

# Directionele en bestuurlijke vragen met betrekking tot klinische voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg\*

door Dr D. Jacobs\*\*

## Inleiding, probleemstelling

Het 'spel' tussen besturen, directies, overheid, ondernemingsraden, inspraakcommissies en wat dies meer zij is thans hoogst actueel. Niet alleen dat. Het is zelfs spannend. Vooral omdat op de achtergrond — en menigmaal in het front — de vraag om de macht onverbloemd, soms ook verhuld, om de hoek komt kijken. Het schijnt dat de geestelijke gezondheidszorg, en met name de zwakzinnigenzorg, de grootste spanningen te verwerken krijgt. Hoe komt dat? Zijn psychische gezondheidswerkers meer eigenwijs? Wispelturiger? Meer emotioneel geladen? Of is de materie weerbarstiger? Juist omdat ze zo ongrijpbaar, zo weinig concreet is? Zijn de structuren halsstarriger? Is er een grotere weerstand tegen verandering? Of wil de geestelijke gezondheidszorg juist snel veranderen en stuit hij daarbij op een taaie, ondoordringbare 'resistance to change' in de maatschappij? Is de luide en terechte roep om inspraak en medezeggenschap in de geestelijke gezondheidszorg een avantgardistisch gebeuren? Of een inhaalmanoeuvre, die weerstanden oproept? Gerommel en explosies in de intramurale geestelijke gezondheidszorg zijn 'hot news' geworden. Ze halen de voorpagina's van de kranten, ook buiten 'komkommertijd'.

Dit alles heeft mij aan het denken gezet. Niet zover dat ik er een oplossing voor heb; die zal wel nooit komen. Rustig vaarwater doet de geestelijke gezondheidszorg inslapen, maar àl te woelig kunnen en moeten de baren niet zijn. Dat gaat ten koste van de zorg voor de schepelingen, onze patiënten. U moet van mij geen oplossing verwachten, ook geen nieuwe of vaste koers. Ik ben geen loods, ik ben evenals velen van u ook een zoekende. Ik vind het als leidinggevende vaak moeilijk om te ervaren dat velen van je verwachten dat je de koers bepaalt, terwijl je die zelf niet weet. Eerlijk dit toe te geven is verreweg het beste. Zo is het vandaag

\* Lezing, gehouden op 26 september 1975 in het Delta-ziekenhuis te Pooztugaal, voor de Sectie Klinische Psychiatrie.

\*\* Geneesheer-directeur van het psychiatrisch centrum 'Zon en Schild' te Amersfoort.

## *Klinische voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg*

ook: we gaan samen op zoek, in de hoop dat we denkend, luisterend, meepratend er iets van ons eigen zwerven in vinden. Daarmee helpen we elkaar en anderen. Het gaat dus om discussiestof, om het stellen van vragen aan elkaar. In de hele geestelijke gezondheidszorg zijn we met vragen bezig die zich voornamelijk richten op problemen rond besturen en directies. We roepen vaak hulp van deskundigen in. Zijn we dan niet mans genoeg om onze 'eigen boontjes te doppen'? Vereist de benadering van de probleem-vierhoek: bestuur-directie-medewerkers-cliënten (of patiënten) externe specifieke deskundigheid? Sommigen, ja velen zeggen van wel, anderen ontkennen dit.

Eén ding staat vast: we moeten de vierhoeksverhouding dynamisch en constructief-bruikbaar houden. Maar hoe? Is er principieel verschil in structurering tussen grote en kleinere inrichtingen? Tussen ambulante en klinische voorzieningen? Tussen 'concerns' van instituten en 'solitaire' instellingen? Hangt de optimale grootte af van de bestuursstructuur, de 'span of control' van de directie, de overzichtelijkheid van de 'subtop' of het aantal eenheden dat zorg nodig heeft? Heeft het nog wel zin 'concerns' in stand te houden, nu de marges in de democratie bijvoorbeeld bij vaststellen van bouw- en behandelingsprijs zo gering zijn geworden? Steeds komt weer de vraag naar voren: Is er een specificiteit in het management in de geestelijke gezondheidszorg, misschien voor de gehele welzijnssector? Noordzij (1968) trachtte deze te ontdekken. Hij trok een parallel met het therapeutisch klimaat. Het is hem helaas niet gegeven zijn opvattingen nader uit te werken. Wellicht zou het hem dan gelukt zijn.

