

Verwijsafspraken GGZ

Toelichting

1 Wanneer is een verwijzing nodig?

- Bij de eerste zorgprestatie voor een initiële zorgvraag moet er een verwijzing zijn. Behalve als het gaat om acute GGZ, spoedzorg of zorg onder de Wet verplichte ggz: zie daarvoor artikel 5.
- Als iemand uit zorg is en zich binnen 365 dagen na de laatste zorgprestatie opnieuw aanmeldt vanwege een terugval/recidive in verband met de initiële zorgvraag, dan is geen nieuwe verwijzing nodig.
- Als iemand uit zorg is en terugkomt met een nieuwe zorgvraag (ongeacht het aantal dagen vanaf de laatste zorgprestatie), dan is altijd een nieuwe verwijzing nodig.
- Als iemand niet uit zorg is, maar het zorgtraject om administratieve redenen meer dan 365 dagen geleden is afgesloten, moet er altijd een nieuwe verwijzing zijn om de patiënt weer in zorg te nemen.

Volgens artikel 14 lid 2 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is niet-acute zorg alleen toegankelijk met een verwijzing. Een zorgaanbieder mag een verwijzer niet achteraf vragen om een verwijzing op te stellen.

Iemand is uit zorg als de behandelaar en/of de persoon zelf de behandelrelatie heeft (hebben) beëindigd. Dit is terug te vinden in het dossier. De landelijke partijen bespreken nog hoe het verwijsproces eruit ziet rond het Verkennend gesprek in een Mentale gezondheidsnetwerk.

2 Geldigheidsduur van een verwijzing

- Er mogen maximaal negen maanden (275 dagen) zitten tussen de datum op de verwijzing en de datum van aanmelding bij de GGZ-aanbieder.
- De GGZ-aanbieder moet de aanmelddatum registreren, zodat gecontroleerd kan worden of de verwijzing nog geldig was en de zorg rechtmatig geleverd wordt.

Met de termijn van negen maanden is de kans kleiner dat de situatie in de tussentijd (te) veel verandert. De intake of de eerste afspraak mag meer dan negen maanden na de verwijzdatum plaatsvinden.

3 Inhoud van de verwijzing

- In de NHG-richtlijn 'Informatie-uitwisseling huisarts-GGZ' staat welke informatie er in een verwijzing moet staan. Bijvoorbeeld dat altijd het type GGZ (GB-GGZ of G-GGZ) moet worden vermeld.
- Bij een onvolledige verwijzing moet de zorgaanbieder informatie opvragen bij de verwijzer. De zorg mag wel meteen starten.

Als de inhoud van de verwijzing niet voldoet aan de NHG-richtlijn, moet de zorgaanbieder zich inspannen om de juiste informatie op te halen bij de verwijzer. Die inspanning moet blijken uit het dossier van de zorgaanbieder. Als alleen het type GGZ (GB-GGZ of G-GGZ) ontbreekt of niet klopt, maakt de zorgaanbieder zelf een keuze. De zorgaanbieder informeert de verwijzer daarover in de jaarlijkse voortgangsbrief.

4 Wie mag verwijzen?

- Huisarts
- Vanuit de medisch specialistische zorg: medisch specialist¹
- Specialist ouderengeneeskunde
- Arts verstandelijk gehandicapten
- Bedrijfsarts
- Straatdokter
- Bij doorverwijzing: de regiebehandelaar volgens het Landelijk Kwaliteitsstatuut 4.0

Op een verwijzing moet de persoonlijke AGB-code van de verwijzer staan. De ontvangende zorgaanbieder registreert deze persoonlijke AGB-code in het EPD. Vanuit de huisartsenzorg mag vanaf 2026 verwezen worden met de AGB-praktijkcode als verwijzing met een persoonlijke AGB-code niet mogelijk is.

¹ De landelijke partijen bespreken nog of vanuit de medisch specialistische zorg ook de physician assistant en de verpleegkundig specialist mogen verwijzen.

