

MvJ/Dewiav

Handwritten mark resembling a stylized '4' or 'H'.

Ministerie van Justitie
T.a.v. Zijne Excellentie Dr. E.M.H. Hirsch Ballin
Schedeldoekshaven 100
Postbus 20301
2500 EH DEN HAAG

Ministerie van Justitie DBOB/DIV/OAB/AL-OD	
Dossier	
Datum	- 3 FEB. 2008
Nummer	09/5586540
Ambt.	

Dear Reg. D&C Kopie gezonden
aan Dewiav

Excellentie,

Venray, 31 januari 2009.

Reactie Vereniging Geneesheren-Directeuren Nederland op het wetsvoorstel Verplichte GGZ

Met veel belangstelling hebben wij als geneesheren-directeuren/eerste geneeskundigen (geneesheer-directeur wet Bopz art 1 lid 3) het wetsvoorstel Verplichte GGZ gelezen. Het bestuur van de Vereniging van Geneesheren-Directeuren Nederland heeft een reactie opgesteld en die aan alle geneesheren-directeuren/eerste geneeskundigen (verder te noemen GHD'en) in Nederland gemaild met verzoek om commentaar en aanvulling. De ontvangen reacties hebben wij verwerkt in een definitieve reactie op uw wetsvoorstel. De meningen van de GHD'en op het wetsvoorstel divergeren. Waar noodzakelijk zullen wij een minderheidsstandpunt expliciet vermelden.

Allereerst willen wij u een compliment maken voor de helderheid en leesbaarheid van het voorstel. Ook de toonzetting en uitgangspunten worden door ons veelal als zeer constructief ervaren. Wij hebben het ook gewaardeerd dat de wetschrijvende juristen van het Ministerie van Justitie bereid waren het wetsvoorstel toe te komen lichten op onze vergadering op 8 januari jl.

We zullen beginnen met een algemene reactie en daarna met een aantal detailpunten per hoofdstuk, zoveel mogelijk voorzien van door de GHD'en aangedragen oplossingen.

De wet wordt in het algemeen gezien als een grote verbetering op de wet Bopz. Niet alleen vanwege de uitgangspunten zelf en de toegankelijkheid, maar ook omdat het ontwerp een aantal oude kritiekpunten oplost (zoals de mogelijkheid van ambulante dwang, het kunnen behandelen van somatische schade, het recht van professionals op beroep tegen een klacht).

In ons werk als GHD'en hebben wij enerzijds te maken met toezicht en verantwoording met betrekking tot de uitvoering van de wet Bopz en anderzijds met kwaliteitsaspecten van de zorg, met name daar waar medisch-juridische aspecten aan de orde zijn (zie ook de *Standaard geneesheer-directeur* vastgesteld december 2008 - bijlage).

Vanuit die ervaring vinden wij het in het algemeen wenselijk om zoveel mogelijk helderheid en eenduidigheid te hebben in naamgeving en terminologie, zodat direct bijvoorbeeld duidelijk is wie met welke functie bedoeld wordt, en geen nieuwe termen te introduceren tenzij onontkoombaar. Zo'n nieuwe term is *directeur zorgkwaliteit*. De benaming geneesheer-directeur voldoet prima. (over alternatieven kunnen we desgewenst nadenken). In de conceptwet noch in de memorie van toelichting vinden wij argumenten

om een nieuwe term te introduceren. Deze functionaris dient, gegeven de inhoudelijke aspecten van dwangtoepassing in de GGZ - waar deze wet over gaat, een psychiater te zijn. Wettelijk vastleggen niet alleen van discipline, maar ook van verantwoordelijkheden en bevoegdheden van deze functionaris is cruciaal als het gaat om het creëren van draagvlak voor en acceptatie van de wet door professionals.

Ook adviseren wij om daar waar dwangtoepassing een evident medisch karakter heeft ook medische termen te gebruiken respectievelijk de termen die thans gangbaar zijn niet nodeloos te wijzigen (bv arts, psychiater, patiënt, behandeling in plaats van het veel te algemene zorg, geneeskundige verklaring in plaats van medische -, hoofdbehandelaar in plaats van zorgverantwoordelijke, behandelplan in plaats van zorgplan ed). Wij verwijzen in dit verband ook gaarne naar de in december 2008 verschenen *Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling* van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (www.nvvp.net/nvppublic/producten). Tenslotte brengen wij graag de specifieke verwarring die kan ontstaan in de Kinder& Jeugdpsychiatrie onder uw aandacht, waar het gaat om het woord *zorg* en *verplichte zorg*. Hierover is separaat een tweetal notities naar het ministerie van Justitie (mw. Grezel /hr. Nieland) gezonden en deze zijn desgewenst opvraagbaar (A.P. Cohen; M.Hulscher).

