

Tijdens de ggz-wachttijd maken de meeste patiënten gebruik van huisartsenzorg

Julia Bes, Marieke Pape, Karin Hek, Jesse Lanser, Alexander Wong, Robert Verheij, Jasper Nuijen, Ingrid Houtman, Juul Houwen, Bart Knottnerus, Tessa Magnée, Elise Boersma-van Dam

Na een verwijzing door de huisartsenpraktijk moeten mensen met psychische problemen vaak wachten op meer gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz)-zorg. Tijdens deze wachttijd maken de meeste patiënten gebruik van huisartsenzorg. Het gaat vaker om contacten met de huisarts dan contacten met de praktijkondersteuner huisartsenzorg ggz (POH-GGZ) of een nieuw voorschrift van psychofarmaca. Dit blijkt uit onderzoek van het Nivel en Zorginstituut Nederland met routinematig vastgelegde gegevens vanuit huisartsenpraktijken en ggz uit 2022 tot en met 2024.

De wachttijden voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) zijn al jaren onverminderd lang. De gemiddelde landelijke wachttijd ligt doorgaans boven de daarvoor geldende (Treek)norm van maximaal 14 weken (NZa, 2024). Tijdens het wachten op een eerste consult in de ggz¹ kunnen personen een beroep doen op zorg in de huisartsenpraktijk. Dit wordt ook wel wachttijdondersteuning (of overbruggingszorg of voorzorg mentale gezondheid²) genoemd. Enerzijds kan deze zorg een rol spelen in het stabiliseren en voorkomen van verergering van psychische en/of sociale klachten. Daar staat tegenover dat wachttijd negatieve gevolgen of risico's heeft, omdat het huidige aanbod van wachttijdondersteuning niet voor elke patiënt toereikend of toegankelijk lijkt en dit tot druk op zorgverleners in de huisartsenpraktijk leidt (Magnée et al., 2025).

Er is weinig bekend over de inhoud en omvang van huisartsenzorg tijdens de ggz-wachttijd. Eerder vragenlijstonderzoek (n=312) toonde aan dat bijna de helft (45%) van de mensen die op een ggz-wachttijd stonden gebruik maakte van steun, begeleiding, of zorg, met name in de huisartsenpraktijk (Magnée et al., 2025). Om een landelijk representatief beeld te geven van de huisartsenzorg tijdens de wachttijd, hebben het Nivel en het Zorginstituut dit gezamenlijk in kaart gebracht. Allereerst laten we kenmerken van patiënten met een nieuwe ggz-wachttijd in 2023 zien, waarna we de volgende vragen beschrijvend beantwoorden om zo goed mogelijk zicht te kunnen houden op ontwikkelingen in het zorgstelsel:

1. Wat is de inhoud en omvang van huisartsenzorg tijdens de ggz-wachttijd?
2. In hoeverre verschilt deze huisartsenzorg met de periode vóór de ggz-wachttijd?
3. In hoeverre verschilt deze zorg tussen huisartsenpraktijken?
4. Wie maken er gebruik van deze huisartsenzorg tijdens de ggz-wachttijd?

¹ In dit onderzoek is gefocust op de reguliere ggz-wachttijden voor de basis- en specialistische ggz. Het eerste ggz-consult is bepaald o.b.v. declaratiegegevens voor diagnostiek en behandelconsulten in de ggz. Declaraties binnen de acute ggz, toeslagen en verblijfsdagen zijn geëxcludeerd. [Veldafspraken retrospectieve wachttijden op basis van declaratiedata - Nederlandse Zorgautoriteit](#).

² De term 'overbruggingszorg' wordt om diverse redenen bekritiseerd en minder passend gevonden (Magnée et al., 2025). Het Zorginstituut heeft daarom m.b.v. een probleemanalyse de term voorzorg mentale gezondheid geïntroduceerd [Voorzorg mentale gezondheid | Zorginstituut Nederland](#)

Op basis van routinematig vastgelegde zorgdata is de wachttijd vastgesteld, dat wil zeggen, de tijd tussen ggz-verwijzing vanuit de huisartsenpraktijk tot het eerste consult in de ggz (tot maximaal 365 dagen na de verwijzing)³. Er is in dit onderzoek gekeken naar drie vormen van huisartsenzorg:



