

Functieprofiel (Startprofiel)

Praktijk Ondersteuner Huisartsenzorg (POH)-GGZ

Publieksversie

Inleiding

Deze publieksversie van het functieprofiel POH-GGZ biedt u de kern van het functieprofiel voor het beroep van Praktijk Ondersteuner Geestelijke Gezondheidszorg. Deze functie is operationeel sinds 1 januari 2008. Het functieprofiel is in het voorjaar van 2008 geschreven in samenwerking met diverse belanghebbende partijen: LHV, NHG, NPCF, Platform GGZ, LVG, ZN, MO-Groep, NVMW, V&VN, V&VN-SPV, Movisie. Het ministerie van VWS en de Inspectie voor de Gezondheidszorg participeren als leeslid.

De initiatiefnemers van dit functieprofiel zijn de beroepsvereniging van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (V&VN-SPV) en de beroepsvereniging van Maatschappelijk Werkers (NVMW). De verwachting is dat de functie van POH-GGZ vooral door Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen en door Maatschappelijk Werkers zal worden ingevuld.

Het beschrijven van de functie POH GGZ heeft geresulteerd in een drietal documenten:

1. De publieksversie POH-GGZ: een verkorte versie van het uitgebreide functieprofiel.
2. Het functieprofiel bevat een nauwkeurige beschrijving van de (kern)taken van de POH-GGZ. Dit document is vooral ontwikkeld als basisdocument voor de organisatie van de beroepsregistratie en de borging van de POH-GGZ. Praktijkwerkers en werkgevers (huisartsen) kunnen dit document ook gebruiken om de taakinvulling binnen de huisartsenpraktijk vast te stellen. Het functieprofiel heeft de status van startprofiel: gedurende heel 2008 zal de ontwikkeling van de functie worden gevolgd.
3. Tot slot is er een Addendum geschreven behorend bij het functieprofiel; hierin worden de competenties behorend bij de kerntaken beschreven. Dit document is vooral van belang voor opleidings- en nascholingstrajecten.

Uitgangspunten:

De NZA beleidsregel biedt de kaders van de functie POG-GGZ. In het functieprofiel (en het bijbehorende Addendum) zijn deze kaders uitgewerkt. Het is een volledig en breed overzicht van datgene wat een POH-GGZ functionaris professioneel kan toepassen in aansluiting op de huisartsenzorg. Op basis van het standpunt van de NHG zijn ook taken opgenomen die niet voorkomen in de NZA beleidsregel: n.l. taken op het terrein van langdurige begeleiding vanuit de huisartspraktijk aan mensen met langdurende GGZ problemen en preventieve taken, zoals die vanuit de huisartspraktijk kunnen worden aangeboden. Afhankelijk van regionaal beleid en bekostiging zal de POH-GGZ meer of minder kerntaken van dit profiel kunnen uitvoeren.

De POH-GGZ vervult zijn functie als onderdeel van de huisartsen zorg. De te onderscheiden taken worden uitgevoerd onder regie van de huisarts.

De POH-GGZ wordt in het profiel in de vrouwelijke persoonsvorm beschreven. Daar waar de lezer zij leest wordt ook hij bedoeld. De mannelijke persoonsvorm gaat binnen de context óf over de cliënt óf over de huisarts.

Tot slot

In deze publieksversie wordt een schematisch overzicht gegeven van de taakgebieden, kerntaken en werkprocessen van de functie met een verwijzing naar het functieprofiel voor verdere informatie van de verschillende onderdelen.

Cliëntgebonden, organisatiegebonden en beroepsgebonden. Deze taakgebieden zijn onderverdeeld naar 9 kerntaken en 21 werkprocessen. In dit schema is tevens aangegeven welke taken niet zijn opgenomen in de NZA beleidsregel. Verder worden de algemene visie van de POH-GGZ, de kernopgaven, de professionele autonomie en handelen, en de doelgroep van de POH-GGZ beschreven.

Utrecht, mei 2008.

Iris Leene, Directeur Nederlandse Vereniging Maatschappelijk Werkers

Frans Verberk, Voorzitter Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen / Projectleider Kwaliteitsborging POH-GGZ.

