GGZ-consultatie voor huisartsen en het sociaal domein

Onderzoek naar ervaringen en verbeteringen in de praktijk

Colofon

Opdrachtgever
De Nederlandse ggz

Auteurs
Patrick Jansen
Sylvia Schutte
Alyssa Wegman

Kenmerk
PJ/26/1342/cghsd

Publicatiedatum
25 augustus 2026

© Bureau HHM

Inhoudsopgave

Samenvatting **4**

1. Uw vraag **11**
1.1 Aanleiding en achtergrond 11
1.2 Onderzoeksdoel en onderzoeksvragen 11

2. Onze aanpak **14**

3. Inrichting en organisatie **18**
3.1 Sociaal domein | kernelementen en vormen 18
3.2 Sociaal domein | 'stevige lokale teams' 23
3.3 Sociaal domein én huisartsen | MGN 24
3.4 Conclusie inrichting en organisatie 26

4. Randvoorwaarden **27**
4.1 Sociaal domein | contractering 27
4.2 Huisartsen | contractering 29
4.3 Huisartsen | werkafspraken 30
4.4 Conclusie randvoorwaarden 30

5. Gebruik en bereik **32**
5.1 Sociaal domein| gebruik 32
5.2 Sociaal domein | wie maken gebruik? 34
5.3 Huisartsen | gebruik 35
5.4 Conclusie gebruik en bereik 36

6. Aansluiting bij de praktijk **37**
6.1 Sociaal domein| toegang en bereik 37
6.2 Sociaal domein | afbakening bemoeizorg 39
6.3 Sociaal domein | behoefte jeugdprofessionals 40
6.4 Sociaal domein | verschillen tussen regio's 41
6.5 Huisartsen |toegang en gebruik 41
6.6 Huisartsen | behoefte 42
6.7 Huisartsen | verschillen tussen regio's 44
6.8 Conclusie aansluiting bij praktijk 45

7. Effect en opbrengst **46**
7.1 Sociaal domein | beoogd doel 46
7.2 Huisartsen | beoogd doel 48
7.3 Conclusie effect en opbrengst 51

8. Knelpunten en verbeteropties **52**
8.1 Sociaal domein | knelpunten en verbeteropties 52
8.2 Huisartsen | knelpunten en verbeteropties 55
8.3 Conclusie knelpunten en verbeteropties 57

9. Conclusies en aanbevelingen **58**
9.1 Inleiding 58
9.2 Reflectie 58
9.3 Hoofdconclusie 58
9.4 Wat is nodig om de consultatiefuncties beter te benutten? 59
9.5 Aanbevelingen 61

Bijlage 1. Onderzoeksvragen met partijen en onderzoeksmethode 62

Samenvatting

Inleiding

Professionals in het sociaal domein (SD) en huisartsen kunnen via consultatie laagdrempelig advies vragen aan ggz-professionals. Dit kan bijvoorbeeld een telefonisch overleg zijn, een multidisciplinair overleg (MDO) of deelname van ggz-experts aan wijkteams. Deze consultatie is onder meer bedoeld als instrument om de samenwerking tussen basiszorg (huisarts, SD) en specialistische ggz te versterken. Iemand kan daarmee sneller op de juiste manier worden geholpen en doorverwijzing naar de ggz wordt mogelijk voorkomen.

In het AZWA is afgesproken dat onder regie van de Nederlandse ggz onderzoek wordt gedaan naar mogelijke knelpunten rond de inzet van deze consultatie. De uitkomsten van het onderzoek moeten bijdragen aan de AZWA-afspraak 'Verbeteren toegankelijkheid van de ggz' door middel van concrete aanbevelingen die door de partijen aan de IZA/AZWA-thematafel Mentale zorg en ondersteuning kunnen worden opgepakt.

Het onderzoek en de aanpak daarvan

Wij, bureau HHM, hebben dit onderzoek uitgevoerd aan de hand van 25 onderzoeksvragen die ons zijn meegegeven door de begeleidings-commissie van het onderzoek (bestaande uit betrokkenen vanuit deze tafel). Wij hebben de vragen gerubriceerd naar zes thema's: (1) Inrichting en organisatie, (2) Randvoorwaarden, (3) Gebruik en bereik, (4) Aansluiting bij de praktijk, (5) Effect en opbrengst en (6) Knelpunten en verbeteropties. De aanpak kende een aantal stappen met onder meer deskresearch, interviews, digitale vragenlijsten en focusgroepen met (vertegenwoordigers van) het sociaal domein (aanbieders en gemeenten), huisartsen en regionale huisartsenorganisaties, ggz ((kern)instellingen en zelfstandig gevestigde psychiaters) en verzekeraars. Ook hebben we kwantitatieve gegevens over het gebruik verzameld. Dit leverde de volgende resultaten op.

Resultaten met betrekking tot het sociaal domein

Inrichting en organisatie | sociaal domein

Sinds 1 januari 2024 is het mogelijk om binnen de Zorgverzekeringswet consultatie tussen het sociaal domein en de ggz te bekostigen. Dit is beschreven in de *Leidraad consultatiefunctie ggz voor het sociaal domein*. Deze leidraad beschrijft zogeheten kernelementen waaraan deze functie moet voldoen, waarbij we hebben gekeken in hoeverre dit in de praktijk voorkomt.

- Deze functie wordt in het sociaal domein inhoudelijk grotendeels ingezet *waarvoor* ze is bedoeld (namelijk voor vragen over begeleiding, handelingsperspectief, terugvalpreventie en omgang met complexe situaties) en grotendeels ook *voor wie* ze is bedoeld. De afbakening met bemoeizorg wordt daarbij als lastig ervaren. Vaak wordt pas na verloop van tijd duidelijk dat sprake is of moet zijn van bemoeizorg. Ook is er juist voor deze doelgroep een grote behoefte aan antwoorden op vragen.
- Tevens wordt consultatie wel eens ingezet voor mensen die al ggz-behandeling ontvangen (meer door de zelfstandig gevestigde psychiaters dan door de kerninstellingen).
- Consultatie wordt het meest geboden in de vorm van telefonische consultatie, deelname aan multidisciplinaire overleggen en face-to-face consultatie. Dit is zoals beoogd én deze vormen sluiten aan bij de behoeften die door die professionals in het sociaal domein zijn aangegeven.

- Hoewel niet direct aantoonbaar, is het beeld dat de consultatiefunctie ook bijdraagt aan het oplossen van wachttijden dan wel het langer mensen kunnen helpen in het sociaal domein, zoals beoogd.
- Er bestaat onduidelijkheid over de mogelijkheden voor jeugdhulp-professionals om over eigenstandige problematiek bij ouders van jeugdigen te consulteren, waardoor dit onderdeel van de consultatiefunctie waarschijnlijk nog onvoldoende wordt benut.
- De huidige inrichting sluit in principe goed aan bij de ontwikkeling naar Stevige Lokale Teams binnen gemeenten. De consultatiefunctie ondersteunt immers de gewenste multidisciplinaire en domein-overstijgende werkwijze en biedt toegang tot specialistische ggz-expertise zonder directe verwijzing naar specialistische zorg.
- De consultatiefunctie wordt vrijwel overal aangeboden door kerninstellingen en in beperktere mate door zelfstandig gevestigde psychiaters.
- In een beperkt deel van de Mentale Gezondheidsnetwerken zijn al afspraken gemaakt én vastgelegd over de consultatiefunctie voor het sociaal domein.

Randvoorwaarden | sociaal domein

Om gebruik te kunnen maken van de consultatiefunctie is afgesproken dat in iedere regio (regio-indeling voor de acute ggz) bij een beperkt aantal partijen met binding met het sociaal domein wordt ingekocht. Hiervoor is voor heel Nederland een lumpsumbedrag van € 10 miljoen beschikbaar. Zorgverzekeraars geven een indicatie van het regionale budget, op basis van het aantal inwoners van een regio. Ggz aanbieders kunnen vervolgens een offerte indienen voor de ‘consultatiefunctie ggz voor het sociaal domein’.

- Voor het sociaal domein zijn de financiële randvoorwaarden in de basis aanwezig. In alle regio's (regio-indeling voor de acute ggz) zijn budgetten beschikbaar gesteld en aanbieders gecontracteerd, waardoor er landelijk een infrastructuur is gecreëerd voor consultatie. In 2025 gaat het om een budget met een gezamenlijke waarde van € 7.152.334 (het totaal van de offertes die door de ggz aanbieders zijn ingediend); dit is 71,5% van het landelijk beschikbare budget.
- Tegelijkertijd verschilt de omvang van de beschikbare budgetten sterk tussen regio’s (variërend van € 50.000 tot ruim € 520.000).
- Gemeenten en professionals in het sociaal domein hebben beperkt zicht op de wijze waarop de consultatiefunctie is georganiseerd en gefinancierd. Zij geven aan meer betrokken te willen worden bij contractering, inrichting en doorontwikkeling van de functie.
- Er worden administratieve lasten ervaren door verzekeraars.

Gebruik en bereik | sociaal domein

De consultatiefunctie voor het sociaal domein is dus landelijk beschikbaar, maar tegelijkertijd zien we dat deze nog beperkt wordt benut.

- Van het gecontracteerde bedrag van € 7.152.334 wordt daadwerkelijk slechts 37% besteed, namelijk € 2.677.508.
- Er bestaat grote variatie tussen regio’s. Slechts 4 regio’s hebben in 2025 meer dan 79% van het budget besteed en bijna de helft van de regio’s heeft minder dan 21% van hun budget besteed.
- Binnen deze regio’s is de functie gecontracteerd bij in totaal 49 ggz-aanbieders. Vrijwel alle kerninstellingen voeren de consultatiefunctie uit. Naast de kerninstellingen wordt deze functie ook ingekocht bij instellingen voor verslavingszorg. In de praktijk zien we grote verschillen tussen instellingen in besteding.
- Een groot deel van de professionals in het sociaal domein heeft nog geen gebruik gemaakt van de consultatiefunctie. Onbekendheid met het bestaan van de functie, onduidelijkheid over de toegang en de relatief korte bestaansduur lijken hiervoor belangrijke verklaringen.

Aansluiting bij de praktijk | sociaal domein
Het is voor SD-organisaties en gemeenten onvoldoende helder hoe ze toegang krijgen tot de consultatiefunctie.

- Dit heeft te maken met de beperkte bekendheid en de onduidelijkheid over toepassingsmogelijkheden.
- Binnen het sociaal domein is vaak niet bekend dat ook jeugdzorg-professionals advies kunnen inwinnen bij de ggz (over ouders van jeugdigen met eigenstandige problematiek).
- Qua inhoud sluit de consultatie wel aan bij de behoefte die jeugd-professionals hebben. Er is voornamelijk behoefte aan consultatie op het gebied van handelingsperspectief en het voorkomen van terugval én diagnose en symptomen.
- Vanuit het sociaal domein wil men graag meer zeggenschap om de functie aan te laten sluiten bij de behoefte.

Effect en opbrengst | sociaal domein
We zagen al dat de consultatiefunctie beperkt wordt gebruikt (slechts een derde van het gecontracteerde bedrag wordt daadwerkelijk besteed), maar voor zover dit het geval is hebben de partijen het beeld dat consultatie een positieve bijdrage levert. Het levert een concreet advies, nieuw inzicht of perspectief voor de gebruikers.

- Deze bijdrage betreft verder het 'verbeteren van samenwerking met professionals in de ggz' en het 'inwoners langer passend kunnen ondersteunen in het sociaal domein'. Ook vanuit de ggz vindt men dat de consultatiefunctie (zwaardere) zorg voorkomt en bijdraagt aan preventie.
- Iets minder positief, maar overall niet negatief is men over de bereikbaarheid van ggz-professionals.
- Ook factoren zoals wachttijden en beschikbaarheid van ggz-zorg zijn van invloed op (ervaren) effecten van consultatie.
- Overall zijn de ervaren opbrengsten positief en herkenbaar, maar de bredere effecten worden nog beperkt gemonitord en onderbouwd. Wat overigens niet betekent dat deze er niet zijn.

Knelpunten en verbeteropties | sociaal domein
Knelpunten in het sociaal domein zitten voornamelijk in de onbekendheid en (on)zichtbaarheid van deze functie en daarnaast financiering, administratielast, de regionale verschillen, bereikbaarheid en beperkt gebruik. De belangrijkste verbeteropgaven voor het sociaal domein liggen bij het vergroten van de bekendheid, het verduidelijken van de toegang, afspraken over bereikbaarheid en het sterker verbinden van de consultatiefunctie met de dagelijkse praktijk van gemeenten, wijkteams en andere sociaal domein-partijen. Daarnaast bestaat behoefte aan meer betrokkenheid van het sociaal domein bij de contractering, inrichting en doorontwikkeling van de consultatiefunctie. Het verbinden van consultatie aan bestaande samenwerkingsstructuren zoals het MGN, meer uniformiteit van financiering, contractering en verantwoording worden tevens als verbetersuggesties genoemd.

Resultaten met betrekking tot huisartsen

Inrichting, organisatie én randvoorwaarden | huisartsen
Ook huisartsen kunnen gebruikmaken van consultatie. Dit wordt gefinancierd vanuit een aanvulling op de prestatie POH-ggz (de zogeheten CET-regeling). De regeling is ontwikkeld om huisartsen en POH-GGZ te ondersteunen bij de begeleiding van patiënten met psychische klachten in de eerste lijn. De middelen zijn bedoeld voor consultatie van ggz-specialisten, inzet van eHealth-modules en instrumenten voor triage. Regionale Huisartsenorganisaties kunnen dit verzorgen namens de huisartsen in hun regio.

- Vanwege beperkte respons kunnen we voor huisartsen niet concluderen in hoeverre consultatie landelijk voldoende dekkend is georganiseerd.
- Wel is duidelijk dat de situatie voor huisartsen minder uniform is dan in het sociaal domein. De contractering verloopt via verschillende constructies, waaronder regionale huisartsenorganisaties, individuele praktijken en ggz-aanbieders. Hierdoor verschillen tarieven, bekostigingsafspraken en verantwoordingsvereisten aanzienlijk tussen regio's. Zowel huisartsen als ggz-aanbieders geven aan dat deze variatie leidt tot onduidelijkheid, extra administratieve lasten en vragen over kostendekkendheid.
- In een relatief groot deel van MGN'en zijn al afspraken gemaakt én vastgelegd over de consultatie door huisartsen.
- In veel van de regio's uit het onderzoek zijn werkafspraken gemaakt tussen huisartsen en ggz over aanvraag, uitvoering en terugkoppeling van consultaties.

Gebruik en bereik | huisartsen
Ook een goed landelijk beeld over het gebruik ontbreekt, maar op basis van reacties van huisartsen in het onderzoek zien we dat de consultatie van ggz-professionals door huisartsen veel sterker is ingebed in de dagelijkse praktijk. Een aanzienlijk deel van de huisartsen maakt gebruik van consultatie, vaak via bestaande samenwerkingsrelaties en ook via informele contacten. Daardoor wordt niet alle consultatie geregistreerd binnen formele consultatiestructuren.

Aansluiting bij praktijk | huisartsen
Huisartsen maken dus relatief veel gebruik van de mogelijkheid om de ggz te consulteren. Aannemelijk is dat de toegang voor huisartsen grotendeels voldoende helder is.

- Tegelijkertijd speelt daar waar huisartsen geen gebruik maken van consultatie, ook bij hen onbekendheid met het bestaan van deze mogelijkheid.
- De huidige vorm van de regeling biedt voldoende mogelijkheden om aan te sluiten bij de behoefte van huisartsen. En in de praktijk sluiten de wensen over hoe er geconsulteerd moet worden grotendeels aan bij de praktijk.
- Voor zover er effecten zijn van verschillen tussen regio's in de manier van contracteren en inrichten zien we vooral dat er verschillen zijn in het *aantal* partijen waarbij kan worden geconsulteerd.

Effect en opbrengst | huisartsen
Voor de consultatie van huisartsen is geen eenduidig doel geformuleerd, maar huisartsen zijn overwegend positief over het individuele resultaat van de consultatie. Zij ontvangen hiermee een concreet advies, nieuw inzicht of perspectief. Vice versa is de ggz van mening dat de vragen die aan hen worden gesteld helder genoeg zijn om tot zo'n concreet advies, nieuw inzicht of perspectief te komen.

- Er zijn daarnaast effecten op de samenwerking, maar omdat consultatie onderdeel is van bredere samenwerking is het specifieke effect van consultatie hierop niet altijd aanwijsbaar.
- Huisartsen vinden beperkt of niet dat zij door de consultatie patiënten beter kunnen verwijzen (de doelgroep waarvoor consultatie wordt gevraagd is een andere groep dan de groep die wordt verwezen). De consultatiefunctie draagt volgens huisartsen wel bij aan het sneller en dichter bij huis kunnen helpen en volgens de ggz aan het zo lang en goed mogelijk in de eigen omgeving kunnen leven.
- Over de bereikbaarheid van ggz-professionals zijn betere afspraken denkbaar.

- Ook hier geldt dat factoren zoals wachttijden en beschikbaarheid van ggz-zorg van invloed zijn op (ervaren) effecten van consultatie.
- Overall zijn de ervaren opbrengsten positief en herkenbaar, maar de bredere effecten worden nog beperkt gemonitord en onderbouwd. Wat overigens niet betekent dat deze er niet zijn.

Verbeteropties | huisartsen
Knelpunten bij huisartsen gaan voornamelijk over bereikbaarheid en beschikbaarheid, het feit dat de verantwoordelijkheid bij de huisarts blijft, de organisatie via verschillende kanalen, financiering en bekendheid. Voor huisartsen ligt de nadruk in verbeteropties op snelle bereikbaarheid, korte lijnen en directe toegang tot psychiatrische expertise. Daarnaast bestaat ook hier behoefte aan meer bekendheid en meer uniformiteit in systemen, financiering, contractering en organisatie van consultatie. Huisartsen vragen ook om een duidelijke afbakening tussen consultatie, verwijzing, behandeling en andere samenwerkingsvormen. Zij zien wachttijden in de ggz vooral als het grote knelpunt.

Centrale conclusie

Het vraagstuk rondom consultatie door sociaal domein professionals of huisartsen van de ggz ligt niet in het nut, de inhoud of de vorm van de consultatiefuncties. De meerwaarde van consultatie wordt breed herkend. De uitdaging ligt in het beter benutten en vereenvoudigen hiervan als onderdeel van een goede samenwerking tussen de ggz, huisartsen en het sociaal domein, een opgave waaraan momenteel actief wordt gewerkt.

Wat is nodig om de consultatiefuncties beter te benutten?

Uit de verschillende perspectieven van huisartsen, sociaal domein, ggz-aanbieders, RHO's, MGN'en en zorgverzekeraars komt een consistent beeld naar voren. De volgende verbeterlijnen springen eruit. *Deze moeten in samenhang worden bezien.*

1. Vergroot de bekendheid en zichtbaarheid
Sociaal domein
Met name binnen het sociaal domein is de consultatiefunctie nog onvoldoende bekend. Veel professionals weten niet dat de functie bestaat, voor welke vragen deze bedoeld is en hoe zij hiervan gebruik kunnen maken. Ook de mogelijkheid voor consultatie door jeugdhulpprofessionals om eigenstandige vragen van ouders van jeugdigen voor te leggen aan de ggz blijkt beperkt bekend. Het gebruik blijft dan ook sterk achter bij de mogelijkheden. Meer actieve communicatie, implementatieondersteuning en lokale bekendmaking zijn nodig om het gebruik te vergroten *(in samenhang met de volgende verbeterlijnen)*.

Huisartsen
Huisartsen consulteren de ggz veelvuldig, maar tegelijkertijd is ook hier een groep voor wie de mogelijkheden onbekend zijn. Dat maakt ook voor huisartsen actieve communicatie relevant, waarbij een heldere afbakening moet worden gegeven van wat consultatie inhoudt en eventueel aansluiting wordt gezocht bij consultatie zoals die in de MSZ wordt toegepast.

2. Maak de toegang eenvoudiger en herkenbaarder
Professionals hebben behoefte aan *laagdrempelige en snel beschikbare* consultatie (in de praktijk speelt ook dat professionals gebruikmaken van bestaande informele relaties). Zowel huisartsen als professionals in het sociaal domein geven aan dat telefonisch overleg en vaste contact-personen belangrijke succesfactoren zijn. Heldere toegangsroutes,

herkenbare aanspreekpunten en eenvoudige aanvraagprocedures kunnen de drempel voor gebruik aanzienlijk verlagen. Ook heldere *afspraken over bereikbaarheid* zijn wenselijk. Dit geldt zowel voor de consultatie door sociaal domein als voor huisartsen.

3. Werk toe naar meer uniformiteit in randvoorwaarden
Regionale verschillen bieden ruimte voor maatwerk. Maatwerk is wenselijk, maar de huidige verschillen leiden tot onduidelijkheid.

Sociaal domein
Hanteer ten aanzien van de randvoorwaarden een uniforme werkwijze. We denken hierbij aan financiering, wijze van contractering (waaronder laagdrempelige toegankelijkheid en tarieven die een prikkel bevatten om consultatie te bieden) en (eenvoudige) registratie. Hierbij moet aandacht blijven voor het aansluiten bij bestaande netwerken, werkrelaties en regionale afspraken.

Huisartsen
Bij huisartsen speelt dit in mindere mate. Maar ook hier is meer uniformiteit in financiering, contractering (waaronder laagdrempelige toegankelijkheid en tarieven die een prikkel bevatten om consultatie te bieden) en (eenvoudige) registratie wenselijk. Ook gaat het om eenduidigheid van definities en eventuele aansluiting bij consultatie zoals die in de MSZ wordt toegepast.

4. Versterk inbedding in het Mentaal Gezondheidsnetwerk
Consultatie functioneert het best wanneer deze onderdeel is van bestaande relaties en overlegstructuren. Mentale Gezondheidsnetwerken, wijkgerichte samenwerkingsverbanden (RESV's), bestaande huisarts-ggz-netwerken bieden hiervoor een logisch aangrijpingspunt. Inbedding in het MGN kan tegemoetkomen aan een aantal van de genoemde knelpunten, vooral voor het sociaal domein.

Sociaal domein
Binnen de MGN'en zijn al, zij het in beperkte mate, afspraken gemaakt over deze functie. Verbreding naar alle netwerken biedt een infrastructuur voor de gewenste betrokkenheid van het sociaal domein bij invulling van consultatie. Ook biedt dit meer mogelijkheid tot uniformering van randvoorwaarden. Aandachtspunt is dan wel dat de consultatie goed aansluit voor jeugdprofessionals met eigenstandige vragen over ouders.

Huisartsen
Voor huisartsen leidt het inbedden in een MGN niet direct tot verbetering. Zij ervaren vooral veel problemen met wachttijden in de ggz. Tegelijkertijd zijn er over consultatie door huisartsen vaak al afspraken gemaakt binnen het MGN. En kan dit de infrastructuur bieden voor meer samenhang in de ondersteuning van mensen met mentale problemen.

5. Vergroot het inzicht in gebruik en effecten
Veel partijen ervaren positieve effecten van consultatie, maar beschikken nauwelijks over gegevens om deze effecten te onderbouwen. Ook het leereffect van consultatie in én tussen regio's wordt niet benut. De consultatiefuncties worden gefinancierd met publieke middelen. Een zekere mate van verantwoording over gebruik en opbrengsten is daarom passend. Tegelijkertijd past bij het laagdrempelige karakter van consultatie geen uitgebreide registratie. Er zijn regio's waar veel gebruik wordt gemaakt en regio's waar dit minder het geval is. Meer wederzijdse uitwisseling van ervaringen, gebruik, bereik en uitkomsten kan helpen om

de consultatiefuncties zelf en de samenwerking verder te ontwikkelen, te verbeteren en te uniformeren. Ook eenvoudige landelijke monitoring gericht op gebruik en bereik (wie en waar) is wenselijk. Aanvullend kan periodiek via steekproeven inzicht worden verkregen in effecten op handelingsperspectief, samenwerking en passende zorg. Op deze wijze ontstaat zicht op de maatschappelijke opbrengsten van consultatie, zonder dat dit leidt tot substantiële administratieve lasten. Dit geldt zowel voor de consultatie door het sociaal domein als voor huisartsen.

6. Afbakening van definities

Er bestaat geen behoefte aan een fundamenteel andere invulling van de huidige consultatiefuncties. Wel bestaan in de praktijk verschillende interpretaties over de afbakening van consultatie ten opzichte van bemoeizorg, intercollegiaal overleg en andere samenwerkingsvormen. Wij adviseren daarom niet zozeer een nieuwe definitie te ontwikkelen, maar vooral de bestaande definities en afbakeningen verder te verduidelijken en in de communicatie naar professionals explicieter aandacht te besteden aan concrete toepassingssituaties. Dit geldt zowel voor de consultatie door het sociaal domein als voor huisartsen.

Aanbevelingen

Op basis van het onderzoek formuleren wij de volgende aanbevelingen.

