
Nonsens of no nonsens?



Verplichte opleiding POH-GGZ voor de sociaal psychiatrisch verpleegkundige

Marianne Vijver
*SPV i.o. casemanager Kind en
Jeugd Psychiatrie*

Jenny Veenstra
SPV i.o.

Inleiding

De sociaal psychiatrische verpleegkundige (SPV) vergelijken wij met de Sven Kramer onder de hulpverleners binnen de complexe sociaal psychiatrische zorg. Allround geschoold en op vele fronten inzetbaar.

Op de eerste lesdag van de opleiding tot sociaal psychiatrische verpleegkundige werd ons informatie gegeven over de mogelijkheid om een extra module te volgen, gericht op de praktijkondersteuner huisarts geestelijke gezondheidzorg (POH-GGZ). Ook werd er op de mogelijkheid gewezen om na de SPV opleiding een verkorte POH-GGZ opleiding te volgen. Bij ons rijst de vraag wat deze extra opleiding toevoegt aan de verworven competenties van de SPV in de functie van de POH-GGZ.

Wij voelen ons namelijk erg bekwaam door alle kennis en vaardigheden die we gedurende de opleiding tot ons nemen. Nieuwsgierig geworden naar de achterliggende redenen voor het creëren van de functie van POH-GGZ gaan we op onderzoek uit.

Achtergrond ontstaan van de praktijk ondersteuner GGZ

De invoering van het nieuwe zorgstelsel heeft als doel gehad om de zorg toegankelijk en betaalbaar te (houden) maken, door middel van een verschuiving in de zorg. Uit een notitie van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) blijkt dat er sinds 2014 door het afsluiten van bestuurlijke akkoorden tussen het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), zorgverzekeraars, GGZ aanbieders en cliëntenorganisaties, een aantal belangrijke veranderingen in de GGZ hebben geleid tot een herindeling van de drie echelons: de huisarts met praktijkondersteuning, de basis GGZ en de specialistische GGZ. Deze verschuiving in zorg leidt tot meer aanbod van zorg, maar wel van kortere duur. Omdat de partijen zich aan het bestuurlijk akkoord hebben gecommitteerd is de ambulantisering een harde afspraak geworden waarbij er minder bedden beschikbaar zijn in de gespecialiseerde GGZ.

Er zullen meer behandeling in de eerste lijn worden uitgevoerd en er zal meer ingezet worden op preventie en het vroegtijdig herkennen van potentiële problemen. Daarnaast wil men zelfmanagement en herstelvermogen van de patiënt stimuleren (notitie LHV 2014). Tot de invoering van het nieuwe zorgstelsel was het de SPV die de huisarts vanuit de tweede lijn ondersteunde. Het was mogelijk om de SPV in te zetten vanuit consultatie en kennisoverdracht, destijds gefinancierd door de AWBZ. Om de kosten in de tweede lijn te beperken is in 2007 de nieuwe functie POH-GGZ ontstaan.

*"De SPV is de
Sven Kramer onder
de hulpverleners"*

Tevens was er toen de verwachting dat er een toename zou zijn in het aantal patiënten met psychische problemen die een beroep zouden gaan doen op de huisarts.¹⁾

Psychiatrische hulp in de huisartsenpraktijk

Wanneer er een schaatswedstrijd in het verschiet ligt, wil je weten welke afstand er gereden moet worden. Er is immers een verschil in de voorbereiding tussen de 500 meter en de 5 kilometer. Uit een onderzoek van Nivel²⁾ blijkt dat één op de zes patiënten met (lichte) psychiatrische en sociale klachten bij de POH-GGZ terecht komt. Onder lichte problematiek worden relatieproblemen, stress, angst, depressie en lichte verslavingsproblematiek verstaan (LHV, 2014). De behandeling bij een POH-GGZ is kortdurend en daarnaast verwijst de POH-GGZ ongeveer een derde van de patiënten door naar de specialistische GGZ. Wanneer er sprake is van een psychiatrische stoornis, worden deze doorverwezen naar de specialistische GGZ.

