

## Verantwoordelijkheden in en na het verkennend gesprek

Handreiking voor de praktijk, versie december 2024

### De context van deze notitie

In de [Werkwijze Ontwikkeling Mentale gezondheidsnetwerken](#) wordt het verkennend gesprek beschreven. Het is één van de functies die de in het netwerk samenwerkende partijen aanbieden.

In het verkennend gesprek komt iemand met een hulpvraag samen met professionals uit sociaal domein en ggz tot een plan om met de hulpvraag aan de slag te gaan. Het verkennend gesprek wordt gevoerd vanuit inzichten over herstelbevordering en positieve gezondheid. De gespreksvoering draagt bij aan herstel, hoop en regie bij de persoon. De inhoud van het plan is passend voor déze persoon én naasten. En het is meteen een advies<sup>1</sup> aan de huisarts.

Het verkennend gesprek is geen diagnostisch gesprek, wel wordt het gevoerd door professionals die hun kennis en ervaring inzetten om de burger verder te helpen met zijn mentale gezondheid. Maar ze handelen niet zoals gebruikelijk bij diagnostiek/ behandeling. Het doel van het verkennend gesprek is demedicaliseren. Het is er juist op gericht om samen met de burger te verkennen welke hulp en/of zorg passend is bij diens behoefte en om vervolgens de passende begeleiding of behandeling in gang te zetten. Dit draagt bij aan het voorkómen van onnodige behandeling en aan het verlagen van de druk op ggz.

Volgens de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) ontstaat er voor de ggz-professional in het verkennend gesprek een tijdelijke behandelovereenkomst. Dit wordt toegelicht in bijlage 1. De spanning die ggz-professionals kunnen voelen, is hoe zij invulling kunnen geven aan die tijdelijke behandelovereenkomst. Wat is goede zorg als het gaat om een gesprek dat geen diagnostische insteek heeft, maar juist open en verkennend is? Waarop kunnen zij worden aangesproken door de tuchtrechter, als er een incident is vlak na een verkennend gesprek? Deze notie bevat handreikingen voor de beantwoording van deze vragen.

In deze notitie gaan wij in op:

- Definitie, doel en resultaten van het verkennend gesprek volgens de Werkwijze Mentale gezondheidsnetwerken
- De rollen, verantwoordelijkheden en bevoegdheid in het verkennend gesprek van overheid, aanmelder (huisarts), professionals en burger en diens naaste(n)
- De opvolging van het verkennend gesprek in het Mentale gezondheidsnetwerk
- Comfort voor huisarts en ggz professional
- De aanmelding als verwijzing naar de ggz
- Wat nog volgt

---

<sup>1</sup> Hoe het advies aan de huisarts wordt genoemd, kan per regio verschillen.

## **Definitie, doel en resultaten van het verkennend gesprek**

(bron: Werkwijze Mentale gezondheidsnetwerken)

### Definitie

Het verkennend gesprek is een gesprek tussen de persoon 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, van eventuele naaste(n), van de professionals en ervaringsdeskundigheid zijn daarbij van gelijke waarde.

### 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.

### Resultaat

Het resultaat van het verkennend gesprek is een advies aan de huisarts die het gesprek voor de persoon 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 starten zonder verdere acties van de huisarts. 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.

## **De rollen, verantwoordelijkheden en bevoegdheid in het verkennend gesprek**

In het verkennend gesprek maken de professionals en de burger samen keuzes. Het gaat dus niet alleen om een advies van professionals, maar om een gezamenlijk plan met de burger zelf. Voor, tijdens en na het verkennend gesprek hebben de betrokkenen eigen rollen en verantwoordelijkheden.

### *De overheid*

De overheid informeert de burger over het bestaan van het verkennend gesprek, over wat dat in grote lijnen inhoudt en over wat zijn of haar eigen verantwoordelijkheid is. De overheid schetst ook de context: geld en capaciteit voor zorg zijn schaars en dat merkt iedereen.

