

Zal de verslavingszorg blijven bestaan?

Jaap van der Stel

Verslaving jaargang 4, nummer 4 (2008) p. 15-17

Ik stel mij regelmatig de vraag of iets moet of zal blijven bestaan. Alles verandert immers. Ik vervreemd me dan van datgene wat door iedereen als vanzelfsprekend wordt gezien. Zo heb ik mij in het verleden afgevraagd of de Riaggs moesten blijven bestaan. Nog voordat ik het antwoord wist, werden ze al opgeheven. Nu vraag ik mij geregeld af waarom de verslavingszorg als aparte sector moet overleven. Er zijn immers genoeg argumenten om deze sector te integreren in bijvoorbeeld de algemene ggz-voorzieningen. Ga zo maar door. Niemand dwingt mij om bij mezelf te rade te gaan of het voortbestaan van iets nog wel nuttig of noodzakelijk is. Het gaat vanzelf.

Enkele maanden terug schreef ik een artikel over de toekomst van de eerste lijn, en in dat kader vroeg ik mij af of de huisarts zoals wij die nu kennen moest blijven bestaan. Ik gaf zelf alvast het antwoord en stelde voor de huisarts af te schaffen. Het was geenszins mijn bedoeling huisartsen negatief te bejegenen, laat staan om de eerstelijnsgezondheidszorg om zeep te helpen. Als ik schrijf: 'Schaf de huisarts af', dan bedoel ik het instituut huisarts als de zelfstandig gevestigde arts die een groot aantal medisch handelingen, waaronder veel routinehandelingen, zelf verricht. Inmiddels werken veel huisartsen al in complexe verbanden, vaak ook niet meer zelfstandig. En het is mogelijk dat als verzekeraars eenmaal de smaak te pakken krijgen, er op hun initiatief een lappendeken van allerlei eerstelijnsvoorzieningen tot stand worden gebracht, die in niets meer lijken op de situatie die ik als kind nog heb meegemaakt. Diverse disciplines en voorzieningen in de eerste lijn zullen worden geïntegreerd, zoals we dat in de geestelijke gezondheidszorg ook hebben meegemaakt.

In die steeds meer geïntegreerde context, met waarschijnlijk ook steeds diffusere grenzen met tweede- of derdelijnsvoorzieningen - ik voorzie dat ziekenhuizen ook eerstelijnszorg zullen aanbieden - is het de vraag welke plek de 'traditionele' huisarts daarin heeft. Als je kijkt naar de huidige, sterk geïntegreerde, multidisciplinaire ggz, dan zie je dat de psychiater steeds meer een consultatieve taak heeft gekregen. Tal van handelingen die voorheen uitsluitend door psychiaters werden uitgevoerd, worden nu door andere disciplines verricht. Hier komt bij dat ze ook volstrekt nieuwe taken uitvoeren.

Ik vind zelf de komst van nurse-practitioners in de ggz (in mijn woorden: hbo-psychiaters) een interessante ontwikkeling. Als deze ontwikkeling zich doorzet, en de bevoegdheden van deze nieuwe discipline worden verruimd, schept dat ruimte voor psychiaters om zich nog meer als een (toezichthoudende) specialist op te stellen en talloze routinehandelingen aan anderen over te laten. Psychiaters gaan er in mijn visie dan op vooruit. En zo bedoel ik het ook als er in de toekomst vergelijkbare hbo-artsen (of hoe ze ook mogen heten) in de eerste lijn aangesteld zouden worden, en de wettelijke kaders dit ook toestaan. Het is trouwens een trend: hbo-opleidingen beginnen steeds vaker met opleidingen voor beroepen die voorheen voorbehouden waren aan academici. We kennen al de hbo-psycholoog en recentelijk werd ergens een juridische opleiding gestart. Het duurt misschien niet meer zolang of we kunnen een beroep doen op een hbo-advocaat.

Als we kijken naar de geschiedenis van beroepen, dan zien we onder andere deze processen: a integratie van functies plus functiedifferentiatie (dit is de voorwaarde voor een meer gelaagde beroepenstructuur), b de komst van nieuwe beroepen en het

verdwijnen van de oude taakverdeling en -splitsing, en c verschuiving van zelfstandige beroepsuitoefening naar meer complexe werkorganisaties (dus van solistisch werken naar werken in multidisciplinaire en transdisciplinaire teams). Verder zie je dat de eisen die aan professionals gesteld worden telkens omhoog gaan. In die context voorzie ik dat de huidige huisartsen in de toekomst andere taken en rollen zullen vervullen, en ook een andere formele positie gaan bekleden. Hun toekomstige rol zie ik vooral als 'vooruitgeschoven post' vanuit het team van medische disciplines in de tweede lijn: hoogopgeleid, adviserend en waar nodig interveniërend.

Met de verslavingszorg is, denk ik, hetzelfde aan de hand, ook al merkt niet iedereen dat nu al aan den lijve. Verslaving is een psychische stoornis die in veel eigenschappen overeenkomt met andere psychische stoornissen. Bovendien: verslaving gaat vaak samen met andere psychische, somatische en sociale problemen. Moet daarvoor tot in lengte van dagen een aparte sector in stand gehouden worden? Nee, denken al veel bestuurders die op allerlei manieren proberen hun instelling te integreren in grotere verbanden, zoals bij fusies tussen verslavingszorg en psychiatrische centra. Niet onbelangrijk is ook dat zowel de Inspectie voor de Gezondheidszorg als verzekeraars ggz-voorzieningen aansporen om de verslavingsproblemen van hun patiënten eindelijk eens serieus te nemen. En om concurrentie te bevorderen is er hier en daar zelfs geld beschikbaar voor de ggz om ook verslaving te behandelen.

Je zou dus de provocerende vraag kunnen stellen of de verslavingszorg - als aparte sector - moet worden afgeschaft, en daarop meteen maar een bevestigend antwoord kunnen geven. In plaats van afschaffen kun je ook afwachten, en je afvragen of de verslavingszorg zal blijven bestaan. Wellicht is het eindresultaat hetzelfde.