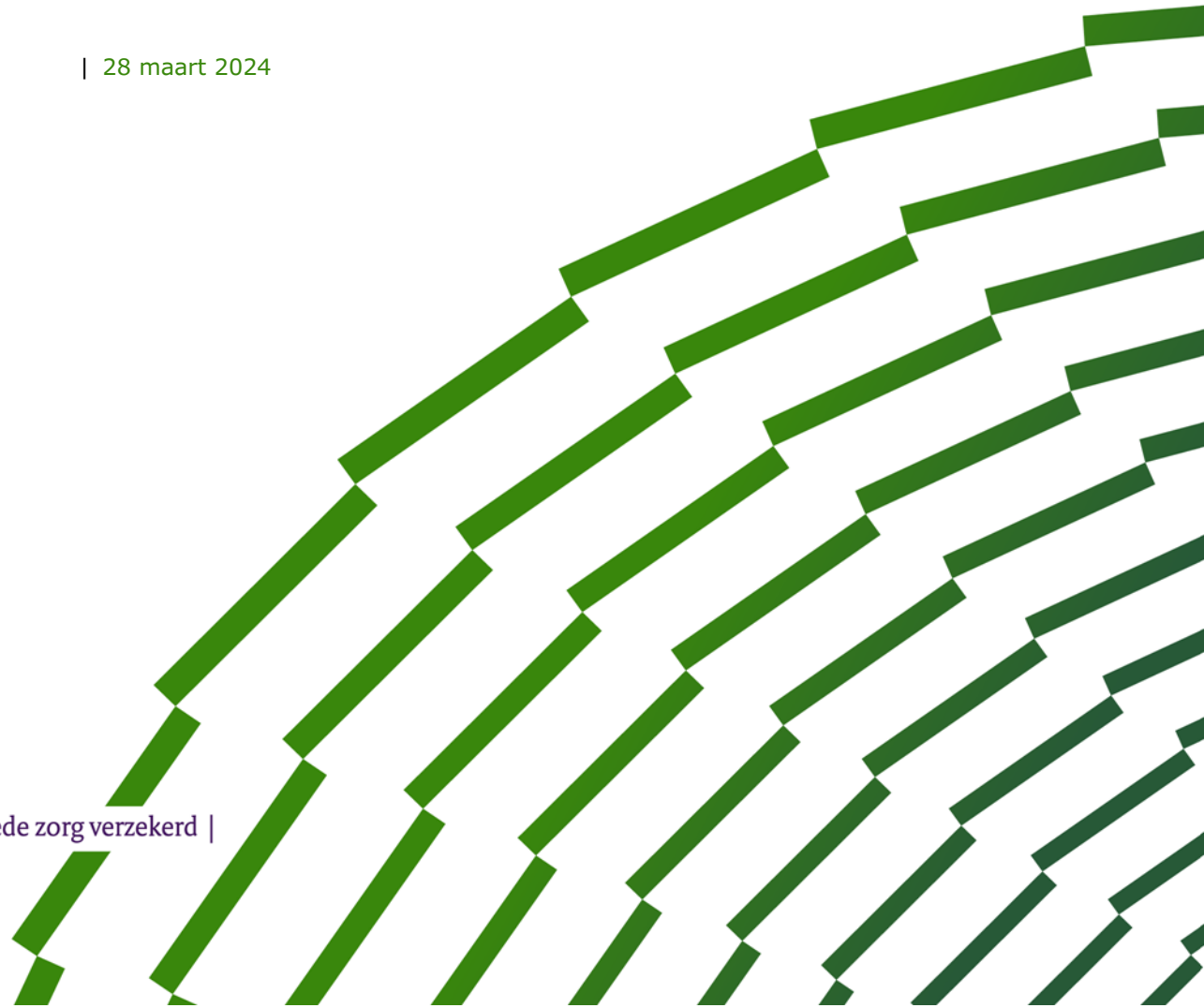
Zorginstituut Nederland

Verkennend Gesprek

Mentale Gezondheidsnetwerken

Definitief | 28 maart 2024



| Van goede zorg verzekerd |

Inhoudsopgave

	Samenvatting	**3**
1	**Inleiding**	**6**
1.1	Achtergrondinformatie	6
1.2	Leeswijzer	7
2	**Verkennend Gesprek**	**8**
2.1	Werkwijze ontwikkeling Mentale gezondheidsnetwerken	8
2.2	Verkennend gesprek samengevat	10
2.3	Valt het verkennend gesprek onder de Zvw?	11
3	**Overige aandachtspunten**	**14**
3.1	Kanttekeningen	14
3.1.1	Huidige situatie	14
3.1.2	Nieuwe situatie	15
3.2	Verplicht eigen risico	17
3.3	Artikel 14, Zvw	17
3.4	Bekostiging en budgettair kader	18
	Colofon	**19**

Samenvatting

In dit rapport verduidelijkt het Zorginstituut of de vergoeding van het verkennend gesprek onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) valt, wanneer dit wordt aangeboden via mentale gezondheidsnetwerken. Onze conclusie is dat het verkennend gesprek wél als verzekerde zorg thuishoort in het basispakket van de zorgverzekering. Met uitzondering van de expertise vanuit het sociaal domein, omdat deze expertise onder de verantwoordelijkheid van gemeenten valt. In dit rapport leggen wij uit waarom en hoe we dit hebben beoordeeld.

Aanleiding: verbeteren van samenwerking huisartsenzorg, ggz en sociaal domein

In de samenleving zijn er veel initiatieven om ervoor te zorgen dat mensen met psychische problemen sneller de juiste zorg en ondersteuning krijgen. Dat is ook hard nodig, want in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) zijn de wachttijden voor cliënten lang en nemen de personeelstekorten steeds verder toe. Tegelijkertijd groeit de overtuiging dat een ggz-behandeling lang niet altijd de meest passende zorg is voor mensen die psychische klachten hebben. Soms is iemand beter geholpen met ondersteuning in de samenleving. Zoals deelname aan een herstelgroep of hulp bij andere sociale problemen. Denk hierbij aan huisvesting, schulden en eenzaamheid.

Een goede samenwerking is nodig tussen huisarts, ggz en sociaal domein om te bepalen wat de meest passende hulp is voor mensen met psychische problemen. In de regio zien we dat 'richtinggevende gesprekken' worden gevoerd. Dat zijn gesprekken met de cliënt om uit te zoeken wat de hulpvraag is. Deze gesprekken worden gevoerd vanuit het sociaal domein, de huisarts of de ggz. Er zijn meerdere varianten van deze richtinggevende gesprekken. Het doel van deze gesprekken is om samen de juiste zorg en ondersteuning te organiseren voor mensen met psychische problemen. De verwachting is dat wachtlijsten in de ggz hierdoor verminderen. Het 'verkennend gesprek' waar deze duiding over gaat, is één van de varianten van de richtinggevende gesprekken.

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) hebben zorgpartijen afspraken gemaakt om het verkennend gesprek breed toegankelijk te maken, als onderdeel van mentale gezondheidsnetwerken (MGN). Dat zijn samenwerkingsverbanden in een regio tussen sociaal domein, huisarts en ggz. Zij nemen samen de verantwoordelijkheid voor passende zorg en ondersteuning voor mensen met psychische klachten én met problemen op andere levensgebieden. De uitgangspunten van het verkennend gesprek zijn vastgelegd in de 'Werkwijze ontwikkeling Mentale gezondheidsnetwerken'[1]. Deze uitgangspunten nemen wij in onze duiding als vertrekpunt.

Het verkennend gesprek

Een cliënt met psychische klachten kan ook sociale problemen hebben. De huisarts of poh-ggz kan daardoor twijfels hebben over wat precies speelt aan problematiek bij deze cliënt. Het is daardoor lastig in te schatten of de cliënt doorverwezen moet worden naar de ggz, naar het sociaal domein of dat beiden nodig zijn of dat de cliënt geholpen kan worden in de eigen huisartsenpraktijk met ondersteuning uit het sociaal domein. De huisarts kan een cliënt aanmelden voor een verkennend gesprek.

