ZorgOnderzoek Nederland | ZON
Commissie evaluatie regelgeving
Programma **evaluatie regelgeving**

Evaluatie Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen

Evaluatie

Evaluatie Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen

Prof. dr. J. de Savornin Lohman
Dr. R. Rijkschroeff
Dr. D. Oudenampsen
Mr. L. Verkuyl
Drs. K. van Gelder
Drs. R. van Overbeek

Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland december 2000
Reeks: evaluatie regelgeving: deel 4

Inhoud

1	Opzet van het onderzoek		5
	1	Aanleiding	5
	2	Vraagstellingen	5
	3	Opzet van het onderzoek	6
	4	De rapportage	9
2	Juridisch-technische analyse van de WMCZ		11
	1	Inleiding	11
	2	Voorgeschiedenis en aard van de wetgeving	11
	3	Doelstelling van de wet en het gekozen instrumentarium	19
	4	Vraagpunten in het kamerdebat	23
	5	Jurisprudentie	26
3	Het functioneren van cliëntenraden		33
	1	Inleiding	33
	2	De Geestelijke gezondheidszorg	33
	3	De zorg voor lichamelijk gehandicapten	37
	4	De zorg voor verstandelijk gehandicapten	41
	5	Verpleging en verzorging	44
	6	Thuiszorg en gezondheidscentra	47
	7	Ziekenhuiszorg	52
	8	Sector welzijn	56
4	Evaluatie van de WMCZ		61
	1	Doelbereiking	61
	2	Minimale regeling	63
	3	Onbedoelde neveneffecten	64
	4	Overige effecten	64
	5	Conclusies	65
	6	Aanbevelingen	65

Literatuur 67

Lijst van afkortingen 69

Bijlage 1 **De Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen** 71

Bijlage 2 **Samenstelling expertcommissie per sector en lijst van sleutelfiguren** 77

bijlage 3 **Samenstelling Begeleidingscommissie en Commissie evaluatie regelgeving** 81

1

Opzet van het onderzoek

1 Aanleiding

Het startpunt van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ) ligt in 1974 met de instelling van de commissie Van der Burg. De opdracht was het uitbrengen van een advies inzake het democratisch en doelmatig functioneren van instellingen die werken met overheidssubsidie. Opeenvolgende kabinetten slaagden er niet in een voorstel van wet, gebaseerd op het advies bij de Tweede Kamer, aanvaard te krijgen. Uiteindelijk koos het derde kabinet Lubbers ervoor twee afzonderlijke wetsvoorstellen bij de Kamer in te dienen: het wetsvoorstel inzake medezeggenschap van cliënten en het wetsvoorstel betreffende het klachtrecht voor cliënten. Sluitstuk vormt de Kwaliteitswet zorginstellingen. Het wetsvoorstel dat in maart 1993 de Tweede Kamer bereikte, accentueert in de eerste plaats de eigen verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder voor het vormgeven van een adequate medezeggenschap van cliënten binnen de instelling. Daarmee wordt aangesloten bij de opvattingen over de systematiek van een wettelijk geconditioneerde zelfregulering die ook in de Kwaliteitswet zorginstellingen terug te vinden is. De voorgestelde wetgeving heeft tot doel een wettelijke basis te geven aan de bestaande medezeggenschapsregelingen en instellingen, die deze regeling nog niet getroffen hebben, hiertoe aan te zetten. De cliënten kunnen de naleving van de wettelijke regeling desnoods afdwingen bij de kantonrechter.
Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel in de Eerste Kamer bleek met name de invloed van het afdelingshoofd bij intramurale instellingen omstreden. Dit artikel (art. 3 lid 1 onder m) is mede op aandringen van de Tweede Kamer in de wet opgenomen.
De WMCZ is sinds september 1996 van kracht. De evaluatie is gericht op een inventarisatie van de stand van zaken van de naleving en invulling van de wet in de praktijk.

2 Vraagstellingen

De vraagstellingen van het evaluatieonderzoek, zoals vastgesteld in het Programma evaluatie regelgeving van ZorgOnderzoek Nederland, luiden als volgt:

1. In hoeverre heeft de WMCZ aan zijn doel beantwoord?
2. In hoeverre hebben de in de wet gekozen instrumenten en mogelijk andere factoren bijgedragen aan de doelbereiking van de WMCZ? Wat is de stand van zaken?
3. Is er sprake van onbedoelde neveneffecten?

3 Opzet van het onderzoek

De behoefte aan wetsevaluatie is de laatste jaren sterk toegenomen en kan worden beschouwd als het gevolg van de rationalisering van het wetgevingsproces. Daarbij wordt de wet gehanteerd als een instrument om een bepaald doel te kunnen bereiken. Om de effecten van de wetswijziging te kunnen meten is het nuttig dat aan twee voorwaarden is voldaan: men moet kunnen beschikken over een 'base-line' meting (ex ante evaluatie: hoe was de situatie voordat de wet in werking was?) en de wet dient als enig instrument te zijn ingezet voor de doelrealisering (Soomeren, 1987). Op dit moment wordt aan deze voorwaarden zelden voldaan. Ook in het geval van de evaluatie van de WMCZ is geen ex ante evaluatie verricht. De Programmacommissie evaluatie regelgeving van ZorgOnderzoek Nederland heeft daarom gekozen voor een procesbenadering, waarbij de evaluatie gefaseerd plaatsvindt.
Bij de opzet van het onderzoek is rekening gehouden met de verschillende fasen waarin de uitvoering van de WMCZ in de diverse sectoren van de maatschappelijke gezondheidszorg verkeert en met de eventuele overgangsproblemen. Daarom wordt eerst een sectorgewijze inventarisatie gehouden.
In enkele sectoren, met name de residentiële voorzieningen, zijn al enige jaren ervaringen opgedaan met medezeggenschap binnen de instelling. In de geestelijke gezondheidszorg zijn sinds de jaren tachtig patiënten- en bewonersraden actief en worden daarin ondersteund door een landelijke koepelorganisatie (Stichting Landelijke Patiënten- en Bewonersraden in de geestelijke gezondheidszorg). In de verzorgingshuizen hebben bewonerscommissies ervaringen opgedaan met medezeggenschap en zijn daarin ondersteund door de Landelijke Organisatie Bewonerscommissies Bejaardenoorden (LOBB). In de verpleeghuizen en in de zorg voor verstandelijk gehandicapten hebben met name familieraden een belangrijke rol vervuld, waarvan bij de vorming van cliëntenraden gebruikgemaakt wordt. In andere sectoren is de vorming van cliëntenraden na de invoering van de WMCZ tot stand gekomen, met name in de thuiszorg, de algemene ziekenhuizen en bij voorzieningen die vallen onder de Welzijnswet.
Via een sectorgewijze benadering kan een genuanceerd beeld worden verkregen van de stand van zaken met betrekking tot de doelbereiking van de wet en het functioneren van de instrumenten van de wet.

De vraagstellingen van het onderzoek zijn via drie deelonderzoeken beantwoord:
- deelonderzoek 1: Juridisch-technische analyse.
- deelonderzoek 2: Inventarisatie.
- deelonderzoek 3: Doelbereiking WMCZ.

Deelonderzoek 1 Juridisch-technische analyse

In deelonderzoek 1 is nagegaan in hoeverre de wetgever duidelijk heeft aangegeven wat het doel van de wet is en een helder instrumentarium heeft aangereikt om dit doel te bereiken.
De juridisch-technische analyse omvat de volgende onderzoeksvragen:
- Zijn de te bereiken doelen van de wet vooraf en duidelijk omschreven en kunnen zij getoetst worden op van tevoren vastgelegde criteria?
- Hoe is de voorbereiding van de invoering van de wet geweest?
- Hoe functioneert het systeem van de wet? Met name de instelling van een cliëntenraad ex artikel 2, eerste lid, WMCZ en de instelling van een Commissie van Vertrouwenslieden ex artikel 10, eerste lid, WMCZ.
- Hoe is de implementatie van de wettelijke bepalingen voorbereid en verlopen?

Het onderzoek vindt plaats door middel van een analyse van de parlementaire geschiedenis, de jurisprudentie en interviews met betrokkenen bij de voorbereiding van de (implementatie van de) wet.

Deelonderzoek 2 Inventarisatie

Bij de inventarisatie van de stand van zaken in deelonderzoek 2 is rekening gehouden met de onderscheiden fasen waarin de totstandkoming van cliëntenraden in de diverse setoren van de maatschappelijke gezondheidszorg kan verkeren. Er is daarom gekozen voor een sectorgewijze inventarisatie waarbij een indeling is gehanteerd, die rekening houdt met de verschillende medezeggenschapstradities die zich in de loop van de jaren in de verschillende sectoren hebben ontwikkeld:
- geestelijke gezondheidszorg;
- verpleging & verzorging;
- verstandelijk gehandicapten;
- lichamelijk gehandicapten;
- algemene ziekenhuizen;
- thuiszorg en gezondheidscentra;
- welzijn.

In deelonderzoek 2 vindt een inventarisatie plaats van de stand van zaken met de volgende onderzoeksvragen:
- Hoe is de stand van zaken met betrekking tot de totstandkoming van de cliëntenraden?
- Op welke wijze komen de cliëntenraden tot stand?
- Hoe functioneert het systeem van de wet in de praktijk:
  - Hoe functioneren de cliëntenraden?
  - Hoe functioneren de commissies van vertrouwenslieden?
- Hoe functioneert het zwaarwegend adviesrecht in de praktijk, met name bij benoeming van afdelingshoofden?
- Hoe wordt omgegaan met het bindende voordrachtsrecht bij de benoeming van bestuurders?
- Op welke wijze en in welke mate wordt gebruikgemaakt van de figuur van de centrale cliëntenraad?
- In hoeverre worden patiënten, cliënten en bewoners meer dan voorheen betrokken bij activiteiten met betrekking tot kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering?

Bij de inventarisatie zijn zowel gegevens verzameld die als nulmeting gehanteerd kunnen worden (peilperiode 1995/1996) als gegevens die de stand van zaken op dit moment (peilperiode 1999) weergeven. Hierbij zijn de volgende methoden van dataverzameling gehanteerd:

- literatuurscan;
- secundaire analyse van verricht onderzoek;
- interne gegevens met betrekking tot cliëntenraden;
- educated guesses van sleutelfiguren;
- eventueel aanvullende enquête.

Er is uitgegaan van een robuuste methode: er is gestreefd naar minimaal twee databronnen die betrekking hebben op het huidige functioneren van cliëntenraden.

Ten aanzien van het functioneren van cliëntenraden vindt ook een per sector getrapte dataverzameling plaats:

1. Per sector een interview met een vertegenwoordiger van de koepel van zorgaanbieders en een vertegenwoordiger van de koepel van cliëntenraden over het proces van invoering van de WMCZ in de sector.
2. Per sector: vier interviews met sleutelfiguren uit kringen van respectievelijk zorgaanbieders en cliëntenraden om zo een genuanceerd en gedifferentieerd beeld te krijgen van het functioneren van cliëntenraden.

Deelonderzoek 3 Doelbereiking WMCZ

In deelonderzoek 3 staan de vragen omtrent de effecten van de WMCZ centraal:

- Zijn de gestelde doelen gerealiseerd?
- Is dit ten gevolge van de wet of komt dit (mede) door andere factoren?
- Zijn er onbedoelde neveneffecten van de wet?
- Is het aannemelijk dat de realisering van de doelen en consequenties zijn toe te rekenen aan de WMCZ of zijn zij door andere factoren veroorzaakt?
- Waarom zijn bepaalde doelen juist wel of niet bereikt?
- Zijn er, en zo ja in welke mate, positieve of negatieve effecten toe te rekenen aan wijzigingen die zijn doorgevoerd tijdens de parlementaire behandeling van de WMCZ (met name het Amendement Afdelingshoofden)?
- Wat zijn de effecten van de wet op de diverse doelgroepen in het veld?
- Zijn er verschillen aan te wijzen in de effecten van de wet bij groepen met een lage sociaal-economische status (SES) of bij allochtone bevolkingsgroepen? Zo ja, waar wordt dit door veroorzaakt?

Voor het verkrijgen van de beoordelingen van de WMCZ is een variant van de delphimethode gehanteerd. Het doel hiervan is om in elk van de onderscheiden sectoren consensus over de doelbereiking te verkrijgen, alsmede inzicht in wat er aan resterende vragen leeft. De delphimethode blijkt bij uitstek geschikt voor de aanpak van complexe problemen. Door raadpleging van deskundigen in een aantal stappen komt men tot een gefundeerde en gemeenschappelijke stellingname ten aanzien van een bepaald probleemgebied (Rijkschroeff, 1989). De beoordelingen worden conform de delphimethode in een aantal stappen verkregen. Allereerst wordt voor elk van de sectoren een expertcommissie van ongeveer acht sleutelfiguren gevormd, die een goede afspiegeling vormt van de aanwezige deskundigheid en actoren in de sector. Op deze wijze wordt gestreefd naar een zo duidelijk en eenduidig mogelijk antwoord op de onderzoeksvragen en het formuleren van beleidsaanbevelingen, welke kunnen rekenen op een zo breed mogelijk draagvlak.
Tijdens de eerste ronde zijn ter voorbereiding de onderzoeksvragen van de wetsevaluatie en de resultaten van deelonderzoek 1 en deelonderzoek 2 toegestuurd. De interpretaties van de onderzoeksgroep worden aan de leden van de expertcommissies voorgelegd, die in feite een soort contra-expertise uitvoeren. Met name op het punt van doelbereiking, beoogde en niet beoogde effecten en eventueel noodzakelijk geachte aanvullende wettelijke maatregelen kan deze contra-expertise van veel waarde zijn.
De tweede ronde bestaat uit een gezamenlijke expertmeeting met vertegenwoordigers van de acht sectoren om gezamenlijk te komen tot een beoordeling van de WMCZ. Ter voorbereiding van de expertmeeting hebben de deelnemers de conclusies van de inventarisaties, het samenvattend verslag van de zeven expertmeetings van de eerste ronde en een conceptevaluatie van de WMCZ door de onderzoeksgroep ontvangen. Mede aan de hand van de resultaten van de gezamenlijke expertmeeting heeft de onderzoeksgroep de conceptevaluatie bijgesteld.

4 De rapportage

De rapportage is als volgt opgebouwd. Na dit inleidende hoofdstuk over de opzet van het onderzoek volgt in hoofdstuk 2 de presentatie van de resultaten van de juridisch-technische analyse. De conclusies van de inventarisatie en de resultaten van de eerste ronde expert-meetings worden sectorgewijs in hoofdstuk 3 behandeld. De resultaten van de inventarisatie zijn als achtergrondstudie bij het Verwey-Jonker Instituut verschenen[1]. De evaluatie van de WMCZ volgt tot slot in hoofdstuk 4.

[1] J. de Savornin Lohman e.a., *Achtergrondstudies bij de Evaluatie Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ)*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut 2000.

2

Juridisch-technische analyse van de WMCZ

1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de totstandkoming van de WMCZ en de aard van de wetgeving onder de loep genomen. De bronnen zijn allereerst de wet, zoals gepubliceerd in het Staatsblad 1996, nr. 204. Daarnaast zijn de kamerstukken geraadpleegd, omvattende het advies van de Raad van State, alsmede de parlementaire behandeling van het wetsvoorstel Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (23 041). Als achtergrondinformatie is gebruikgemaakt van het rapport van de commissie Van der Burg (1977), het advies van de Harmonisatie Raad Welzijnsbeleid, het voorontwerp van wet van de Interdepartementale stuurgroep democratisch en doelmatig functioneren van gesubsidieerde instellingen (Commissie Dijk).

Doel van deze analyse is om na te gaan in hoeverre de wetgever duidelijk heeft aangegeven wat het doel van de wet is en een helder instrumentarium heeft aangereikt om dit doel te bereiken. Verschillen tussen de sectoren komen alleen aan de orde voorzover deze bij de totstandkoming van de wet een rol hebben gespeeld. Hetzelfde geldt voor de verhouding tot andere wetgeving, bedoeld om de positie van cliënten en patiënten te versterken, zoals de Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen (WKCZ) en de Kwaliteitswet zorginstellingen (KZI).

De WMCZ heeft een lange voorgeschiedenis gehad. Eerdere voorstellen liepen vast en werden vervolgens ingehaald door politieke en maatschappelijke ontwikkelingen. Omdat deze voorgeschiedenis van belang is voor het uiteindelijk gekozen instrumentarium van wetgeving om medezeggenschap van cliënten te realiseren, wordt in deze presentatie gekozen voor een herordening van de deelvragen.

2 Voorgeschiedenis en aard van de wetgeving

Voorbereiding van de invoering van de wet
Het startpunt van de WMCZ ligt begin jaren zeventig, toen alom de roep om ‘herverdeling van de macht’ klonk. In 1974 gaat de commissie Van der Burg , officieel getiteld: Commissie van advies inzake het democratisch en doelmatig functioneren van gesubsidieerde instellingen, aan het werk. Het betreft f de gesubsidieerde instellingen van de gehele overheid. In 1977 verschijnt het rapport van deze commissie.
De regering komt in 1980 eerst met een voorlopig standpunt en daarna met een definitief standpunt (*Kamerstukken II* 1980/81,15 360). Vervolgens wordt de ambtelijke commissie Dijk ingesteld, zijnde de: Interdepartementale stuurgroep democratisch en doelmatig functioneren van gesubsidieerde instellingen. Deze commissie komt met een voorontwerp van wet, dat wordt rondgestuurd voor advies naar een aantal adviesorganen. Op basis van de adviezen stelt de

regering een wetsvoorstel op en verzend deze naar de Raad van State. Dit belangrijkste adviesorgaan voor de wetgever heeft principiële bezwaren. Dit wetsontwerp gaat uit van een gedetailleerde algemeen geldende wettelijke regeling voor de op rijksniveau gesubsidieerde instellingen. De *range* van het wetsvoorstel is breed. Het omvat zowel de medezeggenschap van cliënten als van personeel en vrijwilligers, en heeft tevens betrekking op het klachtrecht van cliënten. De collectieve financiering is steeds het uitgangspunt gebleven. Inmiddels is het politieke klimaat ingrijpend veranderd. Algemeen wordt aangenomen dat de overheid minder sturend dient op te treden en de verantwoordelijkheid moet leggen bij de maatschappelijke actoren, de instellingen en de cliënten(organisaties).
In 1988 wordt een wetsvoorstel ingediend, bestaande uit een raamwet met minimumgaranties, en een sectorale uitwerking bij Algemene Maatregel van Bestuur voor een beperkt aantal intramurale instellingen voor de volksgezondheid (Wet democratisch functioneren zorginstellingen, *Kamerstukken II* 1988/89, 20 888, nr. 1 en 2). Na het verschijnen van het behoorlijk kritische Voorlopig Verslag (11 mei 1989), wordt de behandeling van het wetsvoorstel opgeschort, totdat een nieuw kabinet is aangetreden (tweede kabinet Lubbers). Het regeerakkoord bevat enkele afspraken over dit onderwerp, die bij Nota van wijziging in het wetsvoorstel kunnen worden aangebracht. Zover zal het echter niet komen, want april 1991 stelt staatssecretaris Simons in een brief aan de Tweede Kamer dat ‘aan de in het regeerakkoord gemaakte afspraken tot aanpassing van het wetsvoorstel op verschillende wijzen uitwerking kan worden gegeven’, (*Kamerstukken II* 1990/91, 20 888, nr. 6, § 1). In deze brief kondigt hij aan met een nieuw voorstel te komen dat beter aansluit op de maatschappelijke ontwikkelingen die sinds de start van het wetgevingsproject hebben plaatsgevonden. Ook wil hij hiermee de verantwoordelijkheid voor het voeren van de discussie over de regeling van medezeggenschap zoveel mogelijk leggen op het niveau waar die verantwoordelijkheid volgens hem thuishoort: dat van de instelling in plaats van dat van de wetgever (*Kamerstukken II* 1990/91, 20 888, nr. 6, p. 2). Daarom wordt voorgesteld de regeling te beperken tot de verplichting een cliëntenraad in te stellen, maar de samenstelling over te laten aan de zorginstelling. De verplichte vertegenwoordiging van cliënten in het bestuur, wordt teruggebracht tot ten minste één vertegenwoordiger van die kant. Voorts wordt de materie gesplitst in een wetsvoorstel ter regeling van de medezeggenschap van cliënten en een afzonderlijk wetsvoorstel ter regeling van het individuele klachtrecht van cliënten van instellingen en van individuele beroepsbeoefenaren. De beide wetsvoorstellen worden in de periode 1993/1996 in een gezamenlijk traject behandeld door respectievelijk de Tweede en Eerste Kamer.

Het wetsvoorstel, 'Regels ter bevordering van de medezeggenschap van de cliënten van uit collectieve middelen gefinancierde zorgaanbieders op het terrein van de maatschappelijke zorg en de gezondheidszorg', oftewel Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ), wordt maart 1993 ingediend bij de Tweede Kamer (*Kamerstukken II* 1992/93, 23 041, nr. 1 en 2). Deze wet volgt het door staatssecretaris Simons aangekondigde systeem: een verplichte cliëntenraad, met een verplichte advisering over een aantal onderwerpen, die het leven van de cliënt betreffen. Deze onderwerpen zijn opgesomd in artikel 3 a t/m n. Uiteindelijk ligt de beslissingsbevoegdheid bij het bestuur van de instelling. Voor de onderwerpen i t/m m geldt een verzwaard adviesrecht, in de debatten aangeduid als ‘instemmingsrecht’. In die gevallen is beroep mogelijk op een vertrouwenscommissie.
Om de Tweede Kamer ter wille te zijn komt de regering in 1994, vlak voor de eindstemming, met een Nota van Wijzigingen (*Kamerstukken II* 1993/94, 23 041, nr. 17). Allereerst is toegevoegd de bepaling dat door de cliëntenraad te voeren rechtsgedingen ten laste komen van de zorginstelling, alleen indien deze vooraf daarvan in kennis is gesteld (art. 2 lid 5). De andere inhoudelijke wijziging betrof artikel 3, eerste lid, onder m, de benoeming van een persoon tot afdelingshoofd. Het betreft alleen instellingen waarin gedurende een etmaal zorg wordt verleend aan cliënten, die in de regel langdurig in die instelling verblijven.

Bij de behandeling in de Eerste Kamer richt de kritiek zich met name op deze laatste wijziging. Van de zijde van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten wordt gepleit voor autonomie van de gemeenten als het om gemeentelijke instellingen gaat. Er liggen schriftelijke protesten van directies, evenals van de Nederlandse Zorg Federatie en de Woon Zorg Federatie. De bezwaren richten zich met name op artikel 3, eerste lid, onder m WMCZ. Het verzwaard adviesrecht ten aanzien van de benoeming van afdelingshoofden zou een onwerkbare situatie oproepen. Bovendien wordt betoogd dat het wetsvoorstel overbodig is, omdat het medezeggenschapsproces al grotendeels gerealiseerd zou zijn. Een aantal woordvoerders in de Eerste Kamer verwoordt deze kritiek. Er zijn ook bezwaren van partijen die in de Tweede Kamer voor hadden gestemd. Besloten wordt de behandeling van het wetsvoorstel te schorsen, zodat de minister zich nader kan oriënteren op deze twee kritiekpunten: het instemmingsrecht bij de benoeming van een afdelingshoofd en de eventuele overbodigheid van nadere wetgeving op dat punt.

Op 21 december 1995 komt er een brief van de Minister van VWS (*Kamerstukken I* 1995/96, 23 041, nr. 159) waarin zij verslag doet van haar bevindingen. Er gebeurt veel in het veld, maar nog lang niet overal. De patiënten/cliëntenorganisaties dringen aan op snelle invoering. De redenering uit de MvT blijft in stand. Om twee redenen kan het niet overgelaten worden aan de instellingen: de marktwerking is onvolledig omdat cliënten niet rechtstreeks betalen voor de dienstverlening. Daardoor is er minder druk op de instellingen om het aanbod beter af te stemmen op de vraag. Ten tweede is de vrije keuze het 'stemmen met de voeten', vaak een fictie omdat de instellingen de facto een monopoliepositie innemen.
Over de inspraak van cliënten bij de benoeming van een afdelingshoofd stelt de minister in de Eerste Kamer dat het juister is om te spreken van 'verzwaard adviesrecht' dan van instemmingsrecht. Mogelijk dat hierdoor verwarring is ontstaan, met name omdat artikel 27 van de Wet op de ondernemingsraden (WOR) wel het instemmingsrecht kent, dat verder gaat dan de WMCZ. De cliëntenraad wordt 'gesprekspartner', aldus de minister (*Handelingen I*, 1994/95, p. 1231). Voor een aantal besluiten - genoemd in artikel 3 - bestaat de inspraakstructuur uit een gewoon adviesrecht. Nadat met de cliëntenraad daarover zorgvuldig overleg is gepleegd (art. 4 WMCZ) kan de directie van de instelling een negatief advies naast zich neerleggen. De cliëntenraad heeft wel de mogelijkheid om het geschil over de onderwerpen genoemd in artikel 3 aan een vertrouwencommissie voor te leggen. Dat geldt trouwens ook voor andere verplichtingen van de zorgaanbieder, namelijk geen afwijkend besluit dan na overleg met de cliëntenraad (art. 4 lid 1), het negeren van een negatief advies (art. 4 lid 4) en het niet tijdig en niet schriftelijk verschaffen van informatie (art 5 lid 1). Voor een beperkt aantal onderwerpen die 'in hoge mate bepalend zijn voor de kwaliteit van de zorgverlening en voor het welbevinden van de cliënten, voor de hele kwaliteit van hun leven' (*Handelingen I*, p. 1147 middelste kolom onderaan) is een verzwaarde procedure opgenomen. Het betreft besluiten over de in artikel 3, eerste lid 1, i t/m m genoemde onderwerpen. In die gevallen moet de zorgaanbieder het schriftelijk advies van de cliëntenraad opvolgen. Doet hij dat niet dan kan de cliëntenraad -onder bepaalde voorwaarden- de nietigheid van het besluit inroepen. De zorgaanbieder staat beroep open op de Commissie van Vertrouwenslieden (art. 10 WMCZ). De cliëntenraad en individuele cliënten kunnen voorts in een aantal gevallen een beroep doen op de kantonrechter om naleving van de wet af te dwingen.

Toetsingskader en toetsing

De beoordeling van de totstandkoming van de wet betreft de ambtelijke en politieke voorbereiding en kamerbehandeling. De reflectie op de kwaliteit van wetgeving heeft in 1990 een impuls gekregen door de kabinetsnota's 'Recht in beweging' (*Kamerstukken II* 1990/91, 21 829, nr. 2) en 'Zicht op wetgeving' (*Kamerstukken II* 1990/91, 22 008, nr. 1-2). Eerstgenoemde nota formuleert zes kwaliteitseisen waaraan wetgeving moet voldoen: rechtmatigheid, toegankelijkheid, onderlinge afstemming, doelgerichtheid, subsidiariteit en proportionaliteit en uitvoerbaar-

uitvoerbaarheid. In 1993 verschijnt het kabinetsstandpunt 'Voortvarend wetgeven' dat ingaat op de wetsprocedure. De Algemene Rekenkamer heeft in 1994 een rapport uitgebracht 'Wetgeving, organisatie en product', waaraan een onderzoek naar de totstandkoming van 36 wetsvoorstellen ten grondslag ligt. Dit onderzoek betrof met name de doorwerking van de kwaliteitseisen gesteld in voornoemde nota's.
Deze bronnen geven op zich onvoldoende handvatten om de totstandkoming van voorliggend wetsvoorstel op te beoordelen. De reden hiervan is dat de zorg over de kwaliteit van de wetgeving, die aanleiding vormt voor de nota of het advies, telkens verschilt. De ene keer wordt zij ingegeven door de vrees dat er tussen de verschillende departementen onvoldoende overleg is, de andere keer vormen de omvang en de duur van het wetgevingsproces reden tot zorg. Zelden is gekeken vanuit het gezichtspunt van een later uit te voeren evaluatieonderzoek. Bovendien is sedertdien, althans voor het terrein van de gezondheidszorg, de positie van de overheid veranderd: gekozen wordt voor een stelsel van zelfregulering. Het traditionele onderscheid tussen modificatie (sturende wetgeving) en codificatie (consoliderende wetgeving), gaat in z'n algemeenheid niet meer op. Er is sprake van een mengvorm, de wet is deels codificerend (legt een bestaande praktijk vast), deels modificerend (wil een gewenste situatie stimuleren). Soms gebeurt dit in de vorm van een kaderwet. Daarvoor is in dit geval niet gekozen.

Gezien de maatschappelijke context van voorliggend wetsvoorstel komen wij tot de volgende beoordelingscriteria:
1. Adequate wetgeving dient goed te zijn voorbereid, d.w.z. rekening houdend met de behoefte/wensen van de maatschappelijke actoren.
2. Eventuele belangentegenstellingen dienen in de wet een plek te krijgen (dus niet genegeerd, of overruled).
3. Wetgeving dient consequent te zijn. Passend in een wetgevingsvisie.
4. De afbakening met aanpalende wetgeving moet helder zijn.
5. De wet moet binnen een redelijke periode tot stand komen.

Criterium 1: Adequate wetgeving dient goed te zijn voorbereid, d.w.z. afgestemd op de behoefte/wensen van de maatschappelijke actoren

In de voorbereidende fase hebben zowel de commissie Van der Burg als de commissie Dijk zich breed georiënteerd. Het voorontwerp van wet, opgesteld door de commissie Dijk, is naar een aantal adviesorganen gestuurd met het verzoek om commentaar. Het wetsvoorstel Democratisch functioneren zorginstellingen (20 888) is - na het verschijnen van het voorlopige verslag - ingetrokken. Een nieuw wetsvoorstel bleek wenselijk, ondermeer omdat in het veld medezeggenschap al in den brede werd erkend. De WMCZ kiest dan ook voor zelfregulering. De cliënten(raden) krijgen een eigen verantwoordelijkheid voor wat betreft de naleving van de wet. De instellingen houden armslag om de medezeggenschap op een eigen wijze in te vullen, maar moeten zich wel houden aan de minimumvoorschriften van de wet. Verplicht is de inspanningsverplichting voor het instellen van een cliëntenraad, met adviesrecht. De wet voorziet in een bindende voordracht van minimaal één bestuurslid van cliëntenzijde, terwijl in het eerdere voorstel eenderde van het aantal bestuursleden uit vertegenwoordiging van de cliënten moest bestaan. De belangrijkste controverse wordt eigenlijk pas manifest bij de behandeling in de Eerste Kamer, waarschijnlijk omdat het meest controversiële punt: een verzwaard adviesrecht bij de benoeming van het afdelingshoofd, in residentiële instellingen bij langdurige verblijf, pas op het laatste moment - bij Nota van wijzigingen - in het wetsvoorstel werd opgenomen. De minister heeft zich toen via een consultatieronde geïnformeerd op twee punten: zijn de ontwikkelingen in het veld al zo ver gevorderd (hetgeen m.n. vanuit de zorgaanbieders werd betoogd) dat de wet overbodig is en zou verzwaard adviesrecht bij de benoeming van afdelingshoofden in de praktijk onwerkbaar zijn? De minister deelt vervolgens haar bevindingen mee in een brief aan Eerste Kamer, maar gaat niet in op de vraag hoe zij aan die informatie is gekomen. Daarin

die informatie is gekomen. Daarin houdt zij vast aan het wetsvoorstel. De in de schorsingsperiode ontvangen berichten – m.n. uit de hoek van de patiënten/consumenten - onderstrepen het belang van deze wetgeving. Lang niet overal is zelfregulering toegepast en er zijn zelfs signalen dat instellingen voornemens zijn, totdat er een duidelijke wettelijke verplichting ligt, al hetgeen op dit terrein in overleg bereikt is weer terug te draaien (*Kamerstukken I* 1995/96, 13 041, nr. 159).