Er is nog een ander probleem. De differentiatie van methoden, voorzieningen, behandelingen, cliëntsystemen, in de geestelijke gezondheidszorg is de laatste jaren aanzienlijk toegenomen. Zo sterk dat de psychiatrie in evenveel sub- of superspecialismen is onderverdeeld als de chirurgie en de interne geneeskunde. De geestelijke gezondheidszorg, nog maar aan het begin van zijn ontwikkeling, omvat minstens een even zo groot aantal specialismen als de somatische zorg. Dat maakt bestuurlijke en directionele problemen niet eenvoudiger. Misschien wel dáárdoor liggen conflicten en explosies steeds op de loer. En verder: sommigen stellen hun vertrouwen in structuren en verhoudingen gebaseerd op een stelsel van verkiezingen, weer anderen zweren bij het aloude beproefde systeem van benoemingen. De eersten dreigen te struikelen over eideloze discussies betreffende democratiserings- en inspraakprocessen. De laatsten worden van hun zelf-opgerichte voetstuk gestoten door verwijten in de richting van ondemocratisch (wat is dat?) of autoritair optreden. In een aantal instellingen is — al naar de 'couleur locale' en naar het soort adviesbureau — een 'radenstructuur' ontstaan. Het raden-raderwerk loopt al of niet gesmeerd. De belangrijkste factor daarbij is de combinatie van personen die het schema moeten invullen en tot leven brengen. Ik heb diep respect voor diegenen die daarbij de moed hebben zichzelf ter discussie te stellen en die mede daardoor slagen. Tenslotte is in een aantal in-

stellingen van geestelijke gezondheidszorg een ondernemingsraad, die invloed op de verhouding bestuur-directie kan uitoefenen. Sommigen, waaronder Van Wijmen (1975) in zijn proefschrift over 'Het Ziekenhuis', achten dit orgaan niet geschikt voor het ziekenhuiswezen. Persoonlijk zie ik voor instellingen (met name voor klinische) wèl mogelijkheden om tot een goede constructie te komen. Maar dan moet de ondernemingsraad een breder en meer geïntegreerd orgaan worden.

De inleiding geeft duidelijk een aantal potentiële en reële knelpunten weer. Nu zijn bestuurs- en directiestructuur aan de orde voor een afzonderlijke beschouwing.

### **Problemen rond besturen van instellingen van geestelijke gezondheidszorg**

Er zijn zeer radicalen, die zeggen: je hebt geen bestuur nodig. Schaf het af. Er zijn anderen die menen dat je zonder een goed 'klankbord' geen organisatie kunt runnen. Tussen deze beide polen beweegt zich de status van het bestuur. In ieder geval moet er een instantie zijn die uiteindelijk verantwoordelijk is. Of zijn állen: werkers, cliënten, gezamenlijk verantwoordelijk? De problemen rond het besturen van instellingen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg spitsen zich voornamelijk toe op macht, verantwoordelijkheid, samenstelling, representativiteit, vertegenwoordiging naar buiten en naar binnen ten opzichte van medewerkers en cliënten. Het lijkt een welhaast onmogelijke combinatie van functies en communicatielijnen. Het lijkt mij toe dat bestuur en management hoe langer hoe meer naar elkaar toe groeien. Anderzijds: naarmate specialisering van doelstellingen en taken van het instituut en zijn werkers toenemen, groeit de afstand tussen management en uitvoerend werk. Dit geeft spanningen, vooral als dit niet onderkend wordt, en ook als 'besturen' of 'manage' gezien wordt als een noodzakelijk kwaad dat niet om een of andere vorm van deskundigheid vraagt.