[1] Werkwijze ontwikkeling Mentale gezondheidsnetwerken d.d. 1 maart 2024

Het verkennend gesprek wordt gevoerd door een ggz-behandelaar en een professional uit het sociaal domein. Zoveel als mogelijk is hierbij ook een ervaringsdeskundige aanwezig. De hulpvraag van de cliënt staat centraal. Het voordeel van het verkennend gesprek is dat professionals uit de ggz én het sociaal domein direct betrokken zijn en kunnen meedenken over de best passende oplossing op de hulpvraag. Het streven is dat een cliënt een passende vervolgbehandeling ontvangt binnen 4 weken na het verkennend gesprek.

Conclusie: verkennend gesprek is verzekerde zorg, op expertise sociaal domein na

Het Zorginstituut heeft beoordeeld of het verkennend gesprek vergoed kan worden uit het basispakket. Hierbij komen we tot de volgende conclusies:

1. De huisarts of prakijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (poh-ggz) bekijkt of een verkennend gesprek een cliënt kan helpen. Dit is 'geneeskundige zorg zoals huisartsen plegen te bieden' en kan worden vergoed uit het basispakket.
2. Professionals uit de ggz verlenen ggz-expertise tijdens het verkennend gesprek in de vorm van een advies aan de huisarts. Dit is 'geneeskundige zorg zoals medisch specialisten en klinisch psychologen, die plegen te bieden' en kan worden vergoed uit het basispakket. Hierbij geldt dat het verkennend gesprek pas wordt ingezet als de huisarts of poh-ggz een vermoeden heeft van een psychische stoornis.
3. De expertise vanuit het sociaal domein tijdens het verkennend gesprek valt niet onder geneeskundige zorg. Deze expertise kan daarom niet worden vergoed uit het basispakket, maar valt onder de verantwoordelijkheid van gemeenten.

Er geldt een ander wettelijk kader voor cliënten jonger dan 18 jaar die ggz-zorg nodig hebben: de Jeugdwet. Bij een verkennend gesprek voor deze groep cliënten is de gemeente – naast de expertise vanuit het sociaal domein - ook verantwoordelijk voor ggz-expertise vanuit de jeugd-ggz.

Onze duiding vindt plaats binnen het wettelijke kader van de Zvw en heeft betrekking op de situatie dat tijdens het verkennend gesprek in ieder geval een ggz-professional aanwezig is. In de werkwijze is aangegeven dat bij het verkennend gesprek altijd de ggz én het sociaal domein betrokken zijn. Ze zijn daarbij ook aanwezig, *tenzij dat door bijzondere omstandigheden niet kan*. Het Zorginstituut is van mening dat dit niet te vrijblijvend kan worden opgevat. Vanuit het oogpunt van passende zorg is de meerwaarde van het verkennend gesprek juist dat de hulpvraag en oplossingsrichtingen *interdisciplinair* worden verkend en dan is de aanwezigheid van zowel de ggz als het sociaal domein – en zoveel als mogelijk een ervaringsdeskundige – belangrijk om dit doel te behalen. Wij pleiten dan ook voor de aanwezigheid van een professional uit het sociaal domein. Voor het verlenen van passende zorg en ondersteuning aan mensen met psychische problemen is samenwerking tussen sociaal en zorgdomein immers onontbeerlijk. Hoe de inzet van het sociaal domein bij het verkennend gesprek kan worden ingevuld en bekostigd, valt gelet op de huidige wet- en regelgeving echter buiten de reikwijdte van het Zorginstituut.

Wij onderstrepen het belang om de komende periode te monitoren of de samenwerking tussen zorgdomein en sociaal domein in het verkennend gesprek tot stand komt. Op basis hiervan moet worden bezien of er meer regelruimte in zorg en/of sociaal domein nodig is om dit te faciliteren. Het is aan de stelselhouder om ervoor te zorgen dat eventuele belemmeringen op dit punt worden weggenomen.

Omdat andere richtinggevende gesprekken kunnen verschillen van het verkennend gesprek, kan niet op voorhand worden gezegd dat deze duiding ook van toepassing is op andere richtinggevende gesprekken. Dat is afhankelijk van de vormgeving van deze gesprekken, wie erbij betrokken zijn en de behoefte aan geneeskundige zorg.

Vervolg: verkennend gesprek mogelijk maken vanaf 2025

Deze duiding is de eerste stap om het verkennend gesprek beschikbaar te maken voor huisartsen en cliënten. Voordat het verkennend gesprek daadwerkelijk breed toegankelijk is, moet er nog een aantal stappen worden gezet. Het doel is dat het verkennend gesprek vanaf 2025 vergoed wordt uit het basispakket.

De vervolgstappen zijn:

- Een van de uitgangspunten van het verkennend gesprek is dat patiënten geen eigen risico hoeven te betalen. Het programma Mentale gezondheidsnetwerken zal onderzoeken hoe dit (juridisch) geregeld moet worden.
- Om het verkennend gesprek zo goed mogelijk in te zetten, is het belangrijk dat partijen een samenwerkingsrichtlijn ontwikkelen. Hierin kunnen zij criteria vaststellen om te bepalen voor welke cliënten een verkennend gesprek meerwaarde heeft. Dit is belangrijk om het risico van over- en onderbehandeling te voorkomen. Van overbehandeling kan sprake zijn als het verkennend gesprek wordt ingezet als tussenstation voor álle mensen met psychische problemen. Daarnaast is het belangrijk om in de gaten te houden dat de wachttijd niet oploopt voor mensen die direct worden doorverwezen naar de ggz. Dat kan het geval zijn als mensen via een verkennend gesprek eerder starten met een vervolgbehandeling in de ggz.
- Het is daarom belangrijk om te monitoren wat de effecten zijn van het verkennend gesprek en andere richtinggevende gesprekken op de gezondheid van cliënten, werkdruk voor zorgverleners en wachtlijsten in de ggz. Het is nog onduidelijk of het verkennend gesprek echt goed werkt om cliënten sneller de meest passende zorg te bieden op de juiste plek. Ook is het nog onduidelijk of het verkennend gesprek beter werkt dan andere vormen van richtinggevende gesprekken. Dit is dan ook de reden dat wij in het 'Signalement Passende Zorg voor mensen met psychische problemen[2]' de IZA-partijen oproepen om dit te (laten) onderzoeken.
- Om de inzet van een ggz-professional ten laste van de Zvw te kunnen brengen, zal in ieder geval een ggz-professional aanwezig moeten zijn. Over de aanwezigheid van het sociaal domein bij het verkennend gesprek zullen gemeenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken moeten maken. De realisatie daarvan zal de komende jaren gemonitord moeten worden evenals de eventuele belemmeringen, die daarbij optreden.
- Een huisarts of praktijkondersteuner ggz meldt een cliënt aan voor het verkennend gesprek en blijft verantwoordelijk voor de behandeling. Het programma Mentale gezondheidsnetwerken onderzoekt nog of de aanmelding door de huisarts ook als verwijzing naar de ggz kan gelden in het geval het advies luidt dat behandeling in de ggz is aangewezen. Ook zal het programma de juridische verantwoordelijkheden verder onderzoeken. Wij wijzen er hierbij op dat het verkennend gesprek op grond van de geldende wet- en regelgeving niet is vrijgesteld van de verwijsplicht.

[2] **Niemand** kan het alleen; Signalement passende zorg voor mensen met psychische problemen (publicatie Zorginstituut november 2023)

1 Inleiding

In het Integraal Zorg Akkoord (IZA) is afgesproken dat de overheid (regionale) samenwerking faciliteert door het inventariseren, toetsen en oplossen van knelpunten bij de organisatie van (domeinoverstijgende) regionale samenwerkingsverbanden. Een voorbeeld van deze regionale samenwerkingsverbanden zijn de Mentale Gezondheidsnetwerken (ook: MGN). Het MGN heeft meerdere functies die bijdragen aan de doelen van het IZA, waaronder de MGN-functie 'verkennend gesprek'. In dit rapport verduidelijkt het Zorginstituut in hoeverre dit verkennend gesprek onder de verzekerde aanspraken van de Zvw kan vallen.