Een tweede algemeen punt is het wettelijk regelen van intern toezicht op andere aspecten (dan vrijheid) die grondwettelijke rechten van de patiënt betreffen. Hierbij denken wij aan aspecten als privacy (informatieverschaffing, beroepsgeheim), integriteit van het lichaam en veiligheid. Speciaal willen wij aandacht voor een specifiek omschreven rol van de directeur zorgkwaliteit in bijvoorbeeld art 8.7.3, waar in het belang van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt regels worden gegeven met betrekking tot de bewaartermijn van gegevens, mogelijkheden tot inzage en overdracht aan derden. Veelal wordt de geneesheer-directeur gevraagd te interveniëren als de vraag of de situatie complex is. Binnen een wettelijk kader kan de geneesheer-directeur met omschreven verantwoordelijkheden en bevoegdheden de grondwettelijke rechten bewaken.

Een derde algemeen punt is het instellen van een commissie psychiatrische zorg. Wij onderschrijven in principe de gedachtegang bij de toepassing van dwang: multidisciplinaire weging, het expliciet betrekken van het maatschappelijk veld, grotere uniformiteit in Nederland (hierbij kunt u denken aan een landelijke consensus over richtlijnen ed), een meer efficiënte administratie en verbeterde registratie en last but not least meer kans op stepped care, proportionele dwang-toepassingen en alternatieven. Echter, bij de commissie zoals in de nieuwe wet wordt voorgesteld hebben wij grote aarzeling. Niet alleen zijn er veel onduidelijkheden over de samenstelling van de commissie, maar ook zijn er verantwoordelijkheden en bevoegdheden aan de commissie toebedeeld die waarschijnlijk (volgens sommigen onzer zeker) zullen leiden tot problemen met de privacy en schending van het beroepsgeheim (zie bijvoorbeeld art.5.11). Wij vrezen bovendien dat de commissie psychiatrische zorg zal leiden tot aantasting van de professionele autonomie van betrokken hulpverleners. In onze ogen is het voor adequate dwang op maat van belang dat de procedure zo beperkt mogelijk is (dat mensen niet onnodig lang hoeven wachten) én efficiënt geschiedt. Met

betrekking tot dat laatste zijn wij weinig ingenomen met de voorgestelde commissie. Indien niet andere procedures komen te vervallen (bijvoorbeeld het inschakelen van een onafhankelijk psychiater voor de geneeskundige verklaring of de commissie en rechter in één zitting laten opereren) leidt deze commissie tot meer administratieve en organisatorische lasten, waardoor het risico van (procedurele) fouten groter wordt. De procedure wordt ook ingewikkeld omdat in het wetsvoorstel niet de commissie maar de rechter *daarboven* de bevoegdheid krijgt om dwang toe te passen. Steekhoudende argumenten voor deze keuze zien wij niet. We kunnen ons niet aan de indruk onttrekken dat de ideologie - de rechter in Nederland *daalt niet in* - het hier van de rede heeft gewonnen. Wij denken niet dat de patiënt hierbij wint.

Wij voegen nog twee praktische opmerkingen aan dit alles toe:

1. Er wordt een zware wissel getrokken op de tijd van en de bereidwilligheid van de verschillende *actoren*. Niet alleen de patiënt moet vaker dan voorheen opdraven, dat geldt ook voor diens *systeem*, en voor de hulpverleners. Dat kost die hulpverleners veel tijd, dat kost de zorgaanbieder dus veel geld. Komt er een DBC verplichte zorg? Patiënten klagen geregeld dat zij hun verhaal zo vaak opnieuw moeten vertellen. Straks vertellen zij dat verhaal aan de behandelaar(s), aan de onafhankelijke arts, aan de advocaat, aan de commissie en aan de rechter.