### *De aanmelder*

De aanmelder (vooralsnog: de huisarts) bespreekt met de burger wat hij wel en niet van verkennend gesprek kan verwachten en in ieder geval wat het doel is, wie erbij zijn en welke informatie met betrokkenen wordt gedeeld. De aanmelder stimuleert de burger om een naaste mee te nemen. De aanmelder zorgt dat bij aanmelding relevante informatie wordt meegestuurd. Dit is in ieder geval de informatie die ook bij verwijzing naar de ggz wordt gedeeld, zoals: omschrijving en duur van de klachten, ingeschatte ernst, wat er al bekend is over de context, wat al is geprobeerd.

### *De professionals*

Beide professionals (ggz en sociaal domein, waaronder bij voorkeur ervaringsdeskundigheid) hebben vanuit hun eigen deskundigheid de rol om:

- met de persoon en naasten inzicht te krijgen in de hulpvraag van de persoon en in de context van de vraag
- de persoon handvatten te geven om het mentale evenwicht te hervinden
- als zorg en/of ondersteuning nodig zijn, die op het juiste moment en de juiste plek te organiseren.

De professionals zorgen dat het doel van het verkennend wordt bereikt: een plan van alle betrokkenen, zo nodig met vervolgstappen (waaronder zo nodig: inzet van andere professionals) en afspraken over opvolging. Ze zorgen dat afspraken worden teruggekoppeld aan de huisarts en dat de acties die bij henzelf liggen in gang worden gezet.

De invalshoek van de professionals wordt bepaald door hun domein:

- De ggz-professional bevordert dat de burger inzicht krijgt in de invloed van de context (de levensgebieden) op mentale gezondheid. Hij of zij bekijkt de mentale problematiek in samenhang met problemen op andere levensdomeinen. De ggz-professional gaat na wat iemand zelf kan en of de resterende vraag bij de ggz thuishoort.
- De SD-professional onderzoekt met de burger de sociaal- maatschappelijke factoren die van invloed zijn op diens mentale gezondheid en welke mogelijkheden de burger zelf heeft om balans te herstellen. De professional biedt inzicht in het ondersteuningsaanbod in het sociaal domein, in de eigen wijk of buurt van de burger.
- Ggz- en SD-professional samen bewaken dat het gesprek en het plan gaan waarover ze moeten gaan, dat er geen relevante gebieden onbesproken blijven en dat bij acute problemen direct vervolgstappen worden gezet. Ze stemmen onderling hun rolverdeling af, zijn present en stellen open vragen die het denken, voelen en doen van de burger raken.

Alle gesprekspartners samen zijn verantwoordelijk dat er bij de afsluiting van het verkennend gesprek een plan is. De professionals hebben de bevoegdheid om in samenspraak met de burger en naasten te bepalen welke behandeling en/of ondersteuning passend is gezien de context van de persoon en de aard van zijn/haar vraag en om afspraken die bij hen liggen uit te voeren.

### *De burger en diens naaste(n)*

De burger (zo nodig met hulp van naaste) geeft aan wat het probleem is, wat hij zelf denkt te kunnen en welke zorg of ondersteuning hij denkt nodig te hebben. De burger en zijn naaste hebben de verantwoordelijkheid om open te zijn over zaken die de veiligheid en het welzijn van de burger en de naasten betreffen.

### **De opvolging van het verkennend gesprek**

Bij de opvolging van het verkennend gesprek kunnen de professionals gebruik maken van de overige functies van het Mentale gezondheidsnetwerk. Dat heeft immers (naast het verkennend gesprek) ook functies voor het vinden van passende zorg en ondersteuning, zoals een transfermechanisme en het domeinoverstijgend casusoverleg. Afspraken over wie wat doet in de opvolging zijn onderdeel van de samenwerking.

