

Aan: College van Burgemeester  
en Wethouders van Arnhem

17 juni 2026

Raadsvragen ex art 44 inzake suïcidepreventie, wachttijden in de GGZ en de positie van psychische gezondheidszorg binnen het coalitieakkoord

Geacht college,

In coalitieakkoord wordt suïcidepreventie slechts in beperkte mate uitgewerkt. Hoewel wij het belang onderschrijven van vroegsignalering, trainingen op risicolocaties en laagdrempelige ondersteuning, vinden wij de ambities en uitwerking onvoldoende gezien de ernst van het probleem. Gemiddeld overlijdt in Nederland iedere dag iemand door suïcide. Achter deze cijfers gaan vaak jaren van psychisch lijden schuil. Veel jongeren en jongvolwassenen die uiteindelijk overlijden door suïcide zijn reeds bekend bij de hulpverlening, hebben contact gehad met crisisdiensten of hebben eerdere behandeltrajecten doorlopen. Tegelijkertijd ervaren ouders en naasten een zware belasting doordat zij langdurig verantwoordelijk worden voor het overeind houden van hun kinderen, terwijl passende hulp niet of te laat beschikbaar is.

Wij constateren daarbij een opvallend verschil tussen de manier waarop wij als samenleving omgaan met lichamelijke en psychische gezondheidsproblemen. Wanneer sprake is van een ernstige lichamelijke aandoening wordt snelle diagnostiek, behandeling en doorverwijzing gezien als een vanzelfsprekend onderdeel van kwalitatief goede zorg. Bij ernstige psychische problematiek lijken lange wachttijden, uitgestelde behandeling en beperkte toegang tot specialistische hulp veel vaker te worden geaccepteerd.

Suïcidepreventie mag wat ons betreft niet stoppen bij het voorkomen van een overlijden. De vraag is niet alleen hoe wordt voorkomen dat iemand zichzelf van het leven berooft, maar vooral hoe iemand tijdig toegang krijgt tot behandeling en weer een leven kan opbouwen dat de moeite waard is om te leven.

Wij vinden dat de beperkte aandacht voor suïcidepreventie in het collegeakkoord onvoldoende recht doet aan de omvang van het probleem. Bij lichamelijke aandoeningen wordt tijdige behandeling beschouwd als een essentiële voorwaarde voor goede zorg. Bij ernstige psychische problematiek lijkt die vanzelfsprekendheid veel minder aanwezig.

Wie werkelijk werk wil maken van suïcidepreventie moet niet alleen inzetten op het voorkomen van een overlijden, maar ook op het voorkomen van uitzichtloosheid. Tijdige toegang tot passende behandeling, ondersteuning van gezinnen en herstel van perspectief zouden daarbij centraal moeten staan.

Onze vragen zijn niet louter gericht op het ontvangen van feitelijke informatie, maar zijn mede bedoeld om uw college politiek inhoudelijk te bevragen en in sommige vragen liggen suggesties tot aanpassing van het beleid. Als u niet voornemens bent om tot aanpassing van beleid over te gaan verzoeken wij u uitdrukkelijk uw beweegredenen weer te geven. De vraagstelling zal onzerzijds mogelijk leiden tot een agenderingsverzoek met direct betrokkenen aan tafel.

Dit leidt tot de volgende vragen.

1. Waarom wordt suïcidepreventie in het coalitieakkoord slechts beperkt uitgewerkt, terwijl het gaat om een van de meest ingrijpende maatschappelijke en persoonlijke tragedies die zich kunnen voordoen?
2. Bent u het met ons eens dat suïcidepreventie meer moet omvatten dan crisisinterventie, signalering en het voorkomen van een acute suïcidepoging?
3. Onderschrijft u dat herstel, behandeling en toekomstperspectief een integraal onderdeel zouden moeten zijn van suïcidepreventiebeleid?
4. Bent bekend met het feit dat veel mensen die overlijden door suïcide reeds bekend waren bij hulpverleningsinstanties of eerder in behandeling zijn geweest?
5. Hoe beoordeelt u de rol van wachttijden binnen de GGZ als risicofactor voor verergering van psychische problematiek en suïcidaliteit?
6. Waarom worden wachttijden tot behandeling niet expliciet benoemd als kwaliteitsindicator binnen het Arnhemse beleid rond suïcidepreventie?
7. Kan u aangeven welke invloed het ontbreken van tijdige behandeling volgens haar heeft op het risico op psychische ontregeling, crisisopnames en suïcidaliteit?
8. Bent u het eens met de stelling dat iemand met ernstige suïcidaliteit of psychische ontregeling in feite kampt met een potentieel levensbedreigende aandoening die eenzelfde gevoel van urgentie verdient als ernstige lichamelijke aandoeningen?
9. Zo ja, hoe vertaalt die urgentie zich concreet in het Arnhemse beleid?
10. Zo nee, waarin verschilt volgens het college de maatschappelijke en medische urgentie van ernstige psychische problematiek van die van ernstige lichamelijke aandoeningen?
11. Welke mogelijkheden ziet u, samen met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en regionale partners, de toegang tot behandeling voor Arnhemse jongeren en jongvolwassenen met ernstige psychische problemen te versnellen?
12. Op welke wijze worden ouders en naasten betrokken bij het gemeentelijke beleid, gelet op de grote belasting die zij vaak ervaren tijdens langdurige wachtperiodes en terugkerende crisissituaties?
13. Bent u bereid om de raad te informeren over de mogelijkheden om wachttijden, behandeltoegang en herstelondersteuning nadrukkelijker onderdeel te maken van het Arnhemse suïcidepreventiebeleid?

Namens de fractie BurgerBelang Arnhem,

Annemarie van Harten