

Evaluatie

Wet medezeggenschap cliënten zorgsector

Achtergrondstudies per sector

Inleiding

1 De WMCZ in de sector geestelijke gezondheidszorg	5
2 De WMCZ in de sector verpleging & verzorging	31
3 De WMCZ in de sector verstandelijk gehandicapten	59
4 De WMCZ in de sector lichamelijk gehandicapten	83
5 De WMCZ in de sector algemene ziekenhuizen	99
6 De WMCZ in de sector thuiszorg en gezondheidscentra	121
7 De WMCZ in de sector welzijn	137

Inleiding

In opdracht van ZorgOnderzoek Nederland heeft een onderzoeksteam van het Verwey-Jonker Instituut de Wet medezeggenschap cliënten zorgsector (WMCZ) geëvalueerd¹². In het kader van deze evaluatie is in de diverse sectoren van de maatschappelijke gezondheidszorg inventariserend onderzoek verricht naar de stand van zaken van de naleving en invulling van de wet in de praktijk..

Er is 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.

De achtergrondstudies die in deze uitgave zijn samengebracht illustreren de grote verschillen tussen de diverse sectoren bij de ontwikkeling van cliëntenraden. In die sectoren waar reeds een medezeggenschapstraditie aanwezig was, betekende de invoering van de WMCZ een formalisering en soms vernieuwing van bestaande medezeggenschapsregelingen. Deze formalisering heeft enerzijds het (ongewenste) gevolg dat de positie van cliënten als gesprekspartner van directie en bestuur niet verdergaand vorm en inhoud heeft gekregen dan is voorgescreven in de WMCZ. Anderzijds betekende de WMCZ voor deze sectoren een stimulans om de medezeggenschap ook in die instellingen vorm te geven, waar nog geen medezeggenschapsstructuur aanwezig was (Riagg's, revalidatiecentra). Ook heeft de WMCZ een nieuwe invulling van het begrip medezeggenschap gestimuleerd. Zo is er in de zorg voor verstandelijk gehandicapten de medezeggenschap van de cliënten zelf op de agenda gezet.

In de sectoren waar de medezeggenschapstraditie afwezig was heeft de invoering van de WMCZ als breekijzer gefungeerd om veranderingen te bewerkstelligen. De effecten van de invoering van de wet zijn hierbij afhankelijk van de houding en de inzet van de onderscheiden actoren tegenover medezeggenschap. Daar waar sprake is van weerstand tegen het formele meer verplichtende karakter van de WMCZ, zoals bij de ziekenhuizen, zijn de cliëntenraden nog maar nauwelijks van de grond gekomen. In andere sectoren (thuiszorg, maatschappelijke opvang) zijn er meer energieke pogingen gedaan van de zijde van de instellingen en patiënten/consumentenorganisaties om medezeggenschap binnen de instelling vorm te geven. Ondanks de vooruitgang die geconstateerd wordt, is het feitelijke doel van daadwerkelijke medezeggenschap van cliënten via cliëntenraden nog niet bereikt. Daarover is in de verschillende inventarisaties geconstateerd dat er meer inzicht gewenst is in het dagelijks functioneren van de cliëntenraden in de instellingen. Tijdens het onderzoek werd door één van de vertegenwoordigers van de instellingen het beeld geschetst van 'een roos die nog wat kleur moet krijgen'. De invoering van de WMCZ heeft een culturomslag gestimuleerd die onomkeerbaar is, maar ook tijd kost.

² Savornin Lohman, Prof. dr. J. de, e.a. (2000) Evaluatie Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland

Hoofdstuk 1

De WMCZ in de sector geestelijke gezondheidszorg

1 Inleiding

De geestelijke gezondheidszorg kent een lange traditie van medezeggenschap van patiënten en cliënten via medezeggenschapsraden. Zo dateert de eerste zaalraad in het psychiatrische ziekenhuis Wolfheze uit 1952. De eerste echte patiëntenraden worden in 1970 ingesteld en komen voort uit inspraakvormen van patiënten betreffende het dagelijks leven in het psychiatrisch ziekenhuis. De patiëntenraad van het psychiatrisch ziekenhuis Coudewater is bijvoorbeeld voortgekomen uit de deelname van patiënten aan de voedingscommissie. En in de BAVO in Noordwijkerhout is de patiëntenraad voortgevloeid uit de recreatiecommissie. De landelijke dagen, georganiseerd mede op initiatief van de Cliëntenbond om een contactpunt te bieden voor alle patiëntenraden, vormde in de beginperiode een belangrijke stimulans voor de ontwikkeling van de patiëntenraden in de geestelijke gezondheidszorg. De meeste patiëntenraden in de psychiatrische ziekenhuizen zijn opgericht in de periode tussen 1970 en 1980 (zie tabel 1).

Tabel 1 Jaar van oprichting van de patiëntenraad in de psychiatrische ziekenhuizen (N= 44; bron: Rijkschroeff e.a. 1988)

Jaar van oprichting	aantal patiëntenraden
1970 – 1976	11
1976 – 1980	18
1981 – 1985	8

Bij de ontwikkeling van de patiëntenraden is er van meet af aan een discussie geweest hoe medezeggenschap via een centrale cliëntenraad zich verhoudt tot medezeggenschap via afdelingen van de instelling. Zo wordt in het evaluatieonderzoek 'patiëntenraden in algemene psychiatrische ziekenhuizen' (Rijkschroeff e.a., 1988) aanbevolen dat de afdelingsraden zich primair bezighouden met de belangen van de patiënten op de afdelingen, terwijl de patiëntenraad het algemeen belang van de patiënten in het ziekenhuis behartigt via zijn invloed in de ziekenhuisorganisatie: "Een goed functionerend systeem van medezeggenschap van patiënten op de afdelingen zal de medezeggenschap van de patiëntenraad op de hogere niveaus in de ziekenhuisorganisatie bevorderen". (p. 159).

2 De ontwikkeling van de cliëntenraden in de geestelijke gezondheidszorg

De ontwikkeling van de cliëntenraden in de geestelijke gezondheidszorg is na 1980 pas goed op gang gekomen. Toen nam de Stichting Landelijke Patiënten- en bewonersRaden in de GGZ (LPR) als landelijke koepelorganisatie van de patiëntenraden de coördinatie van de raden in de geestelijke gezondheidszorg ter hand. Zo heeft de LPR samen met het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en de toenmalige Nationale ZiekenhuisRaad/Sectie GGZ (NZR) een commissie gevormd, hetgeen in 1983 resulteerde in het 'Rapport inzake een regeling van de patiëntenraden in de algemene psychiatrische ziekenhuizen'. Vervolgens heeft de LPR met de NZR in 1985 een intentieverklaring afgesloten waarin wordt uitgesproken dat gestreefd dient

te worden naar goed functionerende patiënten- en bewonersraden, waarbij het bovengenoemde rapport uitgangspunt en leidraad vormt. Een herijking daarvan vond plaats in 1989 (De positie van patiëntenraden in algemeen psychiatrische ziekenhuizen: een herijking 1989). De patiëntenraad is de belangenbehartiger van alle patiënten in het betrokken psychiatrische ziekenhuis, aldus het rapport. De volgende taken en bevoegdheden van een patiënten-/ bewonersraad worden in het rapport genoemd:

- De patiënten-/bewonersraad heeft tot taak gevraagd maar ook ongevraagd advies te geven over ontwikkelingen en gebeurtenissen betreffende het woon-, leef- en behandelklimaat van het desbetreffende psychiatrisch ziekenhuis.
- De patiënten-/bewonersraad heeft tot taak klachten te signaleren en in behandeling te nemen en voor klachten die niet bij de patiëntenraad thuishoren de patiënt te verwijzen (en bemiddeling te verlenen) naar de daartoe aangewezen personen of instanties.
- De patiënten-/bewonersraad is bevoegd tot overleg met organen van het psychiatrisch ziekenhuis.
- De patiënten-/bewonersraad heeft tot taak een contactpunt te bieden aan alle patiënten.
- De patiënten-/bewonersraden hebben bevoegdheden nodig om hun taken naar behoren te vervullen. Hun bevoegdheden zijn:
 - De patiënten-/bewonersraad heeft de bevoegdheid om gevraagd en ongevraagd advies uit te brengen.
 - De patiënten-/bewonersraad heeft de bevoegdheid structurele klachten van alle patiënten of groepen van patiënten in behandeling te nemen.
 - De patiënten-/bewonersraad heeft de bevoegdheid om gevraagd en ongevraagd advies te verstrekken aan de patiënten en/of patiëntengroeperingen.
 - De patiënten-/bewonersraad heeft de bevoegdheid om informatie in te winnen.
 - De patiënten-/bewonersraad heeft de bevoegdheid om bijeenkomsten te beleggen (pp 10-11).
- De directies van de psychiatrische ziekenhuizen hebben de plicht om het ontstaan van patiënten-/bewonersraden te stimuleren en om de bestaande patiënten-/bewonersraden te ondersteunen.

Uiteindelijk wordt in 1985 op basis van bovengenoemd rapport de positie van de patiënten-/bewonersraden formeel geregeld ('Wijziging Besluit voor erkenning van ziekenhuizen' 1985).

Naar het voorbeeld van de patiënten-/bewonersraden in de algemene psychiatrische ziekenhuizen is ook een regeling van de bewonersraden in de sector beschermd wonen tot stand gekomen. Daartoe is in 1986 door de Nederlandse Vereniging van Beschermende Woonvormen (NVBW) en de LPR het "Rapport inzake een regeling van bewonersraden in beschermende woonvormen" opgesteld. Vervolgens is er een intentieverklaring getekend tussen de NVBW en de LPR, waarin is vastgelegd dat de beide organisaties voor wat betreft de inspraak en (mede)zeggenschap van bewoners zich zullen houden aan hetgeen daarover in het rapport is opgesteld. Hierop aansluitend werd de positie van de bewonersraden per 1 januari 1989 formeel geregeld in de voorlopige erkenningseisen voor de Regionale Instellingen voor Beschermende Woonvormen (RIBW):

- De RIBW dient de totstandkoming van een bewonersraad of een daarmee vergelijkbare vorm van overleg te bevorderen, dan wel een bestaande bewonersraad of een daarmee vergelijkbare vorm van overleg te ondersteunen.
- De RIBW dient met de bewonersraad of een daarmee vergelijkbare vorm van overleg belangrijke wijzigingen in de organisatie of de werkwijze, die de belangen van de bewoners raken, te bespreken en minstens eenmaal per jaar de algemene gang van zaken in de instelling door te nemen.