2. Gezien het tekort aan psychiaters en vooral aan psychiaters met talent voor en ervaring met Bopz-patiënten is het de vraag is of er voldoende ter zake bekwame psychiaters beschikbaar zijn om aan de commissies deel te nemen. Nog even los van de financiële kant en van het, breed gedragen, standpunt van de overheid dat administratieve lasten moeten worden teruggedrongen. Waar de wet en de MvT er - volstrekt terecht - op hameren dat goede zorg vooraf dient te gaan aan om het even welke dwang lijkt het ons *dán* beter dat psychiaters op opnameafdelingen werken in plaats van in een commissie zitting te nemen.

Uiteraard willen wij de uitkomst van de pilots in ons uiteindelijk oordeel betrekken. Wij vrezen echter dat de pilots niet lang genoeg duren en te beperkt van opzet zijn (voorbeelden: de crisismaatregel komen niet in beeld; de commissies opereren binnen de kaders van de wet BOPZ) om tot diepere inzichten te geraken over de haalbaarheid en de meerwaarde van de voorgestelde commissie.

Al met al zien wij thans meer na- dan voordelen aan het instellen van een commissie. Wij zijn overigens van harte bereid mee te denken over alternatieven voor of varianten van (samenstelling en werkwijze van) de door u voorgestelde commissie.

Een vierde aspect is het belang van een efficiënte crisismaatregel. Veelal zijn crisisdiensten 's nachts op politiebureaus bezig om een inschatting te maken en een hulpaanbod te genereren, vaak met dwangtoepassing. Het huidige systeem met bopz-online werkt erg goed en de weg naar het bestuursorgaan dat een besluit moet nemen (de burgemeester geeft een last) is kort en duidelijk. Dit voorkomt veelal onnodig lang wachten in een politiecel. Elke extra stap die genomen moet worden heeft als nadeel dat mensen langer moeten wachten en soms zelfs dat het gevaar en de schade voor patiënt en omgeving toe kunnen nemen (bijvoorbeeld bij iemand die in eigen huis of straat moet worden beoordeeld). Juist omdat wij zeer hechten aan patiëntenrechten en -belangen (kern van ons werk) vrezen wij dat bij een (extra) hoorplicht in de crisissituatie de bovengeschetste vertraging - waar niemand mee gediend is - kan optreden.

Ten vijfde gevoelen wij weliswaar sympathie voor de introductie van de zogenoemde zorgkaart, omdat het van eminent belang is dat de voorkeuren van de patiënt worden gehoord en worden gewogen. Maar voor het vastleggen hiervan hebben wij nu juist al het behandelplan. Introductie van de zorgkaart wekt de indruk dat tot op heden de voorkeuren van de patiënt er minder toedoen. Deze indruk is onjuist; de voorkeuren van de patiënt spelen altijd al een grote, zometer doorslaggevende rol. Bovendien kan gemakkelijk verwarring optreden met de al bestaande *crisiskaart*.

Het gedachtegoed van de *verplichte zorg* staat ook voor eenvoudiger procedures. Dus geen nieuwe documenten en formulieren, tenzij beslist noodzakelijk. Toevoeging van een verplicht rubriek *voorkeur patiënt* in het behandelplan is eenvoudig en doeltreffend, een blokje waar de patiënt zelf aan het woord is.

Ten zesde zien wij de samenhang met de wet forensische zorg als een goede stap. In de praktijk hebben we met enige regelmaat te maken met patiënten die tussen wal en schip vallen. Enerzijds omdat het combineren van straf rechtelijke en civielrechtelijke titels juridisch kennelijk erg complex, zo niet onmogelijk is, anderzijds omdat we te maken hebben met 'pre-delic't gevaarlijke patiënten met wie we geen kant op kunnen. Probleem is echter dat nu niet duidelijk is hoe in de praktijk die samenhang vorm zal kunnen worden gegeven met inachtneming van de regels van het beroepsgeheim. Daarbij willen wij graag dat de route naar de GGZ eenduidig is, óók voor patiënten die uit het forensisch circuit komen. Eenduidigheid in rechtsbescherming en organisatorische en administratieve procedures (dan dus net als andere patiënten via de commissie). Een inschatting van de veiligheidsaspecten ('veiligheidstoets') vinden wij daarbij essentieel, gezien de huidige mogelijkheden binnen de GGZ.

Nu willen we per hoofdstuk enkele reacties geven, waarbij we zoveel mogelijk, zoals beloofd, ook een oplossingsrichting zullen aangeven.