1.1 Achtergrondinformatie

In het Integraal Zorg Akkoord (IZA) van september 2022 is afgesproken dat de overheid (regionale) samenwerking faciliteert door het inventariseren, toetsen en oplossen van knelpunten bij de organisatie van (domeinoverstijgende) regionale samenwerkingsverbanden. Een voorbeeld van deze regionale samenwerkingsverbanden zijn de Mentale Gezondheidsnetwerken. Het mentale gezondheidsnetwerk (MGN) is een duurzaam gelijkwaardig samenwerkingsverband in een regio tussen sociaal domein, huisartsen en ggz dat actief is voor, tijdens en na zorg- en ondersteuningstrajecten. De partners in een MGN nemen samen de verantwoordelijkheid voor passende zorg en ondersteuning voor alle personen met psychische klachten én problemen op andere levensgebieden én voor het realiseren van de andere doelstellingen van het MGN.

Doelstelling mentale gezondheidsnetwerk[1]
Met de mentale gezondheidsnetwerken willen partijen de volgende doelen bereiken;
> de hulp- en ondersteuningsvraag van personen en hun naasten worden snel en op de juiste plek opgepakt. Zo voorkomen we escalatie van problemen en onnodige instroom in de ggz.
> de beschikbare capaciteit (ggz, huisarts en sociaal domein) in de regio wordt optimaal benut.
> de wachttijd voor ggz-zorg voor mensen met complexe problematiek neemt af.

Het MGN heeft meerdere functies die bijdragen aan de doelen van het IZA, te weten:
I. Het verkennend gesprek
II. Transfermechanisme: matchen van vraag en aanbod
III. Informatievoorziening wachttijden en aanbod
IV. Domeinoverstijgend casusoverleg (optioneel)
In het IZA zijn afspraken gemaakt over het breed toegankelijk maken van de MGN-functie 'verkennend gesprek'. Dit rapport gaat specifiek over deze functie.

Er zijn veel ontwikkelingen voor wat betreft de toegang tot de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Door lange wachttijden en toenemende personeelstekorten wordt het steeds belangrijker om onnodige instroom van cliënten te voorkomen. Tegelijkertijd groeit de overtuiging dat een ggz-behandeling lang niet altijd de meest passende zorg is voor mensen die kampen met psychische klachten. Soms is iemand beter geholpen met deelname aan een herstelgroep of met hulp bij achterliggende sociale problemen (huisvesting, schulden en eenzaamheid). We zien dan ook in verschillende regio's de ontwikkeling naar zogenoemde 'richtinggevende gesprekken'. Deze gesprekken worden gevoerd vanuit het sociaal domein, huisartsen en/of ggz. Een richtinggevend gesprek kan er voor zorgen dat mensen de juiste zorg en ondersteuning krijgen. Naar verwachting kan het op die manier ook wachtlijsten verminderen.

Er zijn verschillende varianten van deze richtinggevende gesprekken. Naast het in het IZA genoemde verkennend gesprek dat wordt aanboden door de MGN zijn er ook andere initiatieven, zoals de Netwerkintake, het Herstelondersteunend Gesprek (HOG) en de Herstelondersteunende Intake (HOI). Een vergelijking tussen het verkennend gesprek, HOG en HOI laat zien dat er verschillen zijn, maar ook overeenkomsten. Er zijn onder andere verschillen tussen de plaats waar het gesprek plaatsvindt, met of zonder verwijzing naar de ggz, de rol van de ervaringsdeskundige en de betrokkenheid van een zelfregiecentrum, herstelacademie of herstelwerkplaats.

In het IZA ligt de focus op de variant 'verkennend gesprek' zoals dit wordt aangeboden via een MGN. In dit akkoord hebben veldpartijen in de zorg en de overheid afgesproken om hulpvragen vroeger te signaleren en snel te verhelderen via het verkennend gesprek, zodat ook snel duidelijk is welke zorg of ondersteuning nodig is. Samenwerking tussen het medisch en sociaal domein is hiervoor een voorwaarde. Als het gaat om mentale gezondheid, moet het vormgeven van MGN een sterke basis geven aan de beoogde veranderingen. Ze zijn volgens het akkoord essentieel om te kunnen komen tot aanvaardbare wachtlijsten in de ggz.
Zoals ook in de 'Werkwijze ontwikkeling Mentale gezondheidsnetwerken'[1] is benoemd gaat dit gepaard met ingrijpende veranderingen in en tussen organisaties in de zin van transitie (besturing en organisatie) en de transformatie (nieuw denken en handelen). Het Zorginstituut juicht deze verandering toe als dit leidt tot meer passende zorg.

Het Zorginstituut beoordeelt in dit rapport in hoeverre de MGN-functie 'verkennend gesprek' zoals benoemd in het IZA tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet gerekend kan worden. Omdat andere richtinggevende gesprekken kunnen verschillen van het verkennend gesprek, kan niet op voorhand worden gezegd dat deze duiding ook van toepassing is op andere richtinggevende gesprekken. Dat is afhankelijk van de vormgeving van deze gesprekken, wie erbij betrokken zijn en de behoefte aan geneeskundige zorg.

Uit het onderzoek van de Galan Groep[3] blijkt dat de samenwerking tussen huisartsen, professionals vanuit de ggz en een breed netwerk van sociaal-maatschappelijke instellingen vanuit de wetenschappelijke literatuur wordt onderschreven, maar dat er weinig onderzoek is gedaan naar transities en governance bij (het vormen van) mentale gezondheidscentra.
Wij willen daarom benadrukken dat een duiding van de MGN-functie 'verkennend gesprek' door het Zorginstituut niets zegt over de vraag of deze vorm van een richtinggevend gesprek effectiever is dan andere vormen. Dat is dan ook de reden dat wij in het 'Signalement Passende Zorg voor mensen met psychische problemen[2]' de IZA-partijen oproepen om te (laten) onderzoeken wat de effecten zijn van de verschillende vormen van richtinggevende gesprekken op onder andere de hulpvragers, de hulpverleners en de wachtlijsten.

1.2 Leeswijzer

Om te bepalen of het verkennend gesprek tot de te verzekeren prestaties van de Zvw gerekend kan worden, zijn de door partijen geformuleerde uitgangspunten van de MGN-functie 'verkennend gesprek' van belang zoals geformuleerd in de 'Werkwijze ontwikkeling Mentale gezondheidsnetwerken'. Daarom beschrijven we in hoofdstuk 2 eerst wat onder het verkennend gesprek moet worden volstaan volgens deze werkwijze. Vervolgens geven we antwoord op de vraag of het verkennend gesprek onder de Zvw valt en zo ja, onder welke voorwaarden. In hoofdstuk 3 plaatsen we enkele kanttekeningen bij de introductie van het verkennend gesprek. Waarom is een verkennend gesprek nodig? Criteria voor het aanvragen van een verkennend gesprek zijn nog niet helemaal helder, terwijl er wel extra gesprekken worden gevoerd die moeten worden bekostigd en drukken op de nu al schaarse personeelscapaciteit. Tenslotte maken we een aantal opmerkingen met betrekking tot de verwijsplicht en het verplicht eigen risico.

[3] Galan Groep 'Iedereen kent Oscar', het adviesrapport voor toetsing en de praktische en theoretische onderbouwing van de leidende principes Mentale Gezondheidscentra in opdracht van de IZA-Werkgroep Gezondheidscentrum/Verkennend

2 Verkennend Gesprek

Het verkennend gesprek is een interdisciplinair gesprek dat plaatsvindt op verzoek van de huisarts, waarin de hulpvraag en de krachten van een persoon met psychische klachten én problemen op andere levensdomeinen centraal staan. De persoon houdt de regie over de eigen gezondheid. Professionals uit de ggz en het sociaal domein denken mee over manieren voor de burger om het mentale evenwicht te hervinden. Het gaat zowel om geneeskundige zorg, zoals huisartsen die plegen te bieden als om geneeskundige zorg zoals medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden. Hiermee valt het verkennend gesprek onder de verzekerde prestaties van de Zvw. Een uitzondering hierop vormt de expertise vanuit het sociaal domein. Deze expertise kan niet ten laste van de Zvw komen, omdat geen sprake is van geneeskundige zorg.