Conclusie: In de beginfase heeft een brede maatschappelijke oriëntatie plaatsgevonden bij het oorspronkelijk wetsontwerp. De veranderde politieke opvattingen leidden ertoe dat de verschillende ministeries hun eigen weg gingen (het ministerie van O en W voor de onderwijssector en het ministerie van VROM voor de volkshuisvesting). Het toenmalige ministerie van WVC ging verder met het voorstel van Wet democratisch functioneren zorginstellingen (1989) en kwam in 1993 met een nieuw wetsvoorstel (de huidige WMCZ). Dit wetsvoorstel had een breder bereik, namelijk zowel de intra- als extramurale volksgezondheidsector en welzijn. Er zijn geen aanwijzingen waaruit blijkt dat opnieuw een brede oriëntatie heeft plaatsgevonden. Denkbaar is dat de regering dit niet nodig achtte, omdat de WMCZ het initiatief grotendeels bij het veld legt en slechts een minimum aan verplichtingen bevat. Toen er tijdens de behandeling protest kwam van de zorginstellingen, heeft de minister dit serieus genomen en onderzocht, voordat zij de wet doorzette. Op grond van de kamerstukken kan geconcludeerd worden dat aan dit criterium is voldaan.

Criterium 2: Eventuele belangentegenstellingen dienen in de wet een plek te krijgen (dus niet genegeerd of overruled)

De mogelijke belangentegenstelling tussen cliënten en instelling is procedureel en organisatorisch ondergebracht in voorschriften betreffende de communicatie tussen instelling en cliënten via een cliëntenraad. Er is een verplicht adviesrecht van de cliëntenraad voor een aantal in de wet opgesomde voorgenomen besluiten van de directie, die het leven van de cliënten raken en er is een verplichting de cliëntenraad te informeren, onder andere via een jaarverslag. De eventuele tegenstelling in belangen wordt versmald door te bepalen dat deze raad moet adviseren 'binnen het kader van de doelstelling van de instelling' en 'ter behartiging van gemeenschappelijke belangen'. Dus geen individuele belangen van cliënten en geen belangen, die niet passen binnen de belangen van de instelling. Voorts geeft de wet de zorginstelling de uiteindelijke beslissingsmacht, door vast te stellen dat mag worden afgeweken van de advisering door de cliëntenraad over de in artikel 3 genoemde onderwerpen. Bovendien kan een verschil van inzicht altijd door de cliëntenraad ter beoordeling worden voorgelegd aan een vertrouwenscommissie. Voor een beperkt aantal in de wet genoemde onderwerpen (art. 3 i t/m m) geldt een verzwaard adviesrecht. In die gevallen dient het bestuur van de instelling – bij een negatief advies van de cliëntenraad - zijn besluit niet uit te voeren. Doet het bestuur dit toch, dan is het besluit nietig, mits de cliëntenraad daar een beroep op doet binnen een maand nadat het bestuur dit aan de raad heeft bericht. Als de zorgaanbieder niet meldt aan de cliëntenraad dat het zijn besluit toch uitvoert, kan de cliëntenraad toch een beroep doen op de nietigheid, maar dan vanaf het moment dat zij merkt dat het bestuur zich niets heeft aangetrokken van het negatieve advies en het besluit toch uitvoert (art. 5 lid 4 WMCZ). Deze kwesties, waarvoor het verzwaard adviesrecht geldt, kan de zorgaanbieder aan de vertrouwenscommissie voorleggen (art. 10 lid 1 sub b). De vertrouwenscommissie tracht eerst te bemiddelen in het geschil, maar doet uiteindelijk een bindende uitspraak. In de woorden van minister Borst: 'Dit wetsvoorstel biedt een structuur voor de medezeggenschap van cliënten bij de totstandkoming van besluiten van de instelling. Voor een aantal besluiten is die inspraak gegoten in de vorm van een gewoon adviesrecht. Dat houdt in dat het bestuur, zij het na overleg met de cliëntenraad, en onder opgaaf van redenen, uiteindelijk zonder tussenkomst van derden en zonder verdere procedure zijn eigen keuze kan doorzetten, ook al gaat dat tegen het advies van de cliëntenraad in. (….)

advies van de cliëntenraad in. (….) Voor beslissingen van het bestuur waarbij het cliëntenbelang in hoge mate in het geding is, is in het wetsvoorstel een extra waarborg geschapen voor zorgvuldige besluitvorming waarbij aan het advies van de cliëntenraad een grotere betekenis toekomt dan bij het gewone adviesrecht. Wij noemen dat het verzwaarde adviesrecht' (*Handelingen I* 1995-1996, p.1147). De extra waarborg bestaat in dit geval uit de bepaling in de wet dat een afwijkend advies van de cliëntenraad het besluit van het bestuur vernietigbaar maakt. De cliëntenraad moet daar dan wel een beroep op doen. Voordat het zo ver is kan het bestuur (of de cliëntenraad) het geschil laten toetsen door de vertrouwenscommissie, die paritair is samengesteld (van elke partij een lid en een onafhankelijk voorzitter).
De wet voorziet ook in de mogelijkheid dat de zorgaanbieder geen cliëntenraad instelt, of een raad instelt, waarin de cliënten niet goed vertegenwoordigd zijn. In die gevallen kan de cliëntenraad en iedere cliënt zich wenden tot de kantonrechter, met het verzoek de instelling te verplichten de in de wet opgedragen taak te vervullen. Dit betreft ook de verplichte informatie (art. 5 lid 2), de bestuurssamenstelling (art. 7) en het jaarverslag (art. 8).

Conclusie: Er is een plaats toegekend aan eventuele belangentegenstellingen. De belangen van de cliënt krijgen, via de gewaarborgde positie van de cliëntenraad, een eigen plaats. De belangen van de zorgaanbieder (het bestuur) krijgen een groter gewicht, immers, na ingewonnen advies mag het bestuur toch zijn besluit uitvoeren. Een zeker bestuurlijk overwicht is te verdedigen vanuit de noodzaak om flexibel te kunnen inspelen op ontwikkelingen waar de instelling zich voor gesteld ziet. Echter voor een beperkt aantal onderwerpen schrijft de wet voor dat het bestuur gebonden is aan een negatief advies van de cliëntenraad, met de mogelijkheid van toetsing door de vertrouwenscommissie. In deze gevallen - zo is de politieke keuze - domineert het standpunt van de cliëntenraad. Daartoe krijgt de raad machtsmiddelen in handen. De wet voorziet in de situatie waarin sprake is van een onwillig bestuur, dat zich niets aantrekt van het negatieve advies en gewoon zijn gang gaat. Nietigheid kan het gevolg zijn. Daarmee heeft het belang van de cliëntenraad waarborgen gekregen in de wet. Toch is er rede voor twijfel of deze procedure in de praktijk zal werken. De sanctie op niet naleving, het inroepen van de nietigheid van het besluit, vergt immers een zeer actieve cliëntenraad. Bovendien lijkt de mogelijkheid om achteraf een door het bestuur genomen besluit terug te draaien, niet erg realistisch. Voorbeelden zijn de situatie waarin een afdelingshoofd is benoemd of een TBS-afdeling is ontwikkeld. Voor welke schadeclaims ziet het bestuur zich vervolgens gesteld? Dit punt zal in de evaluatie aan de orde komen.
De mogelijkheid om, zelfs als individuele cliënt, de kantonrechter in te schakelen om onwillige instellingen te dwingen zich aan de verplichtingen uit de wet te houden is een belangrijk machtsmiddel in handen van de cliënten. Of dit in de praktijk ook zo werkt, zal het evaluatieonderzoek moeten uitwijzen. Veel hangt af van het initiatief dat eventuele koepelorganisaties in de verschillende sectoren nemen.

Criterium 3: De wet dient consequent te zijn; passend in een wetgevingsvisie
Tijdens de voorbereidende fase van het wetsvoorstel verscheen de nota Zicht op wetgeving (*Kamerstukken II* 1990/91, 22 008). Volgens de in deze nota ontwikkelde visie dient de overheid meer op afstand te komen en ruimte te geven aan zelfregulering. Het eerder ingediende wetsvoorstel Democratisch en doelmatig functioneren van gesubsidieerde instellingen voldeed volgens enkele commentatoren daar onvoldoende aan. (Nationale Raad voor de Volksgezondheid; publicatie 25/91). Kon de wetgever de ontwikkeling dan niet volledig aan het veld overlaten? De regering noemt twee redenen waarom de wet toch nodig is: cliënten betalen niet rechtstreeks voor de zorg en cliënten zijn vaak afhankelijk van de zorg. Het principe van zelfregulering vindt uitwerking in de WMCZ; immers de bestaande regelingen worden gerespecteerd, de instelling krijgt een aantal minimale verplichtingen, en de cliënten krijgen zelf een

een taak om - desnoods via de rechter - de instelling tot naleving te dwingen.

Conclusie: Voor wat betreft het principe van de geconditioneerde zelfregulering is het wetsvoorstel consequent. Of dit in de praktijk ook zal leiden tot het doel: meer medezeggenschap voor cliënten, moet de praktijk uitwijzen. Het evaluatieonderzoek moet op dit punt duidelijkheid geven. De wetgever heeft een instrumentarium in de wet neergelegd. Of de zeer diverse praktijk hiermee ook uit de voeten kan, moet blijken.

Criterium 4: De afbakening met andere wetgeving moet helder zijn

Bij het eerdere wetsvoorstel lag hier een groot probleem. De scheidslijn met het individuele klachtrecht, geregeld in afzonderlijke wet, is helder. Moeilijkheden met de afbakening van de Wet bijzondere opname in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) en de kwaliteitswetgeving (Kwaliteitswet), worden gesignaleerd. De afbakening met de Kwaliteitswet speelt met name in artikel 3 –j, handelend over de invoering van kwaliteitssystemen. De kwaliteitswet stelt slechts globale eisen en legt het toezicht bij de Inspectie Van overlap of onduidelijkheid is op wetgevingsniveau geen sprake.
Met name de afbakening met de Wet op de ondernemingsraden (WOR) was in het eerste wetsvoorstel (1989) problematisch omdat deze wet ook op het personeel van toepassing zou zijn. Tijdens de behandeling van de WMCZ in de Tweede Kamer is er verschillende keren op de verhouding met de WOR gewezen (*Kamerstukken II* 1993/94, 23 041, nr. 7, p. 11). Er zijn in de Memorie van Antwoord verschillende scenario's geschetst die zich kunnen voordoen bij voorgenomen beslissingen van de zorgaanbieder ten aanzien waarvan zowel de cliëntenraad als de ondernemingsraad bevoegdheden heeft (*Kamerstukken II* 1993/94, 23 041, nr. 5, p. 17/18).

Tijdens de behandeling van de WMCZ bleek ook dat het praten over ‘instemmingsrecht’, waarmee bedoeld werd het adviesrecht krachtens artikel 3 WMCZ, verwarring bracht. De minister wijst erop dat, anders dan in de WOR, de term 'instemmingsrecht' niet voorkomt in de WMCZ.
De minister duidt aan dat bij nader inzien er wellicht beter een andere benaming gebruikt had kunnen worden (*Handelingen I*, 1995/96, p. 1147). Het gaat om een ‘verzwaard adviesrecht’.

Conclusie: De afbakening met andere wetgeving en de mogelijke problemen die zich daarbij kunnen voordoen, heeft gerede aandacht gekregen tijdens het wetgevingsproces. Of in de praktijk zich niet toch problemen zullen voordoen, moet uit het onderzoek blijken. Voor wat betreft de huidige toetsing, de fase van de totstandkoming van de wet, is aan het criterium voldaan.

Criterium 5: De wet moet binnen een redelijke periode tot stand komen

In 1977 verscheen het rapport van de commissie Van der Burg, in 1996 wordt de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen gepubliceerd in het Staatsblad. Een dergelijke voorbereidingsperiode is uitzonderlijk lang. Wanneer men echter in ogenschouw neemt dat het wetgeving betreft die raakt aan veranderde waarden (zoals zedelijkheidswetgeving, abortuswetgeving) dan is zo een periode niet uitzonderlijk. Het eerste wetsvoorstel (1989) werd ingehaald door de maatschappelijke ontwikkelingen, en haalde dan ook niet de eindstreep. De WMCZ (ingediend in 1993 en aangenomen in 1996) heeft een gemiddelde doorloopduur van wetgeving.

Conclusie: Uit het onderzoek van de Algemene Rekenkamer, waarbij 36 wetsvoorstellen werden doorgelicht, blijkt dat de gemiddelde duur, gerekend vanaf de ambtelijke voorbereiding, zeven jaar is. Daarvan gaat meer dan de helft zitten in de ambtelijke periodes. Dit is ook tijdens de behandeling in het parlement het geval. Bij de WMCZ heeft de kamer twee keer zo snel gewerkt als de departementsambtenaren. Dit is gezien de huidige praktijk normaal te noemen. Bovendien lag het tempo, toen het wetsvoorstel er eenmaal was, in zijn geheel hoog. De schorsing van de behandeling in de Eerste Kamer bracht enig oponthoud, maar deze was nodig om voldoende maatschappelijke (en politieke) steun te verwerven. Aldus bezien is aan criterium 5 voldaan.

Samenvattend: voorgeschiedenis en aard van de wetgeving
De wet heeft een lange aanloopperiode gehad. In de loop van de jaren is het inzicht in de aard van de wetgeving veranderd. De gedachte van een gedetailleerde algemene regeling, geldend voor de hele door de overheid gesubsidieerde sector, is verlaten en vervangen door een wet, die een structuur voor medezeggenschap verplicht voorschrijft aan alle collectief gefinancierde instellingen in de (maatschappelijke) zorgsector. Het principe van zelfregulering vindt uitwerking in de WMCZ; immers, de bestaande regelingen worden gerespecteerd, de instelling krijgt een aantal minimale verplichtingen, en de dwang tot naleving van die verplichtingen legt de wet bij de cliënten(raden) zelf.
Het wetsvoorstel heeft in een gemiddeld tempo de beide kamers doorlopen. Het veld is tussentijds geconsulteerd. Er bestond uiteindelijk geen ernstig bezwaar tegen de gekozen benadering waarin sprake is van een minimale regeling, en een grote mate van zelfregulering. De cliëntenzijde kreeg tijdens de parlementaire behandeling een kleine versterking door aan het verzwaard adviesrecht het onderwerp benoeming afdelingshoofd toe te voegen, als sprake is van een langdurig verblijf in residentiële instellingen. Protesten van instellingen hiertegen zijn tijdens de behandeling gepareerd en niet gehonoreerd. Op het punt van de machtsverdeling blijft de zeggenschap grotendeels in handen van de zorginstelling, omdat de medezeggenschap de vorm heeft gekregen van een adviesrecht, waarvan het bestuur gemotiveerd kan afwijken. Voor bepaalde in de wet genoemde besluiten is dit niet het geval. De cliëntenraad kan dan een beroep doen op de nietigheid van het besluit. De wet voorziet in geval van geschil, in de mogelijkheid dit ter beoordeling voor te leggen aan een onafhankelijke commissie. Cruciaal is of dit instrumentarium voldoende slagkracht heeft om in geval de zorgaanbieder in gebreke blijft de medezeggenschap van cliënten vorm te geven en de naleving van de wet af te dwingen.

Invoering
De WMCZ is op 1 juni 1996 in werking getreden. Dat is drie maanden na publicatie in het Staatsblad op 29 februari 1996. De wet bevat een gefaseerde invoering. Tot drie maanden na de inwerkingtreding (tot 1 september 1996) hadden de zorgaanbieders de tijd de instelling van de cliëntenraad te regelen. Dat betekent dat het volgende schriftelijk geregeld moest zijn: het aantal leden van de cliëntenraad, de wijze van benoeming, de beoordelingscriteria voor raadsleden en de zittingsduur van de leden en ook de materiële middelen waarover de cliëntenraad kan beschikken.
In artikel 3 en 4 van de wet worden aan de cliëntenraad met betrekking tot bepaalde besluiten advies- en instemmingsrecht toegekend. Artikel 13, eerste lid onder c is een overgangsbepaling waarin staat dat artikel 3 en 4 niet gelden zolang er geen cliëntenraad is. De voorgenomen besluiten kunnen dan namelijk ook niet aan de cliëntenraad worden voorgelegd. Zonder deze bepaling zou de zorgaanbieder dergelijke besluiten niet in overeenstemming met de wet kunnen nemen.

Per 1 december 1996 moesten de zorgaanbieders de voorzieningen treffen die noodzakelijk zijn voor de benoeming van de leden van de cliëntenraad. Op deze datum moesten ook de statuten in overeenstemming zijn met artikel 7 WMCZ (bindende voordracht cliëntenraad van ten minste een bestuurslid). Zorgaanbieders hebben dus in totaal negen maanden de tijd gekregen om aan de verplichtingen van de WMCZ te voldoen.

3 Doelstelling van de wet en het gekozen instrumentarium

In dit hoofdstuk worden de volgende deelvragen beantwoord:

1. Zijn de te bereiken doelen van de wet vooraf en duidelijk omschreven en kunnen zij getoetst worden op van tevoren vastgelegde criteria?
2. Hoe functioneert het systeem van de wet? Met name de instelling van een cliëntenraad ex artikel 2, eerste lid, WMCZ en de sancties bij niet naleving, waaronder de instelling van een Commissie van Vertrouwenslieden ex artikel. 10, eerste lid, WMCZ.

Doeleinden

Het doel van de wet is in de considerans in algemene termen omschreven als 'het bevorderen van de medezeggenschap van cliënten van de uit collectieve middelen gefinancierde instellingen op het terrein van de maatschappelijke zorg en de gezondheidszorg.'

De wetgever wil dit doel bereiken door - ter versterking van de rechtspositie van de cliënten – 'een wettelijke basis te geven aan de bestaande medezeggenschapsregelingen en te bewerkstelligen dat ook instellingen, die nog geen regeling van medezeggenschap kennen, dergelijke regelingen moeten treffen' (*Kamerstukken II* 1993/94 23 041, nr. 3, p. 5). De wetgever hoopt hiermee te bereiken dat het aanbod beter wordt afgestemd op de vraag. 'In voldoende mate rekening wordt gehouden met de zorgen en behoeften van cliënten ' (*Kamerstukken II* 1993/94

23 041, nr. 3, p. 3).

Met dit wetsvoorstel wordt beoogd 'de cliënten van zorginstellingen die uit collectieve middelen worden gefinancierd, een afdwingbaar recht bij het besturen van die instellingen toe te kennen' (*Kamerstukken II* 23 1993/94 041, nr. 3, p. 8).

De wet vereist dat de zorginstellingen jaarlijks schriftelijk verslag doen van de toepassing van de wet (art. 8 WMCZ). De Memorie van Toelichting stelt in dit verband dat het gaat om een mentaliteitsverandering 'een wijze van functioneren die vooral bepaald wordt door de mentaliteit waarmee men met elkaar omgaat.' (*Kamerstukken II 1993/94* 23 041, nr. 3, p. 29).

Conclusies: De categorie cliënten voor wie de wet geldt is duidelijk omschreven. Alle cliënten vanuit de collectieve middelen gefinancierde instellingen, met uitzondering van de jeugdhulpverlening en jeugdbescherming[2].

Voor welke instellingen de wet geldt, is eveneens duidelijk aangegeven (art. 1). De in de wet geformuleerde doelstelling 'bevorderen medezeggenschap' is in zeer algemene termen gesteld en duidt op een inspanningsverplichting. De criteria, wanneer dit doel geacht wordt te zijn bereikt, zijn echter in meetbare termen aangegeven, zodat sprake is van een resultaatsverplichting:

- Is de bestaande medezeggenschapsregeling door de instelling aangepast aan de voorschriften uit de wet?
- Hebben de instellingen een medezeggenschapsregeling conform de wet ingevoerd?

Uit de totstandkoming van de wet en de parlementaire behandeling kan enerzijds worden afgeleid dat de verwachtingen verder gaan dan de invoering van deze minimale regeling. Dat

[2] GGZ-jeugd valt onder de WMCZ.

blijkt uit bewoordingen als ‘het aanbod beter afstemmen op de behoefte van de cliënten’ en ‘het bereiken van een mentaliteitsverandering’. Het gaat dan vooral om verbetering van de kwaliteit van het leven van cliënten of patiënten. Vandaar het verzwaard adviesrecht voor een beperkt aantal onderwerpen ‘die in hoge mate bepalend zijn voor de kwaliteit van de zorgverlening en voor het welbevinden van de cliënten, voor de hele kwaliteit van hun leven’ (*Handelingen I* 1995/96, p. 1147).
Anderzijds wordt telkens van regeringswege gewezen op de bescheiden doelstelling van de wet. Bij de behandeling in de Eerste Kamer stelt de minister: ‘ De wet is bedoeld als steun in de rug voor de cliënten bij het verwerven van een positie als gesprekspartner in en van de instellingen, niet meer en niet minder’ (*Handelingen I* 1995/96, p. 1245). Een minimalistische opvatting spreekt ook uit het feit dat de kosten, die deze wet met zich meebrengt, laag worden ingeschat. De bescheiden opzet van de wet, gecombineerd met het feit dat vele instellingen al een cliëntenraad hebben, zal er toe leiden dat de kosten laag blijven. (*Kamerstukken II* 1993/94, 23 041, nr. 5, p. 27).

Deze verwachtingen zijn te formuleren als resultaatsverplichting in de criteria:
- Heeft de positie van cliënten als gesprekspartner van de directie/ het bestuur van de instelling verdergaand vorm en inhoud gekregen dan is voorgeschreven in de wet?
- Raakt de inhoud van de adviezen de directe leefwereld van de cliënten, hun dagelijks bestaan?
- Brengt de uitvoering van de wet geen noemenswaardige kosten met zich?

Instrumentarium
Hiervoor is al gesteld dat de wetgever haar doel - bevorderen medezeggenschap - wil bereiken door versterking van de rechtspositie van de cliënten.
De structuur, waarin deze medezeggenschap is gevat, is tweeledig. Enerzijds een minimumregeling waartoe de instellingen verplicht zijn, anderzijds een verantwoordelijkheid voor de cliënten(raden) om vorm te geven aan de medezeggenschap en om de instelling - indien nodig - te dwingen tot naleving van de wet.
De minimumregeling omvat de volgende rechten en verplichtingen voor de zorgaanbieder:
- De zorgaanbieder moet binnen drie maanden na invoering van de wet (Stb. 1996, 204) een cliëntenraad instellen voor elke instelling (art. 2).
- Wanneer het instellen van de cliëntenraad niet lukt moet de zorgaanbieder het elke twee jaar opnieuw proberen (art. 2 lid 6).
- De zorgaanbieder moet een reglement maken bevattende punten als benoemingsprocedure, samenstelling, budget en zittingsduur (art. 2).
- De raad moet de cliënten van de instelling redelijkerwijs representeren en de raad moet redelijkerwijs in staat zijn om zijn taak uit te oefenen (art. 2 lid 3).
- De zorgaanbieder moet tijdig en - desgevraagd - schriftelijk alle inlichtingen en gegevens verschaffen, die de cliëntenraad redelijkerwijs nodig heeft, volgens een zorgvuldige procedure (minstens eenmaal overleg, afwijzing onder opgaaf van redenen) (art. 4 en 5).
- De zorgaanbieder moet vooraf advies vragen voor een aantal in de wet opgesomde besluiten (art. 3 en 4).
- De zorgaanbieder moet een Commissie van Vertrouwenslieden instellen (art. 10 lid 1), indien sprake is van een geschil. De samenstelling is paritair: een lid van de zijde van de instelling, een lid van de zijde van de cliënten en een gezamenlijk te kiezen derde lid.
- De zorgaanbieder heeft de mogelijkheid om geschillen met de cliëntenraad aan deze commissie voor te leggen, daar waar het gaat om een verzwaard adviesrecht en de zorgaanbieder een afwijkend besluit wil nemen (art. 3 lid 1 i t/m m jo. art. 10 lid 1 sub b).
- De zorgaanbieder dient zorg te dragen dat minstens één lid van het bestuur van de instelling, of de Raad van Toezicht, op voordracht van de cliëntenraad is aangesteld (art. 7).

(Statutenwijziging).
- De zorgaanbieder dient in een jaarverslag aandacht te geven aan de voortgang van de medezeggenschap (art. 8).
- De bestaande medezeggenschapsregeling moet passen in het kader van de wet (art. 13).
- Verdergaande bevoegdheden dan de wet toekent moeten schriftelijk vastgelegd worden (art. 6).
- De zorgaanbieder dient voorzieningen te treffen die nodig zijn voor de benoeming van de leden van de cliëntenraad (art. 13 lid 1 sub b)
- Dit alles moet financieel door de instelling worden gedragen (indirect art. 2 lid 5).

De cliënten(raad) krijgen de volgende rechten en verplichtingen:
- De cliëntenraad opereert 'binnen het kader van de doelstelling van de instelling' en behartigt 'gemeenschappelijke belangen' (art. 2).
- De cliëntenraad maakt een schriftelijke regeling voor zijn werkwijze (art. 2 lid 4).
- De cliëntenraad heeft het recht advies uit te brengen over elk voorgenomen besluit dat de instelling betreft inzake de in artikel 3 eerste lid sub a t/m h genoemde onderwerpen.
- De cliëntenraad heeft het recht verzwaard advies uit te brengen over in de wet opgesomde onderwerpen (art. 3 lid 1 sub i t/m m).
- De cliëntenraad heeft de bevoegdheid om de zorgaanbieder ongevraagd te adviseren over onderwerpen die voor de cliënten van belang zijn (art. 3 lid 3).
- De cliëntenraad krijgt de mogelijkheid bij verschil van inzicht met de instelling het geschil voor te leggen aan de Commissie van Vertrouwenslieden (art. 3, 4, 5 en 9 jo. art 10 lid 1) en tijdig (binnen 1 maand (lid 4)) en schriftelijk, nietigverklaring van het besluit in te roepen, indien de commissie het afwijkend advies van de cliëntenraad bekrachtigt.
- Cliënten kunnen de instelling tot de juiste naleving van de wet, zoals de verplichting tot instelling van een cliëntenraad, of de gekozen samenstelling, dwingen, door middel van een uitspraak van de kantonrechter (art. 2 jo. art. 10 lid 2 en lid 3).
- De cliëntenraad dient te voorziene kosten tijdig bij de instelling in te dienen (art. 2 lid 5).
- De cliëntenraad heeft een benoemingsrecht voor een bestuurslid of een lid van de Raad van Toezicht (art. 3 lid 1 sub f).

De Commissie van Vertrouwenslieden heeft de volgende bevoegdheden:
- Het behandelen van verzoeken van de cliëntenraad in geschillen met de zorgaanbieder.
- Het behandelen van verzoeken van de zorgaanbieder als deze een afwijkend besluit van de cliëntenraad wil nemen ten aanzien van besluiten waarvoor het verzwaard adviesrecht geldt.
- De commissie gaat na of partijen ontvankelijk zijn, doet een bemiddelingspoging en doet zonodig een bindende uitspraak (art. 10).

Instrumentarium om naleving af te dwingen
De cliëntenraad kan bij de kantonrechter een aantal verplichtingen van de zorgaanbieder afdwingen:
- Het instellen van een cliëntenraad.
- Het treffen van een regeling die waarborgt dat cliënten invloed kunnen uitoefenen op de samenstelling van het bestuur.
- Het jaarlijks verstrekken van algemene gegevens over het gevoerde en te voeren beleid.
- Het uitbrengen van een jaarverslag omtrent de wijze van toepassing van de WMCZ.
- Het instellen van een Commissie van Vertrouwenslieden.

De cliëntenraad en ook individuele cliënten kunnen naar de kantonrechter gaan als de zorgaanbieder zich niet aan deze verplichtingen houdt (art. 10 lid 2 WMCZ). Kunnen belangenorganisaties patiënten/cliënten naar de kantonrechter gaan? Ja, dat kan mits deze organisatie een rechtspersoon is, de ingestelde actie strekt tot behartiging van de belangen die de rechts-

de rechtspersoon krachtens haar statuten behartigt en het gelijksoortige belangen betreft (MvT, p. 30).
Voordat de kantonrechter kan worden ingeschakeld moet er een schriftelijk verzoek naar de zorgaanbieder waarin gevraagd wordt binnen een redelijke termijn aan dat verzoek te voldoen.

In een aantal gevallen is de Commissie van Vertrouwenslieden bevoegd een bindende uitspraak te doen of te bemiddelen. De zorgaanbieder stelt in overeenstemming met de cliëntenraad of cliëntenraden deze Commissie van Vertrouwenslieden in of wijst een door een of meer cliëntenorganisaties en een of meer organisaties van zorgaanbieders ingestelde Commissie van Vertrouwenslieden aan.
Er zijn drie Landelijke Commissies van Vertrouwenslieden. De landelijke geschillencommissie voor GGZ ingesteld door GGZ-Nederland en de LPR. Daarnaast is er een commissie ingesteld door LOC, WZF, NVBV en NVVz. De Landelijke Vereniging van Thuiszorg heeft in overleg met de NPCF een Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden ingesteld, maar daar is nog geen beroep op gedaan.

De commissie kan door de zorgaanbieder worden geraadpleegd als hij over een onderwerp waarover het verzwaard adviesrecht geldt een afwijkend besluit wil nemen.
De Commissie van Vertrouwenslieden kan op verzoek van de cliëntenraad worden geraadpleegd als er geschillen zijn met de zorgaanbieder over de uitvoering van onderwerpen waarover de cliëntenraad (verzwaard) adviesrecht heeft.

Het betreft het tijdig verstrekken van informatie aan de cliëntenraad met betrekking tot het adviesrecht. Daarnaast over besluiten van de cliëntenraad waarover het verzwaard adviesrecht geldt en waarvan de zorgaanbieder afwijkt. De cliëntenraad kan zich op de nietigheid van deze besluiten beroepen. Dit moet binnen een maand nadat de zorgaanbieder het besluit aan de cliëntenraad heeft medegedeeld of als mededeling uitblijft en de zorgaanbieder zijn besluit uitvoert (art. 4 WMCZ). De cliëntenraad kan de commissie daarnaast verzoeken uitspraak te doen over geschillen over het openbaar maken van:
- het jaarverslag;
- de op schrift gestelde uitgangspunten voor beleid;
- de notulen en de besluitenlijst van de vergaderingen van het bestuur voor zover het algemene beleidszaken betreffen;
- klachtenregeling; en
- verslag over de wijze van toepassen van de WMCZ.