Volgens Van Wijmen (1975) dient de bestuursstructuur aan de volgende eisen te voldoen:

- een zo groot mogelijke garantie voor de verzorging waarborgen;
- zoveel mogelijk de medewerkers van de instelling erin betrekken;
- nastreven van een symbiose, een optimaal leefbare situatie tussen professie en bureaucratie;
- juiste verdeling van bevoegdheden en verantwoordelijkheden;
- evenwicht tussen interne en externe verantwoordelijkheden;
- grote aandacht voor efficiency; en ten slotte
- werkbaarheid; men kan wel een mooie structuur ontwerpen, maar deze moet ook praktisch uitvoerbaar zijn!

Ik voeg daar nog aan toe:

- een optimale democratische controle moet mogelijk zijn;
- de communicatielijnen tussen bestuur en organisatie dienen zo goed mogelijk gestructureerd te zijn;

— het bestuur dient zich op zodanige wijze deskundig te doen bijstaan — voor zover de directie dat niet doet — dat de zelfstandigheid van het directiebeleid niet in gevaar komt.

Bij dit alles vraagt men zich af: Zijn dit nog wel aparte bestuurlijke taken? Treedt er geen te grote vermenging op van bestuurlijke en leidinggevende directionele taken? Komt het erop neer dat het bestuur juist veel macht krijgt? Of dat het overbodig wordt? In de praktijk zullen er ten aanzien van bovengenoemde eisen veel compromissen gesloten worden. Bijvoorbeeld: hoe kan het bestuur beoordelen, of onderzoeken, of de verzorging onder zo groot mogelijke garanties plaatsvindt?

De vorm waarin medewerkers in het bestuur worden betrokken is van groot belang. Moet er een min of meer algemeen schema ontstaan in de geestelijke gezondheidszorg, of is de vorm van allerlei situaties en factoren afhankelijk? Het aloude vraagstuk van lijn en staf, van beleid en professie is nog steeds niet opgelost. Zal het bestuur erin slagen wederzijdse erkenning van elkaars deskundigheid te erkennen? Hoe kan toezicht gehouden worden op de efficiency als men geen apparaat ter beschikking heeft en als men door allerlei maatregelen van buitenaf, in een keurslijf van bepalingen geperst wordt? Hoe is te bewerkstelligen dat een bestuursbureau — wat nodig is als men kiest voor een duidelijke bestuursfunctie — geen 'staat in de staat' wordt en te zeer een eigen beleid gaat voeren? Vooral als dat bureau 'dichter bij het vuur' zit dan de directie, en zeker als het meer deskundigheid omvat dan in het bestuur is gerepresenteerd? Ik weet uit ervaring hoe moeilijk dat is. Niettemin lijken mij de voordelen van een goed orgaan dat het bestuur centraal ondersteunt groter dan de nadelen.

Vollebergh (1971) komt tot de conclusie dat niet gestreefd moet worden naar scherp omschreven formele structuren. Ik ben dat met hem eens. Maar in ieder geval zal het raam van de bestuursstructuur duidelijk en helder in voor ieder begrijpelijke termen omschreven moeten zijn. Het valt mij daarbij op dat slechts weinigen werkelijk geïnteresseerd zijn in een dergelijke structuurschets. Totdat er problemen komen: dan wil menigeen ineens 'het naadje van de kous weten'. En dan is 'Leiden in last' als de bevoegdheden en verantwoordelijkheden niet duidelijk omschreven zijn. Vollebergh vindt ook dat aan besturen niet te veel tijd besteed moet worden. Hij bedoelt kennelijk daarmee te voorkomen dat bestuurders op de stoel van de directie gaan zitten, of dat zij zich te veel met detailzaken bemoeien. Wanneer men echter kiest voor een actief participerend bestuur, dan is te weinig tijdsbesteding nog gevaarlijker. En als er dan weinig tijd is, dan lijkt het beter die te geven aan frequente, korte vergaderingen, dan aan langdurige, minder frequente besprekingen.