Huisartsconsulten voor

- psychische of sociale klachten
- andere geregistreerde klachten



POH-GGZ consulten



Nieuw voorschrift voor psychofarmaca (medicatie bij psychische aandoeningen)

Hoofdbevindingen uit dit onderzoek

- Bijna **driekwart (72%)** van de verwezen patiënten **gebruikt huisartsenzorg tijdens de ggz-wachttijd**, vaker bij de **huisarts** dan bij de POH-GGZ.
- **Een op de acht** kreeg een **nieuw medicatievoorschrift voor psychofarmaca** tijdens de ggz-wachttijd, met name **antidepressiva (6%)** of **slaap- en kalmeringsmiddelen (5%)**.
- **Relatief minder patiënten** hebben een of meer huisartscontacten voor psychische of sociale klachten **tijdens de wachttijd ten opzichte van vóór de wachttijd**.
- Bij de **inzet van POH-GGZ** tijdens de wachttijd zijn er **grote verschillen tussen huisartsenpraktijken (2-57%)**.
- Patiënten met huisartsenzorg tijdens de wachttijd hebben vaker een **laag inkomen en meer dan één psychische of sociale klachtengroep**.

Kenmerken van patiënten met een ggz-wachttijd

Een kwart heeft binnen een jaar na verwijzing (nog) geen ggz-consult

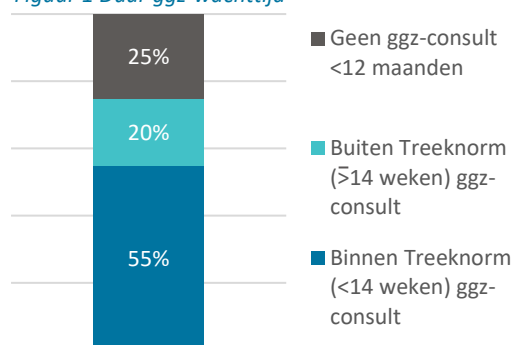
In dit onderzoek hebben we 15.116 patiënten (≥18 jaar) met een nieuwe ggz-wachttijd in 2023 geïnccludeerd. Het merendeel van deze patiënten was vrouw (58%) en een groot deel (45%) was tussen de 18-34 jaar. Ongeveer de helft (52%) had twee of meer geregistreerde psychische of sociale klachtengroepen⁴ op moment van verwijzing. De mediane duur van de wachttijd was 12 weken (interkwartielafstand 4-51 weken), wat nagenoeg overeenkomt met landelijke wachttijden in 2023 (NZa, 2024).

³ Zie methode (pagina 8) voor een uitgebreidere uitleg over het onderzoek.

⁴ Voor dit onderzoek zijn geregistreerde psychische of sociale klachten en aandoeningen (ICPC-codes) bij de ggz-verwijzing en actieve geconstrueerde ziekte-episodes (Nielen et al., 2019) op moment van verwijzing meegenomen en gecategoriseerd naar depressie (P03, P76), angst (P01, P27, P74), overspanning (P02, P04, P78), psychose (P71, P72, P73, P98), persoonlijkheidsstoornis (P80), verslavingsproblematiek (P15, P16, P17, P18, P19), neurobiologische ontwikkelingsstoornis (P10, P21, P24, P28, P85), slaapproblemen (P06), neurocognitieve problemen (P20, P70), en sociaal maatschappelijke problemen (Z01 t/m Z26). Personen kunnen meerdere psychische en sociale klachten en aandoeningen tegelijk hebben.

