



Verwijsafspraken Geestelijke gezondheidszorg

Wat is de **informatie** die op de verwijzing moet staan?

- Dat staat in de **NHG-richtlijn 'Informatie-uitwisseling huisarts-GGZ'**
- Daarin staat ook dat de verwijzer moet aangeven of hij verwijst naar de Generalistische Basis-GGZ of de Gespecialiseerde GGZ.

Wanneer is een **verwijzing nodig**?

- Op de **startdatum van het zorgtraject** (artikel 14. lid 2 Zvw)
- Bij heraanmelding als het zorgtraject meer dan 365 dagen geleden is afgesloten.

Geldigheidsduur verwijzing:

9 maanden (275 dagen): ingangsdatum is **aanmelddatum** bij GGZ-aanbieder. Dit is de datum waarop de aanmelding bij de GGZ-aanbieder binnenkomt.

Huisarts informeren (indien cliënt daar toestemming voor geeft):

- als de cliënt **in zorg** komt na de intake
- **periodiek**; bij bijzonderheden zoals crisis, klinische opname of wijziging diagnose
- bij **afsluiten zorgtraject** cliënt
- wanneer cliënt **meer dan een jaar in zorg** is
- bij **doorverwijzing**

Als er **géén verwijzing** is, maar er is sprake van:

- acute ggz
- spoedzorg
- zorg (gedwongen opname/behandeling) geleverd op basis van de Wet Verplichte GGZ
- een heraanmelding binnen een jaar na afsluiten van een voorgaand zorgtraject

Dan: **zo snel mogelijk, maar uiterlijk binnen 60 dagen een brief naar de huisarts**

Wie mag (in ieder geval) verwijzen:

- **Huisarts**
- **Medisch specialist** (inbegrepen zijn: psychiater, specialist ziekenhuis, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten)
- **Straatdokter**
- **Regiebehandelaar** van de cliënt (bij doorverwijzing)
- De **bedrijfsarts** wordt door alle zorgverzekeraars in hun polisvoorwaarden als een geldige verwijzer beschouwd.

Géén verwijsbrief, géén spoedeisend of wettelijk kader, wel vervolg van zorg in GGZ: Doorverwijzing

Uitsluitend de volgende routes worden erkend als doorverwijzing:

1. Cliënt komt uit justitieel traject (Forensische Zorg)
2. Cliënt is in behandeling bij de aanbieder en zet behandeling direct voort na het beëindigen van de Wlz-indicatie
3. Cliënt komt uit de Jeugdwet
4. Vervolg na start behandeling binnen acute GGZ
5. Generalistische Basis-GGZ naar Gespecialiseerde GGZ (of vice-versa)
6. Doorverwijzing tussen GGZ-aanbieders

In deze situaties is er dus geen (nieuwe) verwijzing van een eventuele initiële verwijzer nodig.

Dan geldt dat de huisarts, bij de patiënten die langer dan een half jaar in zorg zijn in de ggz, **minimaal elk jaar een voortgangverslag** ontvangt met: beloop, (gewijzigde) medicatie, (gewijzigd) controlebeleid door ggz en/of huisartsenpraktijk, een eventueel crisisplan en een aanspreekpunt bij en contactgegevens van de ggz-aanbieder. De van toepassing zijnde situatie moet blijken uit het dossier.

Dit document bevat de afspraken rond (door)verwijzing, om de rechtmatigheid op het gebied van correct registreren en declareren van de zorg aan te tonen.

Toelichting

In onderstaande paragrafen wordt toelichting gegeven op de geldigheidsduur, het ontbreken van een verwijfsbrief bij het spoedeisend- of wettelijk kader en doorverwijzingen, en welke acties verricht moeten worden in geval van een onvolledige verwijzing of als de huisarts onbekend is.

Geldigheidsduur

De geldigheidstermijn start op het moment dat de verwijzing wordt afgegeven. Dit is dus de datum die op de verwijzing staat. Omdat de situatie van de patiënt in de tussentijd zou kunnen wijzigen, moet de verwijzing binnen 9 maanden worden verzilverd. Hiervoor wordt de datum van aanmelding bij de zorgaanbieder genomen. Dit is het moment dat de patiënt bij de zorgaanbieder bekend wordt. De verwijzing wordt hier dus ontvangen en verwerkt. In geval van een directe, digitale verwijzing (via bijvoorbeeld Zorgdomein), is de verwijzing direct aangekomen en is de geldigheidsduur derhalve niet relevant. Als het, bijvoorbeeld door een wachtlijst, meer dan 9 maanden duurt voordat de patiënt een intake krijgt, hoeft er géén nieuwe verwijzing te worden afgegeven. De zorgaanbieder waarnaar wordt verwezen is verantwoordelijk voor het vastleggen van de aanmelddatum voor een eventuele controle.