2.1 Werkwijze ontwikkeling Mentale gezondheidsnetwerken

Om te kunnen bepalen welk soort zorg of ondersteuning nodig is bij een individuele zorgvraag kan de huisarts volgens het IZA straks iemand voor een verkennend gesprek aanmelden. Dat is een gesprek tussen de persoon met de hulpvraag en goed opgeleide professionals, waarbij wordt afgewogen welke inzet nodig is; inzet vanuit de ggz en/of het sociaal domein[4]. Het doel hiervan is dat de hulp- en ondersteuningsvraag van de cliënt snel en op de juiste plek wordt opgepakt, waardoor escalatie van problemen en onnodige instroom in de ggz wordt voorkomen. Maar ook dat de beschikbare capaciteit (ggz, huisarts en sociaal domein) in de regio optimaal wordt benut en de wachttijd voor ggz voor mensen met complexe problematiek afneemt.

De uitkomst van het verkennend gesprek kan volgens het IZA zijn dat er:

- *"Wmo ondersteuning, arbeidstoeleiding enz. nodig is. De patiënt wordt hiernaartoe begeleid en verder overgedragen aan de huisarts (blijft in zorg bij de huisarts);*
- *Er alleen ggz-zorg nodig is of een combinatie van ggz-zorg en hulp vanuit het sociaal domein. Dan is het streven dat binnen vier weken de behandelverantwoordelijkheid voor de cliënt door de ontvangende instelling (kerninstelling, andere instelling of vrijgevestigde) wordt overgenomen van de huisarts (ook als er nog geen intake heeft plaatsgevonden). Dat is een belangrijke verbetering ten opzichte van de huidige situatie waar de huisarts langdurig verantwoordelijk blijft als de patiënt moet wachten."*

De IZA-partijen staan voor de opdracht hiertoe een landelijk uniforme werkwijze te ontwikkelen met ruimte om deze aan te passen aan de regionale situatie. Deze uniforme werkwijze hebben partijen neergelegd in het document 'Werkwijze ontwikkeling Mentale gezondheidsnetwerken[1] (verder: de werkwijze). In de werkwijze zijn de uitgangspunten van het verkennend gesprek als volgt omschreven.

[4] Met het sociaal domein bedoelen we alle inspanningen van gemeenten rond werk, zorg voor jeugd, participatie en zelfredzaamheid op basis van: de Wmo 2015, Participatiewet, Jeugdwet en de Wet gemeentelijke schuldhulpverlening.

Functie I: Het Verkennend gesprek

Definitie
Het verkennend gesprek is een gesprek tussen de persoon[5] om wie het gaat, professionals uit ggz en sociaal domein en (doorgaans ook) naaste(n) van de persoon. Het gesprek wordt gevoerd vanuit inzichten over herstelbevordering en positieve gezondheid. De doelen staan hieronder. De hulpvraag en krachten van de persoon staan centraal: de gesprekspartners verkennen oplossingsrichtingen die werken voor deze persoon en maken afspraken over de uitvoering ervan. Het perspectief van persoon (en naaste(n)), van de professionals en ervaringsdeskundigheid zijn daarbij van gelijke waarde.

Doelgroep verkennend gesprek
Wie kan voor het verkennend gesprek worden aangemeld?
Het verkennend gesprek is bedoeld voor personen met psychische klachten én problemen op andere levensdomeinen voor wie een een-dimensionale aanpak met zorg of ondersteuning door alleen de huisarts, sociaal domein of ggz naar verwachting niet volstaat.

Doel
Het verkennend gesprek (met de opvolging hiervan) heeft als doel dat:
> de persoon, naasten en professionals inzicht krijgen in de hulpvraag van de persoon en in de context van de vraag;
> de persoon handvatten krijgt om het mentale evenwicht te hervinden;
> als zorg en/of ondersteuning nodig zijn, die op het juiste moment en de juiste plek worden georganiseerd.

We voorkomen zo samen onnodig zorg.

Resultaat
Het resultaat van het verkennende gesprek is een advies aan de huisarts die het gesprek voor de patiënt heeft aangevraagd. Omdat het advies in de praktijk een gezamenlijke beslissing is van de persoon, sociaal domein en ggz, mét afspraken over de opvolging ervan, kan de uitvoering meestal meteen starten zonder verdere acties van de huisarts[6]. Zijn zowel sociaal domein als ggz bij de uitvoering betrokken, dan overleggen de betrokken hulpverleners samen, met de persoon en naaste(n) erbij, (periodiek) om de uitvoering af te stemmen.

Goed om te weten
> Een huisarts kan nog steeds direct doorverwijzen.
> De persoon voor wie een verkennend gesprek wordt aangevraagd, kan binnen 1 of 2 weken terecht.
> Sommige partijen vinden dat ook anderen dan de huisarts een verkennend gesprek moet kunnen aanvragen. Dit zal in 2025 nog worden onderzocht en vraagt daarna om gezamenlijke besluitvorming. Voor nu is de aanvrager altijd een huisarts.
> Volgens het IZA is het streven dat als uit het verkennend gesprek een verwijzing naar de ggz volgt, de behandelverantwoordelijkheid voor de persoon binnen vier weken wordt overgenomen door de ontvangende ggz-aanbieder, ook als er nog geen intake heeft plaatsgevonden[7].
> Bij het verkennend gesprek zijn altijd de ggz én het sociaal domein betrokken. Ze zijn daarbij ook aanwezig, tenzij dat door bijzondere omstandigheden niet kan. Zoveel als mogelijk sluit ook een ervaringsdeskundige uit ggz of sociaal domein aan.
> Bij voorkeur neemt ook de naaste van de persoon deel in het verkennend gesprek. Dit kan een gezins- of familielid zijn, maar bijvoorbeeld ook een vriend(in). Het gaat in ieder geval om iemand die voor de persoon een belangrijke 'hulpbron' is. Zo kan de

[5] In de werkwijze bedoelen partijen hiermee de persoon van 18 jaar en ouder met een verplichte zorgverzekering. De invoering van het verkennend gesprek ten laste van de Jeugdwet, moet nog worden verkend.
[6] Het programma onderzoekt nog of de aanmelding door de huisarts zo nodig ook als verwijzing naar de ggz kan gelden.
[7] De behandelende ggz-organisatie is afhankelijk van de uitkomst van het verkennend gesprek, de hoeveelheid ingekochte zorg door verzekeraars, de actuele wachtlijsten van aanbieders, de afspraken op transfertafels en de voorkeur van de patiënt. Door de IZA-afspraken werken we toe naar intake en behandeling binnen de Treek-normen. Het verkennend gesprek is geen verkorte route voor verwijzing naar de ggz.

hulp-/ondersteuningsvraag vanuit meerdere perspectieven worden bekeken: dat van de persoon en naasten en dat van ggz en sociaal domein.
> Doorgaans volstaat één verkennend gesprek. Bij complexe hulpvragen kunnen dit er maximaal twee zijn. Een verkennend gesprek duurt in de regel 1 uur en kan op locatie of online plaatsvinden.
> Hoe het advies aan de huisarts met gezamenlijke afspraken wordt genoemd, kan per regio verschillen.

Verschil met bestaand aanbod
Het verkennend gesprek komt naast het al bestaande aanbod van zorg en ondersteuning. Het verschil met dat aanbod zit het vanaf de start samenwerken en de interdisciplinaire benadering. Het betrekken van verschillende perspectieven (zorg en sociaal domein, ervaringsdeskundigheid) draagt bij aan het vinden van oplossingen buiten de zorg. De oplossingen zijn vervolgens eenvoudig toegankelijk, door samenwerkingsafspraken die het traject dat de persoon aflegt, vergemakkelijken.

