk deel voor zijn rekening neemt.

16.

De leden van de **D66-fractie** lezen dat de initiatiefnemers in paragraaf 2.2 schrijven dat reeds 50 gemeenten een suïcidebeleid hebben. Hoe zijn de indieners op het aantal van 50 gemeenten gekomen en wat is de bron hiervan? Wat is de definitie van «suïcidepreventiebeleid» in dezen? Aanvullend, hoe wegen de initiatiefnemers dit getal in verhouding tot het totaal aantal gemeenten? Hoe haalbaar is het überhaupt dat elke, ook de zeer kleine, gemeente een suïcidebeleid moet uitvoeren, naast alle andere taken? Is er een uitvoeringstoets laten doen door de initiatiefnemers? Tevens laat het wetsvoorstel in grote mate open wat de inhoud van dit beleid dient te zijn. Kunnen de initiatiefnemers onderbouwen waarom voor deze beleidsinhoud is gekozen? In hoeverre kan suïcidepreventiebeleid straks bijvoorbeeld geschaard worden onder «bestaand beleid binnen het sociaal domein, gericht op bestaanszekerheid»?

¹⁵ Setkowski, K. et al (2020) Praktijkvariatie op het gebied van suïcidepreventie in de Nederlandse ggz. Tijdschrift voor psychiatrie (62:6): https://www.supranetggz.nl/wp-content/uploads/2021/06/Setkowski-et-al.-2020_Praktijkvariatie-suicidepreventie-GGZ.pdf

Er zijn ruim 50 gemeenten die een integraal suïcidebeleid voeren, meldt 113 Zelfmoordpreventie op haar site¹⁶. Dat is in aantal 15% van de 342 gemeenten. De definitie die zij daarbij hanteert is: die gemeenten die een geïntegreerd suïcidepreventiebeleid voeren, waar verschillende sectoren bij betrokken zijn, gericht op verschillende doelgroepen. Dat laat onverlet dat er in veel gemeenten kleinere initiatieven zijn die een mooi begin vormen, maar voor een adequate aanpak is een integrale werkwijze nodig die vraagt om structurele aandacht en structurele middelen.

In de gemeenten waar al een geïntegreerd beleid gevoerd wordt, kan worden geconstateerd dat het geheel méér is dan de som der individuele delen. Het slim verbinden van werkzaamheden op de diverse maatschappelijke beleidsopgaven – denk aan eenzaamheid, schuldenproblematiek, gebrek aan sociale cohesie, werkgelegenheid, sport, maar ook de toon van communicatie richting burgers – leidt tot winst op het vlak van suïcidepreventie. In die zin kan bestaand beleid gericht op bestaanszekerheid wel ingebed worden in het preventiebeleid. Integraliteit sluit echter uit dat dat het enige onderdeel zou kunnen zijn.

De initiatiefnemers hebben geen uitvoeringstoets laten doen. Het wetsvoorstel biedt veel ruimte aan gemeenten in de vormgeving en invulling van gemeentelijk beleid. Initiatiefnemers kunnen zich voorstellen dat een kleine gemeente de krachten bundelt met andere gemeenten in de GGD-regio en gezamenlijk tot beleid en uitvoering komt, om de druk op te uitvoering te beperken. Ook zullen voorbeelden gedeeld moeten worden van zowel grote als kleinere gemeenten, zodat niet elke gemeente het wiel opnieuw hoeft uit te vinden. De borging van structurele financiële middelen voor gemeenten maakt dat gemeenten de capaciteit krijgen om integraal suïcidepreventiebeleid uit te voeren.

17.

De leden van **de CDA-fractie** vragen hoe wordt geborgd dat gemeenten van elkaar gaan leren. Zij vragen dit naar aanleiding van de opmerkingen op pagina 8 van de toelichting. Gemeenten krijgen een belangrijke rol. Is een adequate gegevensuitwisseling met de betrokken instanties toereikend geregeld?

Indieners wijzen de leden van de CDA-fractie erop dat de huidige werkwijze van 113 Zelfmoordpreventie al is om uitwisseling en intervisie tussen gemeenten in vaste overlegstructuren te faciliteren. Ook bouwt 113 aan een database met best practices. Dat kan worden opgeschaald als meer gemeenten deelnemen. Daarnaast bevat de Landelijke Agenda een reeks van verschillende interventies, die op Samenmindersuicide.nl gedeeld worden. De initiatiefnemers zijn ervan overtuigd dat er met organisaties als bijvoorbeeld de VNG en GGD'en op dit vlak veel kan worden bereikt, zeker wanneer dit een wettelijke taak wordt. De leden van de CDA-fractie vragen of een adequate gegevensuitwisseling met de betrokken instanties toereikend is geregeld. Het voorstel richt zich niet op individuele cases, maar op het creëren van randvoorwaarden, zoals handelingsbekwaamheid. Het betreft niet de eigenlijke behandeling van individuen.

18.

De leden van de **GroenLinks- en PvdA-fractie** vragen of de initiatiefnemers voorbeelden kunnen geven van al bestaand lokaal suïcidepreventiebeleid. Aan welk concreet beleid op lokaal niveau denken de initiatiefnemers? Hoe wordt ervoor gezorgd dat het suïcidepreventiebeleid niet alleen op papier bestaat, maar ook echt in de praktijk? Op welke manier

¹⁶ <https://www.113.nl/gemeente>

zal worden getoetst of lokale overheden ook echt suïcidepreventiebeleid zullen maken na inwerkingtreding van de onderhavige Wet integrale suïcidepreventie? Hebben de initiatiefnemers een ondergrens waaraan het suïcidepreventiebeleid op lokaal niveau moet voldoen? Deze leden vragen daarnaast wat de rol is van de lokale volksvertegenwoordiging. Zien de initiatiefnemers tevens een rol weggelegd voor ervaringsdeskundigen bij het opzetten van zowel landelijk als lokaal beleid?