1) begripsbepaling

Artikel 1:1.c

Verplichte zorg: zorg die de patiënt ondanks verzet ontvangt van een hulpverlener die zich tot het geven van die zorg heeft verplicht;

Artikel 1:1.g resp. h, resp. j: zie onze algemene reactie.

Wij missen een bepaling van *betrokkene* (= patiënt) en van *verzoeker*. Ingewikkeld is ook: verzoeker kan *oorspronkelijk* zijn, maar in een later stadium is de commissie de verzoeker. Suggestie: de commissie is *adviseur* of *indiener*.

Daarnaast is in art. 5.9.1 het begrip 'zorgverlener' geïntroduceerd, maar deze term wordt in art.1 niet nader omschreven. Wordt met zorgverlener bedoeld 'een aan een afdeling verbonden, al dan niet BIG- geregistreerde hulpverlener'?

2) algemene uitgangspunten en reikwijdte

In art 2.1.5. wordt de wilsonbekwaamheid beschreven. Hierbij is in de definitie het woordje 'beoordeling' gehanteerd, terwijl in een art 4.1.1 het woordje 'waardering' is gehanteerd, zoals dat ook thans in de wet Bopz en WGB0 het geval is. Wij gaan ervan uit dat het een administratieve verschrijving betreft.

3) criteria voor verplichte zorg

Artikel 3:2.1.b: aanvullen: indien er geen actueel plan is.

Toelichting: voor verreweg de meeste patiënten zal gelden dat er al een behandelplan is.

4) zelfbindingsverklaring

(geen commentaar)

5) commissie

zie onze algemene reactie. Voor alle zekerheid: in artikel 5:6.1 wordt, hebben wij aangenomen, de psychiater bedoeld, zijnde de in de psychiatrie gespecialiseerde arts. Waarom hem of haar dan niet zo genoemd? Is er nog wel behoefte aan een geneeskundige verklaring van een onafhankelijke arts, naast een onafhankelijke commissie? Alleen stappen in het proces die volstrekt noodzakelijk zijn moeten worden gehandhaafd. Als die geneeskundige verklaring er toch moet komen dient de onafhankelijke arts altijd te overleggen met de hoofdbehandelaar en de huisarts. Dat gebeurt nu ook standaard. Dus niet *indien mogelijk*.

Onze bezwaren tegen de zorgkaart staan al verwoord in het algemene deel.

Artikel 5:9.1 komt ons vreemd voor. Zodra een patiënt entree krijgt in de *zorg* is er ook een hoofdbehandelaar. Of, in de voorlopige terminologie van deze wet, een *zorgverantwoordelijke*.

Bij art 5.11.1 is het o.i. de vraag of 'het bevoegd zijn inlichtingen te vorderen' juridisch voldoende geborgd is. Daarbij is de vraag in hoeverre bijvoorbeeld een buurman of een partner (art 5.11.2) verplicht gesteld kan worden medewerking te verlenen.

Artikel 5:14 is gedetailleerder en ingewikkelder dan hoeft. Er moet een degelijk behandelplan zijn - misschien wel volgens een landelijk verplicht *format*. Zo'n behandelplan maakt bijvoorbeeld 5:14.2 overbodig, omdat het vanzelfsprekend rekening houdt met de behandelmogelijkheden die er zijn.

Tenslotte bepleiten wij dat het verzoek aan de rechter in het format zoals bedoeld in 5:14.1 wordt gegoten, dus dat er geen ander document is dan het advies. Dat format zou er zo moeten uitzien dat alle relevante aspecten aan de orde komen, uitmondend in een advies waar de rechter moeilijk omheen kan. Een *bindend advies* zullen wij dat uiteraard niet noemen.

7) crisismaatregel

Artikel 7:2 bevelen wij aan te schrappen, dan wel exacter te omschrijven. Dit is een in potentie gevaarlijk artikel. Het kan zo zijn dat het verzoek procedureel niet deugt - dus niet ontvankelijk verklaard wordt - terwijl er wel sprake is van grote, geen uitstel velende, noden van een patiënt of familielid.

Artikel 7:4.4: hier de huidige gang van zaken handhaven: de arts pleegt overleg met de huisarts en met de behandelaar, tenzij (één of beiden niet bereikbaar zijn).

Artikel 7:5.4 a en b: in plaats hiervan kan de burgemeester beter bij de beschikking de geneeskundige verklaring (art 7:4.1) voegen. De huidige gang van zaken behoeft geen verbetering.