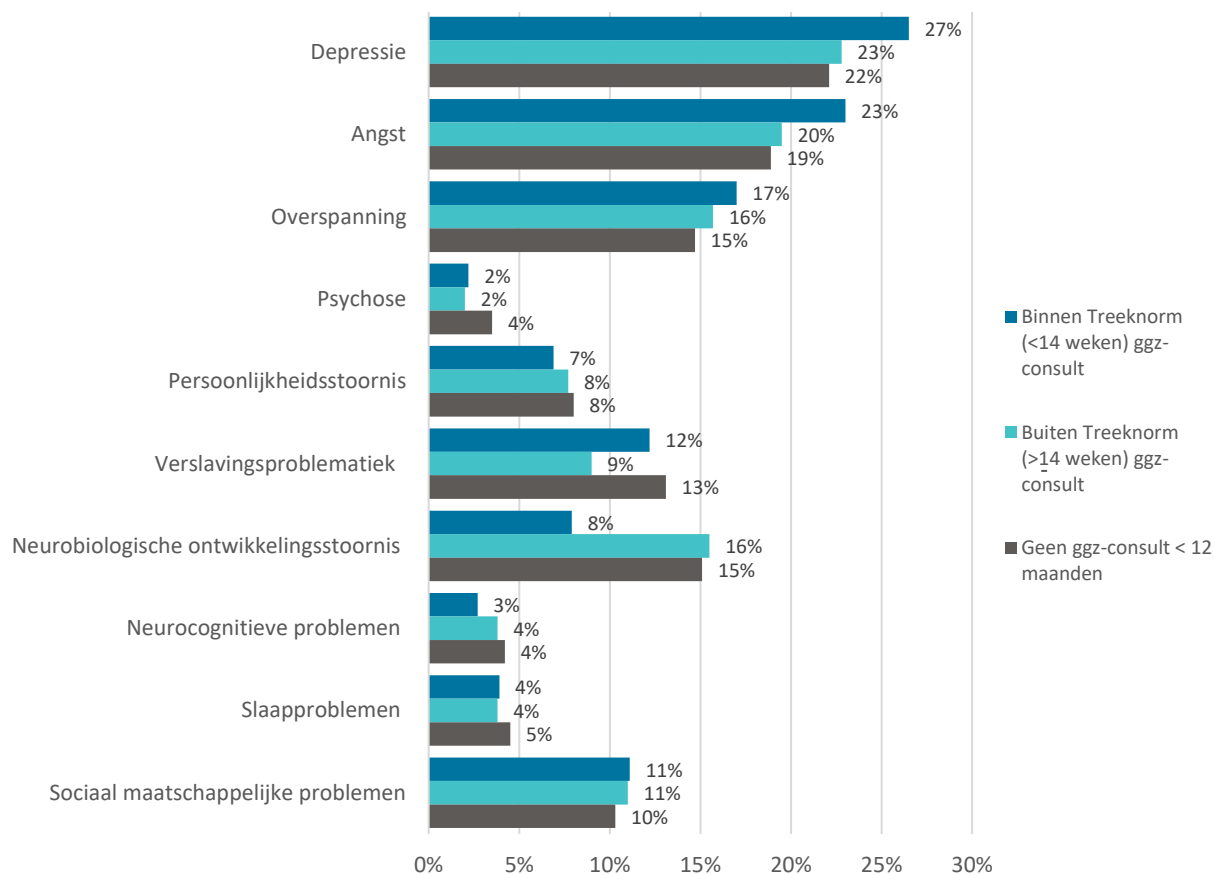
Driekwart van deze patiënten had binnen een jaar na de verwijzing minimaal één consult in de ggz voor een intake of behandeling (Figuur 1). 55% van de patiënten had een ggz-consult binnen 14 weken na verwijzing (Treeknorm). Een kwart had geen consult met de ggz binnen een jaar na verwijzing. Onbekend is of zij langer hebben gewacht dan een jaar, hebben afgezien van een ggz-consult doordat de klachten zijn verholpen of verdwenen zijn, of dat zij buiten de verzekerde zorg zijn behandeld.

Figuur 1 Duur ggz-wachttijd



Bij ieder contact met de huisartsenpraktijk kunnen in het elektronisch patiëntendossier een of meerdere gezondheidsproblemen geregistreerd worden⁴. Op moment van verwijzing was depressie (25%) het meest geregistreerde gezondheidsprobleem bij de patiënten in ons onderzoek, maar vaak kwam een combinatie van gezondheidsproblemen voor. Er is een verschil in het soort psychische of sociale klachten te zien tussen patiënten die geen ggz-consult, binnen de Treeknorm of erbuiten een ggz-consult hadden (Figuur 2). Zo hebben patiënten met bijvoorbeeld depressie, angst en overspanning vaker een eerste ggz-consult binnen 14 weken, terwijl patiënten met neurobiologische ontwikkelingsstoornissen en neurocognitieve problemen hebben juist vaker een wachttijd langer dan 14 weken. Dit wijst erop dat het toegankelijkheidsprobleem voor de ggz mogelijk groter is voor bepaalde psychische klachten, zoals in eerder onderzoek ook is gevonden (Ministerie van Volksgezondheid, 2025)

