

University of Groningen

Ervaringen en perspectief van de POH-Jeugd

Jonker, Ton; Remmelts, Helga; Huyghen, Anne Marie; van der Woude, Gerda; Knot-Dickscheit, Jana

Published in:
Huisarts en Wetenschap

DOI:
[10.1007/s12445-020-0854-8](https://doi.org/10.1007/s12445-020-0854-8)

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2020

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Jonker, T., Remmelts, H., Huyghen, A. M., van der Woude, G., & Knot-Dickscheit, J. (2020). Ervaringen en perspectief van de POH-Jeugd. *Huisarts en Wetenschap*, 63(10), 33-37. <https://doi.org/10.1007/s12445-020-0854-8>

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Ervaringen en perspectief van de POH-Jeugd

Ton Jonker, Helga Remmelts, Anne-Marie Huyghen, Gerda van der Woude, Jana Knot-Dickscheit

Omdat de specialistische jeugdzorg zwaar belast wordt, doet men in verschillende regio's ervaring op met een POH-Jeugd. Deze kan psychosociale problemen bij kinderen en jeugdigen vroegtijdig onderkennen, zo mogelijk kortdurend behandelen en eventueel gericht verwijzen naar de tweede lijn. Als de POH-Jeugd kan voorkomen dat de situatie verergert, ontlast dat de specialistische jeugdzorg en worden er minder zorgkosten gemaakt. Dit artikel beschrijft de ervaringen tot nu toe en de richting waarin de functie zich verder zou kunnen ontwikkelen.

Huisartsen bieden generalistische, persoonsgerichte en laagdrempelig toegankelijke zorg. Zij zijn de poortwachters van de gezondheidszorg, inclusief de ggz. Voor ouders die opvoedingsproblemen ervaren of een kind hebben met psychosociale of psychosomatische klachten is de huisarts vaak een eerste aanspreekpunt.¹ De substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn leidde binnen veel huisartsenpraktijken tot het aanstellen van praktijkondersteuners. Zo deed in 2008 de POH-GGZ zijn intrede voor het behandelen van lichte psychische klachten.² Parallel daaraan startte in 2010 een eerste pilot met de functie POH-ggz Jeugd.³ Hierop volgden meer pilots met vergelijkbare functies onder diverse benamingen, zoals Specialistisch Ondersteuner Huisarts of Ondersteuner Jeugd en Gezin.

Inmiddels is in verschillende constructies ervaring opgedaan met de functie. POH-Jeugd is ingeburgerd als benaming en betrokkenen blijken over het algemeen tevreden over de functie.⁴ Drie constructies komen vaak voor: in loondienst bij de huisarts, gedetacheerd vanuit een ggz-instelling of als zzp'er ingehuurd door de huisarts. Als vierde zijn er samenwerkingsverbanden waarin een professional van een Centrum voor Jeugd en Gezin of een wijkteam zitting heeft in de huisartsenpraktijk. De financiering hangt af van de constructie en van de taken die de POH-Jeugd uitvoert; het geld kan afkomstig zijn van een gemeente, een zorgverzekeraar of een combinatie van beide. Het takenpakket kan per regio verschillen, afhankelijk van de gekozen constructie, financiering, lokale zorgstructuur en lokale afspraken.

EVALUATIE VAN DE EERSTE 10 JAAR

In 2017 zijn 54 POH's-Jeugd en 11 huisartsen ondervraagd



POH's-Jeugd vinden de beslissing om zelf te behandelen of te verwijzen moeilijk.

Foto: Shutterstock

over de manier waarop POH's-Jeugd hun functie invullen, uitvoeren en vormgeven.⁵ Daaruit kwam naar voren dat de functie, gezien de solistische aard en de grote verscheidenheid aan hulpvragen, uitgebreide kennis en ervaring vereist op het gebied van kind, jeugd, gezin en psychiatrische ziektebeelden. De POH's-Jeugd in het onderzoek hadden een hbo- of wo-niveau en gemiddeld 8,5 jaar ervaring. De respondenten werkten gemiddeld 5,5 uur per week in de huisartsenpraktijk. Velen werkten daarnaast in een instelling voor jeugd-ggz of kind- en jeugdpsychiatrie. De consultduur varieerde van 30 tot 60 minuten.