De POH-GGZ moet anticiperen op de toename van complexere psychiatrische zorg. De reden hiervoor is de doelstelling om stabiele chronische psychiatrische cliënten uit de specialistische zorg (2e lijn) terug te verwijzen naar, en onder behandeling te laten komen bij de huisarts, het zogenaamde product chronisch in de BGGZ. Patiënten met chronische, stabiele problematiek zijn mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) zoals psychotische problematiek, depressie of angst die veel invloed heeft op hun dagelijks functioneren. Stabiele problematiek wil zeggen dat deze categorie patiënten veelal geen specialistische GGZ (SGGZ) meer nodig hebben, maar er zijn nog wel klachten en beperkingen in het functioneren en er bestaat vaak een vrij hoog risico op terugval. Bij verwijzing naar de huisartspraktijk of BGGZ wordt verondersteld dat er beschermende omstandigheden zijn, zoals een steunsysteem en dag invulling (Bakker 2013). Mensen met chronische ziekten blijken vaak problemen te ervaren op het gebied van: financiën, werk, partnerrelatie, relatie met kinderen, relatie met andere personen (dan partner of kinderen), seksualiteit, en vrijetijdsbesteding.

Huidige eisen praktijkondersteuner huisarts GGZ

Uit een jaarlijkse GGZ peiling van de LHV die onder huisartsen wordt gehouden, is gebleken dat in het afgelopen jaar 72 % meer patiënten met psychiatrische klachten naar de huisartsenpraktijk zijn gekomen. Tevens is er naar voren gekomen dat 74% van deze gepresenteerde psychische klachten, complexer zijn.

Complex betekent in deze: stabiel chronische GGZ cliënten die, naast de psychiatrische aandoening, problemen ervaren op verschillende levensgebieden en cliënten die SGGZ zorg nodig hebben, maar voor wie dit financieel niet haalbaar is. Ten slotte blijkt dat de huisartsenpraktijken 82% van de patiënten overneemt vanuit de gespecialiseerde GGZ (LHV, 2016). Hieruit kan geconcludeerd worden dat er een breed opgeleide praktijk ondersteuner GGZ nodig is.

Het is kraakhelder dat mensen met lichte psychische klachten en sociale problemen bij de POH-GGZ terecht komen en hiervoor kortdurend behandeld worden. Ook mensen met matige psychische klachten (stabiele chronische psychiatrische problematiek) worden door de POH- GGZ gezien.

De vraag die bij ons naar boven komt is: wat doet een POH-GGZ nou precies in de eerste lijn. Daartoe hebben we gekeken naar het beroepsprofiel van de POH-GGZ (2014). Daarin worden de volgende competenties en vaardigheden genoemd:

Gezondheidsproblemen plaatsen in een epidemiologisch perspectief

De POH-GGZ beschouwt gezondheidsproblemen niet als een op zich zelf staand feit. Ze heeft een taak bij het in kaart brengen van alle relevante factoren die tot gezondheidsproblemen kunnen leiden. Daarbij let de POH-GGZ op risicofactoren voor een cliënt en zijn omgeving en welke beschermende of ondersteunende factoren een rol spelen bij gezondheidsproblemen.

Door het maken van een risicoanalyse wordt duidelijk welke interventies direct op de cliënt gericht zijn en wat er in preventieve zin georganiseerd of ontwikkeld moet worden door de POH-GGZ, in overleg met de cliënt.

Wisselwerking individu en omgeving

De POH-GGZ is vooral geïnteresseerd in de wijze waarop gezondheidsproblemen ontstaan en voortbestaan. Daarnaast onderzoekt zij welke ondersteuning het meest passend is. De POH-GGZ legt bij alle activiteiten de nadruk op het feit dat er zich bij gezondheid en ziekte, materiële en immateriële problemen voordoen. Tegelijkertijd richt ze zich op de wisselwerking die ontstaat met de omgeving. Daarbij gaat de POH-GGZ er vanuit dat de persoon een eigen manier heeft om te (over)leven en leert om te gaan met alledaagse zaken, sociale relaties en deze kan inpassen in het eigen waarden en normenpatroon.