Spoedeisend karakter of wettelijk kader

In situaties waarin sprake is van een spoedeisend karakter of wettelijk kader, kan het voorkomen dat er geen geldige verwijzing aanwezig is voor start van de diagnostiek/behandeling in de Zvw-gefinancierde GGZ. In dit geval is het streven dat zo spoedig mogelijk (met toestemming van de cliënt) een melding aan de huisarts wordt gedaan. Wanneer deze melding niet binnen maximaal 60 dagen is gedaan, is de geleverde GGZ zorg onrechtmatig. Een vastlegging van deze melding in het dossier geldt als verwijzing. Er is dus geen (nieuwe) verwijzing van de huisarts noodzakelijk.

De situaties waarvoor dit geldt:

1. Acute GGZ: Bij starten van het zorgtraject volstaat de melding binnen 60 dagen.
2. Spoedzorg: De zorginhoudelijke reden moet zodanig van aard zijn dat uitstel van zorgverlening, gelet op de specifieke context van het geval en de algemeen geldende kwaliteitsnormen uit de Wet BIG en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, niet mogelijk is. Er moet sprake zijn van een spoedeisende noodzaak tot behandelen.
3. Zorg (gedwongen opname/behandeling) geleverd op basis van de Wet Verplichte GGZ (waaronder toeleidingstraject via de aanvraag voor voorbereiding Zorgmachtiging door de Officier van Justitie zoals geregeld in de Wet Verplichte GGZ).
4. Een heraanmelding binnen een jaar na afsluiten van het voorgaande zorgtraject. Na 365 dagen is een nieuwe verwijzing noodzakelijk.

Als er geen sprake is van één van bovenstaande situaties, en er is geen tijdige/geldige verwijzing, is er geen recht op toegang tot de GGZ, behalve als sprake is van een doorverwijzing en voldaan wordt aan één van de situaties zoals in de volgende paragraaf beschreven.

Doorverwijzing

Een doorverwijzing is een aansluitend vervolg op een eerder gestart GGZ-traject. Indien sprake is van een doorverwijzing, dan geldt overeenkomstig de "[Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ \(LGA\)](#)", dat de huisarts, bij cliënten die langer dan een half jaar in zorg zijn bij de GGZ (mits de cliënt hiervoor toestemming geeft), minimaal elk jaar een voortgangsverslag ontvangt. De melding aan de huisarts moet dus binnen één jaar (365 dagen) worden gedaan. Er is dan geen nieuwe verwijzing van de huisarts noodzakelijk.

Uitsluitend de volgende routes worden erkend als "doorverwijzing":

1. Cliënt komt uit justitieel traject (Forensische zorg)
2. Cliënt is in behandeling bij de aanbieder en zet behandeling direct voort na het beëindigen van de Wlz-indicatie. De Wlz-indicatie wordt gezien als verwijzing.
3. Cliënt komt uit de Jeugdwet
4. Vervolg na zorg in het kader van acute GGZ
5. Generalistische Basis-GGZ naar Gespecialiseerde GGZ (of vice-versa)
6. Tussen GGZ-aanbieders doorverwijzen,

De van toepassing zijnde situatie moet blijken uit het dossier van de cliënt.

Onvolledige verwijzing

Bij onvolledige verwijzing (*lees: niet overeenkomend met de NHG-richtlijn "informatie-uitwisseling huisarts-GGZ"*) geldt voor de aanbieder een inspanningsverplichting om bij de verwijzer de juiste informatie op te halen. Dit moet aantoonbaar zijn in het dossier. Er kan wel worden gestart met de behandeling. Wanneer op een verwijzing niet is aangegeven of wordt verwezen naar de Generalistische Basis-GGZ of naar de Gespecialiseerde GGZ, maakt de zorgaanbieder hierin zelf de keus en informeert hij de verwijzer hierover in de jaarlijkse beloopbrief.

De startdatum van een zorgtraject aanpassen of de huisarts verzoeken achteraf een verwijzing op te stellen, is niet in lijn met deze afspraak en wordt als onrechtmatigheid beschouwd.

Huisarts onbekend

In voorgaande paragrafen is het van belang dat de cliënt beschikt over een huisarts. Als dat niet het geval is, zorgt de GGZ-aanbieder dat de cliënt een huisarts krijgt, overlegt de regiebehandelaar met deze nieuwe huisarts, stuurt de regiebehandelaar aan deze nieuwe huisarts de van toepassing zijnde melding en zorgt deze ervoor dat deze melding in het cliëntendossier wordt opgenomen. Door het contact dat er is geweest met de nieuwe huisarts, wordt dit in samenhang met het cliëntendossier als een rechtmatige toegang tot de GGZ beschouwd.

Uitgangspunten

De afspraken in dit document zijn een aanpassing van de landelijke afspraken over verwijzingen in de GGZ uit 2020. De aanpassing is het gevolg van de invoering van het Zorgprestatie-model. De aanpassingen zijn van technische aard, de uitgangspunten van de afspraken zoals die in 2020 zijn gemaakt zijn niet gewijzigd.