- De RIBW stelt de middelen beschikbaar die de bewonersraad of een daarmee vergelijkbare vorm van overleg voor het vervullen van zijn taak in redelijkheid behoeft.

In de toelichting van de erkenningseisen wordt vermeld dat de inspraak en medezeggenschap van bewoners betrekking moet hebben op alle niveaus binnen de RIBW.

De (LPR) heeft aldus via het sluiten van convenanten met de koepel van de zorgaanbieders een gidsfunctie vervuld bij de ontwikkeling en de ondersteuning van cliëntenraden in de geestelijke gezondheidszorg. De landelijke coördinerende rol van de LPR heeft ertoe bijgedragen dat er reeds jaren voor de invoering van de WMCZ er in bijna alle psychiatrische ziekenhuizen een patiënten- of bewonersraad functioneert (vanaf 1987) en in het merendeel van de RIBW's (vanaf 1994).

De invoering van cliëntenraden in de RIAGG's heeft pas plaatsgevonden na invoering van de WMCZ. In 1986 werd de eerste cliëntenraad opgericht bij de RIAGG Midden-Kennemerland. Een aantal jaren later volgde RIAGG Zuid-Kennemerland. Vanaf 1991 wordt in bredere kring een pleidooi gehouden voor het ontwikkelen van medezeggenschap door cliëntenraden in RIAGG's. De toenmalige Nederlandse Vereniging van Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (NVAGG) wilde als koepelorganisatie van de RIAGG's hieraan meewerken, maar door gebrek aan structurele mankracht en infrastructuur die de experimenten zouden moeten ondersteunen, bleef het vooral bij intenties. Naar aanleiding van de aanstaande invoering van de WMCZ stelt de NVAGG een werkgroep in die haar werkzaamheden in april 1993 afrondt met een "Handreiking voor het instellen van een RIAGG-cliëntenraad". Dit leidt echter niet tot de oprichting van meer cliëntenraden. De ontwikkeling van cliëntenraden in de RIAGG's wordt vooral belemmerd door argumenten als: het 'type cliënt' leent zich niet voor een cliëntenraad of er is geen interesse onder de cliënten. Ook worden continuïteit en representativiteit gezien als belemmerende factoren. Meeuwsen (1996) wijst er op dat de geschiedenis van de patiëntenraden in de algemene psychiatrische ziekenhuizen en de beschermde woonvormen laat zien dat ondersteuning en netwerkvorming een cruciale factor is voor de ontwikkeling van cliëntenraden. De ontwikkeling van een goede ondersteuningsstructuur van patiënten- en bewonersraden in de andere sectoren van de geestelijke gezondheidszorg heeft jaren gekost. Meeuwsen (1996) wijst er bovendien op dat de aanbieders in de intramurale zorg ook bereid zijn geweest geld te steken in de ontwikkeling van medezeggenschap van cliënten, waartoe de RIAGG's (nog) niet bereid waren. In mei 1995 zijn er vier RIAGG-cliëntenraden actief.

Uit een enquête van Meeuwsen (1997) blijkt dat er in 1997 27 RIAGG-cliëntenraden functioneren. Uit een nader gehouden, telefonische enquête onder de 33 RIAGG's die niet gereageerd hebben op de schriftelijke enquête, blijkt dat er daarnaast nog 22 RIAGG's zijn waarvan de mededeling komt dat een raad is opgericht. Uitgangspunt hierbij is dat een raad bestaat als een oprichtingsvergadering gehouden is, wat zeker niet wil zeggen dat de raad ook functioneert, omdat veel raden in de maanden daarna geen bijeenkomst hebben gehouden. Van elf RIAGG's is bekend dat daar zeker geen raad functioneert. Bij drie van deze RIAGG's worden ook geen voorbereidingen getroffen voor de oprichting van een raad. Deze RIAGG's maken of onderdeel uit van een grotere GGZ-instelling, waar wel een cliëntenraad functioneert, of het betreft een RIAGG die samenwerkt met een andere RIAGG waar een raad functioneert. In deze drie gevallen is de RIAGG van mening dat een aparte cliëntenraad voor de eigen locatie niet nodig is.

In tabel 2 wordt op basis van bovenstaande onderzoeksgegevens een samenvattend overzicht gepresenteerd van het aantal cliëntenraden voor en op het moment van invoering van de WMCZ.

**Tabel 2 Aantal cliëntenraden in de psychiatrische ziekenhuizen, RIBW's en RIAGG's
(% van het aantal instellingen) voor en op het moment van de invoering van de WMCZ**

	aantal cliëntenraden:	1995	1998
psychiatrische ziekenhuizen		93%	100%
RIBW's		75%	100%
RIAGG's		7%	81%

3 Het functioneren van de cliëntenraden in de geestelijke gezondheidszorg voor de invoering van de WMCZ

3.1 De psychiatrische ziekenhuizen

Zowel in 1988 als in 1996 is onderzoek gedaan naar het functioneren van cliëntenraden in de psychiatrische ziekenhuizen (Rijkschroeff e.a., 1988; Rijkschroeff e.a., 1996). Het onderzoek in 1988 had betrekking op alle psychiatrische ziekenhuizen (Rijkschroeff e.a., 1988), terwijl het onderzoek in 1996 een steekproef van 27 psychiatrische ziekenhuizen betrof (Rijkschroeff e.a., 1996). We zullen in deze paragraaf een samenvatting van de resultaten van dit onderzoek presenteren, waarbij de resultaten van het onderzoek uit 1996 het uitgangspunt zijn en de resultaten van het onderzoek uit 1988 als referentiegegevens gebruikt zullen worden.

Algemeen

De patiëntenraden die aan het onderzoek uit 1996 hebben deelgenomen, variëren in grootte van zes tot 27 leden. Gemiddeld zijn er twaalf leden per raad. Dit aantal is beduidend groter dan in 1988 (Rijkschroeff e.a. 1988) toen een gemiddelde van zeven leden en een grootte van vier tot vijftien leden werd gemeten.

In alle instellingen is een ondersteuner voor de raad aangesteld. Meestal is deze benoemd door de directie of de Raad van Bestuur, eventueel in overleg met de patiëntenraad. In enkele gevallen is de ondersteuner in dienst van de LPR. De meeste ondersteuners (69%) zijn werkzaam voor vier tot twintig uur per week.

Adviesrecht

Uit het onderzoek van Rijkschroeff e.a. (1996) blijkt dat de patiëntenraad weinig zeggenschap heeft bij de aanstelling van een afdelingshoofd. Slechts zeven procent van de raden geeft aan adviesrecht te hebben. De overige raden hebben geen enkele zeggenschap bij de benoeming. Ook de meerderheid van de directies (85%) geeft aan dat de patiëntenraad hierin geen advies- of instemmingsrecht heeft.

Ten aanzien van voorgenomen besluiten tot aanstelling of ontslag/schorsing van een directielid heeft ongeveer tweederde van de patiëntenraden adviesrecht. In de instellingen waar dergelijke situaties zich voordeden, heeft driekwart (76%) van de raden gebruikgemaakt van dit adviesrecht.

Het recht om zelf iemand voor te dragen als lid van het bestuur van het algemeen psychiatrisch ziekenhuis is een aanwijzing voor de mate van zeggenschap van patiëntenraden. Meer dan de helft (56%) van de directies geeft aan dat de raad hiertoe bevoegd is. Alhoewel een groot deel (41%) van de raden aangeeft dit recht te hebben, meent ruim de helft (56%) geen bestuurslid

voor te mogen dragen. In vergelijking met 1988 tonen de cijfers een vergroting van de zeggenschap van de patiëntenraden op dit punt. Toen had slechts 16% van de raden de bevoegdheid om iemand voor te dragen voor het bestuur (Rijkschroeff e.a., 1988).

De patiëntenraad heeft de mogelijkheid om advies uit te brengen over voorgenomen besluiten inzake fusie, opheffing, verhuizing en verbouwing van het algemeen psychiatrisch ziekenhuis, alsmede de begroting, een wijziging van werkzaamheden en het opname- en ontslagbeleid van patiënten. Aan de directies en patiëntenraden werd de vraag voorgelegd of de raad hiertoe ook daadwerkelijk gelegenheid krijgt (zie tabel 3). Uit onderstaande cijfers blijkt dat zestig procent van de directies van mening is dat de raad altijd in de gelegenheid wordt gesteld om advies uit te brengen. De raden zien dit duidelijk anders: volgens een groot deel van hen gebeurt dit meestal of soms, maar zeker niet altijd. Eenvijfde van de patiëntenraden meldt zelden of nooit de mogelijkheid te krijgen om advies uit te brengen.

Tabel 3 Adviesrecht raad over instellingsbesluiten inzake fusie, opheffing, verhuizing, verbouwing, begroting, wijziging werkzaamheden, opname- en ontslagbeleid patiënten (%)

	volgens directies	volgens raden
altijd	59	11
meestal	22	41
soms	16	30
zelden	0	11
nooit	0	7
onbekend	3	0

Indien het advies van de raad niet wordt opgevolgd, zeggen alle directies hierover met de raad overleg te voeren, tegenover driekwart van de raden.

Tabel 4 toont een aantal andere voorgenomen besluiten waarover de patiëntenraad de mogelijkheid heeft advies uit te brengen, zoals voedingsaangelegenheden van algemene aard en het algemeen beleid op het gebied van veiligheid, gezondheid, hygiëne alsmede de geestelijke verzorging van, maatschappelijke bijstand aan en de recreatiemogelijkheden en ontspanningsactiviteiten voor patiënten. Ook hier blijkt weer een discrepantie tussen het oordeel van directies en patiëntenraden. Ruim de helft van de directies meent dat de raad altijd in de gelegenheid wordt gesteld advies uit te brengen. Eenderde van de patiëntenraden zegt meestal in de gelegenheid te worden gesteld, maar een groot deel (41%) stelt dat dit zelden of nooit gebeurt.