In hoeverre kan een cliëntenraad een uitspraak van de vertrouwenscommissie of kantonrechter afdwingen van de zorgaanbieder? Hierbij kan worden gedacht aan het geval dat de vertrouwenscommissie een uitspraak heeft gedaan en dat de zorgaanbieder zich daar vervolgens niets van aantrekt.
Volgens artikel 10 WMCZ zijn de bepalingen van het Wetboek van Burgerlijke rechtvordering van toepassing. Deze bepalingen gaan over de mogelijkheden om de wederpartij te veroordelen tot het betalen van een dwangsom. De dwangsom kan preventief worden opgelegd door de kantonrechter, maar ook door de vertrouwenscommissies (art 611a jo. art. 611i). Aan de kantonrechter of Commissie van Vertrouwenslieden moet dan worden verzocht in de beschikking een dwangsom op te nemen.

De kosten voor het rechtsgeding moeten door de zorgaanbieder worden gedragen als hij voorafgaand van de te maken kosten in kennis is gesteld. De cliëntenraad voldoet niet aan deze verplichting wanneer hij de zorgaanbieder slechts meldt dat er kosten gemaakt zullen worden. Het zal niet altijd precies aan te geven zijn hoe hoog die kosten zijn, maar de cliënten-

cliëntenraad moet een zo goed mogelijke indicatie van de kosten geven. De zorgaanbieder kan op zijn beurt een (voorlopig) maximum aangeven dat hij zal accepteren. De zorgaanbieder kan ook overwegen het geschil op een andere wijze te beëindigen. De kennisgevingplicht geldt voor iedere nieuwe fase in het rechtsgeding zoals hoger beroep. Op dat moment dient de cliëntenraad de zorgaanbieder opnieuw op de hoogte te stellen van de te verwachten kosten. (*Kamerstukken II* 23 041, nr. 31b, p. 3)

Conclusies
Het instrumentarium sluit aan op de doelstelling, namelijk via versterking van de rechten van de cliënten de medezeggenschap vormgeven. De categorie voor wie de wet geldt is duidelijk omschreven. Elk instrument is op uitvoeringsniveau te toetsen. Dit geldt met name waar het gaat om een resultaatverplichting zoals de instelling van een cliëntenraad of het schrijven van een jaarlijks verslag. De inspanningsverplichting is alleen toetsbaar voorzover er minimumeisen zijn geformuleerd. Sommige termen zoals 'tijdig' en 'alle noodzakelijke informatie' zijn niet nader te preciseren, maar wel in een context door een onafhankelijk beoordelaar te toetsen. In principe is deze taak toegekend aan de Commissie van Vertrouwenslieden. De kantonrechter kan zich uitspreken over de naleving van het instellen van een cliëntenraad en de term 'redelijkerwijze' representatief. De wet is in dit opzicht consequent. Wanneer sprake is van een verzwaard adviesrecht legt de wet het zwaartepunt van de besluitvorming in handen van de cliëntenraad. Dit is een politieke keuze, die consequent[3] is uitgewerkt. Of dit stelsel in de praktijk voldoet, en de druk op naleving voldoende is, zal het onderzoek moeten uitwijzen
Een aantal termen, kan -zo werd in de kamer gesignaleerd- tot misverstanden aanleiding geven. Deze komen hierna aan de orde.

4 Vraagpunten in het kamerdebat

Tijdens de parlementaire behandeling zijn een aantal vragen opgeworpen en gedeeltelijk beantwoord. Hieronder wordt een aantal issues gepresenteerd. Het betreft overigens geen uitputtende opsomming.

Niveau van de cliëntenraad
VRAAG: Op welk niveau functioneert de cliëntenraad?
ANTWOORD: Op het niveau van de instelling.
VRAAG: Maar wat te doen bij fuseren? En wat te doen bij meerdere instellingen?
ANTWOORD: Het begrip zorgaanbieder wordt in de wet omschreven (art 1 lid 1 sub c) als 'een rechtspersoon die een instelling instandhoudt'. Dit kan ook 'een rechtspersoon of natuurlijk persoon zijn, die gezamenlijk een instelling in stand houden'. Artikel 2 bepaalt 'De zorgaanbieder stelt voor elke door hem instandgehouden instelling een cliëntenraad in' (dus geen centrale cliëntenraad plus cliëntencommissies zoals in de praktijk gegroeid is). Eerder heeft de minister er al opgewezen dat dit alleen mag onder één voorwaarde, namelijk dat lokale raden hun bevoegdheden schriftelijk en formeel overdragen (*Handelingen II* 1994/95, p. 5992).
In de Memorie van Antwoord wordt hierover het volgende opgemerkt:
instelling een afzonderlijke cliëntenraad in het leven te worden geroepen. Er kan dus niet worden volstaan met één cliëntenraad voor alle onder een zorgaanbieder ressorterende tehuizen en inrichtingen.' (*Kamerstukken II* 1993/94, 23 041, nr. 5, p. 25).
De betekenis hiervan is echter sterk afgezwakt. Vlak voor de eindstemming over het wetsvoorstel schrijft de minister een brief aan de Tweede Kamer waarin zij uitdrukkelijk stelt, dat een instelling ook een centrale cliëntenraad kan instellen. Deze brief is bedoeld om een amendement met die strekking (Van der Heijden en Mulder-Van Dam; nr. 26) te ontraden. In de woor-

[3] Zie hierover Nota naar aanleiding van het eindverslag *Kamerstukken II* 1993-1994, 23 041, nr. 7, p. 7.

woorden van de minister: ‘Zoals ik in tweede termijn bij de behandeling van het wetsvoorstel op 7 september jl. reeds opmerkte, kan een zorgaanbieder ook zonder een wettelijke regeling daaromtrent, een centrale cliëntenraad oprichten. Ook kan zonder zo'n wettelijke regeling overdracht plaatsvinden van bevoegdheden van de raden op instellingsniveau naar een centrale raad, mits de raden op instellingsniveau vanzelfsprekend kunnen instemmen’ (*Kamerstukken II* 1994/95, 23 041, nr. 31). Het amendement is vervolgens door de Tweede Kamer verworpen.

Reikwijdte

VRAAG: In hoeverre is de scheidslijn tussen intramuraal en extramuraal relevant?

ANTWOORD: De WMCZ kent geen scheidslijn tussen intra- en extramurale instellingen. Ook de welzijnsorganisaties zijn expliciet onder de WMCZ gebracht: artikel 1 sub 3 WMCZ.

Naar aanleiding van vragen van het kamerlid Van der Vlies (september 1994) verwerpt minister Borst de scheidslijn tussen intramuraal en extramuraal:

‘Een heel voor de hand liggende scheidslijn is die tussen intramuraal en extramuraal. Ik ben er echter van overtuigd dat dit in elk geval geen goede indeling zou zijn. Er zijn gisteren enkele voorbeelden genoemd, onder andere zorg voor dak- en thuislozen. Daar kan met goede argumenten worden gezegd dat er van de instelling van een cliëntenraad niet veel terecht zal komen en dat er misschien ook geen behoefte aan is. Naar mijn mening moet het wetsvoorstel zo gelezen worden dat de zorgaanbieder gehouden is om de instelling van een cliëntenraad voor elkaar te krijgen. Aan de ene kant moet men er ook echt zijn of haar best voor doen. Aan de andere kant is natuurlijk niemand gehouden tot het onmogelijke. Als een zorgaanbieder dit serieus bekeken geprobeerd heeft en tot de - onderbouwde en verantwoorde - conclusie komt dat er geen behoefte aan een cliëntenraad is, dan zouden wij daar vrede mee moeten hebben.’ (*Handelingen II* 1994/95, p. 5992)

Informatieverstrekking

VRAAG: Wanneer is de cliëntenraad voldoende en tijdig geïnformeerd (art. 5)?

ANTWOORD: Voldoende informatie moet worden verschaft zodat voor de cliëntenraad zorgvuldige advisering mogelijk is. Duidelijk moet zijn welke voor- en nadelen er aan een besluit zitten, wat de alternatieven zijn en welke argumenten hebben geleid tot de gedane keuze. Eén en

ander moet schriftelijk worden vastgelegd (om beroep mogelijk te maken) (*Kamerstukken II* 1993/94, 23 041, nr. 5, p.15).

Representativiteit

VRAAG: Wanneer is sprake van een redelijke afspiegeling van cliënten?

ANTWOORD: instelling moet cliënten attenderen op de mogelijkheid. Reglement kan actief en passief kiesrecht bevatten. Van het reglement zal afhangen uit welke kring van personen de leden van de cliëntenraad moeten worden aangewezen (*Kamerstukken II* 1993/94, 23 041, nr. 5, p. 8).

VRAAG: Hoe zit dit met verstandelijk gehandicapten?

ANTWOORD: In de MvA stelt de minister hierover: ‘Bij deze instellingen vindt de belangenbehartiging dikwijls plaats door oudercommissies, ouderraden en dergelijke organisatievormen. Aldus brengen vele ouders hun medeverantwoordelijkheid t.a.v. de zorg tot uiting. Hoewel men niet te snel voorbij moet gaan aan de mogelijkheden van bijvoorbeeld verstandelijk gehandicapten om hun mening over zaken die hen betreffen, te uiten, kunnen in voorkomende gevallen organisaties van ouders een goede functie vervullen bij de invulling van medezeggenschap van cliënten. ‘(*Kamerstukken II* 1993/94, 23 041, nr. 5, p. 11). Dus: het zal in de regel kunnen door middel van de ouders, maar er moet toch ook rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat cliënten zelf hieraan deelnemen.

VRAAG: Hoe zit dit met lichamelijk gehandicapten?
ANTWOORD: de minister vervolgt: 'Bij instellingen op het gebied van zorgverlening en dienstverlening aan mensen met een handicap, ligt het voor de hand dat, voor zover dat mogelijk is, de cliënten zelf voor hun belangen opkomen.' (*Kamerstukken II* 1993/94, 23 041, nr. 5, p. 11). Dus in de regel de cliënten zelf, maar uitzonderingen zijn mogelijk.
VRAAG: Als cliënten niet in staat zijn of niet gemotiveerd zijn om naleving van de wet te vragen, wat dan?
ANTWOORD: Cliëntenorganisaties kunnen voor hun belangen inspringen.

Samenstelling cliëntenraad
VRAAG: De wet bepaalt dat de instelling de cliëntenraad samenstelt. Waarom geen stelsel van verkiezing of coöptatie?
ANTWOORD: Waar dit kan, mag dat wel. De wetgever wil het overlaten aan het veld, maar geeft de voorkeur aan de benoeming van leden van de cliëntenraad door middel van verkiezingen waaraan alle cliënten van de instelling kunnen deelnemen. De zorgaanbieder kan desgewenst ook voor een ander benoemingssysteem kiezen (*Kamerstukken II* 1993/94, 23 041, nr. 3, p. 24).

Vaststellen verslag
VRAAG: Dwingt de verslagverplichting van artikel 9 tot een apart verslag of mag dit onderdeel zijn van het jaarverslag van de instelling of zorgaanbieder.
ANTWOORD: Dit laatste is juist. De instelling is niet verplicht tot het opstellen van een afzonderlijk verslag (*Kamerstukken II* 1993/94, 23 041, nr. 25).

Afdelingshoofd
VRAAG: Wat te doen als er in de cliëntenraad geen persoon van de desbetreffende afdeling zitting heeft?
ANTWOORD: De cliëntenraad vertegenwoordigt de cliënten en zal, als het een goede cliëntenraad is, zich met de cliënten van de desbetreffende afdeling uitvoerig verstaan over de verlangens, bezwaren en opmerkingen die zij eventueel hebben met betrekking tot een bepaalde kandidaat (*Handelingen I* 1995/96, p. 1154).
VRAAG: Gaat de procedure ook lopen als een afdelingshoofd wordt overgeplaatst?
ANTWOORD: Dit punt kwam bij de mondelinge behandeling in de Eerste Kamer uitvoerig ter sprake. De minister stelt: 'Een goed bestuur stelt een cliëntenraad in kennis van het feit dat er een nieuw afdelingshoofd komt en dat men overweegt het desbetreffende afdelingshoofd van A over te plaatsen naar B.' Meestal zal dit aanvaard worden. Maar dan volgt een voorbeeld van een situatie waarin afdeling B hier niets voor voelt. 'Dan krijg je dus die afweging tussen personeelsbeleid en belangen van de cliëntenraad. Hoe dat in de praktijk afloopt, weet ik niet. Ik denk dat het toch goed is, dat ook bij overplaatsing de cliëntenraad in het voornemen wordt gekend en de gelegenheid krijgt om advies uit te brengen.' (*Handelingen I* 1995/96, p. 1154). Dus: ook bij overplaatsing dient advies gevraagd te worden aan de cliëntenraad.

Langdurig verblijf
VRAAG: Wat wordt bedoeld met "in de regel langdurig verblijven" (art. 3 sub m).
ANTWOORD: Het gaat dan om een verblijf van maanden of zelfs jaren (minister Borst in de Eerste Kamer: *Handelingen I* 1994/95, p. 1245).

Commissie van Vertrouwenslieden
VRAAG: Wat houdt de toetsing door de Commissie van Vertrouwenslieden in?
ANTWOORD: Bij verschil van inzicht tussen de zorginstelling en de cliëntenraad, dient deze

commissie na te gaan of 'geen redelijk oordelend bestuur tot hetzelfde oordeel had kunnen komen. Met andere woorden: als het bestuur zonder goede gronden het belang van de cliënten ondergeschikt heeft gemaakt aan andere belangen. (…..). Die gronden kunnen bestaan uit feitelijke of juridische belemmeringen, dan wel de noodzaak voorrang te geven aan andere belangen van financiële, personele of organisatorische aard.' (*Handelingen I* 1995/96, p. 1148).

Zelfregulering
VRAAG: Kon de wetgever de ontwikkeling dan niet volledig aan de markt overlaten?
ANTWOORD: Om twee redenen werkt zelfregulering of marktwerking op dit terrein niet of onvoldoende: cliënten betalen niet rechtstreeks voor de zorg en cliënten zijn vaak afhankelijk van de zorg.

Wet op de ondernemingsraden
VRAAG: Vindt geen overlap/conflict plaats met de Wet op de ondernemingsraden?
ANTWOORD: Neen, er is geen instemmingsrecht conform artikel 27 WOR en belangen van personeel zijn anders dan belangen van cliënten.

Kwaliteitswet
VRAAG: Is er geen overlap/conflict met de Kwaliteitswet zorginstellingen?
ANTWOORD: Neen, de Kwaliteitswet stelt algemene eisen en wordt door de Inspectie voor de Gezondheidszorg gehandhaafd. Er is wel een verband. Door de invloed van de cliëntenraad kan de zorg beter worden afgestemd op de behoeften van cliënten.

Budget
VRAAG: Wat zijn de kosten van de invoering van de wet?
ANTWOORD: Vermoedelijk laag, gezien de bescheiden opzet van de wet en gezien het feit dat veel instellingen al een cliëntenraad hebben en dat het oprichten van een cliëntenraad ook geen kosten met zich meebrengt (*Kamerstukken II* 1993/94, 23 041, nr. 5, p. 27).
De Raad van State zet een vraagteken bij de verwachting dat de kosten minimaal zullen zijn. Hij wijst daartoe op de ondernemingsraad, die secretariaatskosten, scholingskosten etc. met zich meebracht. De regering ziet geen aanleiding haar inschatting te herzien en blijft 'een bescheiden opzet' voorstaan. 'Daarbij zal het eerder uitzondering dan regel zijn dat de cliëntenraad zou moeten kunnen beschikken over een betaald secretariaat of over middelen voor professionele ondersteuning. Een vergelijking met de kosten van ondernemingsraden komt ons, behoudens wellicht kosten van cursussen en voorlichtingsbijeenkomsten, niet opportuun voor, omdat de wettelijke regeling ten aanzien van ondernemingsraden aanzienlijk gedetailleerder is dan de regeling welke wij voorstaan voor de cliëntenraden (*Kamerstukken II* 1993/94, 23 041, nr. 5,

p. 4).

5 Jurisprudentie

Instelling cliëntenraad
De WMCZ geeft enige minimumvoorschriften die de zorgaanbieders verplichten voor elke instelling een cliëntenraad met de in de wet vastgelegde bevoegdheden in te stellen. Onder een zorgaanbieder kunnen meerdere instellingen ressorteren, maar onder een instelling moet niet worden verstaan elk huis of elke dependance van een instelling, zo blijkt uit een uitspraak van het Kantongerecht te Middelburg[4]. De cliëntenraad van een instelling voor huisvesting van verstandelijk gehandicapten wilde na een fusie blijven bestaan. Naar het oordeel van de

[4] Ktg. Middelburg 28 april 1998, *TvGR* 1998/49, p. 365-366.

kantonrechter zou het tot een onwerkbare situatie leiden wanneer voor elke locatie een cliëntenraad zou moeten worden geformeerd. Op basis van het bepaalde in artikel 13, tweede lid, WMCZ moet de cliëntenraad geacht worden zijn bevoegdheden te kunnen uitoefenen totdat op basis van de WMCZ nieuwe cliëntenraden zijn geformeerd. Cliëntenraden moeten dus ook na de fusie worden gezien als volwaardige cliëntenraden.
De Landelijke Geschillencommissie in de GGZ heeft zich uitgesproken over een zaak waarbij een zorgaanbieder na een fusie geen adviezen aan de cliëntenraden heeft gevraagd. Het betrof een fusie van twee instellingen met ieder een cliëntenraad. De zorgaanbieder stelt zich op het standpunt dat er na de fusie geen formele cliëntenraad is. Volgens de geschillencommissie houden de cliëntenraden niet op te bestaan na een fusie. De zorgaanbieder zal geen wijzigingen aanbrengen in de regeling zonder instemming van de cliëntenraad inzake het aantal leden van de cliëntenraad, de wijze van benoeming, welke personen tot lid kunnen worden benoemd en de zittingsduur van de leden. Alsmede inzake de materiële middelen van de instelling waarover de cliëntenraad ten behoeve van zijn werkzaamheden kan beschikken. Dat betekent dat de bestaande afspraken over onder meer de taken, de ondersteuning en het budget doorlopen totdat er een nieuwe medezeggenschapstructuur is gevormd. De geschillencommissie merkt daarbij op dat instemming van de cliëntenraad dus ook nodig is voor het instellen van een nieuwe cliëntenradenstructuur[5]
De zorgaanbieder moet een regeling vaststellen en voorzieningen treffen voor het instellen van een cliëntenraad. De invulling van deze verplichtingen is door de wet aan de zorgaanbieder overgelaten, maar uit artikel 2, tweede lid, WMCZ volgt dat de zorgaanbieder een aantal zaken schriftelijk dient te regelen:

- Het aantal leden van de cliëntenraad, de wijze van benoeming, welke personen tot lid kunnen worden benoemd en de zittingsduur van de leden.
- De materiële middelen van de instelling, waarover de cliëntenraad ten behoeve van zijn werkzaamheden kan beschikken.

De benoeming van de leden van de cliëntenraad door middel van verkiezingen waaraan alle cliënten van de instelling kunnen deelnemen heeft de voorkeur van de wetgever. De zorgaanbieder kan desgewenst ook voor een ander benoemingssysteem kiezen[6]. Indien de zorgaanbieder kiest voor de benoeming van de cliëntenraad door middel van verkiezingen dient dit wel zorgvuldig te gebeuren. Dat dit niet altijd het geval is, blijkt uit een uitspraak van het Kantongerecht te Middelburg van 9 juni 1998[7]. In deze casus had de zorgaanbieder niet aan de voorwaarden van artikel 2, tweede lid, onder a voldaan. Door het niet schriftelijk vastleggen van de verkiezingsprocedure had de zorgaanbieder geen duidelijkheid gecreëerd over het aantal leden van de te formeren cliëntenraad alsmede over het gehanteerde kiesstelsel. Juist het schriftelijk vastleggen van de verkiezingsprocedure is een waarborg tegen een oneerlijke verkiezing, aldus r.o. 4.4.
De vrijheid van de zorgaanbieders om aan de regeling tot het instellen van cliëntenraden invulling te geven, is naast bovengenoemde voorwaarden tevens door de wetgever geclausuleerd door opneming van een tweetal criteria, waaraan de te treffen regeling moet voldoen, artikel 2, derde lid, WMCZ[8].
De regeling moet in de eerste plaats zodanig zijn dat de cliëntenraad redelijkerwijze representatief kan worden geacht voor de cliënten van de instelling. Dit betekent dat de cliëntenraad zoveel mogelijk wordt samengesteld uit cliënten zelf of personen die geacht kunnen worden de belangen van de cliënten te behartigen, zoals bijvoorbeeld de familie van de cliënten. Het tweede criterium houdt in dat de door de zorgaanbieder te treffen regeling zodanig moet zijn dat de cliëntenraad redelijkerwijze in staat kan worden geacht de gemeenschappelijke belangen

[5] Uitspraak Landelijke geschillencommissie LPR-GGZ Nederland
[6] *Kamerstukken II* 1992/1993, 23 041, nr. 3, p. 10.
[7] Ktg. Middelburg 9 juni 1998, *TvGR* 1998/50, p. 366-370. Deze uitspraak was overigens het vervolg op bovengenoemde uitspraak.
[8] *Kamerstukken II* 1992/1993, 23 041, nr. 3, p. 10

belangen van de cliënten te behartigen. Dit criterium heeft zowel betrekking op de regels die de zorgaanbieder stelt ten aanzien van de samenstelling van de cliëntenraad als op de regeling die hij treft ten aanzien van de beschikbare materiële middelen[9].
Het criterium van representativiteit heeft in de rechtspraak tot een viertal uitspraken geleid. In de reeds hierboven genoemde rechtszaak van het Kantongerecht te Middelburg kwam ook het representativiteitscriterium aan de orde[10]. Door de gehanteerde verkiezingsprocedure was het naar het oordeel van de kantonrechter niet mogelijk om tot een representatieve cliëntenraad te komen. De kantonrechter vroeg zich in deze zaak af of het benoemen van een cliëntenraad door middel van verkiezingen wel het beste middel was om de doelstellingen van representativiteit en gemeenschappelijke belangenbehartiging te bereiken. Een tweede uitspraak met betrekking tot dit criterium doet het Kantongerecht in Middelburg op 25 mei 2000[11] in een zaak waarbij een mentor van een cliënt van een instelling voor mensen met een verstandelijke handicap verzoekt een cliëntenraad te ontbinden omdat niet voldaan is aan de eis van rechtstreekse verkiezingen en actief en passief kiesrecht voor diegenen die dit recht op volwaardige wijze kunnen uitoefenen. De kantonrechter oordeelt dat de instelling het recht heeft om een voorlopige cliëntenraad in te stellen met het doel overeenstemming te bereiken over een samenwerkingsovereenkomst met verschillende oudervereningingen. De kantonrechter verwerpt het onthouden van directe medezeggenschap aan mensen met een handicap, alleen omdat zij onder bewind of curatele staan. Wel oordeelt de kantonrechter dat een voorlopige cliëntenraad nauwelijks meer bestaansrecht heeft als er overeenstemming is bereikt over de samenwerkingsovereenkomst. Bovendien kan de samenstelling van de cliëntenraad niet representatief worden geacht als de wettelijke vertegenwoordigers van één instelling zijn oververtegenwoordigd. De kantonrechter beveelt aan binnen drie maanden verkiezingen te houden.

De derde zaak waar het representativiteitscriterium aan de orde kwam diende bij het Gerechtshof te ‘s-Hertogenbosch[12]. Het arrest is in hoger beroep gewezen op het vonnis in kort geding. De eisers waren leden van de cliëntenraad van een instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie. Uit een rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg bleek dat er vragen konden worden gesteld bij de representativiteit van de cliëntenraad, aangezien er nog slechts twee leden actief waren in de raad. Volgens het reglement van de instelling voor de cliëntenraad moest de cliëntenraad bestaan uit ten hoogste vijf en ten minste drie leden. De Inspectie beval de zorgaanbieder aan te bewerkstelligen dat er een representatieve cliëntenraad ontstaat. De Raad van Bestuur van de zorgaanbieder constateerde naar aanleiding van deze rapportage dat er geen sprake is van een representatieve cliëntenraad en kondigde aan alles in het werk te stellen om op korte termijn een cliëntenraad in te stellen die wel voldoet aan de wettelijke eisen. Hierop werd tijdens een bijeenkomst van de ouders van de cliënten een nieuwe cliëntenraad geïnstalleerd. Met deze gang van zaken was de oude cliëntenraad het niet eens en stapte naar de rechter. Met betrekking tot het vereiste van representativiteit werd door de eisers aangevoerd dat aan die eis moet zijn voldaan op het moment van het instellen van de cliëntenraad en wellicht ook op het moment van evaluatie na het verstrijken van een termijn van twee jaar, terwijl bovendien aan de eis van representativiteit nog steeds wordt voldaan. De president verwierp in kort geding de opvatting dat aan het vereiste van representativiteit slechts behoeft te worden voldaan bij de instelling van de cliëntenraad. Naar oordeel van de president van de rechtbank moest mede gezien het doel en de strekking van de WMCZ die opvatting als rechtens onaanvaardbaar van de hand worden gewezen. Deze overweging werd door het Hof in hoger beroep overgenomen, r.o. 4.9[13].

[9] Idem, p. 10-11.
[10] Ktg. Middelburg 9 juni 1998, *TvGR* 1998/50, p. 366-370.
[11] Kantongerecht Middelburg 25 mei 2000
[12] Gerechtshof ‘s-Hertogenbosch 6 april 1999, *TvGR* 1999/67, m.nt. Akveld, p. 460-470
[13] Overigens werden door de Inspectie voor de Gezondheidszorg tevens vragen gesteld over het feitelijk functioneren van de ‘oude’ cliëntenraad. Zowel de President in kort geding als het Hof in hoger beroep zijn hier niet op ingegaan daar met het vaststellen van het ontbreken van het vereiste van representativiteit dit aspect geen aparte behandeling behoefde.

De vierde uitspraak met betrekking tot het representativiteitscriterium is van de kantonrechter te Utrecht[14]. In deze zaak ging het om een instelling voor minderjarige cliënten met een ontwikkelingsstoornis. De oudervereniging had voor de invoering van de WMCZ een informeel overleg met de zorgaanbieder. Na de invoering van de WMCZ wilde zij worden omgevormd tot cliëntenraad. De zorgaanbieder heeft op twee locaties gekozen voor een gemengd model waarbij zowel cliënten van plusminus 16 jaar, als wettelijke vertegenwoordigers zitting hebben. De oudervereniging vindt het onethisch om hun zwaar tot matig zwakzinnige kinderen te vragen zich een oordeel te vormen over seksualiteit, seksueel misbruik, begrotingen en jaarrekeningen of benoemingen van managementleden. De oudervereniging wijst er met name op dat artikel 2, derde lid, WMCZ vereist dat de cliëntenraad representatief is en dat cliënten redelijkerwijze in staat moeten worden geacht hun gemeenschappelijke belangen te behartigen. De kantonrechter oordeelt dat de cliëntenraad van de ene locatie (één ondervoorzitter en twee cliënten) niet voldoet aan de criteria van artikel 2, derde lid, WMCZ. Nu blijkt dat in dit geval de ouders en voogden van de pupillen onvoldoende belangstelling hebben om in de cliëntenraad zitting te nemen. Volgens de Kantonrechter blijft het roeien met de riemen die men heeft. De cliëntenraad van de andere locatie (zes ouders en acht cliënten) voldoet volgens de kantonrechter wel aan het representativiteitscriterium.
Een discussiepunt is volgens de kantonrechter of deze cliëntenraad voldoende in staat kan worden geacht hun gemeenschappelijke belangen te behartigen, wanneer een besluit niet wordt genomen omdat maar één cliënt daar tegen is. Het is naar het oordeel van de kantonrechter aannemelijk gemaakt dat de invloed van ouders resp. voogden in de cliëntenraad een zodanige rol speelt dat de kans op een onverantwoord besluit vrijwel nihil is.
De kantonrechter acht die gemengde samenstellingen niet in strijd met de WMCZ, omdat de wet voldoende ruimte laat om te experimenteren.

Het ontslaan of afzetten van leden van de cliëntenraad door de zorgaanbieder
In de bovenstaande rechtszaak die diende bij het Gerechtshof 's-Hertogenbosch voerden de eisers tevens aan dat de Raad van Bestuur van de zorgaanbieder niet bevoegd is de cliëntenraad af te zetten, omdat de wet die bevoegdheid niet kent[15]. Dit wordt zowel door de president van de rechtbank in kort geding als door het Hof bevestigd. De president van de rechtbank was van oordeel dat de WMCZ het bestuur weliswaar niet de bevoegdheid geeft het lidmaatschap van de cliëntenraad te beëindigen, maar stelt tegelijkertijd vast dat leden van de cliëntenraad zich jegens het bestuur overeenkomstig het bepaalde in artikel 2, achtste lid, BW, naar hetgeen door de redelijkheid en billijkheid wordt gevorderd, dienen te gedragen. De president oordeelde dat de 'oude' cliëntenraad zich niet daarnaar had gedragen. Hij baseerde zijn oordeel op het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Hierin stond onder andere dat de handelwijze van de cliëntenraad een nadelige invloed had op het behandelklimaat. Daar kwam nog bij dat de cliëntenraad zijn werkwijze niet op schrift had gesteld, zoals artikel 2, vierde lid, WMCZ voorschrijft en evenmin een procedure ter regeling van geschillen had vastgelegd. In hoger beroep nam het Hof het oordeel van de president van de rechtbank over met de aanvulling dat er geen sprake was van het afzetten van de 'oude' cliëntenraad[16].

Akveld geeft in zijn noot onder dit arrest aan dat in de wetsevaluatie zou moeten worden meegenomen of een ontslagregeling van leden van de cliëntenraad wenselijk is, welke de gronden van ontslag kunnen zijn en welke procedure daarbij gevolgd zou moeten worden[17].

[14] Ktg. Utrecht, 24 juni 1999 (niet-gepubliceerd).
[15] Hof 's-Hertogenbosch 6 april 1999, *TvGR* 1999/67, m.nt. Akveld, p. 460-470.
[16] In deze zaak is inmiddels beroep in cassatie ingesteld.
[17] Hof 's-Hertogenbosch 6 april 1999, *TvGR* 1999/67, m.nt. Akveld, p. 470.

Bevoegdheden van de cliëntenraad

Recht van advies

Geschillen over de uitvoering van het recht van advies kunnen voorgelegd worden aan de Commissie van Vertrouwenslieden. Ingevolge artikel 10 WMCZ stelt de zorgaanbieder in overeenstemming met de cliëntenraad of cliëntenraden een uit drie leden bestaande Commissie van Vertrouwenslieden in. Volgens de wet kan de commissie bemiddelen en zonodig een bindende uitspraak doen. De zorgaanbieder kan zelf een commissie instellen of er voor kiezen zich aan te sluiten bij een door representatieve organisatie van cliënten en van zorgaanbieders ingestelde Commissie van Vertrouwenslieden.

Er zijn twee Landelijke Commissies van Vertrouwenslieden. Het betreft de branchecommissie voor medezeggenschapsgeschillen in verpleeg- en verzorgingshuizen en de Landelijke Geschillen Commissie WMCZ voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

De Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden (LCV), branchecommissie voor medezeggenschapsgeschillen in verpleeg- en verzorgingshuizen, kreeg eenmaal een zaak voorgelegd betreffende de vraag of een zorgaanbieder de cliëntenraad in de gelegenheid had moeten stellen om advies uit te brengen over een voorgenomen statutenwijziging. Artikel 3, eerste lid, onder a, WMCZ bepaalt dat een voorgenomen besluit inzake een wijziging van de doelstelling of de grondslag aan de cliëntenraad voor advies moet worden voorgelegd. In casu tastte de voorgenomen statutenwijziging doel en grondslag van de instelling niet direct aan en kwam de LCV tot het oordeel dat de zorgaanbieder niet gehouden was de cliëntenraad in de gelegenheid te stellen over deze statutenwijziging te adviseren[18].