Zorgverlening gericht op de persoon en het systeem (partner, familie, werk, vrienden, hobby)

De POH-GGZ richt zich primair op het voorkomen van en ondersteunen bij klachten en problemen die direct samenhangen met de psychische of lichamelijke stoornis of de fase in de levensloop. De POH-GGZ legt het primaat bij activiteiten die het draaglijk maken van lichamelijk en psychisch leed, in de sociaal-culturele context, tot doel hebben. Daarbij wordt het in standhouden of het vinden van een nieuw evenwicht, voor de persoon én zijn omgeving, nagestreefd. De POH-GGZ werkt met cliënten die kortdurende of langdurende zorg nodig hebben en met cliënten die geen expliciete hulpvraag hebben.

Zorgverlening gericht op meerdere niveaus van functioneren

De POH-GGZ zal elke hulpvraag of gezondheidsprobleem verhelderen binnen de sociale en maatschappelijke context. De POH-GGZ doet dit door informatie te verzamelen en interventies uit te voeren op vier niveaus van functioneren (lichamelijk, psychisch, sociaal en maatschappelijk). Kenmerkend is dat de POH-GGZ hierbij oog heeft voor de problemen die zich voordoen op de grensvlakken tussen gezondheidszorg en andere maatschappelijke sectoren (bijvoorbeeld wonen, arbeid, justitie). De POH-GGZ heeft een schakelfunctie binnen de eerstelijns GGZ en naar de tweede specialistische GGZ-zorg. Zij betreft, wanneer gewenst, andere disciplines en sectoren (bijvoorbeeld maatschappelijk werk, jeugdzorg, GGZ, politie, leerplichtambtenaren, woningcorporaties) bij het tot stand komen van ondersteuning of behandeling op maat.

Tegengaan van marginalisering en uitstoting

De POH-GGZ is bij alle activiteiten gericht op het voorkomen van het marginaliseren en uitstoten van mensen met GGZ-problematiek. Het gaat om groepen mensen met meervoudige problematiek: gezondheidsproblemen, een gering probleemoplossend vermogen, een gebrekkig sociaal netwerk, maatschappelijke problemen (huisvesting, financiën en ontbreken van zinvolle daginvulling). Er kan sprake zijn van 'kluwenproblematiek'. In de huisartsenpraktijk is de POH-GGZ voortdurend alert op signalen die mogelijk verwijzen naar beginnende uitstoting of situaties waarin de cliënten toenemend ondergesneeuwd dreigen te worden door de directe omgeving en hulpverlening. Ook is er een grote kans dat ze maatschappelijk worden uitgerangeerd. De POH-GGZ probeert samen met de cliënt en zijn sociaal netwerk een antwoord te formuleren op de maatschappelijke uitstoting, de gevoelens van sociale overbodigheid, die de menselijke waardigheid aantast.

Nu we helder hebben wat er van de POH-GGZ verwacht wordt willen we dit vergelijken met de competenties van de SPV zoals die in het beroepsprofiel staan beschreven.

De SPV en de POH-GGZ

De SPV is gericht op de maatschappelijke gezondheidszorg en bekijkt die vanuit een sociaal psychiatrische visie.

Ze richt zich op zowel psychisch, somatisch, sociaal, als spiritueel functioneren, in het bijzonder de relaties tussen deze leefgebieden. Problemen worden door de SPV niet als een individueel probleem benaderd, maar bekeken vanuit een maatschappelijk sociale context. De zorg richt zich niet alleen op iemand met het probleem maar ook de maatschappelijke en sociale situaties waarin deze problemen voorkomen. De SPV biedt in de eerste lijn ondersteuning bij zelfmanagement, herstel, empowerment.

Een andere belangrijke activiteit die de SPV in de eerste lijn uitvoert is het versterken van de maatschappelijke steunsysteem. In de huidige maatschappij (participatie) wordt er meer een beroep gedaan op steun vanuit iemands omgeving (Derks & Boon, 2014). De SPV heeft de expertise om naast wetenschappelijke standaarden, richtlijnen en protocollen, ook vanuit praktische wijsheid, intuïtie, reflectie en impliciete kennis te handelen. Problemen die in de sociale psychiatrie voordoen zijn vaak complex en vinden op meerdere niveaus van functioneren plaats.