Initiatiefnemers dragen als voorbeeld van lokaal integraal suïcidepreventiebeleid het beleid van de regio IJsselland aan. De GGD-regio IJsselland heeft in de nota Gezondheidsbeleid structureel aandacht en middelen voor suïcidepreventie geborgd, uiteenlopend van publiciteit tot gatekeepertrainingen en bijeenkomsten. Ook werkt de GGD IJsselland nauw samen met lokale verenigingen om beter de risicogroepen te bereiken, zoals de samenwerking met het landelijk opererende Taboer om een hand uit te reiken naar de agrarische sector, samenwerking met Geldfit voor het opsporen van mensen met schulden en LHBTI belangengroepen. Andere samenwerkingspartners zijn naast de gemeenten Isala ziekenhuis, hogeschool Windesheim, UWV, slachtofferhulp en het suïcidepreventiecentrum.

Integraal suïcidepreventiebeleid zal ten minste maatregelen moeten bevatten die inzetten op drie niveaus van preventie: universele, selectieve en geïndiceerde preventie. Hierbij geldt: hoe meer maatregelen er worden ingezet, hoe effectiever het is in het voorkomen van suïcides en suïcideopgingen (Hofstra et al 2020¹⁷). Dat is niet het geval wanneer er slechts de vraag wordt opgeworpen met een publiekscampagne, maar er vervolgens geen (informele) infrastructuur beschikbaar is om er ook daadwerkelijk voor iemand te zijn. In bestaand suïcidepreventiebeleid wordt het wetenschappelijk gevalideerde EAAD model gebruikt: preventie op drie verschillende niveaus, volgens een uitgewerkte en beproefde methodiek die met verschillende maatschappelijke partners voor de verschillende niveaus. Vanuit een eerdere landelijke agenda is in een aantal proeftuinen ervaring opgedaan met hoe dat er concreet uit ziet.

Wat betreft de toets van lokale uitvoering merken de initiatiefnemers op dat binnen de landelijke agenda in samenwerking met Deloitte wordt gewerkt aan het meetbaar maken van de effectiviteit van suïcidepreventie, door tussenmaten te formuleren onderweg naar minder suïcides. Ook voor de lokale actienetwerken worden dergelijke «baten» geformuleerd, zodat – afgestemd op lokaal gekozen zwaartepunten – nagegaan kan worden of de inspanningen doelmatig zijn en concrete resultaten opleveren. De lokale volksvertegenwoordiging in zowel gemeenteraad als in het Algemeen Bestuur van de GGD kan hier de aanjagende en controlerende rol pakken, zoals ze dat op alle beleidsterreinen doen.

Binnen de landelijke agenda is een waardevolle inzet van ervaringsdeskundigen in verschillende projecten terug te zien, zie bijvoorbeeld het platform voor ervaringsverhalen Houdmoed.nl en het Netwerk Ervaringsdeskundigheid Suïcidepreventie. Lokaal wordt vrijwel overal ook een beroep gedaan op de expertise van mensen met ervaring op het gebied van suïcidaliteit in het vormgeven van het beleid, zoals o.a. in Zaanstreek Waterland en Kennemerland.

¹⁷ Hofstra, E. et al (2020) Effectiveness of suicide prevention interventions: a systematic review and meta-analysis. General Hospital Psychiatry Volume 63: march–april 2020 p. 127–140: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2019.04.011>

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

19.

De leden van de **D66-fractie** lezen dat de verantwoordelijkheid voor het suicidebeleid enerzijds onder de Minister van VWS komt te vallen, maar dat anderzijds de uitvoering bij de gemeenten komt te liggen. In hoeverre wordt de wetgeving, zoals de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo2015), aangepast zodat gemeenten wettelijke verantwoordelijkheid dragen hier beleid op te formuleren, zoals dit bijvoorbeeld geldt voor het thema «eenzaamheid»?

Het voorstel bepaalt dat er zowel landelijk, alsook gemeentelijk integraal beleid wordt ingericht. Een verdere aanpassing van wetgeving, zoals de Wmo2015, is niet nodig. De omschrijving van artikelen 2.2.1 van de Wmo2015 biedt juist ruimte een onderwerp als eenzaamheid te betrekken bij het opstellen van een integraal suicidepreventiebeleid. Sterker nog, het creëren van een wettelijke grondslag voor integrale suicidepreventie in de Wpg, stimuleert aandacht voor de samenhang met andere onderwerpen uit o.a. de Wmo2015 zoals sociale samenhang, veiligheid en leefbaarheid.

20.

Voorts wordt een wettelijke grondslag gecreëerd voor een telefonische hulplijn. Kunnen de initiatiefnemers toelichten waarom die nodig is? Waarom voldoet de huidige praktijk onvoldoende, want er is immers een hulplijn ter suicidepreventie (113)?

De leden van de D66-fractie stellen terecht dat er al een hulplijn is ter suicidepreventie uitgevoerd door Stichting 113 Zelfmoordpreventie. Met de wettelijke grondslag wordt door de initiatiefnemers dan ook geenszins beoogd daarin verandering te brengen. Wat de initiatiefnemers wel beogen, is om een wettelijke basis te creëren, zoals die er ook is voor de Kindertelefoon (Jeugdwet) en de Luisterlijn (WMO 2015) om zo te borgen dat de hulplijn 24/7 gratis beschikbaar en dus ook bereikbaar is, ook bij oplopende aantallen hulpvragers. Door in dit initiatiefvoorstel op te nemen dat de hulplijn een voorziening betreft die beschikbaar moet zijn, beogen de leden tegelijkertijd duidelijkheid te scheppen wat betreft de financiële verantwoordelijkheid van de overheid daarvoor.

Initiatiefnemers wijzen er bovendien op dat de middelen om het nummer 113 gratis te maken, net als het nummer 0800-0113, in de begroting van 2024 en 2025 beschikbaar zijn gesteld, naar aanleiding van de motie Den Haan (Kamerstuknr. 36 410, nr. 57)¹⁸. Overheid en telecombedrijven hebben daarmee de middelen om de motie uit te voeren.

21.

De leden van de **CDA-fractie** lezen in de toelichting dat een vergelijking wordt gemaakt met Japan en met een aantal andere landen. Nederland ligt met de huidige suïcidedcijfers onder deze landen. Wat is situatie in landen in de buurt van Nederland zoals Duitsland of Denemarken? Wat zou verlaging van het suïcidedcijfer kunnen inhouden volgens de indieners? Waarop is die opvatting gebaseerd, mensen en de samenleving zijn immers niet «maakbaar»?

De WHO rapporteert wereldwijde suïcidedcijfers¹⁹. De meest recente cijfers zijn van 2019. In dat jaar waren er in Nederland 11,8 suïcides per 100.000 inwoners, in Denemarken 10,7 en in Duitsland 12,3.