Voor een besluit betreffende een dergelijk onderwerp is een verzwaard advies van de cliëntenraad vereist. Er is een aantal uitspraken bekend inzake het recht van verzwaard advies. Voor het overgrote deel zijn deze uitspraken afkomstig van de Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden voor medezeggenschapsgeschillen in verpleeghuizen en verzorginghuizen.

De Landelijke Commissies van Vertrouwenslieden doen over het verzwaard adviesrecht (art. 3 lid 1 sub i t/m m WMCZ) de volgende uitspraken:

- Algemeen beleid van de instelling over voeding, veiligheid, gezondheid, hygiëne, geestelijke verzorging en maatschappelijke bijstand, recreatiemogelijkheden en ontspanningsactiviteiten.

  De Landelijke Geschillencommissie WMCZ in de GGZ, heeft zich enkele keren over dit verzwaard adviesrecht uitgesproken. Eén zaak betrof de vraag of het doorberekenen van kosten van natte was en stomen ten laste kon komen van het bestaande zak- en kleedgeld. De regeling van het zak- en kleedgeld was mede bedoeld voor de integratie van cliënten in de samenleving. De Landelijke Geschillencommissie beperkte met het oog op deze achtergrond het doorberekenen van de kosten[19].

Een tweede zaak betrof een korting op het voedingsbudget van een afdeling, nadat was gebleken dat deze afdeling, die hierin een zekere autonomie had verkregen, in de voorafgaande periode dit budget fors had overschreden. De cliëntenraad bestreed dit beleid en klaagde – achteraf - over het feit niet te zijn benaderd voor advies. Naar het oordeel van de Landelijke Geschillen Commissie valt het besluit van de directie onder het verzwaard adviesrecht en is verzuimd de cliëntenraad tijdig te informeren en om advies te vragen, artikel 3, eerste lid, onder sub i, en artikel 3, tweede lid, WMCZ. De commissie stelt vast dat het in de gegeven situatie niet voor de hand ligt het besluit terug te draaien. Nieuwe besluitvorming, ditmaal met inachtneming van de regels van de WMCZ, behoeft dan ook niet plaats te vinden. De commissie gaat ervan uit dat in vergelijkbare, toekomstige gevallen conform de WMCZ gehandeld wordt[20].

[18] Jaarverslag LCV 1998-1999, p. 17-22.
[19] Nieuwsbrief Cliëntenparticipatie '97 nr.10, p.4-5 en Handboek Cliëntenparticipatie, BG-1001-1-10.

gehandeld wordt[20].

- Klachtenregeling en het aanwijzen van personen die klachten behandelen.
  De LCV heeft zich uitgesproken in een zaak waarin de zorgaanbieder had besloten een klachtenregeling in te voeren alsmede het besluit had genomen om zich aan te sluiten bij een reeds bestaande klachtencommissie[21]. De cliëntenraad adviseerde negatief over beide besluiten. De LCV oordeelt dat de zorgaanbieder in redelijkheid tot deze besluiten had kunnen komen. Interessant is dat de LCV in deze zaak een uitspraak heeft gedaan over de marginale toetsing door de LCV. De LCV is van oordeel dat bij de marginale toetsing door de commissie niet de vraag aan de orde is of de commissie, daarvoor geplaatst, een ander besluit zou hebben genomen, maar is de vraag aan de orde of een redelijk handelend zorgaanbieder - rekening houdend met alle belangen waarop hij moet letten - tot een dergelijk besluit kan komen[22].
- Wijziging in regeling voor de cliëntenraad en andere voor cliënten geldende regelingen
- (art. 2 lid 2 WMCZ).
  De LCV heeft zich uitgesproken in een zaak die handelde over de vraag of de cliëntenraad adviesgerechtigd is bij wijzigingen van de dienstroosters binnen een instelling[23]. De cliëntenraad was niet in de gelegenheid gesteld om te adviseren in de wijzigingen van de dienstroosters. Deze wijzigingen hadden gevolgen voor de zorg- en dienstverlening aan een deel van de cliënten, onder andere werden de tijden van medicijnverstrekking gewijzigd. De LCV was van oordeel dat dergelijke wijzigingen voorzieningen betroffen die in belangrijke mate bepalend zijn voor het welbevinden van degenen die erop zijn aangewezen. Het maakte daarbij niet uit dat de wijzigingen een deel van de cliëntenpopulatie betrof. De zorgaanbieder had hierbij het advies van de cliëntenraad moeten betrekken. De LCV was van oordeel dat dit zeker ook geldt als er sprake is van een concretisering van algemeen beleid en het doordenken van de gevolgen hiervan voor de cliënten. De voor advisering noodzakelijke informatie moet tijdig en in eenvoudig te begrijpen termen worden aangeleverd[24].

- Benoeming van een afdelingshoofd van een intramurale instelling die 24-uurszorg verleent en waar de cliënten in den regel langdurig verblijven.
  Ten aanzien van dit verzwaarde adviesrecht heeft de LCV zich tot tweemaal toe kunnen uitspreken[25]. Het gaat bij dit recht van advies om de benoeming van personen die zullen worden belast met de leiding van afdelingen van deze instelling. Aan dit medezeggenschapsrecht wordt door de wetgever betekenis gehecht omdat afdelingshoofden bij instellingen als verpleeghuizen en verzorgingshuizen in belangrijke mate het leefklimaat van de clienten bepalen én vanwege de vertrouwensrelatie tussen de cliëntengemeenschap en het afdelingshoofd. Het moet gaan om leidinggevenden van een onderdeel van een instelling die een eindverantwoordelijkheid hebben voor de zorg- en dienstverlening op de afdeling en die de bevoegdheid hebben medewerkers aan wie hij of zij leiding geeft aan te spreken op aangelegenheden die verband houden met het leefklimaat, zoals de bejegening van bewoners. In de eerste zaak kwam de LCV tot het oordeel dat de cliëntenraad zich terecht beriep op het verzwaarde adviesrecht, daar uit de taak- en functieomschrijving van de teamleider bleek dat het om een leidinggevende ging. In de tweede zaak betrof het echter een aanstelling van een subhoofd[26]. Alhoewel het subhoofd een vertrouwensfunctie uitoefent en in belangrijke mate het leefklimaat mede bepaalt, kon naar oordeel van de LCV worden gesteld dat hij/zij niet was belast met de leiding van een afdeling in de zin dat hij/zij geen continue eindver-

[20] Toegezonden uitspraak landelijke geschillencommissie WMCZ/GGZ 27 jan. 2000, St. Oedenrode
[21] Jaarverslag LCV 1998-1999, p. 14-17.
[22] Idem, p. 16.
[23] Nieuwsbrief Cliëntenparticipatie 1997 nr. 11/12, p. 7-8 en Jaarverslag LCV 1997-1998, p. 9-11.
[24] De cliëntenraad heeft niet tijdig - dat wil zeggen binnen één maand nadat de directie het besluit had genomen - een beroep op nietigheid gedaan. Hierdoor heeft de uitspraak van de LCV geen afdwingbare gevolgen voor de geldigheid van het besluit gehad.
[25] Jaarverslag LCV 1997-1998, p. 11-13 en Handboek Cliëntenparticipatie, p. BG1002-1-8; Jaarverslag LCV 1998-1999, p. 10-13.
[26] Jaarverslag LCV 1997-1998, p. 11-13 en Handboek Cliëntenparticipatie, p. BG1002-1-8.

afdeling in de zin dat hij/zij geen continue eindverantwoordelijkheid heeft voor de zorg- en dienstverlening op de afdeling[27].

Recht op informatie
Om goed te kunnen functioneren heeft de cliëntenraad tijdig goede informatie nodig. De zorgaanbieder kan met de raad afspreken welke informatie hij op welk moment verstrekt. Op dit recht is tot op heden geen beroep gedaan.

Het recht van voordracht van een bestuurslid
Op grond van artikel 7, eerste lid, WMCZ wordt de zorgaanbieder verplicht een statutaire regeling te treffen die erin voorziet dat ten minste één bestuurslid (bestuur/Raad van Toezicht) wordt benoemd op bindende voordracht van de cliëntenraad of cliëntenraden. Het bindend voordrachtsrecht houdt in dat uitsluitend mag worden getoetst of de kandidaat voldoet aan de eisen die de statuten aan bestuursleden stellen. Uit de wetsgeschiedenis van de WMCZ blijkt dat kwaliteitseisen gesteld mogen worden - zolang die in de statuten worden vastgelegd - en de eisen gelijkelijk worden gebruikt voor alle te benoemen bestuursleden[28]. Op grond van artikel 10, tweede lid, WMCZ is de kantonrechter belast met de naleving van dit artikel. De LCV heeft zich in één zaak over dit onderwerp slechts bemiddelend uitgesproken[29]. In deze zaak stelden de statuten van een zorgaanbieder een kwaliteitseis aan bestuursleden die op bindende voordracht van de cliëntenraad zouden worden benoemd. De kwaliteitseis hield in dat het bestuurslid dat door de cliëntenraad voor benoeming wordt voorgedragen een kwaliteit behoort te hebben die nauw verband houdt met de bijzondere functie van het huis[30]. De LCV beveelt daarom aan de statuten op dit punt aan te passen: ofwel geen kwaliteitseis te stellen voor het door de cliëntenraad voorgedragen bestuurslid, ofwel dezelfde kwaliteitseis te stellen voor alle bestuursleden.

[27] Jaarverslag LCV 1998-1999, p. 10-13.
[28] *Kamerstukken II* 23 041, nr. 5, p. 25-26.
[29] Jaarverslag LCV 1998-1999, p. 17-22. Deze zaak is reeds aan de orde gekomen met betrekking tot het recht van advies inzake voorgenomen statutaire wijzigingen.
[30] De zorgaanbieder is een verzorgingshuis dat zich uitsluitend richt op ouderen met specifieke achtergrond, en is als zodanig erkend als Verzorgingshuis met een Bijzondere Functie.

3

Het functioneren van cliëntenraden

1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van deelonderzoek 2, inventarisatie, en deelonderzoek 3, het onderzoek naar de doelbereiking van de WMCZ. In deze deelonderzoeken is een sectorgewijze aanpak gekozen, waardoor zoveel mogelijk rekening kon worden gehouden met de onderscheiden fasen waarin de totstandkoming van cliëntenraden in de diverse sectoren van de maatschappelijke gezondheidszorg verkeren. Als eerste is de stand van zaken met betrekking tot de medezeggenschap van cliënten in de onderscheiden sectoren geïnventariseerd. De inventarisatie heeft plaatsgevonden middels literatuuronderzoek, secundaire analyse van verricht onderzoek, interne gegevens met betrekking tot cliëntenraden en informatie van sleutelfiguren. In enkele sectoren (Thuiszorg, kinderopvang) bleek het als gevolg van gebrek aan beschikbare informatie noodzakelijk een enquête onder de cliëntenraden uit te voeren. De inventarisaties zijn voorgelegd aan een expertcommissie. De conclusies van de inventarisatie en een samenvattend verslag van de expertmeeting wordt in dit hoofdstuk per sector gepresenteerd. Een integrale weergave van de inventarisatie per sector is opgenomen in de achtergrondstudies die door het Verweij-Jonker Instituut apart worden uitgegeven. Deze bevatten ook

een lijst van geïnterviewde sleutelfiguren en deelnemers aan de expertmeetings.

2 De Geestelijke gezondheidszorg

Conclusies inventarisatie GGZ

- In de verslavingszorg en de kinder- en jeugdGGZ komen cliëntenraden moeilijk van de grond. Hier wordt nog niet voldaan aan de eisen van de WMCZ.
- In alle overige deelsectoren van de geestelijke gezondheidszorg functioneren cliëntenraden ex WMCZ.
- Voorafgaand aan de invoering van de WMCZ was er reeds een behoorlijke dekking van cliëntenraden in de psychiatrische ziekenhuizen en de RIBW's. De aanstaande invoering van de WMCZ heeft ertoe geleid dat er ook in de RIAGG's in snel tempo cliëntenraden werden opgericht.
- Voorafgaand aan de WMCZ was het de praktijk dat alleen (ex-)cliënten als ervaringsdeskundigen in een raad mochten zitten. Met de WMCZ doen ook niet-ervaringsdeskundigen hun intrede, met name in de RIAGG-cliëntenraden.
- De grootschalige fusies in de geestelijke gezondheidszorg zijn van (negatieve) invloed geweest op het functioneren van de cliëntenraden. Het is moeilijker geworden om mensen bij een instelling betrokken te houden en cliëntenraden krijgen te maken met (nog) abstractere vraagstukken waarover zij geacht worden gevraagd en ongevraagd te adviseren. Dit gaat

Dit gaat ten koste van participatie op het basale niveau.
- De fusievorming stimuleert het ontstaan van een getrapt stelsel van cliëntenraden met een centrale cliëntenraad, een locatieraad en cliëntencommissies.
- Cliëntenraden in de geestelijke gezondheidszorg beschikken via de LPR over een kwaliteitsinstrumentarium, waarvoor vanaf 1999 structurele middelen beschikbaar zijn voor implementatie en toepassing.
- In de psychiatrische ziekenhuizen en beschermde woonvormen is er reeds een lange traditie van structurele ondersteuning van cliëntenraden. In de RIAGG's was de ondersteuning voor invoering van de WMCZ relatief gezien nogal schraal. Daarnaast verschillen de budgetten nogal per instelling.
- Er is in de sector van de geestelijke gezondheidszorg een landelijke geschillencommissie ingesteld door LPR en GGZ-Nederland. Er wordt nog weinig gebruikgemaakt van deze landelijke geschillencommissie.

Samenvattend verslag expertmeeting GGZ-sector

Discussiepunten

Medezeggenschap op verschillende niveaus van de organisatie
Een vertegenwoordiger van de instellingen herkent in de inventarisatie de worsteling met de structuur van medezeggenschap in grote organisaties. De WMCZ biedt veel ruimte en dit levert problemen op in het neerzetten van een goed stelsel van cliëntenraden. Verder baart het hem zorgen dat het heel lastig is om de behoefte aan medezeggenschap in de dagelijkse gang van zaken (op de afdeling) te combineren met medezeggenschap in belangrijke (meer abstracte) beleidskwesties.

Vanuit cliëntenzijde wordt hierbij aangetekend dat de ondernemingsraden meer machtsmiddelen hebben in de vorm van vakbonden en de dreiging met stakingen.
Het is bijzonder moeilijk gebleken om cliëntenraden in stand te houden onder al het fusiegeweld: het dagelijkse niveau, de hulpverlening blijft dan liggen; alleen de diehards houden het vol. Daarbij benadrukt men dat medezeggenschap op beide niveaus van belang is; immers op beleidsniveau worden belangrijke zaken behandeld die op het midden en basale niveau doorwerken.

Anderen beamen dat de medezeggenschap op het midden- en basale niveau nagenoeg verdwenen is. De directies willen één aanspreekpunt. Hierbij speelt de verwarring rondom het begrip instelling. De praktijk na een fusie is dat een cliëntenraad opgaat in één centrale cliëntenraad en dat onder de centrale cliëntenraad een aantal commissie komen. Er is slechts in enkele instellingen sprake van cliëntenraden op het middenniveau die een centrale cliëntenraad instellen (conform de WMCZ). Dit laatste model is ook moeilijk te behappen, omdat er heel veel middelen nodig zijn om dit te regelen (ondersteuning).

Ten aanzien van de discussie rond het begrip instelling wordt gewezen op de ondernemingsraad: er is een centrale ondernemingsraad op instellingsniveau, met onderdeelcommissies op bedrijfsonderdelen. Vanuit de instellingen wordt opgemerkt dat men behoefte heeft aan een congruente structuur van ondernemingsraad en cliëntenraad. Dit dient op instellingsniveau geregeld te worden en niet via een landelijke samenwerkingsafspraak tussen GGZ-Nederland en de LPR.

Hierbij ontstaat discussie over hoe medezeggenschap bij een functioneel ingerichte organisatie georganiseerd moet worden: men veronderstelt dat het voor cliënten moeilijk is om bijvoorbeeld

bij circuitraden de juiste deur voor medezeggenschap te vinden. Bij regionale vestigingen kan gemakkelijker aangesloten worden bij het model van de Wet op de Ondernemingsraden met bedrijfsonderdelen: een regionale vestiging is dan immers een bedrijfsonderdeel.
De vertegenwoordigster van Parnassia stelt echter dat medezeggenschap via circuitraden wel degelijk goed te organiseren is. Op Parnassia heeft men op de oude APZ-locaties locatiecommissies gevormd, waarvan de raadsleden zich opstellen als de ogen en oren van de centrale cliëntenraad. Er begint zich nu een lijn te ontwikkelen van deze locatieraden naar de centrale cliëntenraad . In de circuitraden is elk lid aanspreekpunt voor een bepaalde (voorheen RIAGG) locatie. Ook hier begint de lijn naar de centrale cliëntenraad te lopen. Voorwaarde voor dit alles is dat het raadswerk interessant en aantrekkelijk wordt gemaakt omdat de relevantie ervan duidelijk is (de lijn tussen de cliënten en de centrale cliëntenraad).

Omgang met WMCZ vanuit directies en cliëntenraad
Vanuit directiezijde worstelt men met de vraag hoe om te gaan met de cliëntenraad. Hoe kun je een cliëntenraad op een fatsoenlijke manier tijdig inschakelen conform de WMCZ. Op dit moment wordt vaak advies gevraagd zonder dat er gekeken wordt naar de WMCZ. Op grond van welke bevoegdheden en via welke procedure dient de cliëntenraad ingeschakeld te worden? Er is dus ook deskundigheidsbevordering bij de instellingen nodig.

Waar de cliëntenraden naar de landelijke geschillencommissie gegaan zijn, zijn ze vaak in het gelijk gesteld. Een probleem is wel dat sommige zorgaanbieders uitspraken van de geschillencommissie gewoon naast zich neerleggen en dat cliëntenraden dan niet naar de kantonrechter stappen.

Kosten
De zorgaanbieders is het opgevallen dat de invoering en doen functioneren van cliëntenraden de instellingen geen geld zou moeten kosten, terwijl dit juist een groot probleem is. Uit een onderzoek van GGZ-Nederland blijkt dat ondersteuning momenteel erg uiteenloopt van geen, via 5.000 naar 450.000 gulden per zorgaanbieder op jaarbasis. Dit wordt bevestigd vanuit cliëntenzijde: sommige raden hebben niet eens een kantoorruimte.

Vanuit een vertegenwoordiger van de instellingen wordt ten aanzien van de financiering opgemerkt dat de ondernemingsraden 20 jaar geleden gestart zijn en dat het nu daar geregeld is. De cliëntenraden moeten dit nu ook gaan regelen. Hierbij is het wel van belang dat de LPR al zijn energie en knowhow inzet.

Doelbereiking

Doelbereiking
De effecten van de WMCZ beginnen nu pas zichtbaar te worden. Men is ook van oordeel dat het van belang is om de wet over vier jaar opnieuw te evalueren.

Medezeggenschap is een kwestie van mentaliteit. Dit is niet te bereiken via een wet, net zo min als de ‘maakbare samenleving’. Wel kan men stellen dat als de WMCZ er niet zou zijn geweest, er meer aandacht zou zijn voor medezeggenschap laag in de organisatie, terwijl de WMCZ nu medezeggenschap op het abstracte niveau heeft afgedwongen. De dialoog op het niveau van de Raad van Bestuur is wel gestimuleerd, niet de dialoog op het niveau van de werkvloer of het middenmanagement. Wat dit betreft ziet men een soortgelijke ontwikkeling als bij de OR: vanuit dagelijkse zaken doorgroeien naar beleid. Dit stelt ook de nodige eisen aan de kwaliteit van de vertegenwoordiging.

Verder heeft de WMCZ als effect gehad dat veel cliëntenraden zich bewust geworden zijn van hun macht en bevoegdheden. Weinig cliëntenraden doen wat met deze bevoegdheden, zo blijkt uit de inventarisatie. Als cliëntenraden gebruikmaken van bevoegdheden ex WMCZ (geschillencommissie, kantonrechter) dan heeft dit ook de nodige gevolgen voor de Raad van Bestuur van een instelling. Dit gebeurt bijna nooit, of in ieder geval veel te weinig.
Als een cliëntenraad dit wel zou doen, dan zul je zien dat de Raad van Bestuur de adviesprocedures beter gaat bestuderen en zorgvuldiger met de besluitvorming zal omgaan. Dit is een leerproces, waarbij de LPR ook een taak heeft via het activeren van hun achterban.
De cliëntenraad zou dan net als de ondernemingsraad juridische ondersteuning moeten ontvangen voor hun gang naar de geschillencommissie.

Het is in dit kader opvallend dat nog nooit een zorgaanbieder naar de geschillencommissie is gestapt omdat hij wenst af te wijken van een (zwaarwegend) advies van de cliëntenraad. Of men is vanuit de zorgaanbieder hiervan niet op de hoogte of men negeert gewoon het advies van de cliëntenraad.

Overigens wordt de cliëntenraad niet in alle instellingen op de hoogte gesteld van de uitkomst van hun advies.

Wat in dit kader mogelijk meespeelt is, dat in een situatie van afhankelijkheid je minder geneigd bent om een conflictmodel te hanteren. Cliëntenraden gebruiken de geschillencommissie en de kantonrechter ook als stok achter de deur om beleidsmatig bepaalde zaken af te dwingen.

Andere factoren/onbedoelde neveneffecten
De ontwikkeling binnen de GGZ-organisaties richting meer naar buiten treden en klantgerichtheid, heeft een structureel effect gehad op medezeggenschap, ook op beleidsniveau.

Bij fusies zijn in tegenstelling tot wat beoogd werd, in veel instellingen bovenwettelijke bevoegdheden verloren gegaan. Uit intern onderzoek van GGZ Nederland is gebleken dat bij tweederde van de instellingen de bevoegdheden van een cliëntenraad na een fusie zijn teruggelopen. De bovenwettelijke bevoegdheden sneuvelen volgens de LPR met name bij een fusie tussen PZ, BW en RIAGG. Zo heeft de WMCZ wel een minimalistische uitvoering gekregen.

Verder is er te weinig aandacht voor de kosten die uitvoering van de WMCZ met zich meebrengt. Er zou eigenlijk hiervoor een vast percentage van de begroting beschikbaar moeten komen. De LPR is van oordeel dat *f* 1,- per inwoner van het gebied een goede afspraak zou zijn. Ook hier wordt het voorbeeld van de ondernemingsraad naar voren gebracht. De cliëntenraad zou net als de ondernemingsraad deskundigen van buiten moeten kunnen inhuren ter ondersteuning van zijn adviesfunctie. Daarbij zou de cliëntenraad precies moeten kunnen verantwoorden waar hij het budget voor (wil) aanwenden. Er zouden geoormerkte gelden moeten komen om op een goede manier uitvoering aan de WMCZ te geven.

Afdelingshoofden
De discussie over de zeggenschap van cliëntenraden bij het benoemen van afdelingshoofden is een attitude discussie. In de instellingen was in het begin veel weerstand. Na toepassing ziet men de voordelen ervan in en breidt men dit soms zelfs uit naar alle personeelsleden en/of plaatsingscommissies voor cliënten. De WMCZ geeft mogelijkheden. De cliëntenraden moeten dit afdwingen; als je een protocol weet op te stellen, dan blijkt het te werken.
Vanuit een vertegenwoordiger van de instellingen wordt weinig heil verwacht van een landelijke

samenwerkingsovereenkomst. In dat geval ligt een protocol of een samenwerkingsovereenkomst op instellingsniveau voor de hand.

Doelgroepen

Verslaafden blijken een lastige doelgroep, maar ook daar ontstaan nu cliëntenraden. Op dit moment ontbreken goede randvoorwaarden, waardoor cliëntenraden meer een kwestie zijn van vallen en opstaan en weinig continuïteit hebben.

Sociaal-economische verschillen en allochtonen

Laagopgeleiden zijn ook lid van een cliëntenraad. Er zijn weinig allochtonen lid van een cliëntenraad. Zij manifesteren zich wel op afdelingsniveau, maar niet op het niveau van de centrale cliëntenraad. Dit wordt ook gekoppeld aan het feit dat men in de GGZ tot voor kort nog weinig specifieke aandacht voor allochtonenproblematiek en dat er ook relatief weinig allochtone medewerkers in de instellingen werkzaam zijn.

Conclusies expertmeeting

De effecten van de WMCZ beginnen nu merkbaar te worden:

Voor de WMCZ was er een grotere verscheidenheid. Sommige instellingen hadden geen cliëntenraad, bij andere instellingen had de cliëntenraad meer bevoegdheden dan nu onder de WMCZ.

- De medezeggenschap op beleidsmatig niveau heeft een push gekregen. Dit was via de weg van een samenwerkingsovereenkomst tussen instelling en cliëntenraad veel langzamer gegaan.

De cliëntenraden kunnen meer doen met de bevoegdheden die zij ex WMCZ gekregen hebben. Ze hanteren wel reeds hun sanctiemogelijkheden (geschillencommissie en kantonrechter) als dreiging, maar zouden bijvoorbeeld hun (verzwaard) adviesrecht en hun initiatief echt beter kunnen benutten.

Er is te weinig aandacht bij de minister voor de kosten die de WMCZ met zich meebrengt.

Laagopgeleiden zijn ook lid van een cliëntenraad. Er zijn echter weinig allochtonen lid van een cliëntenraad.

De algemene conclusie luidt dat er niet veel schort aan de WMCZ, maar wel aan de manier waarmee er wordt omgegaan. Over het algemeen heeft de positie van cliënten als gesprekspartner van de directie of het bestuur van de instelling niet verdergaand vorm gekregen dan is voorgeschreven in de WMCZ. Verder is door de fusievorming de medezeggenschap via adviezen van de cliëntenraad met betrekking tot de directe leefwereld van de cliënten onder druk komen te staan.

3 De zorg voor lichamelijk gehandicapten

Conclusies inventarisatie zorg voor lichamelijk gehandicapten

1. De overgrote meerderheid van de instellingen heeft rond de eeuwwisseling een cliëntenraad. In de overige instellingen is het proces van voorbereiding vergevorderd. De verwachting is dat in de loop van het jaar 2000 volledige dekking bereikt zal worden.
2. Voorafgaand aan de invoering van de WMCZ bestonden er tal van inspraak- en overlegorganen (bewoners- en deelnemersraden of -commissies), die echter zelden of nooit

nooit formele bevoegdheden hadden, vergelijkbaar met die welke de WMCZ toekent. De algemene invoering van medezeggenschap door cliëntenraden is duidelijk een gevolg van de invoering van de WMCZ.

3. Aan de vertegenwoordiging van allochtone cliënten in cliëntenraden wordt in deze sector nauwelijks enige beleidsmatige aandacht besteed.
4. De bevoegdheden die bij reglement aan de cliëntenraad worden toegekend, zijn lang niet altijd in overeenstemming met (minder dan) wat de WMCZ bepaalt.
5. De directies voldoen aan de verplichting om de cliëntenraden faciliteiten ter beschikking te stellen die zij voor hun functioneren nodig hebben. Over de vraag of deze faciliteiten voldoende zijn, verschillen de meningen. Sommige cliëntenraden willen een (groter) eigen budget voor scholing en voor reiskosten in verband met onderlinge samenwerking.
6. Een bijzonder aspect van het faciliteren van de cliëntenraadswerkzaamheden wordt gevormd door de ondersteuning van lichamelijk gehandicapte cliëntenraadsleden. Dit is een arbeidsintensieve zaak die aanmerkelijke kosten met zich kan meebrengen. De noodzaak hiervan wordt niet betwist. De financiering ervan is een probleem. Wanneer dit uit het zorgbudget gaat, gaat het ten koste van andere zorgtaken. Aangedrongen wordt op extra financiering. Sommige directies trachten de kosten te drukken door ondersteuning ter beschikking te stellen vanuit het eigen personeel. Van de kant van de professionele ondersteuners wordt het belang van onafhankelijke ondersteuning benadrukt en aangedrongen op het verplicht stellen (en eventueel ook buiten de begroting financieren) hiervan.
7. De invloed van cliëntenraden op de inhoud van concrete beleidsbesluiten wordt over het algemeen vrij gering geacht. Veel belangrijker is de invloed op het denkpatroon bij de beleidsvoorbereiding. Het cliëntenperspectief wordt duidelijk ingebracht waardoor beleidsmakers kunnen leren hiermee rekening te houden. De mate waarin dit doorklinkt in hun beleid verschilt per instelling. Naarmate hun inbreng meer gehoor krijgt, groeit de betrokkenheid van cliënten bij concrete kwaliteitskwesties.
8. Het adviesrecht wordt door de cliëntenraden over het algemeen op een opbouwende wijze uitgeoefend. Men stuurt in overleg bij en doet suggesties voor verbetering. Negatief advies komt maar weinig voor. In de spaarzame gevallen dat het wel voorkomt, leidt het relatief vaak tot een ernstige achteruitgang van het overlegklimaat en meer in het algemeen tot sfeerbederf. Negatief advies over onderwerpen waarop de cliëntenraad verzwaard adviesrecht heeft komt vrijwel nooit voor.
9. Colleges van vertrouwenslieden bestaan in deze sector vrijwel niet.
10. De sterk voortschrijdende schaalvergroting in deze sector brengt met zich mee dat er rechtspersonen ontstaan met een groot aantal instellingen en dus ook cliëntenraden. Bij directies bestaat een sterke behoefte hier een gelaagde structuur in aan te brengen met centrale en lokale cliëntenraden. Wettelijk kan dit alleen als de lokale cliëntenraden bereid zijn om bevoegdheden naar boven te delegeren. Deze raden staan onder sterke druk om aan dit streven toe te geven.
11. Het recht van de cliëntenraad om een bindende voordracht te doen voor een bestuurslid van de instelling, wordt in deze sector over het algemeen zo geïnterpreteerd, dat dit recht alleen in werking treedt als er een vacature in het bestuur ontstaat. Om die reden is dit recht in tal van instellingen nog niet geëffectueerd. Bovendien zijn de statuten van een aantal instellingen in dit opzicht nog niet in overeenstemming met de wet gebracht.

Samenvattend verslag expertmeeting sector lichamelijk gehandicapten

De cliëntenraden zijn in deze sector volop in ontwikkeling. Het wordt van belang geacht om verdergaand onderzoek te doen naar het functioneren van cliëntenraden in deze sector.

Discussiepunten

Het adviesrecht
In de praktijk is de scheidslijn tussen advies en informeren niet helder. De cliëntenraden weten niet wat hun bevoegdheden zijn. Daarbij komt dat als cliëntenraden over alle zaken advies gaan geven, ze snel overvraagd zullen raken. Ze moeten dan leren prioriteiten te stellen. Aan de andere kant dienen directies opgeleid te worden over hoe ze met een cliëntenraad om moeten gaan.