Toelichting

5 Spoed, acute GGZ of wettelijke kaders

Geen verwijzing aanwezig, maar wél GGZ nodig? Dan kan de zorg meteen starten. Dit geldt voor:

- Acute GGZ
- Spoedzorg
- Zorg onder de Wet Verplichte GGZ

De zorgaanbieder stuurt bij toestemming van de patiënt binnen 60 dagen een melding naar de huisarts en registreert verwijstype 03. Geeft de patiënt geen toestemming voor correspondentie met de huisarts of heeft de patiënt geen huisarts, dan wordt verwijstype 04 geregistreerd. Het moet gaan om een situatie waarin zorg echt niet uitgesteld kan worden volgens de professionele normen (zoals Wet BIG en Wkkgz).

- Instructies voor registratie van verwijstypen staan in de veldafpraak 'verwijstypen en zorglabels'.
- De zorgaanbieder registreert de melding aan de huisarts of het ontbreken van toestemming in het dossier van de patiënt. Deze registratie is belangrijk voor het vaststellen van de rechtmatigheid. De huisarts stuurt na de melding niet alsnog een verwijzing.

6 Doorverwijzing zonder nieuwe verwijzing

In deze gevallen is géén nieuwe verwijzing nodig, maar volstaat een doorverwijzing:

- Bij overgang van forensische zorg naar GGZ
- Als de zorg aansluit op Wlz-geïndiceerde GGZ
- Bij overgang van Jeugdwet naar ggz
- Als de zorg een vervolg is op acute GGZ
- Bij verwijzing tussen GGZ-aanbieders

De regiebehandelaar/hoofdbehandelaar is de (door)verwijzer. Vermeld de doorverwijzing in het dossier. Ook bij doorverwijzing moet de huisarts jaarlijks geïnformeerd worden (zie ook artikel 7).

Bij doorverwijzing registreert de ontvangende zorgaanbieder verwijstype 02. Kan de zorgaanbieder die een initiële verwijzing ontvangt de patiënt niet in zorg nemen? Dan meldt de zorgaanbieder dit bij de verwijzer. De zorgaanbieder verwijst dus niet zelf door. Let op: interne overgang van GB-GGZ naar G-GGZ (of andersom) binnen dezelfde zorgaanbieder geldt niet als doorverwijzen. Dit kan altijd, binnen de initiële verwijzing.

7 Verplichte informatie naar de huisarts (met toestemming patiënt)

De GGZ-zorgaanbieder informeert de huisarts:

- Na intake als patiënt in zorg komt
- Periodiek bij bijzonderheden (crisis, opname, diagnosewijziging)
- Als de patiënt uit zorg gaat
- Bij doorverwijzing
- Bij heraanmelding binnen 1 jaar bij terugval/recidive in verband met de initiële zorgvraag

Als de patiënt langer dan een half jaar bij een zorgaanbieder in zorg is, stuurt de zorgaanbieder jaarlijks een voortgangsverslag aan de huisarts. Dit bevat in ieder geval: verloop, medicatie(wijzigingen), controleafspraken, eventueel crisisplan en contactpersoon bij de GGZ.

Hoofdstuk 5.6 van de Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ (LGA) beschrijft welke elementen er in de terugkoppeling aan de huisarts moet staan.

8 Patiënt zonder huisarts

Een zorgaanbieder zorgt dat patiënten zonder huisarts een huisarts krijgen. De regiebehandelaar neemt contact op met nieuwe huisarts. Is er (nog) geen regiebehandelaar, dan doet de medisch-verantwoordelijke met een regie-behandelaarberoep dit. Deze acties worden vastgelegd in het dossier. Als een patiënt géén huisarts wil of als geen huisarts wordt gevonden, registreert de zorgaanbieder verwijstype 04.

De regiebehandelaarberoepen staan in het Landelijk kwaliteitsstatuut ggz.