Tabel 4 Adviesrecht raad over instellingsbesluiten inzake voedingsaangelegenheden van algemene aard, algemeen beleid op gebied van veiligheid, gezondheid, hygiëne, geestelijke verzorging, maatschappelijke bijstand, recreatie en ontspanning (%)

	volgens directies	volgens raden
altijd	53	26
meestal	31	33
soms	7	0
zelden	3	30
nooit	0	11
onbekend	6	0

Indien de instellingen het advies van de raad niet overnemen, zegt slechts 35% van de directies dit te overleggen met de patiëntenraad. Een kwart van de patiëntenraden (26%) geeft aan dat er geen commissie van vertrouwenslieden wordt ingesteld als het advies van de raad niet wordt nagevolgd.

Hoe vaak brengt de patiëntenraad nu advies uit? Sinds 1988 is het aantal adviezen behoorlijk gestegen. De patiëntenraden melden dat zij in 1994 in het totaal 186 adviezen op verzoek van de directie uitgebracht hebben. Daarnaast hebben ze nog 176 keer ongevraagd advies gegeven. Per algemeen psychiatrisch ziekenhuis varieert het aantal gevraagde adviezen van één tot 21. Gemiddeld worden er per raad zes gevraagde adviezen en zeven ongevraagde adviezen uitgebracht.

De directies komen tot een iets hoger aantal adviezen op hun verzoek: 210. Zij geven een bijna identieke verdeling aan als de raden, namelijk één tot twintig gevraagde adviezen per jaar. Per instelling betekent dit volgens hen een gemiddelde van zeven. De gegevens met betrekking tot de ongevraagde adviezen ontlopen elkaar veel meer. De directies tellen 127 ongevraagde adviezen per jaar, variërend van één tot vijftien per jaar. Gemiddeld komen ze op vier ongevraagde adviezen per jaar. Dat is beduidend lager dan de patiëntenraden zelf. De totalen van de adviezen ontlopen elkaar minder (ongeveer 362 volgens de raden en ongeveer 337 volgens de directies). Slechts 11 % van de patiëntenraden geeft aan geen ongevraagde adviezen uit te brengen terwijl dit volgens de directies 22 % is. Het is mogelijk dat er enige onduidelijkheid bestaat over welke adviezen op verzoek van de directie werden uitgebracht en welke niet.

De klachtencommissie is één van de genoemde commissies die in het algemeen psychiatrisch ziekenhuis functioneren. Behalve dat raadsleden in zo'n commissie vertegenwoordigd kunnen zijn, kan de raad ook een rol spelen bij het opstellen van een klachtenprocedure (zie tabel 5) Bijna alle directies (94%) geven aan dat de patiëntenraad betrokken is bij de interne klachtenprocedure. De overgrote meerderheid (89%) van de raden bevestigt dit. In een klein aantal instellingen speelt de raad hierin geen rol of is het onduidelijk.

Tabel 5 Betrokkenheid patiëntenraad bij interne klachtenprocedure (%)

Raad betrokken bij interne klachtenprocedure	volgens directies	volgens raden
ja	94	89
nee	3	7
onbekend	3	4

In de meeste instellingen is een onafhankelijke klachtencommissie aanwezig (zie tabel 6). In meer dan de helft van de gevallen kan de patiëntenraad leden voordragen. Eenderde (32%) van de directies stelt echter dat de raad geen recht op voordracht heeft.

Tabel 6 Voordracht van leden voor onafhankelijke klachtencommissie door patiëntenraad (%)

	volgens directies	volgens raden
voordracht leden klachtencommissie door raad	56	66
geen voordracht leden klachtencommissie door raad	32	11
voordracht door raad onbekend	3	0
geen onafhankelijke klachtencommissie aanwezig	9	19
onafhankelijke klachtencommissie onbekend	0	4

De patiëntenraad kan een belangrijke taak hebben ten aanzien van het bewaken van het kwaliteitsbeleid in de instelling. De helft van de raden (52%) geeft aan niet betrokken te worden bij het kwaliteitsbeleid in de instelling (zie tabel 7). Slechts 15% van de raden zegt hierin geadviseerd te hebben. Eveneens een groot deel (41%) van de directies geeft aan de raad niet te betrekken in het kwaliteitsbeleid van de instelling. Ruim eenderde (37%) van de directies zegt

echter dat de raad advies heeft uitgebracht inzake dit beleid. In ongeveer eentiende van de instellingen is de patiëntenraad betrokken bij de kwaliteitstoetsing. In weer eentiende van de instellingen wordt de raad alleen geïnformeerd over het kwaliteitsbeleid, maar heeft geen adviesrecht.

Tabel 7 Betrokkenheid patiëntenraad bij kwaliteitsbeleid in de instelling (%)

	volgens directies	volgens raden
raad lid commissie kwaliteit	4	11
raad advies uitgebracht over kwaliteitsbeleid	37	15
raad betrokken bij kwaliteitstoetsing, onderzoek e.d.	9	11
raad geïnformeerd/voorgelicht over kwaliteitsbeleid	9	11
raad niet betrokken bij kwaliteitsbeleid	41	52

Zowel in het onderzoek uit 1996 als uit 1988 is een objectieve medezeggenschapsniveauscore berekend uitgaande van vier onderscheiden modellen (Rijkschroeff, 1989, p.20):

- Het medebeslissingsmodel: Er is sprake van beleidsbepaling van onderop. De patiënten beslissen mede.
- Het advies model: De patiënten spelen een actieve rol in de beleidsvormende fase door gevraagd en ongevraagd adviezen te verstrekken.
- Het consultatiemodel: De patiënten worden geconsulteerd bij de beleidsvoorbereiding.
- Het informatiemodel: Als de patiënten geïnformeerd worden is het beleid in feite al bepaald. Uit doelmatigheidsoverwegingen worden ter bevordering van de implementatie van het beleid de patiënten geïnformeerd.

Hieruit blijkt dat de meeste patiëntenraden in 1996 nog niet volgens het adviesmodel functioneren. Meer dan de helft (55%) van de patiëntenraden beweegt zich op het consultatieniveau. Een klein aantal (8%) raden bevindt zich nog op het informatieniveau. Toch bevindt zich ruim eenderde (37%) op adviesniveau. Dit betekent een lichte verbetering ten opzichte van 1988 toen een kwart van de patiëntenraden functioneerde volgens het adviesmodel (Rijkschroeff e.a., 1988). Ook toen bevond zich meer dan de helft (57%) van de raden op consultatieniveau (zie tabel 8).

Tabel 8 Objectieve zeggenschapsniveau patiëntenraad (%)

	1988	1996
medebeslissingsniveau	0	0
adviesniveau	25	37
consultatieniveau	57	55
informatieniveau	18	8

Alhoewel het niveau van medezeggenschap van de patiëntenraden in 1996 verbeterd is ten opzichte van 1988, functioneren de meeste raden nog steeds als consultatie- of informatieorgaan. Eenderde van de patiëntenraden functioneert volgens het beoogde adviesmodel conform het eerder aangehaalde 'Rapport inzake een regeling van de patiëntenraden in de algemene psychiatrische ziekenhuizen'.

3.2 De beschermende woonvormen

Ten aanzien van het functioneren van bewonersraden in de beschermende woonvormen beschikken we alleen over de resultaten van het onderzoek van Rijkschroeff e.a. uit 1996. Aan dit onderzoek hebben 14 bewonersraden deelgenomen. Dit is iets meer dan de helft van de toentertijd aanwezige bewonersraden in deze sector.

Algemeen

De 14 bewonersraden die aan dit onderzoek hebben deelgenomen variëren in grootte van drie tot 13 leden. Gemiddeld zijn er zeven leden per raad.

In alle instellingen met een bewonersraad is een ondersteuner voor de raad aangesteld. Meestal is deze aangesteld door de directie of de beheerstichting, eventueel in overleg met de bewonersraad. De meeste ondersteuners (77%) zijn aangesteld voor minder dan 20 uur per week. In een kwart (23%) van de gevallen is een ondersteuner werkzaam voor 20 uur per week of meer.

Adviesrecht

De helft van de bewonersraden zegt adviesrecht te hebben bij de aanstelling van een hoofd voor een woonvorm. De andere helft geeft aan geen zeggenschap bij de benoeming te hebben. Driekwart van de directies echter is van mening dat de bewonersraad hierin adviesrecht heeft. Ten aanzien van voorgenomen besluiten tot aanstelling of ontslag/schorsing van een directielid heeft zo'n tweederde van de bewonersraden adviesrecht (64 % van de raden geeft dit aan tegenover 65 % van de directies).

Het recht om zelf iemand voor te dragen als lid van het bestuur van de instelling is eveneens een aanwijzing voor de mate van zeggenschap van bewonersraden. Bijna driekwart (73%) van de directies geeft aan dat de raad hiertoe bevoegd is. Eveneens bijna driekwart (71%) van de raden geeft aan dit recht te hebben.

De bewonersraad heeft in principe de mogelijkheid om advies uit te brengen over voorgenomen besluiten inzake fusie, opheffing, verhuizing en verbouwing van de instelling, alsmede de begroting, een wijziging van werkzaamheden en het opname- en ontslagbeleid van bewoners. Aan de directies en bewonersraden werd de vraag voorgelegd of de raad hiervoor ook daadwerkelijk gelegenheid krijgt. Uit onderstaande cijfers blijkt dat eenderde (34%) van de directies van mening is dat de raad altijd in de gelegenheid wordt gesteld om advies uit te brengen (zie tabel 9). De raden zien dit iets anders: volgens eenvijfde (22%) gebeurt dit altijd. Een groot deel (43%) van de bewonersraden is echter van mening dat dit meestal het geval is. Eenvijfde (21%) van de bewonersraden meldt echter zelden of nooit de mogelijkheid te krijgen om advies uit te brengen.

Tabel 9 Adviesrecht raad over instellingsbesluiten inzake fusie, opheffing, verhuizing, verbouwing, begroting, wijziging werkzaamheden, opname- en ontslagbeleid bewoners (%)

	volgens directies	volgens raden
altijd	34	22
meestal	29	43
soms	21	14
zelden	8	14
nooit	0	7
onbekend	8	0

Indien het advies van de raad niet wordt opgevolgd, zeggen alle directies hierover met de raad overleg te voeren, tegenover ruim de helft (57%) van de raden.