¹⁸ Kamerstukken 36 410, nr. 83

¹⁹ <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates>

Wat verlaging van het suïcidecijfer precies zal zijn, is enerzijds moeilijk te zeggen, omdat de oorzaak en achtergrond van suïcide complex is en aantallen afhankelijk zijn van meerdere factoren, ook maatschappelijke factoren als een economische recessie of toegang tot geestelijke gezondheidszorg.

Anderzijds is bekend dat er interventies zijn die effectief zijn in het verlagen van het aantal suïcides. Een onderzoek dat het effect van preventieve interventies op suïcides en suïcidepogingen evalueerde, liet zien dat multi-level-interventies grotere effecten hebben in het voorkómen van suïcides en suïcidepogingen dan uni-level-interventies (Hofstra et al 2020²⁰). Ook bijvoorbeeld in de GGZ (While et al 2012²¹) en op het spoor (Van Houwelingen ea 2022²²) is aangetoond dat het implementeren van suïcidepreventiemaatregelen leidt tot lagere suïdecijfers. In de GGZ werd de verstrekking van 24-uurs crisiszorg geassocieerd met de grootste daling van suïcides (van 11,44 per 10.000 patiëntencontacten per jaar vóór naar 9,32 erna; While ea 2012). Onderzoek van Van Houwelingen (2022) geeft aan dat preventieve maatregelen die door ProRail zijn genomen rond het spoor ongeveer 85 suïcides op het spoor per jaar hebben voorkomen, wat neerkomt op een vermindering van 30%.

Een van de doelen van de Sustainable Development Goals van de WHO (Wereldgezondheidsorganisatie) is om het wereldwijde suïdecijfer tegen het jaar 2030 met een derde te verminderen (target 3.4.2). Deze doelstelling is uitgewerkt in een WHO-actieplan (WHO «Mental Health Action Plan 2013–2030»).

Het LIVE LIFE-initiatief van de WHO voor suïcidepreventie beveelt de volgende op bewijs gebaseerde maatregelen aan:

- Beperk de toegang tot middelen voor suïcide (bijvoorbeeld pesticiden, vuurwapens, bepaalde medicijnen, spoor).*
- Werk samen met de media voor verantwoorde berichtgeving over suïcide.*
- Bevorder sociaal-emotionele levensvaardigheden bij adolescenten op scholen.*
- Goede kwaliteit van zorg en nazorg van iedereen met suïcidaal gedrag.*

Initiatiefnemers vinden het belangrijk op te merken dat zelfs als niet alle suïcidepogingen kunnen worden voorkomen, elke succesvolle preventieve maatregel een mensenleven kan redden en de enorme impact van suïcide op naasten en gemeenschappen kan verminderen.

2.4. Drie elementen voor overheidsbeleid

22.

De leden van de **VVD-fractie** lezen in paragraaf 2.4. Ad 3 Gemeentelijk beleid suïcidepreventie, dat volgens de initiatiefnemers het «wetsvoorstel schrijft niet voor hoe gemeenten invulling geven aan het beleid, maar dat ze er aandacht aan geven.»²³ Genoemde leden hechten er aan dat beleid kwalitatief goed is. Hoewel de initiatiefnemers schrijven dat die vrijheid in lokaal maatwerk tot versterking van dat beleid kan leiden, vragen deze

²⁰ Hofstra, E. et al (2020) Effectiveness of suicide prevention interventions: a systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry* Volume 63: march–april 2020 p. 127–140. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.04.011>

²¹ While, D. et al (2012) Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997–2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *The Lancet* Volume 379 issue 9820: 17–23 march 2012, p. 1005–1012. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)61712-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)61712-1)

²² Van Houwelingen, C. (2022) Railway Suicide in The Netherlands Lower Than Expected. *Crisis* Volume 43, issue 5. September 2022 p. 355–453. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000792>

²³ 35 754, nr. 9, p. 9

leden aan de initiatiefnemers hoe zij denken over een eventuele kwaliteits-toetsing van lokaal beleid door de landelijke overheid (bijvoorbeeld door middel van een *online* platform waarop initiatiefnemers hun initiatieven bekend kunnen maken en waarop de landelijke overheid deze initiatieven kan beoordelen). Een slechte invulling van het suicidepreventiebeleid zou immers mogelijkwijs grote negatieve effecten kunnen hebben voor degenen die de gevolgen van de uitvoering ervaren.

Initiatiefnemers willen in dit kader wijzen op het feit dat nu al binnen de landelijke agenda wordt gewerkt aan best practices vanuit de lokale actienetwerken, handreikingen en een handboek met procesbeschrijving voor het vormgeven van een geïntegreerd actienetwerk. Daarnaast wordt er een lerend netwerk van lokale actienetwerken gefaciliteerd met intervisie. Ook het batenmanagement, waarbij meetbaar en inzichtelijk wordt gemaakt wanneer preventie succesvol is, kan een rol spelen in de kwaliteitsbewaking. Daarbij wordt ook een vorm van publieke verantwoording verkend. In de ervaring van 113 schort het bij gemeenten niet aan de wens om een geïntegreerd beleid vorm te geven vanuit de gevoelde urgentie van dit onderwerp dat zoveel mensen raakt – elk jaar worden 250.000 mensen extra geraakt door suicides. Het is veel meer een kwestie van gebrek aan middelen en andere, uit wettelijke plichten voortvloeiende opdrachten die meer prioriteit krijgen. Het prioriteren van suicidepreventie door er een wettelijke taak van te maken, waarvoor structureel middelen beschikbaar worden gesteld, zal naar verwachting van de initiatiefnemers sterker motiveren om kwalitatief goed beleid neer te zetten dan toetsing.

Van het geven van slechte invulling aan suicidepreventiebeleid is vooral sprake wanneer beleid wordt gevoerd zonder balans wat betreft de verschillende elementen van het EAAD-model. Voor een uitgebalanceerd beleid moeten bijvoorbeeld de verschillende niveaus van het preventie-model adequaat worden ingevuld: van universele preventie naar selectieve preventie en geïndiceerde preventie. Dat is niet het geval wanneer er slechts de vraag wordt opgeworpen met een publiekscampagne, maar er vervolgens geen (informele) infrastructuur beschikbaar is om er ook daadwerkelijk voor iemand te zijn. Zie ook voorgaand in paragraaf 2.1.