Artikel 7.6: de geldigheidsduur van max. drie dagen is te kort, zeker als er bijvoorbeeld een weekend/feestdag tussen zit. Mogelijk kan het worden 'drie werkdagen'.

8) rechten en plichten

Artikel 8 is moeilijk leesbaar en ingewikkeld door de grote mate van detaillering. Onze suggestie is de stofkam. Regel alleen datgene dat echt bij wet geregeld moet worden. Inhoudelijk is van belang dat de artikelen 8:16 lid 1 sub d en 8:17 lid 1 sub e niet acceptabel zijn vanwege de onduidelijke afgrenzing naar het strafrecht alsmede de oneigenlijke verantwoordelijkheidstoedeling aan de hulpverlener terwille van het voorkomen van strafbare feiten.

Over de overige hoofdstukken:

9) klachtprocedure

10) vertrouwenspersoon

11) advocaat

12) handhaving

13) aanpassing andere wet

14) slot

hebben wij geen opmerkingen.

Graag zijn wij bereid e.e.a. nader toe te lichten

Met vriendelijke groet, namens de NVGD

Dr A.J.K. Hondius, voorzitter NVGD en drs. M.Ch. Doorakkers, secretaris NVGD



Correspondentieadres

M. Doorakkers, psychiater, eerste geneeskundige GGZNoord-MiddenLimburg

Postbus 5, 5800 AA Venray

mdoorakkers@ggztml.nl

avandenbergh@ggztml.nl (secretariaat eerste geneeskundige)

Standaard geneesheer-directeur

Inleiding

Deze standaard is bedoeld om een herkenbare en landelijk uniforme beschrijving van de functie te bieden aan de geneesheer-directeur in de psychiatrie (APZ, PAAZ, instelling voor geestelijke gezondheidszorg, universitaire psychiatrie). Instellingen kunnen deze standaard als uitgangspunt hanteren om taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de functie van geneesheer-directeur te beschrijven. Deze standaard is van toepassing in de psychiatrie en niet in de psychogeriatric en zwakzinnigenzorg. Het initiatief tot deze standaard is genomen door de Nederlandse Vereniging voor Geneesheren-Directeuren (NVGD), die in 2008 is opgericht.

Wettelijke basis

De verantwoordelijkheid voor de juiste toepassing van de gezondheidswetten rust op de Raad van Bestuur, die deze verantwoordelijkheid (binnen de door de Raad van Bestuur aangegeven kaders) mandateert aan de lijnorganisatie. Daarnaast geeft de Wet Bopz de (in deze wet zo genoemde) geneesheer-directeur een aantal taken. De naam geneesheer-directeur komt alleen in de wet Bopz voor. De geneesheer-directeur is krachtens de wet Bopz verantwoordelijk voor de (onvrijwillige) opname en behandeling in en ontslag uit het ziekenhuis en is belast met de zorg voor de medische gang van zaken, die uit de wet Bopz en de wettelijke taken van de IGZ voortvloeien. De geneesheer-directeur heeft met betrekking tot de toepassing van de wet Bopz in deze een zelfstandige (publiekrechtelijke) bevoegdheid in de zin van een bestuursorgaan; de Algemene wet bestuursrecht is van toepassing. Deze wet geeft aanwijzingen voor het functioneren als een goed bestuurs-orgaan. Volgens de Kwaliteitswet is de Raad van Bestuur verantwoordelijk voor de kwaliteit van de (medische) zorg, volgens de Wet Bopz is de geneesheer-directeur belast met de kwaliteit van de (medische) zorg. Dat vraagt om een onafhankelijke en tegelijk goed in de organisatie verankerde positionering van de geneesheer-directeur.