Tabel 10 toont een aantal andere voorgenomen besluiten waarover de bewonersraad de mogelijkheid heeft advies uit te brengen, zoals voedingsaangelegenheden van algemene aard en het algemeen beleid op het gebied van veiligheid, gezondheid, hygiëne alsmede de geestelijke verzorging van, maatschappelijke bijstand aan en de recreatiemogelijkheden en ontspanningsactiviteiten voor bewoners. Ook hier blijkt weer een discrepantie tussen het oordeel van de directies en de bewonersraden. Bijna de helft (46%) van de directies meent dat de raad altijd in de gelegenheid wordt gesteld advies uit te brengen. Nog eens 46% meent dat dit meestal het geval is. Eenderde (35%) van de bewonersraden zegt meestal in de gelegenheid te worden gesteld. Bijna een kwart (22%) echter stelt dat dit soms het geval is en 29% geeft aan dat dit zelden of nooit gebeurt.

Tabel 10 Adviesrecht raad over instellingsbesluiten inzake voedingsaangelegenheden van algemene aard, algemeen beleid op gebied van veiligheid, gezondheid, hygiëne, geestelijke verzorging, maatschappelijke bijstand, recreatie en ontspanning (%)

	volgens directies	volgens raden
altijd	46	14
meestal	46	35
soms	0	22
zelden	0	7
nooit	0	22
onbekend	8	0

Indien de instellingen het advies van de raad niet overnemen, zegt zowel 44% van de directies als van de bewonersraden dat er een commissie van goede diensten wordt ingesteld.

De bewonersraden melden dat zij in 1994 in totaal 37 adviezen op verzoek van de directie uitgebracht hebben. Daarnaast hebben ze nog 28 keer ongevraagd advies gegeven. Per raad varieert het aantal gevraagde adviezen van twee tot tien en het aantal ongevraagde van één tot vijf, met een uitschieter van 15. Gemiddeld worden er per raad ongeveer vijf gevraagde adviezen en drie à vier ongevraagde adviezen uitgebracht.

De directies komen tot een vrijwel identiek aantal adviezen. Volgens hen geven de bewonersraden 36 adviezen per jaar op verzoek. Per raad geven zij een aantal aan van één tot acht gevraagde adviezen. Dit betekent een gemiddelde van vier. De directies tellen zo'n 27 ongevraagde adviezen per jaar, variërend van één tot vier per jaar, met een uitschieter van 25. Gemiddeld komen ze op twee à drie ongevraagde adviezen per jaar. Meer dan de helft (57%) van de bewonersraden geeft aan geen ongevraagde adviezen uit te brengen terwijl dit volgens de directies 30% is. Opmerkelijk is dat de helft van de raden vermeldt sowieso niet om advies gevraagd te worden, terwijl dit aantal volgens de directies 13% is.

De klachtencommissie is een van de commissies die in de instelling functioneren. Behalve dat raadsleden in zo'n commissie vertegenwoordigd kunnen zijn, kan de raad ook een rol spelen bij het opstellen van een klachtenprocedure. In bijna tweederde van de instellingen is de bewonersraad betrokken bij de interne klachtenprocedure (zie tabel 11).

Tabel 11 Betrokkenheid bewonersraad bij interne klachtenprocedure (%)

	volgens directies	volgens raden
ja	63	64
nee	33	36
onbekend	4	0

De bewonersraad kan een belangrijke taak hebben ten aanzien van het bewaken van het kwaliteitsbeleid in de instelling. Tweederde (64%) van de raden geeft aan betrokken te worden bij het kwaliteitsbeleid in de instelling (zie tabel 12). De directies geven een lager percentage (47%) aan. Volgens 11% van de directies heeft de raad advies uitgebracht ten aanzien van het kwaliteitsbeleid, maar volgens de raden zelf bedraagt dit percentage 29. De directies geven vaker aan dat de bewonersraad slechts wordt geïnformeerd over het kwaliteitsbeleid (26%). Slechts in vijf procent van de instellingen is er sprake van lidmaatschap van de kwaliteitscommissie, stellen de directies. Volgens 14% van de raden is er sprake van lidmaatschap van de kwaliteitscommissie.

Tabel 12 Betrokkenheid bewonersraad bij kwaliteitsbeleid in de instelling (%)

	volgens directies	volgens raden
raad lid commissie kwaliteit	5	14
raad advies uitgebracht over kwaliteitsbeleid	11	29
raad betrokken bij kwaliteitstoetsing, onderzoek e.d.	5	7
raad geïnformeerd/voorgelicht over kwaliteitsbeleid	26	14
raad niet betrokken bij kwaliteitsbeleid	53	36

Ook met betrekking tot de medezeggenschap van bewonersraden is in het onderzoek van Rijkschroeff e.a. (1996) een zeggenschapsniveauscore berekend. Hieruit blijkt dat ruim eenderde van de bewonersraden volgens het adviesmodel functioneert. De helft van de bewonersraden beweegt zich op het consultatieniveau (zie tabel 13). Een aantal raden (14%) bevindt zich nog op het informatieniveau. Deze verdeling vertoont overeenkomsten met de medezeggenschapsniveauscore van de patiëntenraden in de algemeen psychiatrische ziekenhuizen. Daar functioneren de meeste raden op consultatieniveau (55%), ruim eenderde op adviesniveau (37%) en 8 % op informatieniveau. De verdeling is opmerkelijk voor een sector waarin bewonersraden nog van recente datum zijn.

Tabel 13 Medezeggenschapsniveau bewonersraad (%)

adviesniveau	36
consultatieniveau	50
informatieniveau	14

3.3 De RIAGG's

Er is nog geen onderzoek verricht naar het functioneren van de cliëntenraden in de RIAGG's. Dit is ook niet zo verwonderlijk gegeven de recente datum van de grootscheepse invoering van cliëntenraden in deze deelsector.

Een van de eerste RIAGG-clieñtenraden werd opgericht in de regio Kennemerland. Een van de geïnterviewde sleutelfiguren geeft het volgende beeld van het functioneren van deze cliëntenraad:

“Het was aardig georganiseerd. Er was een reglement en een samenwerkingsovereenkomst met de directie. Daarin stonden een aantal bevoegdheden:

- toetsen en controleren van beleid;
- ondersteunen van de cliënten m.b.t. het indienen van klachten;
- algemene beleid en afdelingsbeleid;
- en algemene dingen die met cliënten te maken hadden, zoals bijvoorbeeld bij nieuwe folders.

De leden van de cliëntenraad hadden wel het gevoel dat de cliëntenraad wel de meerwaarde ervan moest bewijzen. In de beginperiode was er een sterke raad. Er zaten veel hoogopgeleide mensen in en er was een harde kern. De kern bestond uit gemiddeld drie tot vier mensen die twee tot drie jaar zitting hadden. Dit waren cliënten of ex-clieñten of familieleden. De leden waren vooral afkomstig van de afdeling psychotherapie en sociale psychiatrie. De werving gebeurde via briefjes die de hulpverleners aan de cliënten gaven. Daarnaast via oproepen via de plaatselijke radio en kranten. De faciliteiten voor de cliëntenraad waren overigens abominabel. De cliëntenraad mocht gebruik maken van het kopieerapparaat. Zij hadden een budget van f 3000,- en drie uur ondersteuning vanuit een Regionaal Patiënten/Consumentenplatform. Het was altijd een crime om een werkplek te vinden. De cliëntenraad had een kastje in de kantine”.

Algemeen

Meeuwsen (1996) heeft op basis van contacten van de LPR met de cliëntenraden in de RIAGG's een aantal knelpunten met betrekking tot het functioneren in kaart gebracht:

- Er bestaat bij nieuwe raden weinig overzicht van waar andere raden mee bezig zijn en hoe zij knelpunten oplossen. Er wordt nog weinig 'genetwerkt' en weinig geleerd van elkaar.
- Er is geen centraal punt waar informatie voor RIAGG-clieñtenraden verzameld en weer verspreid wordt.
- Er is geen platform waar specifieke knelpunten voor cliënten van RIAGG's aangekaart worden bij de relevante gesprekspartners (overheid, aanbieders, verzekeraars).
- Ondersteuning van RIAGG-clieñtenraden gebeurt, op enkele uitzondering na, vanuit de instelling, is (dus) niet onafhankelijk, niet ingebed in de infrastructuur van cliëntenraden en soms ook niet deskundig. Ook tussen ondersteuners van RIAGG-clieñtenraden bestaat nauwelijks uitwisseling, kennisoverdracht of ontwikkeling van methodieken.
- Het verloop van leden binnen RIAGG-clieñtenraden is groot en een raad bestaat maar uit een paar enthousiastelingen, op wie veel werk terecht komt.
- Clieñtenraden hebben vaak een 'gemengde' samenstelling: cliënten, ex-clieñten, familieleden en belangenbehartigers kunnen in één raad zitting hebben. Verschillen in achtergrond tussen leden van RIAGG-clieñtenraden, leiden soms tot spraakverwarring en samenwerkingsproblemen tussen leden van cliëntenraden binnen RIAGG's.
- Een aantal RIAGG's wordt geconfronteerd met grootschalige reorganisaties, fusies of nauwe samenwerking van de RIAGG met andere GGZ-instellingen. In sommige gevallen worden RIAGG's zelfs opgeheven en gaan ze op in grote GGZ-concerns of samenwerkingsprojecten

als Multi Functionele Eenheden (MFE). Hierdoor worden net opgerichte RIAGG-clëntenraden met opheffing bedreigd of min of meer gedwongen tot samenwerking met andere cliëntenraden.

- Er is grote behoefte aan deskundigheidsbevordering, cursussen en studiedagen ter ondersteuning en verbetering van het raadswerk.
- Het bereiken van de achterban is een groter probleem voor RIAGG-clëntenraden dan voor de intramurale raden, omdat deze niet zichtbaar is. Bovendien is er grote terughoudendheid om de achterban direct te benaderen (bijvoorbeeld thuis aan te schrijven).