§ 1 Overzicht van de POH-GGZ functie in 3 taakgebieden, 9 kerntaken en 21 werkprocessen

Deel I Cliëntgebonden taakgebied	
Kerntaken	Werkprocessen
1. Vraagverheldering	1. Kennismaken met de GGZ cliënt (én zijn context) van de huisarts 2. Uitvoeren van een gesprek in vier fasen, introductie, inventarisatie, evaluatie / conclusie en advies
2. Begeleiding	3. Kortdurende begeleiding ter ondersteuning van behandeling door huisarts <u>Vallend buiten de Nza beleidsregel:</u> 4. <i>Ondersteunende en stabiliserende begeleiding van GGZ-problematiek voorkomend binnen de huisartsenpraktijk</i> ✓ Langdurige GGZ-cliënten ✓ Zorg specifieke GGZ-groepen
3. Informeren/adviseren	5. Advisering: generiek inhoudelijk/ beroepsmatig 6. Advisering: triage 7. Psycho-educatie
4. Continuïteit van (keten)zorg leveren / Casemanagement	8. Intern: coördineren binnen de huisartsenpraktijk 9. Extern coördineren en verwijzen buiten de huisartsenpraktijk: > Verwijzen binnen de eerstelijnszorg/welzijn > Verwijsfunctie richting de tweedelijnszorgvoorziening> Liaisonfunctie naar 2e lijns GGZ
<u>Vallend buiten de Nza beleidsregel:</u> 5. Preventie (waaronder Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding)	<u>Vallend buiten de Nza beleidsregel:</u> 10. Zorggerichte preventie verlenen: adviseren, informeren en voorlichten van een specifieke individuele cliënt 11. Selectieve of geïndiceerde preventie verlenen: adviseren, informeren en voorlichten van een groep specifieke cliënten

<u>Deel II</u> Organisatiegebonden taakgebied	
Kerntaken	Werkprocessen
6. Cliëntgegevensbeheer	<ul style="list-style-type: none"> 12. Registreren en rapporteren 13. (bijdragen aan) Onderzoek
7. Kwaliteitsbewaking en Innovatie van organisatie, zorgproducten en diensten	<ul style="list-style-type: none"> 14. Uitvoeren van taken ten behoeve van Zorgbeleid binnen de huisartsenpraktijk 15. Uitvoeren van taken ten behoeve van Zorgbeheer binnen de huisartsenpraktijk
8. Netwerken	<ul style="list-style-type: none"> 16. Ontwikkelen en onderhouden sociale kaart 17. Netwerken/samenwerken binnen de huisartsenpraktijk 18. Netwerken/samenwerken vanuit de huisartsenpraktijk richting derden.
<u>Deel III</u> Beroepsgebonden taakgebied	
Kerntaken	Werkprocessen
9. Kwaliteitsbewaking van de functie-uitoefening	<ul style="list-style-type: none"> 19. Onderzoek doen ten behoeve van de functie POH-GGZ binnen de huisartsenpraktijk 20. Professionaliseren en permanente deskundigheidsbevordering ten behoeve van de POH-GGZ functie-uitoefening 21. Het (borgen van de) ontwikkeling van de POH-GGZ functie-uitoefening

§ 2 Toelichting algemene visie van de POH-GGZ

1. Gezondheidsproblemen plaatsen in een epidemiologisch perspectief

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

2. Wisselwerking individu en omgeving

De POH-GGZ legt bij alle activiteiten de nadruk op het feit dat gezondheid en ziekte, materiële en immateriële problemen zich voordoen in wisselwerking met de omgeving. Daarbij gaat de POH-GGZ er van uit dat de persoon een eigen manier heeft om te (over)leven en leert om te gaan met alledaagse zaken, sociale relaties en waarden en normen. De POH-GGZ is vooral geïnteresseerd in de wijze waarop gezondheidsproblemen ontstaan en voortbestaan, en welke ondersteuning het meest passend is.

3. 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 alle 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.

4. 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, Individueel-, 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 (bijv. wonen, arbeid, justitie). Ook betreft zij of werkt samen met andere disciplines en sectoren (bijvoorbeeld: maatschappelijk werk, jeugdzorg, GGZ, politie, leerplichtambtenaren, woningcorporaties etc.). Coördinatie uitvoeren en het ontwikkelen van een maatschappelijk steunsysteem zijn onlosmakelijk verbonden met het werken op vier niveaus.

5. Tegengaan van marginalisering en uitstoting

De POH-GGZ is bij alle activiteiten gericht op processen van het marginaliseren en uitstoten van mensen met ggz-problematiek. Het gaat om groepen mensen die een meervoud hebben aan problemen: gezondheidsproblemen, een gering probleemoplossend vermogen, een gebrekkig sociaal netwerk, maatschappelijke problemen (huisvesting, financiën en ontbreken van zinvolle dagvulling); er is sprake 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. En er een grote kans is dat ze maatschappelijk worden uitgerangeerd. De POH-GGZ probeert samen met de zorgvrager en zijn sociaal netwerk een antwoord te formuleren op de maatschappelijke uitstoting, de gevoelens van sociale overbodigheid, die ook de menselijke waardigheid aantast.