De SPV werkt vanuit de vijf standpunten van de sociale psychiatrie. Wanneer we deze uitgangspunten naast het profiel van de POH-GGZ leggen komen tot de volgende vergelijking:

- SPV, het voorkomen van marginalisatie en uitsluiting van bepaalde groepen.
POH-GGZ, tegengaan van marginalisering en uitstoting.
- SPV, aandacht voor sociale en epidemiologische context waarbinnen psychiatrische problematiek zich ontwikkelt, voordoet en in stand wordt gehouden. Het gaat niet alleen om de zorgvrager, maar om de zorgvrager in de maatschappelijke en sociaal culturele context en verhoudingen.
POH GGZ, Gezondheidsproblemen plaatsen in een epidemiologisch perspectief. Wisselwerking individu en omgeving
- SPV, flexibiliteit van aanbod en kortdurende hulp met wisselende intensiteit tot crisisinterventie, rehabilitatie en psycho-educatie .
POH-GGZ, Wisselwerking individu en omgeving, Zorgverlening gericht op de persoon en het systeem (partner, familie, werk, vrienden, hobby), Gezondheidsproblemen plaatsen in een epidemiologisch perspectief
- SPV, aandacht voor praktische problemen en vragen van het zorgvrager systeem op verschillende niveaus van sociaal functioneren.
POH-GGZ, Zorgverlening gericht op de persoon en het systeem (partner, familie, werk, vrienden, hobby)
POH-GGZ, Zorgverlening gericht op meerdere niveaus van functioneren

Wanneer we deze twee beroepsprofielen naast elkaar leggen zien we hierin veel overlap in competenties. Waar we benieuwd naar zijn is de vraag: Doet de POH-GGZ in de praktijk nog iets anders of afwijkends, wat in de SPV-opleiding opgenomen zou moeten worden?

Uit gesprekken met een SPV die als POH-GGZ werkzaam is en een SPV i.o. die de module POG-GGZ volgt, blijkt dat er een verschil is tussen eerste en tweedelijns zorgverlening. De hulpverlening die de POH-GGZ biedt is kortdurend en is steunend en structurerend. Wanneer een kortdurende behandeling niet voldoende helpt, wordt de patiënt doorverwezen naar de specialistische GGZ, het zogenoemde stepped care model.

Wij, als SPV-en in opleiding zijn van mening dat de generalistische SPV-en voldoende bekwaam zijn om als POH-GGZ aan de slag te kunnen gaan. De SPV wordt geschoold om vanuit de Healthcare gedachte de cliënt te benaderen. In de opleiding leert de SPV om vanuit een integrale en preventieve benadering de zorgvrager te benaderen.

De aandacht ligt op kortdurende behandelstrategieën, (steppend care, vijf gespreksmodel) systeem benadering, crisisinterventie, herstel en vroeg signalering, deskundigheidsbevordering en coaching. Tijdens de opleiding wordt veel geoefend om diverse gesprekstechnieken (motiverende gesprekstechnieken, socratisch motiveren en het Brugse model) bewust in te zetten. Ook leert de SPV verschillende methodieken om een goede behandelrelatie op te bouwen welke helpt bij het herstel.

De SPV is generalistisch inzetbaar door de brede kijk op ziekte en gezondheid, geplaatst in de context en zij springt er vooral uit door de rijke ervaring binnen de psychiatrie. Een valkuil is dat door juist deze rijke ervaring de SPV haar specialistische werkzaamheden voortzet in de huisartsen praktijk. Het voortzetten van deze werkzaamheden zou betekenen dat er geen sprake meer is van een kortdurende behandeling en eerder vanuit high care behandeld wordt.

***"Veel SPV-en
doen het op hun
eigen manier"***

Als we kijken naar de literatuur zien we overeenkomsten in de taken van de SPV en de POH-GGZ. Daarbij komt dat de huidige SPV opgeleid is om ingezet te worden in hoog complexe psychiatrie. Bij ons rijst de vraag in hoeverre elke SPV een POH-GGZ moet zijn en moet niet elke POH-GGZ een SPV zijn?

Wij hebben deze vragen voorgelegd aan Mevr. S. Liefvering, coördinator van de SPV-opleiding en aan mevr. P. Mulder- van Duinen VS-GGZ die ook werkzaam is als POH-GGZ.