Figuur 2 Bij de huisartsenpraktijk geregistreerde psychische of sociale klachten en aandoeningen bij patiënten met een ggz-verwijzing, gecategoriseerd naar duur van de ggz-wachttijd



1. Wat is de inhoud en omvang van huisartsenzorg tijdens de ggz-wachttijd?

Bijna driekwart gebruikt huisartsenzorg tijdens de wachttijd, met name bij de huisarts

In totaal had 72% van alle verwezen patiënten een of meer contacten met de huisartsenpraktijk tijdens de ggz-wachttijd (Tabel 1). Een meerderheid had contact met de huisarts (67%), een minderheid met de POH (23%). Tijdens deze contacten kan er zorg en ondersteuning zijn geboden ter overbrugging van de ggz-wachttijd, maar het kan ook zorg voor andere klachten betreffen. De huisarts zag minder patiënten voor psychische en sociale klachten (44%) dan voor andere geregistreerde klachten (55%). Ongeveer een kwart (28%) had geen contact met de huisartsenpraktijk tijdens de wachttijd.



Bij een wachttijd korter dan 14 weken, maakten minder patiënten gebruik van zorg bij de huisarts (49%) of POH-GGZ (19%) dan bij een langere wachttijd. Van de patiënten die geen ggz-consult hadden binnen een jaar na verwijzing had nagenoeg iedereen (94%) contact met de huisartsenpraktijk. Een klein deel (6%) had geen ggz-consult én geen contact met de huisartsenpraktijk. Het is onduidelijk of zij buiten beeld van de zorg zijn gebleven of ondersteuning buiten de verzekerde zorg hebben ontvangen.

Tabel 1 Percentage patiënten met minimaal één huisarts en/of POH-GGZ contact tijdens de ggz-wachttijd, gecategoriseerd naar duur wachttijd

	Patiënten met ggz-consult		Patiënten zonder ggz-consult	Totaal (N=15.116)
	<14 weken (n=8.318)	>14 weken (n=3.082)	(n=3.716)	
Huisartscontact,	49%	85%	92%	67%
• voor geregistreerde psychische of sociale klacht	30%	60%	63%	44%
• voor andere geregistreerde klacht	34%	73%	86%	55%
POH-GGZ contact	19%	31%	24%	23%
Contact met de huisartsenpraktijk (huisarts en/of POH-GGZ)	57%	89%	94%	72%

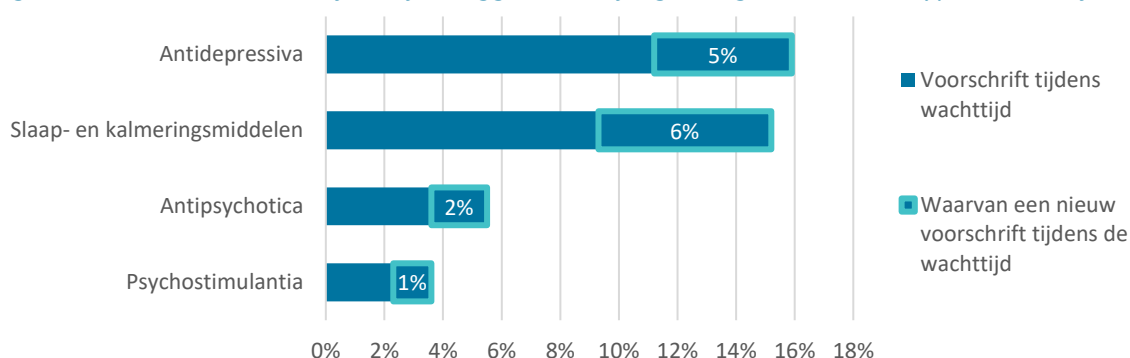
Tijdens de wachttijd hadden patiënten gemiddeld 4,5 contacten met de huisartsenpraktijk. Het gemiddelde aantal contacten met de POH-GGZ lag tijdens de wachttijd op 0,7 per persoon.