In dit verband moet wat over de honorering van bestuursleden gezegd worden. Festen (1975) is een fervent tegenstander van bezoldiging van bestuursleden. Hij vindt dat onafhankelijkheid en inzet van bestuursleden daardoor bedreigd worden. Het lijkt mij toe dat honorering op den duur onontkoombaar is. Om twee rede-

nen:

1 — de tijdsinvestering gedooft slechts dat alléén hoger betaalden zich de 'luxe' van dergelijke nevenfuncties kunnen permitteren; lager gehonoreerden, uit representativiteit van de bevolking ook in besturen zo broodnodig, komen daardoor veel minder in aanmerking;

2 — besturen — als zulks noodzakelijk wordt geacht — is een kunst, zelfs een vak (denk aan politici); naast stuurmanskunst wordt deskundigheid gevraagd; daarom is scholing, 'education permanente' nodig; het is redelijk dat dit gehonoreerd wordt; de knelpunten liggen daar waar door het bestuur niet één lijn getrokken wordt en waar het bestuurslid de honorering (naast de eer) voorop stelt.

Wanneer voor een of andere klassieke bestuursvorm gekozen wordt, zal de soort van deze bestuursvorm bekend moeten zijn. Marx (1973) onderscheidt drie vormen:

1 — Beleidsvormend bestuur: dit bereidt beleidsbeslissingen voor en neemt deze. Voor voorwaarden-scheppend beleid is kennis van veel zaken buiten de instelling nodig. Daarnaast worden professionele beleidsbeslissingen voorbereid. Hieraan komt vooral de beroepsdeskundigheid binnen het instituut te pas. (Bijvoorbeeld in de vorm van adviezen van professionals.) Juist op dit terrein dreigen de grootste spanningen. Eén van de bronnen van conflictstof in een aantal recente crises in inrichtingen voor zwakzinnigen lag hier.

2 — Executief bestuur. Dit vervult min of meer de rol van hoogste orgaan van de dagelijkse leiding. Het oefent naast voorwaarden-scheppend beleid, ook invloed uit op de dagelijkse gang van zaken. In deze structuur krijgt de directie weinig speelruimte. Er is echter meer contact met de organisatie zelf.

3 — Het toezierend bestuur. Dit laat de beleidsvorming in vèrgaande mate over aan de directie. Het zorgt bijvoorbeeld voor representatie en financiering. Het is beschikbaar in noodgevallen voor meer executieve taken. Marx wijst erop dat de inrichting van de bestuurlijke arbeid bij genoemde vormen verschillende eisen stelt. Hij meent dat de keuze van opvatting van het bestuur bepaald wordt door de mogelijkheden, de efficiëntie enz. Naar mijn mening is het toezierend bestuur de meest geschikte vorm voor een goed georganiseerde non-profit organisatie. Wanneer echter een organisatie niet optimaal functioneert of gestructureerd is, is de kans groot dat een meer executieve koers nodig is. Vooral moet mijns inziens gewaakt worden voor een consequente en consistente lijn in de opvattingen van een bestuur. De grootste verwarring ontstaat als een toezichthoudend bestuur zich ineens 'in de diepte' begeeft, d.w.z. een executieve impuls krijgt. Of als door een ommezwaai een beleidsvormende positie wordt vervangen door een toezichthoudende. Een nieuw bestuurslid kan zulks veroorzaken.