Saskia Liefvering zegt, "Mijn standpunt, als coördinator, kan alleen maar gezien worden in het licht van de eisen van de zorgverzekeraar. Landelijk stellen de verschillende zorgverzekeraars namelijk eisen aan de functie POH-GGZ. Een daarvan is dat de POH-GGZ een opleiding moet hebben gevolgd gericht op zijn functie in de eerste lijn. Anders loopt de huisartsenpraktijk (HAP) het risico dat de consulten niet vergoed worden. Omdat de SPV al veel competenties behandeld krijgt in de SPV opleiding, wordt er een verkort traject aangeboden voor afgestudeerde SPV-en. In dit verkorte traject worden modules als farmacotherapie, zelfmanagement, ondernemerschap, middelengebruik, oplossingsgericht werken en gesprek rond het kind aangeboden. Hierbij zou de module ondernemerschap een aanvulling voor de SPV in de functie POH - GGZ zijn.

Alle andere studenten zoals psychologen, maatschappelijk werkenden, HBO- of B verpleegkundigen moeten een traject van 9 maanden doorlopen met stage gedurende die hele periode.

De studenten die tijdens de SPV opleiding de module POH-GGZ volgen, moeten de stageverplichting nakomen (halfjaar) en de Action Learning Opdracht 1e lijn maken. Het nut heeft dan ook betrekking op het opdoen van ervaring in de eerste lijn en het voldoen aan de eis van de zorgverzekeraar. De vraag in de HAP is leidend voor de functionaris die daar aan het werk komt. Dat kan soms iemand zijn met bijvoorbeeld een MWD (maatschappelijk werk en dienstverlening) achtergrond en soms iemand die heel sterk vanuit een SPV invalshoek kan werken.

Daarnaast is ook niet elke SPV geschikt om in de HAP te werken. Los van de opleiding moet het je als hulpverlener ook liggen. Het is een solistische baan waarbinnen je ondernemend en zelfstandig moet bewegen. Dat ligt niet iedereen even goed."

Petra Mulder van Duinen is van mening dat elke SPV in de potentie een POH-GGZ kan zijn. Veel SPV-en werken in de GGZ, waar de werkwijze anders is dan in de huisartsenpraktijk. De valkuil is dat het SPV-werk wordt voortgezet in de huisartsenpraktijk. De extra opleiding POH-GGZ is voor mij vooral van belang geweest om dingen af te leren, , zoals tijdig stoppen met behandelen. Ook leer je wanneer je moet doorverwijzen en waar de grenzen liggen als POH-GGZ. Het gaat niet om uitgebreide diagnostiek, maar sluit aan bij de vraag van de patiënt. Petra zegt, "Het is best lastig werk, omdat de functie POH-GGZ nog niet is uitgekristalliseerd en veel praktijkondersteuners het op hun eigen manier doen".

Huisarts Pascal Raats zegt hierover, "Hbo-instellingen bieden allerlei verschillende soorten opleidingen aan, qua duur, qua inhoud en qua instroomeisen. Tegelijk zie je ook dat er grote verschillen zijn tussen de ene POH-GGZ en de andere. Verschillen in aanpak, in kennis, in affiniteit.. Dat schept onduidelijkheid en verwarring, bij de patiënt" De LHV heeft zich ingezet voor een structurele en verantwoorde inzet van de POH-GGZ en heeft bijgedragen aan het professionaliseren van de functie, via het opstellen van een uniform competentieprofiel en het stroomlijnen van het opleidingsaanbod, samen met hogescholen (De Dokter 2013).

Nonsens of No nonsens

De verandering in het zorgstelsel heeft als doel gehad de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Om kosten in de tweede lijn te besparen, herindeling van de echelons te organiseren, verandering in financieringssysteem, participatie en ondersteuning vanuit eigen netwerk, hebben geleid tot patiënten met een complexere psychiatrische problematiek die bij de huisarts terecht komen. Hierdoor is de nieuwe functie praktijk ondersteuner GGZ ontstaan, met als doel kortdurende begeleiding te bieden aan patiënten met lichte tot matige psychiatrische problematiek. Tot 2007 waren het de SPV-en die de huisarts ondersteuning gaven bij dit soort problematiek.

