

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Mentale gezondheid &
ggz
Team A

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Datum 21 september 2026
Betreft Kamervragen

Ons kenmerk
4478229-1101102-MGG

Bijlagen
1

Datum document
02 juli 2026

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van het lid Ten Hove (Groep Markuszower) inzake het bericht dat de praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg veel minder effectief is dan jarenlang werd aangenomen (2026Z15523).

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres met
vermelding van de datum en het
kenmerk van deze brief.*

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Sophie Hermans

Antwoorden op vragen van het lid Ten Hove (Groep Markuszower) inzake het bericht dat de praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg veel minder effectief is dan jarenlang werd aangenomen (2026Z15523) (ingezonden d.d. 2 juli 2026).¹

Vraag 1

Kunt u aangeven op basis van welke concrete, meetbare indicatoren u de POH-GGZ dan wél als succesvol beschouwt? En op welk moment zou u wél tot herziening overgaan? 1)

Antwoord 1

Het is een te smalle blik om alleen naar de instroom in de basis en specialistische GGZ te kijken als indicator. Ik beschouw de inzet van de POH-GGZ als waardevol voor de ondersteuning van huisartsen, het creëren van voldoende toegankelijk zorgaanbod, het bieden van laagdrempelige zorg, voor de verlichting van wachttijden, en bij de samenwerking tussen eerstelijnszorg en het sociaal domein. Huisartsen geven aan dat de inzet van de POH-GGZ hen ontlast. De inzet van de POH-GGZ is in het Integraal Zorgakkoord (IZA) recent juist verhoogd om genoemde redenen, om bij te dragen aan toegankelijke eerstelijnszorg en betere samenwerking tussen zorg en sociaal domein.

Vraag 2

Kunt u toelichten hoe uw constatering dat de POH-GGZ heeft bijgedragen aan "het creëren van meer behandelaanbod" en dat dit een beleidsdoel was, zich verhoudt tot uw stelling dat uit de toename van circa 500.000 gebruikers zonder afname van het aantal patiënten in de basis- en specialistische ggz niet zonder meer kan worden geconcludeerd dat een nieuwe groep zorggebruikers is ontstaan? Betekent dit dat u bewust heeft ingezet op het vergroten van de zorgvraag (induced demand)? Zo ja, op basis van welk wetenschappelijk bewijs acht u dat medisch en maatschappelijk verantwoord? Zo nee, hoe verklaart u dan de sterke toename van het aantal gebruikers zonder afname van het aantal patiënten in de basis- en specialistische ggz?

Antwoord 2

Er is niet bewust ingezet op het vergroten van de zorgvraag. Met het vergroten van het behandelaanbod is er altijd een risico dat de zorgvraag groeit als neveneffect. Zoals aangegeven in het antwoord op vraag 1, moet groei van het gebruik van de POH-GGZ niet alleen worden gezien in de context van de basis en specialistische GGZ, maar ook als antwoord op de toenemende zorgvraag in de huisartsenpraktijk.

¹ Artikel: NRC, 3 juni 2026, 'De ggz-specialist in de huisartsenpraktijk is veel minder nuttig dan gedacht, ziet deze onderzoeker' (<https://www.nrc.nl/nieuws/2026/06/03/de-ggz-specialist-in-de-huisartsenpraktijk-is-veel-minder-nuttig-dangedacht-ziet-deze-onderzoeker-a4929193>) & onderzoek waar in het artikel naar verwezen wordt: <https://esb.nu/geen-gezondheidsverbeteringen-van-praktijkondersteuner-huisarts-ggz/>

Vraag 3

Waarom weegt u cross-sectioneel praktijkonderzoek zwaarder dan longitudinale populatie-data? Welk type bewijs zou volgens u doorslaggevend zijn om de uitbreiding terug te draaien?

Antwoord 3

De inzet van de POH-GGZ moet zoals aangegeven niet alleen worden gezien in de context van zorg in de GGZ, maar juist ook als uitbreiding van de capaciteit in de eerstelijnszorg, waardoor de POH-GGZ de huisarts ontlast. Het genoemde onderzoek is waardevol, maar kent ook beperkingen. Zo wordt de POH-GGZ inmiddels breder ingezet dan oorspronkelijk omschreven in de beleidsdoelstellingen. Bovendien is de rol van de POH-GGZ sinds de onderzoeksperiode verder ontwikkeld. De uitbreiding terugdraaien zonder deze vernieuwde context mee te nemen zou hieraan tekort doen. Het ministerie van VWS gaat de komende tijd met betrokken partijen in gesprek om de huidige rol en inzet van de POH-GGZ te bespreken, mede in het licht van de uitkomsten van het genoemde onderzoek.

Vraag 4

Waarom acht u een onafhankelijke, integrale kosten-batenanalyse (inclusief alternatieve inzet van die middelen in specialistische GGZ) op dit moment "niet aan de orde"? Welke minimale bewijslast hanteert u eigenlijk voordat honderden miljoenen euro's per jaar als verantwoord worden beschouwd?

Antwoord 4

Zoals geschetst ziet het kabinet een brede rol en meerwaarde van de POH-GGZ. Op verzoek van partijen uit de huisartsenzorg en ggz is in het IZA beleid ingezet om de rol van de POH-GGZ te verbreden en versterken, met eerdergenoemde redenen. Dit beleid wordt gemonitord, maar er is op dit moment geen aanleiding om de gemaakte afspraken terug te draaien.

Vraag 5

Bestaat er volgens u eigenlijk enig empirisch scenario waarin u de grootschalige inzet van POHGGZ wél zou terugschroeven?

Antwoord 5

Zoals aangegeven ziet het kabinet op dit moment geen aanleiding om de in het IZA afgesproken inzet van de POH GGZ terug te schroeven. Mocht de monitoring van de gemaakte afspraken of het gesprek met de sector dat het ministerie van VWS in het licht van het recente onderzoek zal voeren daar reden voor geven, dan zal het kabinet daar uiteraard passende vervolgstappen in zetten.

1) Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2025-2026, nr. 2375