Voor landelijke partijen (VWS, deNLggz, VNG, LHV, InEen, ZN en NZa)

- Investeer in landelijke bekendheid van de consultatiefuncties.
- Stimuleer de gezamenlijke verantwoordelijkheid van ggz, sociaal domein en andere partners voor organisatie en doorontwikkeling van de consultatie.
- Verduidelijk definities, afbakening, financiering en toepassingsmogelijkheden.
- Onderzoek de mogelijkheid om de consultatiefunctie ggz voor huisartsen aan te sluiten bij consultatie zoals die in de MSZ wordt toegepast.

Voor zorgverzekeraars, RHO's en regionale samenwerkingsverbanden

- Stimuleer actieve implementatie en bekendmaking van de consultatiefuncties.
- Stem onderling af over een pragmatische werkwijze (bijvoorbeeld door tarieven voor het organiseren van beschikbaarheid van professionals voor consultatie).
- Zorg voor duidelijke regionale toegangsroutes en aanspreekpunten. Een Mentaal Gezondheidsnetwerk is hiervoor een logische plek.

Voor ggz-aanbieders

- Maak consultatiemogelijkheden beter zichtbaar en toegankelijk.
- Organiseer korte lijnen tussen de ggz-aanbieders met de huisartsenzorg en professionals uit het sociaal domein.
- Maak over de inzet van de consultatie pragmatische afspraken met verzekeraars (zie ook hierboven).

Voor gemeenten en sociaal domein aanbieders

- Maak actief gebruik van beschikbare consultatiemogelijkheden en deel resultaten.
- Borg consultatie binnen bestaande overlegstructuren en samenwerkingsafspraken.

1. Uw vraag

1.1 Aanleiding en achtergrond

Huisartsen en professionals in het sociaal domein (SD) kunnen via consultatie laagdrempelig advies vragen aan ggz-professionals. Dit kan bijvoorbeeld een telefonisch overleg zijn, een multidisciplinair overleg (MDO) of deelname van ggz-experts aan wijkteams. Deze consultatie is een belangrijk instrument om de samenwerking tussen basiszorg (huisarts, SD) en specialistische ggz te versterken. Iemand kan daarmee sneller op de juiste manier worden geholpen en doorverwijzing naar de ggz wordt mogelijk voorkomen. Goede consultatiemogelijkheden ondersteunen samenwerkingsafspraken rondom patiëntengroepen en verwijsafspraken, omdat zorgverleners elkaar makkelijk weten te vinden en informatie kunnen uitwisselen.

1.2 Onderzoeksdoel en onderzoeksvragen

De Nederlandse ggz (deNLggz) heeft bureau HHM gevraagd om een onderzoek uit te voeren met het doel om handvatten en aanbevelingen te krijgen om de consultatiefunctie te verbeteren, de samenwerking in de praktijk te versterken, doorverwijzingen te voorkomen en passende zorg te kunnen leveren, waarbij goede consultatie niet van toeval afhangt maar in alle regio's beschikbaar is onder de juiste randvoorwaarden. De uitkomsten van het onderzoek moeten bruikbaar zijn voor het verbeteren en vergroten van de inzet van consultatie door het SD en huisartsen bij de ggz, en zo bijdragen aan AZWA-afspraak C6 (Verbeteren toegankelijkheid van de ggz)[1]. Met als resultaat van het onderzoek een rapportage met concrete aanbevelingen die door de partijen aan de IZA/AZWA-thematafel Mentale zorg en ondersteuning kunnen worden opgepakt.

[1] "We gaan het makkelijker maken voor huisartsen en sociaal domein om laagdrempelig kort te schakelen met de ggz. Dat kan net het verschil maken waardoor iemand sneller op de juiste manier geholpen kan worden, en waardoor doorverwijzing naar de ggz mogelijk voorkomen wordt. (...) Onder regie van de Nederlandse ggz wordt onderzoek gedaan naar de knelpunten rond de inzet van de consultatiefuncties huisartsen – ggz en sociaal domein – ggz. (...)"

Onderzoeksvragen

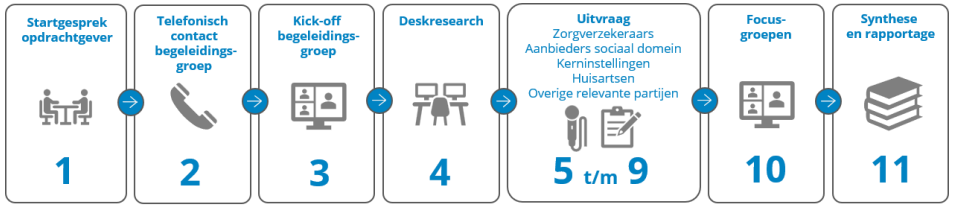
De NLggz heeft in afstemming met diverse landelijke partijen 25 onderzoeksvragen geformuleerd. Om de bevindingen gestructureerd te verzamelen en analyseren, hebben wij deze onderzoeksvragen geclusterd naar thema's: (1) Inrichting en organisatie, (2) Randvoorwaarden, (3) Gebruik en bereik, (4) Aansluiting bij de praktijk, (5) Effect en opbrengst en (6) Knelpunten en verbeteropties.

Thema's en onderzoeksvragen
Inrichting en organisatie
1. Past de geleverde zorg binnen de kernelementen van de consultatiefunctie zoals die zijn vastgelegd in de Leidraad consultatiefunctie ggz voor het SD? NB: aandachtspunt daarbij is dat ook de – niet expliciet in de leidraad benoemde – consultatie van de ggz bij vragen van jeugdzorgprofessionals over ouders onderdeel uitmaakt van de consultatiefunctie SD. (SD)
2. Welke vorm van consultatie wordt er geleverd? (SD)
3. Past de huidige inrichting van de consultatiefunctie ook bij wat nodig is vanuit de ontwikkeling naar 'stevige lokale teams'? (SD)
4. Is in de regio een Mentaal Gezondheidsnetwerk en is het verkennend gesprek geïmplementeerd? Zo ja, is de consultatiefunctie SD daarin geïntegreerd? (SD)
5. Is in de regio een Mentaal Gezondheidsnetwerk en is het verkennend gesprek geïmplementeerd? Zo ja, is de consultatiefunctie huisartsen in het netwerk geïntegreerd? (HA)
Randvoorwaarden
6. Stand van zaken consultatiefunctie SD: is het in elke regio gecontracteerd? Bij wie en voor wie? Daarbij speciale aandacht voor de mogelijkheid voor jeugdzorgprofessionals om te consulteren over ouders van jongeren. (SD)
7. Stand van zaken consultatiefunctie: is CET (consultatie, eHealth, triage) in elke regio gecontracteerd? Door wie? RHO's, huisartsenpraktijken, huisartsenketens? (HA)
8. Zijn er werkafspraken gemaakt (bijvoorbeeld hoe kan worden aangevraagd, welke vormen van consultatie zijn mogelijk en wat wordt er vastgelegd en teruggekoppeld)? Sluit dit aan bij de samenwerkingsafspraken tussen HA en ggz? (HA)
Gebruik en bereik
9. Hoeveel wordt er gebruik van gemaakt en bij welke ggz-aanbieder? (SD)
10. Als gebruik wordt gemaakt van de consultatiefunctie: maakt elk onderdeel van het SD (Wmo, jeugd) gebruik van de consultatiefunctie en zo nee, waarom niet? (SD)
11. Hoeveel wordt er gebruik van gemaakt en bij welke ggz-aanbieder (HA)?
Aansluiting bij de praktijk
12. Is voor SD-organisaties en gemeenten voldoende helder hoe ze toegang krijgen tot de consultatiefunctie, zo nee, wat kan daarin helpen? (SD)
13. Wat maakt dat het SD wel of geen gebruik maakt van de consultatiefunctie? (SD)
14. Is de afbakening tussen bemoeizorg (Wmo) en consultatie (Zvw) in de praktijk goed uitvoerbaar? (SD)
15. Sluit de huidige vorm van de consultatiefunctie aan bij de behoefte aan samenwerking bij jeugdzorgprofessionals? (SD)
16. Welke verschillen zijn er tussen regio's en wat is het effect daarvan? Welke succesfactoren kunnen worden onderscheiden? (SD)
17. Is voor huisartsen voldoende helder hoe ze toegang krijgen tot de consultatiefunctie, zo nee, wat kan daarin helpen? (HA)

Thema's en onderzoeksvragen
18. Wat maakt dat een huisarts wel of geen gebruik maakt van ggz-consultatie? (HA) 19. Sluit de huidige vorm van de consultatiefunctie aan bij de behoefte aan samenwerking bij huisartsen? (HA) 20. Welke verschillen zijn er tussen regio's en wat is het effect daarvan? Welke succesfactoren kunnen worden onderscheiden? (HA)
Effect en opbrengst
21. Wordt het beoogde doel van de consultatiefunctie bereikt zoals beschreven in de Leidraad consultatiefunctie ggz voor het SD? NB: aandachtspunt daarbij is dat ook de – niet expliciet in de leidraad benoemde – consultatie van de ggz bij vragen van jeugdzorgprofessionals over ouders onderdeel uitmaakt van de consultatiefunctie. (SD) 22. Wordt het beoogde doel van de consultatiefunctie bereikt? (HA)
Knelpunten en verbeteropties
23. Als het doel niet wordt bereikt, wat zijn de knelpunten? Ontbreekt er iets? Is er misschien een effectieve vorm van consultatie die niet in de handreiking is opgenomen? Bij knelpunten ook uitvragen en uitwerken van oplossingen, inclusief randvoorwaarden. Maak daarbij steeds, per randvoorwaarde, onderscheid tussen de huidige situatie - de gewenste situatie - wat staat daartussen in de weg? (SD) 24. Als het doel niet wordt bereikt, wat zijn de knelpunten? (HA) 25. Bij knelpunten ook uitvragen en uitwerken van oplossingen, inclusief randvoorwaarden. Maak daarbij steeds, per randvoorwaarde, onderscheid tussen de huidige situatie - de gewenste situatie - wat staat daartussen in de weg? Kijk daarbij ook naar de organisatie en financiering van de consultatie naar de MSZ (meedenkadvies en meekijkconsult). (HA)

2. Onze aanpak

Voor het onderzoek naar de consultatiefuncties ggz voor huisartsen en het sociaal domein kozen we een aanpak met 11 stappen (zie afbeelding 1) waarin we systematisch toewerkten naar de beantwoording van alle onderzoeksvragen. Bijlage 1 bevat een overzicht waarin voor de thema's en onderzoeksvragen is samengevat welke onderzoeksmethode naar verwachting met name relevante informatie oplevert.



Afbeelding 1. Schematische weergave aanpak

Stap 1: Startgesprek opdrachtgever
We maakten kennis met de opdrachtgever, deNLggz en bespraken de onderwerpen:

- Eventuele benodigde aanscherping van het plan van aanpak.
- Relevante documenten/databronnen.
- Respondenten die (aanvullend) relevant zijn om te betrekken.
- Concretisering van afspraken voor planning en risicomonitoring en risicobeheersing.
- De gewenste opzet, taal en toon van de rapportage.
- Afspraken over communicatie.

Stap 2: Telefonisch contact begeleidingsgroep
Vervolgens hadden we individueel telefonisch contact met de leden van de begeleidingsgroep (deNLggz, NVVP, VNG, Sociaal Werk NL, LHV, InEen en het ministerie van VWS), aangevuld met de NZa en ZN.

We bespraken hoe zij tegen het onderzoek aankeken en welke specifieke aandachtspunten, verwachtingen of zorgen zij hebben bij de consultatiefuncties. Ook vroegen we naar eventuele gevoeligheden in de uitvoering van de consultatiefuncties. Door elk lid afzonderlijk te spreken, ontstond aan de start van het onderzoek ruimte voor openheid en persoonlijke observaties. Zo verkregen we ook een beeld van welke kwantitatieve data beschikbaar zijn.

Stap 3: Kick-off begeleidingsgroep
We organiseerden een brede kick-off met de begeleidingsgroep. Daarbij benadrukten we de rol van de begeleidingsgroep in het bewaken van de relevantie en de nuances van het onderzoek. Op de agenda onder meer een kennismakingsronde, het plan van aanpak, de rol van de begeleidingsgroep binnen het onderzoek (zoals het aanleveren van informatie, het benaderen van de achterban en het meelezen van resultaten) en het maken van praktische afspraken.

Stap 4: Deskresearch
Met deskresearch verkregen we vervolgens inzicht in de beschikbare databronnen en documenten, in hoeverre deze antwoord gaven op de onderzoeksvragen en welke aanvullende informatie verzameld moest worden via interviews, vragenlijsten en focusgroepen. De verzameling van databronnen en documenten vond plaats in afstemming met de begeleidingsgroep, waarbij we ook gebruikmaakten van eigen kennis van documenten. Via gerichte zoekopdrachten naar begrippen uit de onderzoeksvragen hebben we documenten gescand, gelezen en inhoudelijk geanalyseerd. Een combinatie van AI en inhoudelijke expertise maakte de deskresearch snel en zorgvuldig.

Daarbij hebben we de sneeuwbalmethode toegepast: databronnen en documenten verwezen steeds door naar nieuwe relevante bronnen, totdat verzadiging optrad.

Stap 5 t/m 9: Uitvraag via interviews en vragenlijsten
Om gegevens te verzamelen over de zes relevante thema's hielden we eerst interviews met de leden van de begeleidingsgroep per respons-groep, waarbij een semi-gestructureerde leidraad werd gehanteerd en een concept vragenlijst werd voorgelegd en aangepast op basis van de verkregen verdiepende en concrete inzichten. Elk verspreidingskanaal kreeg een unieke link om de respons te monitoren. Bij lage respons werd de achterban opnieuw benaderd om deelname te stimuleren. De vragen waren grotendeels gesloten geformuleerd, waardoor resultaten goed te analyseren waren.

Stap 5: Uitvraag zorgverzekeraars
In overleg met ZN hebben we zorgverzekeraars geïnterviewd binnen een bestaand overleg. De inzichten hiervan dienden als basis voor het opstellen van een Excelformat om het gebruik van de consultatiefunctie in het SD in beeld te brengen én om enkele kwalitatieve vragen te stellen. Beide werden via ZN verspreid. De kwalitatieve vragen richtten zich op ervaringen met betrekking tot de contractering en financiering van de consultatiefunctie voor huisartsen en het sociaal domein.

Stap 6: Uitvraag kerninstellingen en zelfstandig gevestigde psychiaters
Openbare gegevens, het netwerk van deNLggz en het eigen netwerk hebben we benut om drie kerninstellingen te benaderen voor een interview. Op basis van de input uit deze interviews is een vragenlijst

uitgezet onder 27 unieke ggz-kerninstellingen[2] waarvan werd verwacht dat zij de consultatiefunctie organiseerden of hierbij betrokken waren. De vragenlijst hebben we - in afstemming met deNLggz - verspreid via contactgegevens van de IZA-coördinatoren.

Via de uitvraag onder kerninstellingen ontvingen we 19 vragenlijsten van 16 verschillende kerninstellingen, verdeeld over 63% beleidsmatige functies of managementfuncties, 16% behandelaar of direct cliënten-contact en 21% anders (bijvoorbeeld adviseur, zorgverkoop en contractering, en consultatiegever).

Naast de kerninstellingen hebben we ook een vragenlijst uitgezet bij de zelfstandig gevestigde psychiaters. In Nederland zijn momenteel circa 400 praktijken van zelfstandig gevestigde psychiaters. Via de uitvraag hebben we een respons ontvangen van 110 zelfstandig gevestigde psychiaters.

Stap 7: Uitvraag aanbieders sociaal domein
We hebben interviews gehouden met SWN en de VNG. Op basis van deze interviews hebben we een vragenlijst opgesteld die schriftelijk is getoetst door een gemeente en twee regio's. Vervolgens is de vragenlijst door SWN en de VNG onder hun achterban uitgezet. Een alternatieve route via de Wmo-aanmeldloketten via www.alleszelf.nl van gemeenten bleek uiteindelijk niet haalbaar.

Via de uitvraag onder het sociaal domein hebben we een respons opgehaald van 128 personen, verdeeld over 54% gemeente, 27% aanbieder in het sociaal domein, 9% gecombineerd gemeente/aanbieder in het sociaal domein en 10% anders (bijvoorbeeld regionale samen-werkingsverbanden, wijkteams en sociale teams).

Stap 8: Uitvraag huisartsen
We hebben ook een uitvraag gedaan onder huisartsen. We zijn begonnen met een interview met InEen als vertegenwoordiging van de Regionale Huisartsenorganisaties (RHO's) samen met iemand van een RHO en met de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV). Op basis van deze interviews hebben we twee verschillende vragenlijsten opgesteld. Eén is verspreid onder alle RHO's (circa 52) met eveneens een Excelformat om het gebruik van de consultatiefunctie door huisartsen in beeld te brengen. Een vragenlijst voor individuele huisartsen is via de LHV en een LinkedIn-poll verspreid.

Via de uitvraag onder de RHO's hebben we 27 vragenlijsten van 25 RHO's ontvangen. Voor de huisartsen hebben we een respons[3] opgehaald van 356 personen, verdeeld over 94% huisartsen, 2% kaderhuisartsen ggz, 1% POH-ggz en 4% anders (bijvoorbeeld huisarts in opleiding, praktijk-manager).

Stap 9: Uitvraag overige relevante partijen
Tot slot hebben we via deNLggz een vragenlijst uitgezet onder alle contactpersonen van het Programma Mentale Gezondheidsnetwerken. Via deze uitvaag hebben we een respons opgehaald van 30 vragenlijsten van 25 verschillende MGN'en, verdeeld over 74% beleidsmatig/management, 9% uitvoerend/cliëntcontact en 18% anders (bijvoorbeeld bestuur, project-leider en geen betrokkenheid).

[2] Enkele kerninstellingen zijn voor meer regio's kerninstelling. Het totaal van alle kerninstellingen over alle regio's bij elkaar opgeteld is daardoor 37.
[3] In de focusgroep met huisartsen (zie stap 10) is aangeven dat een andere verdeling in respons tussen huisartsen en POH niet tot andere uitkomsten zou hebben geleid, omdat consultatievragen vanuit POH vaak in afstemming met de huisarts of door de huisarts worden gesteld.

Stap 10: Focusgroepen
In één fysieke en vier online-focusgroepen hebben we onze bevindingen getoetst en verdiept op zes thema's. De deelnemers hebben we geworven via de leden van de begeleidingsgroep en bestonden uit RHO's, huisartsen, sociaal domein-professionals, kerninstellingen/psychiaters en zorg-verzekeraars. De groepen varieerden van 5 tot ruim 20 deelnemers (deze bijeenkomst hebben we gesplitst in twee groepen) en werden begeleid door onderzoekers van bureau HHM. In de focusgroepen bespraken we op basis van de resultaten van de kwantitatieve gegevensanalyse en ontvangen vragenlijsten de toegankelijkheid en het gebruik van de consultatiefunctie, regionale verschillen, succesfactoren, knelpunten en barrières. We reflecteerden op voorlopige bevindingen en keken gezamenlijk of de doelen van consultatie worden bereikt, wat ontbreekt en welke randvoorwaarden nodig zijn.

Stap 11: Synthese en rapportage
Tot slot hebben we alle resultaten met elkaar gecombineerd om te komen tot een rapportage waarin we de onderzoeksvragen beantwoorden aan de hand van zes thema's:

- Inrichting en organisatie
- Randvoorwaarden
- Gebruik en bereik
- Aansluiting bij de praktijk
- Effect en opbrengst
- Verbeteropties

Op basis van alle bevindingen sluit de rapportage af met een aantal conclusies en aanbevelingen.

3. Inrichting en organisatie

3.1 Sociaal domein | kernelementen en vormen

In dit onderdeel beschrijven we de bevindingen voor ***onderzoeksvraag 1****: 'Past de geleverde zorg binnen de kernelementen van de consultatiefunctie zoals die zijn vastgelegd in de Leidraad consultatiefunctie ggz voor het SD?'* Daarbij gold als aandachtspunt de – niet expliciet in de leidraad benoemde – consultatie van de ggz bij vragen van jeugdzorgprofessionals over ouders die ook onderdeel uitmaakt van de consultatiefunctie SD.

De 'Leidraad consultatiefunctie ggz voor het sociaal domein' beschrijft vijf kernelementen voor de ggz-consultatie voor het sociaal domein:

Kernelement 1: Als bijdrage voor het oplossen van de wachttijden
De Leidraad stelt dat wachttijden in de ggz al meerdere jaren te lang zijn. En: *"De consultatiefunctie helpt professionals in het sociaal domein om problematiek bij mensen sneller te doorgronden zodat zij meer handvatten hebben om de problemen van cliënten in het sociaal domein op te lossen. Zo zorgen we dat er minder verwijzingen naar de ggz ontstaan, dan wel dat patiënten sneller verwezen worden naar een andere, betere (en dus juiste) plek. Dat hopelijk een positieve invloed heeft op de wachttijden in de regio."*

Voor het **sociaal domein** is dit vertaald naar de stelling: Door de ggz-consultatie voor het sociaal domein kan ik inwoners langer passend ondersteunen in het sociaal domein. Hierop antwoordt **55% dat dit het geval is**, 27% deels, 5% nee en 14% weet het niet.

Alle 19 respondenten van de **kerninstellingen** hebben aangegeven dat ze de consultatiefunctie bieden voor het sociaal domein. De resultaten vanuit de vragenlijsten laten zien dat **65% van de kerninstellingen het beeld heeft dat de consultatiefunctie een bijdrage levert aan het oplossen van de wachttijden in de ggz**, maar heeft daar (nog) geen concrete

aanwijzingen voor. 35% van de kerninstellingen weet niet of de consultatiefunctie een bijdrage levert aan het oplossen van de wachttijden. Geen enkele kerninstelling heeft aangegeven geen bijdrage te zien.

In totaal 30 van de 110 **zelfstandig gevestigde psychiaters (27%) bieden de consultatiefunctie voor het sociaal domein, waarvan 50% het beeld heeft dat de consultatiefunctie een bijdrage levert aan het oplossen van de wachttijden in de ggz,** 32% heeft daar (nog) geen concrete aanwijzingen voor en 18% geeft aan daar ook concrete aanwijzingen voor te hebben. Betere triage en gerichtere verwijzing zorgen ervoor dat cliënten sneller op de juiste plek terechtkomen, wat invloed heeft op de wachttijden in de ggz. 39% van de zelfstandig gevestigden geeft aan niet te weten of de consultatiefunctie een bijdrage levert aan het oplossen van de wachttijden en 14% geeft aan dat het geen bijdrage levert.

Kernelement 2: De consultatiefunctie komt op basis van samenwerking in de regio tot stand.

"De consultatiefunctie dient ter ondersteuning van de hulp die verleend wordt door het sociaal domein en versterkt deze. Het handelingsperspectief in het sociaal domein wordt groter en verwijzing is niet nodig en/of terugval bij chronische problematiek wordt voorkomen. Zo draagt het bij aan preventie. Het is belangrijk dat de consultatiefunctie zoals deze wordt aangeboden door de ggz een vorm heeft die aansluit bij de behoefte van professionals in het sociaal domein. Om dit te borgen is afstemming hierover tussen het sociaal domein en de ggz cruciaal."

Of de vorm aansluit bij de behoefte van professionals in het sociaal domein beschrijven we bij kernelement 4. Dit is grotendeels het geval.

Of er afstemming plaatsvindt daarover bestaat een wisselend beeld. In de focusgroep met het sociaal domein is aangegeven dat er niet altijd afstemming plaatsvindt over de consultatie. Vanuit de focusgroep kerninstellingen en zelfstandig gevestigde psychiaters wordt aangegeven dat frustratie over wachttijden binnen de ggz hier ook in doorklinken en wordt bevestigd dat het beeld wisselend is. Een en ander is ook afhankelijk van de bestaande samenwerking in de regio. In bepaalde regio's bestaat al lange tijd een goede samenwerking en wordt die niet (alleen) verbeterd door de consultatiefunctie. In hoofdstuk 7 wordt nader ingegaan op het effect van de consultatie op de samenwerking.

Kernelement 3: De consultatiefunctie sociaal domein voldoet aan de afbakening van het Zorginstituut Nederland

In de duiding van het Zorginstituut zoals samengevat in de Leidraad wordt ook melding gemaakt van het voorkomen van verwijzingen en/of zwaardere zorg. Aanvullend wordt hier voor het sociaal domein genoemd: *"Het gaat nadrukkelijk niet om zorgmijders die moeten worden toegeleid naar zorg (bemoeizorg/OGGZ)" en "Het gaat onder meer om diagnostische vragen, advies over verdere aanpak behandeling of begeleiding, advies ten aanzien van terugvalpreventie of hoe om te gaan met een cliënt in een bepaalde situatie."*

De afbakening met bemoeizorg beschrijven we in hoofdstuk 6 aan de hand van onderzoeksvraag 14 die daarover expliciet is geformuleerd. Hier richten we ons op de inhoud van de consultatie.

