

De geneesheer-directeur: anachronisme of toekomstbestendig?

C.M.TH. GIJSBERS
VAN WIJK

Als we ons een voorstelling maken van een geneesheer-directeur, doemt het beeld op van een bedachtzame psychiater op leeftijd, veelal een man, met jarenlange ervaring in het vak, die als wijze en gezaghebbende functionaris de medische zorg in het psychiatrisch ziekenhuis bewaakt. Dit beeld, evenals de functie zelf, is afkomstig uit het tijdperk van de grote gestichten in duinen en bossen, waar de geneesheer-directeur de scepter zwaaide. Bij het ontwerpen van de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) ging de wetgever er dan ook van uit dat er één geneesheer-directeur was voor het gehele psychiatrisch ziekenhuis, die vanzelfsprekend zitting had in de toenmalige directie.

In onze huidige grootschalige ggz-instellingen, met raden van toezicht, raden van bestuur, en meerdere managementlagen, met steeds minder bedden en steeds meer ambulante en transmurale zorg, zijn de positie en de rol van de geneesheer-directeur (man of vrouw) minder eenduidig. De positionering varieert nu van één geneesheer-directeur in de raad van bestuur (lijn) of daarbuiten (staf), die de functie zelf uitvoert of grotendeels mandateert aan waarnemend geneesheren-directeuren, tot een college van meerdere geneesheren-directeuren, per onderdeel van de instelling, die al dan niet een lijnfunctie hebben en/of behandelaar zijn (Lucieer 2005).

Zowel 'in de lijn' als 'langs de lijn' heeft de geneesheer-directeur een bestuursrechtelijke positie vanwege de Wet Bopz. In een lijnfunctie heeft hij leidinggevende bevoegdheden, maar kunnen deze lijnverantwoordelijkheden conflicteren met de bestuursrechtelijke positie. In een staffunctie kan de geneesheer-directeur onafhankelijk en compromisloos aanwijzingen geven over de zorg op alle niveaus van de organisatie, maar mist hij of zij hiërarchische bevoegdheden.

Spanningsveld De rol van de geneesheer-directeur is evenmin zonneklaar. In de Wet Bopz, die de *raison d'être* van de functie vormt, wordt onder de geneesheer-directeur '... mede verstaan de arts die, hoewel geen directeursfunctie bekleedende, belast is met de zorg voor de algemene gang van zaken op geneeskundig gebied in het psychiatrisch ziekenhuis' (Keurentjes & Zijderhoudt 2003). Deze paradoxale formulering stelt in feite dat de geneesheer-directeur wel verantwoordelijkheid draagt voor de kwaliteit van zorg ('belast met de zorg voor de algemene gang van zaken op geneeskundig gebied'), maar niet noodzakelijkerwijs de lijnbevoegdheden heeft om deze waar te maken ('geen directeursfunctie bekleedende'). Het algemene en medisch-inhoudelijke beleid wordt immers vastgesteld door raad van bestuur en management. Volgens de Kwaliteitswet Zorginstellingen is de raad van bestuur als zorgaanbieder ook formeel verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg.

Maar waarmee is de geneesheer-directeur dan nog belast? Zie hier het spanningsveld waarin deze functionaris opereert.

Identiteitscrisis? Anno 2008 lijkt de geneesheer-directeur in een identiteitscrisis beland. Wat is, wat kan, wat mag en wat moet een geneesheer-directeur in de hedendaagse ggz? De derde evaluatiecommissie van de Wet Bopz (2007) stelt dat de taakuitoefening van (onder anderen) de geneesheer-directeur niet goed aansluit bij de maatschappelijke ontwikkelingen en de organisatie van de ggz. In de conceptversie van de richtlijn Besluitvorming Dwang (Richtlijncommissie dwang 2008) wordt de rol van 'de psychiater' bij dwangtoepassingen beschreven. Aan de geneesheer-directeur wijdt de commissie weinig woorden, afgezien van de aanbeveling dat hij of zij psychiater moet zijn. Is de geneesheer-directeur een anachronisme?

Toezicht op rechtspositie Wat behoort nu feitelijk tot het specifieke domein van de geneesheer-directeur? In essentie is hij bekleed met een aantal formele bevoegdheden vanuit de Wet Bopz. De 'eigenlijke taken' die Dijkers (2002) noemt, behelzen het toezicht op de externe rechtspositie (beslissingen over het initiëren, voortzetten of beëindigen van een rechterlijke machtiging; verlof en voorwaardelijk ontslag; opnames en overplaatsingen) en op de interne rechtspositie (aanwezigheid behandelplan, vrijheidsbeperkingen en dwangtoepassingen). Als 'bestuursorgaan' in de zin van de Algemene Wet bestuursrecht ('persoon of college, met enig openbaar gezag bekleed') is de geneesheer-directeur gelegitimeerd om verregaand in te grijpen in de fundamentele rechten van de mens: bescherming van de persoonlijke levenssfeer, integriteit van het lichaam en het recht op vrijheid. Vanuit deze bevoegdheid kan hij ingrijpende beslissingen nemen over de individuele rechtspositie van patiënten en dwingende aanwijzingen geven over de individuele patiëntenzorg aan alle medewerkers van de instelling. Zo bezien is de geneesheer-directeur vooral de 'dokter die over dwang gaat'.