Het voordeel van het formeel om advies vragen is ook dat een cliëntenraad het gevoel krijgt iets voor te stellen.
Cliëntenraden vinden het vaak moeilijk om van mening te verschillen met hun 'aardige' directeur. Als de cliëntenraad het ergens niet mee eens is, dan is het voor de ondersteuner heel moeilijk om de cliëntenraad zover te krijgen dat deze het conflict aangaat en een Commissie van Vertrouwenslieden inschakelt. Cliëntenraden vinden het moeilijk om een geschil als een zakelijke kwestie te beschouwen en zijn bang voor verstoorde verhoudingen als ze toch gebruik gaan maken van hun rechten.

Het adviesrecht geeft erkenning, maar schept ook bepaalde verantwoordelijkheden voor leden van een cliëntenraad: het goed omgaan met belangen van je eigen mensen.

Ondersteuning
De expertcommissie is van oordeel dat externe ondersteuning van een cliëntenraad wettelijk verplicht moet worden.

Fusies
Ook in deze sector is sprake van fusievorming. Voor wat betreft de gevolgen voor het stelsel van cliëntenraden treedt er een verschil op tussen de wooncentra en de revalidatiecentra.
Bij de wooncentra blijft het zwaartepunt bij de lokale raden, die sommige bevoegdheden overhevelen aan een centrale cliëntenraad. De inrichting van centrale cliëntenraden gaat hier (nog) niet ten koste van de invloed van de lokale raden.
Bij de revalidatiecentra koersen de directies aan op het inrichten van een centrale cliëntenraad, die op instellingsniveau het beleid vaststelt, dat op de locatie nader ingevuld wordt (bijv. het rookbeleid).

Doelbereiking

Effecten
De WMCZ heeft als verdienste dat er in de sector lichamelijk gehandicapten overal cliëntenraden zijn gekomen.
Bij de wooncentra sloot dit natuurlijker aan op een proces van medezeggenschap dat al gaande was. De instellingen hebben naar aanleiding van de WMCZ zelf het voortouw genomen voor de totstandkoming van een cliëntenraad. In een aantal gevallen hebben de instellingen de Gehandicaptenraad ingehuurd om een start te maken, waarna de instelling zelf iemand heeft aangesteld voor de ondersteuning van de cliëntenraad.

Bij de revalidatiecentra hebben niet alle instellingen de WMCZ opgepakt. Enerzijds was er een gevoel van onmondigheid bij cliënten, anderzijds was er enige koudwatervrees bij directies om de cliëntenraad in hun keuken te laten kijken. De LSR, Gehandicaptenraad en VGN hebben een stimulerende invloed gehad in die zin dat ook die instellingen die aanvankelijk achterbleven, een cliëntenraad zijn gaan inrichten.

De expertcommissie is van oordeel dat het doel van de WMCZ in de sector lichamelijk gehandicapten verre van bereikt is. Er is wel een start gemaakt en er heeft zowel bij directies als cliënten(organisaties) een cultuuromslag plaatsgevonden waarbij het belang van medezeggenschap en invloed van cliënten in een afhankelijkheidspositie erkend wordt. De cliëntenraden lopen wel het gevaar dat ze overvoerd raken met advieswerk en zij zullen moeten leren hun prioriteiten te stellen, willen ze inderdaad invloed uitoefenen. Hierbij wordt aangetekend dat een cultuuromslag meestal vijf á tien jaar in beslag neemt.

De WMCZ heeft dus in ieder geval als effect gehad dat men aan de gang is gegaan en dat er cliëntenraden zijn ontstaan. Deze effecten hangen volgens de expertcommissie ook samen met bredere veranderingen in de verhoudingen tussen zorgaanbieders en patiënten/consumenten in het streven naar meer vraaggestuurde zorg. Men verwijst in dit verband ook naar het persoonsgebonden budget. Kortom, de WMCZ is op een goed moment gekomen, waardoor een proces wat al op gang gebracht was, verder gestimuleerd werd.

Binnen instellingen waar de afhankelijkheidsrelatie groot is (24 uur verblijf) is de cliëntenraad een goede invulling van medezeggenschap. Daarbij zijn naar het oordeel van de expertcommissie faciliteiten nodig voor de doelbereiking van de WMCZ, waaronder met name voldoende budgetten voor de cliëntenraad en externe ondersteuning. Omdat de cliëntenraad valt of staat met de ondersteuning, dient onafhankelijke externe ondersteuning naar het oordeel van de expertcommissie in de WMCZ wettelijk verankerd te worden.

Effecten op doelgroepen
Door de fusievorming ontstaan er stelsels van cliëntenraden, waarbij men het gevaar loopt dat de medezeggenschap van bepaalde doelgroepen ondergesneeuwd wordt, omdat medezeggenschap op centraal niveau voor alle cliënten geregeld wordt. Bijvoorbeeld bij een fusie zijn een instelling voor lichamelijk en verstandelijk gehandicapten samengegaan. Er is een centrale cliëntenraad gevormd met leden vanuit de zorg voor verstandelijk gehandicapten (ouders) en lichamelijk gehandicapten (cliënten zelf). De sector verstandelijk gehandicapten was in de cliëntenraad beter vertegenwoordigd. Bij een besluit over het beleid dat cliënten al dan niet zelf over een eigen sleutel zouden moeten kunnen beschikken, werden cliënten overruled door de ouders in de sector van verstandelijk gehandicapten, zodat cliënten niet meer mochten beschikken over een eigen huissleutel.

Het adviesrecht moet daar worden neergelegd waar het thuishoort. De creativiteit zit wel bij de partijen in het veld (conform geconditioneerde zelfregulering): steeds zal per instelling de vraag beantwoord moeten worden: hoe organiseer je de medezeggenschap. Beleidsmatige zaken horen dan bij een centrale cliëntenraad thuis, terwijl advies met betrekking tot de directe leefwereld bij de lokale cliëntenraad thuishoort. De Gehandicaptenraad probeert dit in ieder geval zoveel mogelijk via een samenwerkingsovereenkomst per instelling vast te laten leggen.

Afdelingshoofd
In deze sector hebben de cliëntenraden in de praktijk medezeggenschap bij de werving en selectie van alle personeelsleden. Dit recht hadden de raden al en deze bovenwettelijke bevoegdheid hebben ze weten te behouden.

Sociaal-economische verschillen en allochtonen
Sociaal-economische verschillen spelen in deze sector geen rol. De woonvormen zijn een 'witte' aangelegenheid, hetgeen weerspiegeld wordt in de samenstelling van de cliëntenraden. Wel wordt er vanuit bewoners met een islamitische achtergrond het verlangen naar een apart gebouw of aparte ruimte via de cliëntenraad ingebracht, zonder dat zij in de cliëntenraad zitting willen nemen.

Bij cliëntenraden in de revalidatiecentra zijn in het algemeen geen allochtonen vertegenwoordigd. Via de cliëntenraad worden wel problemen ingebracht, maar zij willen zelf niet in de cliëntenraad zitting willen nemen.

4 De zorg voor verstandelijk gehandicapten

Conclusies inventarisatie sector zorg voor verstandelijk gehandicapten

1. De overgrote meerderheid van de instellingen heeft rond de eeuwwisseling een cliëntenraad. In de overige instellingen is het proces van voorbereiding vergevorderd. De verwachting is dat in de loop van het jaar 2000 volledige dekking zal worden.bereikt Dat wil zeggen dat er dan in iedere instelling een cliëntenraad zal zijn. Hierbij moet de kanttekening gemaakt worden dat er in de praktijk verschillende interpretaties gehanteerd worden van wat een 'instelling' is.
2. Voorafgaand aan de invoering van de WMCZ bestonden er tal van inspraak- en overlegorganen (ouder-, familie-, bewoners- en deelnemersraden), die echter zelden of nooit formele bevoegdheden hadden, vergelijkbaar met die welke de WMCZ toekent. De algemene invoering van medezeggenschap door cliëntenraden is duidelijk een gevolg van de invoering van de WMCZ.
3. Een belangrijk punt van discussie in deze sector is de vraag of verstandelijk gehandicapte cliënten zelf in staat zijn tot medezeggenschap of dat men dit beter kan overlaten aan hun vertegenwoordigers (ouders en familie). De verschillende inzichten in dit opzicht weerspiegelen zich in de keuzes die gemaakt worden met betrekking tot de samenstelling van de cliëntenraad. Deze inzichten zijn nog steeds in beweging. Het algemene oordeel is in ieder geval wel dat, indien men de medezeggenschap bij de cliënten zelf legt, een noodzakelijke voorwaarde is dat zij daarin ondersteund worden.
4. Aan de vertegenwoordiging van allochtone cliënten in cliëntenraden wordt in deze sector nauwelijks enige beleidsmatige aandacht besteed.
5. De bevoegdheden die bij reglement aan de cliëntenraad worden toegekend, zijn lang niet altijd in overeenstemming met (minder dan) wat de WMCZ bepaalt.
6. De directies voldoen aan de verplichting om de cliëntenraden faciliteiten ter beschikking te stellen die zij voor hun functioneren nodig hebben. Over de vraag of deze faciliteiten voldoende zijn, verschillen de meningen. Sommige cliëntenraden willen een (groter) eigen budget voor scholing en voor reiskosten in verband met onderlinge samenwerking.
7. Een bijzonder aspect van het faciliteren van de cliëntenraadswerkzaamheden wordt gevormd door de ondersteuning van verstandelijk gehandicapte cliëntenraadsleden. Dit is een arbeidsintensieve zaak die aanmerkelijke kosten met zich kan meebrengen. De noodzaak hiervan wordt niet betwist. De financiering ervan is een probleem. Wanneer dit uit het zorgbudget gaat, gaat het ten koste van andere zorgtaken. Aangedrongen wordt op extra financiering. Sommige directies trachten de kosten te drukken door ondersteuning ter beschikking te stellen vanuit het eigen personeel. Van de kant van de professio-

nele ondersteuners wordt het belang van onafhankelijke ondersteuning benadrukt en wordt aangedrongen op het verplichtstellen (en eventueel ook buiten de begroting financieren) hiervan.

8. De invloed van cliëntenraden op de inhoud van concrete beleidsbesluiten wordt over het algemeen vrij gering geacht. Veel belangrijker is de invloed op het denkpatroon bij de beleidsvoorbereiding. Het cliëntenperspectief wordt duidelijk ingebracht waardoor beleidsmakers leren om hiermee rekening te houden. De betrokkenheid van cliënten bij concrete kwaliteitskwesties is sterk verhoogd (de zogenoemde 'kwaliteit van alledag').
9. Het overleg tussen directies en cliëntenraden is over het algemeen constructief en wordt wederzijds gewaardeerd. Het adviesrecht wordt op een opbouwende wijze uitgeoefend. Men stuurt in overleg bij en doet suggesties voor verbetering. Negatief advies komt maar weinig voor. In de spaarzame gevallen dat het wel voorkomt, leidt het relatief vaak tot een ernstige achteruitgang van het overlegklimaat en meer in het algemeen tot sfeerbederf. Negatief advies op onderwerpen waarop de cliëntenraad verzwaard adviesrecht heeft komt vrijwel nooit voor.
10. Colleges van vertrouwenslieden bestaan in deze sector vrijwel niet.
11. De sterk voortschrijdende schaalvergroting in deze sector brengt met zich mee dat er rechtspersonen ontstaan met tientallen instellingen en dus ook cliëntenraden. Bij directies bestaat een sterke behoefte hier een gelaagde structuur in aan te brengen met centrale en soms ook intermediaire (sector- of divisieraden) cliëntenraden. Wettelijk kan dit alleen als de (lokale) cliëntenraden bereid zijn om bevoegdheden naar boven te delegeren. Deze raden staan onder sterke druk om aan dit streven toe te geven. Sommige directies achten de wet in dit opzicht vrijwel onwerkbaar. Er zijn ook directies die de wet in dit opzicht niet naleven.
12. Het recht van de cliëntenraad om een bindende voordracht te doen voor een bestuurslid van de instelling, wordt in deze sector over het algemeen zo geïnterpreteerd, dat dit recht alleen in werking treedt als er een vacature in het bestuur ontstaat. Om die reden is dit recht in tal van instellingen nog niet geëffectueerd. Bovendien zijn de statuten van veel instellingen in dit opzicht nog niet in overeenstemming met de wet gebracht.

Samenvattend verslag expertmeeting sector zorg voor verstandelijk gehandicapten

Discussiepunten

In het onderzoeksmateriaal wordt het thema recht op informatie gemist. Als je als cliëntenraad geen informatie krijgt kun je geen invloed uitoefenen. Het tegenovergestelde bestaat ook: cliëntenraden die doodgegooid worden met irrelevante informatie.
Er dient meer aandacht besteed te worden aan het begrip ondersteuning/coaching/support. Daarnaast is nog niet helder hoe in het kader van de WMCZ de participatie van ouders van verstandelijk gehandicapten en cliënten zelf zich tot elkaar verhouden. Als derde punt wordt genoemd de problematiek van centrale raden versus decentrale raden. Hoe verhouden deze zich dat tot elkaar?

Doelbereiking

Doelbereiking
Voor de emancipatie van de mensen met een verstandelijke handicap heeft de WMCZ als extra impuls gefungeerd. Het heeft een bewustwording op gang gebracht over de participatie van de bewoners zelf. Een van de eerste resultaten hiervan is dat bewoners meer dan in het verleden betrokken worden bij de opstelling van hun begeleidingsplan.

De inspraak van de bewoners raakt, zeker op het lokale niveau, de directe leefwereld van de cliënt (gebruik telefoon, eigen brievenbus, aanschaf meubels, afspraken en regels). Op het niveau van de centrale cliëntenraden gaat dit minder op. Op dit niveau wordt gezocht naar een goede taakverdeling tussen ouders en cliënten bij belangrijke beleidsstukken. Er wordt gestreefd naar een gelijkwaardige positie, waarbij de participatie van ouders een aanvullende waarde heeft. De oudervertegenwoordigers bekommeren zich om de grote lijnen terwijl de cliënten hun inbreng hebben bij concrete punten.
Geconstateerd kan worden dat cliëntenparticipatie in de zorg voor verstandelijk gehandicapten, relatief nieuw is en dat het opzetten en laten functioneren van cliëntenraden financiële inspanningen vergt. De infrastructuur hiervoor, personele ondersteuning en deskundigheidsbevordering, dient nog opgebouwd te worden. Met name het inhuren van coaches voor de cliëntenraad is een forse financiële investering, die echter voorwaarde is om cliëntenparticipatie tot zijn recht te laten komen. Nu is het vaak zo dat de investering in de cliëntenparticipatie geplaatst wordt tegenover andere belangen, bijvoorbeeld het inkorten van de wachtlijst. Dat gaat bijna altijd ten koste van de participatie. Ook de directies van de instellingen zelf moeten leren om directer met cliënten te communiceren.

Naast de WMCZ heeft ook de invoering van de wet BOPZ invloed op deze ontwikkeling gehad.

Neveneffecten
Een ongewenst neveneffect is dat instellingen de bijdrage aan de ouderparticipatie inperken ten gunste van cliëntenparticipatie. Beide vormen van participatie dienen aanvullend te zijn. Dat geldt ook voor externe belangenbehartiging, waar ouders een voortrekkersrol kunnen vervullen, bijvoorbeeld bij de vaststelling van een regiovisie. Tegelijkertijd is er een ontwikkeling te bespeuren waarbij in sommige regio's (Utrecht) ook 'Onderling Sterk', de belangenvereniging van cliënten, buiten de instelling gaat optreden. Er zijn nu 30 'Onderling Sterk' afdelingen.

Zijn deze effecten door de WMCZ of door andere factoren veroorzaakt?
De ontwikkeling van de cliëntenparticipatie is niet los te zien van de emancipatietrend van verstandelijk gehandicapte mensen. De WMCZ is hierbij een extra stimulans geweest.

Waarom zijn bepaalde doelen van de WMCZ wel of niet bereikt?
De cliënten hebben duidelijk behoefte om over zaken die de inrichting van hun eigen leven raken, mee te praten. De instellingen gaan hier verschillend mee om. Sommige instellingen willen nadat Onderling Sterk de raden heeft opgezet, de ondersteuning aan een groepsbegeleider toewijzen. 'Onderling Sterk' kan dan niet een onafhankelijke coach inzetten.
Het bereiken van de doelstellingen van de WMCZ is ook afhankelijk van de vraag hoe de oudervereniging met dit nieuwe verschijnsel omgaat. Zien ze het als een bedreiging voor hun positie of zoeken ze naar vormen van samenwerking. In dat laatste geval kan er een situatie ontstaan dat oudervereniging en cliënten van elkaar kunnen leren.
Het adviesrecht wordt nog in beperkte mate uitgeoefend. Vaak is een goede samenwerking tussen oudervereniging en cliënten voorwaarde voor het tot stand brengen van een advies. Dat is niet onbegrijpelijk, want het staat nog in de kinderschoenen. Daarnaast is de opstelling van het management een succesvoorwaarde. Ziet de directie de meerwaarde en voert deze een beleid om participatie te bevorderen?

Benoeming afdelingshoofd
Meestal maakt het personeel een voorselectie en wordt aan de cliëntenraad een beperkte keuzemogelijkheid voorgelegd.
Er is nog veel onduidelijkheid over wat verstaan moet worden onder een afdeling en of ook bij vervanging van een personeelslid cliënten inspraak hebben. Dit laatste zou wel gewenst zijn.

Vertrouwenscommissie
De LSR pleit ervoor om een Vertrouwenscommissie in te stellen. De directies hebben zich hier nog niet over uitgesproken.

Effecten op doelgroepen
De cliënten behoren tot de groep met de laagste sociaal-economische status. Er zijn over de betrokkenheid van allochtonen nog weinig onderzoeksgegevens beschikbaar.

5 Verpleging en verzorging

Conclusies inventarisatie van de sector verpleging en verzorging

1. Anno 2000 hebben bijna alle verzorgings- en verpleeghuizen cliëntenraden.
2. Reeds voor de invoering van de WMCZ was er een lange traditie op het terrein van cliëntenparticipatie in de sector verzorging en verpleging. Voor de verzorgingshuizen was de bewonersparticipatie geregeld in de provinciale verordeningen in het kader van de Wet op de bejaardenoorden. Bij de verpleeghuizen hadden de bewoners- en familieraden geen formele status maar waren wel in de meeste tehuizen aanwezig. De WMCZ heeft de cliënteninspraak wel een extra impuls gegeven.
3. Er is weinig aandacht voor vertegenwoordiging van allochtone cliënten in de cliëntenraden. Dit heeft mede te maken met het feit dat in de verzorgings- en verpleeghuizen in het algemeen nog weinig allochtone ouderen verblijven. Er zijn wel enkele verzorgingshuizen die zich richten op specifieke (allochtone) groepen; in deze tehuizen zijn wel allochtone ouderen vertegenwoordigd in de cliëntenraad.
4. Alhoewel de meeste instellingen een cliëntenraad hebben, blijkt uit (beperkt) onderzoek in Zuid-Holland en Zeeland dat bij een minderheid van de raden de instelling van de raad niet volgens de wet schriftelijk (op de juiste wijze) is vastgesteld en kennen niet alle raden een huishoudelijk reglement. Al voor de invoering van de WMCZ kregen veel raden (financiële en personele) ondersteuning bij hun werk; de mate waarin kan per instelling zeer verschillend zijn.
5. De meeste instellingen vragen advies aan over zaken die vastgelegd zijn in de wet. De cliëntenraden zijn niet altijd tevreden over de wijze van adviesvragen en de informatievoorziening die nodig is om een goed advies uit te brengen. Daar staat tegenover dat de cliëntenraden ook niet altijd de reactie op de adviesaanvraag duidelijk formuleren naar de instelling toe. Het vervolgtraject is onduidelijk: cliëntenraden krijgen vaak geen informatie over wat er met hun advies is gebeurd en of het al dan niet wordt opgevolgd.

6. Ten aanzien van het verzwaard adviesrecht geldt hetzelfde als hierboven. In de sector verzorging en verpleging bestaat onduidelijkheid als gevolg van de vele fusies en ingewikkelde organisatiestructuren over de advisering van directieleden en degene die belast is met de verzorging op de afdeling.
7. Het komt weinig voor dat cliëntenraden ongevraagd schriftelijk advies uitbrengen. In veel gevallen geeft de cliëntenraad onvoldoende aan dat het om een ongevraagd advies gaat.
8. Alhoewel de bewonerscommissies van de verzorgingshuizen op grond van de uitvoering van de WBO meer bevoegdheden hadden dan volgens de WMCZ, heeft men deze extra bevoegdheden meestal niet vastgelegd in de samenwerkingsovereenkomst.
9. In de sector verpleging en verzorging hebben de zorgaanbieders en de belangenorganisaties in 1997 een Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden (LCV) in het leven geroepen. Veel instellingen hebben zich aangesloten bij de LCV. In het eerste jaar van het

bestaan van de LCV heeft de commissie tweemaal bemiddeld en tweemaal een bindende uitspraak gedaan. De LCV wordt nog te weinig ingeschakeld bij verschillen van mening tussen de cliëntenraad en de instelling.

10. In de sector verzorging en verpleging neemt het aantal centrale cliëntenraden toe. Dit heeft te maken met de schaalvergroting die in deze sector plaatsvindt. Toch zou men verwachten op grond van de fusies e.d. die hebben plaatsgevonden dat het aantal centrale cliëntenraden in deze sector groter zou zijn. Men mist in de WMCZ een goed handvat om deze centrale cliëntenraad gestalte te geven.
11. Het recht om een bestuurslid op voordracht van de cliëntenraad te benoemen wordt in het algemeen nageleefd. Wel zijn de instellingen vaker van mening dat dit gebeurt dan de cliëntenraden zelf.

Samenvattend verslag expertmeeting sector verpleging en verzorging

Discussiepunten

Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden (LCV)
De leden van de LCV merken op dat zij een ontwikkeling meemaken waarbij zorgaanbieders ook bij de eerste bemiddeling tussen cliëntenraden en zorgaanbieders zich laten begeleiden door een advocaat. Zij zijn van mening dat hierdoor al in het beginstadium (voordat sprake is van een uitspraak van de LCV) een ongelijke (macht)situatie ontstaat tussen de cliëntenraad en de zorgaanbieder. Zij zijn van mening dat als de zorgaanbieder een advocaat inschakelt, ook de cliëntenraad deze mogelijkheid moet hebben. De kosten van deze advocaat voor de cliëntenraad moeten vergoed worden door de zorgaanbieder. Overigens vinden zij dit geen goede zaak. De LCV poogt in eerste instantie te bemiddelen. Door inschakeling van een advocaat is er sprake van een verharding van het ‘conflict’. Er is geen behoefte bij de LCV aan een scheiding van hun taken: bemiddeling en het doen van een uitspraak. Tot nu toe zijn het vooral cliëntenraden die vragen om bemiddeling van de LCV; het aantal verzoeken neemt toe.

Centrale cliëntenraden
Arcares (koepel zorgaanbieders) had de mogelijkheid tot oprichting van een centrale cliëntenraad graag in de wet geregeld gezien. De directies ondervinden moeilijkheden als zij van bijvoorbeeld lokale instellingen verschillende adviezen krijgen. Wat moet een directie hiermee doen?
De Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC) is het hier niet mee eens. Het hangt af van de wijze waarop de zorginstelling functioneert. Er zijn zorginstellingen waar veel zaken centraal geregeld worden. In dit geval heeft een centrale cliëntenraad zin. Er zijn ook grote zorginstellingen die alleen een ‘administratief’ centraal bureau hebben en waar het beleid bepaald wordt door de afzonderlijke instellingen. In dat geval heeft een centrale cliëntenraad geen nut. De LOC is niet tegen een centrale cliëntenraad maar vindt dat het per geval bekeken moet worden. De aanwezigen zijn niet van mening dat een centrale cliëntenraad de medezeggenschap van de afzonderlijke cliëntenraden ondermijnt. Voordeel van instemming van lokale cliëntenraden bij de instelling van centrale cliëntenraad is dat de lokale cliëntenraden bepaalde eisen kunnen stellen: bijvoorbeeld extra ondersteuning (in financiële en personele vorm). De lokale cliëntenraden kunnen zich dan meer bezighouden met zaken die de directe leefwereld van de cliënten betreffen.

Adviesrecht
De LOC is van mening dat het adviesrecht van de cliëntenraad door de WMCZ onvoldoende tot zijn recht komt door het gebrek aan sancties. De LOC is voorstander van een WMCZ overeenkomstig de WOR. Een zorgaanbieder zou alleen het (verzwaard) advies naast zich neer mogen leggen wanneer daar bedrijfseconomische argumenten voor aanwezig zijn. Hierdoor zou ook de LCV uitspraken kunnen doen over de inhoud van de adviezen in plaats van deze alleen marginaal te toetsen.

Adviesaanvragen
Men is van mening dat er onvoldoende uitleg wordt gegeven door de wetgever over zaken waarover advies gevraagd moet worden door de zorgaanbieder. In principe betreffen alle zaken die genoemd worden in artikel 3 tezamen het leefklimaat van de cliënten in de instelling. Door de summiere opsomming hebben veel cliëntenraden het gevoel dat het teveel over beleidszaken gaat en te weinig over het dagelijkse leven in de instelling. Men is tevens van mening dat de zorgaanbieders in hun adviesaanvragen de informatie onvoldoende vertalen naar het niveau van het dagelijks leven. Bij een adviesaanvraag over bijvoorbeeld het beleidsplan zou de zorgaanbieder moeten aangeven welke aspecten belangrijk zijn voor de cliëntenraad. Cliëntenraden maken nog veel te weinig gebruik van de mogelijkheid om ongevraagd advies uit te brengen. Dit instrument kan gebruikt worden als men van mening is dat men over bepaalde zaken (bijvoorbeeld het leefklimaat) meer invloed wil uitoefenen.

Kosten van ondersteuning en scholing
De LOC wordt gefinancierd door middel van het lidmaatschap van de cliëntenraden (wat betreft de ondersteuning). Dit lidmaatschap wordt door de zorgaanbieders betaald. Men is van mening dat de kosten die de zorgaanbieder moet betalen ten behoeve van het werk van de cliëntenraden een fractie is als men in beschouwing neemt wat zorgaanbieders kwijt zijn aan het werk van de ondernemingsraad. Daarnaast ontvangt de LOC een bijdrage uit het Patiëntenfonds ten behoeve van de belangenbehartiging.

Doelbereiking

De aanwezigen zijn van mening dat de doelen van de WMCZ bereikt zijn of in ieder geval deels bereikt zijn. De WMCZ geeft de cliëntenraden van de verpleeghuizen een wettelijke verankering. Bij de verzorgingshuizen was deze verankering al aanwezig op grond van de provinciale verordeningen in het kader van de Wet op de bejaardenoorden. De medezeggenschap in de sector Verzorging en Verpleging is goed op weg. Enerzijds komt dit door invoering van de WMCZ, anderzijds door de traditie die reeds voor de WMCZ in deze sector aanwezig was.

De positie van de cliënt als gesprekspartner heeft meer vorm gekregen door de WMCZ. Belangrijkste veranderingen in vergelijking met de situatie voor de WMCZ (m. n. bij de verzorgingshuizen) zijn: de bevoegdheden van de cliëntenraad gaan minder ver dan voor de invoering, de samenstelling van de cliëntenraden is anders en het aantal bestuursleden dat op voordracht van de cliëntenraad benoemd wordt. Alhoewel de rechten die bewonerscommissies hadden voor de invoering van de WMCZ, volgens de WMCZ behouden bleven, is hier weinig gebruik van gemaakt.
Gaat men in deze sector verder dan de WMCZ? In de samenwerkingsovereenkomsten die opgesteld zijn door Arcares en LOC probeert men wat verder te gaan dan datgene wat vastgelegd is in de WMCZ. Zo is in de overeenkomst een regulier overleg met de zorgaanbieder vastgelegd en wordt omgeschreven op welke wijze de zorgaanbieder een adviesaanvraag moet toelichten. Veel instellingen maken gebruik of hebben gebruik gemaakt van deze modelsamenwerkingsovereenkomst.

Onbedoeld neveneffect van de WMCZ
Bij de verpleeghuizen verloopt de samenvoeging van vroegere bewonerscommissies en familieraden niet overal goed. Bewoners worden in de nieuwe cliëntenraden vaak ondergesneeuwd door de familieleden. Toen de bewonerscommissie en de familieraad nog apart waren, was de positie en de inbreng van de bewoners sterker.

Benoeming van een bestuurslid op voordracht van de cliëntenraad
Veel grotere zorgaanbieders hebben hun Raad van Bestuur omgevormd tot een Raad van Toezicht. De benoeming van een vertegenwoordiger op voordracht van de cliëntenraad stelt weinig voor. In de inventarisatie wordt gemeld dat er een discrepantie is tussen de meningen van de zorgaanbieders en de cliëntenraden in hoeverre in het bestuur een bestuurslid zit op voordracht van de cliëntenraad. De LOC denkt dat dit komt doordat de zorgaanbieder waarschijnlijk een kandidaat voordraagt aan de cliëntenraad en dan vraagt of de cliëntenraad instemt met de benoeming van deze persoon. De zorgaanbieder zal dan stellen dat deze op voordracht van de cliëntenraad is benoemd; de cliëntenraad zal dit niet als zodanig ervaren.

Adviesrecht bij benoeming afdelingshoofden
Dit doel wordt wel bereikt. Onduidelijk is waarom juist voor deze functie het adviesrecht geldt. Voor de dagelijkse verzorging op de afdeling vervullen het hoofd verzorging of de directie vaak een belangrijkere functie. Deze personen hebben meer invloed op de leefsituatie op een afdeling.

Doelgroepen
In verzorgings- en verpleeghuizen verblijven nog niet veel allochtone cliënten. Er zijn echter bijzondere verzorgingshuizen voor bijvoorbeeld Indische ouderen. In deze verzorgingshuizen zijn ze wel vertegenwoordigd in de cliëntenraad.

Verhouding man/vrouw:
In verzorgings- en verpleeghuizen verblijven vooral vrouwen. Verhoudingsgewijs treft men in de cliëntenraden meer mannen dan vrouwen aan.

Sociaal-economische klasse:
In verzorgingshuizen treft men relatief meer bewoners van een lagere sociaal-economische klasse. Rijkere ouderen kiezen vaak voor andere oplossingen. In verpleeghuizen komen alle sociaal-economische klassen voor. Wel blijken de familieleden die in een cliëntenraad zitten vaker hoger opgeleid te zijn.

6 Thuiszorg en gezondheidscentra

Conclusies inventarisatie sector thuiszorg en gezondheidscentra

1. De WMCZ is een aanzienlijke stimulans voor de ontplooiing van de medezeggenschap in de thuiszorg. Sinds de invoering van de WMCZ is er sprake van een aanzienlijke toename van het aantal cliëntenraden in de thuiszorg van 24% in 1996 tot 61% in 2000. Van de instellingen die gereageerd hebben zijn er vijf instellingen die een cliëntenraad voorbereiden en zes instellingen die geen cliëntenraad hebben. Als reden voor de afwezigheid van een raad wordt opgegeven gebrek aan belangstelling van de zijde van cliënten.

2. De thuiszorg beschikt niet over een medezeggenschapstraditie. Er zijn enkele voorbeel-

voorbeelden bekend van adviesraden en verenigingen (kruiswerk) die een niet-formele invloed hadden.