Dit zijn de concrete verschillen met bestaand aanbod.

> bij de **POH-ggz** gaat het net als in het verkennend gesprek om sociale, psychische en somatische factoren. De zorg van de POH is echter monodisciplinair: het is huisartsenzorg. Het verkennend gesprek is per definitie interdisciplinair, door de betrokkenheid van sociaal domein, ggz en ervaringsdeskundigheid. Het verkennend gesprek wordt daar ingezet als de brede monodisciplinaire benadering niet toereikend is.

> Welzijn op recept is ondersteuning uit het sociaal domein voor mensen die (gezondheids-)klachten ervaren door sociaal-maatschappelijke problemen. De ondersteuning is, anders dan het verkennend gesprek, monodisciplinair. Zogenoemde 'multiproblematiek' is een contra-indicatie voor Welzijn op recept, maar juist een indicatie voor het verkennend gesprek.

> Diagnostiek in de geneeskundige ggz
Het doel van een diagnostiekconsult is om een diagnose te stellen. Het leidt tot een intakeverslag of diagnostisch rapport, dat input is voor een behandelplan. Het verkennend gesprek gaat niet om een diagnose of een behandelplan, maar om het samen met de persoon interdisciplinair verkennen van hulpvraag en oplossingsrichtingen. Geneeskundige ggz is maar een van die oplossingsrichtingen. Pas als betrokkenen die oplossingsrichting zouden kiezen, komt diagnostiek in beeld.

> De consultatie ggz door sociaal domein is een contact tussen professionals óver een persoon die ondersteuning krijgt in het sociaal domein. De persoon zelf is niet bij het gesprek betrokken. In het verkennend gesprek is de persoon juist wel betrokken, als gelijkwaardige gesprekspartner.

2.2 Verkennend gesprek samengevat

De huisarts krijgt een veelheid aan klachten en vragen gepresenteerd die betrekking hebben op psychische en/of psychosociale problematiek. De brede blik – kijken naar somatische, sociale en psychische factoren – is typisch voor de huisartsgeneeskundige blik. De huisartsenzorg is per definitie monodisciplinair en is zorg voor mensen met veel voorkomende, lichtere problematiek. Als de huisarts/poh-ggz de cliënt niet verder kan helpen binnen de huisartsenpraktijk en het helder is waar de patiënt naartoe moet, verwijst de huisarts de cliënt naar de ggz OF sociaal domein.

In situaties waarbij de huisarts/poh-ggz twijfels heeft over wat er precies speelt aan problematiek bij de persoon en van mening is dat een blik nodig is vanuit de ggz EN sociaal domein, dan kan de huisarts voor de cliënt een verkennend gesprek aanvragen. Bij het

verkennend gesprek is sprake van multidisciplinair kijken door ggz en sociaal domein, zodat niet alleen medisch (vanuit de psychiatrie) maar ook de sociale problematiek wordt betrokken.

In het verkennend gesprek wordt uitgezocht wat de hulpvraag is, wat er speelt op de diverse levensgebieden en welke ondersteuning kan worden geboden. De gesprekken worden gevoerd door een ggz-behandelaar en een professional uit het sociaal domein aangevuld met ervaringsdeskundige expertise. De huisarts/poh-ggz meldt de persoon aan voor het verkennend gesprek. De huisarts/poh-ggz roept de expertise van de ggz en het sociaal domein in om mee te denken met de cliënt over de best passende plek om een antwoord te vinden op de hulpvraag. Soms kan een cliënt na het verkennend gesprek zelf weer verder samen met zijn of haar netwerk of is hij geholpen met hulp via bijvoorbeeld een herstelwerkplaats. Het verkennend gesprek kan resulteren in een verwijzing naar de ggz, maar dat hoeft dus niet De meerwaarde van het verkennend gesprek zit hem erin dat in het verkennend gesprek zowel de ggz als het sociaal domein direct bij een cliënt worden betrokken en de expertise zodoende bijeen wordt gebracht. Het advies dat uit het verkennend gesprek voortvloeit is een gezamenlijke beslissing van de persoon, sociaal domein en ggz, mét afspraken over de opvolging ervan. Het programma Mentale gezondheidsnetwerken zal nog uitzoeken hoe het zit met juridische verantwoordelijkheden.

2.3 Valt het verkennend gesprek onder de Zvw?

Het verkennend gesprek wordt uitgevoerd door een ggz-professional in samenwerking met een professional uit het sociaal domein zo mogelijk aangevuld met een ervaringsdeskundige. Om te bepalen of het verkennend gesprek kan worden gerekend tot het verzekerde domein van de Zorgverzekeringwet (Zvw), zetten we hier allereerst de relevante wet- en regelgeving uiteen.

Wettelijk kader

Behoefte aan verzekerde zorg
Op grond van artikel 10 van de Zvw is het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico *de behoefte* aan een bepaalde vorm van zorg of dienst, zoals vermeld in dit artikel.

Plegen te bieden-criterium
Om te beoordelen of het gaat om zorg en diensten die tot een te verzekeren prestatie in het kader van de Zvw behoort, legt het Zorginstituut het wettelijk criterium 'plegen te bieden' uit op de wijze zoals is opgenomen in onze rapporten[8,9] over dit criterium.

> Geneeskundige zorg zoals die is beschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering (Bzv): zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die *plegen te bieden* [……].

Geneeskundige zorg wordt gedefinieerd als zorg gericht op herstel of voorkoming van verergering van een psychische of somatische aandoening. Alle activiteiten die de genoemde beroepsgroepen in het kader van geneeskundige zorg *plegen te bieden* voor een bepaalde doelgroep met een bepaalde zorgvraag, behoren tot het verzekerde domein. De omschrijving 'plegen te bieden' concretiseert het algemene begrip geneeskundige zorg door te verwijzen naar domeinen van beroepsgroepen.

Vanuit de Zvw beredeneerd gaat het bij het verkennend gesprek om het concretiseren van de behoefte aan verzekerde zorg (artikel 10, Zvw), in dit geval of er behoefte is aan verzekerde ggz-zorg. Er is slechts sprake van behoefte aan verzekerde ggz-zorg als bij de cliënt sprake is van een (vermoeden van) een psychische stoornis[10]. Als er *daarnaast* problemen zijn op andere levensdomeinen, kan een verkennend gesprek mogelijk meerwaarde hebben, omdat het sociaal domein direct bij een cliënt wordt betrokken. Bij psychische klachten, zonder dat er sprake is

[8] Betekenis en beoordeling criterium 'plegen te bieden' (november 2008)
https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2008/11/17/betekenis-en-beoordeling-criterium-plegen-te-bieden
[9] Bijlage 2 bij Pakketbeheer in de praktijk, deel 3 (oktober 2013)
https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2013/10/18/pakketbeheer-in-de-praktijk-deel-3
[10] Geneeskundige GGZ (deel 1: Wat is nu verzekerde zorg en wat niet?) (april 2012)

van een (vermoeden van) een psychische stoornis, kan de huisarts met ondersteuning van de poh-ggz de patiënt zelf behandelen en zo nodig verwijzen naar het sociaal domein.

De huisarts kan een verkennend gesprek aanvragen wanneer hij/zij twijfelt of doorverwijzing naar de ggz leidt tot de meest passende zorg en van mening is dat een blik nodig is vanuit de ggz EN sociaal domein. Vragen die daarbij spelen zijn of verwijzing naar de ggz geïndiceerd is of dat alleen ondersteuning vanuit het sociaal domein nodig is, dan wel dat beiden nodig zijn. In het laatste geval zal tijdens het verkennend gesprek worden beoordeeld op welke wijze (gelijktijdig of achtereenvolgend) de ggz-behandeling en ondersteuning vanuit het sociaal domein het beste kan worden aangeboden. Hierop volgt een advies aan de huisarts over wat de best passende zorg is. Het advies dat uit het verkennend gesprek voortvloeit is een gezamenlijke beslissing van de persoon, sociaal domein en ggz, mét afspraken over de opvolging ervan.