De LPR heeft in 1997 een enquête gehouden onder cliëntenraden in de RIAGG's. Hieruit blijkt dat een kwart van de raden twee keer per maand bij elkaar komt, een derde één keer per maand en eveneens een derde minder dan één keer per maand. Ongeveer een tiende heeft nog geen vast vergaderritme.

Meer dan de helft van de raden zoekt contact met de achterban via een folder of poster. Iets minder dan de helft geeft aan nog in het geheel geen contact te hebben gezocht met de achterban. Direct 'face to face' contact, bijvoorbeeld door een thema-avond, komt maar bij drie van de 31 raden voor.

Tenslotte blijkt uit een verslag van een studiedag Medezeggenschap RIAGG's (4 september 1997) dat vijf van de 31 raden geen ondersteuning hebben, de rest wel. De ondersteuners hebben gemiddeld 5,5 uren per week beschikbaar voor de raad. Het hoogste aantal uren is 24 en het laagste twee uur. Slechts één ondersteuner werkt op vrijwillige basis voor de raad, de rest heeft een betaald dienstverband.

Adviesrecht

Op basis van de eerder genoemde enquête onder cliëntenraden in de RIAGG's constateert de LPR dat door de verplichtingen die de WMCZ met zich mee brengt, de RIAGG-clëntenraden al vaak vanaf het begin worden 'volgegooid' met informatie en adviesaanvragen van de instelling. Het blijkt zeer moeilijk een eigen weg en eigen agenda te bepalen en als raad een identiteit te ontwikkelen, met eigen prioriteiten en werkwijzen.

De onderwerpen van de adviezen die het meest voorkomen zijn: onderzoek, de klachtenregeling en beleidsplannen van de RIAGG. Daarna komt 'bejegening van hulpverleners naar cliënten' waaronder seksueel geweld/misbruik. Verder worden, in mindere mate fusie of reorganisatie, huisvesting en kwaliteitsbeleid genoemd.

Bijna driekwart (73%) van de raden geeft aan altijd advies te geven als de directie daar om vraagt, één raad geeft af en toe advies en vijf raden hebben nog nooit een advies gegeven.

Volgens het verslag van een studiedag Medezeggenschap RIAGG's (4 september 1997) vindt geen enkele raad zichzelf slecht functioneren. Tweederde, van de raden vindt zichzelf goed functioneren. Redenen om goed te kunnen functioneren zijn een gemotiveerd en hecht team' en 'een zelfstandige raad' of 'goed geïnformeerd zijn'. Oorzaken voor middelmatig functioneren van de raad die met de instelling te maken hebben, staan op een gedeelde eerste plaats: de ontoegankelijkheid van het beleid en de gebrekkige informatievoorziening van de RIAGG naar de raad toe. Daarnaast worden nog problemen genoemd op het gebied van samenwerking met andere cliëntenraden (bij fusieorganisaties) of onenigheid met de directie van de RIAGG (over bij welke organisatie de ondersteuner in dienst komt). Tot slot geeft één raad aan te weinig budget te hebben om goed te kunnen functioneren.

4 Het functioneren van de cliëntenraden na de invoering van de WMCZ

De LPR heeft recentelijk een onderzoek gedaan naar de stand van zaken in de GGZ via interviews met twaalf cliëntenraden van diverse GGZ-instellingen (Honig, 2000). De resultaten van dit onderzoek, tezamen met de zes interviews die wij hebben gehouden met sleutelfiguren uit deze sector, geven een beeld over het functioneren van de cliëntenraden na de invoering van de WMCZ.

Uit het onderzoek van Honig (2000) blijkt dat vrijwel alle cliëntenraden een huishoudelijk reglement hebben vastgesteld. Men komt een- of tweemaal per maand bij elkaar. Het merendeel van de cliëntenraden verzorgt een jaarverslag. Vrijwel alle cliëntenraden spannen zich in om een goed contact met de achterban te onderhouden en op een of andere wijze verantwoording af te leggen aan de cliënten wier belangen zij behartigen, bijvoorbeeld via het verspreiden van folders, nieuwsbrieven, enquêtes, themabijeenkomsten, voorlichtingsweken of het bezoeken van afdelingen.

Vrijwel alle raden geven in het onderzoek van Honig (2000) aan dat de cliëntenraad een duidelijke positie heeft in de instelling of bezig is deze te verkrijgen: "Over het algemeen wordt op het niveau van de raad van bestuur de visie uitgedragen dat het belangrijk is dat cliënten invloed kunnen uitoefenen op het beleid en op de dagelijkse gang van zaken. Lager in de organisatie is dit veel minder het geval en is het vooral afhankelijk van bepaalde afdelingen of individuele personen. Er is zelden sprake van een algemeen door de medewerkers uitgedragen visie op cliëntenparticipatie. (...) Vrijwel alle cliëntenraden noemen de relatie met de zorgaanbieder goed. Er is een zakelijke wijze van overleg voeren op basis van gelijkwaardigheid, waar ruimte is om vrijelijk met elkaar te spreken. Gemiddeld wordt er achtmaal per jaar overlegd" (p.16).

Uit de interviews met sleutelfiguren blijkt dat niet zozeer de WMCZ als wel de grootschalige fusiebeweging in de geestelijke gezondheidszorg van invloed is geweest op het functioneren van de cliëntenraden in deze sector. De WMCZ werd ingevoerd terwijl fusieprocessen in volle gang waren. Sommige fusies hadden tot gevolg dat instellingen formeel werden opgeheven en daarmee ook de raden, terwijl het eigenlijk alleen maar een cosmetische operatie was; de instelling bleef feitelijk bestaan en de cliëntenraden hadden ook kunnen blijven bestaan en hadden niet opgeheven mogen worden. Het in de tijd samenvallen van beide processen heeft in deze sector tot veel verwarring geleid.

4.1 Fusies van instellingen en regionalisering in de geestelijke gezondheidszorg

De GGZ-kaart van Nederland ziet er in 1999 heel anders uit dan vijf jaar geleden. De verschillende instellingen (APZ-en, RIAGG's, RIBW's, DAC's) hebben in veel regio's plaatsgemaakt voor één instelling voor geïntegreerde zorg. En in de regio's waar nog geen fusie heeft plaatsgevonden, is er vaak een in voorbereiding. Naar schatting is met ingang van 2000 ruim 80% van de oude APZ-en gefuseerd. Niet iedereen gaat mee in de fusiegolf. Er is sprake van een tegenstroom, met name bij de RIBW's. Ongeveer de helft van de RIBW's heeft het beleid om de eigen identiteit te versterken. Zij zijn wel bereid samenwerkingsverbanden aan te gaan met andere GGZ-instellingen, maar willen zelfstandig blijven. Ook een aantal RIAGG's houdt vast aan de eigen identiteit en wijst fusering met een APZ van de hand.

Medio 1998 was aldus in ongeveer 90% van de gezondheidsregio's sprake van vergaande samenwerking of fusieplannen. De cliëntenraden van de afzonderlijke instellingen werden hierdoor genoodzaakt te gaan samenwerken of zelfs op termijn een nieuwe (centrale) cliëntenraad te vormen. Zo is bijvoorbeeld de provincie Friesland één WZV-regio met een APZ, RIAGG en RIBW.

In de geestelijke gezondheidszorg is er naast de fusies ook de ontwikkeling van een verregaande regionalisering, waarbij cliëntenraden geacht worden zich ook over regionale beleidsvraagstukken uit te spreken zoals de Zorg-Op-Maat regeling en de indicatiestelling. Dit impliceert samenwerking tussen cliëntenraden en cliëntenorganisaties in de regio.

Cliëntenraden zijn vaak niet blij met fusies omdat ze dan met grote organisaties te maken krijgen, zo wordt door een beleidsmedewerker van GGZ-Nederland opgemerkt: "Instellingen vinden het wel beter omdat ze gemakkelijker afspraken kunnen maken, maar de cliëntenraden zijn daar meestal niet blij mee. Cliëntenraden hebben geen invloed op de vraag of een fusie al dan niet plaatsvindt. Het is overheidsbeleid dat instellingen fuseren. Terwijl er aan de andere kant wordt gezegd naar de cliënten te luisteren. Maar de stem van de cliëntenraden is niet doorslaggevend voor het al dan niet doorgaan van een fusie."

De implementatie van de WMCZ viel zoals gezegd samen met fusies. Vooral de beginnende RIAGG-clieñtenraden hadden het hier moeilijk mee: "Mensen in RIAGG-clieñtenraden begonnen en hadden elkaar net de hand gegeven en de derde vergadering moesten ze al een advies geven over een fusie. Het is niet gek dat mensen zeggen dat ze daar horendol van worden". De LPR adviseert de cliëntenraden vooral om zich te concentreren op concrete zaken en gaandeweg te kijken naar ingewikkelde kwesties: "Het is een afweging om op een redelijke termijn tot een bepaald niveau te komen of in een korte tijd de heleboel op te blazen. Cliëntenraden kunnen namelijk ongemotiveerd raken als het te abstract wordt. Er komen steeds meer onderwerpen op raden af. Onderwerpen zijn soms te abstract. Veel raden zijn begonnen en hadden na een aantal jaren pas een reglement."

Door de fusie is het een en ander veranderd, zo meldt een coördinator van een Cliëntenbelangenbureau: "Het is moeilijk om mensen bij de cliëntenraad te betrekken en te houden. Via mailing worden leden geworven. Drie of vier keer per jaar worden er door middel van een stand in de hal mensen benaderd om een enquête in te vullen over bijvoorbeeld nieuwbouw. Dit wordt dan ook benut om mensen aan te spreken. Er is contact met de achterban door middel van een nieuwsbrief die eenmaal in de drie maanden uitkomt. Deze wordt verspreid via wachtkamers. Daarnaast probeert het cliëntenbelangenbureau overal te zijn waar cliënten zijn. Het is een regionaal netwerk van een klein groepje mensen. Mensen nemen vaak niet alleen deel aan de cliëntenraad maar zitten daarnaast ook in een platform en hebben contact met een cliëntenbond. Het is een netwerk van bekenden. Het is moeilijk om daar nieuwe cliënten bij te betrekken. Het is lastig in een ambulante setting mensen te benaderen. Mensen die benaderd worden kunnen dat ervaren als stigmatiserend. Zij blijven het liefst anoniem. Per locatie wordt er getracht zoveel mogelijk mensen van de locatie zelf bij de cliëntenraad te betrekken. Het liefst mensen die zelf ervaring hebben met de hulpverlening. In principe staat de cliëntenraad ook open voor familieleden. Tenslotte is het moeilijk om contact te krijgen met allochtone cliënten. Het is moeilijk om zicht te krijgen op deze cliënten en contact te onderhouden."

