

Overige opmerkingen

Tholen (2010) heeft voorgesteld om meer kopjes toe te voegen aan de geneeskundige verklaring bij de vraag naar overwegingen. Hij stelde voor om de volgende vragen toe te voegen aan de geneeskundige verklaring:

- a. waarom bent u van oordeel dat de beoogde rechterlijke machtiging het gevaar doelmatig kan afwenden? (vermeld eerdere positieve en negatieve resultaten van opname en behandeling);
- b. waarom acht u de beoogde rechterlijke machtiging proportioneel? (beschouw de ernst van het gevaar ten opzichte van de inbreuk op zelfbeschikking en vrijheidsbeneming);
- c. is betrokkene in staat tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake van de opname (of ten aanzien van de gestelde voorwaarden)? Zo niet, welke beperkingen in de besluisvaardigheid stelt u vast?;
- d. welke wensen heeft betrokkene zelf ten aanzien van het oplossen van zijn problemen?;
- e. heeft u overleg gehad met familie en/of vertegenwoordiger? Hoe staan zij tegenover de situatie van betrokkene? Zijn er speciale redenen om de rechter met familie/vertegenwoordiger te laten spreken, in aan- of afwezigheid van de patiënt?

Dergelijke vragen komen doorgaans wel aan de orde in de zittingen, maar zouden bij een eventuele wijziging in de Wet Bopz zeker niet mistaan. In de medische verklaring in de Wvvgz komen bovenstaande vragen wel meer expliciet aan de orde.

Ten slotte

Van de toekomstige Wvvgz wordt veel verwacht. Mogelijk is een aantal genoemde problemen dan wel opgelost (bijv. één model verklaring). Zo lang de Wvvgz er niet is, zullen veel voorkomende knelpunten in de praktijk worden opgelost door de Bopz-administratie van een ggz-instelling en de geneesheer-direc-

teur, in goede afstemming met het OM en soms ook met de griffier. Dat kan tot de verzuchting leiden van betrokken partijen (patiënt, familie, psychiaters, juristen): is hier nu sprake van (overmatige) juridisering van de werkvloer en/of is het een vanzelfsprekende zorgvuldigheid bij essentiële beslissingen? Beide, vermoed ik.

38 Het tweekoppig monster⁴⁹

Hoe om te gaan met de verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen Bestuur en Geneesheer-directeur in een GGZ instelling.

Melina Kappeyne van de Copello-

Rakic en Marco Vonk⁵⁰

Aanleiding in Arkin

De afgelopen jaren is het takenpakket van de bureau Geneesheer-directeur in Amsterdams grootste GGZ-instelling Arkin steeds verder gegroeid. De geneesheer-directeur is niet, wat de wat anachronistische naam zou kunnen doen vermoeden, de bestuurder van de instelling als geheel. Geneesheer-directeur (GD) is een wettelijke functie, die in grote instellingen als Arkin wordt uitgeoefend door een of meer personen, altijd psychiaters. De geneesheer-directeur is als publiekrechtelijk orgaan verantwoordelijk voor het toepassen van de Wet

⁴⁹ Beeldspraak ontleend aan dhr. R. Zuiderhoudt.

⁵⁰ Dr. M. Kappeyne van de Copello-Rakic is geneesheer-directeur bij Arkin, M. Vonk is organisatieadviseur bij VIJFadvies.

Bijzondere opnames in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) in GGZ-instellingen. Op basis van deze Wet Bopz, die onder andere over toepassing van dwangbehandeling gaat, kan de GD dwingende aanwijzingen geven aan management en afzonderlijke hulpverleners met betrekking tot de gang van zaken rond een individuele patiënt. De GD is daarnaast belast met de verantwoordelijkheid voor algemene gang van zaken op het geneeskundig gebied binnen een GGZ instelling. Deze verantwoordelijkheid blijkt scherp uit het feit dat de GD persoonlijk tuchtrechtelijk vervolgd kan worden voor het ontbreken van beleid of protocollen die betrekking hebben zowel op het juist toepassen van de Wet Bopz als op de algemene gang van zaken op geneeskundig gebied. Uit deze verantwoordelijkheid vloeit een groot en niet altijd duidelijk begrensd takenpakket voort, variërend van interventies gericht op het terugdringen van dwang tot het beleid met betrekking tot calamiteiten en suïcides.

"Waar is de GD nu eigenlijk van?" Binnen Arkin ontstond die vraag mede door de onhoudbaar geworden werkdruk van de betrokken psychiaters en hun ondersteunende medewerkers. Maar de vraag naar de manier waarop de taken van de GD in de organisatie van de instelling zijn ingebed leeft landelijk, mede door de aanstaande invoering van de Wet verplichte gezondheidszorg (Wvvgz), die – onder meer – de Wet Bopz vervangt.