Festen (1975) komt tot de conclusie dat het allemaal toch nog niet zo slecht is. Hij meent dat een bestuur dient te zijn samengesteld uit vrouwen en mannen, die het vertrouwen genieten van brede kringen uit de bevolking, die over een grote hoeveelheid informatie be-

schikken, die onafhankelijk staan ten opzichte van de organisatie. Hij is van mening dat de stichtingsvorm de toets der kritiek kan doorstaan als bestuursleden aan genoemde voorwaarden voldoen. Andere mogelijkheden ziet hij niet zo zitten. Daarbij behoren: d.m.v. getrapte verkiezingen gekozen vertegenwoordigers, uit politieke of levensbeschouwelijke groeperingen aangewezen bestuurders, gecorrigeerde coöptatie, groeps- of radenvertegenwoordigers enzovoort. Gewaarschuwd wordt ook voor bureaucratisering als de overheid teveel invloed zou krijgen. Ik laat deze beschouwingen voor wat ze zijn. In ieder geval dient er grondig over gediscussieerd te worden!

### **Enkele directieproblemen**

Ook hier: meer discussiestof dan oplossingen. Er moet een aantal kernvragen aan de orde komen, onder meer:

- een- of meerhoofdige directie?
- moet de directeur van een instituut voor geestelijke gezondheidszorg psychiater zijn?
- is de directie gedelegeerde van het bestuur of medewerker (werknemer) zoals alle medewerkers in de instelling?
- moeten bepaalde uitvoerende disciplines professioneel in de directie vertegenwoordigd zijn?
- is een 'sociale' directie nodig in grote instellingen voor geestelijke gezondheidszorg?
- is de directie adviserend ten opzichte van het bestuur of vormt deze een gelijkwaardige bestuursfractie?
- hoe dient de subtop geconstrueerd te zijn?

Voor grotere instellingen van geestelijke gezondheidszorg lijkt mij een tweehoofdige directie het meest aangewezen. Daar is een aantal motieven voor:

- enerzijds dient in de directie het element 'zorg', 'behandeling' in de ruimste zin vertegenwoordigd te zijn,
- anderzijds is — op gelijkwaardig niveau — een aantal ondersteunende en beheerstaken onontbeerlijk.

Het probleem hierbij kan zijn dat de personen die deze taak moeten uitoefenen elkaar niet 'liggen' of uit elkaar groeien. Dit kan natuurlijk ook met de veelgeprezen driehoofdige directie gebeuren! Beide directieleden zijn gezamenlijk en ongedeeld voor het geheel verantwoordelijk. Er is echter een afsplitsing van taken in de beheersen in de zorgsector. In zekere zin zijn de directieleden ge-dé-specialiseerd. Zij hebben echter een management-specialisatie. Primair zijn zij voor het totale management van het instituut verantwoordelijk. Directiebeleid vraagt in een ondeelbaar samenwerkingsverband unanieme beslissingen. Ook daarom: geen duidelijk professionele vertegenwoordiging in de directie. Bron van problemen kan zijn dat een van de directeuren zich teveel identificeert met zijn professionele vakbekwaamheid. Die professionele groepering in het instituut zelf meent dan een speciale claim op dat directielid te kunnen leggen. Moet — als men toch voor een éénhoofdige directie



kiest — deze psychiater zijn? Noordzij (1968) meent van wel, op grond van de samenhang tussen sociotherapie en personeelsbeleid. Ik ben het daar niet mee eens: de geestelijke gezondheidszorg in een (klinisch) instituut bestaat niet alléén uit psychiatrie, het is de vraag of het primaat van de sociotherapie aan de psychiater is voorbehouden, en naar mijn mening dient professionele deskundigheid, behalve management, niet als zodanig in de directie vertegenwoordigd te zijn. Bij professionele vertegenwoordiging van één discipline in de directie ontstaat vaak een scheve verhouding ten opzichte van andere disciplines.

