

**Adviesnota  
NVAG OGGZ**

29 oktober 2009

**Van Naem**  Partners  

---

organisatieadviseurs

## Inleiding

Het bestuur van de NVAG is geïnteresseerd in een haalbaarheidsstudie voor het opleidingsprofiel arts OGGZ. Om de noodzaak voor de opleiding vast te stellen, is een beperkt aantal interviews gehouden waarbij een indruk van de vraag is verkregen. Voor deze interviews is een aantal stake-holders benaderd. Gesproken is met de volgende personen:

GGD Den Haag	mevrouw Van Pareren en de heer Beaumont
GGD Amsterdam	de heren Van Brussel en Van Santen
Vakgroep OGGZ-GGD NL	Hierbij waren aanwezig:
GGD Flevoland	Mevrouw Van Schie
GGD Hart voor Brabant	Mevrouw Anzion
GGD NL	de heer Mellema
GGD Hollands Midden	Mevrouw Bierens
GGD Hollands Midden	Mevrouw Wissink
GGD Hollands Midden	Mevrouw Polak
GGD Zeeland	Mevrouw De Wit
Movisie	Mevrouw Poll
zelfstandig adviseur	de heer Venneman
GGD Fryslân	Mevrouw Houkes
GGD Fryslân	Mevrouw De Bue

Wij geven hieronder eerst een beschrijving van het doorlopen traject, gevolgd door een analyse van de interviews en beschouwing. We besluiten de notitie met conclusies en aanbevelingen.

## 1 Het traject

Er is begin augustus gestart met de eerste interviews. De doorlooptijd is verlengd door het herhaaldelijk verzetten van de afspraken door de geïnterviewden. Tevens bleek het van belang te wachten op een overleg met de Vakgroep OGGZ. Tijdens deze bijeenkomsten is een groot aantal niet-grootstedelijke GGD'en vertegenwoordigd. Deze Vakgroep komt maar een beperkt aantal keren per jaar bij elkaar.

## 2 Analyse van de interviews

Er zijn grote verschillen tussen de gevoerde gesprekken. Het is moeilijk om consensus te vinden. De G4-vertegenwoordigende GGD'en hebben een grotere problematiek en een meer integrale aanpak. De grote steden kiezen vaak om veel in eigen huis te doen. Sommige grote steden voeren bijvoorbeeld zelf verslavings- en huisartsenzorg uit. Hierdoor is het beter mogelijk om een integraal beleid en aanbod te ontwikkelen en in samenwerking met de reguliere zorginstellingen uit te voeren.

De functie van de OGGZ-arts valt uiteen in een drietal aandachtsgebieden zijnde:

1. *uitvoering op het gebied van verslavingsproblematiek*  
Kennis van dit gebied is van belang voor de ontwikkeling van OGGZ beleid. Echter de invulling van dit kennisgebied wordt door de GGD'en verschillend opgepakt.  
In Amsterdam worden hiervoor verslavingsartsen of basisartsen in opleiding tot verslavingsarts ingehuurd. In de plattelandsgebieden wordt hiervoor gekeken naar samenwerking met verslavingsinstellingen of de sociale psychiatrie.
2. *curatieve dak- en thuislozenzorg*  
Deze zorg wordt op verschillende wijzen ingevuld. In Amsterdam wordt gebruik gemaakt van huisartsen. Door het grote aantal cliënten is dit ook makkelijker realiseerbaar. Bij andere GGD'en wordt dit ingevuld door een eigen GGD- of thuiszorgverpleegkundige. Veel huisartsen hebben geen tot weinig interesse om aan deze doelgroep zorg te verlenen.  
Een enkele GGD is op zoek naar een basisarts of arts M&G voor dit aandachtsgebied. De inzet van artsen in dit aandachtsgebied is, uitgezonderd bij de G4, vaak beperkt tot kleine dienstverbanden. Het behouden van een goed kwaliteitsniveau en kennis vereist extra inzet en is dan moeilijk.

In vergelijking tot de inzet van een verpleegkundige is de inzet van een arts veel duurder. Uit kostenoverwegingen wordt veelal een verpleegkundige ingezet.

### 3. *beleid & preventie*

De G4-gemeenten hebben op het gebied beleid & preventie hun visie het best ontwikkeld en uitgewerkt. De inzet van een arts OGGZ op dit aandachtsgebied wordt door hen als een mogelijkheid gezien.

