

Standpunt bestuur V&VN-SPV Rol en Positie SPV in relatie tot DBC

Met de invoering van de Diagnose Behandel Combinaties (DBC) in de GGZ is her en der grote beroering ontstaan over de rol en positie van de SPV binnen de GGZ organisaties.

Hoewel de invoering van de DBC voortkomt uit een nieuwe financieringssystematiek en dus in principe los staat van de professionele verantwoordelijkheidstoedeling binnen de GGZ organisaties blijkt dat bij de implementatie deze zaken wel met elkaar gekoppeld worden. Impliciet en soms expliciet ontstaat daarmee een nieuwe professionele verantwoordelijkheidstoedeling, met alle onrust van dien.

Inmiddels heeft de reactie daarop en de consequenties binnen verschillende instellingen reeds geleid tot een nadere toelichting, aanpassing of herziening van het ingezette beleid.

Dat dit nog niet heeft geleid tot een passend en acceptabel beleid blijkt uit de vele reacties, die de NVSPV nog steeds ontvangt.

Op basis van zorgvuldige analyse en consultatie wil het bestuur van de V&VN-SPV haar visie en standpunt weergeven teneinde de discussie in goede banen te leiden, haar leden te informeren en voor instellingen een handvat te bieden voor een adequate verantwoordelijkheidstoedeling.

Probleemanalyse:

Bij de implementatie van de DBC's ontstaan een drietal vragen, die in de discussie voortdurend door elkaar lopen en tot verwarring over de rol van de SPV leiden:

1. Wie mag een DBC openen en sluiten?
2. Wie mag een DSM IV classificatie vaststellen?
3. Wie kan hoofdbehandelaar zijn?

Deze drie thema's vormen de leidraad voor het standpunt van de V&VN-SPV en zullen hierna verder uitgewerkt worden.

Probleemverheldering:

Alvorens over te gaan tot een beschouwing van de drie vraagstellingen kan in zijn algemeenheid de volgende relevante knelpunten worden beschreven.

**** De domeinbeschrijvingen in de wet BIG (behandeling door de SPV)***

De SPV maakt deel uit van de grote beroepsgroep van verpleegkundigen in artikel 3 van de wet BIG. De domeinbeschrijving van de verpleegkundige in artikel 33 heeft betrekking op al die duizenden verpleegkundigen en de vele verschillende velden en functies van de verpleegkunde. Deze beschrijving doet geen recht aan de autonome (behandel)verantwoordelijkheid van de SPV.

Bijna 10 jaar na de invoering van de wet BIG heeft de minister een rapport (VBOC) geaccepteerd, dat de weg vrijmaakt om de regeling artikel 14 in werking te stellen. Dat betekent, dat binnen afzienbare tijd verpleegkundigen als Specialist artikel 14 kunnen worden geregistreerd. Vanzelfsprekend leidt dat tot een aanvullende domeinbeschrijving, die meer recht doet aan de rol en positie van deze verpleegkundigen. Zowel intern als extern is de verwachting, dat (een groot deel van de beroepsgroep van) SPV-en in aanmerking komt voor een dergelijke registratie. Daarmee wordt het voor instellingen ook gemakkelijker om SPV-en de juiste rol en positie te geven. Dit onder andere in het kader van de implementatie van de DBC's.

*** *Het focus van de Sociale Psychiatrie***

De DBC ontwikkeling is vooral ontstaan en vormgegeven voor medisch specialistische behandelingen. Bij de implementatie binnen de GGZ is onvoldoende rekening gehouden met de specificiteit van de problematiek in relatie tot de medische diagnose. Binnen de sociale psychiatrie ligt het focus vooral op de wisselwerking tussen de cliënt en diens omgeving. Het omgaan met pathologie en niet de pathologie als zodanig is het focus voor behandeling. Het gebruik van de medisch georiënteerde DBC's in de GGZ, maakt het voor de sociale psychiatrie ingewikkelder om het juiste focus te blijven hanteren.