Een directeur van een grote gefuseerde instelling is van oordeel dat de WMCZ niet goed aansluit op de organisatorische ontwikkelingen in de GGZ: "Onze organisatie veranderde in een circuitorganisatie. Zo werd bijvoorbeeld het idee van ambulante belangenbehartiging hierdoor minder van belang. Binnen de circuits wordt er gestreefd naar een zoveel mogelijke ambulante behandeling. De grenzen zijn daardoor aan het schuiven. De vraag die daarbij naar voren komt

is of je in een grote organisatie uit de voeten kan met medezeggenschap van een bepaalde groepering. Of zou er in één centrale cliëntenraad afstemming tussen de verschillende groeperingen moeten zijn. Binnen de instelling zijn er meer dan twintig cliëntenorganisaties. Wanneer de WMCZ spreekt van medezeggenschap op locatieniveau dan gaat zij ervan uit dat een locatie een stabiele eenheid is. Het komt echter voor dat iemand na een intake bij verschillende behandelpaatsen terechtkomt. Het cliëntenbestand is fluctuerend. Er zijn cliënten die een korte behandeling krijgen en sommigen krijgen juist een langere behandeling. Er zijn Multi Functionele Eenheden in de stad waar mensen in de wijk behandeld worden. Dit is gebaseerd op het idee dat de psychiatrie dichtbij de samenleving moet staan. De wet sluit niet aan bij hoe het nu is ontwikkeld. De wet is op sommige punten misschien teveel uitgewerkt. Bij het adviesrecht bij de benoeming van een afdelingshoofd gaat de wet uit van een klinisch model. De bevoegdheid is immers beperkt tot afdelingshoofden van 'verblijfsafdelingen'. Het is dan voorstelbaar dat mensen een zware stem hebben. Maar dat is anders als je mensen autonomie geeft, bijvoorbeeld bij cliënten met een eigen huis die verblijven op de verblijfsafdeling. Toen de wet werd geschreven zijn deze ontwikkelingen niet voorzien."

4.2 Representativiteit

De WMCZ stelt aan de cliëntenraden de eis dat zij representatief dienen te zijn voor de cliënten van de instelling. Er wordt echter niet duidelijk aangegeven wat hiermee bedoeld wordt. Volgens de WMCZ kunnen ook niet-clieuten in de raad zitten. Op dit punt is de wet een verslechtering vergeleken bij de oude bestaande situatie in de geestelijke gezondheidszorg. In de praktijk blijkt dat ook. In RIAGG-clieutenraden doen niet-ervaringsdeskundigen hun intrede. Voorheen werden via cliuten andere leden gezocht. De meeste RIAGG's zetten nu een advertentie in de krant. Gevolg hiervan is dat er niet-ervaringsdeskundigen in raden kwamen. Dit heeft tot nogal wat discussie geleid. In Veldwijk leidde dit tot een kort geding. De instelling werd gedagvaard door de raad. De instelling wilde fusie tussen cliutenraad en familieraad inzetten. De rechter zei: "Los het samen maar op, want als ik een oordeel moet vellen, laat ik het toe." Dit heeft geleid tot een compromis. Er zijn hele goede niet-ervaringsdeskundigen die heel bekwaam zijn voor deelname aan een cliutenraad, maar er zijn cliutenraden die zijn overdonderd door niet-ervaringsdeskundigen, zo wordt door een van de sleutelfiguren opgemerkt.

Uit het onderzoek van Honig (2000) blijkt dat in bijna alle gevallen de cliutenraad bestaat uit cliuten en ex-clieuten. Verder merkt Honig op dat "het in de kinder- en jeugdpsychiatrie en de RIAGG heel gewoon is dat vertegenwoordigers en familieleden in de cliutenraad zitting kunnen nemen. Wat betreft de kinder- en jeugdpsychiatrie is opgemerkt dat de combinatie van jongeren en vertegenwoordigers niet goed werkt omdat de stem van de jongeren onvoldoende tot zijn recht kan komen. Over het algemeen zijn de cliutenraden van mening dat zij in redelijke mate representatief zijn voor de cliutenpopulatie." (p.14)

4.3 Betrokkenheid van cliuten bij kwaliteitsbeleid en kwaliteitszorg

Eén van de doelstellingen van de WMCZ is door de medezeggenschap de cliuten meer te betrekken bij het kwaliteitsbeleid en het cliutenperspectief een grotere rol te laten spelen in de kwaliteitszorg.

In 1989 heeft de LPR het initiatief genomen tot de ontwikkeling van een kwaliteitsinstrumentarium ter beoordeling van de kwaliteit van de zorg in de psychiatrische ziekenhuizen vanuit het cliutenperspectief. Dit heeft geresulteerd in een kwaliteitssysteem met cliutenradenvisitatiecommissies, dat inmiddels in een aantal psychiatrische ziekenhuizen is toegepast. In 1994 heeft de LPR samen met de voormalige NVBW het initiatief genomen tot de ontwikkeling van een soortgelijk instrumentarium ten behoeve van de beschermende woonvormen, bestaande uit een

combinatie van cliëntenraadpleging en een visitatieprocedure. Ook dit kwaliteitsinstrumentarium is inmiddels in een aantal beschermende woonvormen geïmplementeerd. En tenslotte heeft de Cliëntenbond een aanzet gegeven tot een instrument ter beoordeling van de kwaliteit van de ambulante GGZ via de brochure 'Eigen kijk op kwaliteit'.

Van meet af aan heeft de LPR gestreefd naar structurele financiering van het door haar ontwikkelde kwaliteitsinstrumentarium. Een flinke stap op weg hier naartoe werd gezet in de zogeheten Uitkomst van Overleg 1998 en 1999 tussen Zorgverzekeraars Nederland en GGZ-Nederland. Daarin werd namelijk een bepaling opgenomen over kwaliteitstoetsing vanuit cliëntenperspectief:

- De instelling is verplicht zich (periodiek) te laten toetsen door cliënten op het kwaliteitsaspect.
- Over de wijze waarop deze toetsing in de regio gestalte krijgt (en de rapportage hierover) dienen het zorgkantoor, de GGZ-instelling en een vertegenwoordiging van patiënten/cliënten afspraken te maken.
- De hiertoe benodigde middelen zullen op basis van een COTG-beleidsregel worden toegevoegd aan het budget van de cliëntenraad van de betreffende instelling.
- Deze toetsing is onderdeel van het kwaliteitsbewakend systeem van de instelling.
- Naast de cliëntenraad dienen in principe ook andere regionale patiënten/cliëntenorganisaties te worden betrokken (bijvoorbeeld in RPCP verband).
- Voor de toetsing kan gebruik worden gemaakt van door de landelijke patiëntenorganisaties ontwikkelde kwaliteitstoetsingssystemen.

Deze afspraak tussen ZN en GGZ-Nederland vormde de basis voor een afspraak tussen de LPR, de Cliëntenbond en genoemde twee partijen over een financieel kader van kwaliteitstoetsing vanuit cliëntenperspectief. GGZ-Nederland heeft zich bereid getoond voor de bovengenoemde kwaliteitstoetsing vanuit cliëntenperspectief via een - inmiddels vastgestelde - COTG-beleidsregel gelden beschikbaar te stellen via de cliëntenraden voor kwaliteitstoetsing vanuit cliëntenperspectief. Krachtens deze beleidsregel dienen alle betrokken partijen in de regio afspraken te maken over de wijze van (periodieke) toetsing. Partijen in de regio zijn: toegelaten GGZ-instellingen, cliëntenraden en GGZ-cliëntenorganisaties in de regio (waar mogelijk in RPCP-verband) en het zorgkantoor. In de betreffende beleidsregels van het COTG zijn de volgende bedragen opgenomen voor dit doel:

RIBW: In 1999 f 0,02 per inwoner/plaats, in 2000 f 0,024 per inwoner/plaats.

Voor instellingen met een landelijke of bovenregionale functie wordt uitgegaan van f 50,- (in 2000: f 60,55) per plaats.

RIAGG: 1999 f 0,05 per inwoner/plaats, in 2000 f 0,061 per inwoner/plaats.

APZ: In 1999 In f 0,08 per inwoner/plaats, in 2000 f 0,097 per inwoner/plaats.

Voor instellingen met een landelijke of bovenregionale functie wordt uitgegaan van f 50,- (in 2000: f 60,55) per plaats.

Indien het beschikbare bedrag niet tot (volledige) besteding leidt wordt het gereserveerd voor het volgende jaar. Voor de landelijke implementatie is voorts voor de gezamenlijke cliëntenorganisaties een bedrag beschikbaar van f 500.000,--

Uit het onderzoek van Sluijs en Wagner (2000, p. 83) blijkt dat bijna tweederde (63%) van de GGZ-instellingen de cliëntenraad betreft bij het bespreken van de uitkomsten van de klachtenregistratie of de uitkomsten van satisfactieonderzoek. Bijna de helft van de GGZ-instellingen (46%) betreft de cliëntenraad bij het opstellen van normen of criteria. De participatie van de cliëntenraad in kwaliteitscommissies (32%) of in verbeterprojecten is niet hoog te noemen. En tenslotte zijn tot nu toe weinig GGZ-instellingen beoordeeld of getoetst door een cliëntenorganisatie.

