Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2026–2027

Aanhangsel van de Handelingen

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

243

Vragen van het lid **Westerveld** (PRO) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het uit zicht raken van psychiatrische patiënten* (ingezonden 27 augustus 2026).

Antwoord van Minister **Hermans** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 5 oktober 2026). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2026–2027, nr. 9.

Vraag 1
Bent u bekend met het bericht «Tienduizenden psychiatrische patiënten na behandeling uit zicht hulpverleners»?[1]

Antwoord 1
Ja, hier ben ik mee bekend.

Vraag 2 t/m 4
Hoe kijkt u naar het feit dat naar schatting 60.000 mensen met ernstige psychiatrische klachten na een behandeling uit beeld raken van zorgverleners?
Klopt het dat ongeveer een kwart van de volwassenen in Nederland met ernstige psychiatrische klachten buiten beeld van zorginstanties raakt? Zo ja, kunt u uiteenzetten hoe deze groep is opgebouwd en hoeveel mensen hiervan op enig moment opnieuw zorg nodig hebben? Zo nee, kunt u de juiste cijfers delen?
Hoe reflecteert u op de constatering dat juist na een succesvolle behandeling de begeleiding tekortschiet? Deelt u de mening dat «uitbehandeld» niet hetzelfde zou moeten betekenen als «uit beeld»? Zo ja, welke concrete maatregelen gaat u nemen om erop toe te zien dat dit ook werkelijkheid wordt?

Antwoord 2 t/m 4
Het kabinet vindt het zorgelijk dat naar schatting 60.000 mensen met een ernstige psychische aandoening na behandeling uit beeld raken. Op landelijk niveau zijn geen cijfers beschikbaar hoeveel mensen buiten beeld raken, hoe

[1] NOS, 12 augustus 2026, «Tienduizenden psychiatrische patiënten na behandeling uit zicht hulpverleners» (https://nos.nl/artikel/2626482-tienduizenden-psychiatrische-patienten-na-behandeling-uit-zicht-hulpverleners)

ah-tk-20262027-243
ISSN 0921 - 7398
's-Gravenhage 2026

doelgroep is opgebouwd en welke mensen opnieuw zorg nodig hebben. Uit verschillende rapporten, zoals het rapport Blijvend nabij van De Nederlandse GGZ, blijkt dat het moeilijk om deze kwetsbare doelgroep in beeld te houden. De genoemde zorgen, zowel in het artikel waar u vragen over stelt als in verschillende rapporten, over de kwetsbaarheid van de doelgroep deelt het kabinet. Daarom wordt met verschillende maatregelen in bijvoorbeeld het IZA, AZWA en de werkagenda aansluiting forensische-reguliere zorg ingezet op het verbeteren van de toegankelijkheid van de ggz, het verbeteren van het hulpaanbod en het organiseren van een betere samenwerking tussen domeinen (medisch en sociaal en reguliere en forensische zorg). Denk bijvoorbeeld aan laagdrempelige steunpunten voor mensen met psychische problematiek, die in 2030 volledig gedekt en ingebed moeten zijn in de wijk. Het beëindigen van een behandeling betekent namelijk niet altijd dat iemands psychische kwetsbaarheid is verdwenen. Ook na een behandeling is het belangrijk dat er een vangnet is. Dit vangnet kan bestaan uit het sociaal netwerk (partner, ouders, familie, vrienden), structuren in de wijk of buurt (zoals welzijnswerk, vrijwilligerswerk of buurtinitiatieven) en/of ondersteuning in het sociaal domein. Dit zodat mensen hulp en steun ervaren bij hun klachten en/of bij een veranderende zorgbehoefte tijdig passende zorg en ondersteuning kunnen krijgen.
Daarnaast wordt er in de uitvoeringspraktijk gewerkt aan mogelijkheden om hulpstructuren snel op- of af te kunnen schalen, bijvoorbeeld door de werking van mentale gezondheidsnetwerken en bemoeizorg- en FACT-teams. Gelet op de aard van de hulp, zorg en/of ondersteuning is niet één partij verantwoordelijk. Daarom is het belangrijk om overgang en overdracht, voor zover dit kan binnen de bestaande wet- en regelgeving, zo goed mogelijk te regelen. Hier wordt met o.a. het AZWA en de werkagenda aansluiting forensische-reguliere zorg op ingezet.
Het kabinet vindt het belangrijk dat we deze cijfers niet alleen zien als een opgave voor de ggz. Het gaat juist om de vraag hoe we ervoor zorgen dat iemand ook buiten een behandeltraject niet volledig alleen komt te staan. Daarbij is een gezamenlijke inzet van de ggz, gemeenten en het sociaal domein nodig, waarbij ook thema's als reguliere huisvesting en beschermd wonen van belang zijn.