§ 3 De kernopgaven POH-GGZ

Binnen de functiecontext van de POH-GGZ doen zich drie kernopgaven voor. Het functieprofiel wordt gefundeerd door een drietal kernopgaven, de beschrijving van haar handelen en mate van autonomie. De POH-GGZ ziet zich in haar zorgverlening voor belangrijke met elkaar samenhangende kernopgaven gesteld:

- **Een moreel evenwichtige afstemming vinden tussen professioneel handelen en persoonlijk functioneren**

De POH-GGZ richt zich binnen de huisartsenpraktijk en de eerstelijns GGZ op alle GGZ doelgroepen en past in haar benadering van de problematiek de uitgangspunten van sociale psychiatrie, verplegen en/of maatschappelijk werk toe. Zij erkent de kracht van sociale invloeden op het ontstaan en voortbestaan van geestelijke gezondheidsproblemen en de mogelijkheden voor individuen daarin op eigen kracht veranderingen aan te brengen. De POH-GGZ ziet zich voor de taak gesteld om, met de minst ingrijpende interventies of zorgaanbod, consequent het gewone, dagelijkse leven, het levensverhaal, de manier waarop mensen hun leven leiden en de hulp die ze nodig hebben om het in hun misère vol te houden, centraal te stellen. Dit doet ze door een moreel evenwichtige afstemming tussen haar professionele en persoonlijk functioneren in een zorgsituatie.

- **Bewaken van de autonomie van de zorgvrager binnen de context van de huisartsenpraktijk en het zorgaanbod**

De POH-GGZ heeft in het kader van de geestelijke gezondheid- en sociale bestaansdreiging de taak om mensen met GGZ-problematiek te behandelen, te begeleiden, te zorgen dat ze een relevant en aansluitend zorgaanbod aangeboden krijgen en wordt uitgevoerd en ze te helpen een eigen plaats te vinden en te behouden in de samenleving, tegen alle verdrukking en marginaliserende tendensen in.

Weerbarstige problemen, tegenstrijdige belangen, soms in combinatie met ontoereikendheid van de zorg, stelt de POH-GGZ voor de kernopgave om ondanks alle belemmeringen een zorgzame relatie aan te gaan en er voor zorg te dragen dat de zorgvrager de best mogelijk zorg krijgt die voorhanden is. En als het nodig is van de voorgeschreven werkwijze af te stappen om beter aan te sluiten bij de zorgvrager en zijn sociaal netwerk.

- **Bewaken van noodzakelijke zorg versus verantwoorde zorg in relatie tot handhaving van een optimale samenwerkrelatie met de zorgvrager**

De POH-GGZ baseert haar interventies in behandeling en besluitvorming zoveel mogelijk op de informatie van de zorgvrager en zijn sociaal netwerk, en de mogelijkheden die aanwezig zijn in de context. Daarnaast hanteert zij de toepassing van wetenschappelijk verantwoorde interventies, de best mogelijke praktijkvoering en professionele en persoonlijke intuïtie. De POH-GGZ werkt in het voortdurende spanningveld tussen de realiteit van het bieden van 'noodzakelijke' zorg en het aanlopen tegen de grenzen van 'verantwoorde zorg'. Daarbij doen zich soms tegenstrijdige belangen of tegengestelde krachten voor, die een oplossing in de weg staan. De POH-GGZ ziet zich daarbij voor de opgave gesteld om vanuit een meervoudige partijdigheid met alle partijen een relatie te onderhouden en te benutten.

§ 4 De POH-GGZ: professionele autonomie en handelen

Het functieprofiel POH-GGZ en de drie kernopgaven illustreren dat de POH-GGZ een professional is die vanuit een autonome verantwoordelijkheid haar activiteiten richt op het initiëren, uitvoeren en bewaken van een optimaal zorgaanbod in de eerstelijns GGZ. Daarbij handelt zij tevens vanuit de eigen beroepscode. De grote mate van autonomie in de beroepsuitoefening spreekt onder andere uit de volgende handelingen:

Het zelfstandig:

- uitvoeren van POH-GGZ verheldering naar aard, omvang en urgentie van de vraag, het formuleren van een zorgplan of advies, het bespreken van genoemd plan of advies met huisarts, andere betrokken disciplines, met de zorgvrager en zijn sociaal netwerk;
- hanteren van de behandelverantwoordelijkheid bij individuele behandel- en uitvoeren van begeleidingstrajecten;
- gevraagd en ongevraagd uitvoeren van interventies;
- definitief of specifiek indiceren van vormen van zorg- en dienstverlening of ondersteuning;
- complexiteit en urgentie vaststellen en prioriteiten aan te brengen in wat gedaan moet worden en welk relevant aanbod of middelen ter beschikking staan;
- aanbieden van gesprek en het geven advies in eerstelijns GGZ-settings;
- gevraagd en ongevraagd geven van adviezen aan professionals op het gebied van indiceren en organiseren van verwijzingen in de eerste lijn naar de specialistische GGZ;
- uitvoeren van kortdurende begeleidingen/behandelingen van cliënten in de GGZ
- outreachend, pro-actief interveniëren bij maatschappelijk kwetsbaren, uitgaande van hun woon- en leefsituatie, cultuur, normen en waarden;
- initiëren en (waar)borgen van integrale hulpverlening in de setting van de huisartsenpraktijk en de eerstelijns GGZ door coördinatie van hulpverlening.