Uit de respons blijkt dat het grootste gedeelte van **het sociaal domein de ggz wil consulteren voor vragen over verdere aanpak van begeleiding, voorkomen van terugval en/of het vervolgtraject (34%)**. Daarnaast gaat het over vragen over hoe om te gaan met een cliënt in een bepaalde situatie (29%) en om vragen over diagnose of symptomen (23%), zie

figuur 1. Onder de categorie 'anders', wordt aangegeven dat er behoefte is aan het kunnen stellen van vragen over behandeling, het wel/niet verwijzen naar de ggz, gezamenlijke aanpak en vragen over ouders en jeugdigen.

Figuur 1. Behoefte soorten vragen vanuit het sociaal domein

Kernelement 4: Vormen van de consultatiefunctie

Hierover stelt de leidraad*: "De verwachting is dat gemeenten op hoofdlijnen behoefte hebben aan consultatie binnen de context van de samenwerking in de wijk, dan wel door middel van een telefonisch spreekuur."* Ook bij de totstandkoming van de duiding van het Zorginstituut zijn vormen van consultatie in kaart gebracht. Deze vormen dienen als voorbeeld voor de regionale samenwerking en de contractering.

Omdat de consultatiefunctie sociaal domein een nieuwe vorm van ondersteuning is, verwachten partijen dat regio's in de praktijk nieuwe vormen gaan ontwikkelen, waarbij aanbieders gehouden zijn aan de duiding van het Zorginstituut en deze leidraad. We hebben zowel via deskresearch als via de vragenlijst onderzocht wat de vormen zijn waarin consultatie wordt geboden en ontvangen. Hiermee geven wij ook antwoord op ***onderzoeksvraag 2:*** *Welke vormen van consultatie wordt geleverd?*

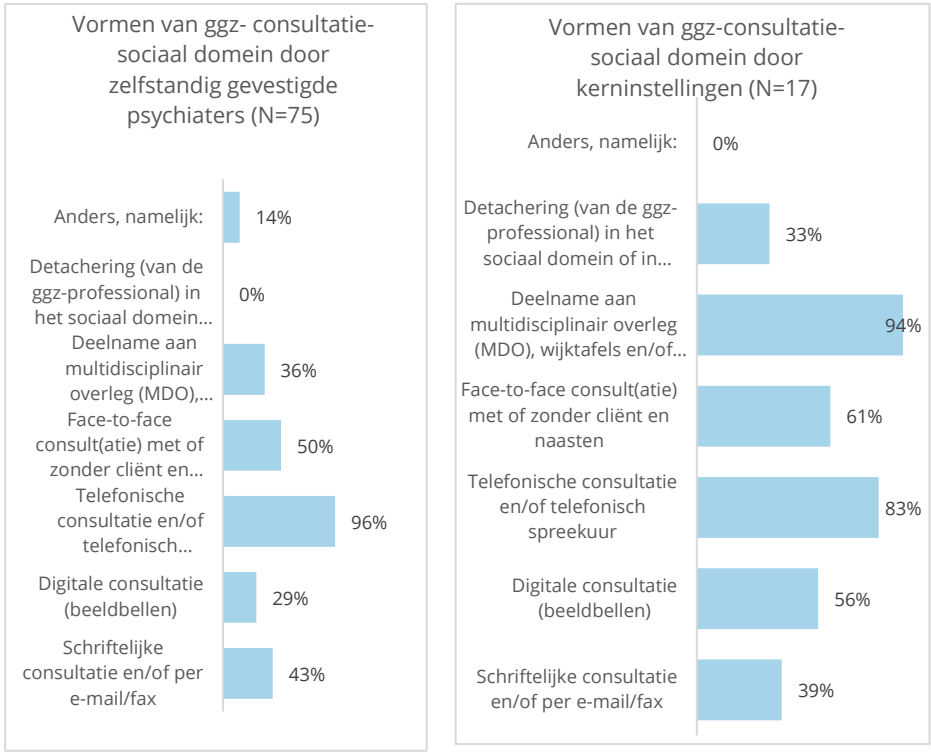
Deskresearch naar websites van ggz-instellingen tonen dat het kan gaan om schriftelijke consultatie en/of consultatie per e-mail/fax. Daarnaast kan het gaan om digitale consultatie (beeldbellen), telefonische consultatie en/of telefonisch spreekuur en face-to-face consultatie. Als laatste noemen ggz-instellingen op hun websites deelname aan een multidisciplinair overleg, wijktafels of overlegtafels van het sociaal domein als vorm van consultatie.

In de uitkomsten van de vragenlijsten zien we de verschillende vormen van consultatie die in de leidraad zijn genoemd en we hiervoor hebben beschreven terug. In figuur 2 is weergegeven welke vormen van consultatie worden geleverd door de zelfstandig gevestigde psychiaters en door kerninstellingen. Hierbij zien we enkele verschillen tussen de zelfstandig gevestigden en de kerninstellingen.

De **kerninstellingen** nemen vrijwel allemaal deel aan **multidisciplinaire overleggen** en bieden in iets mindere mate telefonische, face-to-face en digitale consultatie.

De **zelfstandig gevestigde psychiaters** bieden de ggz-consultatie **voornamelijk telefonisch** en in mindere mate via face-to-face, schriftelijk of deelname aan een multidisciplinair overleg. De zelfstandig gevestigden leveren geen detachering in het sociaal domein, van de kerninstellingen levert 33% dat.

Ook zien we in de resultaten dat **84% van** de respondenten van de **kerninstellingen aangeeft een digitaal platform te gebruiken voor consultatie[4].** In de vragenlijst geeft een kerninstelling aan dat de uitvoering eenvoudiger zou kunnen met betere (goedkopere) digitale platforms. Een andere instelling geeft aan dat gegevensuitwisseling via een digitaal systeem ingewikkeld is. Van de **zelfstandig gevestigden gebruikt 77% geen digitaal platform** en 23% wel[5].

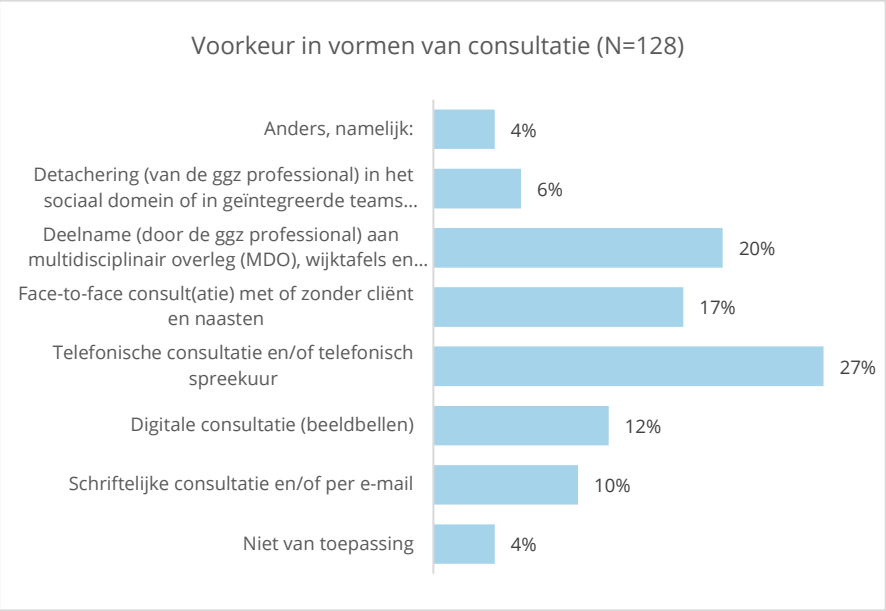


Figuur 2. Geleverde vormen van consultatie (meer antwoorden mogelijk)

Als we kijken naar de behoefte van het sociaal domein aan vormen van consultatie dan zien we dat het grootste deel voornamelijk de voorkeur heeft voor telefonische consultatie, via deelname aan een MDO of face-to-face (zie figuur 3).

[4] Hiervan gebruikt 67% VIP Live en 67% ZorgDomein. 33% geeft aan een ander digitaal platform te gebruiken, zoals 123consultatie.
[5] Namelijk Doctolic Connect (100%) en VIP Live (100%).

De behoefte vanuit het sociaal domein komt dus grotendeels overeen met wat wordt geleverd door de kerninstellingen en zelfstandig gevestigden.



Figuur 3. Behoefte vanuit het sociaal domein aan vormen van consultatie

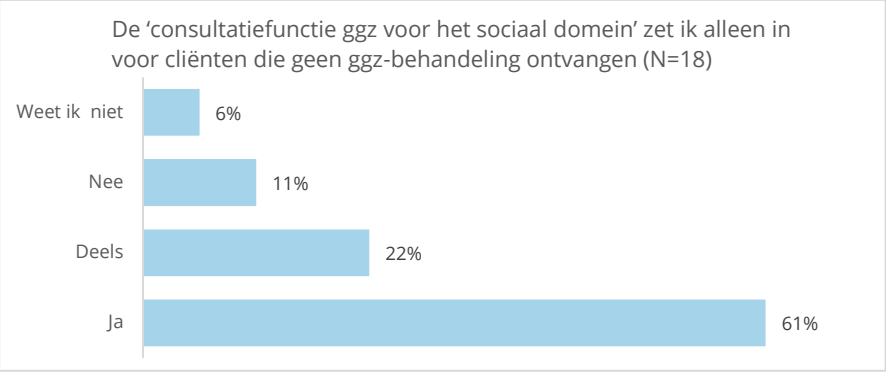
In de focusgroep met vertegenwoordigers vanuit het sociaal domein werd hierover aangegeven dat het gepresenteerde beeld van voorkeur in vormen herkenbaar is. Een telefoonnummer is het meest laagdrempelig en makkelijk te organiseren en deelname aan een MDO of andere overlegvormen is voor professionals in het sociaal domein vaak passend bij de cliënten waarmee zij te maken hebben.

Kernelement 5: De prestatie consultatiefunctie sociaal domein wordt alleen ingezet voor burgers die geen bemoeizorg of ggz-behandeling ontvangen.
De leidraad beschrijft dat het lastig kan zijn *"om consultatie in het kader van bemoeizorg en de consultatiefunctie sociaal domein goed te onderscheiden"* en biedt handvatten om dit onderscheid goed te kunnen maken.

De afbakening met bemoeizorg beschrijven we in hoofdstuk 6 aan de hand van onderzoeksvraag 14 die daarover expliciet is geformuleerd. Daar wordt beschreven dat de afbakening beperkt gemaakt kan worden.

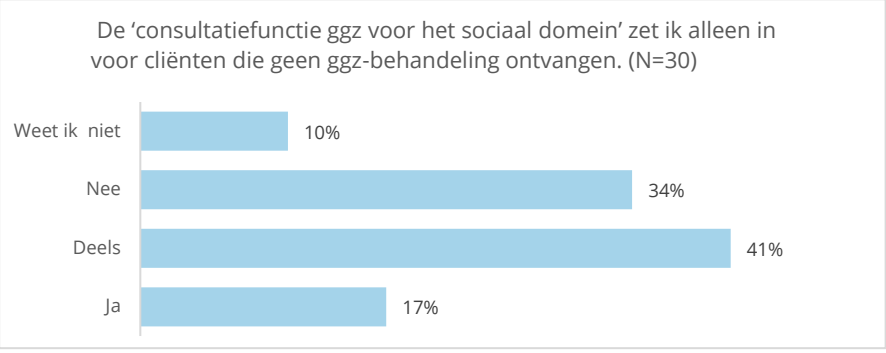
Hieronder tonen we de resultaten over "geen ggz-behandeling ontvangen". Als iemand ggz-behandeling ontvangt en de professional wil overleggen met een ggz-professional dan is sprake van intercollegiaal overleg en geen consultatie.

Uit de antwoorden op de vragenlijsten blijkt dat de **consultatiefunctie voor het grootste deel door de kerninstellingen inderdaad wordt ingezet voor cliënten die geen ggz-behandeling ontvangen** (zie figuur 4). 22% van de respondenten geeft aan dat dit deels zo is en 11% heeft aangegeven dat zij de consultatiefunctie niet alleen inzetten voor cliënten die geen ggz-behandeling ontvangen.



Figuur 4. Consultatie bij geen ggz-behandeling door kerninstellingen

Voor de zelfstandig gevestigden zien we een andere verdeling. Hierbij zet het grootste gedeelte van de respondenten de consultatiefunctie deels in bij cliënten die geen ggz-behandeling ontvangen (41%) en geeft 34% aan de functie niet alleen in te zetten voor cliënten die geen ggz-behandeling ontvangen.



Figuur 5. Consultatie bij geen ggz-behandeling door zelfstandig gevestigden

[6] Bron: Uitvoeringstoets consultatiefunctie ggz voor sociaal domein

Tot slot: Aandachtspunt jeugdprofessionals

De consultatiefunctie ggz is van toepassing op de professionals in het gemeentelijk sociaal domein die deze wetten uitvoeren, met uitzondering van de Jeugdwet, omdat de consultatie is bedoeld voor individuen boven 18 jaar. De ratio hierachter is dat het sociaal domein voor consultatie-vragen voor individuen onder 18 jaar de betreffende ggz-professional moet bevragen die onder de jeugdwet werkzaam is. Uit de deskresearch blijkt dat dit onderscheid soms moeilijk is te maken wanneer het om consultatie gaat over problematiek die in een gezin speelt[6].

Aan de kerninstellingen en de zelfstandig gevestigden hebben we gevraagd **of er bij hen vragen binnenkomen van jeugdhulpprofessionals over ouders van jeugdigen** (dus niet over de jeugdige zelf). Voor de kern-instellingen geldt dat het grootste deel van de respondenten hier geen zicht op heeft (61%), 17% geeft aan dat deze vragen niet binnenkomen, 22% geeft aan dat de vragen binnenkomen, waarvan 11% ze behandelt en 11% niet. Voor de zelfstandig gevestigden geldt dat 14% er geen zicht op heeft en 45% deze vragen niet binnenkrijgt. 42% krijgt de vragen wel binnen, waarvan 14% deze vragen niet behandelt en 28% wel.

3.2 Sociaal domein | 'stevige lokale teams'

'Stevige lokale teams' is een ontwikkeling vanuit de Hervormingsagenda Jeugd. Het "zijn laagdrempelige, wijkgerichte teams die met een brede, domeinoverstijgende blik inwoners ondersteunen bij regie, zelfhulp bieden en waar nodig aanvullende (specialistische) hulp inschakelen, met focus op context, eigen kracht en het voorkomen van onnodig zwaardere zorg" (Bron: Convenant stevige lokale teams).

***Onderzoeksvraag 3**: Past de huidige inrichting van de consultatiefunctie ook bij wat nodig is vanuit de ontwikkeling naar 'stevige lokale teams'?*
In de verzamelde documentatie wordt geen expliciete koppeling gelegd tussen de consultatiefunctie SD en het begrip 'stevige lokale teams' (zoals gehanteerd in de Hervormingsagenda Jeugd). Wel laten de beschikbare bronnen zien dat de consultatiefunctie aan kan sluiten bij de principes van deze brede wijkgerichte teams. 'Stevige lokale teams' zijn immers multi-disciplinaire buurtgerichte teams die met een domeinoverstijgende aanpak inwoners ondersteunen en waar nodig tijdig specialistische hulp inschakelen. De consultatiefunctie SD is juist bedoeld als ondersteunend instrument voor deze werkwijze, het biedt snelle ggz-expertise om casussen in het sociaal domein te begeleiden en verwijzing naar zwaardere zorg te voorkomen.

De **huidige inrichting kan daarmee passen bij wat nodig is voor deze ontwikkeling**. Dit concluderen we ook vanuit onze eigen ervaringen binnen het domein zorg & veiligheid[7]. In het interview met de VNG werd dit bevestigd.

3.3 Sociaal domein én huisartsen | MGN

In alle regio's wordt gewerkt aan de implementatie van Mentale Gezondheidsnetwerken (MGN). Hierin werken huisartsen, sociaal domein en de ggz samen. Hierdoor kan de hulpvraag van mensen met psychische klachten snel en op de juiste plek worden opgepakt (bron: Mentale gezondheidsnetwerken.nl, 8 juli 2026). Het doel van de MGN'en in het IZA is het realiseren van passende en snelle zorg en ondersteuning op de juiste plek. Consultatie maakt daar onderdeel van uit.

Onder verwijzing naar het IZA is het volgende vermeld in de Werkwijze ontwikkeling Mentale gezondheidsnetwerken van 1 maart 2024: *"We maken in de komende tijd afspraken aan de hand van een groeimodel, over het voeren van verkennende gesprekken door goed opgeleide professionals waarbij er wordt afgewogen of GGZ zorg of inzet van sociaal domein nodig is, het inzetten van consultatie & overleg tussen de domeinen voor individuele cliënten (.....)* "

Hoewel het doel van een MGN breder is, beoogt het - evenals de consultatie-functies - korte lijnen tussen de relevante domeinen ten behoeve van mensen met psychische klachten. Binnen de meeste van deze MGN'en wordt momenteel gewerkt aan het implementeren van het verkennend gesprek. "*Het verkennend gesprek is een gesprek tussen de persoon om wie het gaat, professionals uit de ggz en het sociaal domein en (doorgaans ook) naaste(n) van de persoon. Het gesprek wordt gevoerd vanuit inzichten over herstelbevordering en positieve gezondheid. (...)* ". Ook hier is het doel onder meer de juiste zorg op de juiste plek (bron: Werkwijze ontwikkeling Mentale gezondheids-netwerken, 1 maart 2024).

Dat maakt het MGN mogelijk een logisch gremium van waaruit ook de consultatiefunctie kan worden georganiseerd.

***Onderzoeksvragen 4 en 5**: Is in de regio een Mentaal Gezondheidsnetwerk en is het verkennend gesprek geïmplementeerd? Zo ja, is de consultatiefunctie-ggz sociaal domein daarin geïntegreerd? Zo ja, is de consultatiefunctie-ggz huisartsen daarin geïntegreerd?*

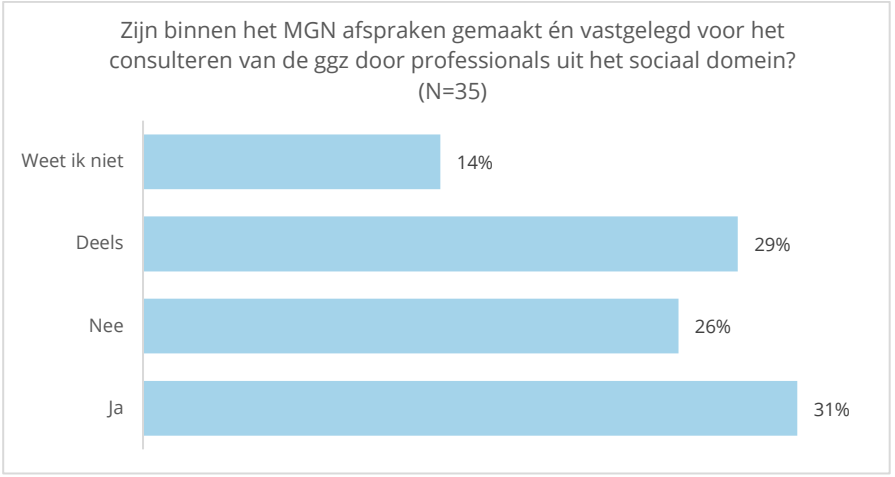
[7] Vanuit bureau HHM zijn wij bij meer dan 100 gemeenten betrokken geweest bij de inrichting van de Aanpak ter Voorkoming van Escalatie (AVE).

Deskresearch (via internet) laat zien dat het in veel regio's gaat om plannen om het te gaan implementeren, met soms wel en soms geen tijdpad hieraan gekoppeld. Voor een aantal regio's geldt dat ze in documentatie hebben aangegeven op welk punt ze staan in de implementatie en dat ze het bijvoorbeeld uitrollen binnen bepaalde gemeenten, wijken of praktijk.

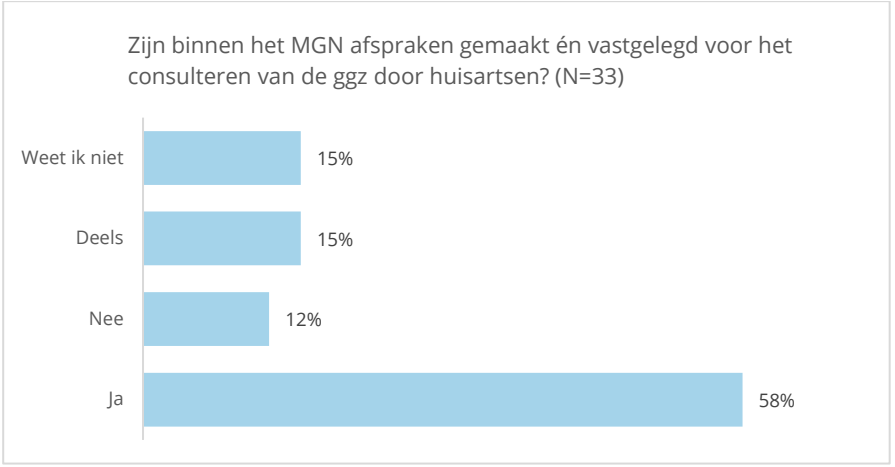
De resultaten van de vragenlijst onder MGN'en tonen dat bij **50% van de MGN'en die hebben gereageerd op vragenlijst het verkennend gesprek is geïmplementeerd**. Voor 24% geldt dat het verkennend gesprek deels is ingepland en voor 21% dat het niet is geïmplementeerd.

Wanneer we kijken of binnen het MGN afspraken zijn gemaakt en vast-gelegd voor het consulteren van de ggz, dan zien we verschillen voor de consultatiefunctie sociaal domein en de consultatiefunctie huisartsen.

Voor het sociaal domein geldt dat 31% van de MGN'en en voor huisartsen dat meer dan de helft van de MGN'en afspraken heeft gemaakt en vastgelegd over het consulteren van de ggz (zie figuur 6 en 7). In sommige situaties waren deze afspraken los van de netwerken gemaakt en bouwt het MGN daar op voort.



Figuur 6. Afspraken consulteren ggz-sociaal domein volgens MGN'en



Figuur 7. Afspraken consulteren ggz-huisartsen volgens MGN'en

3.4 Conclusie inrichting en organisatie

Consultatiefunctie ggz voor het sociaal domein

Deze consultatiefunctie wordt vrijwel overal aangeboden door kerninstellingen en in beperktere mate door zelfstandig gevestigde psychiaters. De Leidraad formuleert enkele kernelementen voor het inrichten van de consultatiefunctie. Deze kernelementen kennen overlap en verschillen in scherpte qua eisen.

- Een belangrijke conclusie is dat deze functie in het sociaal domein inhoudelijk grotendeels wordt ingezet *waarvoor* ze is bedoeld (namelijk vragen over begeleiding, handelingsperspectief, terugvalpreventie en omgang met complexe situaties) en grotendeels ook *voor wie* het is bedoeld. Daarmee past het bij deze kernelementen uit de Leidraad. Overigens wordt de afbakening met bemoeizorg als lastig ervaren en wordt de functie ook wel ingezet voor mensen die al ggz behandeling ontvangen; dat laatste geldt meer voor de zelfstandig gevestigde psychiaters dan voor de kerninstellingen). Vaak wordt pas na verloop van tijd duidelijk dat sprake is of moet zijn van bemoeizorg. Ook is er juist voor deze doelgroep een grote behoefte aan antwoorden op vragen.
- Ook de vormen die worden ingezet, hoewel minder strak geformuleerd in de Leidraad, sluiten aan. Het meest komen voor telefonische consultatie, deelname aan multidisciplinaire overleggen en face-to-face consultatie. Deze vormen sluiten goed aan bij de behoeften die professionals in het sociaal domein aangeven, hoewel hierover niet altijd afstemming plaatsvindt.
- Ook vindt men dat de consultatiefunctie voor een groot deel bijdraagt aan het oplossen van wachttijden dan wel het langer mensen kunnen helpen in het sociaal domein, zoals beoogd in de Leidraad. Beperkt beschikt men over gegevens om deze bijdrage te onderbouwen.
- Er bestaat nog onduidelijkheid over de mogelijkheden voor jeugdhulp-professionals om te consulteren over ouders van jeugdigen, waardoor dit onderdeel van de consultatiefunctie waarschijnlijk nog onvoldoende wordt benut.
- Tot slot sluit de huidige inrichting in principe goed aan bij de ontwikkeling naar stevige lokale teams. De consultatiefunctie ondersteunt immers de gewenste multidisciplinaire en domein-overstijgende werkwijze en biedt toegang tot specialistische ggz-expertise zonder directe verwijzing naar specialistische zorg.