Taken

Wet Bopz

- beslissingen over het aanvragen, voortzetten of beëindigen van een rechterlijke machtiging
- beslissingen over de opheffing van een inbewaringstelling
- beslissingen over (al dan niet voorwaardelijk) verlof en voorwaardelijk ontslag
- beslissingen over het omzetten van een voorwaardelijke in een voorlopige machtiging
- in de Wet Bopz genoemde taken en beslissingen over opname en overplaatsingen
- beslissingen over de toepassing van dwangbehandeling
- toezicht op de kwaliteit van de zorg volgens de Wet Bopz, zoals toezicht op totstandkoming van en toestemming voor een behandelingsplan, behoorlijke dossiervorming, vrijheidsbeperkingen, en toepassen van middelen en maatregelen
- toezicht op de interne klachtenprocedure in het kader van de Wet Bopz
- toezicht op de procedure voor de vaststelling van wilsonbekwaamheid
- handelen bij uitspraken van de klachtencommissie vanwege artikel 41 van de Wet Bopz
- het doen van mededelingen aan derden, onder meer over de klachtenprocedure
- het verschaffen van verlof- en ontslagbewijzen

WGBO

- toezicht op algemene principes (overeenkomst, behandelplan, informed consent, dossier-voering, recht op inzage en afschrift, geheimhoudingsplicht)
- beslissingen over de toepassing van dwangbehandeling bij wilsonbekwame patiënten.

Vanuit de wettelijke taken van de IGZ

- meldingen in het kader van de Wet Bopz,
- meldingen van seksueel misbruik en calamiteiten (waaronder suïcide).

De medische gang van zaken

- rechtspositie van de patiënt (vereisten voortvloeiend uit de Wet Bopz en de WGBO)
- vrijhedenbeleid (huisregels, drugsbeleid, beperkingen ex artikel 40 van de Wet Bopz)
- consultatie en toezicht bij beslissingen rond leven en dood (euthanasie, hulp bij zelfdoding, inzage dossier door nabestaanden)
- overzicht houden over beleid rond 'somatische' aspecten (medicatie, onderzoek)
- het structurele beleid voor rechtspositie, behandeling en veiligheid van de patiënt: richtlijnen en protocollen betreffende de patiëntenzorg en veiligheid (behandelplan, dossiervoering, wilsonbekwaamheid, Bopz-nota, risicobeheersing bij medicatie, suïcidaliteit, toepassen van drang en dwang, en somatiek)
- coördinatie van de patiëntenzorg (ontslag, overplaatsing, moeilijk te plaatsen patiënten)
- toezicht op de relatie tussen hulpverleners in kader van de multidisciplinaire behandeling, bewaken van het goed hulpverlenerschap en de professionele autonomie; dit alles vervat in een Professioneel Statuut
- toezicht op behandelinhoudelijke richtlijnen en protocollen
- toezicht op de kwaliteit van de hulpverlener (Wet BIG) en middelen
- beleid over juridische en ethische aspecten van de zorg
- toezicht op kwaliteitscommissies (middelen en maatregelen, dossier, geneesmiddelen, ethiek, suïcide)

Verantwoordelijkheden

- Uitvoeren van bovenstaande taken als bestuursorgaan met de principes, behorende bij goed bestuur (gelijke rechtstoepassing, hoor en wederhoor, weging van belangen met hanteren van criteria, zorgvuldige besluitvorming, schriftelijke motivering).
- Handelen als bestuursorgaan volgens de code van goed bestuur (risicobeheersing, aanspreekcultuur, goed voorbeeld doet goed volgen, permanente training en educatie).
- Procedures (Bopz-nota, beleid bij suïcide en suïcidaliteit, richtlijnen, waarneming, mandatering) beschrijven, evalueren en borgen.
- Verantwoording afleggen aan de Raad van Bestuur en (aan de hand van wettelijke kaders) aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Officier van Justitie.

Bevoegdheden

- Aanwijzingen geven aan professionals en (na overleg met de lijnorganisatie) leidinggevenden. Bij problemen die raken aan het beleid in bredere zin vindt overleg plaats tussen geneesheer-directeur en de Raad van Bestuur. Uitgangspunt is, dat de beslissingsbevoegdheid van de geneesheer-directeur gericht is op taken en

behandelbeleid betreffende individuele patiënten (zoals hierboven opgesomd), terwijl de Raad van Bestuur en de lijnorganisatie verantwoordelijk zijn voor het bredere psychiatrische beleid.

- Naar aanleiding van uitspraken van de klachtencommissie en de rechtbank vanwege de klachtenprocedure ex artikel 41 van de Wet Bopz, zelfstandig beleid voeren. Daartoe wordt de geneesheer-directeur door de Raad van Bestuur over deze uitspraken ingelicht.
- Na overleg met de lijnorganisatie als laatste instantie een beslissing nemen over de behandeling van een individuele patiënt, (over)plaatsingen van een patiënt en klachten-procedures.
- Adviseren van de Raad van Bestuur, de lijnorganisatie en professionals over juridische en ethische aspecten en kwaliteit van zorg, voortkomend uit de wet Bopz en de WGBO.
- Signaleren van tekortkomingen in de kwaliteit van de zorg in brede zin. De signalerende rol betreft de vraag of de hulpverlening in overeenstemming is met wettelijke vereisten vanwege de Wet Bopz en de WGBO.