Juist de wijze waarop de SPV de klachten benadert: eclecticisch, oplossingsgericht en herstelgericht werkt zou dit een antwoord kunnen zijn op de toename van complexe zorg bij de huisartsenpraktijk. Wat de SPV sterk maakt in haar vakgebied is dat ze het probleem niet alleen individueel benadert, maar vanuit een sociaal maatschappelijke context. Daarom zou de SPV zich meer moeten profileren als de allround professional binnen GGZ en in de eerste lijn.

Als we kijken naar de taken van de POH-GGZ en die van de SPV zien we veel overeenkomsten. Als we deze tegen de praktijk af zetten, blijkt dat de expertise van de praktische wijsheid (praktische interventies) goed van pas komt. Hoewel het takenpakket van de SPV en de POH-GGZ overeenkomen blijkt dat de werkwijze vooral verschilt De SPV is onder andere outreachend en kan langdurig contact aangaan. De valkuil zou kunnen zijn dat de SPV in de huisartsenpraktijk specialistisch gaat behandelen. Behandeling in de eerste lijn is structurend en ondersteunend.

Als alleen de werkwijze tussen de eerste en tweede lijn verschillend is tussen de functie van SPV en POH, dan zou volgens ons de extra opleiding POH-GGZ nonsens zijn. Het zou ons inziens volstaan met een verplichte ALO gericht op doorverwijzing en ondernemerschap.

Dat je als SPV ervaring op moet doen in de eerste lijn lijkt ons logisch. Het is een totaal andere tak van sport. Maar geldt dat niet voor veel andere functies? Wanneer je binnen de GGZ op een afdeling FACT werkt en je stapt over naar ouderenpsychiatrie of je werkt binnen een ambulante team van Kind en Jeugd en wilt binnen de bemoezorg gaan werken of bij de crisisdienst: Je moet dat specialisme onder de knie krijgen en dat leer je in de praktijk.

Dus nonsens dat je hier een extra opleiding voor zou moeten volgen.

Wie eenmaal heeft leren schaatsen hoeft niet weer opnieuw achter de keukenstoel het ijs op en kan, met een goed inwerk programma, ons inziens als SPV binnen de eerste lijn aan de slag.

Zoals eerder vermeld, blijkt dat er sinds 2016 de gepresenteerde klachten van patiënten die bij de HAP komen, wederom complexer zijn en dat op grote schaal meer patiënten worden overgenomen en dus vanuit de eerste lijn behandeld dienen te worden. De SPV is bij uitstek een geschikte beroepsgroep om dit aan te pakken.

Als we er van uit gaan dat er in toenemende mate een complexere groep patiënten bij de huisartsenpraktijk komt, is de werkwijze en ervaring binnen de psychiatrie van de huidige SPV een goede aansluiting en zou de extra opleiding voor POH-GGZ nonsens zijn.

De functie POH-GGZ is nog volop in ontwikkeling. Het is de zorgverzekeraar die de terechte eis stelt aan de opleiding POH-GGZ. Meer uniformiteit is nodig om de kwaliteit beter in beeld te krijgen en verder te ontwikkelen, binnen de SPV-opleiding.

Voetnoten

- ¹⁾ Uit een onderzoek van NIVEL naar zorgvraag in de eerste lijn, blijkt er door een groeiende en veranderende zorgvraag, meer chronisch zieken en meer technologische mogelijkheden de kosten van de zorg opdrijven. Om de kosten van deze zorg in deze lijn te beperken, fungeert de eerste lijn als poortwachter.
 - ²⁾ Nivel heeft in 2014 een onderzoek uitgevoerd naar de stijging van de psychiatrische problematiek bij de huisartsen praktijk. Uit dit onderzoek blijkt dat er in de eerste helft van 2014 het percentage patiënten dat de huisarts geraadpleegd heeft voor psychische symptomen met 15 % is toegenomen in vergelijking met de eerste helft van 2013. Het aantal patiënten met een psychische diagnose die de huisarts geraadpleegd heeft, is met 21 % toegenomen en patiënten met sociale problemen is met 19 % toegenomen.
-