De activiteiten in het kader van het verkennend gesprek zijn in termen van verzekerde prestaties Zvw als volgt te duiden:

1. Het inschatten door de huisarts/poh-ggz of een cliënt baat heeft bij een verkennend gesprek – waarbij een ggz-professional én een professional uit het sociaal domein worden geconsulteerd – is 'geneeskundige zorg zoals huisartsen plegen te bieden' (artikel 2.4, eerste lid, Bzv).
2. Het verlenen van ggz-expertise in het kader van het verkennend gesprek in de vorm van een advies aan de huisarts, valt onder de 'geneeskundige zorg zoals medisch specialisten en klinisch psychologen, die plegen te bieden (artikel 2.4, eerste lid, Bzv). Daarbij geldt dat het verkennend gesprek pas wordt ingezet als er tenminste sprake is van (een vermoeden van) een psychische stoornis.
3. De expertise die tijdens het verkennend gesprek vanuit het sociaal domein wordt ingebracht, valt niet onder (de behoefte aan) geneeskundige zorg en kan dan ook niet ten laste van de Zvw komen.

Onze duiding heeft betrekking op de situatie dat tijdens het verkennend gesprek in ieder geval een ggz-professional aanwezig is. In de werkwijze is aangegeven dat bij het verkennend gesprek altijd de ggz én het sociaal domein betrokken zijn. Ze zijn daarbij ook aanwezig, *tenzij dat door bijzondere omstandigheden niet kan*. Het Zorginstituut is van mening dat dit niet te vrijblijvend kan worden opgevat. Vanuit het oogpunt van passende zorg is de meerwaarde van het verkennend gesprek juist dat de hulpvraag en oplossingsrichtingen *interdisciplinair* worden verkend en dan is de aanwezigheid van zowel de ggz als het sociaal domein – en zoveel als mogelijk een ervaringsdeskundige – belangrijk om dit doel te behalen.

Wij pleiten dan ook voor de aanwezigheid van een professional uit het sociaal domein. Voor het verlenen van passende zorg en ondersteuning aan mensen met psychische problemen is samenwerking tussen sociaal en zorgdomein immers onontbeerlijk. Hoe de inzet van het sociaal domein bij het verkennend gesprek kan worden ingevuld en bekostigd, valt gelet op de huidige wet- en regelgeving echter buiten de reikwijdte van het Zorginstituut.

Overigens gaat het bij het bepalen van de behoefte aan verzekerde ggz-zorg om cliënten van 18 jaar en ouder. Voor cliënten jonger dan 18 jaar die ggz-zorg nodig hebben, geldt immers een ander wettelijk kader, namelijk de Jeugdwet. Indien het verkennend gesprek noodzakelijk is voor een jeugdige dan is de gemeente, naast de inbreng vanuit het sociaal domein als benoemd onder 3, ook verantwoordelijk voor ggz-expertise als benoemd onder 2 vanuit de jeugd-ggz (Jeugdwet).

Conclusie

Vanuit de Zvw beredeneerd gaat het bij het verkennend gesprek om het concretiseren van de behoefte aan verzekerde zorg voor cliënten van 18 jaar en ouder, in dit geval of er behoefte is aan verzekerde ggz-zorg. Er is slechts sprake van behoefte aan verzekerde ggz-zorg als bij de cliënt sprake is van een (vermoeden van) een psychische stoornis. Als er *daarnaast* problemen zijn op andere levensdomeinen, kan een verkennend gesprek mogelijk meerwaarde hebben omdat het sociaal domein direct bij een cliënt wordt betrokken.

De activiteiten in het kader van het verkennend gesprek vallen op grond van artikel 2.4, eerste lid, Bzv, zowel onder de geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, als onder de geneeskundige zorg zoals medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden. De activiteiten vinden plaats in samenwerking; de aanvraag voor het verkennend gesprek door de huisarts en het in gang zetten van het verkennend gesprek en de opvolging daarvan door ggz en sociaal domein. De inzet van de huisarts en de ggz vallen onder de Zvw. Een uitzondering hierop betreft de expertise vanuit het sociaal domein. Deze inbreng kan niet ten laste van de Zvw komen, omdat er geen sprake is van geneeskundige zorg.

Onze duiding vindt plaats binnen het wettelijke kader van de Zvw en heeft betrekking op de situatie dat tijdens het verkennend gesprek in ieder geval een ggz-professional aanwezig is. Uit het oogpunt van passende zorg pleiten wij voor de aanwezigheid van een professional uit het sociaal domein. Voor het verlenen van passende zorg en ondersteuning aan mensen met psychische problemen is samenwerking tussen sociaal en zorgdomein immers onontbeerlijk. Hoe de inzet van het sociaal domein bij het verkennend gesprek kan worden ingevuld en bekostigd, valt gelet op de huidige wet- en regelgeving echter buiten de reikwijdte van het Zorginstituut.

Over de aanwezigheid van het sociaal domein bij het verkennend gesprek zullen gemeenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken moeten maken. Wij onderstrepen het belang om de komende periode te monitoren of de samenwerking tussen zorgdomein en sociaal domein in het verkennend gesprek tot stand komt. Op basis hiervan moet worden bezien of er meer regelruimte in zorg en/of sociaal domein nodig is om dit te faciliteren. Het is aan de stelselhouder om ervoor te zorgen dat eventuele belemmeringen op dit punt worden weggenomen.

3 Overige aandachtspunten

Bij de introductie van het verkennend gesprek zijn kanttekeningen te plaatsen. In hoeverre het verkennend gesprek de verwachtingen kan waarmaken dat mensen met psychische klachten én problemen op andere levensdomeinen sneller op de juiste plek worden geholpen en dat de wachttijden voor ggz-zorg zullen afnemen, zal uit de praktijk moeten blijken. Ook is het belangrijk dat partijen zo helder mogelijke criteria ontwikkelen om vast te stellen voor welke patiënten een verkennend gesprek meerwaarde heeft, bijvoorbeeld door middel van een samenwerkingsrichtlijn. Het verkennend gesprek, en de varianten daarop, leiden tot extra gesprekken die wel moeten worden bekostigd en waarvoor de nu al schaarse personeelscapaciteit wordt gebruikt. Het is daarom van belang de ontwikkelingen in de praktijk goed te monitoren. Als wenselijk is dat de verwijsplicht en het verplicht eigen risico niet gelden voor het verkennend gesprek, zal moeten worden bezien op welke wijze dit juridisch gezien kan worden geregeld.

3.1 Kanttekeningen

3.1.1 Huidige situatie

In de huidige situatie is sprake van triage door de huisarts al dan niet na consultatieve raadpleging. Deze triage leidt ertoe dat:
1 de cliënt verder wordt geholpen binnen de huisartsenpraktijk door huisarts en/of poh-ggz;
2 de ernst van de problematiek zodanig is dat de huisarts en/of poh-ggz besluit de cliënt door te verwijzen naar de ggz;
3 de huisarts/poh-ggz verwacht dat de cliënt beter is geholpen met hulp vanuit het sociaal domein of anderszins.

Ad 1

De functie[11] van de poh-ggz (praktijkondersteuner huisarts – ggz) is gericht op patiënten met psychische en psychosociale problematiek. Het gaat primair om het nader analyseren en uitdiepen van de hulpvraag en klachten, begeleiding en kortdurende behandeling binnen de huisartsenpraktijk. Zo nodig vindt verwijzing plaats, naar de ggz of naar het sociaal domein. De huisarts en poh-ggz kennen de lokale en regionale sociale kaart[12] en weten hoe zij in contact kunnen komen met lokale en regionale welzijnsorganisaties, wijkteams, lotgenotencontact, geestelijk verzorgenden, ervaringsdeskundigen, patiëntenorganisaties, generalistische basis ggz, gespecialiseerde ggz en het loket Wet maatschappelijke ondersteuning van de gemeente.