### **Comfort voor huisarts en ggz-professional**

In deze paragraaf wordt benoemd wat volgens behandelaren helpt om een open verkennend gesprek te voeren, en niet bang te zijn dat zij zaken over het hoofd zien. Een verkennend gesprek is namelijk geen intake en vraagt erom de protocollen die bij intake worden gebruikt, los te laten. Ook wordt ingegaan op hoe een huisarts zich gesteund voelt, als de burger onder zijn verantwoordelijkheid blijft zolang deze op de wachtlijst voor de ggz staat, terwijl de huisarts niet de deskundigheid heeft om de persoon verder te helpen.

#### Wat geeft ggz-professional comfort?

- Een goed geïnformeerde burger. Deze kent het doel van het verkennend gesprek, weet dat het geen behandeling is en weet wat je wel en niet kunt verwachten van en tijdens het verkennend gesprek en waarom het wenselijk is om een naaste mee te nemen.
- Een 'aanmeld-brief' van de huisarts waarin de hulpvraag en relevante contextinformatie staan (geformuleerd in overleg met de burger).
- De aanwezigheid van naasten, Zij kennen de context en voegen een extra perspectief toe.
- De aanwezigheid ervaringsdeskundigheid. Deze kan ook de burger comfort geven.
- De opvolging van het verkennend gesprek en duidelijkheid over wie wat doet in de opvolging. De automatische verwijzing (zie hierna) helpt daarbij.
- Professionals (en eventuele ervaringsdeskundigen) die weten wat ze van elkaar kunnen verwachten in het verkennend gesprek.
- Beschrijving van wat goede zorg is in een verkennend gesprek als onderdeel van een bestaande of nieuwe zorgstandaard.
- Afspraken in het Mentale gezondheidsnetwerk over wat te doen als er direct ggz-zorg nodig is, zoals crisiszorg. Dit zal naar verwachting een uitzondering zijn, omdat de huisarts mensen in crisis niet zal aanmelden voor een verkennend gesprek.

Wat geeft de huisarts comfort?

- Duidelijke afspraken over de opvolging na het verkennen gesprek. Als ggz- hulp nodig is en er een wachttijd, dan zijn er oplossingen gevonden waarmee de burger tijdens de wachttijd zichzelf kan helpen, uit zijn netwerk steun ontvangt en/of vanuit het sociale domein wordt begeleid.
- Goede afspraken over consultatie van een ggz-professional bij verergering van klachten, bijvoorbeeld door telefoonnummers uit te wisselen.
- Het gevoel te hebben er niet alleen voor te staan, maar steun te ervaren tijdens het zorgproces en een eventuele wachttijd van ggz en sociaal domein.
- De wetenschap dat structurele problemen kunnen worden aangekaart in een Mentale gezondheidsnetwerk.

### De aanmelding als verwijzing naar de ggz

De aanmelding voor het verkennend gesprek geldt als verwijzing naar de ggz, omdat bij dat gesprek een ggz-professional aanwezig is. Dit is in lijn met het [standpunt](#) van het Zorginstituut. Als uit het verkennend gesprek blijkt dat ggz-zorg nodig is, kan de burger direct via matching naar de juiste zorg worden doorverwezen.

### Wat nog volgt

Het landelijke programma werkt aan een model-samenwerkingsovereenkomst voor Mentale gezondheidsnetwerken (in wording). Daarin staan handreikingen voor:

- *Bewaarplicht en dossierplicht*  
Deze ligt op grond van de Wgbo bij de organisatie van de ggz-professional die het verkennend gesprek heeft gevoerd. Voor de uitvoering en om administratieve lasten te beperken, is het wenselijk dat het advies aan de huisarts door de huisarts wordt bewaard en dat het door de professionals wordt meegestuurd naar de ggz-instelling als de burger daarheen wordt verwezen.
- *Klachtenregeling*  
Wie is verantwoordelijk voor klachten en welke regeling is van toepassing?