23.

De leden van de **D66-fractie** vragen of de initiatiefnemers kunnen toelichten waarom gekozen is voor een termijn van vier jaar voor een beleidscyclus. Deze leden zien graag consistent beleid, los van de vraag welke politieke kleur regeert. Kan deze beleidscyclus ook worden verlengd?

De initiatiefnemers onderstrepen met de leden van de D66-fractie nogmaals het belang van het kunnen voeren van consistent beleid. Daarvoor zijn structurele middelen nodig, middelen met een horizon die langer is dan de termijn van een kabinet, welke nu leidend is. Structurele financiering geeft perspectief aan deelnemende organisaties (en hun werknemers) zodat duurzaam kan worden gebouwd aan suicidepreventie, in plaats van projectmatig.

Het beleid zelf zal altijd in enige mate in ontwikkeling zijn. Accenten worden verlegd naar gelang de maatschappelijke actuele en/of lokale behoefte. Meer focus op mensen met schulden dan wel op jongeren bijvoorbeeld. En op het moment dat suicidepreventie al geïntegreerd onderdeel uitmaakt van een domein zelf, hoeft de Minister van VWS op dat domein minder een centrale regierol te spelen. Denk bijvoorbeeld aan het Ministerie van I&W en ProRail/NS.

Toch is het wenselijk om een beleidscyclus aan te houden. Een termijn van vier jaar zorgt voor voldoende tijd om een bestendige koers uit te zetten, terwijl er tegelijkertijd steeds een moment is dat wordt herijkt en er nieuwe energie in wordt gebracht.

Het heeft daarbij wel de voorkeur van de initiatiefnemers om aan te sluiten bij de cyclus van de gemeenteraad. In de gemeentelijke nota Gezondheidsbeleid worden beleidsambities vastgelegd én middelen gealloceerd voor de hele GGD-regio, waar alle gemeenten in die regio aan bijdragen. Zo is het eenvoudiger om te zorgen voor integraal beleid: ook voor aanpalende beleidsterreinen wordt op dat moment immers vastgesteld wat het beleid moet zijn. Bovendien wordt voorkomen dat voor suïcidepreventie een aparte – en daarmee voor gemeenten meer belastende – cyclus moet worden opgetuigd.

24.

De leden van de **CDA-fractie** lezen dat de initiatiefnemers in de aangepaste toelichting het volgende schrijven: «Voor de initiatiefnemers ligt het in de rede om dit integrale suïcidepreventiebeleid 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.»²⁴ De punten 1 en 2 zijn niet nader uitgewerkt. Kunnen de indieners toelichten hoe deze punten opgepakt moeten worden? Kan aangegeven worden hoe de indieners punt 2 opvatten in relatie tot de campagne «Hey, het is oké?»

De leden van de CDA-fractie lezen vervolgens dat er al een aantal gemeenten is dat suïcidepreventie in lokaal beleid vastlegt en in samenwerking met de ggd opstelt en uitvoert. Deze leden vragen of al meer gemeenten beleidsplannen opstellen sinds dit wetsvoorstel in 2021 aan de Kamer is aangeboden? Is bekend welke lokale resultaten er inmiddels behaald zijn?

Ten aanzien van de vraag welke gemeenten aan de slag gegaan zijn sinds dit wetsvoorstel in 2021 aan de Kamer is aangeboden, moeten de initiatiefnemers helaas constateren dat gemeenten die nog niet begonnen waren, vooral in de wachtstand gegaan zijn. Omdat gemeenten moeten kiezen waaraan ze hun middelen besteden, kiezen zij zonder extra middelen voor andere prioriteiten, in afwachting van dit wetsvoorstel.

Verder vragen de leden van de CDA-fractie of er bekend is welke lokale resultaten er inmiddels behaald zijn. 113 Zelfmoordpreventie noemt voorbeelden van gemeenten en regio's waar veel gebeurt aan suïcidepreventie, dan wel waar op enkele vlakken enige aandacht is voor suïcidepreventie.²⁵ Een vanuit de overheid opgesteld, integraal overzicht is er niet.

25.

De leden van de **GroenLinks- en PvdA-fractie** lezen dat het beleid elke vier jaar wordt opgesteld en dat de voortgang jaarlijks wordt verantwoord aan de Kamer. Wat is de opvatting van de initiatiefnemers ter zake indien de Kamerverkiezingen eerder plaatsvinden dan na vier jaar? Hoe wordt voorkomen dat elke twee jaar of korter weer nieuw suïcidepreventiebeleid wordt opgestart of bedacht?

²⁴ Kamerstuk 35 754, nr. 9, p. 8

²⁵ www.113.nl/gemeente

De initiatiefnemers zijn het met de leden van de GroenLinks en PvdA-fractie eens dat voorkomen moet worden dat elke twee jaar of korter weer nieuw suïcidepreventiebeleid wordt opgestart of bedacht. Zij zijn van mening dat het suïcidepreventiebeleid, geborgd als taak van de landelijke en gemeentelijke overheid, in de basis structureel zou moeten worden gefinancierd. Daarmee zou het niet of in ieder geval niet zoals in de huidige mate afhankelijk moeten zijn van welk kabinet er zit. Het per 4 jaar opstellen van nieuw beleid is dan ook niet gekoppeld aan de zittingstermijn van een kabinet. Het gaat erom dat er bestendig beleid wordt uitgezet, dat iedere vier jaar wordt herijkt zodat het aan de maatschappelijke behoefte van dat moment kan worden aangepast.

Met dit voorstel wordt niet aangesloten bij de kabinetstermijn, in tegenstelling tot wat nu van toepassing is: suïcidepreventiebeleid was afhankelijk van opname in het regeerakkoord. Dat is niet wenselijk volgens de initiatiefnemers.

In plaats daarvan sluiten de initiatiefnemers aan bij de in de Wpg opgenomen beleidscyclus, ingericht voor het opstellen van gemeentelijk gezondheidsbeleid. Zo wordt aangesloten bij het bestaande, «natuurlijke» moment om te komen tot gemeentelijk, integraal gezondheidsbeleid: want op dat moment komt het bij elkaar. Het aanhaken bij deze bestaande procedure is daarmee tegelijkertijd ook de voor een gemeente minst belastende manier.