3. Bij de gezondheidscentra is er een traditie van bewonersparticipatie. De formalisering van de medezeggenschap van patiënten/consumenten in 1996 is voor de gezondheidscentra een moeilijke opgave gebleken. De meeste centra (69%) hebben pogingen gedaan om een cliëntenraad op te richten, slechts 27% zijn hierin geslaagd. De rol van RPCP's bij de bevordering van medezeggenschap bij gezondheidscentra is minimaal. Cliëntenparticipatie die nauw aansluit bij de traditie van bewonersinspraak lijkt daarbij het meest succesvol. De invloed van de cliëntenraden op de kwaliteitszorg bij gezondheidscentra is beperkt.
4. De gezondheidscentra hebben verschillende strategieën gevoerd om cliëntenraden in te voeren. In sommige centra is de bewonerswerkgroep als nieuwe cliëntenraad aangewezen. In andere gevallen is een goed functionerende bewonersgroep als voorbereidingsgroep van een cliëntenraad opgetreden. In de praktijk blijken de bewoners vooral geïnteresseerd in concrete thema's en activiteiten, zoals klachtopvang, de uitgave van de patientenkrant, de organisatie van thema-avonden en uitkomsten van de cliëntenraadpleging.
5. De gezamenlijke inspanning van de LVT en de NPCF bij de invoering van de WMCZ in de periode 1996 tot 1998 heeft een effectieve aanpak van de totstandkoming van cliëntenraden bevorderd. Ook de certificatie-eisen van de LVT hebben hieraan bijgedragen. De landelijke aandacht voor de ondersteuning van cliëntenraden is sinds 1998 verslapt. Daarmee zijn de mogelijkheden om de ondersteuning van cliëntenraden op landelijk en regionaal niveau te stimuleren en onderlinge contacten te bevorderen, niet benut.

6. Er is weinig bekend over de samenstelling van de cliëntenraden. De indruk bestaat dat de instellingen hebben gestreefd naar een samenstelling die in overeenstemming is met het advies van de LVT en de NPCF. De samenwerking tussen de regionale thuiszorgorganisatie en het RPCP is daarbij een belangrijke succesfactor. In de praktijk is het verloop onder de raadsleden groot, waardoor het moeilijk is een voldoende representatieve raad te laten functioneren. Aan de vertegenwoordiging van allochtone cliënten in cliëntenraden wordt in deze sector nauwelijks aandacht besteed.
7. Een regelmatig contact met de achterban is een moeilijke opgave voor een cliëntenraad in de thuiszorg. Er wordt weliswaar gebruikgemaakt van informatiebulletins, maar de respons van cliënten is gering. De contacten met het RPCP in het kader van de kwaliteitsprojecten in de thuiszorg en de integrale indicatiestelling vergroot de mogelijkheden van cliëntenraden om op grond van reëel inzicht in knelpunten een advies uit te brengen.

8. De cliëntenraden zijn in het algemeen tevreden over de aan hen toegekende faciliteiten. Het gebrek aan tijdige informatie is de meest geuite klacht (21%).
9. Ten aanzien van de uitoefening van het adviesrecht is het niet mogelijk om tot een afgerond beeld te komen. Veel cliëntenraden zijn nog in de fase van opbouw van contacten en expertise en blijken niet in staat om op belangrijke onderwerpen advies uit te brengen. De meeste cliëntenraden maken echter gebruik van hun adviesbevoegdheden, met name ten aanzien van de samenwerking of fusieplannen, de begroting en jaarrekening, het kwaliteitsbeleid en de klachtenregeling. Er zijn geen aanwijzingen dat de rechten van de cliëntenraden afwijken van de WMCZ. Wel vermelden twee cliëntenraden meningsverschillen met het management over het recht van voordracht voor de Raad van Bestuur. De raden maken intensief gebruik van de mogelijkheden om ongevraagd advies uit te brengen. De adviezen bestrijken een zeer breed terrein.

10. De vraag of een advies wordt opgevolgd is voor de cliëntenraden niet altijd duidelijk. Er

is weinig controle op de invloed van adviezen. De meeste raden vertrouwen op de goede contacten met de directie en de Raad van Bestuur en zijn niet geneigd om bij onderwerpen waarop een verzwaard adviesrecht geldt een beroep te doen op de landelijke vertrouwenscommissie. Daarnaast bestaat de indruk dat raden en instellingen onvoldoende op de hoogte zijn van de mogelijkheden van de landelijke vertrouwenscommissie.

11. De fusies en reorganisaties in de thuiszorg hebben negatieve effecten op het totstandkomen en het functioneren van cliëntenraden. In sommige gevallen is er sprake van fusies tussen thuiszorgorganisaties. In andere gevallen gaat het om concernvorming met verzorgings- en verpleeghuizen. De fusieperikelen belasten de cliëntenraden in sterke mate. Sommige raden worden, terwijl ze in een opbouwfase verkeren, overstelpt met adviesaanvragen op dit terrein. Onderwerpen die de raadsleden meer aan het hart liggen komen niet aan de orde. Door de samensmelting met al langer functionerende raden in verzorgings- en verpleeghuizen bestaat het gevaar dat de 'thuiszorgraden' ondersneeuwen. Er ontstaan centrale cliëntenraden met een sterk beleidsmatige inslag, waartoe niet alle raadsleden zich aangetrokken voelen en die de kloof met de directe leefwereld van de thuiszorgcliënten groter maakt.
12. De bevoegdheid van een cliëntenraad om een bindende voordracht te doen van een bestuurslid heeft in de thuiszorg tot enkele conflicten geleid. De directies van de instellingen zijn van oordeel dat zij de door de raad voorgedragen kandidaat kunnen weigeren.

Samenvattend verslag expertmeeting sector thuiszorg en gezondheidscentra

Discussiepunten

Een vertegenwoordiger van de cliënten vindt het bemoedigend om te zien hoe alles zich ontwikkeld heeft. Toch zijn de cliëntenraden nog in de beginfase. Het onderzoeksmateriaal geeft weliswaar een beeld, maar geeft geen indruk hoe de raden functioneren. Dit wordt bevestigd door andere cliëntenvertegenwoordigers. Er zijn weliswaar raden gevormd, maar dat wil nog niet zeggen dat ze een inhoudelijke inbreng hebben.
Van de zijde van de zorgaanbieders wordt opgemerkt dat het formeel goed geregeld lijkt, maar het is de vraag of er van daadwerkelijke invloed sprake is. Voor de zorgaanbieder in de thuiszorg dringt zich de vraag op waar deze zijn energie in moet stoppen om het doel van medezeggenschap van cliënten te bereiken: het aanhalen van banden met de RPCP's, richten op de eigen cliëntenraad, patiëntenraadpleging?
De inventarisatie wordt als een goede basis beoordeeld om over deze en andere vragen meningen uit te wisselen.

Functioneren van cliëntenraden
Ten aanzien van de behoefte aan ondersteuning wordt er een tegenstelling geconstateerd tussen de uitkomsten van de enquête onder de cliëntenraden en de bevindingen van de sleutelpersonen. Het is volgens een cliëntenvertegenwoordiger zeer de vraag of de cliëntenraden die er nu zijn voldoende actief functioneren. Dit wordt bevestigd door andere cliëntenvertegenwoordigers. De vraag of er behoefte is aan (personele) ondersteuning wordt door veel cliëntenraden niet op prijs gesteld. Men kan stellen dat hoe beter de raad functioneert, des te groter de behoefte aan ondersteuning en deskundigheidsbevordering is. Er wordt ook een tegenstelling geconstateerd tussen het gebrek aan behoefte aan personele ondersteuning en de opmerking van verschillende raden dat men nog onvoldoende in staat is om advies te geven.

Adviesrecht
Volgens een cliëntenvertegenwoordiger is het bereiken van aansprekende resultaten ook afhankelijk van een actieve opstelling van de directie. Deze kan vanuit een kwaliteitsdoelstelling de cliëntenraad als een nuttig instrument voor het kwaliteitsbeleid van de instelling inzetten.
Het zou zinnig zijn om in een vervolgonderzoek aan de directie de vraag te stellen in hoeverre het advies is opgevolgd en of het oorspronkelijke voornemen gewijzigd is.
Eén zorgaanbieder brengt naar voren dat het soms moeilijk is om een advies uit te brengen vanwege het wispelturig overheidsbeleid.
Centrale cliëntenraden
Bij fusies is vaak sprake van een totaal verschillende medezeggenschapscultuur bij de verschillende fusiepartners. Sommige cliëntenraden willen geen gezamenlijke raad vormen met andere raden.
De aanwezigen menen dat er echter geen behoefte is aan een nadere wettelijke regeling. De instelling moet zelf de ruimte krijgen om hieraan vorm te geven. Afdwingen zou in strijd zijn met het principe van medezeggenschap. Als pragmatische oplossing wordt voorgesteld om de meer strategische beleidsvragen bij de centrale raad neer te leggen. De lokale raad heeft dan zeggenschap over de centrale besluitvorming, als men dat doet in gezamenlijk overleg met de andere lokale raden.
Een cliëntenvertegenwoordiger meent dat je gebruik moet maken van de ruimte die er in de wet is. Een andere cliëntenvertegenwoordiger meent dat er toch wel behoefte is aan enige verheldering wat onder een instelling verstaan wordt. Voorkomen moet worden dat bepaalde groepen cliënten door de samenstelling van een centrale cliëntenraad niet vertegenwoordigd worden. Dat kan het geval zijn als bij fusies tussen thuiszorg en verpleeg- en verzorgingshuizen een centrale raad wordt gevormd uit reeds langer bestaande raden bij verpleeg- en verzorgingshuizen. En mogelijke oplossing is dat je kijkt naar de herkenbare diensten die geleverd worden en van daaruit de cliëntenvertegenwoordiging vormgeeft.
De aanwezigen zijn het erover eens dat het begrip instelling bij de thuiszorg ingewikkeld is. Het is geen oplossing om het begrip instelling in de wet te verduidelijken. Als je bijvoorbeeld getallen gaat noemen (zoals bijvoorbeeld bij de Wet op de ondernemingsraden) ga je voorbij aan de inhoudelijke doelstelling van de wet. Het is beter en meer passend bij de inhoudelijke doelstelling van de wet (medezeggenschap) om de instellingen en de raden dit zelf te laten regelen. Er worden twee oplossingsrichtingen gesuggereerd:

1. Je kunt kiezen voor een integrale benadering, waarbij je de raden bij de uitvoeringseenheden (locaties) vormgeeft.
2. Een andere mogelijkheid is een functionele benadering, met name in het geval van transmurale projecten waarbij vanuit de verschillende functies de cliëntenvertegenwoordiging wordt gevormd. De verschillende functies of aandachtsgebieden moeten dan in de raad vertegenwoordigd zijn. Dit ligt met name voor de hand bij een scheiding van wonen en zorg.

Deze twee benaderingen corresponderen met de wijze van besturing van de zorg, een meer functionele besturing of een integrale besturing. Het begrip regionale instelling is in ieder geval te statisch. Beter is het te spreken van organisatorische eenheden.

Doelbereiking

Doelbereiking
De aanwezige zorgaanbieders menen dat qua vorm de doelen van de WMCZ zijn bereikt. De cliëntenraad is nog geen gesprekspartner van het bestuur, maar ontwikkelt zich wel in die richting. De besturen hebben ook overleg met patiënten/consumentenorganisaties.
Er is een duidelijk verschil met cliëntenraden in verzorgings- en verpleeghuizen. Er is een heel

andere binding met de cliënten. De advisering is vooral gericht op de producten van de thuiszorg en heeft minder betrekking op de directe leefwereld van de cliënt. Daarnaast opereert de thuiszorg op een terrein van zorg waar een zeer strakke regelgeving bestaat, waar de organisatie weinig invloed op heeft. Voorbeelden zijn de indicatiestelling en de eigen bijdragen. Ook de cliëntenraad kan dit niet beïnvloeden. De cliënt kan door middel van klachten invloed uitoefenen op het concrete product. Dat gebeurt niet via de WMCZ. Daarnaast is het voor de cliëntenraad moeilijk om contacten te onderhouden met de achterban. De zorgaanbieders verschillen van oordeel als het gaat om de vraag of cliëntenraden iets toevoegen aan de bestaande invloed van cliënten. Eén zorgaanbieder meent dat de cliëntenraad niets toevoegt. Een andere zorgaanbieder nuanceert dit. Cliëntenraden kunnen een positieve rol vervullen, met name bij de evaluatie van de zorgverlening, de kwaliteitszorg. Op dit moment wordt er van veel verschillende zijden (benchmarkonderzoek, rol RPCP's) hierop ingezet. Enige coördinatie en afstemming zou gewenst zijn.

De cliëntenvertegenwoordigers zien een duidelijk verschil tussen de rol van cliëntenraden bij verpleging- en verzorgingshuizen en in de thuiszorg. In de verpleeg- en verzorgingshuizen treedt de cliëntenraad meer op voor de collectieve belangen van de cliënt. In de thuiszorg gaat het meer om de individuele relatie tussen zorgverlening en cliënt. De relatie tussen de cliëntenraad en het RPCP is in de thuiszorg essentieel. Het RPCP en de cliëntenraad zouden een complementaire rol dienen te vervullen. Nu loopt men elkaar teveel voor de voeten of erkent men elkaars rol niet. De RPCP's hebben op dit moment teveel op het bord en hebben onvoldoende zicht op wat er in de thuiszorginstellingen gebeurt. Met name bij de beoordeling van de kwaliteit van de thuiszorg is een wisselwerking tussen RPCP en de cliëntenraad zeer belangrijk. In de praktijk is de relatie tussen deze twee nog onvoldoende uitgekristalliseerd. De RPCP's hebben hun rol als kwartiermaker goed vervuld en zouden zich nu meer moeten concentreren op de regionale taken.

De aanwezige zorgaanbieders menen dat er nu erg veel input is van cliëntenzijde: RPCP's, categoriale organisaties, patiëntenraadpleging en cliëntenraden. De cliëntenvertegenwoordigers wijzen op het belang van externe validering van de gegevens die door patiëntenraadpleging bij de instellingen terecht komt. Patiëntenorganisaties en RPCP's hebben daarin een belangrijke rol. Afstemming met de rol van cliëntenraden is belangrijk. De verhouding tussen RPCP's en de raden moet opnieuw gedefinieerd worden.

Conclusie: de vraag naar de doelbereiking wordt geclausuleerd positief beantwoord. Het doel van de WMCZ, het versterken van de invloed van de cliënten op de thuiszorg is bereikt, maar grotendeels via andere wegen dan via de invoering van de cliëntenraden.
De deskundigheidsbevordering van cliëntenraden is een belangrijk aandachtspunt. Dit staat nog in de kinderschoenen. De ondersteuning en deskundigheidsbevordering van de cliëntenraden moet in de meeste regio's nog vorm krijgen. Een enkele keer wordt een beroep gedaan op de expertise van de Landelijke Organisatie van Cliëntenraden (LOC).

Andere factoren/onbedoelde effecten
Waar geen rekening mee is gehouden is de invoering van de marktwerking in de thuiszorg. Als het persoonsgebonden budget een steeds groter deel van het beschikbare budget omvat dan verandert de verhouding tussen de instelling en de cliënt. De cliënt kan zelf de instelling kiezen met het beschikbare budget. Als sommige delen van het pakket van de thuiszorg (ouder- en kindzorg en huishoudelijke zorg) buiten de AWBZ gaan vallen, zal de betrokkenheid van de cliënt bij de instelling andere vormen krijgen.
Een onbedoeld neveneffect is het feit dat de cliëntenraden onderdeel gaan uitmaken van de dynamiek van de instelling. Sommige directies vragen doelbewust eerst advies aan de cliënten-

cliëntenraad om daarmee het personeel onder druk te kunnen zetten.
Een ander effect is de nivellering waartoe de WMCZ kan leiden. Er wordt als het ware een plafond ingebouwd waarboven geen afspraken meer mogelijk zijn.
Sommige instellingen hebben na de oprichting van een cliëntenraad de contacten met het RPCP (en soms ook met categoriale organisaties) bevroren.

Effecten op doelgroepen
De instellingen werken vaak met profielen bij de oprichting van een cliëntenraad. Bij de samenstelling van een raad wordt meestal wel gekeken naar de verschillende groepen gebruikers van de thuiszorg. Het verloop is echter vrij groot. Er moet voortdurend gebouwd worden aan de cliëntenraad.
Er zijn hier en daar pogingen gedaan om allochtonen te werven. Dat lukt in de meeste gevallen niet. De meeste allochtone gebruikers hechten geen prioriteit aan participatie. Vaak is de groep ouderen sterk vertegenwoordigd.
Een goede samenstelling van de cliëntenraad is nog geen waarborg voor goed functioneren. De teamvorming neemt veel tijd en energie in beslag. Daarnaast dient een raad ook te leren hoe op een effectieve wijze gebruik kan worden gemaakt van ervaringskennis en hoe een advies vanuit het cliëntenperspectief kan worden geformuleerd. Dat onderstreept de noodzaak van goede ondersteuning en deskundigheidsbevordering. Ook het bevorderen van de onderlinge contacten van cliëntenraden hoort daarbij.

Kostenaspect
De opbouw, de ondersteuning en de deskundigheidsbevordering van de cliëntenraad vergt een behoorlijke investering. Het standpunt van de overheid is tot nu toe altijd geweest, dat dit geen noemenswaardige kosten met zich mee hoeft te brengen. In de praktijk werkt dat vertragend. Er was nooit enig geld beschikbaar voor een stimuleringstraject. Dat is zeker noodzakelijk in die sectoren waar geen traditie bestaat van medezeggenschap van cliënten. Er is nu in het kader van de meerjarenafspraken in beperkte mate geld beschikbaar om verbindingen te leggen tussen cliëntenraden en de regionale infrastructuur van patiëntenorganisaties. In feite zou er een AWBZ fonds moeten zijn om deskundigheidsbevordering en zelfstandige ondersteuning c.q. teamvorming in de thuiszorg te stimuleren.

7 Ziekenhuiszorg

Conclusies inventarisatie sector ziekenhuizen

1. Cliëntenraden zijn in de wereld van de algemene ziekenhuizen een nieuw fenomeen. Er werd al wel sinds de jaren tachtig samengewerkt tussen patiëntenorganisaties en ziekenhuizen op verschillende niveaus.
2. De weerstand tegen de invoering van de cliëntenraden en de daarbij horende bevoegdheden is bij de instellingen groot. Een groot aantal instellingen (volgens eigen opgave tenminste 37%) kent nog geen cliëntenraad. De benaming patiëntenadviesraad wordt door de instellingen vaak gehanteerd voor raden die hebben afgezien van enkele bevoegdheden, die wettelijk zijn vastgelegd. De betrokken instellingen presenteren deze raden als een experiment of groeimodel, waarbij echter niet duidelijk is of deze bevoegdheden in de nabije toekomst alsnog in reglementen worden vastgelegd.
3. De meeste ziekenhuizen zijn overgegaan tot het samenstellen van een raad na de afronding van de onderhandelingen tussen de NPCF en de NVZ over de Handreiking Medezeggenschap van patiënten binnen een ziekenhuis (begin 1997). Begin 1998 was volgens een onderzoek onder RPCP's bij 18% van de ziekenhuizen een cliëntenraad

geïnstalleerd. Begin 2000 was volgens opgave van de directies bij 65 van de 149 instellingen (44%) een cliëntenraad geïnstalleerd. Een deel van deze raden functioneert als patiëntenadviesraad met beperkte bevoegdheden.

4. De totstandkoming van een cliëntenraad is vaak het resultaat geweest van gesprekken tussen de ziekenhuizen en de RPCP's. Na de installatie van de cliëntenraden zijn de contacten tussen de ziekenhuizen en de RPCP's beperkt. De verhouding tussen de RPCP's en de cliëntenraden is nog niet uitgekristalliseerd. In sommige gevallen huurt het ziekenhuis het RPCP in om onafhankelijke ondersteuning te bieden. In de praktijk blijkt dit echter te bijten met de belangenbehartigingstaak van het RPCP op regionaal niveau. RPCP's zijn voor een vorm van zelfstandige ondersteuning van de cliëntenraden die niet direct onder de vleugels van het RPCP opereert.
5. Afhankelijk van de houding van de ziekenhuizen ten opzichte van de cliëntenraad worden er financiële middelen beschikbaar gesteld. Een aantal ziekenhuizen die positief tegenover de invloed van de cliëntenraad staan, stelt naast materiële ook financiële faciliteiten ter beschikking. Over het algemeen zijn deze budgetten krap.
6. Daarnaast zijn de personele ondersteuning en de mogelijkheden tot deelname aan deskundigheidsbevordering vaak niet goed geregeld. De financiële verantwoordelijkheid voor meer onafhankelijke ondersteuning, scholing en advies van de cliëntenraden is een twistpunt tussen het ministerie van VWS en de provincies, die verantwoordelijk zijn voor de financiering van de RPCP's.
7. De ziekenhuizen en de raden worstelen met de vraag van de representativiteit van de cliëntenraad. De NPCF heeft een rompmodel gepresenteerd waarbij personen uit patientenorganisaties en anderen die in de regio actief zijn bij de cliëntenraad worden betrokken. Daar waar er weinig belangstelling is van patiëntenorganisaties worden ook andere meer onafhankelijke patiëntenvertegenwoordigers bij de raad betrokken. De contacten met de achterban worden door middel van folders en informatiebijeenkomsten onderhouden. Voorzover bekend zijn er geen allochtonen actief in cliëntenraden. Hiervoor wordt als verklaring gegeven dat allochtonen geen deel uitmaken van patiëntenverenigingen.
8. De plaats van de cliëntenraad in de ziekenhuisorganisatie is nog niet uitgekristalliseerd. Sommige directies hanteren een formeel juridische opvatting, waarbij volgens de letter van de wet het voorgenomen beleid aan de raad wordt voorgelegd (partijenmodel). Andere directies pogen de cliëntenraad meer te integreren in de ziekenhuisorganisatie en medezeggenschap van gebruikers een plek te geven naast de medezeggenschap van het personeel. Met name op het terrein van kwaliteitsbeleid wordt deze opvatting gepropageerd.
9. De visie op de plaats van de raad in de ziekenhuisorganisatie heeft ook invloed op de wijze waarop het adviesrecht vorm krijgt. De meeste ziekenhuizen informeren de cliëntenraad op een laat tijstip. Achteraf is het vaak niet duidelijk welke rol een advies heeft gespeeld. De inbreng van de cliëntenraden in het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis is volgens de directies vooral gericht op het bespreken van de uitkomsten van klachtenregistratie, satisfactieonderzoek en dergelijke. Bij andere onderdelen van het kwaliteitsbeleid, zoals het ontwikkelen van normen of criteria, het beoordelen of kwaliteitsdoelen zijn gehaald en de participatie in (kwaliteits) commissies is de inbreng van de raden veel beperkter.
10. Er wordt in de praktijk nauwelijks gebruikgemaakt van het recht om een zwaarwegend advies uit te brengen. Er zijn in deze sector (nog) geen vertrouwenscommissies aangetroffen. Ook van het recht op voordracht wordt naar de indruk van de direct betrokkenen weinig gebruikgemaakt.
11. Er zijn bij de algemene ziekenhuizen enkele centrale cliëntenraden aangetroffen. De ervaringen hiermee zijn beperkt. De academische ziekenhuizen hebben gezamenlijk een

Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen (CRAZ) vormgegeven, waarin zowel gemeenschappelijke onderwerpen als onderwerpen die een bepaald academisch ziekenhuis aangaan, worden besproken. De bevoegdheden van de CRAZ zijn vooral adviserend, en het is geen cliëntenraad ex WMCZ. Van een zwaarwegend adviesrecht is geen sprake. Daarnaast heeft de CRAZ weinig (bestuurlijke) invloed op de lokale academische ziekenhuizen.

Samenvattend verslag expertmeeting sector algemene ziekenhuizen

Discussiepunten

Een cliëntenvertegenwoordiger meent dat de kwaliteit van de mensen die in de cliëntenraad zitten doorslaggevend is voor de resultaten die behaald kunnen worden. Daarnaast is van belang of de visie van de leden van de raad aansluit bij de visie van de directie op de positie van de cliëntenraad.

Een vertegenwoordiger van zorgaanbieders brengt naar voren dat de wet dwingt om op één bepaalde manier met medezeggenschap om te gaan. Dat sluit niet aan bij de traditie in de sector ziekenhuizen waarbij de vorm die de medezeggenschap krijgt afhankelijk is van de wijze waarop een ziekenhuis zich wil profileren. De wet heeft daar weinig aandacht aan besteed. Die behoefte aan profilering is niet nieuw maar was altijd al zo. Iedere Nederlander heeft een keus in welk ziekenhuis hij zich wil laten behandelen.

Een andere cliëntenvertegenwoordiger is ongelukkig over de wijze waarop de wet wordt uitgevoerd in de sector ziekenhuizen. Als er al een cliëntenraad is, dan voldoet deze vaak niet aan de eisen van de wet (m.n. de benoeming van een lid van de Raad van Toezicht). De cliëntenraad van het academisch ziekenhuis is bijvoorbeeld niet in overeenstemming met de wet en functioneert niet op regionaal niveau. De bedoeling van de wet is om invloed te krijgen op de gang van zaken in een ziekenhuis. De Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen heeft vooral een inhoudelijke, niet een bestuurlijke functie. Hij ziet het als een hiaat dat onvoldoende duidelijk is hoe de cliëntenraden tot stand moeten komen. Dat heeft met name in de sector ziekenhuizen geleid tot een ongewenste gang van zaken. Tegelijkertijd meent hij dat de patiëntenbeweging te terughoudend is geweest om de naleving van de wet in bepaalde gevallen af te dwingen via de rechter. De Commissie van Vertrouwenslieden is weinig ingeschakeld.

Ook wordt aandacht gevraagd voor de problematiek van fusies en de betrokkenheid van cliëntenraden daarbij. Hoe vorm je een centrale cliëntenraad?

Doelbereiking

Er wordt door de aanwezigen verschillend geoordeeld over de betekenis van de wet. Vanuit de ziekenhuizen komt naar voren dat in deze sector een andere traditie van medezeggenschap bestaat dan in andere (m. n. care) sectoren. De ziekenhuizen willen medezeggenschap op een wijze vormgeven die past bij hun organisatie en de wijze van profilering, zij voelen zich beperkt door de vormen die de wet aan hen oplegt. Er zijn ook veel andere instrumenten waarmee medezeggenschap vorm kan worden gegeven, zoals patiëntenraadpleging, panels, besprekingen met patiëntenvertegenwoordigers en themabijeenkomsten.
Van cliëntenzijde wordt betoogd dat zij blij zijn met het kader dat de wet geeft. Daarmee kan men goed werken. Ook al zijn er in ziekenhuizen veel patiënten die er maar kort verblijven, er zijn ook veel chronische patiënten. De wet is vooral een stok achter de deur. Bij sommige ziekenhuizen functioneren de cliëntenraden ook zeer goed.

Er is behoefte aan een herhaling van de inventarisatie van 1998 door de NPCF. Er is meer inzicht gewenst in de vraag in hoeverre en in welke mate in de ziekenhuissector de WMCZ wordt toegepast, welke bevoegdheden gehanteerd worden, bijvoorbeeld bij het doen van een voordracht voor de Raad van Toezicht. Bij deze inventarisatie dient ook gekeken te worden naar andere vormen van medezeggenschapsstructuren. Zo is het Ignatius ziekenhuis begonnen als patiëntenadviesraad met beperkte bevoegdheden terwijl nu alle bevoegdheden van de WMCZ worden gebruikt.
De waarde van de cliëntenraad als gesprekspartner ligt op enkele specifieke punten die voor de cliënten niettemin van grote waarde zijn: kwaliteitsmetingen, wachttijden etc. De Kwaliteitswet heeft hier ook een positieve invloed op gehad.
De adviezen van de cliëntenraden raken vaak niet de directe levenssfeer van de cliënten. Dit heeft te maken met het feit dat de meeste cliënten vooral poliklinisch behandeld worden. Daarnaast speelt ook een rol dat de meeste cliëntenraden overspoeld worden door beleidsmatige zaken en niet toekomen aan het adviseren over zaken die de directe leefwereld van cliënten betreffen. Daarom is het belangrijk dat cliëntenraden een jaarplan maken, waarbij ook ongevraagd geadviseerd wordt. Ongevraagd adviseren komt veel voor. Er zijn echter grote verschillen tussen de raden. De insteek verschilt per cliëntenraad.
Het kostenaspect is bij de invoering verwaarloosd. Met name in die sectoren waar geen medezeggenschapstraditie bestond, zijn er extra kosten bij het opzetten en ondersteunen van de cliëntenraden. De personele ondersteuning vindt meestal plaats door een staffunctionaris van het ziekenhuis. Onafhankelijke ondersteuning bijvoorbeeld vanuit het RPCP gebeurt ook. Door het verloop van leden van cliëntenraden kun je spreken van een ‘education permanente’.

Neveneffecten
Door de invoering van de WMCZ hebben de contacten tussen de ziekenhuizen en het RPCP minder prioriteit gekregen. Er is veel onduidelijk over de rol van de RPCP’s in deze sector. Dat heeft ook te maken met het feit dat niet alle categoriale patiëntenverenigingen in het RPCP georganiseerd zijn. Er zou een taakafbakening moeten komen tussen RPCP’s en cliëntenraden, waarbij de RPCP’s zich concentreren op regionale afspraken en de raden op afspraken op instellingsniveau. Zij kunnen elkaar daarin aanvullen. De cliëntenraad is als orgaan van het ziekenhuis niet de geschikte instantie voor het uitvoeren van externe kwaliteitsbeoordelingen door patiënten/consumenten.
De invoering van de WMCZ heeft volgens een vertegenwoordiger van zorgaanbieders in sommige ziekenhuizen geleid tot een vermindering van de contacten tussen de ziekenhuizen en de categoriale verenigingen. Er wordt op een meer formele manier omgegaan met patiëntenverenigingen. Volgens een cliëntenvertegenwoordiger kan het ook andersom werken. De WMCZ heeft in sommige ziekenhuizen geleid tot meer contacten tussen ziekenhuizen en patiëntenverenigingen.

Centrale cliëntenraden
Ook in de ziekenhuissector hebben de cliëntenraden te maken met de gevolgen van fusies. Een functionele benadering bij het vormgeven van een cliëntenvertegenwoordiging ligt dan het meest voor de hand. Het wettelijk kader biedt echter volgens de instellingen te weinig handreikingen voor een functionele benadering. Je moet een vorm kiezen in samenspraak tussen de betrokken raden en de directie. In Zuidoost Brabant zijn de raden betrokken bij een dergelijke fusiebeweging. De raden opereren zeer verschillend. De cliëntenraden functioneren nu per instelling. Daarnaast is er een overleg met de voorzitters van cliëntenraden.
In Breda vormen de raden die bij de fusie tussen drie ziekenhuizen betrokken zijn een centrale cliëntenraad. Hoe en op welk niveau deze gaat functioneren is nog niet duidelijk.