4.4 Facilitering

De LPR profileert zich als de landelijke koepelorganisatie die de belangen behartigt van cliëntenraden en cliëntencommissies in alle deelsectoren van de geestelijke gezondheidszorg. De cliëntenraden en commissies zijn als deelnemers bij de LPR aangesloten. Het doel van de LPR is het bevorderen van de invloed van cliënten op hun woon-, leef-, en behandel-/begeleidingssituatie. De stichting LPR stimuleert de oprichting van raden binnen de instellingen van de geestelijke gezondheidszorg. Zij geeft adviezen aan raden en biedt allerlei vormen van assistentie. Daarnaast ondersteunt de LPR andere vormen van medezeggenschap en participatie, zowel binnen als buiten de instellingen. De stichting LPR wil ook in algemene zin de democratisering in de geestelijke gezondheidszorg bevorderen. Zij ijvert bij de overheid voor een goede wet- en regelgeving; zij oefent invloed uit op instanties die beleid maken; zij geeft voorlichting aan betrokkenen en probeert de publieke opinie te beïnvloeden. De LPR assisteert cliëntenraden en geeft adviezen bij het opzetten van nieuwe cliëntenraden. Daarnaast organiseert de LPR activiteiten ten behoeve van deskundigheidsbevordering. De LPR ontwikkelt en verspreidt ook informatiemateriaal ten behoeve van cliëntenraden. Daarnaast ondersteunt en faciliteert de LPR cliëntenraden bij het uitvoeren van kwaliteitstoetsingen vanuit cliëntenperspectief.

De WMCZ schrijft voor dat de zorgaanbieder de cliëntenraad tijdig en desgevraagd schriftelijk alle inlichtingen en gegevens verstrekt die de raad voor de vervulling van zijn taak redelijkerwijs nodig heeft. Uit het onderzoek van Honig (2000) blijkt dat "cliëntenraden over het algemeen schriftelijke informatie ontvangen die desgewenst voorzien wordt van een mondelinge toelichting (...). Informatie die cliëntenraden ontvangen betreft begroting en jaarrekening, jaarverslag, beleids-, activiteiten- en reorganisatieplannen en, in geval van fusie, intentieverklaring en fusiedocument. (...) Wanneer de zorgaanbieder weigert bepaalde gegevens aan de cliënten te verstrekken, proberen de raden deze te bemachtigen door aan te houden of door een ander kanaal aan te boren, zoals de ondernemingsraad" (p. 6). Honig concludeert dat de cliëntenraden veel informatie ontvangen, maar niet alle beleidsmatig relevante gegevens waarover zij voor de vervulling van hun taak redelijkerwijs dienen te beschikken.

De WMCZ legt de instelling de verplichting op om de cliëntenraad te voorzien van de faciliteiten die voor haar functioneren benodigd zijn. Uit het onderzoek van Honig (2000) blijkt dat de meeste cliëntenraden de beschikking hebben over alle faciliteiten die aanwezig zijn in de instelling, waaronder kantoorruimte en apparatuur. De sleutelfiguren merken op dat de budgetten nogal verschillen per cliëntenraad. Instellingen zijn verplicht het functioneren van de cliëntenraad mogelijk te maken, maar de ene instelling interpreteert dit ruimer dan de ander (bijvoorbeeld bijscholing en nascholing). "Instellingen moeten het er allemaal extra bij regelen, zonder extra budget, terwijl er ook wachtlijsten staan aan de voordeur. De laatste paar jaar zijn er vijf nieuwe wetten ingevoerd in de geestelijke gezondheidszorg en instellingen hebben geen extra geld gekregen om dat uit te voeren, terwijl er wel wachtlijsten zijn. Per instelling verschilt het waar prioriteit aan wordt gegeven. De een gaat met grote kwaliteitprojecten aan de slag, de ander aan ruimere bevoegdheden aan de cliëntenraad en weer een ander besteedt zijn aandacht aan de wachtlijsten. De instellingen zijn hierin autonoom", aldus een beleidsmedewerker van GGZ Nederland. Ook Honig (2000) constateert grote verschillen in de (materiële) ondersteuning van cliëntenraden: "Alle cliëntenraden hebben een vorm van ondersteuning, in sommige gevallen beperkt tot secretariële ondersteuning. Verder hebben de meeste raden een budget toegewezen. De hoogte van het budget loopt enorm uiteen." (p. 13).

4.5 Cliëntenraden in de overige sectoren van de geestelijke gezondheidszorg

In de verslavingszorg komen volgens de door ons geïnterviewde sleutelfiguren de cliëntenraden heel moeilijk van grond. Dit heeft volgens geïnterviewden te maken met de populatie. Ook voor de ambulante en intramurale verslavingszorg geldt dat het lastig is om cliënten voor de cliëntenraad te werven. Soms was er wel een cliëntenraad, maar dan liepen de cliënten weer weg. Er is onlangs een project afgesloten waarbij wordt gekeken in hoeverre (breder dan cliëntenraden) de participatie in de verslavingszorg van de grond kan komen. Pogingen om cliëntenraden bij Bureaus voor Alcohol en Drugs op te richten, zijn in veel gevallen gestrand. Verslavingsinstellingen vallen bovendien onder gemeenten en zij hebben vaak weinig budget. Er wordt geen geld uitgetrokken om een ondersteuner aan te trekken. Honig (2000) constateert wel dat er na invoering van de WMCZ sprake is van een behoorlijke toename van cliëntenraden.

Ook het aantal cliëntenraden in de kinder- en jeugd GGZ is achtergebleven (Honig, 2000, p.3).

Ten aanzien van de dagactiviteitencentra (DAC) bestaat veel onduidelijkheid. De steungroep DAC constateert dat er enkele zelfstandige dagactiviteitencentra bestaan. In deze DAC's is er sprake van een wettelijke verplichting tot de instelling van cliëntenraden. In de praktijk gebeurt dit echter niet. De meeste dagactiviteitencentra zijn ondergebracht bij de RIAGG, het psychiatrisch ziekenhuis of de instelling voor beschermd wonen (Jaarverslag LPR, 1998). Met name bij de laatste constructie wordt geconstateerd dat er onduidelijkheid bestaat over de wettelijke status van medezeggenschap via cliëntenraden. Uit het onderzoek van Honig (2000) blijkt dat er in de dagactiviteitencentra wel deelnemers- of bezoekersraden zijn: "echter in veel gevallen zonder de status van cliëntenraden ex WMCZ." (p.3).

5 Het adviesrecht

Eén van de belangrijkste elementen van het functioneren van cliëntenraden is de uitoefening van het wettelijk adviesrecht.

Een goede cliëntenraad en reglementen leveren nog geen goede participatie op, zo luidt de stelling van een directeur van een RIBW: "Het is slechts een middel. Het is belangrijk dat er voeding is vanuit de achterban. De geluiden van cliënten moeten serieus worden genomen en dat is een continu proces. Volgens de letter van de wet kan er wel een bewonersraad zijn, maar dat zegt niets over de feitelijke medezeggenschap. Het is van belang niet te veel bezig te zijn met reglementen. Dit kan namelijk tot gevolg hebben dat iedere partij zijn eigen belang gaat nastreven. Het wordt dan een soort wedstrijd waarin iedereen probeert te scoren. Dit is een slechte ontwikkeling". Hij benadrukt dat het gaat om de geest van de wet: "Medezeggenschap is een managementstool en een volwaardig eigentijds instrument. Anders zou de organisatie eenzijdig vanuit de aanbodkant vorm en inhoud worden gegeven. In een cliëntenraad kunnen ook mensen zitten die willens en wetens een persoonlijk belang behartigen. Zij hebben bijvoorbeeld klachten over een bepaalde gang van zaken. Dit zijn niet altijd mensen met de meest democratische inslag. De raad zelf heeft in een reglement vastgelegd dat het moet gaan om mensen die gekozen zijn om op deze wijze het democratisch gehalte te waarborgen. (...) Het is belangrijk dat er een goede open communicatie is op verschillende niveaus. Op het decentrale niveau is het van belang dat mensen inspraak hebben op hun directe leefomstandigheden. Het gaat daarbij om afgeleide bevoegdheden van de cliëntenraad. Een voorbeeld hiervan is restitutie van voedingsgeld. De centrale bewonersraad wilde graag een uniforme regeling zodat mensen die langer dan twee dagen weg zijn het voedingsgeld retour krijgen. De directie was

bereid dit in te voeren maar er waren ook huizen die dit zelf op een andere manier hadden geregeld. Er waren erbij die na een dag al geld teruggaven. Er is besloten dat er per woongroep bepaald kan worden wat er gebeurt met het voedingsgeld als iemand niet aanwezig is. Er bestaat in deze RIBW al een lange tijd een sollicitatiecommissie waarin een afvaardiging zit van bewonersgroepen en DAC's: "In het begin is wel gedacht of mensen dat wel aan kunnen, maar er zijn altijd volwaardige gesprekken uit voortgevloeid. De sollicitatiegesprekken beperken zich niet alleen tot afdelingshoofden, maar voor groepsleiding en hoofden. Ten behoeve van ieder nieuw personeelslid worden gesprekken met bezoekers- of bewonerscommissies gevoerd. Kandidaten vinden dit ook vaak een van de opvallendste dingen. Vanuit de eigen beleving stellen cliënten hele andere vragen dat het personeel. Dit heeft een markante inbreng". Door de cliëntenraad van deze RIBW wordt er ook ongevraagd advies uitgebracht. De cliëntenraad is nauw betrokken bij het beleidsplan. De cliëntenraad praat mee over beleid ten aanzien van bijvoorbeeld stagiaires en wijst op de continuïteit van zorg. Wel wordt er steeds minder formeel advies gevraagd, het advies zit al in het meepraten. Cliënten participeren in alle gremia en zitten in beleidsoverleg met alle hoofden en de staf. Ze zitten in alle werkgroepen. Ze zitten ook in FAUNA (faults en near accidents), een commissie voor meldingen van fouten van het personeel. Medezeggenschap is een continu proces van instellen/bijstellen en zoeken naar de achterban. Het blijft een zorg. Voeding vanuit de achterban vraagt voortdurend aandacht. Zowel top-down als bottom-up. Cliënten zijn actief in consumerrun-projecten en dat draagt enorm bij tot emancipatie. Cliënten hebben eigen ideeën Zij hebben een eigen woonbureau opgericht. Als directeur moet je er constant op alert zijn om de cliëntenraad erbij te betrekken, soms wordt het ook vergeten. Het is ook belangrijk dat de cliëntenraad leesbare stukken krijgt. Dat betekent dat sommige stukken eerst herschreven moeten worden".

