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

208

Vragen van het lid **Moinat** (Groep Markuszower) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *autonomiebevorderend beleid binnen de ggz* (ingezonden 21 september 2026).

Antwoord van Minister **Hermans** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 2 oktober 2026).

Vraag 1
Bent u bekend met het artikel «Psychiatrische patiënten zelf verantwoordelijk maken voor hun herstel: is dat wel zo'n goed idee?», en met de daarin beschreven toepassing van autonomiebevorderend beleid binnen de geestelijke gezondheidszorg?[1]

Antwoord 1
Ja, hier is het kabinet mee bekend.

Vraag 2
Kunt u uiteenzetten in hoeveel ggz-instellingen in Nederland momenteel gebruik wordt gemaakt van autonomiebevorderend beleid, bij hoeveel patiënten dit jaarlijks wordt toegepast en welke patiëntengroepen hiervoor in aanmerking komen?

Antwoord 2
Op landelijk niveau zijn hierover geen cijfers beschikbaar. Autonomiebevorderend beleid (hierna: ABB) is geen afzonderlijke zorgprestatie en wordt niet centraal geregistreerd.
ABB is ontwikkeld voor een kleine groep mensen met complexe, persisterende suïcidaliteit, bij wie een patroon van beveiligen en beheersen weinig herstelperspectief biedt en mogelijk schade doet (bijvoorbeeld door herhaaldelijk gedwongen opname). Het doel van een autonomie bevorderend beleid (zie handreiking AAB GGZ Rivierduinen, 2025)[2] is de stagnatie voorkomen of waar nodig te doorbreken door de focus te leggen en ruimte te maken en houden voor evidence based effectieve behandeling, en uiteindelijk herstel

[1] Trouw, 17 september 2026, «Psychiatrische patiënten zelf verantwoordelijk maken voor hun herstel: is dat wel zo'n goed idee?», https://www.trouw.nl/zorg/psychiatrische-patienten-zelf-verantwoordelijk-maken-voor-hun-herstel-is-dat-wel-zo-n-goed-idee~b1476f63/.
[2] https://www.rivierduinen.nl/autonomie-bevorderend-beleid-bij-complexe-chronische-suicidaliteit/

ah-tk-20262027-208
ISSN 0921 - 7398
's-Gravenhage 2026

van de patiënt. De verwachting is dat daarmee de vicieuze cirkel van suïcidaal gedrag, beveiligen en beperken, uitdooft. Bekend is dus dat het geregeld wordt toegepast bij mensen met chronische suïcidaliteit en zelfbeschadiging voor wie passende psychotherapie (nog) niet mogelijk is. De meldingen die bij MIND zijn gedaan in 2024 betreffen vooral jonge vrouwen met persisterende suïcidaliteit en ernstige zelfbeschadiging.

Vraag 3
Welke landelijke professionele richtlijnen, kwaliteitsstandaarden of wetenschappelijke inzichten liggen momenteel ten grondslag aan de toepassing van autonomiebevorderend beleid? Hoe beoordeelt u in dat verband dat wetenschappelijk onderzoek naar deze aanpak volgens deskundigen nog beperkt beschikbaar is?

Antwoord 3
Wetenschappelijke evidentie over ABB is vooralsnog inderdaad niet voorhanden. Wel zijn er klinische ervaringen, is er patiëntfeedback, een recente handreiking en een richtlijn suïcidaal gedrag. De Richtlijn Suïcidaliteit (NVvP, 2025) beschrijft ABB en stelt eisen aan dossiervoering en onderbouwing. Daarnaast bestaat er een handreiking van GGZ Rivierduinen (2025). Een landelijk vastgestelde standaard specifiek voor ABB bestaat (nog) niet. De beperkte bewijsbasis wordt door de richtlijn zelf bevestigd: voor persisterende suïcidaliteit werden geen relevante gerandomiseerde studies of systematische reviews gevonden en berusten aanbevelingen grotendeels op klinische ervaring. Zoals Mind ook aangeeft in haar brandbrief van 23 juli jl. is nader onderzoek naar effecten en uitvoering gewenst.

Vraag 4
Op welke wijze wordt momenteel bijgehouden wat de uitkomsten zijn van autonomiebevorderend beleid, bijvoorbeeld ten aanzien van suïcidepogingen, suïcides, zelfbeschadiging, ziekenhuisopnames, dwangzorg, behandeluitval en het psychisch functioneren van patiënten?

Antwoord 4
Er zijn hierover landelijk geen cijfers beschikbaar. Instellingen zijn verplicht suïcides te melden als er sprake is van een calamiteit (en suïcide of suïcidepoging met ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg), wanneer er sprake is van verplichte zorg en/of vrijheidsbeperkende maatregel en van cliënten die op grond van de jeugdwet hulp ontvangen. De IGJ gebruikt meldingen van een suïcide of ernstige suïcidepoging om toezicht te houden op de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Uitkomsten als behandeluitval en psychisch functioneren worden door instellingen niet specifiek voor ABB bijgehouden.