Competenties

De geneesheer-directeur is een psychiater¹; de profielschets psychiater is dus onverkort van toepassing op de geneesheer-directeur. Daaraan kunnen de volgende competenties worden toegevoegd.

Medisch handelen

- Heeft optimale kennis van het gezondheidsrecht.
- Levert hoogstaand ethisch verantwoorde zorg.

Communicatie

- Luistert goed naar collega's en patiënten en is in de dilemma's duidelijk in zijn beslissingen.
- Is uitstekend in staat een onafhankelijke positie in te nemen.
- Handelt vanuit de eisen, die aan een bestuursorgaan gesteld worden.
- Legt alle contacten met patiënten en collega's zorgvuldig en gemotiveerd schriftelijk vast.

Samenwerking

- Overlegt doelmatig met alle betrokkenen.
- Draagt bij aan een effectieve samenwerking op zijn takengebied.
- Zorgt voor een uitstekende samenwerking met relevante interne en externe partijen.

Kennis en wetenschap

- Ontwikkelt en onderhoudt een persoonlijk bij- en nascholingsplan op zijn takengebied.
- Handelt proactief bij ontwikkelingen binnen zijn takengebied.

Maatschappelijk handelen

- Handelt als een goed bestuursorgaan en is zich bewust van zijn bijzondere positie.
- Draagt de geest en de ethische aspecten van het gezondheidsrecht op hoogstaande wijze uit.

¹ Richtlijn besluitvorming dwang van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2008).

Organisatie

- Positioneert zich effectief en doelmatig in zijn organisatie.
- Gebruikt informatietechnologie om collega's up to date te houden met betrekking tot kennis, procedures, richtlijnen en protocollen op zijn takengebied.
- Ondersteunt collega's in hun werk ondermeer door een vraagbaakfunctie
- Treedt adequaat op bij incidenten en risico's in de zorg.
- Is in staat risico's te beheersen en daartoe een adequate organisatie op te zetten.
- Legt ondersteuning vast door een gezondheidsjurist (intern of extern).
- Regelt een adequate secretariële en administratieve ondersteuning.

Professionaliteit

- Vertoont hoogstaand persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag.
- Toont zich een goed bestuursorgaan en is zich bewust van zijn bijzondere positie, waarin een goed voorbeeld goed doet volgen.
- Onderneemt actie bij onprofessioneel of onverantwoordelijk gedrag van collega's.
- Levert een essentiële bijdrage aan het oplossen van morele en ethische dilemma's.
- Is in staat uiterst complexe vraagstukken te behandelen.
- Neemt een voortrekkersrol in de kwaliteit van zorg.

Positionering

- De geneesheer-directeur wordt benoemd door de Raad van Toezicht of de Raad van Bestuur. Deze standaard vormt het uitgangspunt voor een arbeidsovereenkomst en verdere afspraken over verantwoording.
- Deze standaard is het uitgangspunt van de beschrijving van de functie geneesheer-directeur in het Professioneel statuut.
- De geneesheer-directeur heeft bij voorkeur niet tevens zitting in de Raad van Bestuur. Indien dit wel het geval is, benoemt de geneesheer-directeur zo mogelijk één of meer collega's tot zijn permanente waarnemer(s) .
- Indien de geneesheer-directeur een lijnfunctie bekleedt, worden de onderscheidenlijke verantwoordelijkheden beschreven en vastgelegd in een arbeidsovereenkomst of een ander document.
- De geneesheer-directeur functioneert als bestuursorgaan en heeft daarmee een zelfstandige en onafhankelijke positie, die los staat van de lijn- en staforganisatie.
- De geneesheer-directeur heeft een aanstelling van het aantal uren, dat, afhankelijk van de grootte van de instelling (fte's, aantal Bopz-bedden, aantal psychiaters) uitvoering van de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden mogelijk maakt.