#### Disclaimer

Deze notitie gaat over verantwoordelijkheden in en na het verkennend gesprek en niet over de verantwoordelijkheden tijdens de wachttijd op ggz-zorg. In het IZA is afgesproken dat als uit het verkennend gesprek een verwijzing naar de ggz volgt, het streven is dat de behandelverantwoordelijkheid voor de persoon binnen vier weken wordt overgenomen door de ontvangende ggz-aanbieder. Aan deze afspraak moet het programma nog invulling geven.

**Bijlage: memo juristen**

**Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg**  
Directie Curatieve Zorg  
Team D

**Bezoekadres:**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag

www.rijksoverheid.nl

**Inlichtingen bij**



**Datum**

22 februari 2024

**Aantal pagina's**

4

# memo

## 1. Aanleiding

In het programmateam worden de mentale gezondheidsnetwerken uitgewerkt. Een mentaal gezondheidsnetwerk is een netwerkorganisatie met meerdere functies, die worden beschreven in de 'werkwijze ontwikkeling mentale gezondheidsnetwerken'. Een van de functies is het verkennend gesprek. In de werkwijze staat dat er landelijke modeldocument wordt gemaakt die de professionele rollen en verantwoordelijkheden beschrijft en duidelijkheid geeft over de verantwoordelijkheden in de nieuwe netwerkorganisatie. Binnen het programmateam wordt hier een werkgroep voor opgericht. Ter voorbereiding zijn enkele juristen van deNggz, de LHV en VWS bij elkaar gekomen input te leveren.

## 2. Wat is het verkennend gesprek?

Het verkennend gesprek is onderdeel van de samenwerking in de driehoek huisarts, sociaal domein en ggz. Het verkennend gesprek wordt aangevraagd door de huisarts en is bedoeld voor personen met psychische klachten en problemen op andere levensdomeinen. Het gesprek wordt gevoerd tussen de persoon om wie het gaat, professionals uit de ggz en sociaal domein en soms ook met naasten. Het is geen diagnostiek maar een open gesprek op basis van gelijkwaardigheid. Het resultaat is een advies aan de huisarts.

## 3. Is er bij het verkennend gesprek sprake van een geneeskundige behandelingsovereenkomst (gbo)?

De vraag of en wanneer een geneeskundige behandelingsovereenkomst tot stand komt, is een kwestie van het civiele recht. Een behandelingsovereenkomst komt tot stand op het moment dat de burger/cliënt zich met een concrete hulpvraag tot de hulpverlener wendt en de hulpverlener vervolgens op deze vraag ingaat. Daarvan is doorgaans al sprake in de voorfase, zoals wanneer de patiënt in de wachtkamer of wachtruimte op zijn afspraak met de arts, verpleegkundige, assistente of andere hulpverlener wacht. Wanneer een behandelingsovereenkomst tot stand is gekomen, gelden de bepalingen uit de Wgbo, waarin verantwoordelijkheden van de zorgaanbieder en hulpverlener zijn opgenomen. De Wgbo gaat over alle verrichtingen – het onderzoek en het geven van raad daaronder begrepen – die rechtsreeks betrekking hebben op een persoon en die ertoe strekken hem van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen (artikel 8:446, tweede lid, BW). Een behandelingsovereenkomst ontstaat dus op het moment dat

een zorgaanbieder/zorgverlener een advies geeft aan de cliënt/burger ten aanzien van zijn concrete hulpvragen.

**Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg**  
Directie Curatieve Zorg  
Team D

De vraag is of een persoon een behandelingsovereenkomst aangaat met de GGZ-hulpverlener tijdens het verkennend gesprek op het moment dat deze door de huisarts wordt ingeschakeld om (samen met een professional uit het sociaal domein) advies te geven over het vervolgtraject t.a.v. de geconstateerde klachten.

**Datum**  
22 februari 2024

Uit de aard van de behandelingsovereenkomst (waaronder ook het raadgeven en het beoordelen van de gezondheidstoestand valt) vloeit voort dat deze tot stand komt als met medeweten van de patiënt een GGZ-medewerker wordt ingeschakeld voor het verkennende gesprek, omdat deze immers wordt ingeschakeld om de geestelijke gezondheidstoestand te beoordelen en advies te geven aan de huisarts. Dit zou dan ook betekenen dat de ggz alle verplichtingen van de WGBO moet naleven, zoals het aanleggen van een dossier en de toestemming.