Waarom zijn de doelen van de WMCZ wel of niet bereikt?
De cliëntenraden worden volgens de cliëntenvertegenwoordigers pas sinds kort voor vol aangezien. De WMCZ werkt daarbij als een stok achter de deur, met name de adviesrechten die daarin zijn vastgelegd. Bij sommige ziekenhuizen is het initiatief voor de oprichting van een cliëntenraad genomen door de directie, in andere gevallen kwam het initiatief van het RPCP. De cliëntenraad heeft binnen de organisatie nog niet dezelfde status als de ondernemingsraad. De cliëntenraden moeten hun positie nog bevechten. De cliëntenraad heeft een andere betekenis voor de organisatie dan de ondernemingsraad. Voor de cliëntenraad is het belangrijk dat er inzicht bestaat in de ervaringen die opgedaan worden met de kwaliteit van de geleverde zorg en met de wijze waarop het ziekenhuis patiënten opvangt. De belangrijkste opdracht van de cliëntenraad is om die ervaringen boven water te krijgen.
Er zijn wel contacten tussen de ondernemingsraad en de cliëntenraden. Anders dan bij de kamerbehandeling werd verondersteld erkent men elkaars problematiek.

Benoeming afdelingshoofden
Formeel speelt dit niet bij de ziekenhuizen (geen 24-uurszorg). Wel vindt een cliëntenvertegenwoordiger het belangrijk dat de cliëntenraad invloed heeft op de benoeming van een clustermanager. Deze heeft veel invloed op de sfeer van het cluster.

Effecten op doelgroepen
De WMCZ is een van de vele thema's waar patiëntenorganisaties mee te maken hebben. In het begin waren patiëntenorganisaties afhoudend bij het werven van vertegenwoordigers in cliëntenraden. De belangstelling neemt volgens de aanwezige cliëntenvertegenwoordigers nu toe. Ook andere groepen in het ziekenhuis (specialisten) gaan nu de cliëntenraad benaderen.
Toch is het voor patiëntenorganisaties moeilijk om voldoende goede mensen te vinden. Dit komt ook omdat mensen door ziekte regelmatig uitvallen.

Vertrouwenscommissie
De vertrouwenscommissie leeft niet in de ziekenhuissector. Er zijn wel afspraken dat indien nodig een vertrouwenscommissie in het leven wordt geroepen.

8 Sector welzijn

Conclusies inventarisatie sector welzijn

1. In de deelsectoren van het algemeen maatschappelijk werk en het gecoördineerd ouderenwerk zijn cliëntenraden niet of nauwelijks aanwezig en wordt niet voldaan aan de eisen van de WMCZ.
2. In twee andere deelsectoren van welzijn waar de WMCZ van toepassing is, zijn wel cliëntenraden aanwezig. In de sector kinderopvang is er sprake van een bijna volledige dekking (95%), terwijl in bijna de helft van de instellingen voor de maatschappelijke opvang een cliëntenraad functioneert.
3. Voorafgaand aan de WMCZ kenden de meeste instellingen voor de kinderopvang reeds oudercommissies, waarvan de formele status in de meeste gevallen niet geregeld was. Vrijwel alle instellingen voor de maatschappelijke opvang kenden een bewonersvergadering of bewonerscommissie, die overigens niet over enige formele bevoegdheid beschikte. De invoering van cliëntenraden in de maatschappelijk opvang is pas op gang gekomen met het van kracht worden van de WMCZ.
4. De meeste ouderraden in de kinderopvang functioneren volgens het beoogde adviesmodel, waarbij aangetekend moet worden dat veel instellingen voor de kinderopvang de

ouderraad niet om advies vragen over onderwerpen waar dit volgens de WMCZ wel dient te gebeuren. Wanneer de ouderraad over een bepaald onderwerp om advies gevraagd wordt, brengt de ouderraad in de meeste gevallen inderdaad een advies uit. In veel gevallen wordt dit advies ook door de directie opgevolgd, en bijna altijd wanneer dit het instellingsbeleid met betrekking tot plaatsing, wachtlijst, vertrek, voeding, gezondheid, hygiëne betreft. Opvallend is dat de meeste ouderraden in de kinderopvang ook zelf ongevraagd advies uitbrengen. Het ongevraagde advies van de ouderraad wordt in het algemeen in iets meer dan de helft van de gevallen door de directie opgevolgd.
In de maatschappelijke opvang functioneren de meeste cliëntenraden niet volgens het beoogde adviesmodel. Zij hebben veel problemen met continuïteit. Vanwege de per definitie 'erg vlottende populatie' in de crisisopvang en de vrouwenopvang gaat men bij dit type instellingen er vaker toe over om ex-cliënten of familieleden in de cliëntenraad op te nemen.

5. Colleges van vertrouwenslieden worden in de kinderopvang en maatschappelijke opvang ingesteld op het moment dat een raad hen wil inschakelen. In de praktijk blijken de cliëntenraden niet of nauwelijks van deze mogelijkheid gebruik te maken.
6. De meeste instellingen in de kinderopvang werken met het model van een centrale ouderraad, waarbij elk van de oudercommissies op de locaties een vertegenwoordiger in de centrale ouderraad heeft en waarbij de oudercommissie op de locatie wel het adviesrecht behoudt ten aanzien van zaken die op de locatie zelf spelen.
   In de maatschappelijke opvang is er weinig sprake van een getrapt stelsel van cliëntenraden.
7. Voor wat betreft de bindende voordracht voor een bestuurslid geldt voor de kinderopvang dat in ongeveer de helft van de voorkomende gevallen de ouderraad inderdaad om advies gevraagd is, waarbij in meerderheid het advies van de ouderraad door de directie gevolgd is.
   In de reglementen van de cliëntenraden in de maatschappelijke opvang is de bindende voordracht van een bestuurslid opgenomen. Veel instellingen hebben de statuten aangepast om voordracht van een bestuurslid door de cliëntenraad mogelijk te maken.
8. De meeste oudercommissies in de kinderopvang zijn van oordeel dat zij voldoende materiële en personele ondersteuning krijgen: Hierbij is onduidelijk of zij de beschikking hebben over een eigen budget. De informatievoorziening kan in veel instellingen beter geregeld worden. De (materiële) ondersteuning van de cliëntenraden in de maatschappelijke opvang is in de meeste gevallen niet goed geregeld.

Samenvattend verslag expertmeeting sector welzijn

Discussiepunten

Welzijnswerk voor ouderen/gecoördineerd ouderenwerk
Men kan zich vinden in de constatering dat cliëntenraden in deze sector nauwelijks aanwezig zijn. De indruk bestaat dat in de grote steden wel pogingen gedaan zijn om cliëntenraden op te richten, maar dat dit niet gelukt is en men gebruik heeft gemaakt van de mogelijkheid die de wet geeft om het na twee jaar nog eens te proberen. De verklaring hiervoor is het reeds genoemde dienstverlenende karakter van het welzijnswerk (weinig elementen van zorg in zich; veel grenst aan het sociaal-cultureel werk) dat niet aansluit bij de WMCZ. Daarnaast gebruikt men in deze sector andere vormen van cliëntenparticipatie: consumentenpanels en cliëntenraadpleging.

Algemeen Maatschappelijk Werk
Ook de constatering van de eerste inventarisatie dat er binnen de AMW-instellingen weinig cliëntenraden zijn wordt gedeeld. De WMCZ is onlangs ter sprake geweest binnen het Landelijk

Overleg Directeuren AMW (LOAM). Tijdens dit overleg is gebleken dat het AMW met de WMCZ niet uit de voeten kan. Men heeft wel pogingen gedaan tot oprichting van een cliëntenraad. In de meeste gevallen is het niet gelukt en maakt men gebruik van de mogelijkheid 'het na twee jaar nogmaals te proberen'. Verklaringen: afwezigheid van een langdurige relatie met de cliënten, de onderwerpen die genoemd worden in de WMCZ sluiten niet aan bij het werk van deze sector. Tijdens bovengenoemd overleg is besloten zich afzonderlijk tot het ministerie van VWS te richten om het AMW uit de WMCZ te schrappen. AMW-instellingen die wel beschikken over een cliëntenraad zijn in het algemeen multifunctionele instellingen (bijvoorbeeld in combinatie met thuiszorginstellingen). Aangezien er geen (onderzoeks)gegevens over het bestaan en functioneren van cliëntenraden in deze sector zijn, vindt men het een gemis van de evaluatie dat het Verwey-Jonker Instituut zich baseert op secundaire gegevens en interviews met sleutelfiguren en zelf geen onderzoek heeft verricht onder AMW-instellingen. Op die manier was er meer duidelijkheid geweest in hoeverre er instellingen zijn met cliëntenraden en wat de redenen zijn dat cliëntenraden in het AMW nauwelijks van de grond komen.

Kinderopvang

In de kinderopvang wordt veel waarde gehecht aan participatie door ouders. Cliëntenparticipatie bestond al voor de WMCZ in de vorm van ouderraden. Deze zijn omgezet in cliëntenraden. Uit de enquête die uitgevoerd is door BOinK en het Verwey-Jonker Instituut blijkt volgens BOinK dat er reden is tot optimisme over de uitvoering van de wet. De informatievoorziening naar de cliëntenraden loopt nog niet optimaal en men heeft wel moeite met het zelfregulerende aspect van de wet (alles zelf vormgeven). Twee opmerkingen werden gemaakt: de gegevens hebben betrekking op de gesubsidieerde instellingen terwijl het aandeel van particuliere instellingen steeds groter wordt in deze sector, en de wet voorziet hier niet in (Er worden wel kwaliteitseisen gesteld aan particuliere instellingen maar niet in de vorm van cliëntenraden). Er is weinig zicht op de mate waarin de WMCZ toegepast wordt in de peuterspeelzalen (behalve wanneer zij gecombineerd zijn met kinderdagverblijven). De berichten over de nieuwe wetgeving op het terrein van kinderopvang duiden erop dat deze sector een eigen medezeggenschapsregeling zal krijgen.

Volgens sommige instellingen werken ouderraden verlammend ten aanzien van de bedrijfsvoering. Cliëntenraden maken in deze sector niet of nauwelijks gebruik van de mogelijkheden die de WMCZ biedt om naar een vertrouwenscommissie te stappen wanneer men het niet met elkaar eens wordt. Het lijkt een goed idee om een Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden in te stellen, waar geschillen rond de uitvoering van de WMCZ aan kunnen worden voorgelegd.

Maatschappelijke Opvang

De WMCZ heeft in de maatschappelijk opvang een cultuuromslag teweeggebracht. De instellingen zijn meer aandacht gaan geven aan de inbreng en de stem van de cliënten. Er wordt serieus gewerkt aan de oprichting van cliëntenraden. De omslag is vooral te merken bij de directies van de instellingen. De werkers zijn meer gereserveerd, maar men is optimistisch. Er is een Landelijk Steunpunt Medezeggenschap MO opgericht.

Ook in deze sector kampt men met het probleem dat men moeilijk uit de voeten kan met de WMCZ bij cliënten die alleen gebruikmaken van bepaalde diensten en waarmee men geen langdurige relatie heeft (cliënten die men helpt met budgetbegeleiding of nachtopvang). Deze cliënten zijn nauwelijks vertegenwoordigd in de cliëntenraden. Ook vrouwenopvanghuizen en wegloophuizen vormen een probleem omdat er weinig mensen te vinden zijn die bereid zijn zitting te nemen in de cliëntenraad. In deze instellingen tracht men ex-cliënten te betrekken bij de cliëntenraden.

De wet laat veel ruimte om de cliëntenraden vorm te geven. Door middel van een samenwerkingsovereenkomst valt veel op maat te regelen.

Reikwijdte van de WMCZ
Zoals hierboven blijkt heeft deze sector problemen met de reikwijdte van de WMCZ:
- Bij instellingen waarbij geen sprake is van een langdurige (hulpverlenings)relatie met cliënten en waar het meer om dienstverlening dan hulpverlening gaat, sluit de WMCZ niet aan bij de praktijk. Andere vormen van cliëntenparticipatie (consumentenpanels/gebruikersraadpleging) zijn meer geijkte en toegepaste middelen. Dit geldt voor het welzijnswerk voor ouderen en ook voor (niet-residentiële) maatschappelijke opvang.
- Bij het AMW zijn onvoldoende (onderzoeks)gegevens beschikbaar over wat de redenen zijn dat cliëntenraden niet van de grond komen. Mogelijke verklaringen zouden kunnen zijn: een korte hulpverleningsrelatie, onvoldoende inzet van de instellingen of het AMW is meer gericht op welzijn dan op zorg.
- Bij de kinderopvang zijn er gesubsidieerde instellingen en particuliere instellingen. De WMCZ richt zich alleen op gesubsidieerde instellingen.

Kosten van ondersteuning en scholing
De regering heeft bij de totstandkoming van de wet gesteld dat de WMCZ in principe weinig kost. Er zijn geen extra gelden beschikbaar voor ondersteuning en scholing. De aanwezigen bestrijden dat er geen kosten gemoeid zijn met de invoering van de WMCZ. Vooral in sectoren waar de WMCZ een start betekende op het terrein van cliëntenmedezeggenschap, maar ook in de andere sectoren, is goede ondersteuning en scholing belangrijk. In de MO en de kinderopvang zijn landelijke ondersteuningsmogelijkheden gecreëerd. Men is van mening dat de overheid die deze wet in het leven heeft geroepen ook (deels) zorg moeten dragen voor de kosten van deze ondersteuning. De ervaring is dat landelijke ondersteuning noodzakelijk is om het proces op gang te houden en het kost de instellingen op dit moment veel tijd en geld.

Inspanningsverplichting tot instellen van cliëntenraad
De instellingen die vallen onder de WMCZ hebben via de wet een inspanningsverplichting om een cliëntenraad in te stellen. De wet biedt de mogelijkheid dat de instelling er niet in slaagt een cliëntenraad op te richten. Na twee jaar moet de instelling dan opnieuw een poging wagen. Het is vaak niet duidelijk of het echt niet lukt om een cliëntenraad in te stellen omdat er geen interesse is van de cliënten of omdat de instelling zich onvoldoende inspant. Er staat geen sanctie wanneer de inspanningsverplichting van de instelling onvoldoende is.

Adviesrecht bij benoeming van afdelingshoofden
Hier worden geen problemen gesignaleerd. Soms heeft men het idee dat deze kwestie omzeild wordt.

Voordracht van bestuursleden
Veel instellingen hebben de afgelopen jaren vanwege fusies hun statuten moeten wijzigen. Bij zo'n wijziging neemt men ook de benoeming van een bestuurslid op voordracht van de cliëntenraad mee. In het algemeen geeft dit geen problemen.

Commissie van Vertrouwenslieden
De cliëntenbond heeft een Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden voor de sector MO in het leven geroepen.
Voor de kinderopvang hadden de VOG en de BOinK liever een regeling voor een landelijke commissie opgenomen gezien in de wet.

Zelfregulerende werking van de WMCZ
De meningen van de aanwezigen zijn hierover verdeeld. Sommigen zijn van mening dat de

WMCZ voldoende aanknopingspunten biedt om de cliëntenraden gestalte te geven. Op deze wijze is het mogelijk cliëntenraden zodanig in te richten dat ze aansluiten bij de werkwijze van de sector. Anderen zijn van mening dat het doel van de wet geen probleem is (medezeggenschap voor cliënten) maar dat de instrumenten om dit doel te verwezenlijken niet aansluiten bij de praktijk (VOG, welzijnwerk voor ouderen, onderdelen van MO): taken van de cliëntenraad sluiten niet aan bij de praktijk en de WMCZ sluit niet aan bij de belevingswereld van de cliënt.

Doelgroepen
Er zijn nog weinig allochtonen vertegenwoordigd in de cliëntenraden. In de kinderopvang ziet men met name de hoger opgeleide autochtone ouders die zitting hebben in de cliëntenraden. Bij de MO is een wisselend beeld te zien; het idee bestaat dat de cliënten in de raden een redelijk evenredige vertegenwoordiging geven van het cliëntenbestand.

Doelbereiking

Bij de kinderopvang en de MO is men in het algemeen tevreden over de WMCZ. Bij de kinderopvang was al een traditie van ouderbetrokkenheid. Deze heeft een formele status gekregen. Bij de MO is sprake van een cultuuromslag waar men het belang van de stem van de cliënt is gaan inzien. Men is op de goede weg. De WOR heeft ook lange tijd nodig gehad voordat deze effectief werkte.

Voor het welzijnswerk voor ouderen en het AMW (en kortdurende dienstverlening bij het MO) schiet de WMCZ zijn doel voorbij. Hier is men van mening dat er andere vormen van cliëntenparticipatie en kwaliteitstoetsing zijn die beter aansluiten bij de sector.

4

Evaluatie van de WMCZ

1 Doelbereiking

Het doel van de WMCZ is het bevorderen van de medezeggenschap van cliënten van de uit collectieve middelen gefinancierde instellingen op het terrein van de maatschappelijke zorg en de gezondheidszorg. De wetgever wil dit doel bereiken door – ter versterking van de rechtspositie van de cliënten – een wettelijke basis te geven aan de bestaande medezeggenschapsregelingen en te bewerkstelligen dat ook instellingen die nog geen regeling van medezeggenschap kennen, dergelijke regelingen treffen. In de juridisch-technische analyse zijn voor de doelbereiking van de WMCZ de volgende twee criteria geformuleerd:

1. Is de bestaande medezeggenschapsregeling door de instelling aangepast aan de voorschriften uit de wet?
2. Hebben instellingen een medezeggenschapsregeling conform de wet ingevoerd?

Uit de sectorspecifieke evaluaties blijkt dat in die sectoren waar reeds een traditie bestond van medezeggenschap, de WMCZ de bestaande medezeggenschapsregelingen geformaliseerd heeft. De invoering van de WMCZ betekende voor deze sectoren een extra stimulans om de medezeggenschap in alle instellingen vorm te geven, ook bij die instellingen waar voorheen geen medezeggenschapsstructuur aanwezig was (RIAGG's, revalidatiecentra). In sommige sectoren heeft de invoering van de WMCZ ook een nieuwe invulling van de medezeggenschap gestimuleerd. Zo is in de zorg voor verstandelijk gehandicapten de medezeggenschap van de cliënten zelf op de agenda gezet. De medezeggenschap van de cliënten staat voorop, waarbij gezocht wordt naar een goede afstemming met de medezeggenschap van ouders.

In die sectoren waar de traditie van medezeggenschap niet aanwezig was (ziekenhuizen, thuiszorg, welzijn) heeft de invoering van de WMCZ als breekijzer gefungeerd om veranderingen te bewerkstelligen. De effecten van de WMCZ zijn hierbij afhankelijk van de houding van de actoren tegenover medezeggenschap.
Enerzijds is er de sector van ziekenhuizen waar een sterke weerstand is tegen het formele, meer verplichtende kader van de WMCZ. De WMCZ betekent een breuk met de wijze waarop tot dan toe met de inbreng van patiënten/consumenten is omgegaan, namelijk in het kader van het instellingsbeleid in de consultatieve sfeer: patiëntenpanels, patiëntenraadplegingen, als betrokkene bij patiëntenvoorlichting. In veel ziekenhuizen zijn in plaats van cliëntenraden patiëntenadviesraden ingesteld, waarbij directie en raadsleden afzien van enkele bevoegdheden die in de WMCZ zijn vastgelegd (m.n. het verzwaard adviesrecht). De betreffende ziekenhuizen presenteren deze patiëntenadviesraden als groeimodel, waarbij overigens niet duidelijk is of deze raden in een later stadium wel kunnen beschikken over alle bevoegdheden die in de WMCZ zijn toegekend. De academische ziekenhuizen hebben gekozen voor een landelijke

gekozen voor een landelijke Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen. Deze raad heeft een adviserende functie en is geen cliëntenraad in de zin van de WMCZ. Er is geen sprake van verzwaard adviesrecht en de invloed op het beleid van de afzonderlijke academische ziekenhuizen is beperkt. In de WMCZ krijgt de patiënt als cliëntenraadslid meer medezeggenschap toebedeeld. Dit vereist een cultuuromslag die bij de ziekenhuizen nog aan het begin staat en nog enige tijd zal vergen. In de ziekenhuissector komt die discussie nu op gang, zoals valt op te maken uit het rapport van de commissie Health Care Governance (1999). In dit rapport wordt er onder meer voor gepleit om de cliëntenraad te betrekken bij de opstelling van het profiel van de Raad van Toezicht en adviesrecht te geven bij de benoeming van alle leden van de Raad van Toezicht.
Anderzijds zijn er sectoren (thuiszorg, welzijn) waar instellingen in overeenstemming met de wet verschillende pogingen hebben ondernomen om cliënten te werven voor een cliëntenraad zonder het beoogde resultaat te bereiken. In de sector thuiszorg beschikt tenminste 65% van de instellingen over een cliëntenraad of is een cliëntenraad in oprichting. Ook in deze sector vereiste dit een cultuuromslag, die gestimuleerd is door de opstelling van de koepel van zorgaanbieders, de LVT die de aanwezigheid van een cliëntenraad als voorwaarde voor certificatie heeft geformuleerd. Voor wat betreft de sector welzijn zijn cliëntenraden niet van de grond gekomen bij het algemeen maatschappelijk werk (AMW) en welzijn ouderen. Bij het AMW heeft de meerderheid van de instellingen hier wel pogingen toe ondernomen, maar heeft dit bij slechts 7% van de instellingen resultaat gehad. Bij het gecoördineerd ouderenwerk zijn cliëntenraden vrijwel afwezig. Dit heeft volgens sleutelfiguren te maken met het gegeven dat deze instellingen met hun producten buiten de maatschappelijke gezondheidszorg vallen en daarmee buiten de reikwijdte van de WMCZ. Opvallend in de sector welzijn is de maatschappelijke opvang met zijn per definitie zeer vlottende populatie (waaronder opvang voor dak- en thuislozen en crisisopvang voor vrouwen), waarin bijna de helft van de instellingen wel voldoet aan de eisen van de WMCZ.

De WMCZ heeft haar doel van het bevorderen van medezeggenschapsverhoudingen grotendeels bereikt:
- In die sectoren waar reeds een traditie bestond van medezeggenschap, heeft de WMCZ de bestaande medezeggenschapsregelingen geformaliseerd.
- In die sectoren waar de traditie van medezeggenschap niet aanwezig was, heeft de WMCZ de totstandkoming van cliëntenraden gestimuleerd.
- De positie van cliënten als gesprekspartner van de directie/het bestuur van de instelling is in de verschillende sectoren van de maatschappelijke gezondheidszorg als gevolg van de WMCZ versterkt.

Het formaliseren van medezeggenschapsverhoudingen betekent nog niet dat het doel van daadwerkelijke medezeggenschap van cliënten via cliëntenraden ook in de praktijk bereikt wordt. Om dit te bepalen is vervolgonderzoek nodig naar het (dagelijks) functioneren van cliëntenraden in de instellingen.

Het algemene oordeel over de doelbereiking van de WMCZ kan worden samengevat met het beeld van ‘een roos die nog meer kleur moet krijgen’. De WMCZ heeft op het gebied van medezeggenschap van cliënten in de maatschappelijke gezondheidszorg een cultuuromslag bewerkstelligd. Deze cultuuromslag zet door maar kost ook tijd.

Overigens is vanuit diverse sectoren naar voren gebracht dat ook andere factoren bijgedragen hebben aan de doelbereiking van de WMCZ. Met name de toegenomen mondigheid van cliënten tot uiting komend in de per sector verschillende medezeggenschapstradities, aanpalende patiëntenwetgeving en de omslag die instellingen (moeten) maken van aanbodgestuurd

aanbodgestuurd naar vraaggestuurd opereren, zijn tijdens de expertmeetings meermalen genoemd.

2 Minimale regeling

Uit de juridisch-technische analyse blijkt dat een drietal resultaatsverwachtingen ten grondslag lag aan de invoering van de minimale regeling die de WMCZ kenmerkt:

1. De positie van cliënten als gesprekspartner van de directie/het bestuur van de instelling krijgt verdergaand vorm en inhoud dan is voorgeschreven in de wet.
2. De inhoud van de adviezen raakt de directe leefwereld van de cliënten.
3. De uitvoering van de wet brengt geen noemenswaardige kosten met zich mee.

Uit de resultaten van de evaluatie blijkt dat deze verwachtingen niet of slechts ten dele in de praktijk zijn bewaarheid:

1. De positie van cliënten als gesprekspartner van de directie/het bestuur van de instelling heeft over het algemeen niet verdergaand vorm en inhoud gekregen dan is voorgeschreven in de WMCZ.
2. Als gevolg van schaalvergroting van de instellingen verschuift het zwaartepunt van de advisering door de cliëntenraad van de directe leefwereld van de cliënten (hun dagelijks bestaan) naar het meer abstracte beleidsniveau. Instellingen hebben steeds meer te maken met een veelheid aan functies en producten, en dus ook met verschillende categorieën patienten. Daardoor concentreert de medezeggenschap zich vooral op de meer abstracte onderwerpen. Dit wordt ook in de hand gewerkt door het karakter van de WMCZ dat beleidsmatige bevoegdheden toekent aan de cliëntenraden.
   Het feit dat de inhoud van de adviezen niet altijd de directe leefwereld van de cliënten raakt, is ook afhankelijk van het vermogen van de raden om zelf prioriteiten vast te stellen en ongevraagd te adviseren. Met name de ongevraagde adviezen raken vaak de directe leefwereld van de cliënten of komen daaruit voort. Op dit terrein voelen de raadsleden zich volgens veel sleutelfiguren ook het best thuis. Cliëntenraden worden echter vaak, vooral in de beginfase, overrompeld door de hoeveelheid formele adviesaanvragen die door de instelling worden aangevraagd. Met name de fusies en de reorganisaties werken belastend voor veel cliëntenraden. De verschuiving van bevoegdheden naar centrale cliëntenraden versterkt dit proces.
3. De verwachting dat de uitvoering van de wet voor de instellingen geen noemenswaardige kosten met zich mee zou brengen, wordt in de praktijk gelogenstraft: de uitvoering van de wet brengt meer kosten met zich mee dan voorzien. In een aantal sectoren waar geen medezeggenschapstraditie bestaat wordt node een landelijke infrastructuur gemist waar ondersteuning van cliëntenraden kan worden ingehuurd en waar deskundigheidsbevordering, instrumentontwikkeling en informatie-uitwisseling vorm kan krijgen. In de andere sectoren brengt medezeggenschap van cliënten extra kosten met zich mee vanwege de extra afhankelijke situatie waarin ze verkeren. Zo is de participatie van cliënten bij de zorg voor verstandelijk gehandicapten afhankelijk van de inzet van coaches.

3 Onbedoelde neveneffecten

Uit de evaluatie zijn twee onbedoelde neveneffecten van de WMCZ naar voren gekomen.

Allereerst heeft de invoering van de WMCZ in een aantal instellingen waar de cliëntenraden bovenwettelijke bevoegdheden bezaten, ertoe geleid dat cliëntenraden deze kwijt raakten. De directies verwezen daarbij naar de minimale regeling van de WMCZ. In de GGZ en bij de verpleging en verzorging zijn bovenwettelijke bevoegdheden grotendeels verdwenen.

Daarnaast heeft met verwijzing naar de cliëntenraden een inperking van de medezeggenschap van cliënten via andere wegen plaatsgevonden: In de zorg voor verstandelijk gehandicapten heeft de nadruk op cliëntenparticipatie, de waarde van ouderparticipatie wat op de achtergrond gedrongen. Ook het omgekeerde effect treedt op: familievertegenwoordigers en cliëntvertegenwoordigers in één raad kan tot gevolg hebben dat de cliënteninbreng achterwege blijft. Bij de ziekenhuizen en de thuiszorg is de invoering van de cliëntenraden deels ten koste gegaan van de medezeggenschap via patiëntenorganisaties of RPCP's. Voor de beide actoren, patiëntenorganisaties en zorgaanbieders, is nog onvoldoende helder dat het hierbij niet gaat om een keuzesituatie (of-of) maar om het op elkaar afstemmen van de verschillende vormen van medezeggenschap van cliënten. Met andere woorden: de medezeggenschap van cliënten is niet alleen afhankelijk van de naleving van de WMCZ. Patiëntenorganisaties en cliëntenraden kunnen hierbij complementaire rollen vervullen.
Er zijn ook vele voorbeelden te noemen waar de invoering van cliëntenraden een stimulerend effect heeft op medezeggenschap van andere groepen betrokkenen, zoals ouders (in de zorg voor verstandelijk gehandicapten) en werknemers in de zorg (bijvoorbeeld in de maatschappelijke opvang).

4 Overige effecten

Invloed van cliënten
In de meeste sectoren maken de cliëntenraden in beperkte mate gebruik van hun door de WMCZ toegekende adviesrechten. Cliëntenraden hebben ook onvoldoende zicht op de mate waarin adviezen door directies worden opgevolgd.
De invloed van cliëntenraden op het kwaliteitsbeleid van de instelling is sterk afhankelijk van het belang dat directies aan deze inbreng hechten. Cliëntenraden worden volgens het management van de instellingen vooral betrokken bij het bespreken van uitkomsten van klachtenregistraties, satisfactieonderzoek en dergelijke. Er zijn echter grote verschillen tussen de sectoren. In sommige sectoren waar medezeggenschapstradities reeds langer zijn verankerd (gehandicaptenzorg, verpleging en verzorging, GGZ) spelen cliëntenraden een belangrijke rol bij het vaststellen en evalueren van het kwaliteitsbeleid. In andere sectoren (thuiszorg, ziekenhuizen) is deze invloed nog beperkt. In sommige sectoren (GGZ, gehandicaptenzorg, verpleging en verzorging) kunnen cliëntenraden beschikken over een kwaliteitsinstrumentarium, die zij in samenwerking met een landelijke koepel of een RCPC inzetten.

De discussie over de invloed op de benoeming van de afdelingshoofden wordt gezien als een attitudediscussie. Directies die positief staan tegenover medezeggenschap betrekken cliëntenraden bij de vaststelling van het profiel van belangrijke benoemingen. Soms zijn dit afdelingshoofden, soms is dit het hoofd van een cluster in een ziekenhuis. De wijziging in de wet formaliseert een praktijk die in veel (intramurale) instellingen reeds is aanvaard.
Er zijn in vrijwel alle sectoren pogingen gedaan om een voldoende representatieve raad na te streven. Dit streven wordt echter bemoeilijkt door het grote verloop onder leden van de cliëntenraad als gevolg van ziekte, overlijden, andere activiteiten en gebrekkige ondersteuning. De

De deelname van allochtonen aan cliëntenraden is nihil. Slechts daar waar voorzieningen specifiek gericht zijn op allochtone bevolkingsgroepen (ouderenzorg) is er sprake van participatie van allochtonen in de raden. Overigens bestaan de leden van de cliëntenraden vooral uit vertegenwoordigers van groepen met een lage sociaal-economische status. In de kinderopvang zien we het omgekeerde verschijnsel: daar zijn het juist de hoger opgeleiden die deelnemen aan de ouderraden.

5 Conclusies

1. De invoering van de WMCZ heeft een wettelijke basis gegeven aan de bestaande medezeggenschapsregelingen en instellingen die een dergelijke regeling nog niet kennen, gestimuleerd een medezeggenschapsregeling te treffen. Dit betekent nog niet dat het doel van daadwerkelijke medezeggenschap van cliënten via cliëntenraden in de praktijk wordt bereikt. Om dit te bepalen is vervolgonderzoek nodig naar het (dagelijks) functioneren van cliëntenraden in de instellingen.