§ 5: Kenmerken van de (potentiële) cliënten van de POH-GGZ

In verschillende publicaties en onderzoeken¹ wordt een schets gegeven van de doelgroep, de verschillende overleg/consultatievragen die de huisarts heeft en typen hulpvragen.

Doelgroep:

Iets minder dan tweederde van de cliënten is vrouw. De meeste overleg /adviesvragen betreffen volwassen cliënten. In de loop der tijd zijn volwassen steeds meer vertegenwoordigd, terwijl er minder vaak overleg/advies wordt gevraagd over jeugdige cliënten tot 18 jaar en ouderen. Opvallend is dat de problemen van de cliënt in de loop der tijd steeds vaker nieuwe problemen zijn, in plaats van bestaande problemen. In de loop der tijd (projecten Versterking eerstelijns GGZ) zijn dus andere cliëntengroepen voorgelegd aan de overleg/adviesgevers. Het komt vaker voor dat cliënten met nieuwe problemen direct worden voorgelegd aan de overleg/adviesgever.

Uit de landelijke resultaten blijkt dat een derde deel van de cliënten na een eerste overleg/advies een vervolgesprek/advies krijgt. Het gaat dan gemiddeld om 4 vervolcontacten.

De meest voorkomende reden om overleg/advies te vragen is onduidelijkheid over de diagnose (43% van de overleg/advies in 2003), gevolgd door de vraag om verwijzadviezen (30% in 2003). Onduidelijkheid over de diagnose komt in de loop der tijd duidelijk vaker voor, terwijl verwijzadviezen en adviezen omtrent de omgang met de cliënt door de tijd iets minder vaak voorkomen.

De meest voorkomende hoofdklachten van de cliënt waarover overleg/advies wordt gevraagd zijn stemmingsstoornissen en psychosociale problematiek (resp. 26% en 24% van de overleg/advies).

Redenen voor verwijzing/consultatie door de huisarts:

De huisartsen hebben de volgende redenen om te verwijzen naar een POH-GGZ functionaris: onduidelijkheid diagnose, overmatig bezoek, onttrekken behandeling, advies therapietrouw, advies omgang cliënt, advies medicatie, advies verwijzing

Overige redenen zijn: behoefte aan behandeling, behoefte aan advisering, behoefte aan voorlichting, behoefte aan begeleiding en behoefte aan preventie.

De huisartsen vroegen ook ondersteuning bij zorgvragen met meer urgentie of als er sprake was van complexiteit.

Het ging dan om multidimensionale en complexe problematiek bij bepaalde patiëntencategorieën, klachten tijdens een overleg / advies, psychiatrie, stemmingsstoornissen, angst en spanning, somatoforme stoornis, persoonlijkheid en

¹ Nivel, Rapport monitoring van capaciteit, hulpverlening en patiëntenstromen in de eerstelijns GGZ, Utrecht, 2006

Trimbos, Rapport Afbakening eerste en tweede lijns zorg voor psychische stoornissen, Utrecht, 2006

Nivel, Rapport Capaciteit, hulpverlening en patiëntenstromen in de eerstelijns GGZ 2001-2006, Utrecht, 2006

gedrag en psychosociale problematiek (school- en leerklachten, opvoeding, partner/gezin/familie, werk/studie, leggen van contacten)

Veel gemelde klachten die voor de huisarts aanleiding waren geweest om te opteren voor een POH-GGZ: achterdocht, agressie, angst, eenzaamheid, hyperactiviteit, medicatie, slapeloosheid, sociaal isolement, suicidaliteit, en zelfbeschadiging.

Veel voorkomende (psychiatrische) ziektebeelden en problematiek zijn: ADHD en opvoedingsmoeilijkheid, angststoornissen, autisme, bipolaire stoornis, dementie, depressie, dwangstoornissen, eetstoornissen, borderline stoornis, schizofrenie, post traumatische stressstoornis, onverklaarde lichamelijke klachten, seksuele problemen, alcohol en/of drugsverslaving, surmenage/spanningsklachten, geneesmiddelenverslaving, relatieproblemen, misbruik /mishandeling en stress en burn out.