Mentale gezondheidsnetwerken en consultatie

In alle regio's wordt gewerkt aan de implementatie van MGN'en, waarin huisartsen, sociaal domein en de ggz samenwerken. Dat zou daarmee een logische plek kunnen zijn om de consultatiefunctie te positioneren in de toekomst. Om die reden is gevraagd naar de stand van zaken van enkele ontwikkelingen binnen het MGN.

- De helft van alle MGN'en uit het onderzoek heeft het verkennend gesprek geïmplementeerd.
- Ook over de consultatiefuncties zijn al afspraken gemaakt én vastgelegd binnen het MGN. Dit geldt relatief beperkt voor het sociaal domein en meer voor de consultatie door huisartsen.

4. Randvoorwaarden

4.1 Sociaal domein | contractering

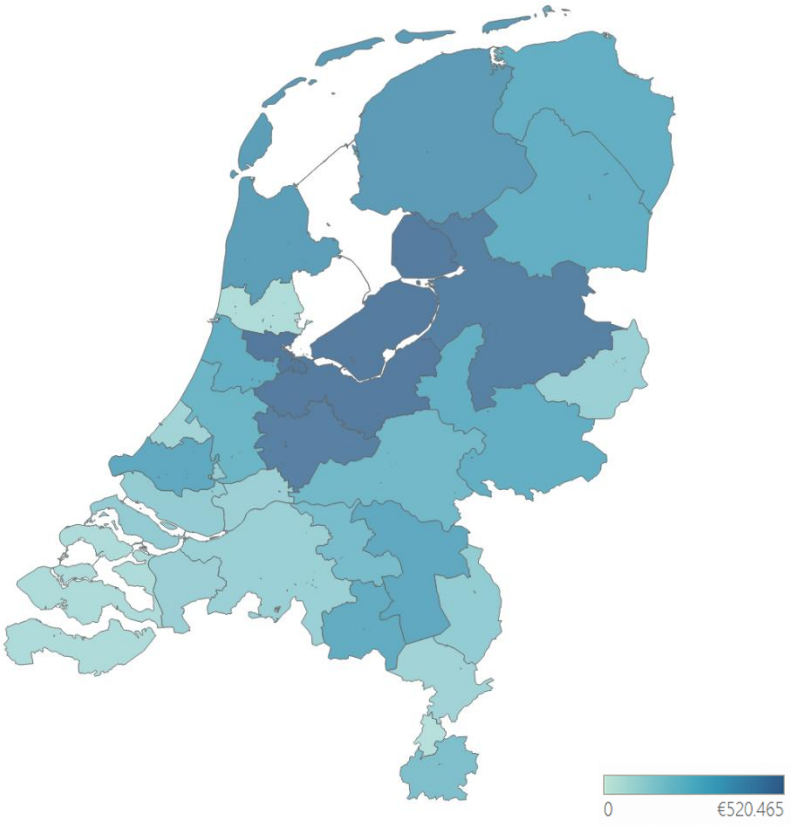
In dit onderdeel beschrijven we de bevindingen voor ***onderzoeksvraag 6:*** *Stand van zaken consultatiefunctie sociaal domein: is het in elke regio gecontracteerd? Bij wie en voor wie? Daarbij speciale aandacht voor de mogelijkheid voor jeugdzorgprofessionals om te consulteren over ouders van jongeren.*

Om gebruik te kunnen maken van de consultatiefunctie is afgesproken dat deze per 'acute-ggz-regio' (N=28)[8] bij een beperkt aantal partijen met binding met het sociaal domein wordt ingekocht. Zorgverzekeraars handelen daarbij gelijkgericht (zie Leidraad). **Hiervoor is voor heel Nederland een lumpsumbedrag van € 10 miljoen beschikbaar**. Er is ook afgesproken dat de regionale preferente zorgverzekeraars hiervoor circa twee ggz-aanbieders (kerninstellingen) benaderen met het verzoek om een regionaal plan voor de consultatiefunctie uit te werken, passend bij het IZA-regioplan. Zorgverzekeraars geven een indicatie van het regionale budget, op basis van het aantal inwoners van een regio. Ggz-aanbieders kunnen vervolgens een offerte indienen voor de consultatie-functie ggz voor het sociaal domein.

Op basis van deze werkwijze is in 2025 voor elke regio (indeling acute ggz) een budget gecontracteerd met een gezamenlijke waarde van € 7.152.334. Dit gecontracteerde bedrag is gebaseerd op de uitgebrachte offertes van de ggz-partijen.

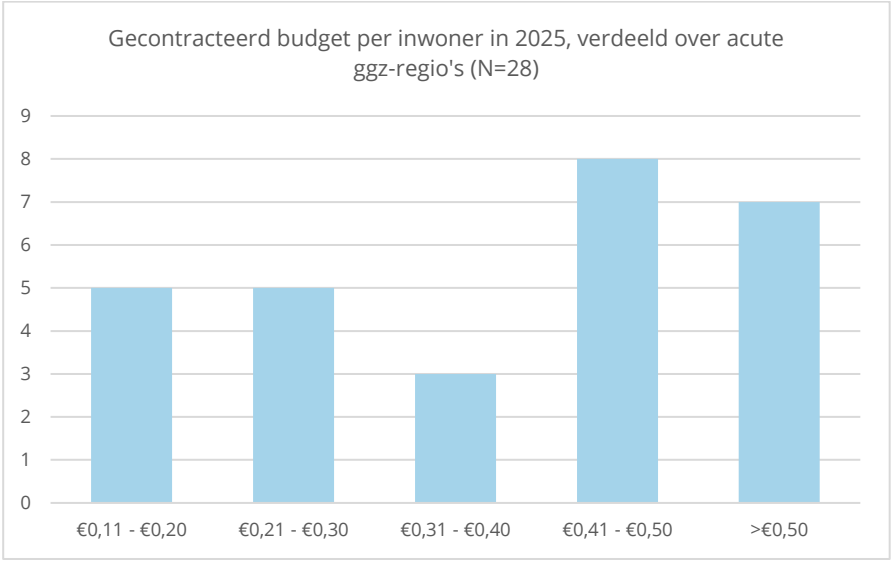
[8] Dit is de indeling voor de acute geestelijke gezondheidszorg is Nederland. In elk van de in totaal 28 regio's is een hoofdverantwoordelijke die zorgt dat mensen in een acute psychische crisis 24/7 de juiste spoedeisende zorg krijgen.

De variatie in het gecontracteerde budget regio is groot. Het bedrag per regio varieert van ruim € 50.000 tot ruim € 520.000 (zie afbeelding 2, waarbij de kleuren van licht naar donker corresponderen met de gecontracteerde budgetten van klein tot groot).



Afbeelding 2. Gecontracteerd budget consultatiefunctie ggz sociaal domein per acute ggz regio variërend van klein (licht) naar groot (donker)

Als we de gecontracteerde budgetten per regio verdelen over het aantal inwoners per regio dan zien we dat het gecontracteerde budget per inwoner varieert van € 0,10 - € 0,20 tot > € 0,50, zie figuur 8.



Figuur 8. Gecontracteerd budget consultatiefunctie ggz sociaal domein per inwoner

In de focusgroep met een vertegenwoordiging vanuit het sociaal domein werd aangegeven dat er vanuit hen weinig zicht is op de contractering en welke budgetten beschikbaar zijn. Ze geven aan dat het sociaal domein graag meer invloed wil in de inkoop van consultatie.

Kerninstellingen en zelfstandig gevestigden geven over de contractering aan dat die verschillend is per regio; sommigen werken met lumpsum-afspraken, anderen met productie- of volumeafspraken en er zijn verschillen in contractvoorwaarden en declaratieregels.

Productieafspraken op aantallen worden als weinig passend ervaren, omdat consultatie draait om tijd en samenwerking. Ook worden de tarieven niet altijd als dekkend ervaren. In de vragenlijst is door een kerninstelling aangegeven dat een handleiding voor contractering helpend zou zijn.

Verzekeraars ervaren een administratieve belasting door de diversiteit in contractafspraken met ggz-aanbieders en zelfstandig gevestigden. Immers, voor alle regio's geldt dat de regionale preferente zorgverzekeraar ervoor moet zorgen dat in de betreffende regio alle verzekeraars de afspraken hanteren die de preferente zorgverzekeraar heeft gemaakt.

4.2 Huisartsen | contractering

In dit onderdeel beschrijven we de bevindingen voor ***onderzoeksvraag 7:*** *Stand van zaken consultatiefunctie: is CET (consultatie, eHealth, triage) in elke regio gecontracteerd? Door wie? RHO's, huisartsenpraktijken, huisartsenketens?*

De CET-regeling is een aanvulling op de prestatie POH-ggz. De regeling is ontwikkeld om huisartsen en POH-GGZ te ondersteunen bij de begeleiding van patiënten met psychische klachten in de eerste lijn. De middelen zijn bedoeld voor consultatie van ggz-specialisten, inzet van eHealth-modules en instrumenten voor triage. Binnen de CET-regeling kan daarmee de consultatiefunctie voor huisartsen worden gecontracteerd. Regionale Huisartsenorganisaties kunnen dit verzorgen namens de huisartsen in hun regio (maar doen dit niet in alle regio's).

Om die reden is een kwantitatieve uitvraag gedaan onder de circa 52 RHO's. Helaas hebben we beperkt gegevens ontvangen, namelijk van 11 van deze 52 RHO's. Hieruit blijkt dat er RHO's zijn die met maar één ggz-instelling contractafspraken hebben gemaakt, RHO's die met verschillende ggz-instellingen en/of zelfstandig gevestigden contractafspraken hebben gemaakt en RHO's die met alle instellingen en zelfstandig gevestigden in de regio afspraken hebben gemaakt. De RHO's hebben geen gegevens aangeleverd over de omvang van de contractafspraken.

Daarnaast is het mogelijk voor huisartsen om zelf de functie te contracteren. Hierover hebben we geen data. Mede gezien het voorgaande hebben we daarmee **onvoldoende data om een conclusie te trekken over of de consultatiefunctie in alle regio's is gecontracteerd en door wie**.

Over de contractering werd door huisartsen in de focusgroep aangegeven dat er grote verschillen zijn in tarieven en contracten, wat het onoverzichtelijk maakt. Huisartsen geven aan dat de consultatie niet altijd uit huisartsenbudgetten zou moeten worden bekostigd, maar dat de financiering bij de ggz zou moeten liggen. Daarnaast geven ze aan dat financieringsprikkels kunnen leiden tot oneigenlijk gebruik van de consultatiefunctie of juist maximalisering van het gebruik. De ggz-aanbieders zien grote verschillen in vormen van contractering en geven aan dat de huidige vergoedingen voor consultatie niet altijd kostendekkend zijn. Een kaderarts geeft aan dat de gecontracteerde consultatie door RHO's beperkt toegankelijk is voor alle huisartsen.

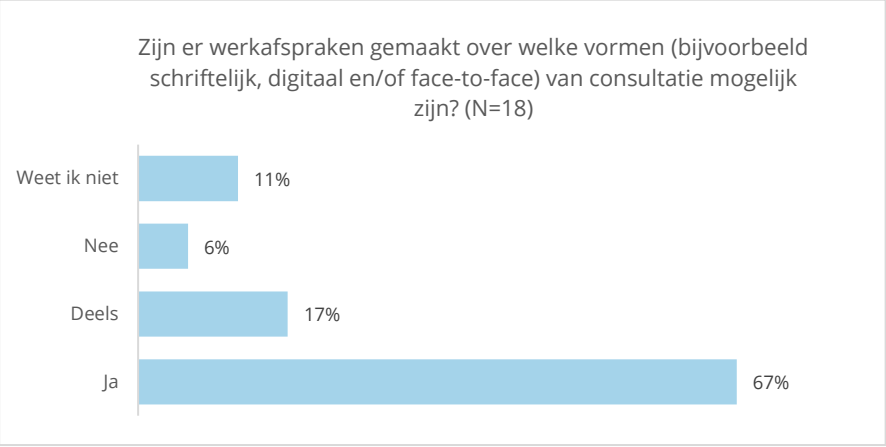
Kerninstellingen en zelfstandig gevestigden geven aan dat er verschillen zijn in tarieven, contractafspraken en verantwoordingssystemen tussen regio's en huisartsengroepen, wat leidt tot extra administratie. Een kerninstelling geeft in de vragenlijst aan dat de financiering van de consultatiefunctie kwetsbaar is. Dit omdat die tijdelijk is en steeds opnieuw afgesproken moet worden.

De RHO's onderstrepen in de focusgroep de regionale verschillen in contractering. Ze geven aan dat de wijze waarop de consultatiefunctie wordt ingericht invloed heeft op de mate waarin het budget toereikend is.

4.3 Huisartsen | werkafspraken

In dit onderdeel beschrijven we de bevindingen voor ***onderzoeksvraag 8:*** *Zijn er werkafspraken gemaakt (bijvoorbeeld hoe kan worden aangevraagd, welke vormen van consultatie zijn mogelijk en wat wordt vastgelegd en teruggekoppeld)? Sluit dit aan bij de samenwerkingsafspraken tussen huisartsen en ggz-professionals?*

Een huisarts kan behandelaars in de ggz consulteren in verschillende vormen. In de resultaten op de vragenlijst onder kerninstellingen zien we dat **in de meeste gevallen afspraken zijn gemaakt tussen huisartsen en kerninstellingen over welke vormen van consultatie mogelijk zijn (67%)**, bij 6% van de respondenten is dit niet het geval (zie figuur 9).



Figuur 9. Werkafspraken vorm van consultatie (kerninstellingen)

Voor de **zelfstandig gevestigden zien we een vergelijkbaar beeld** met betrekking tot de groep die hierover afspraken heeft gemaakt, 59%. Bij de zelfstandig gevestigden is de groep die geen afspraken heeft gemaakt wel groter dan bij de kerninstellingen, namelijk 23% heeft geen afspraken gemaakt over welke vormen van consultatie mogelijk zijn.

De ggz-professional maakt een rapportage voor de huisarts na de consultatie, na de intake en bij het afsluiten van de behandeling, mits de patiënt hier toestemming voor geeft.

Uit de vragenlijst aan kerninstellingen blijkt **dat in de meeste gevallen werkafspraken zijn gemaakt over hoe de consultatie aangevraagd en teruggekoppeld kan worden, namelijk 61%.** Nog eens 28% geeft aan dat dit deels het geval is. Geen enkele respondent geeft aan hier geen afspraken over te hebben gemaakt. Voor de **zelfstandig gevestigden** geldt dat 55% hier afspraken over heeft gemaakt en 17% dit deels heeft gedaan en 24% geen afspraken heeft gemaakt over hoe consultatie aangevraagd en teruggekoppeld kan worden.

Voor werkafspraken over wat (intern) wordt vastgelegd zien we een vergelijkbaar beeld, waarbij voor zowel de kerninstellingen (67%) als de zelfstandig gevestigden (47%) in de meeste gevallen hier afspraken over zijn gemaakt. Voor de zelfstandig gevestigden is het vaker niet het geval (33%) dan voor de kerninstellingen (11%).

4.4 Conclusie randvoorwaarden

Consultatiefunctie ggz voor het sociaal domein

Voor het sociaal domein zijn de financiële randvoorwaarden in de basis aanwezig. In alle regio's (indeling volgens de acute ggz) zijn budgetten beschikbaar gesteld en aanbieders gecontracteerd, waardoor landelijk een

infrastructuur is gecreëerd voor consultatie. Tegelijkertijd verschilt de omvang van de beschikbare budgetten sterk tussen regio's. Daarnaast hebben gemeenten en professionals in het sociaal domein vaak beperkt zicht op de wijze waarop de consultatiefunctie is georganiseerd en gefinancierd. Zij geven aan meer betrokken te willen worden bij de contractering, inrichting en doorontwikkeling van de functie. Ook worden administratieve lasten ervaren door verzekeraars.

Consultatiefunctie ggz voor huisartsen

Vanwege beperkte respons kunnen we voor huisartsen niet concluderen in hoeverre consultatie landelijk voldoende dekkend is georganiseerd. Wel is duidelijk dat de situatie voor huisartsen minder uniform is dan in het sociaal domein. De contractering verloopt via verschillende constructies, waaronder regionale huisartsenorganisaties, individuele praktijken en ggz-aanbieders. Hierdoor verschillen tarieven, bekostigingsafspraken en verantwoordingsvereisten aanzienlijk tussen regio's. Zowel huisartsen als ggz-aanbieders geven aan dat deze variatie leidt tot onduidelijkheid, extra administratieve lasten en vragen over kostendekkendheid.

Positief is dat in veel van de regio’s uit het onderzoek werkafspraken zijn gemaakt tussen huisartsen en ggz over aanvraag, uitvoering en terug-koppeling van consultaties.

5. Gebruik en bereik

5.1 Sociaal domein| gebruik

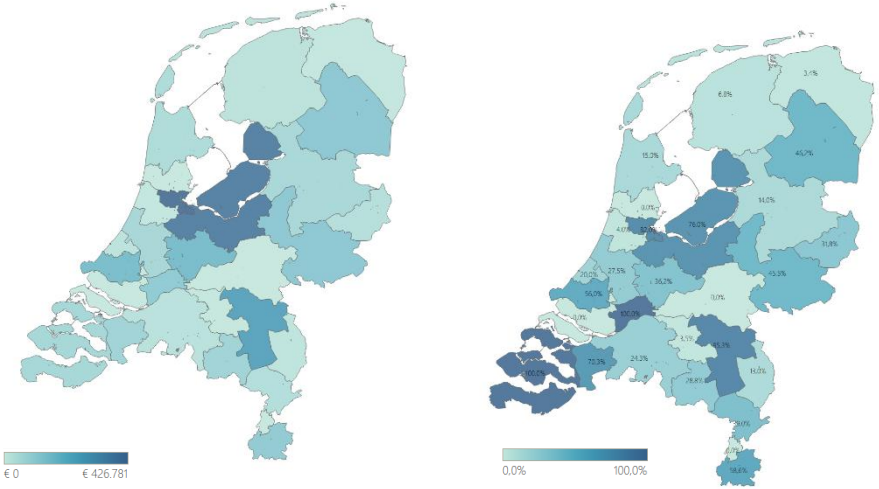
In dit onderdeel beschrijven we de bevindingen voor ***onderzoeksvraag 9:*** *Hoeveel wordt er gebruik van gemaakt en bij welke ggz-aanbieder?*

Gegevens over het gebruik hebben we via Zorgverzekeraars Nederland opgevraagd bij de verzekeraars. Verzekeraars houden bij wat er is gecontracteerd en wat er is gerealiseerd aan de hand van de gegevens die ze hierover van de ggz-aanbieders ontvangen. Aanvullende gegevens (over de inzet van type professionals en vorm waarin de consultatie wordt geboden) worden divers bijgehouden en waren hiermee niet geschikt voor nadere analyse.

De gegevens voor 2025 waren op het moment van levering voor 99% compleet. In hoofdstuk 4 schreven we al dat in 2025 € 7.152.334 was gecontracteerd van de € 10 miljoen die landelijk beschikbaar is. Van dit beschikbare bedrag is in 2025 **daadwerkelijk 37% besteed**, namelijk € 2.677.508[9].

Afbeelding 3 geeft een beeld van de hoogte van het budgetten die in 2025 in de 28 acute ggz-regio's is besteed en welke percentages dit betreft van de gecontracteerde budgetten (waarbij de kleuren van licht naar donker corresponderen met de gecontracteerde budgetten en percentages van klein tot groot).

[9] In de gegevens ontbraken drie instellingen in drie verschillende regio's. Wanneer deze buiten beschouwing worden gelaten gaat het om een besteed percentage van 40%.



Afbeelding 3. Gerealiseerd budget per acute ggz-regio variërend van klein budget (licht) naar groot budget (donker) respectievelijk van klein percentage gerealiseerd (licht) naar groot percentage gerealiseerd (donker).

Uit de vergelijking tussen deze twee kaarten blijkt, dat in de regio's waarin de procentuele besteding van het gecontracteerde budget relatief hoog zijn (de donkere regio's in het rechter kaartje) ook het gerealiseerde budget relatief hoog is (de donkere regio's in het linker kaartje). Zeeland lijkt hierin een uitzondering (het gerealiseerde budget is relatief laag, maar het betreft 100% van het gecontracteerde budget).[10]

De tabel hieronder bevat een samenvatting van hoeveel regio's welk aandeel van het beschikbare budget daadwerkelijk hebben gerealiseerd, waarbij **de meeste regio's minder dan 21% hebben gerealiseerd**.

Categorie gerealiseerd uit budget	Aantal regio's 2025
<21%	13
21-79%	11
>79%	4

Tabel 1. Aantal regio's per percentage gerealiseerd budget

Binnen deze regio's is de functie gecontracteerd bij in totaal 49 ggz-aanbieders. Deze aanbieders hebben in 2025 per instelling tussen de € 1.100 tot € 427.000 gerealiseerd. **Vrijwel alle kerninstellingen voeren de consultatiefunctie uit.** Naast de kerninstellingen wordt deze functie **ook ingekocht bij instellingen voor verslavingszorg**.

Ook aan de partijen in het **sociaal domein** is gevraagd in hoeverre zij in de praktijk gebruik maken van consultatie. Hierbij zien we dat voor **de respondenten die hoofdzakelijk uitvoerend werken/met cliëntcontact 80% de consultatiefunctie niet heeft gebruikt in 2026**, 12% heeft de functie wel gebruikt en 8% weet het niet. Voor de respondenten die de functie wel gebruikt hebben geldt dat 39% deze weinig heeft gebruikt (minder dan maandelijks), 35% het af en toe heeft gebruikt (maandelijks) en 26% het vaak heeft gebruikt (wekelijks).

Verzekeraars hebben via ZN ook aangegeven dat het gebruik van de consultatiefunctie in het sociaal domein moeizaam van de grond komt, omdat ggz-instellingen het moeilijk vinden om dit weg te zetten bij gemeenten, terwijl de gemeenten er juist jarenlang om hebben gevraagd.

[10] Als we afbeelding 3 (gerealiseerd budget) vergelijken met afbeelding 2 in hoofdstuk 4 (gecontracteerd budget) dan zien we dat afbeelding 2 meer donkere regio's heeft (regio's met een relatief hoog budget). Dit is een weerspiegeling van het feit dat maar 37% van het gecontracteerde budget is gerealiseerd.

De verzekeraars geven aan dat veel partijen binnen het sociaal domein niet op de hoogte zijn van het bestaan van de consultatiefunctie: gemaakte afspraken zijn niet voor iedereen duidelijk en het is niet duidelijk wie de vaste aanspreekpunten zijn.

Ook stellen zij dat, hoewel er in de praktijk een duidelijke behoefte is aan deze ondersteuning, vraag en aanbod niet goed op elkaar aansluiten. Er zit veel verschil in de mate waarin de zichtbaarheid van de functie regio wordt georganiseerd. Zo staat het niet altijd duidelijk op een website vermeld. Belemmerend is volgens de verzekeraars ook dat het sociaal domein soms ook gebruik wil maken van consultatie van andere ggz-partijen, die hiervoor niet zijn gecontracteerd.

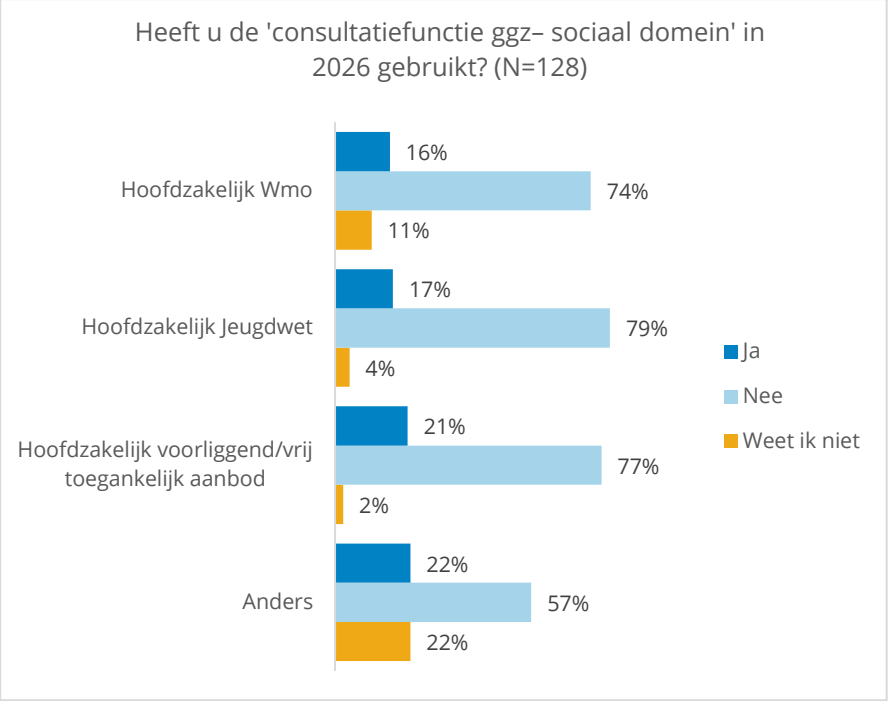
Vanuit de focusgroep met het sociaal domein werd op het resultaat van weinig gebruik aangegeven dat dit kan komen doordat het voor professionals een ingewikkelde regeling is. Daarnaast bestaat de functie nog niet lang en is iedereen er daardoor nog niet mee bekend. Deelnemers geven aan dat er weinig gecommuniceerd is over de consultatiefunctie en voor wat en wie het te gebruiken is.