Een gbo kan ook kortdurend zijn. Bij het verkennend gesprek is sprake van een beperkte hulpvraag. De hulpvraag is namelijk het voeren van het verkennend gesprek en het geven van een advies. Wanneer dit is voltooid, is daarmee de hulpvraag afgesloten en is de gbo beëindigd. De ggz professional heeft daarna geen rol meer naar de client. Eventueel nog wel richting de huisarts wanneer er behoefte is aan consultatie. Maar dit is dan een nieuwe vraag.

Conclusie: gezien het voorgaande gaan we ervanuit dat er tijdens het verkennend gesprek een gbo ontstaat. Deze vangt aan vanaf het eerste gesprek en eindigt bij het advies aan de huisarts. Artikel 7:464 BW zorgt er sowieso voor dat de bepalingen uit de WGBO van overeenkomstige toepassing zijn (tenzij aard rechtsbetrekking zich ertegen verzet).

Omdat we concluderen dat er sprake is van een gbo is de WGBO van toepassing. De WGBO legt een aantal rechten en plichten op aan zorgverleners en cliënten. De volgende rechten en plichten zijn relevant tijdens het verkennend gesprek:

- De cliënt heeft recht op informatie in begrijpelijke taal - artikel 7:448
- De zorgverlener overlegt met de cliënt over de voorgestelde behandeling (recht op "samen beslissen") – artikel 7:448
- De client moet voor verrichten ter uitvoering van de gbo toestemming geven (artikel 7:450)
- De cliënt informeert de zorgverlener zo goed mogelijk – artikel 7:452.
- De zorgverlener houdt een dossier bij en bewaart deze 20 jaar vanaf de laatste wijziging in het dossier – artikel 7:454
- De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen (7:453)
- De cliënt heeft het recht om een eigen verklaring aan het dossier toe te voegen – 7:454
- De cliënt heeft het recht om zijn dossier te bekijken<sup>1</sup> – artikel 7:456
- De zorgverlener verstrekt geen gegevens aan derden zonder toestemming van de cliënt (medisch beroepsgeheim) – artikel 7:457\_

---

<sup>1</sup> Ook de rechten van betrokkenen uit de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) zijn in principe van toepassing op het dossier

- De zorgverlener kan de gbo, behoudens gewichtige redenen, niet eenzijdig opzeggen – artikel 7:460

**Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg**  
Directie Curatieve Zorg  
Team D

4. Is de duiding van het ZINL nog van invloed op het beantwoorden van de vraag?

**Datum**  
22 februari 2024

ZINL concludeert dat het verkennend gesprek, en de rol die de ggz hulpverlener daarin heeft, geneeskundige zorg is zoals medisch specialisten en klinisch psychologen, die plegen te bieden. De duiding van ZINL is van belang voor de conclusie of er sprake is van een verzekerde prestatie of niet. Deze duiding is niet bepalend voor het antwoord op de vraag of er een gbo tot stand komt. Die vraag moet immers vanuit het civiele recht worden beantwoord.

De duiding van ZINL zorgt er wel voor dat naast zorg zoals huisartsen plegen te bieden ook sprake is van zorg zoals medisch specialisten en klinisch psychologen plegen te bieden en dat ingevolge artikel 14 Zvw er daarvoor in principe een verwijzing nodig is van de huisarts.

5. Aansprakelijkheid hulpverlener verkennend gesprek

Los van de vraag of er een behandelingsovereenkomst tot stand is gekomen, is het van belang om zich te realiseren dat elke hulpverlener altijd zijn eigen professionele verantwoordelijkheid heeft en verantwoordelijk is voor zijn of haar deel van de zorg.

