



# Verwijsafspraken Geestelijke gezondheidszorg

## Wanneer is een verwijzing nodig?

- G-GGZ: Bij de **start van diagnostiek en behandeling** (artikel 14, lid 2 Zvw) en bij een terugval van dezelfde zorgvraag na 365 dagen
- GB-GGZ: Bij de **start van diagnostiek en behandeling**, na het **verstrijken van 365 dagen** in zorg (m.u.v. de prestatie chronisch) en/of wanneer er sprake is van een **nieuwe zorgvraag**

## Als er **géén verwijsbrief** is, maar **wel spoedeisend of wettelijk kader**, namelijk:

- acute ggz / crisis-DBC
- spoedzorg
- zorg (gedwongen opname/behandeling) geleverd op basis van de Wet Verplichte GGZ
- een terugval bij dezelfde zorgvraag binnen een jaar na afsluiten van de voorgaande DBC

Dan: **binnen 30 dagen, uiterlijk 60 dagen een brief naar de huisarts**

## Geldigheidsduur verwijzing:

**9 maanden (275 dagen):** ingangsdatum is aanmelddatum bij GGZ-aanbieder

## Wie mag verwijzen:

- **Huisarts**
- **Medisch specialist** (inbegrepen zijn: psychiater, specialist ziekenhuis, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten)
- **Straatdokter**
- **Regiebehandelaar** van de cliënt (bij doorverwijzing van GB-GGZ naar G-GGZ (of vice-versa) en tussen ggz-aanbieders (onafhankelijk of dit GB-GGZ of G-GGZ betreft).
- De **bedrijfsarts** wordt door de meeste verzekeraars in hun polisvoorwaarden als een geldige verwijzer beschouwd.

## Huisarts informeren (indien cliënt daar toestemming voor geeft):

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

## **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 (DBBC)
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 in een initiële DBC na start behandeling binnen de crisis-DBC
5. Generalistische Basis-GGZ naar Gespecialiseerde GGZ (of vice-versa)
6. Doorverwijzing tussen GGZ-aanbieders (onafhankelijk of dit GB-GGZ of G-GGZ betreft)

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 de zorg zijn in de ggz, **minimaal elk jaar een voortgangsverslag** 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 regels voor (door)verwijzing, om de rechtmatigheid op het gebied van correct registreren en declareren van de zorg aan te tonen. De kwalitatieve eisen en richtlijnen voor informatievoorziening zijn vastgelegd in de NHG-richtlijn 'Informatie-uitwisseling huisarts-GGZ'<sup>1</sup>.

## Afspraken voor een rechtmatige verwijzing:

- In de Gespecialiseerde GGZ (G-GGZ) is een aantoonbare verwijzing nodig:
  - Bij de start van diagnostiek en behandeling
  - Bij een terugval van dezelfde zorgvraag na 365 dagen
- In de Generalistische Basis GGZ (GB-GGZ) is een aantoonbare verwijzing nodig:
  - Bij de start van diagnostiek en behandeling
  - Na het verstrijken van 365 dagen (m.u.v. de prestatie chronisch)
  - Bij een nieuwe zorgvraag
- Wanneer vanwege het spoedeisend karakter of wettelijke kader van de zorg een verwijsbrief niet vooraf aanwezig kan zijn, dient de huisarts binnen 30 dagen (met toestemming van de cliënt), maar maximaal 60 dagen te worden geïnformeerd. Zie toelichting: Spoedeisend karakter of wettelijk kader
- Wanneer er sprake is van start in de Zvw-gefinancierde GGZ vanuit een andere financieringsstroom, een andere GGZ-instelling of een ander echelon (GB-GGZ/G-GGZ), is er sprake van een doorverwijzing. De huisarts wordt hierover geïnformeerd in de jaarlijkse beloopbrief. Zie toelichting: Doorverwijzing
- De geldigheid van een verwijzing is 9 maanden (275 dagen). Daarbij geldt de datum van aanmelding bij de GGZ-aanbieder. Dit i.v.m. de wachttijdproblematiek. Bij het uiteindelijk openen van de DBC of een prestatie in de GB-GGZ kan de aanmelddatum (het moment dat iemand op de wachtlijst is geplaatst) in het dossier worden genoteerd onder het mom van de wachtlijst.
- Bevoegde verwijzers zijn:
  - Huisarts
  - Medisch specialist (inbegrepen zijn: de psychiater, specialist ziekenhuis, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten)
  - Straatdokter
  - De regiebehandelaar van een cliënt in de GB-GGZ en/of de G-GGZ kan, als deze van oordeel is dat behandeling in de G-GGZ respectievelijk de GB-GGZ plaats moet vinden, rechtstreeks doorverwijzen naar de GB-GGZ respectievelijk de G-GGZ, omdat het in dit geval niet om een initiële verwijzing gaat. De mogelijkheid tot doorverwijzen geldt ook tussen instellingen.
  - Bij de meeste verzekeraars is de bedrijfsarts ook een geldige verwijzer.
- Voor parallelle DBC's (G-GGZ) is geen nieuwe verwijzing nodig. De verwijzing voor de eerst geopende DBC geldt als rechtmatige verwijzing.