Een bron van fricties kan zijn de vraag waar de directie staat: aan de zijde van het bestuur of aan werknemerszijde. Persoonlijk voel ik mij het meest betrokken bij de medewerkers, maar ik ben ook solidair met het bestuur. Wellicht dat dit — voornamelijk intrapersonale probleem — ondervangen wordt door een vorm van zelfbestuur. Ook in onderhandelingen over rechtspositie en functie van directieleden speelt dit probleem een rol. Daarbij komt nog de positie van de directie in de bestuursvergaderingen. Ik ga hier nu niet op in. Wel vermeld ik dat, naarmate de vraagstukken ingewikkelder worden, de directie in het bestuur een zwaardere rol speelt. En verder, de bestuurlijke deskundigheid moet van het bestuur komen, de behandel- en beheerstechnische kant primair van of via de directie. Hetgeen niet uitsluit dat er professionele deskundigen in het bestuur zitten, maar dan niet vanwege hun professie, maar vanwege hun bestuurlijke inbreng.

De vraag is ook: moeten de directieleden regelrecht uitvoerende taken hebben? Persoonlijk meen ik dat het voor een psychiater als directielid nuttig is enige uitvoerende behandelactiviteiten uit te oefenen. Dit wil zeggen dat hij ergens bij direct behandelwerk betrokken blijft. Hij blijft 'bij', loopt minder het gevaar van 'droog zwemmen', ervaart zelf aan den lijve de consequenties van zijn beleid. Maar er zijn ook nadelen: rolconflicten, vaagheden, verwarrende positiebepalingen. Daar staat tegenover dat voor sommigen uitsluitend management vervelend is. Soms zijn er meerdere rollen tegelijk: geneesheer-directeur, hoofd medische dienst en afdelings-supervisor! Op den duur is deze situatie, hoe aantrekkelijk voor sommigen, niet meer houdbaar. Meerdere functievervullingen geschieden niet naar behoren.

Hoe langer hoe minder is en behoort de directie een machtsorgaan te zijn. Macht en welzijnsorganisatie verdragen elkaar niet. De directiefunctie in de intramurale geestelijke gezondheidszorg — vermoedelijk ook elders! — is veeleer een dienende, coördinerende, initiërende, toezichthoudende, bemiddelende, doordenkende en leidinggevend-uitvoerende taak. Contrasterend daarmee zijn de directionele beslissingen. Deze zijn vaak uitermate zwaarwegend, hebben verstrekkende consequenties, hebben financieel grote gevolgen, moeten snel en doortastend genomen worden. Daarbij wordt rekening gehouden met nogal wat inspraakprocedures. De directie wordt dan ook heen en weer geslingerd tussen: centraliserende en decentraliserende tendensen, tussen personeel en pa-

tiënten, tussen inspraak van binnenuit en sterker wordende invloed van buiten af, tussen toenemende behoefte aan medewerkers en spanningen over de grenzen van de 'span of control', tussen ondernemingsraad en bestuur, tussen ruimte laten voor meer en meer divergerende behandelingsvormen en het voeren van een éénduidig beleid, tussen competitie van verschillende modellen en convergentie van disciplines. Dat dit alles een uitdaging vormt en een inspiratiebron van steeds verdergaande ontwikkelingen behoeft geen nadere toelichting! Voeg daarbij het 'spel' tussen bestuur en directie, met de steeds wisselende wederzijdse invloed op elkaar. Dan blijkt steeds weer welk een voldoeninggevende taak het directieschap kan inhouden.