Initiatiefnemers citeren hier de toelichting van het gezondlevenloket.nl: Elke vier jaar leggen gemeenten ambities en prioriteiten vast in hun lokale nota gezondheidsbeleid. Dit doen ze in samenwerking met de GGD. De landelijke nota is vaak richtinggevend voor de invulling van de lokale nota in gemeenten, als onderdeel van de vierjarige beleidscyclus volksgezondheid. Er zijn ook veel andere landelijke ontwikkelingen waarbij gemeenten kunnen aansluiten, zoals het Nationaal Preventieakkoord of Nationaal Sportakkoord. Zij gaan uit van lokale data en lopend beleid, en kijken wat hierop vanuit de landelijke beleidsstukken nog aanvullend en passend is. Dit ritme staat los van de verkiezingscyclus van onze volksvertegenwoordiging.

26.

De leden van de **ChristenUnie-fractie** hebben ter verduidelijking en concretisering een enkele vraag met betrekking tot de voor de gemeenten weggelegde taak op het gebied van het ontwikkelen van structureel suïcidepreventiebeleid in relatie tot de jeugdhulp en de ggz. Zij vragen hoe de initiatiefnemers de huidige wachtrijen in jeugdzorg en ggz beoordelen in relatie tot het te ontwikkelen structurele suïcidepreventiebeleid. Zij zijn het met de initiatiefnemers eens dat goede jeugdhulp en goede hulp vanuit de ggz complementair zijn aan integraal suïcidepreventiebeleid en dat het een niet het ander kan vervangen. Zien de initiatiefnemers mogelijkheden om in de praktijk beide elkaar te laten versterken, zodat één en één, drie is?

De initiatiefnemers constateren dat de huidige wachttijden in de jeugdzorg en de ggz niet bijdragen aan het voorkomen van suïcides. Schrijnend genoeg komt het voor dat mensen die in psychische nood zijn nog geen adequate behandeling krijgen en suïcide plegen. Minder lange wachttijden kan in zichzelf dus al bijdragen aan het voorkomen van suïcides.

In de landelijke agenda suïcidepreventie is er aandacht voor het wederzijds versterken van jeugdzorg en geïntegreerd suïcidepreventiebeleid. Aan gemeenten worden concrete handvatten geboden in hun directe invloed op de kwaliteit van zorg. Gemeenten hebben hun rol als financier

van hulp via de inkoopvoorwaarden, als bondgenoot voor een jongere binnen een zorgtraject én als aanjager van samenwerking tussen verschillende instellingen. Daarnaast heeft de gemeente veel invloed op de randvoorwaarden: als ondersteuner van de ouders, die daarmee een deel van de zorg kunnen bieden én volhouden, door alle burgers handvatten te geven om het gesprek over zelfmoordgedachten aan te gaan waardoor het vangnet vergroot wordt, door laagdrempelige inloophuizen te faciliteren via bijvoorbeeld de inloopalliantie en tot slot door het netwerk rondom jongeren te activeren via eigenkracht centrales. Binnen een lerende setting wordt voortdurend nagedacht over maatschappelijke interventies om de druk op de GGZ te verminderen. Gecombineerd zou dit tot het adequaat equiperen van de samenleving kunnen leiden om samen wachtlijsten terug te dringen: «it takes a society to prevent a suicide».

3. GRONDRECHTEN EN MENSENRECHTEN

27.

De leden van de **SGP-fractie** lezen dat het begrip suïcidepreventie zelf niet voorkomt in de verdragsteksten, maar dat het onderdeel uitmaakt van het recht op leven en het recht op gezondheid zoals dat is opgenomen in meerdere internationale verdragen.

De leden van de SGP-fractie vragen de indieners in hoeverre de overheid volgens deze verdragsteksten het recht op leven dient te beschermen. Wordt hierbij ook rekening gehouden met het ongeboren leven?

Genoemde leden vragen tenslotte of de indieners kunnen aangeven of het slikken van medicatie welke slecht is voor het ongeboren kind ook valt onder de reikwijdte van het voorstel.

Nee. De vragen van de leden van de SGP-fractie gaan de reikwijdte van dit wetsvoorstel te buiten. Het voorstel gaat over suïcides, waaronder wordt verstaan «handelingen waarmee opzettelijk een eind wordt gemaakt aan het eigen leven». Deze in het voorstel opgenomen begripsbepaling is bepalend voor de reikwijdte ervan.

4. VERHOUDING TOT NATIONALE REGELGEVING

28.

De leden van de **SGP-fractie** lezen dat het onderwerp suïcidepreventie het best zou kunnen worden belegd in bestaande wetgeving, namelijk in de Wet publieke gezondheid (Wpg). Deze leden vragen de indieners in hoeverre de zorgplicht van de overheid reikt om de gezondheid van de bevolking te behouden en of er overgegaan kan worden tot dwang ingeval een suïcidale persoon niet meer wil meewerken aan trajecten om van suïcidepogingen af te zien.

De initiatiefnemers benadrukken dat dit voorstel geen verplichtingen oplegt aan burgers. Het voorstel geeft dan ook geen grond om over te gaan tot dwang tegenover een suïcidale persoon die niet meer wil meewerken aan trajecten om van suïcidepogingen af te zien. Het voorstel is gericht op een inspanningsverplichting voor overheden om beleid te voeren dat bijdraagt aan het verminderen van het aantal suïcides en suïcidepogingen.

29.

De leden van de SGP-fractie lezen dat wat betreft suïcidepreventie is aangetoond dat beperking van de toegang tot dodelijke middelen de kans op suïcide kan verkleinen. Deze leden wijzen de indieners op het middel X, dat in omloop is en mensen de kans biedt om «pijnloos» uit het leven te stappen. Het openbaar ministerie (OM) doet onderzoek naar de club en de

personen die dit middel verschaffen. Genoemde leden vragen of de Minister van VWS in contact staat met het OM om, ingeval van meldingen over middelen als middel X, direct te kunnen acteren.

De initiatiefnemers verwijzen de vragensteller voor de beantwoording van deze vraag naar de Minister van VWS.

5. MAATSCHAPPELIJKE GEVOLGEN

30.