<sup>1</sup> ['NHG-Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts-GGZ'](#)

## Toelichtingen

In onderstaande paragrafen wordt toelichting gegeven op 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.

## 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 binnen 30 dagen (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 DBC/prestatie 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/crisis-DBC: Bij het openen van een DBC volstaat de melding binnen 30 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 terugval bij dezelfde zorgvraag binnen een jaar na afsluiten van de voorgaande DBC (geldt alleen binnen de G-GGZ). 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)”<sup>2</sup>, 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 (DBBC)
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 in een initiële DBC na start behandeling binnen crisis-DBC
5. GB-GGZ naar G-GGZ (of vice-versa)
6. Tussen GGZ-aanbieders doorverwijzen (onafhankelijk of dit G-GGZ of GB-GGZ betreft)

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

<sup>2</sup> [https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/side\\_products/0a95f71a66e287e702e0ac6ab8f4fe00.pdf](https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/side_products/0a95f71a66e287e702e0ac6ab8f4fe00.pdf)

## Onvolledige verwijzing

Als de verwijzing van een bepaalde cliënt voorafgaand aan de behandeling er wel is, maar deze niet volledig is (er is sprake van een onvolledige verwijzing als deze er op tijd is en ook gekoppeld is aan een erkende verwijzer en een specifieke cliënt, maar verder niet overeenkomt met de ‘envelop’<sup>3</sup> die onderdeel is van de NHG-Richtlijn ‘Informatie-uitwisseling huisarts-GGZ’) of er is twijfel over de juistheid van de verwijsreden, vraagt de zorgaanbieder schriftelijk aanvullende/ontbrekende informatie op bij de verwijzer. De zorgaanbieder documenteert deze nadere vraag in het dossier. De verwijzer levert binnen een termijn van 30 dagen de aanvullende/ontbrekende informatie aan de zorgaanbieder. Ook als na 30 dagen geen reactie is ontvangen, kan een behandeling gedeclareerd worden.

Bij een onvolledige verwijzing kan gestart worden met de behandeling als de zorgaanbieder, uiterlijk binnen 10 werkdagen nadat gestart wordt met de behandeling, schriftelijk de betreffende verwijzer heeft gevraagd om alsnog zorg te dragen voor het volledig maken van de verwijzing. Een afschrift van dit schrijven bewaart de zorgaanbieder in het dossier van de cliënt. Hiermee heeft de zorgaanbieder alles gedaan wat in zijn macht ligt om de verwijzing volledig te maken en kan die worden beschouwd als zijnde een volledige verwijzing. Op die manier wordt een grote administratieve last van zorgaanbieders verminderd, en tevens van huisartsen.

De startdatum van een DBC of prestatie in de GB-GGZ 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 door alle betrokken partijen (VWS, NZa, verzekeraars, accountants en instellingen) als een rechtmatige toegang tot de GGZ beschouwd.

## Uitgangspunten

De afspraken in dit document vervangen de afspraken in de circulaire CI/16/5c, de afspraken over de verwijzing in het ‘Plan van Aanpak jaarrekeningen ggz’<sup>4</sup> en de afspraken uit het document ‘Afspraken verwijzing geestelijke gezondheidszorg (maart 2017)’<sup>5</sup>.

Momenteel werkt de NZa met organisaties van aanbieders, verzekeraars en cliënten in de GGZ aan het doorontwikkelen van de productstructuur van de GB-GGZ, G-GGZ en forensische zorg. De afspraken in dit document zijn geldig tot de invoering van deze nieuwe productstructuur.

3 De ‘envelop’ uit de [‘NHG-Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts-GGZ’](#)

4 [Plan van aanpak verantwoording behandelingen en jaarrekeningen curatieve ggz naar aanleiding van de NBA audit alert 32](#)

5 <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/besluiten/2017/03/16/besluit-verwijzingen-ggz>