Dan een vraag die in de huidige tijd van arbeidsvoorwaarden, ondernemingsraden, sociaal beleid en democratisering gewettigd is: Is er een sociale directie nodig? Naar mijn mening behoort elke instelling van klinische geestelijke gezondheidszorg een sociaal statuut te hebben of daarmee bezig te zijn, zowel voor medewerkers als voor patiënten. Het sociale aspect dient op zo hoog mogelijk niveau in de organisatie vertegenwoordigd te zijn, maar (nog?) niet in de directie (deze is immers gespecialiseerd in management!), wel op adjunct-directie of hoofden-van-dienst-niveau. Op de — uiterst belangrijke — positie en structuur van de sub-top ga ik niet in. Wel is het duidelijk dat de sub-top een belangrijke inbreng moet hebben in het totale beleid. In een instelling voor klinische geestelijke gezondheidszorg dient de sub-top breed, multidisciplinair en multifunctioneel samengesteld te zijn. Daarbij moet een afstemming in structuur aanwezig zijn op de organisatie van de klinische afdelingen en de beheersafdelingen. Dit kan tot problemen aanleiding geven. De beheerssector is in het algemeen meer duidelijk gestructureerd dan de behandelsector, ook de taak- en functieomschrijvingen zijn meer concreet. Een algehele afstemming zal wel nimmer mogelijk zijn.

De vraag h<sup>o</sup>e de directie in het bestuurscollege vertegenwoordigd is, is moeilijk te beantwoorden. Enerzijds is er voorkeur voor een zwaarwegende adviserende positie. Bij een vorm van zelfbestuur of bij aanwezigheid van vertegenwoordigende medewerkers in het bestuur zal een gelijkwaardige positie, bijvoorbeeld met stemrecht, de voorkeur verdienen. In ieder geval staat vast dat de inbreng van de directie zodanig moet zijn, dat het bestuur wel zeer zwaarwichtige redenen moet hebben om daarvan af te wijken.

## **Slot**

Uit vorenstaande, merendeels overbekende gedachten, zijn geen duidelijke conclusies te trekken. Of het moest zijn dat de juiste verhoudingen nog niet gevonden zijn en dat de problematiek gedeels afhankelijk is van de personen die erin betrokken zijn. Belangrijker dan de vraag naar conclusies is het aangeven van mogelijke oplossingen. Voor klinische voorzieningen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg lijkt een vorm van zelfbestuur de



moeite waard om één of meer experimenten aan te wijden. Voor en tegen zelfbestuur zijn verschillende argumenten aan te voeren. Ervaring met experimenten geeft aan welke factoren het zwaarste wegen. Er kan dan aan een optimalisering van de structuur gewerkt worden.

Persoonlijk heb ik een zekere voorkeur voor de bestuursstructuur zoals Van Wijmen (1975) die voorstelt, maar dan in enigszins gewijzigde vorm. Het komt hierop neer, dat voor een zeer groot aantal taken de directie verantwoordelijk blijft, met een verantwoordingsplicht naar de organisatie toe. Naar 'binnen' zou het bestuur dan als een soort Raad van Toezicht moeten fungeren. Ten opzichte van de maatschappij zou de Raad van Toezicht verantwoording moeten afleggen aan algemene bestuurlijke colleges, zoals die in de toekomstige provinciewet gestalte krijgen. Er dient dan een zodanige vorm van relatie te zijn, dat het functioneren van de instelling afgestemd wordt op de behoeften van de bevolking. Maar de instelling moet door deze verantwoordingsplicht toch niet beknot worden in zijn vrijheid van handelen. De inbreng van alle betrokkenen: Raad van Toezicht, directie en medewerkers, krijgt gestalte in een instellingsraad. Daarin zijn alle geledingen vertegenwoordigd.

Er blijft de gerechtvaardigde vraag: waar blijft de vertegenwoordiging van de patiënten of cliënten van de instelling voor geestelijke gezondheidszorg? Uit het voorgaande was duidelijk dat deze niet rechtstreeks in beleidsorganen vertegenwoordigd zijn. De patiënten vinden hun inspraak d.m.v. patiënten- (of beter: bewoners-) raden, bijvoorbeeld via een door hen gekozen vertrouwenspersoon, maar ook via allen die met hen direct of indirect te maken hebben. Wij allen immers zijn potentiële patiënten? Is het niet onze plicht om ons zoveel mogelijk in hún situatie in te leven? En hebben zij al naar hun gesteldheid, hun ontwikkeling, al naar de aard van hun ziekte en het milieusysteem waarin zijn thuishoren, niet een verschillend-gerichte inspraak nodig? Van zeer diverse intensiteit en van heel verschillend belang? Daarop past mijns inziens niet een 'overall' systeem van vertegenwoordigend overleg. Veeleer worden aard, frequentie, regels van de inspraak per afdeling bepaald. Is het niet veel gemakkelijker om kritiek op de structuur van het bestuur uit te spreken, dan om werkelijk gedemocratiseerde inspraak in fundamentele zaken waarvan je zelf direct de weerslag ondervindt aan te kaarten?