*** *De beperkingen van de DSM IV als basis voor de 'D' in de DBC's***

In aansluiting op het voorgaande kan gesteld worden, dat cliënten veelal niet voor behandeling van de pathologie als zodanig naar de GGZ verwezen worden, maar veel meer vanwege de klachten en of problemen die daardoor zijn ontstaan of dreigen te ontstaan. Binnen de verpleegkunde is ook sprake van een eigen diagnostiek, met de daarbij behorende classificatiemodellen. Het is niet duidelijk en wellicht jammer, dat de 'D' van de DBC's niet gevuld kan worden met verpleegkundige diagnostiek.

Een uitwerking van de drie vraagstellingen:

1. Wie mag een DBC openen?

DBC's zijn in Nederland oorspronkelijk bedoeld voor een adequate financiering van medisch-specialistische zorg. Afgezien van de knelpunten bij de implementatie leidt dit in de somatische gezondheidszorg niet tot de heftige discussies over de verantwoordelijkheden dan zoals we die in de GGZ kennen. Afgezien van de vraag of dat wel of niet terecht is wordt de somatische zorg vooral gezien als een medisch specialistische behandeling, waarbij de kosten van andere beroepsbeoefenaren gezien worden als deel uitmakend van deze behandeling.

Binnen de GGZ worden behandelingen geboden door verschillende disciplines uit de meestal multidisciplinair samengestelde teams.

Daarbij komt het voor dat de rol van de medische discipline (psychiater) beperkt blijft tot het participeren in de cliëntenbespreking, consultatie aan een andere discipline of een eenmalig consult.

De stuurgroep DBC van GGZN heeft zich uitdrukkelijk niet uitgelaten over de verantwoordelijkheidstoedeling, maar dit aan de instellingsverantwoordelijkheid overgelaten. (Informatie van Hans Tieken, lid Stuurgroep GGZN)

Consultatie bij de Inspectie voor de GezondheidsZorg (IGZ) leert, dat de discussie over dit thema binnen de IGZ heeft opgeleverd, dat zij het standpunt hanteert, dat in principe alle artikel 3 geregistreerde BIG beroepen in aanmerking komen om DBC's te openen en te sluiten. Voor sommige DBC's wordt gesteld dat die uitsluitend door één of meer titelbeschermden mogen worden geopend en gesloten.

Vanuit cliëntperspectief ligt het voor de hand, dat de behandelaar, die de meest intensieve relatie met de cliënt heeft ook verantwoordelijk is voor het dossier en de daarbij behorende handelingen m.b.t. de DBC. Dit thema komt nog terug bij punt drie; wie kan hoofdbehandelaar zijn.

2. Wie mag een DSM IV classificatie stellen?

Bij de invoering van de (toen nog) DSM III, nu alweer zo'n 15 jaar geleden heeft de beroepsgroep van SPV-en geaccepteerd dat zij getraind werden in het stellen van een DSM classificatie. Ondanks de discussie over de bruikbaarheid van de DSM in de sociaal psychiatrische verpleegkunde zijn ook de opleidingen overstag gegaan om SPV-en te trainen in het hanteren van de DSM. Met name in stageperiodes bleek het werkveld dat te vereisen. Inmiddels is het gangbaar, dat de SPV na een crisisinterventie of een intake op basis van diens observaties en gegevensverzameling in het behandelteam een voorstel doet voor een DSM IV classificatie. Het team, waaronder een psychiater stelt deze classificatie vervolgens vast. Bij twijfel kan de psychiater besluiten de cliënt zelf te zien. Meestal is dit niet nodig omdat bij complexe gevallen de SPV de psychiater al eerder betreft vanwege de diagnostiek en/of medicatieadvies. De afgelopen jaren zijn op deze manier vele duizenden classificaties zonder problemen vastgesteld.