De leden van de **SGP-fractie** lezen dat de indieners constateren dat er ten opzichte van wat zo'n tien jaar geleden werd gedaan, er gelukkig al meer gedaan wordt aan suïcidepreventie. Deze leden constateren echter ook een groeiende vereenzaming, met name onder ouderen, waardoor zij de wil om te leven verliezen en voor euthanasie kiezen. Zij vragen de indieners in te gaan op de groeiende vereenzaming onder met name ouderen en in hoeverre het wetsvoorstel hierop toegespitst is. Voorziet het wetsvoorstel ook in preventie onder deze groep?

Daarnaast constateren deze leden een groeiend aantal suïcides onder boeren, vanwege onzeker overheidsbeleid. Zij constateren dat het vertrouwen in de overheid in het algemeen behoorlijk laag is. De leden van de SGP-fractie vragen de indieners of dit als één van de speerpunten zou moeten worden aangemerkt omdat dit ook de zorgplicht van de overheid betreft.

De initiatiefnemers hebben een zeer open formulering opgenomen in het voorstel. Juist zodat er naar gelang de actuele maatschappelijke behoefte invulling kan worden gegeven aan suïcidepreventie. Terwijl er tegelijkertijd structureel financiering beschikbaar zal zijn in plaats van projectmatig.

Bij de invulling van het beleid nadat de wet in werking is getreden, zullen steeds de accenten van suïcidepreventiebeleid (ook politiek) nader kunnen worden bepaald. Ook gemeenten hebben zo de ruimte om hun beleid aan te passen aan wat er lokaal speelt. Zoals bijvoorbeeld wanneer ergens veel agrariërs wonen.

6. UITVOERING

31.

De leden van de **D66-fractie** onderkennen dat het goed is om het landelijk beleid te stoelen op een meerjarige landelijke agenda. Wat is het beoogde tijdspad hiervoor, zo vragen deze leden.

De lopende landelijke agenda loopt tot en met 2025. De initiatiefnemers kunnen zich voorstellen dat een gedegen voorbereiding – mede op basis van een evaluatie – voor een nieuwe landelijke agenda op zijn laatst ruim een jaar tevoren zal moeten worden gestart.

32.

Zijn de initiatiefnemers het met hen eens dat nóg een telefoonnummer (naast 113 en de verwante Luisterlijn) voor de potentiële gebruikers waarschijnlijk verwarrend is?

De initiatiefnemers hebben niet de intentie met het initiatiefvoorstel een nieuw nummer te introduceren. Het gaat niet om verandering van de huidige situatie waarin Stichting 113 Zelfmoordpreventie de 113-hulplijn verzorgt namens de overheid, waarvan de laatste de structurele middelen daarvoor borgt.

Het voorstel borgt dat de voorziening van een 24/7 gratis en anonieme hulplijn steeds (voldoende) bereikbaar zal zijn, via nummer 113. Daarmee legt het voorstel een wettelijke basis onder de bestaande systematiek waarbij het Ministerie van VWS voorziet in subsidie om de hulplijn voldoende bereikbaar te houden. In de praktijk gebeurt dat door Stichting 113 Zelfmoordpreventie. Door de bereikbaarheid van de hulplijn in de tekst van de wet op te nemen, wordt de structurele financiering van deze lijn – ook bij groei – bevestigd.

Initiatiefnemers wijzen er bovendien op dat de middelen om het nummer 113 gratis te maken, net als het nummer 0800–0113, in de begroting van 2024 en 2025 beschikbaar zijn gesteld, naar aanleiding van de motie Den Haan (Kamerstuknr. 36 410, nr. 57)²⁶. Overheid en telecombedrijven hebben daarmee de middelen om de motie uit te voeren.

33.

De leden van de **BBB-fractie** lezen dat is afgezien van het aanvankelijke voornemen om tot een gedetailleerde uitwerking van het beleid te komen. Het wetsvoorstel is daarmee betrekkelijk beleidsarm. In reactie op het advies van de Afdeling wordt een aantal redenen genoemd die de meerwaarde van het wetsvoorstel onderstrepen. Een ervan is de wereldwijde tendens naar wetgeving om suïcide te voorkomen. De leden van de BBB-fractie vragen of uit het buitenland voorbeelden zijn te halen van een specifieke aanpak of van initiatieven die de moeite waard zijn om in Nederland toe te passen.

Gerichte inspanningen op het gebied van suïcidepreventie kunnen aanzienlijk bijdragen aan het verminderen van het aantal (fatale en niet-fatale) suïcidepogingen. Het LIVE LIFE-rapport van de WHO voor suïcidepreventie beveelt de volgende op bewijs gebaseerde maatregelen aan:

- *Beperk de toegang tot middelen voor suïcide (bijvoorbeeld pesticiden, vuurwapens, bepaalde medicijnen, spoor).*
- *Werk samen met de media voor verantwoorde berichtgeving over suïcide.*
- *Bevorder sociaal-emotionele levensvaardigheden bij adolescenten op scholen.*
- *Goede kwaliteit van zorg en nazorg van iedereen met suïcidaal gedrag.*

In het rapport staan bij elk van deze maatregelen veel voorbeelden van effectieve initiatieven uit andere landen. Naast deze maatregelen is coördinatie en samenwerking tussen meerdere sectoren van de samenleving van belang om tot effectieve suïcidepreventie te komen, waaronder de gezondheidssector en andere sectoren zoals onderwijs, landbouw, bedrijfsleven, justitie, defensie, politiek en de media.

De initiatiefnemers zijn het met de leden van de BBB-fractie eens dat het goed is om buitenlandse voorbeelden te betrekken. Waarbij het overigens bijna altijd zal gaan om (naar de lokale situatie vertaalde) elementen van buitenlands beleid. Het voert te ver om dat hier uit te werken. In het voornoemde WHO-rapport staan veel goede voorbeelden van buitenlandse interventies.

34.

De leden van de **SGP-fractie** lezen dat de Minister van VWS primair verantwoordelijk is voor suïcidepreventie en dat van hem een rol als regisseur verwacht wordt. Deze leden vragen waarom de indieners niet

²⁶ Kamerstuk 36 410, nr. 83

aansluiten bij de taken van de Staatssecretaris van VWS, die over preventie, jeugdgezondheidszorg en de GGD in het gemeentelijk domein gaat.