Mandatering

- De geneesheer-directeur kan een aantal taken mandateren. De richtlijn is dat beslissingen die voor de patiënt negatief zijn (toepassen dwang) niet en beslissingen die voor de patiënt positief zijn (verlof en ontslag) wel gemandateerd kunnen worden.
- Wanneer de geneesheer-directeur besluit tot mandatering, dient hij een mandaterings-regeling op schrift te zetten, waarin wordt beschreven welke taken aan wie worden gemandateerd.

Waarneming

- De geneesheer-directeur heeft een of meer waarnemers.

- De benoeming van een waarnemer heeft tenminste de instemming van de geneesheer-directeur.
- De waarnemer treedt volledig in de bevoegdheden van de geneesheer-directeur. Deze standaard is daarmee ook van toepassing op de waarnemer.
- De geneesheer-directeur stelt een waarnemingsregeling op en communiceert deze optimaal in de organisatie.
- Indien de geneesheer-directeur ook buiten kantoor tijden bereikbaar is, wordt een regeling buiten kantoor tijden opgesteld. Uitgangspunt is dat de psychiater die verantwoordelijk is, contact opneemt met de geneesheer-directeur voor overleg, meldingen van calamiteiten of beslissingen in het kader van de Wet Bopz.
- De organisatie (raad van bestuur) meldt formeel aan de Inspectie voor de gezondheidszorg en de rechtbank op welke wijze de waarneming van de geneesheer-directeur is geregeld.

Interne contacten

- De contacten met de Raad van Bestuur zijn vastgelegd in de arbeidsovereenkomst en andere documenten, die samenhangen met het afleggen van verantwoording. In deze documenten is ook de verhouding tot de lijnorganisatie vastgelegd.
- De contacten met psychiaters en behandelverantwoordelijken zijn vastgelegd in het Professioneel statuut.
- De geneesheer-directeur zorgt voor een optimale bereikbaarheid voor en structureel overleg en intervisie met psychiaters en behandelverantwoordelijken.
- De geneesheer-directeur draagt zorg voor borging van een kwaliteitssysteem, dat voortkomt uit zijn takenpakket, inclusief een systeem van risicobeheersing en passend bij het veiligheidsbeleid.
- De geneesheer-directeur onderhoudt in het kader van de externe en interne rechtspositie van de patiënten met enige regelmaat contact met relevante interne partijen, zoals de cliëntenraad, de familieraad, een middelen-en maatregelencommissie
- De geneesheer-directeur zorgt voor een intern jaarverslag.

Externe contacten

- De geneesheer-directeur heeft structureel contact met de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Officier van Justitie en andere partijen, die uit zijn takenpakket voortvloeien.
- In het kader van de externe en interne rechtspositie van de patiënten heeft de geneesheer-directeur contact met de klachtencommissie en de PVP

Opleiding en nascholing

- De geneesheer-directeur volgt een landelijke opleiding tot geneesheer-directeur.
- De geneesheer-directeur ontwikkelt en onderhoudt een persoonlijk bij- en nascholingsplan en heeft hiervoor een afzonderlijk budget.
- De geneesheer-directeur draagt zorg voor een bij- en nascholingsplan ten behoeve van collega's in de instelling ten aanzien zijn takengebied.

Certificering en intercollegiale toetsing

- De geneesheer-directeur draagt, in samenwerking met de Raad van Bestuur, zorg voor certificering van Bopz-aangemerkte afdelingen.

- De geneesheer-directeur draagt zorg voor interne toetsing van alle activiteiten op zijn werkgebied.
- De geneesheer-directeur draagt bij aan een landelijke intercollegiale toetsing van geneesheren-directeuren.

Vereniging

De geneesheer-directeuren hebben zich verenigd in de Nederlandse Vereniging voor Geneesheren-directeuren. Deze vereniging heeft tot doel:

- de functie van geneesheer-directeur te standaardiseren,
- documentatie, die voortkomt uit het takenpakket, uit te wisselen, zo mogelijk leidend tot een uniforme documentenpakket,
- de opleiding tot geneesheer-directeur te verzorgen,
- bij- en nascholingsactiviteiten te ontplooiën,
- een systeem van intervisie, intercollegiale toetsing en certificering te ontwikkelen,
- de ontwikkelingen met betrekking tot gezondheidsrecht te volgen, de geneesheer-directeuren te vertegenwoordigen bij elk relevant landelijk overleg

December 2008.