Ad 2

Als een cliënt wordt doorverwezen naar de ggz volgt er een intake bij de ggz, maar de wachttijden zijn lang. Voor de wachttijden in de ggz gelden de zogenoemde Treeknormen. Deze geven de volgens het veld maximaal aanvaardbare wachttijden weer. De wachttijd tussen het eerste contact van de cliënt tot aan de intake zou volgens de Treeknormen beperkt moeten zijn tot 4 weken, de zogenoemde aanmeldwachttijd. De tijd tussen de intake en de start van

[11] Functie- en competentieprofiel 'Praktijkondersteuner huisarts GGZ' (versie 1.0 d.d. 4 maart 2020) https://poh-ggz.nl/wp-content/uploads/2020/03/Definitief-Functie-en-competentieprofiel-POH-GGZ-2020-versie-1.0-04032020.pdf
[12] Generieke Module Psychische klachten in de huisartsenpraktijk (2022) https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/psychische-klachten-in-de-huisartsenpraktijk/introductie

de behandeling zou beperkt moeten zijn tot 10 weken, de zogenoemde behandelwachttijd. De maximaal aanvaardbare totale wachttijd bedraagt dus 14 weken. In de praktijk staat ruim de helft van alle wachtenden langer dan de Treeknorm op de wachtlijst, waarbij de aanmeldwachttijd vaak langer blijkt te zijn dan de behandelwachttijd[13].

Ad 3
Als de huisarts/poh-ggz van oordeel is dat de cliënt beter is geholpen met hulp vanuit het sociaal domein kan de huisarts onder andere gebruik maken van 'Welzijn op recept'. Welzijn op recept (WOR)[14] is een methodiek waarbij patiënten met psychosociale klachten worden verwezen naar de welzijnscoach. Het gaat hierbij om fysieke klachten waarbij onderliggende sociale maatschappelijke problemen een rol kunnen spelen. In dat geval zijn mensen vaak beter geholpen in het sociaal domein dan in het medisch domein. Een huisarts kan bij zulke klachten verwijzen naar een welzijnscoach. Een welzijnscoach kan verder kijken dan de ervaren fysieke klachten, bijvoorbeeld naar (psycho) sociale problemen zoals schulden, huisvesting of vereenzaming die mogelijk een effect hebben op de klachten. De welzijnscoach levert met WOR een integrale manier zorg en ondersteuning. Huisartsen en welzijnscoaches werken hierin actief met elkaar samen.

3.1.2 Nieuwe situatie
In de nieuwe situatie wordt het verkennend gesprek geïntroduceerd. Positief ten opzichte van de bestaande situatie is, dat in het verkennend gesprek zowel de ggz als het sociaal domein direct bij een cliënt worden betrokken en de expertise zodoende bijeen wordt gebracht. Organisatorisch is dit gesprek een tussenvorm tussen al bestaande zorgvormen, zoals
1. de triage door de huisarts/poh-ggz;
2. de consultatieve raadpleging van de ggz door de huisarts;
3. de intake door de ggz.

Deze bestaande zorgvormen hebben eveneens tot doel om de problematiek en de mogelijke oplossingsrichtingen te verkennen. Het verkennend gesprek moet gezien worden als een aanvulling op de bestaande zorgvormen, waarbij de hulpvraag en oplossingsrichtingen *interdisciplinair* worden verkend hulpvraag en oplossingsrichtingen *interdisciplinair* worden verkend. Bij het verkennend gesprek zijn wel enkele kanttekeningen te plaatsen.

> Waarom is het verkennend gesprek nodig?
Het verkennend gesprek, maar ook andere varianten van richtinggevende gesprekken, wordt in feite geïntroduceerd omdat de huidige situatie niet goed functioneert. De wachttijden in de ggz spelen hierbij een rol. Daarnaast speelt mee dat de huisarts/poh-ggz in een deel van de gevallen, als er vermoeden is van een combinatie van psychische en sociale problematiek, onvoldoende in staat is om te beoordelen of een verwijzing naar de ggz geïndiceerd is. Als volgens de huisarts/poh-ggz de blik nodig is vanuit ggz EN sociaal domein, kan een verkennend gesprek van meerwaarde zijn. Het is de verwachting dat door het verkennend gesprek in te stellen, mensen met psychische klachten én problemen op andere levensdomeinen sneller op de juiste plek worden geholpen. Of dit ook daadwerkelijk het geval is, zal uit de praktijk moeten blijken (zie ook onder kanttekening 'effectiviteit').

> Criteria verhelderen
In de uitgangspunten van het verkennend gesprek zoals omschreven in de werkwijze is de doelgroep niet scherp omschreven. Volgens de definitie gaat het om personen met psychische klachten én problemen op andere levensdomeinen voor wie een een-dimensionele aanpak met zorg of ondersteuning door alleen de huisarts, sociaal domein of ggz naar verwachting niet volstaat. Naar mening van het Zorginstituut is deze definitie te globaal.
Het ontbreekt aan heldere criteria waaraan een cliënt moet voldoen om voor een verkennend gesprek in aanmerking te komen. Dit brengt risico's met zich mee van over- en onderbehandeling:
- Voorkomen moet worden dat het verkennend gesprek een tussenstation wordt voor alle mensen met psychische problemen. Op basis van de definitie in de werkwijze kan een verkennend gesprek worden aangevraagd bij lichte psychische/psychosociale klachten, die goed te behandelen zijn door de huisarts/poh-ggz in combinatie met begeleiding vanuit het

[13] NZa-Informatiekaart Wachttijden ggz 2022 – februari 2023 https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_733990_22/
[14] NZa-Informatiekaart 'Welzijn op recept' augustus 2021 https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_651931_22/1/

sociaal domein. Voor de verzekerde aanspraken in het kader van de Zvw geldt dat bij een verkennend gesprek sprake moet zijn van een (vermoeden van) een psychische stoornis en aanwezigheid van ggz-expertise.
- Het streven dat de behandelverantwoordelijkheid binnen vier weken na het verkennend wordt overgenomen van de huisarts door de ontvangende instelling, kan ervoor zorgen dat er een opwaartse prikkel ontstaat voor het aanvragen van verkennende gesprekken, zeker als de criteria hiervoor niet eenduidig zijn.
- Een verkennend gesprek kan er ook voor zorgen dat de behandelwachttijd wordt verkort. Ook dit kan een opwaartse prikkel geven voor het aanvragen van een verkennend gesprek. In de werkwijze wordt gesproken over 'overbruggingszorg', maar het is onduidelijk, wat dit precies inhoudt.
- Ook zou een verkennend gesprek kunnen leiden tot verdringing van zorg. Als ggz-zorgaanbieders zich houden aan de afgesproken streefnormen na afname van het verkennend gesprek, is het voorstelbaar dat cliënten die *direct* worden verwezen naar de ggz langer moet wachten op een behandeling.

Om deze reden is het belangrijk zo helder mogelijke criteria te ontwikkelen om vast te stellen voor welke patiënten een verkennend gesprek meerwaarde heeft. De suggestie van de huisartsen dat de betrokken partijen hiertoe een samenwerkingsrichtlijn ontwikkelen, juicht het Zorginstituut dan ook toe.

> Extra gesprekken

De nieuwe tussenvormen leiden tot extra gesprekken, die wel bekostigd moeten worden en waarvoor de nu al schaarse personeelscapaciteit wordt gebruikt. Het is de vraag hoeveel ggz-inzet is gemoeid met deze richtinggevende gesprekken. Ook kunnen wij ons voorstellen dat een extra gesprek bezwaarlijk kan zijn. Een extra gesprek heeft immers tot gevolg dat cliënten (ook als zij geen hulp vanuit het sociaal domein nodig hebben) hun verhaal meerdere keren én aan meer personen moeten doen en dit kan als een inbreuk worden ervaren.