Een op de acht heeft nieuw voorschrift voor psychofarmaca tijdens de wachttijd

In totaal kreeg 30% van de verwezen patiënten een of meerdere voorschriften voor psychofarmaca. Het ging hierbij voornamelijk om antidepressiva (16%) en slaap- en kalmeringsmiddelen (15%). Eén op de acht personen (13%) ontving een nieuw voorschrift, waarvan voornamelijk slaap- en kalmeringsmiddelen (6%) en antidepressiva (5%) (Figuur 3). Andere psychofarmaca, zoals antipsychotica, psychostimulantia, werden maar in zeer weinig gevallen voorgeschreven. Deze middelen worden soms niet door de huisarts zelf gestart, het is mogelijk dat deze medicatie tijdens de wachttijd werd gestart in overleg met een psychiater.



Figuur 3 Medicatievoorschriften tijdens ggz-wachttijd, gecategoriseerd naar type voorschrift

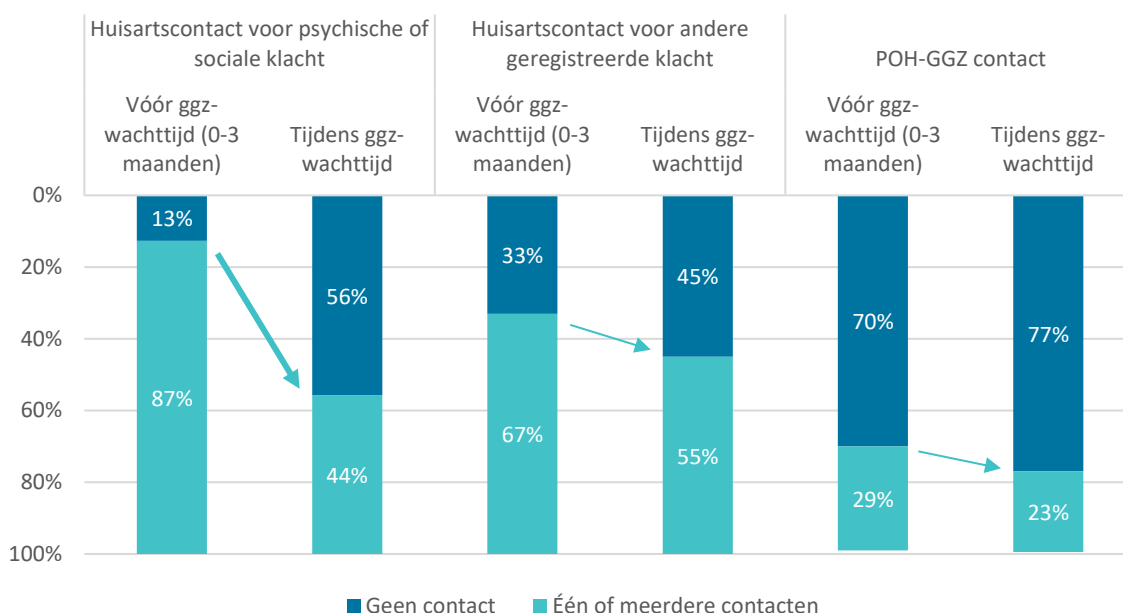


2. In hoeverre verschilt deze huisartsenzorg met de periode vóór de ggz-wachttijd?

Relatief minder patiënten met een huisartscontact voor psychische of sociale klachten ten opzichte van voor de wachttijd

In de drie maanden vóór een ggz-verwijzing hadden de meeste patiënten minimaal één contact met de huisarts (97%) en in mindere mate met de POH-GGZ (30%). Na verwijzing kwam niet iedereen terug bij de huisarts. Het aandeel patiënten met één of meerdere contacten voor psychische of sociale klachten daalde van 87% naar 44% tijdens de wachttijd (Figuur 4). Een deel van de patiënten wacht dus de wachttijd af zonder opnieuw de huisarts te bezoeken. Na verwijzing nam het percentage personen dat contact had voor andere klachten of contact had met de POH-GGZ in mindere mate af. Voor deze zorg lijkt het patroon van vóór de verwijzing meer te worden voortgezet.