Vraag 5
Hoe verklaart u dat ondanks de inzet van de FACT-teams, die volgens uw voorganger bedoeld zijn om mensen ook buiten crisissituaties in hun eigen omgeving te begeleiden, tienduizenden mensen na behandeling uit beeld raken?

Antwoord 5
Het buiten beeld raken van mensen na behandeling kan verschillende oorzaken hebben. Soms is er geen goede overdracht naar de huisarts, soms krijgen mensen na behandeling een terugval en kan er niet snel genoeg worden opgeschaald en soms weigeren mensen zelf alle hulp omdat ze zich schamen of het vertrouwen in de hulpverlening hebben verloren. In het AZWA zijn daarom afspraken gemaakt over de wijze waarop patiënten met een chronische aandoening (binnen de zogenaamde EPA-groep) waarbij de klachten (tijdelijk) zijn gestabiliseerd op een goede manier worden overgedragen aan de huisarts. Onderdeel van de afspraken is het uitwerken een terugvalaanbod. In de versterkingsagenda mentale gezondheid en ggz worden de diverse vormen van waakvlamondersteuning in kaart gebracht. Mensen die alle zorg mijden kunnen via bemoeizorgteams van gemeenten opnieuw naar zorg worden toegeleid.

Vraag 6
Hoeveel mensen komen na beëindiging van een ggz-behandeling terecht bij een FACT-team, wijkteam, huisarts, bemoeizorgteam of andere vorm van ondersteuning?

Antwoord 6
Op landelijk niveau zijn hierover geen cijfers beschikbaar.

Vraag 7
Deelt u de mening dat er onvoldoende zicht is op de continuïteit van zorg wanneer niet wordt bijgehouden of mensen na een behandeling daadwerkelijk passende begeleiding ontvangen? Welke partij is volgens u hiervoor verantwoordelijk?

Antwoord 7
Zie het antwoord op de vragen 2 tot en met 4.

Vraag 8
Welke concrete resultaten heeft het beleid van de afgelopen jaren om «zicht en grip» te krijgen op cruciale ggz opgeleverd voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening die na behandeling terugkeren naar de wijk? Kunt u daarbij specifiek aangeven of het aantal mensen dat na behandeling uit beeld raakt is afgenomen?

Antwoord 8
Het antwoord op de vragen 2 tot en met 4 geeft de beleidsmatige inspanningen weer. Op landelijk niveau zijn echter geen cijfers beschikbaar over het aantal mensen dat na behandeling uit beeld is geraakt.

Vraag 9
Deelt u de constatering dat bemoeizorg in Nederland versnipperd is georganiseerd? Zo ja, welke verantwoordelijkheid ziet u voor uzelf om ervoor te zorgen dat mensen niet tussen de verschillende domeinen van de zorg, ondersteuning en hulpverlening verdwijnen?

Antwoord 9
Ja, het kabinet herkent dat bemoeizorg in de praktijk verschillend is georganiseerd. Bemoeizorg is primair een gemeentelijke verantwoordelijkheid vanuit de Wmo. Gemeenten hebben daarbij de ruimte om, passend bij de lokale en regionale situatie, zelf vorm te geven aan het beleid en de organisatie. Tegelijkertijd ziet het kabinet het als verantwoordelijkheid van het kabinet om ons ervoor in te spannen dat iedereen die dat nodig heeft passende zorg en ondersteuning kan ontvangen en dat zo min mogelijk mensen tussen wal en schip raken. Dat vraagt om goede samenwerking en duidelijke afspraken tussen de verschillende domeinen. Het kabinet ziet ruimte om te stimuleren dat gemeenten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere betrokken partijen goed samenwerken, dat duidelijk is wie de regie heeft en wie waarvoor verantwoordelijk is, en om waar nodig mee te denken over de randvoorwaarden voor een goede aansluiting tussen de verschillende domeinen.
De beleidsvrijheid van gemeenten blijft daarbij het uitgangspunt.

Vraag 10
Vindt u dat er bij de financiering van de ggz ruimte zou moeten komen voor de begeleiding en het traject na een behandeling? Zo nee, waarom niet? Zo ja, welke concrete maatregelen gaat u nemen om de overgang van behandeling naar langdurige begeleiding te verbeteren?

Antwoord 10
Deze opvatting deelt het kabinet en hier is door de vorige kabinetten al stevig op ingezet en deze inzet wordt gecontinueerd. Met de uitvoering van de afspraken in het IZA en AZWA wordt ingezet op de overgangen tussen verschillende domeinen (sociaal, medisch en/of forensisch) en zijn extra middelen beschikbaar gesteld, zoals voor mentale gezondheidsnetwerken, aan gemeenten om dit te organiseren.
Als blijkt dat in de uitvoeringspraktijk knelpunten zijn op bijvoorbeeld langdurige begeleiding dan is het kabinet bereid om hiernaar te kijken en oplossingsrichtingen te verkennen.