In november 2019 kwamen de resultaten beschikbaar van een grootschaliger onderzoek op basis van 2439 cliëntentrajecten, vragenlijsten van 181 cliënten en evaluatiegesprekken met 51

DE KERN

- Huisartsen, patiënten en beleidsmakers zijn over het algemeen tevreden over het functioneren van de POH-Jeugd.
- De samenwerking met de huisarts wordt vooral gehinderd door gebrek aan overlegmogelijkheden.
- Voor de POH-Jeugd is de afweging tussen zelf behandelen of verwijzen soms moeilijk.
- Om de functie verder te ontwikkelen, moeten er duidelijke richtlijnen en een specifieke opleiding komen.

POH's-Jeugd.⁴ De onderzoekers concludeerden dat de functie inderdaad zorgde voor laagdrempeligere en snellere hulp, betere triage en een beter aanbod van kortdurende of lichte zorg.⁴

Dilemma: zelf behandelen of verwijzen?

In het verkennende onderzoek stelden zowel de huisartsen als de POH's-Jeugd dat de POH's toegerust waren voor hun functie en voldoende ondersteuning ontvingen. Volgens de huisartsen waren de POH's-Jeugd goed in staat om problematiek te herkennen en uit te vragen, maar de POH's zelf gaven aan dat ze de keuze tussen zelf behandelen of verwijzen moeilijk vonden.⁵ Dit probleem is moeilijk helemaal weg te nemen. Een duidelijke taakomschrijving kan helpen, aangevuld met duidelijke richtlijnen over wat binnen de huisartsenpraktijk wordt behandeld en wat niet, en daarnaast een specifieke opleiding tot POH-Jeugd. Ook een gestandaardiseerd instrumentarium voor het onderbouwen van de keuze zou wenselijk zijn, evenals het vormen van intervisiegroepen om op dergelijke afwegingen te reflecteren.⁴

Om te voorkomen dat in de huisartsenpraktijk al te ernstige problemen worden behandeld, wordt een maximale behandelduur van 8 consulten aanbevolen.³ In de praktijk blijkt er geen strikt maximum te zijn. Veel POH's-Jeugd gaan uit van 10-12 consulten, maar 97% van de trajecten wordt binnen 10 contacten afgesloten.^{4,5} Omdat het werk deels onder de verantwoordelijkheid van de huisarts wordt uitgevoerd, voelen sommige huisartsen zich niet comfortabel bij uitgebreidere behandelingen. POH's-Jeugd met een achtergrond als orthopedagoog-generalist of gz-psycholoog beschikken wel over de expertise om ook complexere klachten te behandelen. Dan zal de afweging toch gemaakt moeten worden.

PROFESSIONELE STANDAARDEN

Huisartsen en jeugdhulpverleners hebben elk hun eigen professionele standaarden en moeten deze in het werk zien te verenigen. Een POH-Jeugd is geregistreerd als professional binnen het jeugdzorgdomein in het BIG-register (verpleegkundigen, psychotherapeuten, gz-psychologen, orthopedagogen-generalist) of bij de Stichting Kwaliteitsregister Jeugd (jeugdzorgwerkers, psychologen en (ortho)pedagogen). In

dat laatste geval onderschrijven ze de beroepscode van de Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen of het Nederlands Instituut van Psychologen.⁶

Voor zover de verrichtingen van de POH-Jeugd onder de huisartsenzorg vallen, is de huisarts eindverantwoordelijk. Voor de taken die onder de Jeugdwet vallen, is de gemeente verantwoordelijk. Onder de Jeugdwet vallen preventie, ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en ouders bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen.⁶ In alle gevallen is de POH-Jeugd zelf mede verantwoordelijk voor de behandeling.