Figuur 4 Aandeel personen met geen contact of minimaal één contact met de huisartsenpraktijk tijdens de wachttijd, gecategoriseerd naar type contact



3. In hoeverre verschilt deze huisartsenzorg tussen huisartsenpraktijken?

Grote verschillen tussen praktijken bij de inzet van POH-GGZ tijdens de wachttijd

Tijdens de ggz-wachttijd kunnen huisartsenpraktijken verschillend omgaan met het bieden van zorg voor psychische of sociale klachten (Magnée et al., 2025). Daarom hebben we praktijkvariatie in kaart gebracht, rekening houdend met de kenmerken van personen en praktijken zoals demografie, gezondheidsproblemen en praktijkomvang. Het percentage personen met een huisartsencontact voor psychische of sociale klachten tijdens de wachttijd varieerde van 31 tot 54%. Bij een nieuw voorschrift voor psychofarmaca was weinig variatie tussen praktijken zichtbaar (10%-15%). Praktijkvariatie was het grootst bij de inzet van de POH-GGZ (2%-57%). Dit kan mogelijk verklaard worden doordat POH's-GGZ uiteenlopende opleidings- en werkachtergronden hebben, wat samenhangt met verschillen in expertise en de ondersteuning die zij kunnen bieden (Nuijen et al., 2021).



4. Wie maakten gebruik van huisartsenzorg tijdens de ggz-wachttijd?

Patiënten met huisartsenzorg tijdens de wachttijd hebben vaker een laag inkomen en meer dan één psychische of sociale klachtengroep

Tijdens de wachttijd kunnen sommige patiënten meer ondersteuning nodig hebben dan anderen. Patiënten die in deze periode contact hadden met de huisartsenpraktijk (huisarts en/of POH-GGZ) waren vaker vrouw, hadden vaker een laag huishoudinkomen en meer verschillende psychische of sociale klachten dan patiënten zonder contact tijdens de wachttijd (Tabel 2). Patiënten met een laag huishoudinkomen en patiënten met meerdere psychische of sociale klachten kregen ook vaker een

nieuw voorschrift voor psychofarmaca. Daarbij moet worden opgemerkt dat patiënten met een contact of nieuw voorschrift een langere mediane wachttijd hadden. Een langere wachttijd vergroot ook de kans op contact met de huisartsenpraktijk of een medicatievoorschrift.

Tabel 2 Kenmerken van patiënten met een ggz-wachttijd, gecategoriseerd naar contact met de praktijk en medicatievoorschrift

	Contact met de huisartsenpraktijk tijdens de wachttijd		Nieuw psychofarmacavoorschrift tijdens de wachttijd	
	Ja (n=10.942)	Nee (n=4.147)	Ja (n=1.889)	Nee (n=13.227)
Mediane leeftijd (IQR)	37 jaar (27-52)	35 jaar (25-49)	39 jaar (28-53)	36 jaar (26-50)
% Vrouw	60%	53%	58%	58%
% Laag huishoudinkomen	32%	26%	34%	30%
% Twee of meer psychosociale klachten	54%	47%	57%	51%
Mediane wachttijd (IQR)	131 dagen (50-365)	28 dagen (12-60)	199 dagen (61-365)	73 dagen (29-288)

Beschouwing

Dit onderzoek biedt een eerste landelijk representatief beeld van de inhoud en omvang huisartsenzorg tijdens de ggz-wachttijd in 2023. Bijna driekwart (72%) van de verwezen patiënten maakt gebruik van huisartsenzorg tijdens de wachttijd; meer bij de huisarts dan bij de POH-GGZ of een nieuw voorschrift voor psychofarmaca. Een deel blijft tijdens de ggz-wachttijd bij de huisarts terugkomen voor psychische en sociale klachten. Dit kan mogelijk voor de patiënt bijdragen aan herstelbevordering, al blijkt uit voorgaand onderzoek dat deze zorg bij complexe problematiek vaak niet passend is (Magnée et al., 2025). Anderzijds valt deze zorg mogelijk buiten het reguliere takenpakket van de huisartsenpraktijk, wat kan bijdragen aan druk op de huisartsenzorg.