Taken en bevoegdheden De kerntaken van de geneesheer-directeur zijn dus onlosmakelijk verbonden met diens formele Bopz-bevoegdheden. De 'preciezen' onder de geneesheren-directeuren beperken zich dan ook strikt tot hun Bopz-taken, terwijl de 'rekelijken' uiteenlopende portefeuilles behartigen, van gefaseerd toezicht door de inspectie, kwaliteitscertificering, dossierbeleid en gegevensuitwisseling tot kwaliteitscommissies, prestatie-indicatoren, klachtenbemiddeling en plaatsingsproblemen. Deze bredere taakopvatting heeft nu geen wettelijke basis. De geneesheer-

directeur opereert hier vanuit persoonlijke competenties en interesses, op basis van zijn gezag, en volgens afspraken met de raad van bestuur en het management.

De ggz heeft te maken met een toenemende complexiteit van wet- en regelgeving en aanhoudende druk op het afleggen van maatschappelijke verantwoording. Het wettelijk vastleggen van de rol van de geneesheer-directeur inzake deze portefeuilles, als drager van het 'wettelijk gezag' betreffende kwaliteit, klachten, veiligheid, inspectiezaken enzovoort, zal de positie van de geneesheer-directeur versterken en de zorg ten goede komen, alsmede de grondwettelijke rechten van patiënten beter beschermen.

Naar een nieuwe situatie? De derde evaluatie van de Wet Bopz (2007) heeft duidelijk gemaakt dat deze wet niet toekomstbestendig is en dat de huidige opnamewet op korte termijn (het streven is 2012) vervangen moet worden door een behandelwet. De commissie stelt tevens voor om, naar Australisch model, commissies psychiatrische zorg te introduceren die losstaan van de instellingen en een centrale rol krijgen in het gehele dwangtraject: de voorbereiding van rechterlijke beslissingen, het toezicht op gedwongen zorg en de beëindiging van de gedwongen (na)zorg.

Dit heeft belangrijke consequenties. De commissie psychiatrische zorg zal een groot deel van de toezichtstaken overnemen van de geneesheer-directeur. Voor het bewaken van de interne rechtspositie (vrijheidsbeperking, dwangtoepassingen) en onderdelen van de externe rechtspositie (teruggave van vrijheid) staat een regionale commissie echter wel erg op afstand van de werkvloer. De geneesheer-directeur in de instelling heeft daarentegen voldoende nabijheid tot de patiëntenzorg om de rechtspositie van individuele patiënten adequaat te kunnen toetsen, en tegelijkertijd voldoende distantie van de werkvloer om overstijgend instellingsbeleid te formuleren dat de eenvormigheid van rechtstoepassing garandeert.

Functionaris die behouden moet blijven Nederland telt momenteel ongeveer 130 (waarnemend) geneesheren-directeuren. De onlangs opgerichte landelijke vereniging van geneesheren-directeuren wil tot meer consensus komen over de identiteit, positie en kerntaken van de functie. Ze wil een netwerk vormen om kennis en expertise te delen, ze wil haar leden informeren over relevante actuele ontwikkelingen en gezamenlijke standpunten uitdragen.

Binnen deze vereniging bestaan zorgen over eerdergenoemde plannen, die een uitholling of zelfs opheffing kunnen betekenen van de functie geneesheer-directeur zoals wij die kennen. Velen zijn van mening dat een functionaris die binnen de instelling toezicht houdt op de externe, maar vooral ook op de interne, rechtspositie van de

patiënt, én de kwaliteit van zorg, van groot belang is en behouden dient te blijven. Vergeleken met een regionale commissie staat de huidige geneesheer-directeur dichterbij de patiënt en de professional en kent de organisatie beter, terwijl hij of zij gezag heeft bij collega-psychiaters; daardoor kan hij of zij de patiëntenrechten en de kwaliteit van zorg beter bewaken. Laten we hopen dat de functie geneesheer-directeur wel toekomstbestendig blijkt.

LITERATUUR

- Derde evaluatiecommissie van de Wet Bopz (2007). Deel 1. Evaluatierapport: Voortschrijdende inzichten. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Dijkers, W. (2002). Aantekening 2.2. bij artikel 1 van de Wet Bopz. In W. Dijkers & T.P. Widdershoven. *De Wet Bopz: artikelsgewijs commentaar*. Den Haag: Koninklijke Vermande.
- Keurentjes, R.B.M., & Zuijderhoudt, R.H. (2003). *De geneesheer directeur*. Praktijkreeks BOPZ 4. Den Haag: Koninklijke Vermande.
- Lucieer, J. (2005). De psychiater aan het roer: functie geneesheer-directeur verdient meer aandacht. *Medisch Contact*, 60(13), 525-526.
- Richtlijncommissie dwang (2008). *Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling*. Concept 28 februari 2008. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

AUTEUR

C.M.TH. GIJSBERS VAN WIJK is psychiater bij Stichting Buitenamstel Geestgronden (SBG) en het VU medisch centrum en is werkzaam als geneesheer-directeur van SBG.
Correspondentieadres: dr. C.M.Th. Gijsbers van Wijk, Lassusstraat 2, 1075 GV Amsterdam.
E-mail: cecileg@ggzba.nl.

TITLE IN ENGLISH The medical superintendent: anachronism or here to stay?