De kerninstellingen en zelfstandig gevestigden gaven in de focusgroep aan dat de functie nog in ontwikkeling is en dat wordt gezocht naar een goede vormgeving hiervan. Ze stelden hierbij dat er een behoefte is aan de functie, maar deze nog niet altijd aansluit bij de behoefte in de praktijk. Daarnaast speelt volgens hen onbekendheid in het gebruik mee. Een zelfstandig gevestigde vult in de vragenlijst nog aan dat andere professionals dan een psychiater (bijvoorbeeld een SPV'er) soms beter geschikt zijn om consultatie te bieden in het sociaal domein.

5.2 Sociaal domein | wie maken gebruik?

Onderzoeksvraag 10: *Als gebruik wordt gemaakt van de consultatiefunctie: maakt elk onderdeel van het sociaal domein (Wmo, jeugd, voorliggend veld) gebruik van de consultatiefunctie en zo nee, waarom niet?*

Wanneer we kijken naar het gebruik van de consultatiefunctie per onderdeel van het sociaal domein (Wmo, jeugd en voorliggend veld) dan zien we hierbij **geen noemenswaardige verschillen in gebruik tussen de verschillende onderdelen van het sociaal domein** (figuur 10).



Figuur 10. Gebruik consultatiefunctie per onderdeel SD

Voor allen geldt dat er voornamelijk geen gebruik wordt gemaakt van de consultatiefunctie (74-79%) en dat tussen 16%, 17% en 21% wel gebruikmaakt van deze functie. De categorie 'anders' heeft wat afwijkende resultaten. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om respondenten die integraal over de domeinen heen werken of respondenten vanuit andere domeinen, zoals (zorg) en veiligheid en maatschappelijke zorg.

5.3 Huisartsen | gebruik

Hieronder beschrijven we de bevindingen voor ***onderzoeksvraag 11:*** *Hoeveel wordt er gebruik van gemaakt en bij welke ggz-aanbieder?*
Huisartsen(-praktijken) kunnen de ggz consulteren vanuit de bekostiging van de POH-ggz (segment 1 van de huisartsenzorg). In de meeste regio's worden hiervoor afspraken gemaakt tussen de Regionale Huisartsen Organisaties (RHO's) en de huisartsenpraktijken. De RHO sluit dan een contract met één of meer ggz-partijen en/of zelfstandig gevestigden en verzorgt de facturering aan huisartsen. Soms is een kaderhuisarts in dienst van de RHO die een deel van de consultatievragen afvangt of filtert. Aanvullend is **aan RHO's gevraagd of het hen lukt om de consultatie voor huisartsen te organiseren. Hierbij geeft 78% van de respondenten aan dat dit voldoende lukt.** 22% geeft aan dat dit onvoldoende lukt.

Gegevens over het gebruik hebben we daarom opgevraagd bij de RHO's. We hebben een Excelformat gemaakt waarin zij konden aangeven in welke mate er consultatie wordt verstrekt. Dit vond plaats in nader overleg met de RHO's. Overwegend wordt hier gerapporteerd over aantallen verstrekte consulten (waarbij in enkele RHO's de consulten zijn onderverdeeld naar type professional en vorm van consultatie). Uit de data die we van 11 RHO's hebben ontvangen blijkt dat in die regio's in 2025 in totaal 4.502 consulten zijn verstrekt en het aantal consulten per RHO varieert van 10 tot 2.142. Daarnaast zijn er ook huisartsenpraktijken die de consultatiefunctie zelf contracteren. Hiervan hebben we geen data over het gebruik.

Ook aan de huisartsen is gevraagd in hoeverre zij in de praktijk gebruikmaken van de consultatiefunctie. **Hierbij zien we dat 63% van de respondenten in 2025 de consultatiefunctie heeft gebruikt**, 36% heeft dit niet gebruikt en 1% weet het niet. Hierbij is aangegeven **dat er ook consultatievragen worden gesteld door huisartsen zonder gebruik te maken van de officiële (betaalde) route van de consultatiefunctie**. Een enkeling merkt op dat consulatie beter werkt als er al een visie op de GGZ is binnen een praktijk en waar huisartsen bereid zijn om ruimte te maken voor consultaties. Dat kan uitstralen naar overige praktijken in de buurt.

Voor de respondenten die de functie wel gebruikt hebben geldt dat 59% deze weinig heeft gebruikt (minder dan maandelijks), 37% het af en toe heeft gebruikt (maandelijks) en 4% het vaak heeft gebruikt (wekelijks).

In de focusgroep met huisartsen werd aangegeven dat er veel verschillende mogelijkheden zijn, waardoor het voor huisartsen soms lastig te volgen is wat er allemaal is en waar het voor geldt. Daarnaast willen huisartsen niet teveel systemen naast ZorgDomein hebben waarin ze moeten registreren en geven ze aan snel telefonisch te willen schakelen. Daarnaast bevestigden deelnemers dat er voor huisartsen vaak al bekende routes zijn met laagdrempelig contact naar de ggz. Er was ook al sprake van consultatie voordat dit een gefinancierde route werd. Ook zien deelnemers een verschuiving naar verwijsvragen in plaats van consultvragen.

5.4 Conclusie gebruik en bereik

Consultatiefunctie ggz voor het sociaal domein

De consultatiefunctie voor het sociaal domein is landelijk beschikbaar, maar wordt nog beperkt benut. Een relatief klein deel van de beschikbare middelen wordt daadwerkelijk ingezet en een groot deel van de professionals in het sociaal domein heeft nog geen gebruik gemaakt van de consultatiefunctie. Onbekendheid met het bestaan van de functie, onduidelijkheid over de toegang en de relatief korte bestaansduur lijken hiervoor belangrijke verklaringen. Er bestaat grote variatie tussen regio's.

Consultatiefunctie ggz voor huisartsen

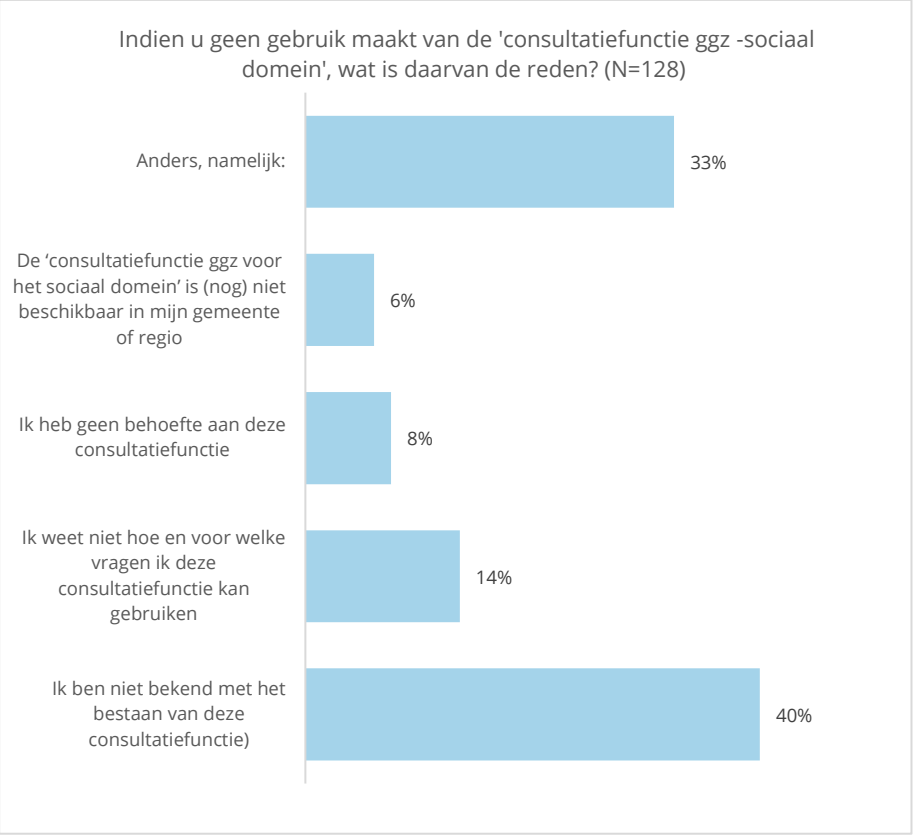
Een goed landelijk zicht vanuit kwantitatieve data van de RHO's ontbreekt, maar reacties van huisartsen in het onderzoek laten zien dat de consultatie van ggz-professionals veel sterker is ingebed in de dagelijkse praktijk. Een aanzienlijk deel van de huisartsen maakt gebruik van consultatie, vaak via bestaande samenwerkingsrelaties en informele contacten. Daardoor wordt niet alle consultatie geregistreerd binnen formele consultatie-structuren.

6. Aansluiting bij de praktijk

6.1 Sociaal domein| toegang en bereik

In dit onderdeel beschrijven we de bevindingen voor ***onderzoeksvraag 12:*** *Is voor SD-organisaties en gemeenten voldoende helder hoe ze toegang krijgen tot de consultatiefunctie, zo nee, wat kan daarin helpen?* en voor ***onderzoeksvraag 13:*** *Wat maakt dat het sociaal domein wel of geen gebruik maakt van de consultatiefunctie?*

In hoofdstuk 5 gaven we al aan dat respondenten vanuit het sociaal domein de consultatiefunctie beperkt gebruiken (19% van alle respondenten had dit in 2026 gedaan). In antwoord op de vraag wat de reden is van het niet gebruiken van deze functie **zegt 40% 'Ik ben niet bekend met het bestaan van de consultatiefunctie'** (zie figuur 11). 14% geeft aan niet te weten hoe en voor welke vragen de consultatiefunctie kan worden gebruikt. **Dit laat zien dat er nog veel onbekendheid is rondom deze functie.** Slechts 8% geeft aan geen behoefte te hebben aan het kunnen consulteren van de ggz. Onder de categorie 'anders' (33%) wordt als reden voor geen behoefte vooral genoemd dat organisaties al beschikken over eigen expertise, al bestaande lijnen hebben met de ggz (een zelfstandig gevestigde noemt een triagetafel als mogelijkheid met de ggz te sparren) of dat respondenten vanuit hun functie geen directe consultatievragen stellen.

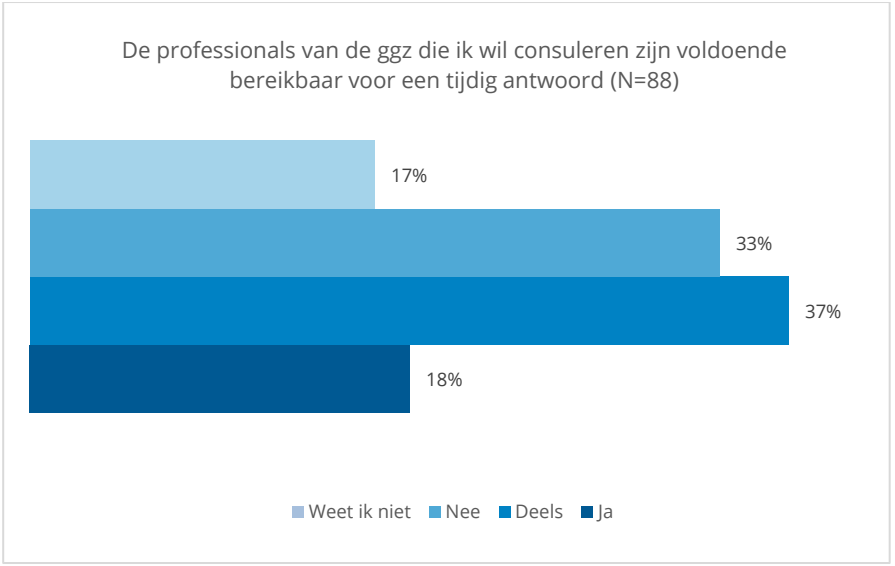


Figuur 11. Redenen geen gebruik consultatiefunctie sociaal domein

Dit beeld werd bevestigd in zowel de focusgroep kerninstellingen als de focusgroep sociaal domein. Ook is aangegeven dat dit nog in ontwikkeling is en **meer bekendheid van deze functie gewenst is.**

De leidraad voor de consultatiefunctie laat expliciet ruimte voor regionale invulling. Hierdoor is er variatie in ontwikkelfase en in contractering.

Aanvullend hebben we gevraagd of de professionals van de ggz voldoende bereikbaar zijn voor een tijdig antwoord (zie figuur 12). **Hieruit blijkt dat ruim een derde (37%) van de respondenten vindt dat de ggz deels tijdig bereikbaar is.** 18% geeft aan dat de ggz voldoende bereikbaar is en 33% geeft aan dat de ggz onvoldoende bereikbaar is.

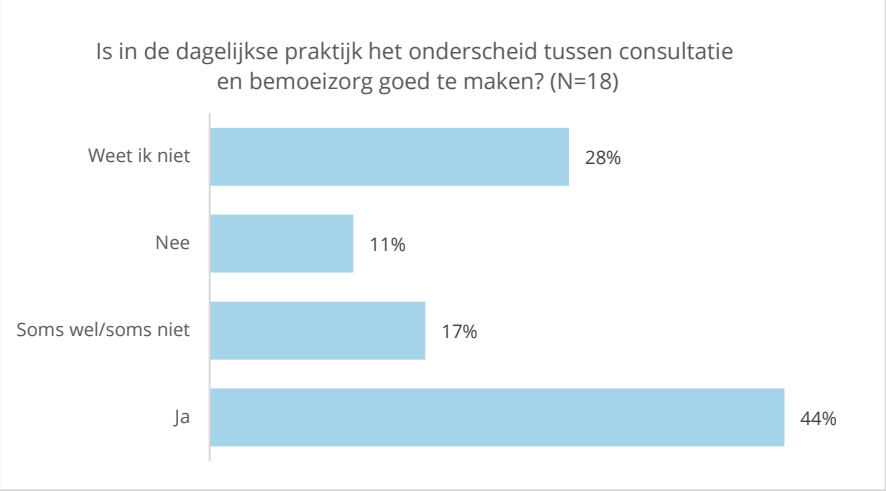


Figuur 12. Bereikbaarheid ggz voor consultatie vanuit sociaal domein

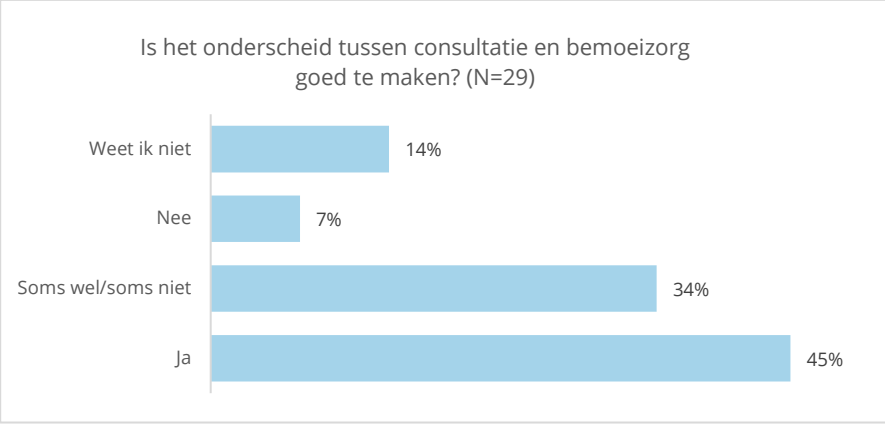
6.2 Sociaal domein | afbakening bemoeizorg

De Leidraad meldt dat consultatie in het kader van bemoeizorg en de consultatiefunctie sociaal domein lastig te onderscheiden kunnen zijn. Dit heeft geleid tot ***onderzoeksvraag 14:*** *Is de afbakening tussen bemoeizorg (Wmo) en consultatie (Zvw) in de praktijk goed uitvoerbaar?*

Dit blijkt beperkt het geval. In de resultaten van de vragenlijsten van de kerninstellingen zien we dat **minder dan de helft het onderscheid goed kan maken** (44% van de kerninstellingen en 45% van de zelfstandig gevestigden) en er ook een groep is (39% van de kerninstellingen en 21% van de zelfstandig gevestigden) die niet weet of ze het onderscheid kunnen maken dan wel dit niet kunnen maken (figuur 13 en 14).



Figuur 13. Onderscheid consultatie en bemoeizorg kerninstellingen



Figuur 14. Onderscheid consultatie en bemoeizorg zelfstandig gevestigde psychiaters

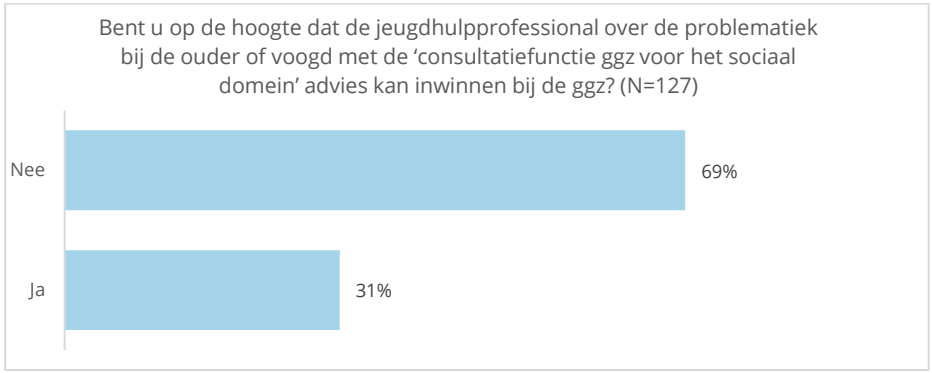
In de focusgroep kerninstellingen is ook gesproken over bemoeizorg en werd eveneens geconcludeerd dat dit onderscheid in de praktijk niet altijd is te maken. Vaak wordt pas na verloop van tijd duidelijk dat sprake is of moet zijn van bemoeizorg.

In de focusgroep sociaal domein gaven de deelnemers aan dat zij voor vragen omtrent bemoeizorg of OGGZ graag ggz-consultatie zouden willen hebben. Zij vinden het niet passend dat bemoeizorg of OGGZ nu een exclusiecriterium is voor de consultatiefunctie, omdat juist voor deze doelgroep een grote behoefte aan antwoorden op vragen bestaat.

6.3 Sociaal domein | behoefte jeugdprofessionals

In dit onderdeel beschrijven we de bevindingen voor ***onderzoeksvraag 15:*** *Sluit de huidige vorm van de consultatiefunctie aan bij de behoefte aan samenwerking bij jeugdzorgprofessionals?*

De meeste **respondenten zijn niet op hoogte van het feit dat ook de jeugdhulpprofessional advies kan inwinnen bij de ggz** over de problematiek bij de ouder of voogd, zie figuur 15. Het gaat dan om problematiek bij ouders die mogelijk van invloed (kunnen) zijn op een jeugdige.



Figuur 15. Raadplegen over ouderproblematiek vanuit het sociaal domein

Van de 127 respondenten vanuit het sociaal domein gaven 24 respondenten aan hoofdzakelijk te werken binnen het kader van de Jeugdwet. Daarbinnen waren 16 mensen werkzaam in de uitvoering met direct cliëntcontacten. In totaal hebben 4 mensen gebruikgemaakt van deze functie. De vraag of de huidige vorm precies aansluit bij wat zij zouden wensen is daarmee niet voldoende representatief te beantwoorden.

Overall zien we wel dat ook de jeugdprofessionals (N=24) voornamelijk behoefte hebben aan 'telefonische consultatie en/of telefonisch spreekuur' (27%) en aan 'deelname (door de ggz-professional) aan multidisciplinair overleg (MDO), wijktafels en of overlegtafels van het sociaal domein'. Zij verschillen hierin niet van de totale groep respondenten binnen het sociaal domein en ook niet van wat daadwerkelijk wordt geleverd.

Hun behoefte qua inhoud van de consultatie is eveneens redelijk vergelijkbaar met de resultaten in hoofdstuk 3. Er is voornamelijk behoefte aan consultatie op het gebied van aanpak, diagnose of symptomen, zie figuur 16.

Figuur 16. Behoefte vragen consultatie jeugdprofessionals

6.4 Sociaal domein | verschillen tussen regio's

Onderzoeksvraag 16: *Welke verschillen zijn er tussen regio's en wat is het effect daarvan? Welke succesfactoren kunnen worden onderscheiden?*

In de focusgroepen zijn we ingegaan op verschillen tussen regio's. Hierbij is aangegeven dat de consultatiefunctie voor het sociaal domein nog in ontwikkeling is en nog niet alle ggz-instellingen hier al actief mee aan de slag zijn. Daar spelen er vragen rondom hoe de consultatiefunctie vorm te geven. Hierbij zien de deelnemers van de focusgroepen verschil in regio's; de één pakt het pragmatisch op, de ander wijst op negatieve financierings-prikkels om de consultatiefunctie vorm te geven. De mate waarin het bedrag als toereikend wordt ervaren, lijkt te verschillen per regio.

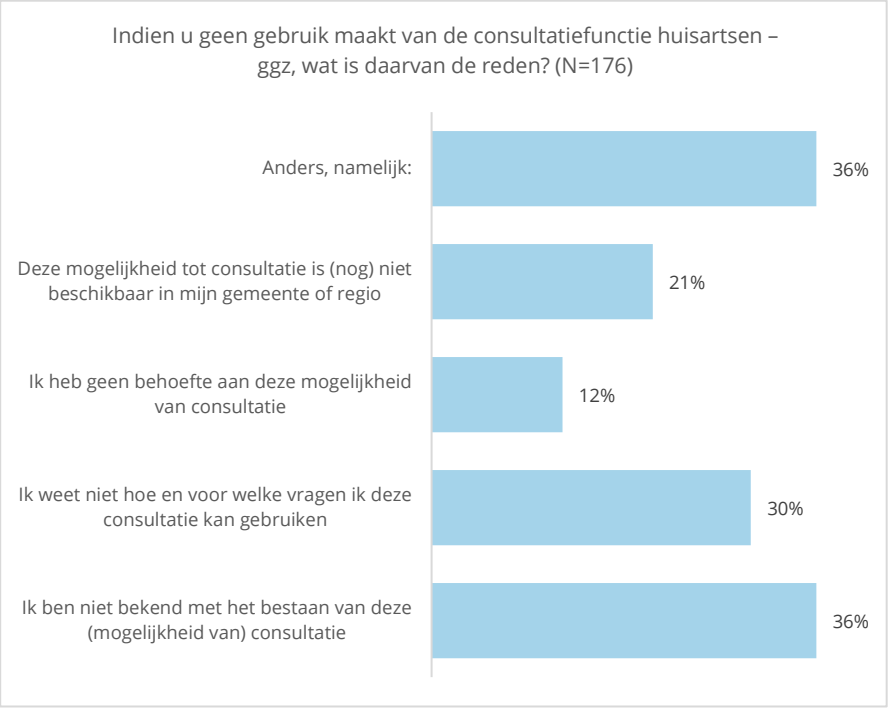
Daarnaast lijken er verschillen in contractering van de consultatiefunctie. In de focusgroepen werd gesproken over beschikbaarheidsfinanciering aan de ene kant en tarieven per uur aan de andere kant.

Vanuit het sociaal domein werd aangegeven dat er behoefte is aan meer zeggenschap vanuit hen. Zowel in contractering als in vormgeving van de consultatiefunctie. Momenteel geeft de ggz vorm aan de consultatie-functie, waarbij het sociaal domein graag inspraak wil om de functie aan te laten sluiten bij de behoefte van het sociaal domein. Ook met betrekking tot contractering gaven deelnemers aan dat die niet altijd even transparant is en dat zij hier graag meer bij betrokken willen worden.

6.5 Huisartsen |toegang en gebruik

In deze paragraaf besteden we aandacht aan ***onderzoeksvraag 17:*** *Is voor huisartsen voldoende helder hoe ze toegang krijgen tot de consultatiefunctie, zo nee, wat kan daarin helpen?* en ***onderzoeksvraag 18:*** *Wat maakt dat een huisarts wel of geen gebruik maakt van ggz-consultatie?*

In hoofdstuk 5 gaven we al aan dat huisartsen relatief veel gebruikmaken van de mogelijkheid om de ggz te consulteren (63% van alle respondenten had dit in 2026 gedaan). In antwoord op de vraag wat de reden is van het *niet gebruiken* van deze functie gaf ruim een derde van de respondenten aan dat ze **niet bekend zijn met het bestaan van de consultatiefunctie (36%)**, zie figuur 17.