Aanknopingspunten voor monitoring en vervolgonderzoek

De resultaten van dit onderzoek bieden een eerste aanzet om de ontwikkelingen in ons zorgstelsel te kunnen volgen. Binnen het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) zijn inmiddels verschillende afspraken gemaakt voor toekomstbestendige mentale zorg (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022). Met de ontwikkelde methodiek zou kunnen worden gevolgd of inspanningen van het IZA en AZWA leidt tot tijdigere zorg en de juiste zorg en ondersteuning op de juiste plek. Daarnaast bieden de resultaten aanknopingspunten voor vervolgonderzoek. Patiënten hebben wisselende ervaringen met de wachttijdondersteuning binnen en buiten de huisartsenpraktijk (Magnée et al., 2025). Vervolgonderzoek zou kunnen focussen op welke vormen van ondersteuning het meest behulpzaam zijn tijdens de wachttijd. Wat betreft medicatie bieden richtlijnen weinig houvast voor de zorg tijdens wachttijd, afgezien van kortdurende gebruik (Magnée et al., 2025). Vervolgonderzoek kan aantonen dan wel uitsluiten of nieuwe voorschriften tijdens de wachttijd leiden tot langdurig medicatiegebruik. Daarnaast kan vervolgonderzoek naar een verduidelijking van de rol van de POH-GGZ mogelijk bijdragen aan het verminderen van praktijkvariatie in de inzet van de POH-GGZ tijdens de wachttijd.

Methodologische kanttekeningen van dit onderzoek

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van routinematig vastgelegde zorgdata om een zo representatief mogelijk landelijk beeld te geven. We includeerden een grote groep patiënten met een of meerdere verwijzingen naar de ggz. Hoewel zorgdata waardevolle inzichten kunnen bieden, kent het gebruik ervan binnen dit onderzoek verschillende kanttekeningen. Vanwege data beschikbaarheid beperkt dit onderzoek zich tot ggz-verwijzingen afkomstig van de huisarts of POH-GGZ. Andere zorgverleners die ook verwijzen naar de ggz, zoals ggz-professionals, bedrijfsartsen, of medisch-specialisten konden niet worden meegenomen. Daarnaast konden alleen verwijzingen via het digitale verwijsplatform Zorgdomein meegenomen worden, waarbij een kleine ondervertegenwoordiging van vrijgevestigde psychologen is vastgesteld. Daarnaast kan het aantal personen met een nieuw voorschrift psychofarmaca een overschatting zijn doordat voorschriften voor andere (lichamelijke) klachten of aandoeningen voorschreven kunnen worden, bijvoorbeeld bij pijn (of soms off-label).

Tot slot

De ggz-wachttijden zijn al jaren onverminderd lang, waardoor patiënten gedurende een langere periode aangewezen blijven op de huisartsenzorg. Een substantieel deel maakt gebruik van huisartsenzorg tijdens de ggz-wachttijd, wat de urgentie benadrukt om de wachttijden te verminderen, de mogelijkheden voor passende ondersteuning van patiënten tijdens deze periode te versterken en zo de druk op de huisartsenzorg te beperken.

Het onderzoek

In dit onderzoek is het zorggebruik in de huisartsenpraktijk tijdens de ggz-wachttijd in kaart gebracht bij volwassenen (≥ 18 jaar) met een ggz-verwijzing (via Zorgdomein) vanuit de huisartsenpraktijk in 2023. Hiervoor zijn gegevens uit elektronische patiëntdossiers van huisartsenpraktijken die deelnemen aan Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn gekoppeld aan declaratiegegevens over de ggz bij het Zorginstituut over de jaren 2022 tot 2024. Ongeveer 10% van de huisartsenpraktijken zijn aangesloten bij Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn en in dit onderzoek zijn de gegevens van 233 huisartsenpraktijken gebruikt.

Wachttijd voor de ggz

De wachttijd is gedefinieerd als de periode van een ggz-verwijzing vanuit de huisartsenpraktijk tot het eerste ggz-consult of tot maximaal 365 dagen na de verwijzing indien er geen ggz-consult plaatsvond. In dit onderzoek is gefocust op de reguliere ggz-wachttijden voor de basis- en specialistische ggz. Het eerste ggz-consult is bepaald o.b.v. declaratiegegevens voor diagnostiek en behandelconsulten in de ggz, dus exclusief declaraties binnen de acute ggz, toeslagen en verblijfsdagen. Doordat een patiënt meerdere ggz-verwijzingen kan hebben, is alleen de eerst bekende nieuwe wachttijd meegenomen na een verwijzing, waarbij maximaal 365 dagen is teruggekeken.