EIGEN BEROEPSCODE

De huisarts biedt medische behandeling, de POH-Jeugd biedt een vorm van jeugdhulp en werkt in die zin als zelfstandig professional die zich te houden heeft aan de beroepscode van de NVO. De POH zal de huisarts in ieder geval berichten over de start en de afsluiting van het traject, maar geen inhoudelijke informatie delen zonder expliciete, vrijwillig gegeven toestemming van de patiënt. De enige uitzonderingen op deze regel zijn wettelijk meldrecht, wettelijke meldplicht of gevaar voor anderen.⁷ De POH-Jeugd legt alle gegevens die relevant zijn voor de kwaliteit en continuïteit van de professionele relatie vast in het dossier. In dit dossier staat dus meer informatie dan gedeeld kan worden met de huisarts. De POH-Jeugd bewaart het dossier onder eigen verantwoordelijkheid, maar als het gaat om een geautomatiseerd databestand mag hij het overdragen aan de werkgever, mits het beroepsgeheim in stand blijft. De POH-Jeugd kan dus alleen rapporteren in een HIS als deze gegevens kunnen worden afgeschermd en anderen in het HIS alleen die informatie kunnen inzien die noodzakelijk is. Als afschermen niet mogelijk is, moet de POH-Jeugd een eigen dossier voeren (zie [online kader]).

EEN EIGEN OPLEIDING?

Het Kwaliteitskader Jeugd vraagt van aanbieders van jeugdhulp en jeugdbescherming te handelen volgens de norm van de verantwoorde werktoedeling. Dit houdt in dat de betreffende werkzaamheden worden uitgevoerd door geregistreerde professionals volgens de voor dat werk geldende standaarden. De professional mag in ieder geval geen werk doen waarvoor deze onvoldoende is geschoold.⁸ Voor de POH-Jeugd bestaat er nog geen specifieke opleiding. Binnen de opleiding tot POH-ggz, die toegankelijk is voor maatschappelijk werkers, B-verpleegkundigen, sociaal-pedagogisch hulpverleners, psychologen en orthopedagogen, wordt een module aangeboden over psychosociale problemen bij kinderen.⁹ Deze module biedt echter niet genoeg handvatten voor het werk van de POH-Jeugd.⁵ Het ontbreken van een specifieke opleiding leidt binnen de beroepsgroep tot aanzienlijke verschillen in kennis en vaardigheden. Een specifieke opleiding tot POH-Jeugd is van belang om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en meer uniformiteit te brengen in de kennis en vaardigheden. Onderwerpen in het curriculum zouden moeten zijn:

**Hier stond in het
gedrukte tijdschrift
een advertentie**

**Hier stond in het
gedrukte tijdschrift
een advertentie**

psychosociale problemen en psychiatrische ziektebeelden bij kinderen en jeugdigen; screening, diagnostiek en behandeling van kind en gezin; opvoedingsondersteuning en -advisering; normaliserende werkwijzen; samenwerking met de huisarts en ketenpartners. Beter onderlegde POH's-Jeugd zijn mogelijk kosteneffectiever doordat ze minder vaak naar de tweede lijn verwijzen.

AANDACHTSPUNTEN VOOR DE PRAKTIJK

Overbruggingstrajecten

De lange wachtlijsten bij ggz-instellingen kunnen een probleem vormen als de POH-Jeugd zelf geen adequate hulp kan bieden. POH's-Jeugd komen in een lastige positie terecht wanneer zij zelf geen passende behandeling kunnen geven, maar de patiënt tijdens de wachttijd wel onder hun verantwoordelijkheid valt. Om deze handelingsverlegenheid te voorkomen, hebben de Landelijke Huisartsen Vereniging en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten in september 2018 afspraken gemaakt over de basisvoorwaarden voor samenwerking tussen huisartsen, ggz-instellingen en gemeenten. Afsproken is dat de gemeenten zullen zorgen voor voldoende en tijdig beschikbare verwijsmogelijkheden naar jeugdhulp.¹⁰ Overbruggingsstrajecten, waarbij de POH-Jeugd wordt ingezet in om wachtlijsten bij de specialistische ggz op te vangen, zijn op zichzelf onwenselijk en bovendien sterk afhankelijk van de expertise van de POH-Jeugd in kwestie.