Met de invoering van de DBC lijkt de discussie van destijds overgedaan te worden, vanuit de stellingname, dat alleen de psychiater, psychotherapeut en GZ psycholoog voldoende bekwaam zijn om een DSM IV classificatie vast te stellen. Soms wordt in de discussie gebruik gemaakt van de domeinbeschrijvingen in de wet BIG. Op zichzelf is dat natuurlijk prima, alleen wordt er in de uitleg alleen gebruik gemaakt van de (gebrekkige) beschrijving van artikel 33 m.b.t. de verpleegkundigen. Daarbij wordt geen rekening gehouden met het feit, dat het hier een artikel betreft voor zo'n 300.000 verpleegkundigen en de wet BIG nog niet voorziet in de beschrijving van een autonoom functionerend verpleegkundige zoals de SPV. Op korte termijn valt een beschrijving te verwachten op basis van het rapport van de VBOC, waarin omschreven wordt hoe artikel 14 (verpleegkundig specialist) zal worden omschreven. Het is evident dat de autonoom functionerende SPV met eigen behandelverantwoordelijkheid in aanmerking komt voor registratie als verpleegkundig specialist. Opgemerkt dient te worden, dat het hier gaat om de SPV met een opleiding op het niveau van de professionele master. Op dit moment zijn dat veelal de SPV-en met een post HBO vervolgopleiding. Vanaf september 2006 wordt de opleiding alleen nog geboden op post-HBO niveau en daarmee op het master niveau.

Wat betreft de domeinomschrijving in de wet BIG wordt ook duidelijk, dat de GZ psycholoog zich dient te beperken tot de psychologische diagnostiek en kan de psychotherapeut niet hard maken, dat de wet toelaat dat zij bevoegd zijn tot het stellen van medisch psychiatrische diagnoses.

De praktijk van alle dag laat een werkwijze zien, die praktisch, verantwoord, haalbaar en betaalbaar is. Alle BIG geregistreerde disciplines in de GGZ kunnen op basis van verzamelde gegevens komen tot DSM IV classificatie, mits zij daar voldoende in zijn opgeleid en getraind. Bij twijfel kan de psychiater geconsulteerd worden of kan de psychiater uit eigen beweging overgaan tot het verrichten van een psychiatrisch onderzoek.

Het standaardiseren van een psychiatrisch onderzoek doet geen recht aan de deskundigheden van de andere disciplines, kan de relatie hulpverlener-cliënt verstoren en maakt het zorgaanbod extra gecompliceerd en kostbaar.

3. Wie kan hoofdbehandelaar zijn?

Met de invoering van de wet BIG is een heldere verantwoordelijkheidsverdeling ontstaan en de verlengde arm constructie verdwenen. Elke discipline is autonoom verantwoordelijk voor het (be-)handelen binnen het eigen beroepsdomein. De term eindverantwoordelijk kan daarom alleen nog van toepassing zijn binnen de eigen discipline, maar is eigenlijk nauwelijks bruikbaar, omdat het tuchtrecht altijd uit zal gaan van de individuele verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar.

Met de invoering van de DBC duikt ineens de terminologie van hoofdbehandelaar op. Wanneer dit begrip niet juist wordt gehanteerd ontstaat verwarring over de verantwoordelijkheidstoedeling. De term hoofdbehandelaar kan daarom alleen betrekking hebben op de administratieve procedure van de DBC financiering.

De Inspectie stelt zich op het standpunt, dat de hulpverlener, die bekwaam en bevoegd is om de belangrijkste bijdrage aan het oplossen van het probleem te leveren de hoofdbehandelaar is. Andere hulpverleners zijn dan medebehandelaar. Expliciet wordt daarbij opgemerkt, dat ook een psychiater dan medebehandelaar kan zijn.

Op basis van deze analyse komt de V&VN-SPV tot het volgende standpunt:

De Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige is op basis van opleiding en adequate nascholing bekwaam en daarmee bevoegd tot het openen en sluiten van een DBC, voor zover de SPV de belangrijkste bijdrage kan leveren aan de oplossing van het probleem van de cliënt. In die hoedanigheid kan de SPV dus gezien worden als de hoofdbehandelaar.

De SPV is in staat om op basis van eigen observaties en gegevensverzameling te komen tot de formulering van een DSM IV classificatie. De definitieve vaststelling vindt altijd in samenspraak met de psychiater vast. Op verzoek van de SPV of naar eigen inzicht kan de psychiater besluiten tot een eigen psychiatrisch onderzoek.

F. Verberk
Voorzitter V&VN-SPV
November 2006