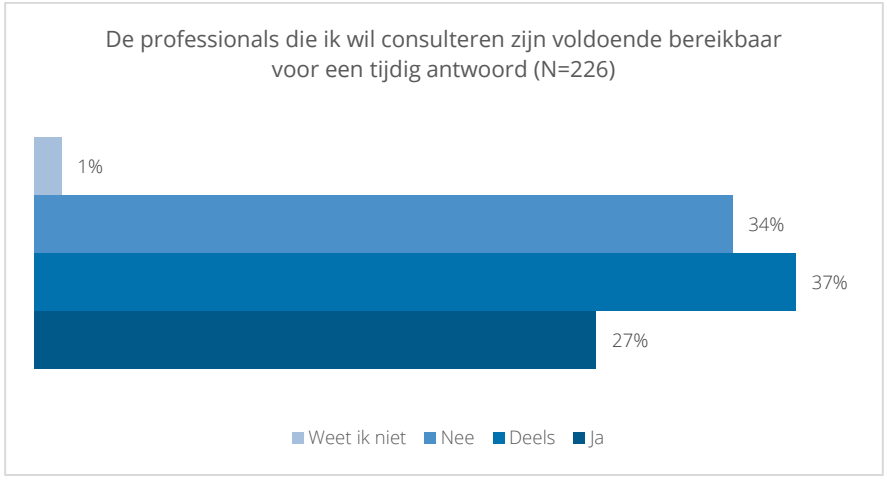


Figuur 17. Redenen geen gebruik consultatiefunctie door huisartsen

Eveneens 36% van de respondenten heeft 'anders' ingevuld. De kern hiervan is dat huisartsen consultatie vaak als moeilijk toegankelijk zien en beperkt effectief en soms als vervanging van specialistische ggz-zorg die

eigenlijk elders thuishoort. Dit werd in de focusgroep met huisartsen bevestigd waarin ze aangaven dat door de wachttijden in de ggz huisartsen de ggz consulteren om te bespreken hoe ze patiënten kunnen verwijzen zodat ze de juiste behandeling ontvangen. Nog eens 30% weet niet hoe en voor welke vragen de consultatiefunctie gebruikt kan worden, bij 21% is de functie nog niet beschikbaar in de gemeente of regio en voor 12% geldt dat er geen behoefte is.

Aanvullend hebben we gevraagd of de professionals van de ggz voldoende bereikbaar zijn voor een tijdig antwoord (zie figuur 18). **Hieruit blijkt dat ruim een derde (37%) van de respondenten vindt dat de ggz deels tijdig bereikbaar is.** 27% geeft aan dat de ggz voldoende bereikbaar is en 34% geeft aan dat de ggz onvoldoende bereikbaar is. Een zelfstandig gevestigde geeft aan dat huisartsen op willekeurige momenten bellen en het daardoor niet altijd mogelijk is om te antwoorden.



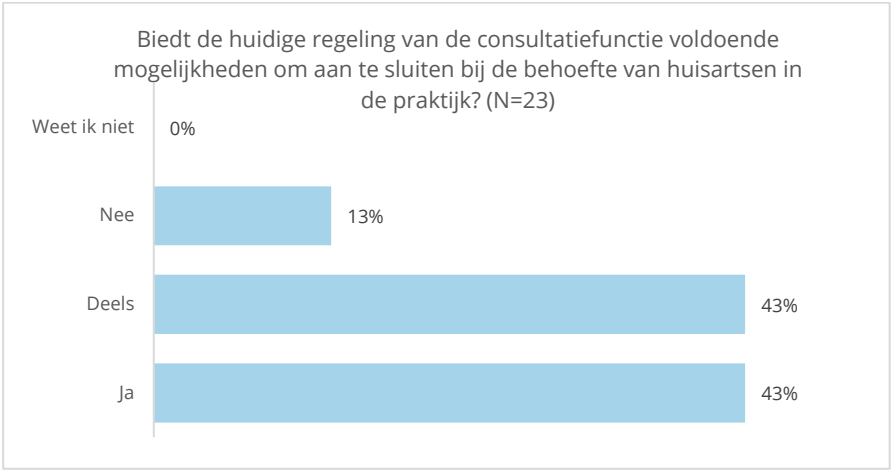
Figuur 18. Bereikbaarheid ggz consultatie volgens huisartsen

Ook aan de RHO's is gevraagd of het voor huisartsen/POH's voldoende helder is hoe zij toegang kunnen krijgen (hoe zij gebruik kunnen maken van) de consultatiefunctie. **Hierbij geeft 79% van de RHO's aan (N=24) dat het voor huisartsen voldoende helder is hoe ze toegang krijgen tot de consultatiefunctie.** 21% geeft aan dat dit niet voldoende helder is.

6.6 Huisartsen | behoefte

In dit onderdeel beschrijven we de bevindingen voor ***onderzoeksvraag 19:*** *Sluit de huidige vorm van de consultatiefunctie aan bij de behoefte aan samenwerking bij huisartsen?*

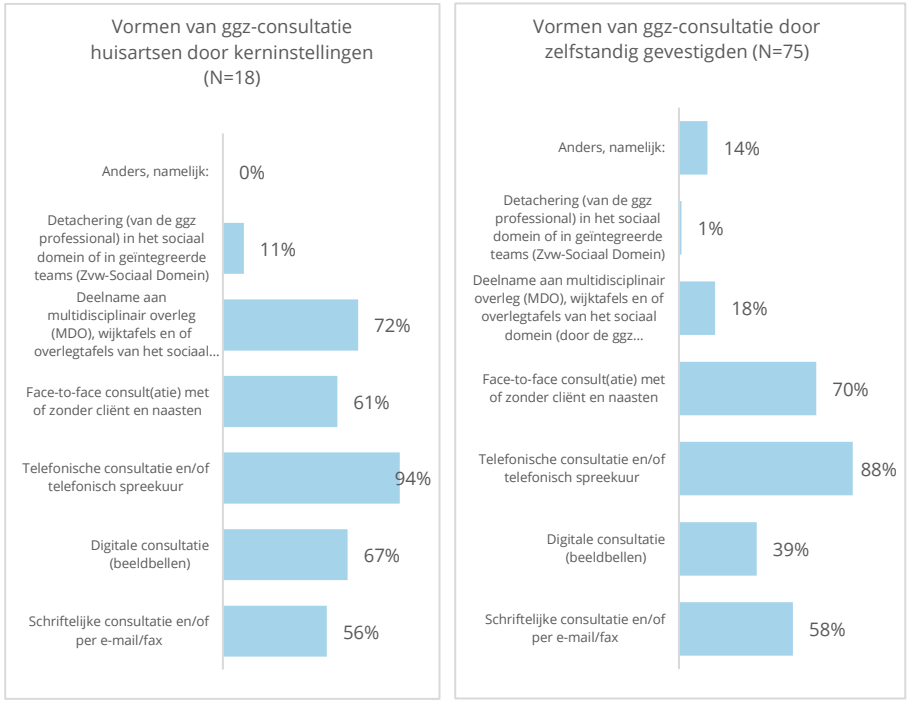
We hebben deze vraag voorgelegd aan de RHO's. **86% van hen geeft hierbij aan dat de huidige regeling voldoende of deels voldoende mogelijkheden biedt om aan te sluiten bij de behoefte van huisartsen in de praktijk** (zie figuur 19). 13% van de RHO's geeft aan dat de functie niet voldoende mogelijkheden biedt.



Figuur 19. Aansluiting consultatiefunctie bij behoefte huisartsen volgens RHO's

Daarnaast blijkt uit de vragenlijsten **dat huisartsen voornamelijk behoefte hebben aan advies omtrent medicatie of gebruik van psychiatrische medicatie (32%)** en over verdere aanpak van behandeling, het voorkomen van terugval en/of vervolgtraject (29%). **Dit sluit aan bij de wijze waarop de consultatiefunctie door de ggz-professionals wordt ingericht**. Van de huisartsen die *geen behoefte* hebben aan de consultatiefunctie geeft het merendeel aan dat de professionals die zij willen consulteren onvoldoende bereikbaar zijn voor een tijdig antwoord (53%), er zelf voldoende expertise of alternatieve overlegmogelijkheden zijn (47%) of dat de huisartsen geen patiënten hebben waarvoor ze consultatie aan willen vragen (40%).

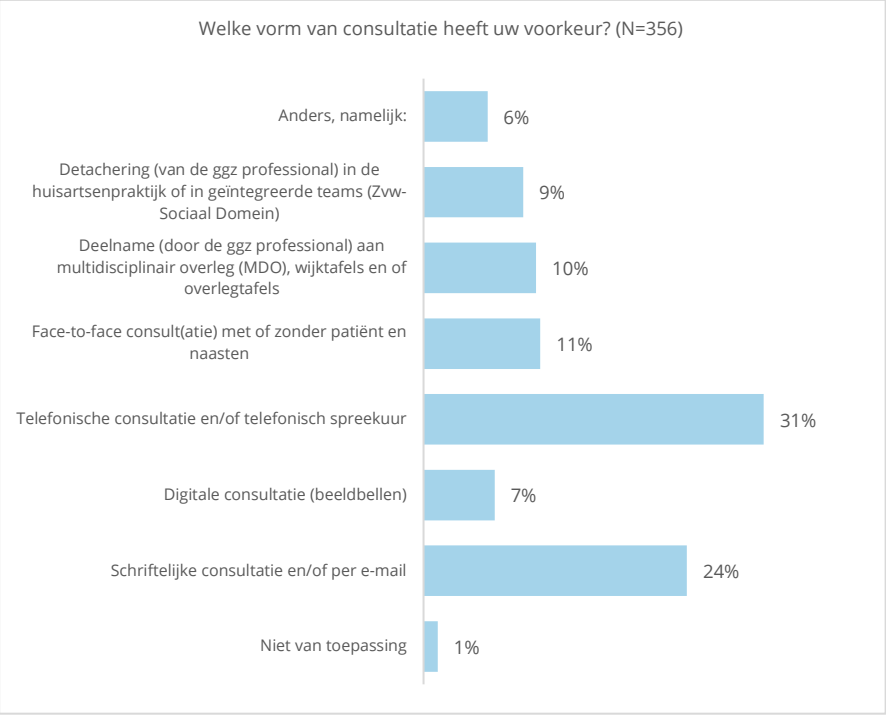
Daarnaast hebben we gevraagd naar de **vormen van consultatie** die geleverd worden door de kerninstellingen en de zelfstandig gevestigden. In figuur 20 is weergegeven welke vormen van consultatie de zelfstandig gevestigde psychiaters en kerninstellingen leveren. **Het meest wordt telefonisch consultatie gegeven, maar face-to-face komt ook veel voor**. **Beiden bieden ook veel schriftelijke consultatie.** Kerninstellingen geven hierbij aan dat telefonisch contact passender is voor complexere consultatievragen en een digitaal platform voor enkelvoudige vragen. Kerninstellingen nemen ook veelvuldig deel aan een MDO of andersoortige tafel. Van de respondenten van de kerninstellingen geeft 67% aan een digitaal platform te gebruiken voor consultatie[11].



Figuur 20. Geleverde vormen van consultatie aan huisartsen (meer antwoorden mogelijk)

Als we kijken naar de behoefte van de huisartsen aan vormen van consultatie dan zien we dat het grootste deel voornamelijk de voorkeur heeft voor telefonische en schriftelijke consultatie (zie figuur 21). **De behoefte komt, afgezien van deelname aan een MDO, grotendeels overeen met wat wordt geleverd door de kerninstellingen en zelfstandig gevestigden**.

[11] Hierbij gebruikt 58% ZorgDomein en 42% VIP Live. 33% geeft aan een ander platform te gebruiken zoals Ksyos, Huisartsejpluspunt/Dizoss en 123consultatie. Van de zelfstandig gevestigden geeft 70% aan een digitaal platform te gebruiken voor consultatie. In totaal 48% gebruikt hiervoor VIP Live, 32% ZorgDomein, 29% Doctolib Connect, 3% Xios en 35% anders zoals, Ksyos en ZorgMail.



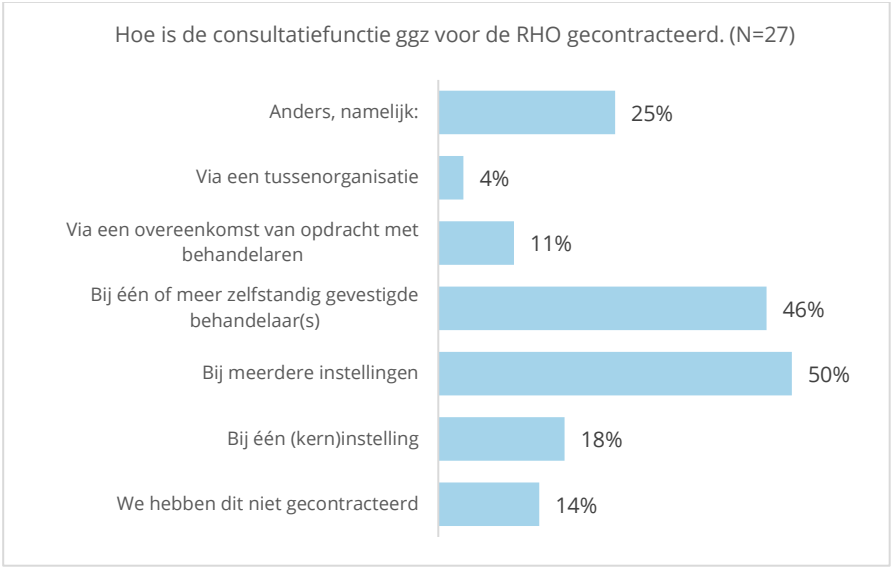
Figuur 21. Behoefte van huisartsen aan vorm van consultatie

In de focusgroep met huisartsen werd aangegeven dat er voornamelijk behoefte is aan korte lijnen en het snel kunnen schakelen met de ggz. Hiervoor zagen huisartsen telefonische consultatie als een goede manier.

6.7 Huisartsen | verschillen tussen regio's

In dit onderdeel beschrijven we de bevindingen voor de ***onderzoeksvraag 20:*** *Welke verschillen zijn er tussen regio's en wat is het effect daarvan? Welke succesfactoren kunnen worden onderscheiden?*

Aan RHO's is de vraag gesteld hoe zij de consultatiefunctie ggz hebben gecontracteerd.



Figuur 22. Contractering door RHO's

Hierbij zien we dat **de manier van contracteren verschilt**. De meeste RHO's organiseren het bij één of meer zelfstandig gevestigde behandelaar(s) en/of bij meerdere instellingen. Wat eveneens verschillend is, is bij hoeveel partijen de consultatiefunctie is gecontracteerd. Zie hiervoor ook hoofdstuk 4.

Daarnaast kan de inrichting van de consultatiefunctie verschillen. Uit de resultaten van de RHO's blijkt dat binnen de meeste werkgebieden van deze RHO's de inrichting niet verschilt (57%).

Daar waar zij wel verschillen in inrichting, gaat het bijvoorbeeld om:

- Verschil in contractering: door RHO of niet.
- Verschil in toepassing: kaderarts als filter of niet.
- Verschil in aantal gecontracteerden en wel of geen zelfstandig gevestigden.
- Verschil in gebruik.

6.8 Conclusie aansluiting bij praktijk

Consultatiefunctie ggz voor het sociaal domein

Het is voor SD-organisaties en gemeenten onvoldoende helder hoe ze toegang krijgen tot de consultatiefunctie. Dit heeft te maken met de beperkte bekendheid en de onduidelijkheid over toegang en toepassingsmogelijkheden. De afbakening met bemoeizorg wordt als lastig ervaren. Als het gaat om de jeugdhulpprofessionals zien we dat binnen het sociaal domein vaak niet bekend is dat ook zij advies kunnen inwinnen bij de ggz. Qua inhoud sluit de consultatie wel aan bij de behoefte die jeugdprofessionals hebben. Er is voornamelijk behoefte aan consultatie op het gebied van handelingsperspectief en voorkomen van terugval én diagnose en symptomen. Gevraagd naar effecten van verschillen tussen regio's wordt vooral aangegeven dat niet alle regio's al even ver zijn. Vanuit het sociaal domein wil men graag meer zeggenschap om de functie aan te laten sluiten bij hun behoefte.

Consultatiefunctie ggz voor huisartsen

Eerder zagen we al dat huisartsen relatief veel gebruikmaken van de mogelijkheid om de ggz te consulteren. Daaruit kan worden geconcludeerd dat de toegang voor huisartsen voldoende helder is. Daar waar zij geen ggz-consultatie gebruiken speelt ook bij huisartsen onbekendheid met het bestaan van deze mogelijkheid. De huidige vorm van de regeling biedt voldoende mogelijkheden om aan te sluiten bij de behoefte van huisartsen. En in de praktijk sluiten de wensen over hoe er geconsulteerd moet worden ook grotendeels aan bij de praktijk. Gevraagd naar effecten zie we verschillen tussen regio's in de manier van contracteren en inrichten. Dat betreft dan bijvoorbeeld het aantal partijen waarbij kan worden geconsulteerd.

7. Effect en opbrengst

7.1 Sociaal domein | beoogd doel

In dit onderdeel beschrijven we de bevindingen voor ***onderzoeksvraag 21:*** *Wordt het beoogde doel van de consultatiefunctie bereikt zoals beschreven in de Leidraad consultatiefunctie ggz voor het sociaal domein?* Ook hier geldt het aandachtspunt van de – niet expliciet in de leidraad benoemde – consultatie van de ggz bij vragen van jeugdzorgprofessionals over ouders onderdeel uitmaakt van de consultatiefunctie.'.

Het doel van de consultatie is af te leiden uit de Leidraad. Onder meer "*De consultatiefunctie helpt professionals in het sociaal domein om problematiek bij mensen sneller te doorgronden zodat zij meer handvatten hebben om de problemen van cliënten in het sociaal domein op te lossen. Zo zorgen we dat er minder verwijzingen naar de ggz ontstaan, dan wel dat patiënten sneller verwezen worden naar een andere, betere (en dus juiste) plek. Wat hopelijk een positieve invloed heeft op de wachttijden in de regio*." En **"***De consultatiefunctie dient ter ondersteuning van de hulp die verleend wordt door het sociaal domein en versterkt deze. Het handelingsperspectief in het sociaal domein wordt groter en verwijzing is niet nodig en/of terugval bij chronische problematiek wordt voorkomen. Zo draagt het bij aan preventie*."

In de vragenlijst voor het sociaal domein hebben we hierover een aantal stellingen opgenomen waar de respondenten vanuit het sociaal domein als volgt op hebben gereageerd (figuur 23). We zagen al dat er beperkt gebruik wordt gemaakt van de consultatiefunctie. Op deze stellingen is dus relatief beperkt, maar wel positief antwoord gegeven.

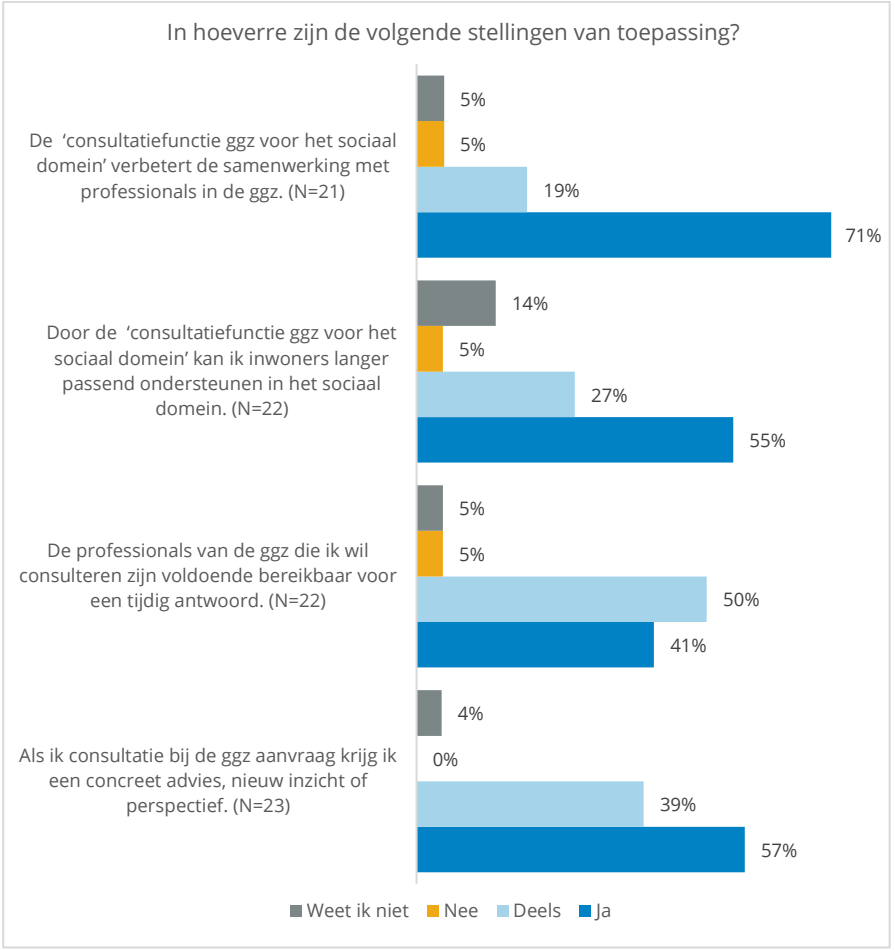
De **meerderheid is van mening dat de consultatiefunctie geheel (71%)** of deels (19%) **bijdraagt aan het verbeteren van samenwerking met professionals in de ggz.**

Ook vinden zij **dat zij door de consultatiefunctie ggz voor het sociaal domein inwoners langer passend kunnen ondersteunen in het sociaal domein'** (55% antwoord hierop met 'ja' en nog eens 27% zegt 'deels').

- In relatie tot deze stelling hebben we aan kerninstellingen en zelfstandig gevestigde psychiaters gevraagd of zij het idee hebben dat de consultatiefunctie (zwaardere) zorg voorkomt en bijdraagt aan preventie.
- Hierbij geeft **76% van de kerninstellingen en 55% van de zelfstandig gevestigde psychiaters** aan dat dit hun beeld is, maar dat ze hiervoor (nog) geen concrete aanwijzingen hebben.

Iets minder positief, maar overall niet negatief is men **over de bereikbaarheid van ggz-professionals: 'voldoende bereikbaar' zegt 41%** en deels voldoende bereikbaar zegt 50%.

Tot slot is 57% van mening dat zij een concreet advies, nieuw inzicht of perspectief ontvangen van de ggz. Nog eens 39% vindt dat deels het geval[12].



Figuur 23. Stellingen m.b.t. doel consultatiefunctie sociaal domein

[12] In relatie tot deze stelling 'aan kerninstellingen gevraagd of professionals heldere vragen stellen om te kunnen komen tot een concreet advies, nieuw inzicht of perspectief. Van de kerninstellingen geeft de helft aan dat dit meestal wel het geval is en nog eens 39% dat dit deels het geval is. Voor de zelfstandig gevestigden gaat het om 62% respectievelijk 31%.

In de focusgroep met het sociaal domein werd over de verbetering van de samenwerking aangegeven dat de mate waarin het verbetert afhankelijk is van welke samenwerking er al was voordat de consultatiefunctie er kwam.

7.2 Huisartsen | beoogd doel

Voor de huisartsen is een vergelijkbare vraag gesteld: ***Onderzoeksvraag 22:*** *Wordt het beoogde doel van de consultatiefunctie bereikt?*

Gedurende de deskresearch hebben we geen eenduidige bron gevonden die het doel van de consultatiefunctie voor huisartsen beschrijft. Op lokale/ regionale websites vonden we wel beschrijvingen, maar op basis hiervan kunnen we dit niet benoemen als HET doel van de consultatiefunctie. Voor zover we beschrijvingen hebben kunnen vinden, raken ze aan de doelstellingen zoals geformuleerd door het sociaal domein. We hebben voor hen daarom vergelijkbare stellingen opgenomen als voor het sociaal domein aangevuld met een stelling over verwijzing. De resultaten zijn in figuur 24 weergegeven.

Iets meer dan de helft (54%) van de huisartsen vindt dat door het consulteren van de ggz de samenwerking met de ggz wel (26%) of deels (28%) verbetert. **De grootste groep (40%) geeft aan dat het de samenwerking niet verbetert** en 5% weet het niet.