Nieuwe wet

In de toekomstige Wvvgz wordt de verantwoordelijkheid van de GD ruimer geformuleerd dan in de Wet Bopz: De GD krijgt de regie voor de verplichte zorg binnen een instelling. Daarnaast is de GD verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg en daarmee de aanwezigheid van alternatieven voor dwang. De GD heeft onder de nieuwe wet dus een nog verantwoordelijkere en belangrijker rol in de instelling. Dat roept bij geneesheer-directeurs en andere betrokkenen de vraag op: wat moet het takenpakket van de GD eigenlijk zijn? Hoe

komt de wettelijke verantwoordelijkheid van de GD tot uiting in een formele positie in de instelling? Hoe verhoudt zich dat tot andere verantwoordelijken in de instelling, zoals de directie? Hoe leggen we de verschillende taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden nu goed vast?

Positie GD

Er is een potentieel spanningsveld tussen de GD en de directie of Raad van Bestuur (RvB) in een instelling. De essentie van de functie van GD is dat de GD ervoor zorgt dat verplichte zorg zorgvuldig wordt toegepast. De GD waarborgt dat verplichte zorg uitsluitend wordt toegepast als daar een stevige wettelijke basis voor is. Verplichte zorg, zoals gedwongen opname of dwangmedicatie kunnen op zichzelf medisch inhoudelijk wenselijk zijn ("voor de bestwil van de patiënt"). Dat is echter geen wettelijke reden om het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt in te perken. Het zou ook kunnen voorkomen dat een instelling vanuit de eigen mogelijkheden dwangbehandeling als de meest (kosten)efficiënte behandeling ziet. Om te voorkomen dat een dergelijke situatie ook daadwerkelijk de (enige) aanleiding zou zijn om verplichte zorg toe te passen, is de GD in de nieuwe wet ook verantwoordelijk voor de aanwezigheid van alternatieven voor de verplichte zorg. Daarmee raakt de verantwoordelijkheid van de GD eigenlijk het hele gebied van de kwaliteit van de zorg. Een verantwoordelijkheid die in een andere wet (de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, Wkkgz) nu juist bij de Raad van Bestuur is neergelegd.⁵¹ Tegelijkertijd sluit de Wet Bopz uit dat de GD lid is van de Raad van Bestuur.⁵² Daarmee heeft de wetgever een "tweekoppig monster" gecreëerd.

51 Nadere regels ter uitvoering van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Uitvoeringsbesluit Wkkgz), *Stb.* 447.

52 Wet Bopz, art. 1 lid 3.

Dit is niet op te lossen in de structuur

Wat betekent dit alles nu voor de positie van de GD in de instelling? Anders gezegd: waar tekenen we het blokje "GD" in het organigram? Een organigram is een schematische weergave van de structuur van een organisatie. De verticale lijnen zijn bevoegdheidslijnen: wie heeft er over welk onderdeel wat te zeggen. In een organigram is weergegeven wie er een besluit neemt, als verschillende functionarissen het niet eens worden: de leidinggevende. Boven aan het organigram staat dan ook gewoonlijk de eindverantwoordelijke, de voorzitter van de Raad van Bestuur, de directeur of de CEO. De wetgever heeft nu, kort door de bocht, bepaald dat zowel de RvB als de GD eindverantwoordelijkheid hebben over de kwaliteit van de zorg in de instelling. Organisatiekundig is dat potentieel een probleem. Een probleem dat we overigens op meer plekken tegenkomen, zoals bij het reizigersvervoer en bij openbare orde en veiligheid.

Hoe de GD zijn verantwoordelijkheid in relatie met de RvB vorm kan geven, is onderwerp geweest van intensief en langdurig overleg in de beroepsgroep. Zowel GGZ Nederland als de afdeling GD van de Nederlandse vereniging van psychiatrie hebben uitvoerig nagedacht over wat de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de GD zouden moeten zijn. Dit overleg heeft geresulteerd in een standaard GD, waarin aanbevelingen opgenomen zijn over taken van de GD en zijn plaats in de organisatie.

Om met dat laatste te beginnen: in deze standaard is aangegeven dat de GD door de Raad van Toezicht benoemd zou moeten worden. Dat onderstreept de (ook al wettelijk gewaarborgde) positie van de GD t.o.v. de Raad van Bestuur. Om nu te voorkomen dat GD en RvB al te zeer in elkaars vaarwater terecht komen, kiezen veel instellingen ervoor om het takenpakket van de GD te beperken tot die taken, die direct omschreven zijn in de huidige wet

Bopz. Dit wordt wel "GD-smal" genoemd, naar de smalheid (beperkte) van het takenpakket.⁵³ Deze smalle invulling gaat echter voorbij aan de integrale verantwoordelijkheid van de GD voor de kwaliteit van de zorg die door de toekomstige wet is beschreven.

Overleg institutionaliseren

Organisatiekundigen maken onderscheid tussen organisatiestructuur en organisatiesystemen. Het instellen van overlevormen is een vorm van zo'n organisatiesysteem.