Het komt mij voor dat een wettelijke regeling van bestuurs- en organisatiestructuur in de toekomst noodzakelijk is. Maar dan in een raamwet, die het thema aangeeft. De variaties op het thema worden dan regionaal, lokaal, en per instelling, aangebracht. Zo blijft er voldoende ruimte voor eigen initiatief en verantwoordelijkheid. Ik herhaal hier nog eens: elke vorm van organisatie staat of valt met de personen die de organisatie dragen. Daarom zullen bij bestuur en directie langzamerhand andere, meer bestuurlijk- en directioneel-professionele criteria gaan gelden. Vertrouwen, openheid, helderheid, duidelijkheid en bovenal: het op zich nemen van

grote verantwoordelijkheid vormen kenmerken van alle professionele werkers in de geestelijke gezondheidszorg. In het bijzonder en het allerzwaarst worden deze eisen gesteld aan hen die ten opzichte van de maatschappij en ten opzichte van de patiënten uiteindelijk de hoogste verantwoordelijkheid dragen.

Ten slotte: waarom zijn genoemde knelpunten ook van belang voor werkers — en dus ook voor psychiaters — in klinische geestelijke gezondheidszorg-settingen? Naar mijn mening omdat de ruimte die zij krijgen om te werken samenhangt met de topstructuur, omdat elk psychiatrisch handelen beleidspsychiatrische aspecten heeft en omdat de structuur in en om de zogenaamde 'top' representatief dient te zijn of een afspiegeling dient te zijn van de structuur waar het belangrijkste werk wordt verricht: rechtstreeks in relatie met de patiënt. Dat zijn onder meer de redenen die mij er toe brengen deze materie in de Sectie Klinische Psychiatrie aan de orde te stellen.

### **Literatuur**

- Bos, J. M. (1966), De functie van het ziekenhuisbestuur. *Het ziekenhuiswezen*, 39, 3.
- Van Doorn, J. J. A., *Beleid en Maatschappij*.
- Festen, H. (1975), De samenstelling van het ziekenhuisbestuur. *Het ziekenhuis*, 5, 34.
- Galjaard e.a. (red.) (1975), *Besturen in openheid*. Samsom, Alphen a.d. Rijn.
- Marx, E. C. H. (1973), De taakopvatting van instellingen, in: *Hulpverleners en veranderen. Handboek voor psychisch gezondheids- en welzijnswerk*, deel III, blz. 60, Van Loghum Slaterus.
- Merx, R. J. M. en J. A. Verweij (1972), Enige aantekeningen met betrekking tot de directie-structuur van een ziekenhuis. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 25, 248.
- Noordzij, J. C. (1968), Specificiteit psychiatrisch management. *Het Ziekenhuiswezen*, 41, 240.
- Versluys, A. N. (1967), De structuur van de leiding van een ziekenhuis. *I.P.Z.-orgaan*, 15, 257.
- Vollebergh, J. J. A. (1971), Het ziekenhuisbestuur. *Het Ziekenhuis*, 1, 58.
- Van Wijmen, F. C. B. (1975), Het ziekenhuis, democratisering en bestuursstructuur. Boekbespreking *Het Ziekenhuis* 5, 346.
- Van Wijmen, F. C. B. (1975), *Het ziekenhuis, democratisering en bestuursstructuur*. De Tijdstroom, Lochem.