Met de formulering dat de Minister van VWS verantwoordelijk is, wordt het ministerie als geheel aangesproken. Welke portefeuille welke bewindspersoon heeft zal in de praktijk worden uitgewerkt en per kabinet kunnen verschillen (zie artikel 3.26 van de aanwijzingen voor de regelgeving).

7. FINANCIËLE GEVOLGEN

35.

De leden van de **VVD-fractie** lezen dat de initiatiefnemers in de gewijzigde toelichting over de financiële gevolgen stellen dat de bestaande financiële kaders «min of meer voldoende» zijn voor de huidige ambities. Verder schrijven zij dat de werkelijke kosten na het van kracht worden van deze wet op landelijk niveau afhankelijk zullen zijn van het te voeren landelijke beleid. Op lokaal niveau maken zij wel een inschatting (naar aanleiding van de Supranet Community) van de kosten: het zou structureel gaan om 10 miljoen euro per jaar. Genoemde leden vragen de initiatiefnemers welk landelijk beleid naar hun mening gevoerd zou moeten worden als de onderhavige wet van kracht wordt. Zouden de initiatiefnemers een inschatting kunnen maken wat dit wetsvoorstel op landelijk niveau voor extra kosten met zich meebrengt?

De leden van de **D66-fractie** lezen dat voor de decentralisatie-uitkering het uitgangspunt wordt gehanteerd van 55–60 cent per inwoner per jaar. Kunnen de initiatiefnemers hiervan een onderbouwing geven? Klopt het dat het aantal suïcides niet alleen kan worden afgeleid van het aantal inwoners, maar óók een relatie heeft met de leefomgeving en andere factoren?

In hoeverre klopt het dat gemeenten niet verplicht zijn om bij een decentralisatie-uitkering de middelen daadwerkelijk ten behoeve van het beoogde beleid te besteden? Hoe wordt dit gemonitord? Zijn er instrumenten om hierop te handhaven?

De leden van de **CDA-fractie** lezen dat om elke gemeente een solide basis te kunnen geven jaarlijks 55 tot 60 cent per inwoner beschikbaar zou moeten zijn. Dit komt neer op 10 miljoen euro per jaar. Waar is dit bedrag op gebaseerd? Vervolgens stellen de initiatiefnemers dat er met een decentralisatie-uitkering ervoor gekozen kan worden om eerst aan een beperkt aantal gemeenten een uitkering te verstrekken. Waarom kiezen de indieners ervoor slechts met een beperkt aantal gemeenten te starten? Dit leidt er toch toe dat het uitrollen van een landelijk breed pakket aan maatregelen inzetten «nog» langer gaat duren?

De Financiële-verhoudingswet bepaalt dat bij een wijziging van de uitvoering van taken door provincies of gemeenten de financiële gevolgen in beeld worden gebracht en duidelijk wordt gemaakt hoe deze kunnen worden opgevangen.

Initiatiefnemers geven aan dat het bedrag van 10 miljoen euro is gebaseerd op ervaringen met de proeftuinen binnen een eerdere landelijke agenda. Gemiddeld had een GGD-regio circa € 400.000,- nodig om een actienetwerk op te zetten, een lokale kwartiermaker te financieren die bestaande initiatieven verbindt, verdiept, en integraal over meerdere beleidsterreinen doorontwikkelt. Ook werden mensen getraind in het aangaan van het gesprek over suïcidale gedachten, risicogroepen bereikt

en de netwerksamenwerking werd gefaciliteerd. Aangezien Nederland 25 GGD-regio's kent, komt dit samen uit op een totaal van 10 miljoen euro.

In de proeftuinen is gestart binnen een focusgebied, bestaand uit meerdere gemeenten binnen een logisch samenwerkingsverband om vervolgens verder uit te bouwen binnen bestaande structuren om juist zoveel mogelijk te kunnen benutten wat aanwezig is en zo min mogelijk dubbelingen te krijgen. Om een van de deelnemende wethouders te citeren: «Maak gebruik van wat er al is. Dan kun je met weinig middelen toch echt veel bereiken.» Afhankelijk van de lokale of regionale situatie kan gekozen worden wat de meest effectieve vorm is om het actienetwerk aan te vliegen. Soms gaat opschalen sneller als de goede vorm gevonden is dan beginnen met een te grote span of control en de moed verliezen.

De leden van de D66-fractie vragen of het klopt het dat het aantal suicides niet alleen kan worden afgeleid van het aantal inwoners, maar óók een relatie heeft met de leefomgeving en andere factoren. Naar deze vraag wordt onderzoek gedaan, onder andere door 113 Zelfmoordpreventie. Vanuit de microdata van het CBS wordt gekeken naar risicofactoren en de stapeling daarvan.

36.

De leden van de **ChristenUnie-fractie** vragen om een verduidelijking met betrekking tot de financiële gevolgen van dit initiatiefwetsvoorstel en de andere investeringen voor suïcidepreventie. Is de verwachting dat de huidige budgetten voor suïcidepreventie voor de bestaande onderdelen zoals de hulplijn en de Landelijke Agenda Suïcidepreventie in de toekomst voldoende en structureel zijn?

Momenteel is vanaf 2025 structureel € 13,7 miljoen gereserveerd voor de instellingssubsidie aan stichting 113 Zelfmoordpreventie. Hiervan wordt hulpverlening, onderzoek, opleiding en communicatie gefinancierd, ook de hulplijn valt hieronder. Daarnaast is er voor de landelijke agenda suïcidepreventie tot en met 2025 jaarlijks € 5 miljoen beschikbaar.

Om dit wetsvoorstel uit te voeren is het nodig dat de structureel gereserveerde middelen als instellingssubsidie meegroeien met de vraag, zodat de hulplijn voldoende bereikbaar blijft. 113 zelfmoordpreventie heeft de ambitie uitgesproken om voor 95% bereikbaar te zijn²⁷. Dat lijkt de initiatiefnemers een mooi streven. Tot nu toe blijft de hulpvraag elk jaar groeien, met gemiddeld 20% stijging van het aantal callers/chatters. De hoogte van de instellingssubsidie zal periodiek geënt moeten worden op de (ontwikkeling van de) vraag.