Voor de duidelijkheid: in een organisatie is het gemakkelijk en functioneel om bevoegdheden en verantwoordelijkheden helder vast te leggen in een structuur. In zo'n structuur wordt duidelijk wie er uiteindelijk bevoegd is om een besluit te nemen, als verschillende onderdelen het niet met elkaar eens worden. Dat is in het geval van zaken, die de taken van de GD betreffen, veelal niet mogelijk. De GD heeft wettelijke verantwoordelijkheden, waarvan hij sommige deelt met de RvB, zoals de kwaliteit van de zorg. De GD kan zich daar niet aan onttrekken in een "smal" takenpakket, maar kan de verantwoordelijkheid ook niet zonder de RvB uitoefenen. In de organisatiestructuur, het vastleggen van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden in hiërarchische lijnen, is het bovenstaande probleem niet goed op te lossen.

Over de inrichting van de kwaliteitszorg binnen een instelling moet overeenstemming gezocht worden tussen RvB en lijnmanagement enerzijds, de GD en, in het geval van Arkin, de directeur kwaliteit. Daar moeten de directie en de geneesheer-directeur dus structureel over overleggen. De inrichting van zo'n overleg is meer dan een stippelijntje in het schema. Dat overleg, of liever nog het resultaat ervan, moet vastgelegd worden in afspraken,

⁵³ Ook wordt wel onderscheid gemaakt tussen "eigenlijke" (direct voortvloeiend uit de wet Bopz) en "oneigenlijke" taken.

niet vrijblijvend maar gericht op een gezamenlijk plan voor het waarborgen van de kwaliteit van de zorg in de instelling. In theorie is het onwenselijk om de verantwoordelijkheid voor en (aspecten) van een organisatie bij twee verschillende onderdelen neer te leggen, maar in de praktijk blijkt het heel goed mogelijk om die gezamenlijke invulling en de onderscheiden taken daarin in een gezamenlijk plan neer te leggen als het overleg goed vorm krijgt.

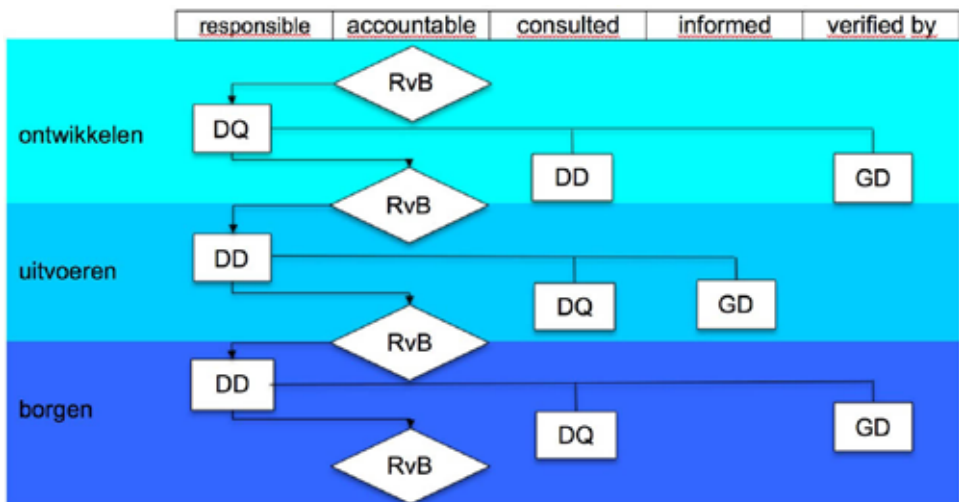
Arkin's oplossing

De GD van Arkin en de directeur die verantwoordelijk is voor het zorgbeleid binnen de instelling erkennen hun gedeelde verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg en hun gemeenschappelijke belang om goede afspraken te maken over het operationaliseren van die verantwoordelijkheid. Met het oog daarop is een verantwoordelijkhedenmatrix opgesteld waarin is vastgelegd wie op welk moment welke rol speelt bij het ontwikkelen en uitvoeren van het zorgbeleid. De matrix is gebaseerd op het RACI-V model. De letters staan voor de verschillende "rollen" die betrokkenen in een

proces uitoefenen (zie onderstand schema). Daarin heeft de GD de rol van "verifieerder": degene die checkt of het beleid aan de vereiste standaard voldoet en dus hindermacht in het proces heeft. Daarnaast is op verschillende momenten overleg tussen de directeur kwaliteit en de GD vastgelegd. Zo ontstaat wederzijdse afhankelijkheid in communicatie, zonder dat aan de professionele en wettelijke autonomie wordt getornd.

Conclusie

De gekozen benadering functioneert in de praktijk, omdat de directeur kwaliteit en de GD onderkennen dat de integrale verantwoordelijkheid niet op te delen valt. Wel kunnen zij op verschillende momenten in het proces verschillende rollen in het overleg vervullen. Rolduidelijkheid en rolvastheid in dat proces blijkt een cruciale voorwaarde voor het goed functioneren van het overleg, dat noodzakelijk is om alle actoren hun verantwoordelijkheid waar te kunnen laten maken.



RvB: Raad van Bestuur
 DQ: Directeur kwaliteit
 DD: Divisiedirecteur
 GD: Geneesheer-Directeur