Zorggebruik in de huisartsenpraktijk

In dit onderzoek is gekeken naar de volgende vormen van zorggebruik in de huisartsenpraktijk:

- Minimaal een huisartsenconsult (prestatiecodes 12001-12003 en 12010-12011) met een geregistreerde ICPD code voor een psychische (P hoofdstuk) of sociale (Z-hoofdstuk) klacht óf andere geregistreerde klacht (geen P of Z- hoofdstuk);
- Minimaal een POH-GGZ consult (prestatiecodes 12111-12113 en 12116-12118) óf;
- Minimaal een voorschrift voor antidepressiva (N06A), antipsychotica (N05A), verslavingsmedicatie (N07B), kalmerings- en slaapmiddelen (N05B en N05C) of psychostimulantia (N06B) tijdens de wachttijd waarvoor in de zes maanden voor de verwijzing geen voorschrift was.

Onderzoekswerkplaats 'Routine zorgdata voor passende zorg'

Dit onderzoek is uitgevoerd binnen het overkoepelende kader van de onderzoekswerkplaats 'Routine zorgdata voor passende zorg' van het Nivel en het Zorginstituut. Deze studie is goedgekeurd volgens de governance code van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn, onder nummer NZR-00325.029. Het gebruik van gegevens uit elektronische patiëntdossiers is onder bepaalde voorwaarden toegestaan, zonder individuele toestemming van patiënten of toetsing door een medisch ethische commissie (art. 24 UAVG jo art. 9.2 sub J AVGJ).

Meer weten

Het Nivel levert de kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar. U vindt deze publicatie en alle andere Nivel-publicaties op www.nivel.nl/publicaties.

Titelgegevens van deze publicatie

De gegevens uit deze publicatie mogen met de volgende bronvermelding worden gebruikt: Bes, J.M., Pape, M., Hek, K., Lanser, J., Wong, A., Verheij, R.A., Nuijen, J., Houtman, I., Houwen, J., Knottnerus, B., Magnée, T., Boersma-van Dam, E. Tijdens de ggz-wachttijd maken de meeste patiënten gebruik van huisartsenzorg. Utrecht: Nivel, 2026.

Literatuur

- Magnée, Nuijen, J., Van der Hoeven, C., & Knottnerus, B. (2025). *Bruggen slaan en navigeren op weg naar herstel: Eindrapport van een onderzoek onder patiënten, naasten, huisartsen en POH's-GGZ naar de impact van de ggz-wachttijden en ervaringen met ondersteuning tijdens de wachttijd*. (p. 196). Nivel.
<https://www.nivel.nl/nl/publicatie/bruggen-slaan-en-navigeren-op-weg-naar-herstel-eindrapport-van-een-onderzoek-onder>
- Ministerie van Volksgezondheid, W. en S. (2025, oktober 14). *Uit balans—IBO mentale gezondheid en ggz / Rijksoverheid.nl* [Webpagina]. Ministerie van Algemene Zaken. <https://doi.org/10/03/uit-balans-ibo-mentale-gezondheid-en-ggz>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022). *Integraal Zorgakkoord: "Samen werken aan gezonde zorg" - Rapport - Rijksoverheid.nl* (p. 117) [Rapport]. Ministerie van Algemene Zaken.
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>
- Nielen, M. M. J., Spronk, I., Davids, R., Korevaar, J. C., Poos, R., Hoeymans, N., Opstelten, W., van der Sande, M. A. B., Biermans, M. C. J., Schellevis, F. G., & Verheij, R. A. (2019). Estimating Morbidity Rates Based on Routine Electronic Health Records in Primary Care: Observational Study. *JMIR Medical Informatics*, 7(3), e11929. <https://doi.org/10.2196/11929>
- Nuijen, J., Kenter, A., Wijnen, B., & Ringoir, L. (2021). *Functie POH-GGZ | Succesfactoren en verbeterpunten* (p. 24). <https://www.trimbos.nl/kennisbank/af1926-functie-poh-ggz-succesfactoren-en-verbeterpunten/>
- NZa. (2024). *Wachttijden ggz blijven hoog: Mensen wachten in bijna alle regio's en voor alle diagnoses te lang | Nederlandse Zorgautoriteit*. <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2024/04/04/wachttijden-ggz-blijven-hoog-mensen-wachten-in-bijna-alle-regios-en-voor-alle-diagnoses-te-lang>