De OGGZ-arts moet dan wel de volgende competenties bezitten:

- inzicht in structuren van de OGGZ en aanpalende sectoren
- in staat zijn een duidelijk standpunt te formuleren en verdedigen
- kennis en ervaring hebben van en met de curatieve kant van verslavingsproblematiek en dak- en thuislozen zorg.

Bij andere GGD'en wordt aangegeven dat een goede beleidsfunctionaris in samenwerking met een OGGZ-verpleegkundige ook goed in staat is om beleid & preventie te ontwikkelen. Deze verpleegkundigen hebben meestal de functie 'signaleren en toeleiding' als hoofdtaak en daardoor inzicht in de omvang van de problematiek.

## 3 **Beschouwing**

De grote steden kiezen er vaak voor om veel in eigen huis te doen. Hierdoor is het beter mogelijk om een integraal beleid en aanbod te ontwikkelen en uit te voeren, zo mogelijk in samenwerking met de reguliere zorginstellingen. De andere GGD'en voeren niet altijd een integrale OGGZ taak uit. Veelal wordt door deze GGD'en wel de 'signalering en toeleiding' uitgevoerd. Daarnaast wordt door een aantal GGD'en een verpleegkundige ingezet voor de curatieve dak- en thuislozenzorg. Dit kan ook door een thuiszorgverpleegkundige worden uitgevoerd.

### 3.1 **Noodzaak van regie**

Een belangrijke oorzaak van de OGGZ problematiek is de versnipperde regie. De verbetering van deze regie heeft een preventief effect op de OGGZ problematiek. De weerbaarheid van het stadsbestuur wordt vergroot door de verbeterde regie. Daarnaast heeft het een positief effect op de ervaren veiligheid. Echter er wordt wisselend gedacht over de noodzaak hiervoor artsen in te zetten.

### 3.2 Haalbaarheid

Er is landelijk beperkte interesse voor inzet van OGGZ-artsen die het volledige pallet van OGGZ-taken uitvoeren. Veel van de kleinere GGD'en zetten verpleegkundigen in en vinden artsen te duur. Een enkele GGD zet een arts in vanwege zijn gecombineerde kennis van medische aspecten (casuïstiek en collectief) en kennis van de ketenorganisaties.

## 4 Conclusies

Hieronder vatten we de conclusies samen.

1. Er is een groot verschil tussen de werkwijze van de G4 en de anderen GGD'en. De G4 hebben veelal een veel breder takenpakket. Hierdoor worden andere eisen gesteld aan het te ontwikkelen en uit te voeren beleid. De regiefunctie krijgt meer aandacht en belang. De inzet van een arts OGGZ zal hier in beperkte aantallen plaatsvinden.
2. Voor het aandachtsgebied curatieve dak- en thuislozenzorg worden huisartsen ingehuurd. Indien dit niet mogelijk is, worden verpleegkundigen ingezet eventueel afkomstig uit de thuiszorg. Het behoud van een goede kwaliteit vergt veel tijd en energie. De inzet van GGD artsen is hier beperkt. Ook hebben ze vaak een te klein aantal uren voor deze taak beschikbaar.
3. Op het gebied van de verslavingszorg wordt zo veel mogelijk gebruik gemaakt van verslavingsartsen. Hier ligt de inzet van een OGGZ-arts niet voor de hand.
4. De vraag naar OGGZ artsen zal landelijk beperkt zijn. Voor gebieden waar GGD'en een breed integraal OGGZ beleid moeten ontwikkelen en vormgeven zal in een beperkt aantal gevallen de inzet van een OGGZ-arts wenselijk zijn. Bij de grootstedelijke GGD'en is dit vaak zo.

## 5 Aanbeveling

Op basis van de conclusies kunnen we stellen dat er een beperkte vraag is naar profielartsen OGGZ. Met name in gemeenten waar een integraal OGGZ beleid is ontwikkeld, is eerder vraag naar een OGGZ arts. Echter deze artsen moeten duidelijk hun meerwaarde bewijzen ten opzichte van de inzet van beleidsmedewerkers en verpleegkundigen.

Het ligt echter meer voor de hand dat de arts OGGZ het profiel Beleid en Advies volgt en zich bij zijn keuzemodules richt op OGGZ-onderwerpen. Van belang zijn onderwerpen die bijdragen aan het verbeteren van de integrale regie. De arts kan door kennis van preventie, casuïstiek meerwaarde hebben. Daarnaast is een goede kennis van de ketenzorg en aanpalende

instellingen essentieel. Ook kan de arts toegevoegde waarde hebben door een makkelijke entree tot collega's van andere instellingen. Dit moet hij dan ook ontwikkelen.