Literatuur / Bronnen

- Alle zorgvergoedingen (datum onbekend) *Het zorgstelsel Nederland*. Geraadpleegd op 10-02-2017 <http://www.allezorgvergoedingen.nl/index.php/zorg-in-nl/het-huidige-zorgsysteem-in-nederland>
- Bakker, D, Hopman, Petra e.a. (2011) *Rapport overzicht studies eerste lijn*. <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-overzichtsstudie-eerste%20lijn.pdf>
- Bakker P, Jansen P. *Generalistische Basis GGz. Verwijsmodel en productbeschrijvingen*. Enschede, Bureau HHM 2013. Geraadpleegd 19 februari 2017 archieftijdschriftkiz.nl/downloaden/15079/Van-stabiliseren-naar-herstellen
- GGZ.pdf.Landelijke huisartsen vereniging (mei 2016) *Peiling ggz mei 2016 statistieken*. Geraadpleegd op 1 oktober 2016. https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv_nl/uploads/nieuws/peiling_ggz_mei_2016_statistieken.pdf
- Hanze hogeschool professionals en Bedrijven. *Handleiding portofolio SPV*, geraadpleegd november 2016. https://blackboard.hanze.nl/bbcswebdav/pid-3598971-dt-content-rid-10935692_2/courses/hvvt.1511.spv2016-2017/defHandleiding%20Portfolio%20SPV%20groep%209.pdf
- LHV | De Dokter September 2013
- Landelijke Huisartsen vereniging (april 2014) *Notitie aanbod huisartsen zorg voor patiënten met psychische problematiek*. Geraadpleegd Nov 2016. https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv_nl/uploads/thema/notitie_aanbod_ha-zorg_voor_patienten_psychische_problematiek_-_versie_lr_.pdf
- LHV Landelijke Huisartsen Vereniging (2014) *Functie- en Competentieprofiel POH-GGZ*. Geraadpleegd januari 2017. <http://www.poh-ggz.nl/images/pdf/Functie-en-competentieprofiel-POH-GGZ-DEF-voor-website.pdf>
- Landelijke vereniging POH-GGZ (2014) *functie profiel POH-GGZ*. Geraadpleegd november 2016. <http://www.poh-ggz.nl/vereniging/documenten/landelijke-vereniging-poh-ggz/14-functieprofiel/file>
- Magnée,T, Beurd de.D &Verhaak, P (2015) *Consulten bij de huisarts en de POH-GGZ in verband met psychosociale problematiek. Een analyse van NIVEL Zorgregistraties gegevens van 2010-2014* (geraadpleegd op 30 november, 2016) <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Factsheet-consulten-bij-huisarts-POH-GGZ.pdf>
- Over kwaliteit van zorg (september 2016) *De zorg voor patiënten met chronische, stabiele psychische problematiek in de huisartsenpraktijk en de generalistische Basis GGZ*. Geraadpleegd februari 2017. <http://www.overkwaliteitvanzorg.nl/2016/09/stabiliseren-naar-herstellen-zorg-patienten-chronische-stabiele-psychische-problematiek-huisartsenpraktijk-en-generalistische-basis-ggz/>
- Praktijksteun.nl (april 2007) *Een eerste beschrijving van de functie praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn*. Geraadpleegd november 2016. <https://www.praktijksteun.nl/pub/file/Praktijkondersteuning%20GGZ%20in%20de%20eerste%20lijn>.
- Verhaak,P, Magnée,T, e.a. (2014) *Gevolgen invoering basis ggz huisartsen praktijk* Geraadpleegd op 15 oktober,2016. <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Factsheet-basis->
- V&VN Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (1998) *Functieprofiel SPV*. Geraadpleegd november 2016. http://www.venvnsnv.nl/publicaties/publicatiespdf/profiel_spv-2edruk.pdf
- V&VN Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (April 2014) *Expertise gebied sociaal psychiatrisch verpleegkundigen*. Geraadpleegd februari 2017. <http://www.venvn-spv.nl/publicaties/publicatiespdf/spv-expertisegebied2014.pdf>