Vraag 5
Deelt u de opvatting dat bij een behandeling die wordt toegepast op patiënten met ernstige suïcidaliteit duidelijk moet zijn onder welke omstandigheden de behandeling verantwoord kan worden ingezet, wanneer daarvan moet worden afgezien en welke waarborgen daarbij noodzakelijk zijn? Zo ja, hoe is dit momenteel geregeld?

Antwoord 5
Ja, dat deelt het kabinet en dit is aan regiebehandelaar of het multidisciplinair team, in samenspraak met de patiënt, om te bepalen. In het Tijdschrift Psychiatrie[3] hebben enkele psychiaters en een ervaringsdeskundigen een voorzet gedaan om de praktijk rond ABB te verbeteren en zo bij te dragen aan de discussie. Ook zij geven aan dat wetenschappelijke evidentie over ABB vooralsnog niet voorhanden is. Wel dat er klinische ervaringen zijn, er patiëntfeedback is, een handreiking van GGZ Rivierduinen (februari 2025) en een richtlijn suïcidaal gedrag

[3] 2026;68(02):91–95.

Vraag 6
Hoe wordt gewaarborgd dat verschillen tussen ggz-instellingen in de toepassing van autonomiebevorderend beleid niet leiden tot ongewenste verschillen in de kwaliteit en veiligheid van de zorg?

Antwoord 6
De kwaliteit van zorg wordt geborgd via beroepsnormen, de richtlijn en het toezicht van de IGJ. Het Expertisenetwerk ABB (in oprichting, onder meer MIND, V&VN, NVvP, NIP en de Nederlandse ggz) werkt aan een lerend netwerk en gezamenlijke criteria. Het kabinet start samen met dit expertisenetwerk een werkgroep om te komen tot voorstellen om de ondersteuning en zorg voor deze doelgroep te verbeteren.

Vraag 7
Welke eisen gelden voor de deskundigheid en ervaring van behandelaren die autonomiebevorderend beleid toepassen? Op welke wijze wordt geborgd dat behandelteams beschikken over voldoende expertise op het gebied van ernstige suïcidaliteit, zelfbeschadiging en persoonlijkheidsproblematiek?

Antwoord 7
In de ggz gelden geen specifieke bevoegdheidseisen voor de uitvoering van specifiek ABB, maar wel meer algemeen voor kwaliteit van behandelen, regiebehandelaarschap en beroepsuitoefening (o.a. de wet BIG, kwaliteitsstatuut ggz en veldnormen). De richtlijn suïcidaliteit (2025) beveelt multidisciplinaire samenwerking aan met een duidelijk belegde verantwoordelijkheid bij een regiebehandelaar en intervisie met behandelaren. In de handreiking ABB worden factoren gegeven die essentieel zijn voor het laten slagen van ABB. Bijvoorbeeld dat een vaste behandelaar is in een vast team die de regie voert. En dat het nut, de noodzaak en de doelstelling van het ABB wordt besproken met patiënt, naasten, behandelaren (klinisch en ambulant) en relevante ketenpartners. Ook is ruggenspraak en intervisie belangrijk en dient er regelmatig te worden geëvalueerd.

Vraag 8
Hoe worden patiënten en hun naasten vooraf geïnformeerd over het doel, de werkwijze, mogelijke voordelen en mogelijke risico's van autonomiebevorderend beleid? Op welke wijze worden zij betrokken bij het besluit om deze aanpak toe te passen, voort te zetten of te beëindigen?

Antwoord 8
Op grond van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) moet de cliënt vooraf worden geïnformeerd en toestemming geven. Volgens de handreiking ABB start ABB met een open gesprek met cliënt, naasten en relevante ketenpartners. Uit de meldingen bij MIND blijkt dat dit in de praktijk helaas niet altijd gebeurt. Dit vindt het kabinet kwalijk want de handreiking geeft aan dat dit essentieel is voor het slagen van ABB. Het versterken van uitleg, gezamenlijke besluitvorming en periodieke evaluatie met cliënt en naasten is daarom een aandachtspunt.

Vraag 9
Herkent u het in het artikel geschetste knelpunt dat intensieve en langdurige begeleiding van patiënten met ernstige suïcidaliteit niet altijd binnen de bestaande bekostiging kan worden aangeboden? Zo ja, welke mogelijkheden ziet u om te voorkomen dat financiële of organisatorische beperkingen bepalend worden voor de gekozen behandelstrategie?

Antwoord 9
Ja, het kabinet herkent dat de beschikbare zorg voor mensen met complexe problematiek beter moet. Met de brief mentale gezondheid en ggz zet het kabinet in op het verbeteren van de toegankelijkheid van ggz, juist voor mensen met complexe zorgvragen en ernstige problematiek zoals suïcidaliteit. Het kabinet vindt het van groot belang dat vooral deze groep mensen, tijdig de zorg krijgen die ze nodig hebben. De beleidsbrief mentale gezondheid en ggz zal voor de begrotingsbehandeling naar de Kamer worden gestuurd.