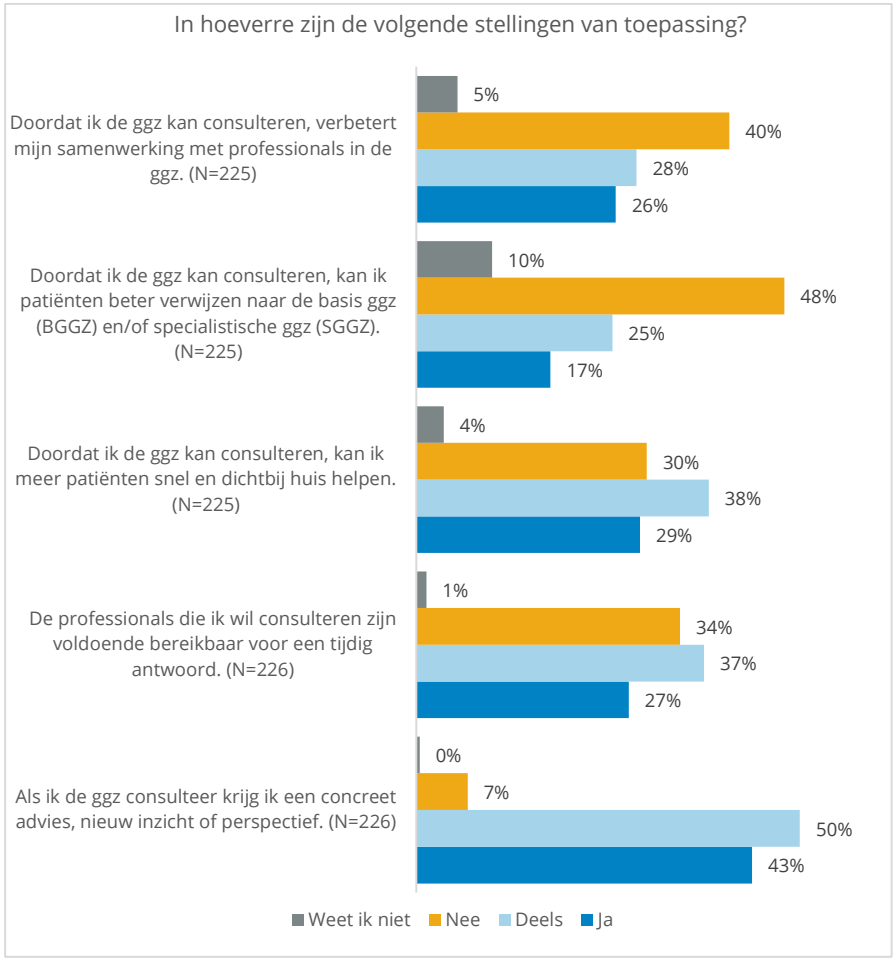
In relatie tot deze stelling werd in de focusgroep met huisartsen aangegeven dat puur de consultatiefunctie de samenwerking niet verbetert: de samenwerking met de ggz is groter dan alleen de consultatie-functie. Ook is deze afhankelijk van de vorm van consultatie. Fysiek contact bevordert de samenwerking wellicht meer dan telefonisch contact. Daarnaast gaven huisartsen aan dat de wachtlijsten ook door kunnen klinken in de resultaten. Je wilt als huisarts graag verwijzen. Als dit niet lukt, dan krijg je wel een concreet advies maar niet het gewenste antwoord en is de huisarts uiteindelijk niet geholpen. Doordat er wachtlijsten zijn wordt de consultatie tevens gebruikt als tussenoplossing, dus neemt het beroep op consultatie toe.

Bijna de helft van de huisartsen is niet van mening dat zij door de consultatie patiënten beter kunnen verwijzen naar de basis GGZ (BGGZ) en/of de specialistische ggz (SGGZ) **(48%).** In de focusgroep met huisartsen werd hierover aangegeven dat de doelgroep waarvoor consultatie wordt gevraagd een andere groep is dan de groep die verwezen wordt.

Over de stelling dat **patiënten sneller en dichterbij huis geholpen kunnen worden** zijn de resultaten wat meer verdeeld: **het grootste gedeelte (67%) geeft aan dat dit wel (29%) of deels (38%) het geval is.**

Het merendeel van de huisartsen vindt dat **de professionals die zij willen consulteren voldoende (29%) of deels voldoende (37%) bereikbaar zijn voor een tijdig antwoord (64%)**. Daarnaast geeft 34% aan dat dit niet zo is.

Ook over het verkrijgen van een concreet advies, nieuw inzicht of perspectief zijn de meesten positief (43% antwoordt ja, 50% deels). Slechts 7% vindt dit dat dit niet het geval is.



Figuur 24. Stellingen over het doel van consultatie huisartsen

Over de mate waarin doelen worden bereikt zijn ook vragen gesteld aan de ggz-partijen. Zij zijn over het algemeen iets positiever.

Over de stelling **'De consultatie aan huisartsen voorkomt onterechte verwijzingen naar de basis ggz of specialistische ggz' geeft 56% van de kerninstellingen aan dat dit wel hun beeld is maar dat zij hier (nog) geen concrete aanwijzingen voor hebben.** Van de respondenten geeft 17% aan het niet te weten en 28% zegt dat het onterechte verwijzingen voorkomt en hebben hier ook concrete aanwijzingen voor. Een concrete aanwijzing die wordt genoemd is interne analyses/monitoring.

Ook is gevraagd **of de consultatie aan huisartsen te late verwijzingen voorkomt. Het merendeel geeft aan dit niet te weten (50%)**, 33% heeft wel het beeld, maar geen concrete aanwijzingen en 11% geeft aan dat het geen onterechte verwijzingen voorkomt. Voor 33% van de respondenten geldt dat het wel onterechte verwijzingen voorkomt en heeft hier ook concrete aanwijzingen voor, zoals ervaringen in triage en bij DOCO's.

De resultaten van de zelfstandig gevestigden geven een vergelijkbaar beeld (59% ja, maar geen concrete aanwijzingen, 4% nee, 9% weet het niet en 33% ja, en concrete aanwijzingen). Bij de concrete aanwijzingen wordt aangegeven dat er door het consulteren meer richting is in beleid, dat huisartsen zelf verder kunnen met een patiënt. Over het voorkomen van te late verwijzingen geeft 43% aan dat dit wel hun beeld is, maar dat ze daar (nog) geen concrete aanwijzingen voor hebben, 33% weet het niet en 7% geeft aan dat de consultatiefunctie niet te late verwijzingen voorkomt. Daarnaast geeft 18% aan dat dit wel het geval is en dat ze hier ook concrete aanwijzingen voor hebben, zoals de terugkoppeling van huisartsen.

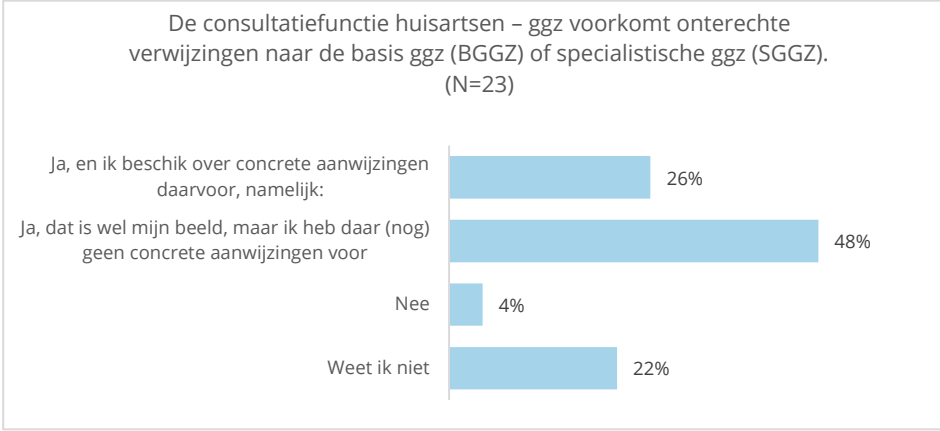
We hebben de **kerninstellingen** ook **gevraagd of de consultatie aan huisartsen bijdraagt aan patiënten om zo lang en goed mogelijk in de eigen omgeving te kunnen leven** met ondersteuning van de kennis van specialisten. **Hierbij geeft 56% van de respondenten aan dat dit hun beeld is maar dat ze hiervoor (nog) geen concrete aanwijzingen hebben.** Van de respondenten geeft 28% aan dat het bijdraagt en heeft hier ook concrete aanwijzingen voor, zoals evaluaties en analyses. Geen enkele respondent geeft aan dat het niet bijdraagt.

Voor de zelfstandig gevestigden geldt dat het **grootste deel (59%) aangeeft dat dit wel het beeld is maar dat ze hier (nog) geen concrete aanwijzingen voor hebben, 20% weet het niet en 1% geeft aan dat het niet bijdraagt.** Van de respondenten geeft 21% aan dat het bijdraagt en heeft daar ook concrete aanwijzingen voor, zoals terugkoppeling van huisartsen waarin zij aangeven zelf verder te kunnen.

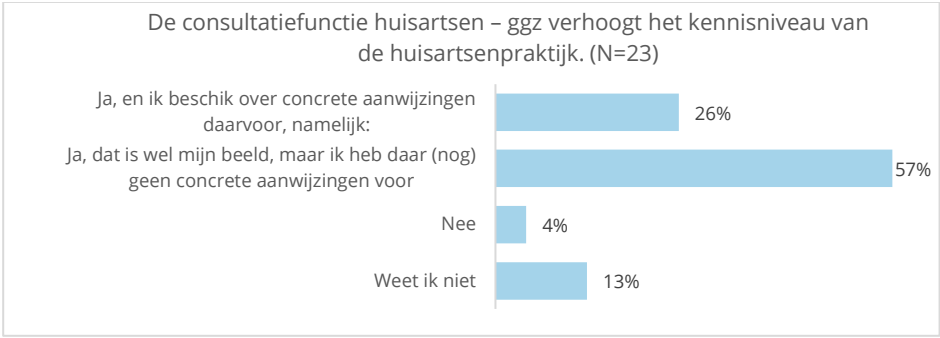
Tot slot hebben we aan kerninstellingen gevraagd of professionals heldere vragen stellen om te kunnen komen tot een concreet advies, nieuw inzicht of perspectief. **Van de kerninstellingen geeft 72% aan dat dit meestal wel het geval is.** 17% geeft aan soms wel/soms niet en niemand geeft aan dat dit niet het geval is. Voor de zelfstandig gevestigden zien we hetzelfde beeld.

In hoeverre de doelen worden behaald van de consultatiefunctie voor huisartsen is ook uitgevraagd bij de **RHO's**. Hierbij is gevraagd **naar in hoeverre de consultatie onterechte en te late verwijzingen voorkomt en het kennisniveau van de huisartsenpraktijk verhoogt**. Uit figuur 25 blijkt dat de RHO's hierop een positief effect van de consultatie zien.

Een kwart van de RHO's kan het voorkómen van onterechte verwijzingen onderbouwen met diverse casussen waaruit dit blijkt, registraties en feedbackmomenten. Hierbij zien we dezelfde resultaten op de stelling of consultatie te late verwijzingen voorkomt. Ook is gevraagd of de consultatie het kennisniveau van de huisartsenpraktijk verhoogt. Dit is het geval en kan men deels aantonen met registraties en signalen (figuur 26).



Figuur 25. Effect van consultatie op verwijzingen volgens RHO's



Figuur 26. Effect van consultatie op kennisniveau van huisartsenpraktijk volgens RHO's

7.3 Conclusie effect en opbrengst

Consultatiefunctie sociaal domein

Het doel van de consultatie is geformuleerd in de Leidraad en hebben we vertaald naar een aantal stellingen. We zagen al dat de consultatiefunctie beperkt wordt gebruikt, maar voor zover dit het geval is zien we een positieve bijdrage aan het 'verbeteren van samenwerking met professionals in de ggz' en het 'inwoners langer passend kunnen ondersteunen in het sociaal domein'. Ook vanuit de ggz ziet men dat de consultatiefunctie (zwaardere) zorg voorkomt en bijdraagt aan preventie. Iets minder positief, maar overall niet negatief is men over de bereikbaarheid van ggz-professionals. Ook levert de consultatiefunctie een concreet advies, nieuw inzicht of perspectief voor de gebruikers.

Consultatiefunctie huisartsen

Voor wat betreft de consultatie door huisartsen is er niet een eenduidig doel geformuleerd. Er zijn effecten op de samenwerking, maar omdat consultatie onderdeel is van bredere samenwerking is het specifieke effect van consultatie hierop niet altijd aanwijsbaar. Huisartsen vinden beperkt of niet dat zij door de consultatie patiënten beter kunnen verwijzen (de doelgroep waarvoor consultatie wordt gevraagd is een andere groep dan de groep die wordt verwezen). De consultatiefunctie draagt wel bij aan het 'sneller en dichter bij huis kunnen helpen' (volgens huisartsen) dan wel het 'zo lang en goed mogelijk in de eigen omgeving kunnen leven' (volgens de ggz).

Waar de ggz en de RHO's positieve effecten op het voorkomen van onterechte verwijzingen zien, ervaren huisartsen in mindere mate dat consultatie bijdraagt aan het 'beter kunnen verwijzen'. Niet iedereen ziet dat overigens als een doel van consultatie.

Over de bereikbaarheid van de professionals die huisartsen willen consulteren zijn betere afspraken denkbaar. Het meest positief zijn huisartsen over het individuele resultaat van de consulatie. Zij ontvangen hiermee een concreet advies, nieuw inzicht of perspectief. Vice versa is de ggz van mening dat de vragen die aan hen worden gesteld helder genoeg zijn om tot zo'n concreet advies, nieuw inzicht of perspectief te komen.

Voor beide vormen geldt dat consultatie plaatsvindt binnen een praktijk waarin ook factoren zoals wachttijden en beschikbaarheid van ggz-zorg van invloed zijn op de uiteindelijke uitkomsten. Overall zijn de ervaren opbrengsten positief en breed herkenbaar, maar de bredere effecten worden nog beperkt gemonitord en onderbouwd. Wat overigens niet betekent dat deze er niet zijn.

8. Knelpunten en verbeteropties

8.1 Sociaal domein | knelpunten en verbeteropties

In dit onderdeel beschrijven we de bevindingen voor de ***onderzoeksvraag 23:*** *Als het doel niet wordt bereikt, wat zijn de knelpunten? Ontbreekt er iets? Is er misschien een effectieve vorm van consultatie die niet in de handreiking is opgenomen? Bij knelpunten ook uitvragen en uitwerken van oplossingen, inclusief randvoorwaarden. Maak daarbij steeds, per randvoorwaarde, onderscheid tussen de huidige situatie - de gewenste situatie - wat staat daartussen in de weg?*

Vanuit het deskresearch komen een paar knelpunten naar voren[13]. Een knelpunt dat we vonden is dat het voor hulpverleners ondoenlijk is om bij elk overleg of advies te bedenken of dit ten laste van de Zvw of de Wmo gebracht kan worden. Daarnaast wordt genoemd dat de meeste knelpunten zich voordoen bij cliënten die niet (meer) in zorg zijn in de geneeskundige ggz en de brede definitie van de consultatiefunctie wordt genoemd als knelpunt.

In de verschillende vragenlijsten is ook gevraagd naar knelpunten en/of verbetersuggesties. Hierbij zien we de volgende thema's herhaaldelijk terugkomen: onbekendheid, (on)zichtbaarheid, weinig communicatie over de consultatiefunctie, financiering, administratielast, geen uniformiteit, bereikbaarheid en beperkt gebruik. Hierna geven we dit weer vanuit het perspectief van de verschillende respondentgroepen.

Aan het **sociaal domein** hebben we gevraagd naar verbetersuggesties[14].

[13] Bron: ZIN standpunt 2021.
[14] Welke verbetersuggesties heeft u voor het kunnen consulteren van de ggz (op welke manier zou u beter zijn geholpen met consultatie van de ggz)?

De kern van de antwoorden is hier als volgt. Respondenten willen consultatie vooral dicht bij de praktijk organiseren: zichtbaar, persoonlijk, laagdrempelig en ingebed in structurele samenwerking tussen ggz en sociaal domein.

- Meest genoemd: meer bekendheid van de consultatiefunctie (± 12x).
- Daarna: fysieke aanwezigheid van ggz-professionals (± 10x).
- Ook belangrijk: korte lijnen en directe bereikbaarheid (± 9x).
- Opvallend is een sterke wens voor wederzijdse consultatie tussen ggz en sociaal domein (± 6x).

In de focusgroep met het sociaal domein zijn ook een aantal verbeteropties naar voren gekomen:

- Vergroten van bekendheid en implementatieondersteuning.
- Meer ruimte en flexibiliteit in de voorwaarden en afbakening van de doelgroep.
- Consultatie sterker laten aansluiten op behoefte van sociaal domein, meer vanuit samenwerking en minder vanuit het aanbod van de ggz organiseren.
- Regionale verantwoordelijkheid voor implementatie en communicatie beleggen, met ruimte voor lokaal maatwerk.
- Regionaal meer transparantie over inzet, volume en resultaten van de consultatiefunctie.

Ook de **kerninstellingen** hebben we gevraagd naar verbetersuggesties[15]. Respondenten willen een beter zichtbare, eenvoudiger georganiseerde consultatiefunctie die stevig is ingebed in de samenwerking tussen ggz en sociaal domein.

- Meest genoemd: meer bekendheid van de consultatiefunctie (± 5x).
- Daarnaast: duidelijkere financiering, contractering en minder registratielast (± 5x).
- Ook genoemd: één digitaal platform of netwerk (± 4x) en betere samenwerking tussen ggz en sociaal domein (± 4x).

De **zelfstandig gevestigden**[15] gaven als verbeteropties:

- Meest genoemd: financiering, vergoeding en contractering beter organiseren (± 10x).
- Daarna: minder administratie, minder bureaucratie en niet verder formaliseren (± 8x)
- Ook genoemd: betere samenwerking en vaste contactpersonen (± 6x) en gebruikmaken van zelfstandig gevestigde psychiaters en bestaande expertise (± 4x)

In de focusgroep met de kerninstellingen en zelfstandig gevestigden zijn ook verbeteropties naar voren gekomen, namelijk:

- Landelijke uniformiteit van financiering, contractering en verantwoording.
- Verminderen van registratielast en administratieve eisen.
- Verbeteren van bekendheid, toegankelijkheid en vindbaarheid voor het sociaal domein.
- Heldere omschrijving van wat wel en niet onder consultatie valt.

[15] Welke verbetersuggesties heeft u voor het kunnen geven van consultatie aan het sociaal domein? (Denk bijvoorbeeld aan contractering, randvoorwaarden en/of uitvoering van de consultatie).

We hebben via ZN de **verzekeraars** gevraagd naar zowel knelpunten als verbetersuggesties. Zij zien vooral knelpunten[16] in bekendheid van de consultatiefunctie, het laten aansluiten van aanbod op de vraag, onbekendheid met bijdrage van de consultatiefunctie, mogelijk verminderde behoefte vanuit het sociaal domein vanwege samenwerking in het MGN, communicatie over de consultatiefunctie vanuit de ggz, de tijdrovende contractering, de administratieve belasting en het ontbreken van een standaard werkwijze wat declareren tijdrovend maakt. Iedere zorgverzekeraar hanteert hierbij eigen regels en procedures. Dit gebrek aan uniformiteit zorgt voor een inefficiënte bedrijfsvoering. Bovendien is er sprake van trage uitbetalingen, waarbij zorgaanbieders soms wel een half jaar op hun vergoeding moeten wachten.

Zij geven aan verbetering[17] en ook een toename van gebruik te zien als de consultatiefunctie wordt ondergebracht bij het MGN, bijvoorbeeld als onderdeel van het domeinoverstijgend casusoverleg. MGN'en hebben "tractie" zoals zij dat noemen en zouden aparte (parallelle) bekostiging en organisatie kunnen voorkomen en mogelijkheid bieden tot meer uniformiteit in richtlijnen over tarieven/functies, offertes en productie-monitoren. Zij zien ook inhoudelijke verbetermogelijkheden door als regio's van elkaar te leren. Ook verwachten zij dat er vanuit laagdrempelige steunpunten meer consultatievragen richting de ggz zullen komen.

In de focusgroep met verzekeraars zijn verbeteropties genoemd:

- Meer landelijke uniformering van contractering, bekostiging en verantwoordingsafspraken.
- Verminderen van administratieve lasten.
- Consultatie verbinden aan bestaande samenwerkingsstructuren zoals het MGN.
- Vergroten van bekendheid en toegankelijkheid.
- Meer inzicht in gebruik, resultaten en regionale verschillen om gerichter te kunnen sturen.
- Gezamenlijke verantwoordelijkheid van ggz, sociaal domein en andere partners stimuleren voor organisatie en doorontwikkeling consultatie-functie.

MGN'en stellen in antwoord op de vraag naar knelpunten[16]: de grootste uitdaging ligt in het beter bekend maken, verduidelijken en structureel organiseren van de consultatiefunctie binnen het sociaal domein.

- Meest genoemd: onbekendheid van de consultatiefunctie (± 13x).
- Daarnaast: onduidelijkheid over gebruik en toegang (± 8x).
- Ook belangrijk: financiering, budget en contractering (± 8x).
- Verder: registratielast, capaciteit en samenwerking (± 4–5x).

Als verbetersuggesties geven MGN'en[18] aan:

- Meest genoemd: meer bekendheid van de consultatiefunctie (± 10x).
- Daarnaast: betere financiering en contractering (± 10x).

[16] Welke knelpunten signaleert u ten aanzien van de consultatiefunctie 'ggz voor het sociaal domein' én de consultatie ggz aan huisartsen? (*denk bijvoorbeeld aan contractering, randvoorwaarden en aan de uitvoering van de consultatie)*
[17] Welke suggesties heeft u eventueel voor verbeteringen van de consultatiefunctie 'ggz voor het sociaal domein' én de consultatie ggz aan huisartsen? (*denk bijvoorbeeld aan contractering, randvoorwaarden en aan de uitvoering van de consultatie)*
[18] Welke verbetersuggesties heeft u voor het consulteren van de ggz door professionals uit het sociaal domein? *(denk bijvoorbeeld aan contractering, randvoorwaarden en/of uitvoering)*

- Ook belangrijk: laagdrempelige inrichting (± 7x) en aanwezigheid van ggz in wijkteams/instapteams (± 8x).
- Opvallend: behoefte aan wederkerige consultatie tussen ggz en sociaal domein (± 4x).

8.2 Huisartsen | knelpunten en verbeteropties

In dit onderdeel beschrijven we de bevindingen voor de ***onderzoeksvraag 24 en 25:*** *Als het doel niet wordt bereikt, wat zijn de knelpunten? Bij knelpunten ook uitvragen en uitwerken van oplossingen, inclusief randvoorwaarden. Maak daarbij steeds, per randvoorwaarde, onderscheid tussen de huidige situatie - de gewenste situatie - wat staat daartussen in de weg? Kijk daarbij ook naar de organisatie en financiering van de consultatie naar de MSZ (meedenkadvies en meekijkconsult).*

In de verschillende vragenlijsten is gevraagd naar knelpunten en/of verbetersuggesties. Hierbij zien we een aantal thema's herhaaldelijk terugkomen: bereikbaarheid en beschikbaarheid, verantwoordelijkheid blijft bij de huisarts, organisatie ervan via verschillende kanalen, financiering en bekendheid.

Aan de **huisartsen** hebben we gevraagd naar verbetersuggesties[19].
De kern van de antwoorden: huisartsen willen consultatie vooral laagdrempelig, persoonlijk en praktijkgericht organiseren, met duidelijke afbakening van het doel. Consultatie moet ondersteunen bij het zelf verder helpen van patiënten, maar mag geen vervanging worden van specialistische ggz-zorg of een oplossing voor wachtlijstproblematiek. Meer concreet is hierover aangegeven:

- Meest genoemd: betere bereikbaarheid van psychiaters en direct overleg (± 45x)
- Daarna: wachttijden en beschikbaarheid van GGZ-zorg (± 30x)
- Ook genoemd: meedenkconsulten via ZorgDomein zoals bij ziekenhuizen (± 20x) en verantwoordelijkheid voor medicatie en behandeling (± 18x)

In de focusgroep met huisartsen zijn ook enkele verbeteropties naar voren gekomen:

- Meer duidelijkheid over wanneer consultatie passend is en wanneer andere instrumenten beter passen.
- Investeren in laagdrempelige, directe contacten tussen huisartsen en ggz, bijvoorbeeld via vaste contactpersonen.
- Meer focus op samenwerking in plaats van uitbreiding consultatiefunctie.
- Meer uniformiteit in tarieven, financiering en afspraken tussen regio's.
- Consultatie zuiver inzetten voor de vragen waarvoor het bedoeld is.

De **RHO's** hebben we gevraagd naar zowel knelpunten als verbeter-suggesties. De grootste knelpunten20 zien zij niet in het principe van consultatie, maar in de randvoorwaarden daaromheen zoals financiering, bereikbaarheid, capaciteit, organisatie en uitvoering.

- Meest genoemd: financiering en contractering (± 10x).
- Daarna: toegankelijkheid/bureaucratie (± 9x) en tekort aan psychiatrische expertise (± 8x).