Een volgende landelijke agenda, als vervolg op de derde landelijke agenda die tot 2025 loopt, is een plausibele invulling van het landelijke integrale suïcidepreventiebeleid dat dit wetsvoorstel beoogt. De ambitie van de initiatiefnemers, zoals in de memorie van toelichting te lezen is, is dat onderzoek en een communicatiestrategie de landelijke agenda versterken (Zie artikelsgewijze toelichting MvT). Vanaf 2026 is structureel circa € 6,5 miljoen nodig voor deze instrumenten (loon- en prijspeil 2023).

Tot slot vraagt de nieuwe taak van gemeenten om nieuwe middelen. Zoals in het vorige antwoord is onderbouwd gaat dit om jaarlijks naar schatting € 10 miljoen (loon- en prijspeil 2023).

²⁷ Vanberkel professionals. Financiële scenario's 113 Zelfmoordpreventie. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2021/07/08/financiële-scenarios-113-zelfmoordpreventie>

Het initiatiefvoorstel moet ertoe leiden dat er vanuit de maatschappij op tal van plaatsen eigenaarschap ontstaat, zoals dat ook het geval is geweest bij ProRail/NS. Niet op al die plaatsen zal steeds in gelijke mate financiering nodig blijven. Eenmaal ingebed in het onderwijssysteem bijvoorbeeld zal suicidepreventie minder middelen vergen dan bij de introductie ervan.

37.

De leden van de **SGP-fractie** lezen dat de indieners wat betreft de financiële gevolgen voor lokaal beleid willen aansluiten bij het bedrag dat uitgetrokken wordt ter voorkoming van één verkeersdode, te weten 2,6 miljoen euro per «gered leven». Met alle respect voor het menselijk leven willen deze leden niet speculeren over de waarde daarvan, uitgedrukt in euro's. De leden van de SGP-fractie constateren echter dat een persoon meerdere suïcidepogingen kan doen. Deze leden vragen of 2,6 miljoen euro per «gered leven» duidt op één voorkomen suïcidepoging of dat deze berekening anders gemaakt wordt.

Om te voorkomen dat alleen wordt gefocust op de kosten van suicidepreventiebeleid, willen de initiatiefnemers op deze manier duidelijk maken dat er ook kosten zijn verbonden aan het niet voeren van beleid, kosten die eigenlijk niet in geld zijn weer te geven. Want wat dat betreft zijn de initiatiefnemers het geheel eens met de leden van de SGP-fractie: een mensenleven is van onschatbare waarde.

Voor deze inschatting hebben de initiatiefnemers geput uit een voor suïcides specifiek verricht onderzoek van Deloitte.²⁸ Hierin werd becijferd dat de maatschappelijke kosten van een suïcide (niet van een suïcidepoging) € 2,8 miljoen euro bedraagt. Naar analogie van verkeersslachtoffers, wordt wel met een dergelijk bedrag in het achterhoofd nagedacht over maatregelen. Er wordt voor het voorkomen van verkeersslachtoffers niet alleen gekeken naar de uitgavenkant daaraan, maar ook naar wat die maatregelen aan (maatschappelijke) kosten kunnen besparen. Gezien de opvatting van initiatiefnemers dat het ook bij suïcide gaat om een niet natuurlijke doodsoorzaak, bepleiten zij om met eenzelfde blik te kijken naar de maatregelen die nodig zijn om te voorkomen dat mensen eenzaam en radeloos sterven door suïcide.

8. ADVIES EN CONSULTATIE

De leden van de **BBB-fractie** zijn van mening dat art. 2 EVRM (Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden, recht op leven) meer betekenis heeft dan het niet in de weg staan van het nemen van maatregelen om suïcide te voorkomen. De Afdeling kiest hierin wat deze leden betreft een wel zeer terughoudende opstelling. Wat genoemde leden betreft, sluit het borgen en nader versterken van de rol van de overheid inzake het onderwerp suicidepreventie naadloos aan bij een actieve invulling van deze verdragsbepaling.

De initiatiefnemers danken de leden van de BBB-fractie voor deze opmerking.

9. OVERGANGSRECHT EN INWERKINGTREDING

38.

De leden van de **D66-fractie** vagen in hoeverre het volgens de initiatiefnemers haalbaar is dat alle gemeenten één jaar na inwerkingtreding van

²⁸ Deloitte. Maatschappelijke kosten van zelfdoding. November 2021 <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/nl/Documents/about-deloitte/deloitte-nl-rapportage-maatschappelijke-kosten-suicide.pdf>

deze wet het beleid gereed hebben. Klopt het dat voor deze stappen de meerjarige agenda nog moet worden ontworpen?

Stichting 113 geeft aan dat er al een stappenplan is, zie 113.nl/gemeente. Daarnaast heeft zij al enkele kwartiermakers beschikbaar om gemeenten met raad en daad terzijde te staan in deze. Zo nodig zal daarin moeten worden opgeschaald. Zeker wanneer dit in GGD verband opgepakt wordt en geput wordt uit de goede bestaande voorbeelden kan snel een start gemaakt worden om in gezamenlijkheid een dergelijk beleid op te stellen. Ook kan worden gedacht aan een door de GGD opgestelde handleiding.

10. OVERIG

39.

De leden van de **VVD-fractie** constateren tot slot dat het nummer 0800–0113 vooralsnog gratis is, maar dat de hulplijn 113 dat niet is. Genoemde leden menen dat het gratis maken van de hulplijn 113 een belangrijke eerste stap kan zijn. Zij menen dat daar verder ook geen nieuwe wet voor nodig is. Wat is de opvatting van de initiatiefnemers over het al eerder gratis maken van dit nummer?

De initiatiefnemers delen deze opvatting. De incidentele middelen om dit te realiseren zijn al gereserveerd op de begrotingen van 2024 en 2025, naar aanleiding van de motie Den Haan (Kamerstuknr. 36 410, nr. 57)²⁹.

II. ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING

40.

De leden van de **D66-fractie** constateren dat zij art. 12b, tweede lid, in het bovenstaande reeds behandeld hebben. Betreffende art. 12c vragen zij of dit impliceert dat, naast 0800–113 dus ook 113 gratis dient te worden.

Ja, ook 113 dient voor de hulpvrager gratis te worden. De incidentele middelen om dit te realiseren zijn al gereserveerd op de begrotingen van 2024 en 2025, naar aanleiding van de motie Den Haan (Kamerstuknr. 36 410, nr. 57)³⁰.

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

²⁹ Kamerstukken 36 410, nr. 83

³⁰ Kamerstukken 36 410, nr. 83