2. De resultaatsverwachtingen zijn in de praktijk niet of slechts ten dele bewaarheid. Er zijn geen bovenwettelijke regelingen aangetroffen. De advisering van de raden raakt slechts in beperkte mate de directe leefwereld van de cliënten. De uitvoering van de wet brengt meer kosten met zich mee dan voorzien.

3. De in de wet gekozen instrumenten hebben bijgedragen aan de doelbereiking van de wet omdat ze veel ruimte bieden om vanuit de onderscheiden tradities van de sectoren vorm en inhoud te geven aan medezeggenschap van cliënten. Zowel directies als cliëntenraden ontdekken gaandeweg de ruimte voor eigen initiatieven, die het systeem van 'geconditioneerde zelfregulering' biedt, om inhoud en vorm te geven aan medezeggenschap van cliënten. Feit is dat deze ruimte tot nu toe onvoldoende wordt benut, zowel van de kant van de directies als van de kant van de raden. Het kwijtraken van bovenwettelijke bevoegdheden van cliëntenraden in bepaalde sectoren en een inperking van de medezeggenschap van cliënten via andere wegen zijn twee onbedoelde neveneffecten van de WMCZ gebleken.

4. De deelname van allochtonen aan cliëntenraden ex WMCZ is vrijwel nihil.

6 Aanbevelingen

1. Het is aan te bevelen om het gecoördineerd ouderenwerk uit de werkingsfeer van de WMCZ te halen, omdat in deze werksoort de dienstverlening voorop staat en zorgaspecten niet of nauwelijks een rol spelen.

2. De maatschappelijk gezondheidszorg is volop in beweging, hetgeen zich ook vertaalt in processen van transformatie van de instellingen onder meer via fusies en transmuralisering. In dit kader verdient het aanbeveling om in de wettekst de term 'instelling' te vervangen door de term 'organisatorische eenheid' en de bevoegdheden van een cliëntenraad ex WMCZ hieraan te koppelen.

3. Zowel de directe leefwereld als het meer abstracte beleidsniveau zijn belangrijke niveaus voor de medezeggenschap van cliënten. De WMCZ staat, zoals de juridisch-technische analyse duidelijk maakt, niet een uitwerking in de weg, waarbij bevoegdheden van cliëntenraden gerelateerd worden aan het niveau waarop medezeggenschap wordt uitgeoe-

uitgeoefend. Het verdient aanbeveling om deze mogelijkheid explicieter onder de aandacht van de betrokken actoren te brengen.

4. Om de naleving van de WMCZ te bevorderen kan toezicht vanuit de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) via het kwaliteitsjaarverslag als extra instrument worden toegevoegd. Instellingen zouden verplicht kunnen worden om in het kwaliteitsjaarverslag melding te maken van de aanwezigheid (of pogingen tot oprichting van) een cliëntenraad en hoe de bestuurders van de instelling de adviezen van de cliëntenraad verwerkt hebben.

5. De ervaring is dat bij een conflict ad hoc in het leven roepen van een Commissie van Vertrouwenslieden een extra drempel opwerpt voor zowel cliëntenraden als directies. Het verdient daarom - ook vanuit het oogpunt van doelmatigheid - aanbeveling om per sector een landelijke Commissie van vertrouwenslieden in het leven te roepen. Deze commissies hebben expliciet een opdacht tot mediation: juridificering tegengaan door te stimuleren dat de partijen op instellingsniveau met elkaar in gesprek blijven.

6. Deelname van allochtonen aan cliëntenraden ex WMCZ ontbreekt grotendeels. Hier ligt een belangrijke missie voor de zorgaanbieders en de cliëntenorganisaties. Het verdient aanbeveling dat zij een landelijke organisatie, die gespecialiseerd is op dit terrein, inschakelen die de cliëntenraden en hun landelijke ondersteuningsorganisaties kunnen adviseren bij de realisering van deze missie, bijvoorbeeld door het onderrichten in andere vormen van participatie die voortvloeien uit multiculturele referentiekaders.

Literatuur

Commissie Health Care Governance
Health Care Governance. Aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording in de Nederlandse gezondheidzorg.
Soesterberg: Commissie Health Care Governance 1999.

Commissie van advies
Rapport van de inzake het democratisch en doelmatig functioneren van gesubsidieerde instellingen.
's-Gravenhage 1977

Friele, R., Ruiter, C. de, Wijmen, F. van, Legemaate, J.
Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector.
Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland, 1999.

Handelingen Eerste Kamer (1995). EK 30, p. 1231.

Handelingen Eerste Kamer (1995). EK 23, p. 1147.

Interdepartementale Stuurgroep Democratisch en Doelmatig Functioneren van gesubsidieerde instellingen
Voorontwerp van wet.
Kamerstukken II 1980/81, 15 360, nr. 18.

Klaverblad Zeeland, Stichting het
Rapport Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen.
Goes: Stichting Het Klaverblad Zeeland 1997

Nationale Raad voor de Volksgezondheid
Advies klachtenopvang en democratisering.
Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1991

Oudenampsen, D.
Project gezamenlijk model cliëntenraden Zoetermeer.
Utrecht: Verwey-Jonker Instituut 1997

Recht in beweging
Kamerstukken II 1990/91, 21 829, nr. 2.

Rijkschroeff, R.A.L.
Ondersteuning van participatie in de geestelijke gezondheidszorg. Dissertatie Universiteit van Amsterdam.
Amsterdam: Platform GGZ 1989.

Sluys, E.M., Wagner, C.
Kwaliteitssystemen in zorginstellingen: De stand van zaken in 2000
Utrecht: Nivel 2000.

Soomeren, P. van
Recente ontwikkelingen in bestuurlijke preventie.
In: *Justitiële verkenningen,* nr. 6, p. 44-51
Den Haag: WODC 1987.

Sprengers, L.
WOR in relatie tot cliëntenraden
In: *Handboek Cliëntenparticipatie* . BA3010 p. 1-15.
Houten: Bohn Stafleu Van Loghum 1984.

Wetsvoorstel democratisch functioneren zorginstellingen.
Kamerstukken II 1988/89 20 888, nr. 1-6.

Wetsvoorstel medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ).
Kamerstukken II 1993/94, 23 041, nr. 1-3.

Zicht op wetgeving: een beleidsplan voor de verdere ontwikkeling en uitvoering van algemeen wetgevingsbeleid, gericht op de verbetering van de rechtsstatelijke en bestuurlijke kwaliteit van het overheidsbeleid (1991)
Kamerstukken II 1990/91, 22 008, nr. 1-2.

Lijst van afkortingen

AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
AWBZ	Algemene wet bijzondere ziektekosten
BOinK	Belangenvereniging voor ouders in de kinderopvang
BOPZ	Wet bijzondere opname in psychiatrische ziekenhuizen
BTN	Branchebelang Thuiszorg Nederland
BW	Beschermde Woonvorm
CRAZ	Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
LCV	Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden
LOBB	Landelijke Organisatie Bewonerscommissies Bejaardenoorden
LOC	Landelijke Organisatie Cliëntenraden
LPR	Landelijke Patiënten- en Bewonersraden in de GGZ
LSR	Landelijk Steunpunt Raden
LVT	Landelijke Vereniging Thuiszorg
LVG	Landelijke Vereniging Gezondheidscentra
NPCF	Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
PZ	Psychiatrisch Ziekenhuis
RPCP	Regionaal Patiënten/Consumenten Platform
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
SOKG	Stichting Ondersteuning Klachtopvang Gezondheidszorg
VAZ	Vereniging Academische Ziekenhuizen
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
WBO	Wet bejaardenoorden
WMCZ	Wet medezeggenschap cliënten zorgsector
WOR	Wet op de ondernemingsraden
ZON	ZorgOnderzoek Nederland

Bijlage 1

De Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ)

Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ)

Wet van 29 februari 1996, houdende regels ter bevordering van de medezeggenschap van de cliënten van uit collectieve middelen gefinancierde zorgaanbieders op het terrein van de maatschappelijke zorg en gezondheidszorg (Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen)

HOOFDSTUK I. ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 1
1. In deze wet wordt verstaan onder:
a. Onze Minister: Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
b. instelling:
1§. een bejaardenoord als bedoeld in de Wet op de bejaardenoorden;
2§. een op grond van de Ziekenfondswet of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten erkende of als erkend aangemerkte instelling;
3§. elk in de maatschappij als zelfstandige eenheid optredend organisatorisch verband waarin maatschappelijke zorg of gezondheidszorg wordt verleend en dat wordt gefinancierd:
a. door de Ziekenfondsraad op grond van artikel 39, derde lid, onder h, van de Wet financiering volksverzekeringen;
b. door Onze Minister, een gemeente of een provincie op grond van de Welzijnswet 1994, voor zover het betreft uitvoerend werk op het terrein van maatschappelijke hulpverlening in verband met zwangerschap, adoptie, seksueel geweld en alleenstaand ouderschap, thuislozenzorg, buitenschoolse kinderopvang, gecoördineerd ouderenwerk, de handhaving of bevordering van de mogelijkheden voor ouderen om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen, het algemeen maatschappelijk werk, alsmede vrouwenopvangcentra, algemene crisisopvangcentra, FIOM-huizen, blijf-van-mijn-lijfhuizen, kinderdagverblijven en peuterspeelzalen;
4§. elk in de maatschappij als zelfstandige eenheid optredend organisatorisch verband waarin verslavingszorg wordt verleend en dat wordt gefinancierd door Onze Minister, een gemeente of een provincie;
c. zorgaanbieder:
1§. een rechtspersoon of natuurlijke persoon, die een instelling in stand houdt;
2§. de rechtspersonen of natuurlijke personen, die gezamenlijk een instelling in stand houden;
d. cliënt: een natuurlijk persoon ten behoeve van wie de instelling werkzaam is.
2. Bij ministeriële regeling kunnen in de maatschappij als zelfstandige eenheid optredende organisatorische verbanden waarin maatschappelijke zorg of gezondheidszorg wordt verleend en die, anders dan op grond van een wettelijke bekostigingsregeling door Onze Minister worden

gefinancierd, worden aangemerkt als instelling in de zin van deze wet.
3. Deze wet is niet van toepassing op justitiële inrichtingen voor verpleging van ter beschikking gestelden als bedoeld in artikel 90 quinquies, tweede lid, van het Wetboek van Strafrecht.

HOOFDSTUK II. CLIËNTENRADEN

Artikel 2

1. De zorgaanbieder stelt voor elke door hem in stand gehouden instelling een cliëntenraad in, die binnen het kader van de doelstellingen van de instelling in het bijzonder de gemeenschappelijke belangen van de cliënten behartigt.
2. De zorgaanbieder regelt schriftelijk:
a. het aantal leden van de cliëntenraad, de wijze van benoeming, welke personen tot lid kunnen worden benoemd en de zittingsduur van de leden;
b. de materiële middelen van de instelling, waarover de cliëntenraad ten behoeve van zijn werkzaamheden kan beschikken.
3. De in het tweede lid bedoelde regeling is zodanig dat de cliëntenraad:
a. redelijkerwijze representatief kan worden geacht voor de cliënten en
b. redelijkerwijze in staat kan worden geacht hun gemeenschappelijke belangen te behartigen.
4. De cliëntenraad regelt schriftelijk zijn werkwijze met inbegrip van zijn vertegenwoordiging in en buiten rechte.
5. De kosten van het voeren van rechtsgedingen door de cliëntenraad, zoals bedoeld in artikel 10, tweede lid, komen slechts ten laste van de zorgaanbieder indien deze van de te maken kosten vooraf in kennis is gesteld.
6. Na vaststelling van de in het tweede lid bedoelde regeling treft de zorgaanbieder de voorzieningen die op grond van die regeling noodzakelijk zijn voor de benoeming van de leden van de cliëntenraad. De zorgaanbieder treft de bedoelde voorzieningen opnieuw telkens wanneer de cliëntenraad gedurende twee jaren niet heeft gefunctioneerd wegens het ontbreken van het in de regeling vastgestelde aantal leden.

Artikel 3

1. De zorgaanbieder stelt de cliëntenraad in ieder geval in de gelegenheid advies uit te brengen over elk voorgenomen besluit dat de instelling betreft, inzake:
a. een wijziging van de doelstelling of de grondslag;
b. het overdragen van de zeggenschap of fusie of het aangaan of verbreken van een duurzame samenwerking met een andere instelling;
c. de gehele of een gedeeltelijke opheffing van de instelling, verhuizing of ingrijpende verbouwing;
d. een belangrijke wijziging in de organisatie;
e. een belangrijke inkrimping, uitbreiding of andere wijziging van de werkzaamheden;
f. het benoemen van personen die rechtstreeks de hoogste zeggenschap zullen uitoefenen bij de leiding van arbeid in de instelling;
g. de begroting en de jaarrekening;
h. het algemeen beleid inzake de toelating van cliënten en de beëindiging van deze zorgverlening aan cliënten;
i. voedingsaangelegenheden van algemene aard en het algemeen beleid op het gebied van de veiligheid, de gezondheid of de hygiëne en de geestelijke verzorging van, maatschappelijke bijstand aan en recreatie mogelijkheden en ontspanningsactiviteiten voor cliënten;
j. de systematische bewaking, beheersing of verbetering van de kwaliteit van de aan cliënten te verlenen zorg;

k. de vaststelling of wijziging van een regeling inzake de behandeling van klachten van cliënten en het aanwijzen van personen die belast worden met de behandeling van klachten van cliënten;
l. wijziging van de regeling, bedoeld in artikel 2, tweede lid, en de vaststelling of wijziging van andere voor cliënten geldende regelingen;
m. het belasten van personen met de leiding van een onderdeel van de instelling, waarin gedurende het etmaal zorg wordt verleend aan cliënten die in de regel langdurig in die instelling verblijven.
2. Het advies wordt op een zodanig tijdstip gevraagd, dat het van wezenlijke invloed kan zijn op het te nemen besluit.
3. De cliëntenraad is bevoegd de zorgaanbieder ook ongevraagd te adviseren inzake de in het eerste lid genoemde en andere onderwerpen, die voor de cliënten van belang zijn.

Artikel 4
1. De zorgaanbieder neemt geen van een schriftelijk door de cliëntenraad uitgebracht advies afwijkend besluit dan nadat daarover, voor zover dat redelijkerwijze mogelijk is, ten minste eenmaal met de cliëntenraad overleg is gepleegd.
2. Ten aanzien van de onderwerpen, genoemd in artikel 3, eerste lid, onder i tot en met m, neemt de zorgaanbieder, behoudens voor zover het besluit door de zorgaanbieder moet worden genomen krachtens een wettelijk voorschrift, geen van een door de cliëntenraad schriftelijk uitgebracht advies afwijkend besluit, tenzij de commissie, bedoeld in artikel 10, heeft vastgesteld dat de zorgaanbieder bij afweging van de betrokken belangen in redelijkheid tot zijn voornemen heeft kunnen komen.
3. De zorgaanbieder doet van een besluit inzake een onderwerp waarover de cliëntenraad schriftelijk advies heeft uitgebracht, schriftelijk, en voor zover hij van het advies afwijkt onder opgave van redenen, mededeling aan de cliëntenraad.
4. Een besluit van de zorgaanbieder, genomen in strijd met het tweede lid, is nietig, indien de cliëntenraad tegenover de zorgaanbieder schriftelijk een beroep op de nietigheid heeft gedaan. De cliëntenraad kan slechts een beroep op de nietigheid doen binnen een maand nadat de zorgaanbieder hem zijn besluit heeft medegedeeld dan wel, bij gebreke van deze mededeling, de cliëntenraad is gebleken dat de zorgaanbieder uitvoering of toepassing geeft aan zijn besluit.

Artikel 5
1. De zorgaanbieder verstrekt de cliëntenraad tijdig en, desgevraagd, schriftelijk alle inlichtingen en gegevens die deze voor de vervulling van zijn taak redelijkerwijs nodig heeft.
2. De zorgaanbieder verstrekt de cliëntenraad voorts ten minste eenmaal per jaar mondeling of schriftelijk algemene gegevens omtrent het beleid dat in het verstreken tijdvak is gevoerd en in het komende jaar zal worden gevoerd.

Artikel 6
1. De zorgaanbieder kan aan de cliëntenraad schriftelijk verder gaande bevoegdheden dan de in deze wet genoemde toekennen. Een zodanig besluit wordt schriftelijk aan de cliëntenraad medegedeeld.
2. De zorgaanbieder stelt de cliëntenraad in de gelegenheid advies uit te brengen over een voornemen een besluit te nemen als bedoeld in het eerste lid en over het voornemen een zodanig besluit te wijzigen. Artikel 4 is van overeenkomstige toepassing.

HOOFDSTUK III. BESTUURSSAMENSTELLING

Artikel 7

1. Indien de zorgaanbieder een rechtspersoon is als bedoeld in artikel 3 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek, voorzien de statuten in een regeling die waarborgt dat de cliënten invloed kunnen uitoefenen op de samenstelling van het bestuur. De bedoelde regeling houdt ten minste in dat één bestuurslid wordt benoemd op bindende voordracht van de cliëntenraad of cliëntenraden, tenzij deze van de mogelijkheid een voordracht te doen, geen gebruik heeft gemaakt.

2. Het eerste lid is niet van toepassing indien het bestuur van een zorgaanbieder bestaat uit één of meer personen die deze functie uitoefent of uitoefenen op grond van een arbeidsrelatie waaraan een geldelijke beloning is verbonden. In dat geval is het eerste lid van overeenkomstige toepassing op de samenstelling van het orgaan dat is belast met het toezicht op of goedkeuring van besluiten van het bestuur.

HOOFDSTUK IV. OPENBAARHEID

Artikel 8

De zorgaanbieder stelt jaarlijks een schriftelijk verslag op over de wijze waarop ten aanzien van de instelling deze wet is toegepast.

Artikel 9

1. De zorgaanbieder maakt binnen tien dagen na vaststelling openbaar:
a. het jaarverslag;
b. op schrift gestelde uitgangspunten voor het beleid, waaronder begrepen de algemene criteria, welke bij de zorgverlening worden gehanteerd;
c. de notulen en de besluitenlijst van de vergaderingen van het bestuur, voor zover deze algemene beleidszaken betreffen;
d. een regeling inzake de behandeling van klachten van cliënten en andere voor cliënten geldende regelingen, alsmede een regeling als bedoeld in artikel 2, tweede lid;
e. het verslag, bedoeld in artikel 8.
2. De openbaarmaking geschiedt door de stukken voor cliënten ter inzage te leggen en hen op verzoek daarvan afschriften te verstrekken.
3. Van de terinzagelegging wordt mededeling gedaan op de in de instelling voor het doen van mededelingen aan cliënten gebruikelijke wijze.
4. Voor het op verzoek verstrekken van afschriften kan een tarief in rekening worden gebracht, ten hoogste gelijk aan de kostprijs, tenzij ten aanzien van de instelling de Wet openbaarheid van bestuur van toepassing is.

HOOFDSTUK V. NALEVING

Artikel 10

1. De zorgaanbieder stelt in overeenstemming met de cliëntenraad of cliëntenraden een uit drie leden bestaande Commissie van Vertrouwenslieden in, waarvan een lid door hem wordt aangewezen, een lid door de cliëntenraad of cliëntenraden kan worden aangewezen en een lid door de beide andere leden wordt aangewezen, of wijst een door een of meer cliëntenorganisaties

en een of meer organisaties van zorgaanbieders ingestelde Commissie van Vertrouwenslieden aan, die tot taak heeft te bemiddelen en zonodig een bindende uitspraak te doen:
a. op verzoek van de cliëntenraad, in geschillen met de zorgaanbieder over de uitvoering van de artikelen 3, 4, eerste en derde lid, 5, eerste lid, en 9;
b. op verzoek van de zorgaanbieder, indien deze ten aanzien van een onderwerp, genoemd in artikel 3, eerste lid, onder i tot en met m, waarover door de cliëntenraad een schriftelijk advies is uitgebracht, een van dat advies afwijkend besluit wenst te nemen.
2. De cliëntenraad en iedere cliënt van de instelling kunnen de kantonrechter van de woonplaats van de zorgaanbieder schriftelijk verzoeken de zorgaanbieder te bevelen de artikelen 2, 5, tweede lid, 7 en 8 en het eerste lid van dit artikel na te leven. Een verzoeker die niet vooraf schriftelijk aan de zorgaanbieder heeft verzocht te handelen overeenkomstig hetgeen in het verzoekschrift is verzocht en deze daarbij niet een redelijke termijn heeft gegeven om aan dat verzoek te voldoen, wordt niet-ontvankelijk verklaard.
3. De kantonrechter kan in zijn beschikking aan de zorgaanbieder de verplichting opleggen bepaalde handelingen te verrichten of na te laten.
4. De bepalingen van de derde afdeling van de vijfde titel van het tweede boek van het Wetboek van Burgerlijk Rechtsvordering zijn van overeenkomstige toepassing.

HOOFDSTUK VI. OVERGANGS- EN SLOTBEPALINGEN

Artikel 11

In artikel 7 van de Wet op de bejaardenoorden worden de volgende wijzigingen aangebracht:
1. In het tweede lid vervalt onderdeel b.
2. De aanduiding van de onderdelen c tot en met e wordt gewijzigd in b tot en met d.
3. Het derde lid vervalt.

Artikel 12

Artikel 6, derde lid, van de Wet voorzieningen gezondheidszorg vervalt.

Artikel 13

1. Deze wet treedt in werking met ingang van de eerste dag van de tweede kalendermaand na de maand van uitgifte van het Staatsblad waarin zij wordt geplaatst, met dien verstande dat:
a. de zorgaanbieder uiterlijk drie maanden na het tijdstip van inwerkingtreding een regeling als bedoeld in artikel 2, tweede lid, vaststelt;
b. de zorgaanbieder uiterlijk drie maanden nadat de onder a bedoelde regeling is vastgesteld, de voorzieningen treft, die op grond van die regeling noodzakelijk zijn voor de benoeming van de leden van de cliëntenraad;
c. de artikelen 3 en 4 buiten toepassing blijven ten aanzien van besluiten, genomen voor de datum van benoeming van de leden van de cliëntenraad;
d. de statuten van de zorgaanbieder uiterlijk zes maanden na het tijdstip van inwerkingtreding in overeenstemming zijn met artikel 7.
2. Indien voor het tijdstip van inwerkingtreding van deze wet door de zorgaanbieder aan enig orgaan dat in het bijzonder werkzaam is ter behartiging van de gemeenschappelijke belangen van cliënten in de instelling, bevoegdheden of materiële middelen zijn toegekend, behoudt dat orgaan die bevoegdheden en materiële middelen tot het tijdstip met ingang waarvan de leden van de cliëntenraad met toepassing van deze wet zijn benoemd. Voor zover de bedoelde bevoegdheden verder gaan dan de in deze wet genoemde, worden die bevoegdheden eveneens toegekend aan de cliëntenraad, behoudens overeenkomstige toepassing van artikel 6, tweede lid, juncto artikel 4.

3. Op het tijdstip van inwerkingtreding van deze wet treden de artikelen 429a tot en met 429r van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering in werking voor zaken op grond van artikel 10, tweede lid. Voor die zaken geldt artikel 345 van dat Wetboek niet.

Artikel 14
Deze wet kan worden aangehaald als: Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen.

Lasten en bevelen dat deze in het Staatsblad zal worden geplaatst en dat alle ministeries, autoriteiten, colleges en ambtenaren wie zulks aangaat, aan de nauwkeurige uitvoering de hand zullen houden.

Gegeven te 's-Gravenhage, 29 februari 1996 Beatrix

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. G. Terpstra

Uitgegeven de *vierde* april 1996

De Minister van Justitie,
W. Sorgdrager

Bijlage 2

Samenstelling expertcommissie per sector en lijst van sleutelfiguren

I. Samenstelling expertcommissie per sector

Samenstelling expertcommissie GGZ

Mevrouw R. van Beemen (Cliëntenbelangenbureau KAM)
De heer H.P. van Beest (Parnassia)
Mevrouw T. de Boer (GGZ Nederland)
De heer C. Focken (GGZ Oost-Brabant)
Mevrouw L. Honig (LPR)
De heer F. van der Hoop (Centrale cliëntenraad Parnassia)
De heer W. van der Pol (LPR)
De heer A. Smits (Pameijer Keerkring)
De heer S. Stulp (Landelijke geschillencommissie GGZ)

Samenstelling expertcommissie lichamelijk gehandicapten

De heer J. Boele (Landelijk Steunpunt Raden)
De heer R. Schinkel (Cliëntenraad Revalidatiecentrum De Trappenberg)
De heer H. Schreurs (Gehandicaptenraad)
De heer H. Zijda (Gehandicaptenraad)

Samenstelling expertcommissie verstandelijk gehandicapten

Mevrouw. Van den Bracht (Raad op Maat)
De heer D. de Jager (WOI)
Mevrouw C. Kooiman (Landelijke Federatie van Belangenverenigingen Onderling Sterk)
De heer J. Martens (Stichting Meare)
De heer J. Monden (VGN)
De heer Munsterman (Vraag Raak)

Samenstelling expertcommissie verpleging en verzorging

Mevrouw C. Hoegen-van Tiel (Acares)
Mevrouw L. Otterspoor (LVC)
De heer J. Blok (LCV)
De heer K. van Dijk (LOC)

Samenstelling expertcommissie thuiszorg en gezondheidscentra

De heer L. van Tuyll (SPC, Groningen)
De heer P. Kuhlmann (NP/CF)
De heer K. van Dijk (LOC)
De heer H. van Oosterbos (Zorggroep Almere)
Mevrouw A. van de Korput (Huispitaal)

Samenstelling expertcommissie ziekenhuizen

Mevrouw J. van Bennekom (Ignatius Ziekenhuis Breda)
Mevrouw C. Kooijmans (RP/CP Zuid Oost Brabant)
De heer M.E.M. Nuyten (NVZ vereniging van ziekenhuizen)
De heer J. Pool (NP/CF)

Samenstelling expertcommissie welzijn

Mevrouw R. Beers (Federatie Maatschappelijke Opvang)
De heer G. Coehorst (VOG)
De heer F. Färber (Landelijke Vereniging dak- en thuislozen)
De heer L. van der Loo (Stichting Welzijn Ouderen Arnhem)
Mevrouw J. Rutjes (BOinK)

Deelnemers slotconferentie

De heer K. van Dijk
De heer F. Färber
De heer C. Focken
Mevrouw L. Honig
De heer M. Kooyman
De heer P. Kuhlmann
De heer P. Mannie
Dhr. J. Monden
De heer M. Nuyten
Mevrouw Zwetsloot

II. Lijst van sleutelfiguren

GGZ

Mevrouw R. van Beemen (Cliëntenbelangenbureau KAM)
De heer H.P. van Beest (Parnassia)
Mevrouw T. de Boer (GGZ-Nederland)
De heer T. de Mey (LPR)
De heer S. Stulp (Geschillencommissie GGZ)
De heer A. van Tuyn (RIBW Midden-Brabant)
De heer H. van Vliet (Centrale cliëntenraad Parnassia)

Thuiszorg en gezondheidscentra

Mevrouw I. Broeckaert (Zorggroep Almere)
De heer P. Kuhlmann (NP/CF)
Mevrouw Oskamp (LVT)
Mevrouw M. van Rijen (LVG)
De heer A. Treffers (BTN)
De heer L. van Tuyll (Sprong, Groningen)

Ziekenhuizen

Mevrouw van Bennekom (Ignatius ziekenhuis)
Mevrouw Engwerda (VAZ)
De heer P. Kuhlmann (NPCF)
Mevrouw Van Lelyveld (KPP)
De heer R. Meerhof (NPCF)
De heer M.E.M. Nuyten (NVZ)
Mevrouw R. Ruiter (KPP)
De heer J. Spek (Albert Schweizer Ziekenhuis)
De heer J. Vos (KPP)
Mevrouw G. Vriend (RPCP Amstel en Meerlanden)
De heer W. Wientjes (CRAZ)

Verpleging en verzorging

De heer K. van Dijk (LOC)
De heer W. Eggens (Nederlandse Vereniging Belangenbehartiging Verpleeghuisbewoners)
Mevrouw C. Hoegen-van Tiel (Acares)
De heer M. Kooyman (Acares)
De heer B.M. Reuser (Stichting katholieke verplegings- en verzorgingsinstellingen)
Mevrouw T. Siegerink (Verpleeg- en zorgcentrum Snavelenburg)

Verstandelijk gehandicapten

Mevrouw M. Bakker-Snoei (familievereniging en cliëntenraad Dennendal)
De heer J. van den Bosch (directie De Blauwe Kamer)
Mevrouw M. Buijsse (juridisch beleidsmedewerker Stichting Meare)
Mevrouw L. den Dulk (Raad op Maat)
Mevrouw V. Janssens (Vraag Raak)
De heer R. Jongejan (coach cliëntenraden bij Stichting Ipse)
De heer J. Matser (directeur cliëntenbeleid Stichting Meare)
De heer J. Monden (beleidsmedewerker VGN)

Lichamelijk gehandicapten

Mevrouw M. ter Avest (Landelijk Steunpunt Raden)
De heer J. van den Bosch (directie De Blauwe Kamer)
De heer J. Monden (beleidsmedewerker VGN)
Mevrouw S. Praat (ondersteuningsfunctionaris cliëntenraden Esdegé)
De heer H. Schreurs (ondersteuner cliëntenraden Gehandicaptenraad)
Mevrouw F. Stoop (directie VRIN)
De heer K. Wijnen (cliëntenraad Revalidatiecentrum Breda)

Welzijn

Mevrouw R. Beers (Federatie Opvang)
De heer F. van de Brule (Kinderopvang Den Bosch)
De heer A. Coehorst (VOG)
De heer F. Färber (Landelijke Vereniging van dak- en thuislozen)
De heer Fransman (algemeen directeur HVO)
Mevrouw L. Hoogendijk (ondersteuner cliëntenraad HVO)
De heer T. uit de Hoorn (Cliëntenraad HVO)
De heer H. Ringelberg (Cliëntenraad HVO)
Mevrouw J. Rutjes (BOinK)

Bijlage 3

Samenstelling Begeleidingscommissie en Commissie evaluatie regelgeving

I. Samenstelling begeleidingscommissie evaluatie WMCZ

De heer prof. dr. H.J.J. Leenen (voorzitter)
De heer prof. dr. O.J.S. Buruma
Mevrouw mr. C.A. de Goede
Mevrouw drs. M. Bakker-Winnubst
De heer mr. P.O.H. Gevaerts
De heer mr. P.M.M. van Wersch
De heer mr. dr. A. Hendriks (ZON, secretaris)
De heer mr. P.W.H.M. Francissen (waarnemer, ministerie van VWS)

II. Samenstelling commissie evaluatie regelgeving

De heer prof. dr. H.J.J. Leenen (voorzitter)
De heer prof. dr. O.J.S. Buruma (vice-voorzitter)
Mevrouw L. Chaillet (tot juni 2000)
Mevrouw mr. C.A. de Goede
De heer mr.drs. A.P. van Gurp (vanaf juni 2000)
Mevrouw mr. R.M. Haas-Berger (tot september 2000)
De heer prof.dr. J. Pool
De heer mr. W.P. Rijksen
De heer drs. R.L.J.M. Scheerder
De heer prof.dr. G. van der Wal
De heer mr. P.W.H.M. Francissen (waarnemer ministerie van VWS)
Mevrouw dr.ir. J.O. de Boer (waarnemer MW-NWO)
De heer mr.dr. A.C. Hendriks (programmasecretaris)