Een individuele hulpverlener dient goede zorg te leveren en de zorg van een goed hulpverlener in acht te nemen. Hieronder wordt verstaan dat een hulpverlener zorg van goede kwaliteit en van goed niveau moet verlenen waarbij wordt gehandeld in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard en kwaliteitsstandaarden. Of een hulpverlener al dan niet tekort is geschoten, toetsen rechters in tucht- en civielrechtelijke procedures aan de maatstaf of een hulpverlener de zorgvuldigheid die van een redelijk handelend en redelijk bekwaam vakgenoot in gelijke omstandigheden mag worden verwacht, in acht heeft genomen. De aansprakelijkheid van een hulpverlener kan niet worden beperkt of uitgesloten.

6. Wanneer gaat de behandelverantwoordelijkheid over van de huisarts naar de ggz?

We constateren dat dit geen juridische vraag is maar een uitwerking is van bestuurlijke afspraken. Het overgaan van de behandelverantwoordelijkheid is ook niet wettelijk geregeld maar een bestuurlijke afspraak die is vastgelegd in het kwaliteitsstatuut van de GGZ:

*'Tot het moment dat de intake bij de indicerend regiebehandelaar heeft plaats gevonden is de verwijzer de eerstverantwoordelijke voor de patiënt/cliënt. De zorgaanbieder neemt de verantwoordelijkheid voor de patiënt/cliënt over na de intake'.*

Het kwaliteitsstatuut van de GGZ is een door ZINL vastgestelde kwaliteitsstandaard en is een onderdeel van de goede zorg (Wkkgz, zie artikel 2 lid 2 en artikel 11a e.v.).



In het IZA is door partijen bestuurlijk afgesproken (p 113) dat de gemiddelde wachttijd aan het einde van de looptijd van het IZA 5 weken (één tot twee weken voor aanmeldfase en drie tot vier weken voor behandelfase) zal bedragen. Dit zal gelden voor iedere individuele groep (o.b.v. ordering ZPM) binnen de ggz. Omdat de wachttijd minder wordt gaat dan ook de behandelverantwoordelijkheid eerder over naar de ggz. Dit is wel als alle afspraken dan zijn uitgewerkt en de doelen zijn behaald.

**Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg**  
Directie Curatieve Zorg  
Team D

**Datum**  
22 februari 2024

**NB:**

Aan de werkgroep, die nog moet worden opgericht door het programmateam, wordt verzocht de volgende punten te bespreken:

- in de praktijk wordt de behandelverantwoordelijkheid door huisartsen wel als een juridische vraag gevoeld<sup>2</sup>. Immers tot aan de intake blijft de huisarts verantwoordelijk, terwijl de verwijzing juist is ingegeven doordat gespecialiseerde GGZ-zorg is geïndiceerd die de huisartsenzorg ontstijgt. Zeker bij langere wachttijden is de (juridische) verantwoordelijkheid die wordt ervaren zonder over middelen/specialistische kennis te beschikken, voor de huisartsen een nijpend probleem.
- Het duidelijk beschrijven van de activiteiten van de ggz en sociaal domein-professional in het VG. Wat hoort wel en niet bij hun activiteiten en heeft dit invloed op de beëindiging van de behandelovereenkomst.

---

<sup>2</sup> Voorbeeld casus: in eerste aanleg een berisping door RTG Eindhoven 3-12-2021, E2021-2029, in beroep alsnog ongegrond verklaard op 7-12-2022 (C2022/1201). Casus betrof suïcide van patiënt nadat HA hem vergeefs aan de crisisdienst had voorgelegd. In het tijdsbestek waarin HA heeft getracht de juiste zorg voor patiënt te vinden vond vervolgens de suïcide plaats. RTG oordeelde dat HA doortastender had moeten handelen en gaf een berisping. Dit is in beroep uiteindelijk teruggedraaid maar het duidt wel het spanningsveld dat door de HA dus ook juridisch/tuchtrechtelijk wordt gevoeld.