Samenwerking

Over het algemeen zijn huisartsen en POH's-Jeugd positief over de samenwerking.⁵ Voorwaarden voor een goede samenwerking zijn dat beiden hun verwachtingen duidelijk communiceren en dat er een veilige omgeving is waarin zij bij elkaar terecht kunnen, maar ook kritiek kunnen uiten. De voornaamste belemmering hierbij is te weinig tijd voor overleg. Regelmatige overlegmomenten zijn belangrijk om goed te kunnen afstemmen voor welke klachten de huisarts naar de POH-Jeugd verwijst en om te kunnen terugkoppelen hoe trajecten bij de POH-Jeugd zijn verlopen. Inzicht in het handelen en de expertise van de POH-Jeugd geeft de huisarts inzicht welke problemen naar de POH-Jeugd verwezen kunnen worden. Dat maakt de informatieoverdracht bij de aanmelding efficiënter en het traject effectiever.⁵

Feedback

In het verkennende onderzoek bleek dat POH's-Jeugd hun functie als solistisch ervaren. Waardevolle steun kregen ze van collega's, intervisiegroepen en de instellingen waar zij werken naast hun aanstelling in de huisartsenpraktijk. Intervisie, collegiaal overleg en nascholing zijn onmisbaar om het werk goed uit te voeren.^{4,5}

Patiëntgegevens

Een belangrijk punt van zorg is het delen van patiëntgegevens.^{4,5} Goede afspraken zijn nodig over hoe en waar ver-

trouwelijke gegevens worden vastgelegd en op welke manier informatie wordt gedeeld met andere partijen. In de praktijk is het mogelijk gebleken de functie van POH-Jeugd op een werkbare manier vorm te geven. De huisarts blijft verantwoordelijk voor de patiënt en er gaan geen gegevens naar buiten zonder toestemming van de ouders én de huisarts.^{6,11} Wanneer de POH-Jeugd niet in dienst is van de huisartsenpraktijk, maakt een geheimhoudingsverklaring het mogelijk om – met inachtneming van de eigen beroepscode en met toestemming van de patiënt en diens wettelijke vertegenwoordigers – rapportages aan het HIS toe te voegen.

CONCLUSIE

De POH-Jeugd heeft potentie, maar om de functie verder te ontwikkelen is een aantal verbeteringen noodzakelijk. Huisartsen en POH's-Jeugd zijn over het algemeen tevreden. Wel geven zij aan dat er voldoende tijd moet zijn voor afstemming en terugkoppeling. POH's-Jeugd vinden de beslissing om zelf te behandelen dan wel te verwijzen moeilijk; duidelijke richtlijnen en een uitgebreidere opleiding zouden verbetering kunnen brengen. Verder moet men rekening houden met de verschillen tussen de beroepsstandaarden van huisartsen en jeugdzorgprofessionals. Men zal overeenstemming moeten bereiken over het beleid wanneer richtlijnen of wettelijke kaders afwijken. Tot slot kunnen wachtlijsten bij ggz-instellingen een knelpunt vormen bij verwijzingen en tot handelingsverlegenheid leiden bij de POH-Jeugd. Om dit te voorkomen is samenwerking tussen gemeenten en ggz-instellingen noodzakelijk. ■

LITERATUUR

1. Verhaak PF, Van Dijk M, Walstock D, Zwaanswijk M. A new approach to child mental healthcare within general practice. *BMC Fam Pract* 2015;16:132.
2. Heiligers PJ, Noordman J, Korevaar JC, Dorsman S, Hingstman L, Van Dulmen AM, et al. Kennisvraag: praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH's), klaar voor de toekomst? Utrecht: Nivel, 2012.
3. Van Dijk M, Verhaak P, Zwaanswijk M. Evaluatie van een geïntegreerd eerstelijns zorgaanbod voor kinderen met psychosociale problemen. Utrecht: Nivel, 2013.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.nhg.org.

Jonker TG, Remmelts HA, Huyghen AM, Van der Woude GF, Knot-Dickscheit J. Ervaringen en ontwikkelingsperspectief van de POH-Jeugd. *Huisarts Wet* 2020;63 [10]:33-37. DOI: 10.1007/s12445-020-0854-8. Rijksuniversiteit Groningen, Basiseenheid Orthopedagogiek: T.G. Jonker, Msc, onderwijskundige en orthopedagoog-generalist i.o.: tgjonker@gmail.com; dr. A.M.N. Huyghen, psycholoog, docent/onderzoeker; dr. J. Knot-Dickscheit, universitair hoofddocent, tevens cognitief gedragstherapeut en gz-psycholoog bij Molendrift. Groningen: H.A. Remmelts, huisarts in opleiding. Huisartsenpraktijk Meander, Coevorden: G.F. van der Woude, huisarts. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.