> Inzet ervaringsdeskundige

De werkwijze gaat ervanuit dat bij het verkennend gesprek - naast professionals uit de ggz én het sociaal domein - zoveel mogelijk een ervaringsdeskundige aanwezig is. Ervaringsdeskundigen zijn zowel werkzaam in het sociaal domein als in de ggz (onder verantwoordelijkheid van een regiebehandelaar). De plaats van deze ervaringsdeskundige in het verkennend gesprek blijft vooralsnog onderbelicht. Het is onduidelijk wanneer een ervaringsdeskundige wordt ingezet vanuit het sociaal domein en wanneer vanuit de ggz en welke criteria hiervoor gelden. Dit is van belang voor de vraag hoe de inzet van een ervaringsdeskundige moet worden bekostigd. Het is aan partijen hierover afspraken te maken.

> Effectiviteit

Het staat vooralsnog niet vast dat deze richtinggevende gesprekken effectief zijn. In ons 'Signalement Passende Zorg voor mensen met psychische problemen' roepen wij de IZA-partijen dan ook op om te (laten) onderzoeken wat de effecten zijn van de verschillende vormen van richtinggevende gesprekken op onder andere de hulpvragers, de hulpverleners en de wachtlijsten. Het is de vraag of deze richtinggevende gesprekken leiden tot een snellere start van de ggz-behandeling als die noodzakelijk is. Belangrijk is om te monitoren en te evalueren of het verkennend gesprek inderdaad leidt tot betere zorg en de wachtlijsten reduceert.

> Monitoring

Al met al noopt dit ertoe deze nieuwe situatie goed te monitoren, om zodoende antwoord te krijgen op de vraag of richtinggevende gesprekken, zoals het verkennend gesprek, er inderdaad voor zorgen dat de cliënt sneller de meest passende zorg op de juiste plaats ontvangt.

3.2 Verplicht eigen risico

Een van de uitgangspunten van het verkennend gesprek in het IZA is dat er geen eigen risico voor de patiënt geldt als hij/zij niet wordt doorverwezen naar de ggz.

Op grond van artikel 2.17 van het Bzv vallen bepaalde vormen van zorg buiten het verplicht eigen risico, waaronder 'huisartsenzorg' en 'multidisciplinaire eerstelijnszorg' waar huisartsenzorg deel van uitmaakt. Zoals in paragraaf 2.3 is aangegeven is er bij het verkennend gesprek sprake van geneeskundige zorg, zoals huisartsen, medisch specialisten (psychiaters) en klinisch psychologen die plegen te bieden.

Omdat geneeskundige zorg zoals medisch specialisten (psychiaters) en klinisch psychologen die plegen te bieden, niet is vrijgesteld van het eigen risico, moeten wij constateren dat het verkennend gesprek op basis van de huidige wet- en regelgeving onder het verplicht eigen risico valt. Het gaat niet *uitsluitend* om huisartsenzorg, noch om multidisciplinaire *eerste*lijnszorg. Als het – overeenkomstig de afspraken in het IZA – wenselijk is dat het eigen risico niet geldt voor het verkennend gesprek, zal moeten worden bezien op welke wijze dit (juridisch) kan worden geregeld.

Uitleg eigen risico in relatie tot de term 'huisartsenzorg'

Sinds 1 januari 2020 is artikel 2.17, eerste lid, van het Bzv gewijzigd. Met deze wijziging is geregeld dat de uitzondering op de toepassing van het verplicht eigen risico niet meer geldt voor alle zorg die geboden wordt onder 'geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. De uitzondering is gespecificeerd tot 'huisartsenzorg'. In de nota van toelichting op het wijzigingsbesluit is het volgende te lezen*: "De term 'huisartsenzorg' bevat de zorg die binnen de huisartsenpraktijk wordt geboden door of namens de huisarts (bijvoorbeeld door een Praktijkondersteuner Huisartsen, POH). Het gaat daarbij om de basisvoorziening huisartsenzorg en heeft betrekking op zorgvragen en aandoeningen waarvoor de huisarts doorgaans fungeert als eerste aanspreekpunt voor de patiënt en fungeert als poortwachter."*

Het Zorginstituut interpreteert 'basiszorg' als 'basisaanbod' zoals de huisartsen als beroepsgroep dit aanbod zelf omschrijven. Het Zorginstituut komt tot deze uitleg[15] door te redeneren vanuit het professionele arsenaal zoals dat voor de hele beroepsgroep geldt. Het verkennend gesprek zoals omschreven in de werkwijze kan niet worden gerekend tot het basisaanbod huisartsenzorg en wordt ook niet binnen de huisartsenpraktijk geboden.

3.3 Artikel 14, Zvw

In het kader van het verkennend meldt de huisarts/poh-ggz de persoon aan voor het verkennend gesprek. De huisarts/poh-ggz blijft echter verantwoordelijk en verwijst (nog) niet naar de ggz. Het verkennend gesprek is op grond van de geldende wet- en regelgeving echter niet vrijgesteld van de verwijsplicht.

Artikel 14 van de Zorgverzekeringswet bepaalt dat een zorgverzekeraar in zijn modelovereenkomst opneemt dat medisch-specialistische zorg, behoudens acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts. Deze bepaling vloeit voort uit de wens om zeker te stellen dat de verzekerde alleen geneeskundige zorg ontvangt na verwijzing en dat de rol van de eerstelijnszorgaanbieders in het algemeen en die van de huisarts in het bijzonder als poortwachter voor de toegang tot de tweedelijnszorg blijft bestaan. Dit betekent dat voor de gespecialiseerde ggz-zorg die tijdens het verkennend gesprek wordt verleend op grond van artikel 14 Zvw een verwijzing nodig is, ook als de uitkomst van het verkennend gesprek is dat ggz-behandeling niet is aangewezen.

[15] Notitie Verduidelijking over de inhoud en omvang van het verplicht eigen risico in de Zorgverzekeringswet en de gevolgen van de wijziging van 1 januari 2020 van het Besluit zorgverzekering, april 2021
https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2021/04/09/notitie-verduidelijking-inhoud-en-omvang-verplicht-eigen-risico-zvw

Als het wenselijk is dat de verwijzing niet geldt bij het verkennend gesprek, zal moeten worden bezien hoe dit (juridisch) kan worden geregeld.

3.4 Bekostiging en budgettair kader

Het Zorginstituut gaat niet over de vraag hoe het verkennend gesprek moet worden bekostigd en onder welk budgettair kader het verkennend gesprek zou moeten vallen. Wat betreft de bekostiging verwijzen we naar de tarief- en prestatieregulering van de NZa voor respectievelijk de huisartsenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. De NZa regelt hoe zorgaanbieders de prestaties en de tarieven rechtsgeldig in rekening kunnen brengen bij de zorgverzekeraars, verzekerden, niet-verzekerden (en de Minister van JenV). Wettelijk is niet geregeld onder welke beleidsregels en budgettaire kaders bepaalde zorg zou moeten vallen. De NZa is daar in principe vrij in en datzelfde geldt voor VWS ten aanzien van de financiële kaders.

Wat betreft de bekostiging noemen we het voorbeeld van de al bestaande consultatieve raadpleging/meekijkconsult van de ggz. Ook hier is sprake van geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en geneeskundige zorg zoals medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden. De NZa heeft om moverende redenen bepaald dat de consultatieve raadpleging van de ggz dient te worden bekostigd vanuit de Module poh-ggz en/of de prestatie ‘Meekijkconsult’ van de huisarts. Ook voor de bekostiging van het verkennend gesprek is het aan de NZa daarvoor een adequate bekostiging te realiseren. Het is vervolgens aan VWS te besluiten ten laste van welk kader het komt.

Colofon

Volgnummer	2023048353
Contactpersoon	mw. E.C.M. Visser +31652391363
Afdeling	Zorg
Team	GGZ & Sociaal Domein
Uitgebracht aan	IZA Partijen