[19] Welke verbetersuggesties heeft u voor het kunnen consulteren van de ggz *(op welke manier zou u beter zijn geholpen met consultatie van de ggz)*?
[20] Welke knelpunten signaleert u ten aanzien van de consultatiefunctie huisartsen-ggz? *(Denk bijvoorbeeld aan contractering van verzekeraars, ggz-aanbieders en/of huisartsen, randvoorwaarden en aan de uitvoering van de consultatie.)*

- Ook belangrijk: ICT-problemen (± 7x) en onduidelijke verantwoordelijkheden (± 5x).

Als verbetersuggesties[21] geven zij mee: meer uniformiteit, overzicht en zichtbaarheid van consultatiemogelijkheden zouden het gebruik kunnen versterken.

- Meest: behoefte aan een eenduidige inrichting van consultatie en aanvraagroutes.
- Daarnaast: veel verschillende betaalde en onbetaalde consultatie-mogelijkheden naast elkaar.
- Ook genoemd: meer bekendheid van consultatie en voldoende beschikbare psychiaters

De **kerninstellingen** hebben we gevraagd naar verbetersuggesties[22]. Respondenten willen een eenvoudiger, uniformer en structureel gefinancierd consultatiesysteem dat beter aansluit bij de praktijk van huisartsen.

- Meest genoemd: betere financiering en contractering (± 8x).
- Daarnaast: meer bekendheid van de consultatiefunctie (± 5x).
- Ook belangrijk: laagdrempelige toegang (±5x) en uniforme systemen/werkwijzen (± 4x).

De **zelfstandig gevestigden** willen een eenvoudiger, beter gefinancierd en toegankelijker consultatiesysteem waarin huisartsen en psychiaters elkaar makkelijker weten te vinden. Ze gaven als verbeteropties[22]:

- Meest genoemd: financiering en contractering verbeteren (± 12x).
- Daarnaast: huisartsen zouden consultatie vaker kunnen gebruiken (± 9x).
- Ook belangrijk: minder bureaucratie (±8x) en meer persoonlijke samenwerking (± 8x).
- Opvallend: zelfstandig gevestigde psychiaters ervaren moeite om aan te sluiten (± 7x).

In de focusgroep met de kerninstellingen en zelfstandig gevestigden kwamen de volgende verbeteropties naar voren:

- Landelijke uniformiteit van financiering, contractering en verantwoording.
- Verminderen van registratielast en administratieve eisen.
- Verbeteren van bekendheid, toegankelijkheid en vindbaarheid voor het sociaal domein.
- Heldere omschrijving van wat wel en niet onder consultatie valt.

Respondenten vanuit **MGN'en** ervaren vooral knelpunten[23] in de organisatie, financiering, bekendheid en toegankelijkheid van consultatie voor huisartsen.

- Meest genoemd: bereikbaarheid en toegankelijkheid van consultatie (± 12x).
- Daarnaast: financiering en contractering (± 10x).
- Ook belangrijk: onbekendheid van de consultatiefunctie (± 8x).
- Verder: onduidelijke positionering (± 7x) en regionale verschillen (± 6x).

[21] Welke suggesties heeft u eventueel voor verbeteringen van de consultatiefunctie huisartsen-ggz? *(Denk bijvoorbeeld aan contractering van verzekeraars, ggz-aanbieders en/of huisartsen, randvoorwaarden en aan de uitvoering van de consultatie.)*
[22] Welke verbetersuggesties heeft u voor het kunnen geven van consultatie aan huisartsen? *(Denk bijvoorbeeld aan contractering, randvoorwaarden en/of uitvoering van de consultatie.)*
[23] Welke knelpunten signaleert u ten aanzien van het consulteren van de ggz door huisartsen? *(Denk bijvoorbeeld aan contractering, randvoorwaarden en/of uitvoering)*

MGN'en[24] geven in antwoord op de vraag naar verbeteropties geven aan:

- Meest genoemd: duidelijke financiering, contractering en structurele bekostiging (± 11x).
- Daarnaast: meer bekendheid van de consultatiefunctie (± 9x).
- Ook genoemd: laagdrempelige, snelle en goed bereikbare consultatie (± 8x) en uniforme werkwijze, regionale organisatie en één systeem (± 6x).

8.3 Conclusie knelpunten en verbeteropties

Consultatiefunctie ggz voor het sociaal domein

Knelpunten in het sociaal domein zitten in onbekendheid en (on)zichtbaarheid van deze functie en het gebrek aan communicatie hierover. Ook financiering, administratielast, de regionale verschillen bereikbaarheid en beperkt gebruik worden genoemd.

De belangrijkste verbeteropgaven voor het sociaal domein liggen bij het vergroten van de bekendheid, het verduidelijken van de toegang, bereikbaarheid en het sterker verbinden van de consultatiefunctie met de dagelijkse praktijk van gemeenten, wijkteams en andere sociaal domein-partijen. Daarnaast bestaat behoefte aan meer betrokkenheid van het sociaal domein bij contractering, inrichting en doorontwikkeling van de consultatiefunctie. Het verbinden van consultatie aan bestaande samenwerkingsstructuren zoals het MGN naast meer uniformiteit van financiering, contractering en verantwoording worden verder als verbetersuggesties genoemd. Ook is behoefte aan vermindering van administratieve lasten.

Consultatiefunctie ggz voor huisartsen

Knelpunten bij huisartsen de knelpunten gaan over bereikbaarheid en beschikbaarheid, het feit dat de verantwoordelijkheid bij de huisarts blijft, de organisatie via verschillende kanalen, financiering en bekendheid.

Voor huisartsen ligt de nadruk op snelle bereikbaarheid, korte lijnen en directe toegang tot psychiatrische expertise. Daarnaast bestaat ook hier behoefte aan meer bekendheid en meer uniformiteit in systemen, financiering, contractering en organisatie van consultatie. Huisartsen vragen tevens om een duidelijke afbakening tussen consultatie, verwijzing, behandeling en andere samenwerkingsvormen. Opnieuw wordt gewezen op de wachttijden in de ggz als groot knelpunt. En ook hier zou inbedding binnen Mentale Gezondheidsnetwerken en/of andere regionale samenwerkingsstructuren een aangrijpingspunt kunnen zijn voor verbetering.

[24] Welke verbetersuggesties heeft u voor het consulteren van de ggz door huisartsen? *(Denk bijvoorbeeld aan contractering, randvoorwaarden en/of uitvoering)*

9. Conclusies en aanbevelingen

9.1 Inleiding

In het AZWA is afgesproken dat onder regie van de Nederlandse ggz onderzoek wordt gedaan naar mogelijke knelpunten rond de inzet van deze consultatie. De uitkomsten van het onderzoek moeten bruikbaar zijn voor het verbeteren en vergroten van de inzet hiervan door het SD en huisartsen bij de ggz en zo bijdragen aan de AZWA-afspraak 'Verbeteren toegankelijkheid van de ggz'.

De ambitie die onder de IZA- en AZWA-afspraken ligt is helder: goede ggz-consultatie moet niet afhankelijk zijn van toevallige regionale initiatieven of persoonlijke contacten, maar onder de juiste randvoorwaarden voor professionals in alle regio's toegankelijk zijn. In dit hoofdstuk brengen we de verschillende perspectieven uit het onderzoek bijeen en formuleren we conclusies en aanbevelingen voor landelijke en regionale partijen.

9.2 Reflectie

Gedurende het onderzoek hebben we ervaren dat de consultatiefuncties ggz lastig te definiëren en af te bakenen is van andere ontwikkelingen gericht op samenwerking die regionaal en per context verschillen. Het veld is in beweging en er zijn ook nieuwe initiatieven die onvoldoende bekend zijn, zoals het meedenkadvies in de MSZ. Daarnaast wordt er ook regelmatig geconsulteerd zonder dat daar financiering tegenover staat. Dat compliceerde heldere conclusies over specifiek deze consultatiefunctie af en toe.

9.3 Hoofdconclusie

Uit het onderzoek komt een duidelijk en consistent beeld naar voren. Zowel professionals uit het sociaal domein als huisartsen hebben behoefte aan laagdrempelige toegang tot ggz-expertise. Wanneer consultatie

plaatsvindt, wordt deze overwegend als waardevol ervaren en leidt deze regelmatig tot nieuwe inzichten, concrete adviezen en meer handelingsperspectief en daarmee tot (wederzijdse) deskundigheidsbevordering. Daarmee draagt de consultatiefunctie bij aan het ondersteunen van professionals in hun dagelijkse praktijk.

Tegelijkertijd laat het onderzoek zien dat de benutting van de consultatiefuncties achterblijft bij de potentie. Vooral binnen het sociaal domein wordt nog beperkt gebruikgemaakt van de beschikbare mogelijkheden. Onbekendheid met het bestaan van de consultatiefunctie, onduidelijkheid over toegang en verschillen in regionale inrichting vormen hierbij belangrijke belemmeringen. Ook voor huisartsen bestaan regionale verschillen in organisatie, bereikbaarheid en toegankelijkheid van consultatie. Daarnaast spelen wachttijden een rol in zowel het gebruik als de ervaren effectiviteit van de consultatiefuncties.

De centrale conclusie van dit onderzoek luidt daarom dat het vraagstuk niet primair ligt in het nut, de inhoud of de vorm van de consultatiefuncties. De meerwaarde van consultatie wordt breed herkend. De uitdaging ligt in het beter benutten en vereenvoudigen hiervan als onderdeel van een goede samenwerking tussen de ggz, huisartsen en het sociaal domein, een opgave waaraan momenteel actief wordt gewerkt.

9.4 Wat is nodig om de consultatiefuncties beter te benutten?

Uit de verschillende perspectieven van huisartsen, sociaal domein, ggz-aanbieders, RHO's, MGN'en en zorgverzekeraars komt een consistent beeld naar voren. De volgende verbeterlijnen springen eruit. *Deze moeten in samenhang worden bezien.*

1. Vergroot de bekendheid en zichtbaarheid

Sociaal domein

Met name binnen het sociaal domein is de consultatiefunctie nog onvoldoende bekend. Veel professionals weten niet dat de functie bestaat, voor welke vragen deze bedoeld is en hoe zij hiervan gebruik kunnen maken. Ook de mogelijkheid voor jeugdhulpprofessionals om vragen over ouders van jeugdigen voor te leggen aan de ggz blijkt beperkt bekend. Het gebruik blijft dan ook sterk achter bij de mogelijkheden. Meer actieve communicatie, implementatieondersteuning en lokale bekendmaking zijn nodig om het gebruik te vergroten *(in samenhang met de volgende verbeterlijnen).*

Huisartsen

Huisartsen consulteren de ggz veelvuldig maar tegelijkertijd is ook hier een groep voor wie de mogelijkheden onbekend zijn. Dat maakt ook voor huisartsen actieve communicatie relevant, waarbij een heldere afbakening moet worden gegeven van wat consultatie inhoudt ten opzichte van andere mogelijkheden, onder meer in de MSZ.

2. Maak de toegang eenvoudiger en herkenbaarder

Professionals hebben behoefte aan laagdrempelige en snel beschikbare consultatie (in de praktijk speelt ook dat professionals gebruikmaken van bestaande informele relaties). Zowel huisartsen als professionals in het sociaal domein geven aan dat telefonisch overleg en vaste contactpersonen belangrijke succesfactoren zijn. Heldere toegangsroutes, herkenbare aanspreekpunten en eenvoudige aanvraagprocedures kunnen de drempel voor gebruik aanzienlijk verlagen. Ook heldere afspraken over bereikbaarheid zijn wenselijk. Dit geldt zowel voor de consultatie door sociaal domein als voor huisartsen.

3. Werk toe naar meer uniformiteit in randvoorwaarden
Regionale verschillen bieden ruimte voor maatwerk. Maatwerk is wenselijk, maar de huidige verschillen leiden tot onduidelijkheid.

Sociaal domein
Hanteer ten aanzien van de randvoorwaarden een uniforme werkwijze. We denken hierbij aan financiering, wijze van contractering (waaronder laagdrempelige toegankelijkheid en tarieven die een prikkel bevatten om consultatie te bieden) en (eenvoudige) registratie. Hierbij moet aandacht blijven voor het aansluiten bij bestaande netwerken, werkrelaties en regionale afspraken.

Huisartsen
Bij huisartsen speelt dit in mindere mate. Maar ook hier is meer uniformiteit in financiering, contractering (waaronder laagdrempelige toegankelijkheid en tarieven die een prikkel bevatten om consultatie te bieden) en (eenvoudige) registratie wenselijk. Ook gaat het om eenduidigheid van definities en eventuele aansluiting bij consultatie zoals die in de MSZ wordt toegepast.

4. Versterk inbedding in het Mentaal Gezondheidsnetwerk
Consultatie functioneert het best wanneer deze onderdeel is van bestaande relaties en overlegstructuren. Mentale Gezondheidsnetwerken, wijkgerichte samenwerkingsverbanden (RESV's), bestaande huisarts-ggz-netwerken bieden hiervoor een logisch aangrijpingspunt. Inbedding in het MGN kan tegemoetkomen aan een aantal van de genoemde knelpunten, vooral voor het sociaal domein.

Sociaal domein
Binnen de MGN'en zijn al, zij het in beperkte mate, afspraken gemaakt over deze functie. Verbreding naar alle netwerken biedt een infrastructuur voor de gewenste betrokkenheid van het sociaal domein bij invulling van consultatie. Ook biedt dit meer mogelijkheid tot uniformering van randvoorwaarden. Aandachtspunt is dan wel dat de consultatie goed aansluit voor jeugdprofessionals met vragen over ouders.

Huisartsen
Voor huisartsen leidt het inbedden in een MGN niet direct tot verbetering. Zij ervaren vooral veel problemen met wachttijden in de ggz. Tegelijkertijd zijn er over consultatie door huisartsen vaak al afspraken gemaakt binnen het MGN. En kan dit de infrastructuur bieden voor meer samenhang in de ondersteuning van mensen met mentale problemen.

5. Vergroot het inzicht in gebruik en effecten
Veel partijen ervaren positieve effecten van consultatie, maar beschikken nauwelijks over gegevens om deze effecten te onderbouwen.
Ook het leereffect van consultatie in én tussen regio's wordt niet benut. De consultatiefuncties worden gefinancierd met publieke middelen. Een zekere mate van verantwoording over gebruik en opbrengsten is daarom passend. Tegelijkertijd past bij het laagdrempelige karakter van consultatie geen uitgebreide registratie. Er zijn regio's waar veel gebruik wordt gemaakt en regio's waar dit minder het geval is. Meer wederzijdse uitwisseling van ervaringen, gebruik, bereik en uitkomsten kan helpen om de consultatiefuncties zelf en de samenwerking verder te ontwikkelen, te verbeteren en te uniformeren. Ook eenvoudige landelijke monitoring gericht op gebruik en bereik (wie en waar) is wenselijk. Aanvullend kan periodiek via steekproeven inzicht worden verkregen in effecten op

handelingsperspectief, samenwerking en passende zorg. Op deze wijze ontstaat zicht op de maatschappelijke opbrengsten van consultatie, zonder dat dit leidt tot substantiële administratieve lasten. Dit geldt zowel voor de consultatie door het sociaal domein als voor huisartsen.

6. Afbakening van definities
Er bestaat geen behoefte aan een fundamenteel andere invulling van de huidige consultatiefuncties. Wel bestaan in de praktijk verschillende interpretaties over de afbakening van consultatie ten opzichte van bemoeizorg, intercollegiaal overleg en andere samenwerkingsvormen. Wij adviseren daarom niet zozeer een nieuwe definitie te ontwikkelen, maar vooral de bestaande definities en afbakeningen verder te verduidelijken en in de communicatie naar professionals explicieter aandacht te besteden aan concrete toepassingssituaties. Dit geldt zowel voor de consultatie door het sociaal domein als voor huisartsen.

9.5 Aanbevelingen

Op basis van het onderzoek formuleren wij de volgende aanbevelingen.

Voor landelijke partijen (VWS, deNLggz, VNG, LHV, InEen, ZN en NZa)
- Investeer in landelijke bekendheid van de consultatiefuncties.
- Stimuleer de gezamenlijke verantwoordelijkheid van ggz, sociaal domein en andere partners voor organisatie en doorontwikkeling van de consultatie.
- Verduidelijk definities, afbakening, financiering en toepassings-mogelijkheden.
- Onderzoek de mogelijkheid om de consultatiefunctie ggz voor huisartsen aan te sluiten bij consultatie zoals die in de MSZ wordt toegepast.

Voor zorgverzekeraars, RHO's en regionale samenwerkingsverbanden
- Stimuleer actieve implementatie en bekendmaking van de consultatie-functies.
- Stem onderling af over een pragmatische werkwijze (bijvoorbeeld door tarieven voor het organiseren van beschikbaarheid van professionals voor consultatie).
- Zorg voor duidelijke regionale toegangsroutes en aanspreekpunten. Een Mentaal Gezondheidsnetwerk is hiervoor een logische plek.

Voor ggz-aanbieders
- Maak consultatiemogelijkheden beter zichtbaar en toegankelijk.
- Organiseer korte lijnen tussen de ggz-aanbieders met de huisartsenzorg en professionals uit het sociaal domein.
- Maak over de inzet van de consultatie pragmatische afspraken met verzekeraars (zie ook hierboven).

Voor gemeenten en sociaal domein aanbieders
- Maak actief gebruik van beschikbare consultatiemogelijkheden en deel resultaten.
- Borg consultatie binnen bestaande overlegstructuren en samenwerkingsafspraken.

Bijlage 1. Onderzoeksvragen met partijen en onderzoeksmethode

Thema's en onderzoeksvragen	Partijen	Onderzoeksmethode
1. Inrichting en organisatie		
1. Past de geleverde zorg binnen de kernelementen van de consultatiefunctie zoals die zijn vastgelegd in de Leidraad consultatiefunctie ggz voor het SD? NB: aandachtspunt daarbij is dat ook de – niet expliciet in de leidraad benoemde – consultatie van de ggz bij vragen van jeugdzorgprofessionals over ouders onderdeel uitmaakt van de consultatiefunctie SD. (SD)	Kerninstellingen, SWN, VNG, Wmo aanmeldloketten	Deskresearch, interview, vragenlijst
2. Welke vorm van consultatie wordt geleverd? (SD)	Kerninstellingen	Deskresearch, interview, vragenlijst
3. Past de huidige inrichting van de consultatiefunctie ook bij wat nodig is vanuit de ontwikkeling naar 'stevige lokale teams'? (SD)	VNG	Deskresearch, Interview
4. Is er in de regio een Mentaal Gezondheidsnetwerk en is het verkennend gesprek geïmplementeerd? Zo ja, is de consultatiefunctie SD daarin geïntegreerd? (SD)	MGN's, projectleider van het thema MGN bij deNLggz, ROS-adviseurs	Deskresearch, interview, vragenlijst
5. Is er in de regio een Mentaal Gezondheidsnetwerk en is het verkennend gesprek geïmplementeerd? Zo ja, is de consultatiefunctie huisartsen in het netwerk geïntegreerd? (HA)	MGN's, projectleider van het thema MGN bij deNLggz, ROS-adviseurs	Deskresearch, interview, vragenlijst
2. Randvoorwaarden		
6. Stand van zaken consultatiefunctie SD: is het in elke regio gecontracteerd? Bij wie en voor wie? Daarbij speciale aandacht voor de mogelijkheid voor jeugdzorgprofessionals om te consulteren over ouders van jongeren. (SD)	Zorgverzekeraars, ZN, ggz-aanbieders, NZa	Deskresearch, interview vragenlijst
7. Stand van zaken consultatiefunctie: is CET (consultatie, eHealth, triage) in elke regio gecontracteerd? Door wie? RHO's, huisartsenpraktijken, huisartsenketens? (HA)	Zorgverzekeraars, ZN, Ineen, RHO's, NZa	Deskresearch, interview, vragenlijst

Thema's en onderzoeksvragen	Partijen	Onderzoeksmethode
8. Zijn er werkafspraken gemaakt (bijvoorbeeld hoe kan worden aangevraagd, welke vormen van consultatie zijn mogelijk en wat wordt er vastgelegd en teruggekoppeld)? Sluit dit aan bij de samenwerkingsafspraken tussen HA en ggz? (HA)	Kerninstellingen, Ineen, RHO's	Deskresearch, interview, vragenlijst
3. Gebruik en bereik		
9. Hoeveel wordt er gebruik van gemaakt en bij welke ggz-aanbieder? (SD)	Kerninstellingen, SWN, aanbieders SD, zorgverzekeraars	Deskresearch, interviews, vragenlijst
10. Als gebruik wordt gemaakt van de consultatiefunctie: maakt elk onderdeel van het SD (Wmo, jeugd) gebruik van de consultatiefunctie en zo nee, waarom niet? (SD)	SWN, aanbieders SD	Vragenlijst
11. Hoeveel wordt er gebruik van gemaakt en bij welke ggz-aanbieder (HA)?	RHO's, zorgverzekeraars	Deskresearch, interview, vragenlijst
4. Aansluiting bij de praktijk		
12. Is voor SD-organisaties en gemeenten voldoende helder hoe ze toegang krijgen tot de consultatiefunctie, zo nee, wat kan daarin helpen? (SD)	SWN, VNG, Wmo-aanmeldloketten	Interview, vragenlijst
13. Wat maakt dat het SD wel of geen gebruik maakt van de consultatiefunctie? (SD)	SWN, VNG, Wmo-aanmeldloketten	Interview, vragenlijst
14. Is de afbakening tussen bemoeizorg (Wmo) en consultatie (Zvw) in de praktijk goed uitvoerbaar? (SD)	Kerninstellingen	Interview, vragenlijst
15. Sluit de huidige vorm van de consultatiefunctie aan bij de behoefte aan samenwerking bij jeugdzorgprofessionals? (SD)	SWN, VNG, Wmo- aanmeldloketten	Interview, vragenlijst
16. Welke verschillen zijn er tussen regio's en wat is het effect daarvan? Welke succesfactoren kunnen worden onderscheiden? (SD)	ZN, zorgverzekeraars, SWN, VNG, Wmo-aanmeldloketten	Deskresearch, interview, vragenlijst
17. Is voor huisartsen voldoende helder hoe ze toegang krijgen tot de consultatiefunctie, zo nee, wat kan daarin helpen? (HA)	Ineen, RHO's	Interview, vragenlijst
18. Wat maakt dat een huisarts wel of geen gebruik maakt van ggz-consultatie? (HA)	Ineen, RHO's	Interview, vragenlijst

Thema's en onderzoeksvragen	Partijen	Onderzoeksmethode
19. Sluit de huidige vorm van de consultatiefunctie aan bij de behoefte aan samenwerking bij huisartsen? (HA)	Ineen, RHO's	Interview, vragenlijst
20. Welke verschillen zijn er tussen regio's en wat is het effect daarvan? Welke succesfactoren kunnen worden onderscheiden? (HA)	ZN, zorgverzekeraars, NZa, RHO's, Ineen	Deskresearch, interview, vragenlijst
5. Effect en opbrengst		
21. Wordt het beoogde doel van de consultatiefunctie bereikt zoals beschreven in de Leidraad consultatiefunctie ggz voor het SD? NB: aandachtspunt daarbij is dat ook de – niet expliciet in de leidraad benoemde – consultatie van de ggz bij vragen van jeugd-zorgprofessionals over ouders onderdeel uitmaakt van de consultatiefunctie. (SD)	Kerninstellingen, SWN, VNG Wmo-aanmeldloketten	Interview, vragenlijst
22. Wordt het beoogde doel van de consultatiefunctie bereikt? (HA)	Kerninstellingen, Ineen, RHO's	Interview, vragenlijst
6. Knelpunten en verbeteropties		
23. Als het doel niet wordt bereikt, wat zijn de knelpunten? Ontbreekt er iets? Is er misschien een effectieve vorm van consultatie die niet in de handreiking is opgenomen? Bij knelpunten ook uitvragen en uitwerken van oplossingen, inclusief randvoorwaarden. Maak daarbij steeds, per randvoorwaarde, onderscheid tussen de huidige situatie - de gewenste situatie - wat staat daartussen in de weg? (SD)	ZN, zorgverzekeraars, SWN, VNG, Wmo-aanmeldloketten	Deskresearch, interview, vragenlijst
24. Als het doel niet wordt bereikt, wat zijn de knelpunten? (HA).	ZN, zorgverzekeraars, NZa, RHO's, Ineen	Deskresearch, interview, vragenlijst
25. Bij knelpunten ook uitvragen en uitwerken van oplossingen, incl. randvoorwaarden. Maak daarbij steeds, per randvoorwaarde, onderscheid tussen de huidige situatie - de gewenste situatie - wat staat daartussen in de weg? Kijk daarbij ook naar de organisatie en financiering van de consultatie naar de MSZ (meedenkadvies en meekijkconsult). (HA)	ZN, zorgverzekeraars, NZa, RHO's, Ineen	Deskresearch, interview, vragenlijst
Integrale bespreking van alle onderzoeksvragen.	Vertegenwoordigers van huisartsen, SD, kerninstellingen en zorgverzekeraars	Focusgroepen