Ook de cliëntenraden in de RIAGG's brengen gevraagd en ongevraagd advies uit. Zo heeft de cliëntenraad van de RIAGG Maastricht bijvoorbeeld geadviseerd ten aanzien van:

- structuurplannen en toekomstvisies;
- samenwerking met het psychiatrisch ziekenhuis;
- benoeming van afdelingshoofd;
- formele wijziging in structuur directie (van tweehoofdige, naar eenhoofdige directie);
- de begroting;
- klachtenprocedures.

Volgens een sleutelfiguur die zelf onder meer lid is van een RIAGG-clientsraad is het belangrijkste effect van de cliëntenraden "dat de directies genoodzaakt zijn om met cliënten om te gaan structureel en regelmatig. Dat is grote winst. Managers leren met cliënten om te gaan en krijgen zo zicht op wat het is om psychiatrische problemen te hebben (kennis van de doelgroep). Het is afhankelijk van het onderwerp en de vraag of de directie er iets mee doet".

"Veel raden hebben allereerst problemen (gehad) met het beoordelen van hun positie na een fusie", zo stelt een sleutelfiguur: "Zij zeggen tegen een fusie 'ja' en beseffen niet wat dat voor consequenties heeft voor hun positie. Zij weten bijvoorbeeld niet dat zij hierdoor een andere gesprekspartner krijgen. Doordat de raad niet precies weet wat het betekent worden ze vaak te laat met het probleem geconfronteerd. Overigens werden acht van de tien plannen te laat gepresenteerd. Leden van de cliëntenraad waren hierdoor niet meer in de gelegenheid om duidelijkheid te krijgen over de consequenties van de fusie. Niet alleen ten opzichte van de inhoud van medezeggenschap maar ook de inhoud van de zorg".

Een fusie maakt het functioneren van een cliëntenraad een ingewikkelde zaak. Zo duurt het bijvoorbeeld soms zes weken voordat een bepaald besluit bij de verantwoordelijke directie komt. Vervolgens duurt het dan weer vier weken voor het bij het middenmanagement is: "Dit

traject is te lang. De lijnen moeten duidelijk en kort zijn”. In de oude situatie hadden leden van de cliëntenraad te maken met iemand die inhoudelijk en financieel verantwoordelijk was voor de instelling of voor dat deel. Nu is het middenmanagement vaak gesprekspartner: “Zij zeggen dat zij geen beslissingen kunnen nemen, terwijl er veelal sprake is van resultaatverantwoordelijke eenheden waar wel degelijk besluitvorming kan plaatsvinden”, aldus een sleutelfiguur.

Dat een fusie het functioneren van een cliëntenraad ingewikkelder maakt wordt bevestigd tijdens de interviews met andere sleutelfiguren: “Onder de rechtspersoon vallen verschillende locaties. Waaronder een locatie waar een ex-RIAGG onder valt. Onder een andere locatie valt een APZ. En onder weer een andere locatie valt een multifunctionele eenheid waarin een APZ en ex RIAGG zit. Doordat er locatiemanagers zijn wordt de communicatie ondoorzichtig. De Raad van Bestuur wil zaken doen met één centrale cliëntenraad. De centrale cliëntenraad kan bepaalde bevoegdheden delegeren naar de locatieraad. De locatieraden hebben ook de bevoegdheden om op locatieniveau ongevraagd advies uit te brengen. Er kan ook rechtstreeks op locatieniveau gevraagd advies uitgebracht worden. De positie van de regiomanagers is echter niet helder ten opzichte van de Raad van Bestuur. Het was tijdens de fusie heel moeilijk om een cliëntenraad in stand te houden. De nadruk ligt dan toch op een sterke centrale raad. De belasting van mensen wordt heel groot wanneer zij zowel op locatie als op centraal niveau het werk moeten doen. Cliënten in de GGZ zijn vaak beperkt belastbaar. De belasting die op ze neerkomt is groot. En de continuïteit kan niet worden geboden. Door middel van meer ondersteuning zou dit kunnen worden ondervangen. Maar je kunt je afvragen of dit wel zo'n gunstige ontwikkeling is. De ondersteuners missen vaak het gevoel dat cliënten hebben ten aanzien van de bejegening en het niet gelijkwaardig behandelen van mensen. Het gevolg van al deze ontwikkelingen is dat het zowel op centraal als op decentraal niveau slecht is gesteld met het adviesrecht. Nadat er een beslissing is genomen wordt er pas advies gevraagd. Zo krijgt de cliëntenraad soms pas de begroting te zien als hij door iedereen is goedgekeurd. Er is op locatieniveau geen enkele adviesvraag. De oorzaak hiervan is gelegen in het feit dat de locatiehoofden niet weten hoe zij moeten omgaan met cliëntenraden. Het is voor iedereen nieuw, de wil is er wel. De cliëntenraad wordt wel om advies gevraagd bij bejegeningsonderzoek of bij het informatiecentrum, maar niet bij officiële adviezen. De instelling vergeet advies te vragen of weet niet dat er advies gevraagd zou moeten worden. Het is voor de cliëntenraad ook lastig om constant in beeld te zijn. Door de fusies krijgen de cliëntenraden te maken met hele andere wetten en regelingen, waar je bijvoorbeeld als cliëntenraad van de RIAGG eerst niet mee van doen had. De centrale raad beschikt over allerlei maatregelen en middelen en het duurt een poosje voordat mensen daar in thuis zijn”.

Uit het onderzoek van Honig (2000) blijkt dat de zorgaanbieders de cliëntenraden veelvuldig om advies vragen. Het blijkt echter regelmatig voor te komen dat het advies te laat of zelfs helemaal niet gevraagd wordt. De cliëntenraden hebben gemiddeld zes weken de tijd om een advies op te stellen. De wijze waarop verder inhoud gegeven wordt aan het adviesrecht van cliëntenraden verschilt per instelling: “Zo zijn er zorgaanbieders die precies handelend volgens de WMCZ de cliëntenraad hun besluit schriftelijk mededelen. Anderen laten dit achterwege. (...) Het lijkt erop dat in de meeste gevallen cliëntenraden en zorgaanbieders blijven onderhandelen tot er een compromis bereikt is. Slechts in zeer uitzonderlijke gevallen, en dan alleen wanneer het een voor de cliëntenraad bijzonder belangrijke zaak betreft, maakt de cliëntenraad het geschil aanhangig bij de landelijke geschillencommissie. (...) Alle cliëntenraden maken gebruik van de mogelijkheid om ongevraagd advies uit te brengen. Het gaat dan veelal over zaken die het directe cliëntenbelang raken, zoals een vakantieregeling, de aanstelling van een vertrouwenspersoon, grensoverschrijdend gedrag, voedingsgeld en verbouwing. (...) Ongeveer de helft van de cliëntenraden heeft bovenwettelijke bevoegdheden, die in de oude samenwerkingsovereenkomst opgenomen stonden en als zodanig ook terug te vinden zijn in de oude

model samenwerkingsovereenkomst van NZR en LPR. Alleen de bevoegdheid om in contact te treden met het bestuur of de raad van toezicht heeft nogal eens schipbreuk geleden bij het vaststellen van de nieuwe samenwerkingsovereenkomst na invoering van de WMCZ” (Honig, 2000, p.11).

Wat is nu het effect van het adviesrecht van de cliëntenraden? In het onderzoek van Sluijs en Wagner (2000, p.85) geeft 74% van de GGZ-instellingen aan dat aan de cliëntenraad wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan. En een zelfde aantal GGZ-instellingen (74%) meldt dat aanbevelingen van de cliëntenraad vertaald worden in (nieuw) beleid.

6 Colleges van vertrouwenslieden

In de juridisch-technische analyse is aangegeven dat de cliëntenraad bij de kantonrechter een aantal verplichtingen van de zorgaanbieder kan afdwingen, waaronder het instellen van een cliëntenraad of een commissie van vertrouwenslieden. Voordat de kantonrechter ingeschakeld wordt moet er een schriftelijk verzoek naar de zorgaanbieder, waarin gevraagd wordt binnen een redelijke termijn aan dat verzoek te voldoen.

De WMCZ bepaalt dat iedere instelling een commissie van vertrouwenslieden moet instellen, waaraan de directie een uitspraak kan vragen indien zij een bepaald voornemen, vallend onder het verzwaard adviesrecht van de cliëntenraad, ondanks het negatieve advies van de cliëntenraad toch wil doorzetten. Ook de cliëntenraad kan de commissie van vertrouwenslieden inschakelen, als er geschillen zijn met de zorgaanbieder over de uitvoering van onderwerpen waarover de cliëntenraad (verzwaard) adviesrecht heeft.

De actoren in de sector GGZ hebben hierbij gekozen voor een landelijk college van vertrouwenslieden. Er is een landelijke geschillencommissie ingesteld door de LPR en GGZ-Nederland. De geschillencommissie wordt gevormd door één lid namens de cliënten, één lid namens de zorgaanbieders en een onafhankelijk voorzitter. Er is een pool gevormd van mensen die als onafhankelijke voorzitter kunnen fungeren, mensen die voorgedragen worden vanuit de cliënten en mensen die voorgedragen worden vanuit de zorgaanbieders. Per geschil wordt een landelijke geschillencommissie geformeerd uit die verschillende pools. Om de beurt heeft het LPR of GGZ-Nederland het secretariaat. De Landelijke Geschillencommissie behandelt ook geschillen van instellingen van ambulante verslavingszorg, RIAGG's en RIBW's. Er is een reglement Landelijke Geschillencommissie LPR-GGZ. Er zijn verder geen regionale geschillencommissies.

Er worden niet veel geschillen aan de commissie voorgelegd. Wat hier meespeelt is dat het voor veel raden een hele stap is om naar de geschillencommissie te stappen. Het wordt toch ervaren als not done. Het wordt mensen ook niet in dank afgenomen als ze dat wel doen: “Men moet zich afvragen of een cliëntenraad naar de Landelijke Geschillencommissie moet stappen als zij is gepasseerd. Immers van sommige beslissingen weet je dat ze niet worden teruggedraaid, en het verziekt de sfeer”.

Honig (2000) stelt dat een mogelijke verklaring hiervoor ook ligt in het gegeven dat er bij de cliëntenraden in de GGZ over het algemeen een grote tevredenheid bestaat over het eigen functioneren en het optreden van de zorgaanbieder (p.17).

De WMCZ heeft al met al wel een aantal bevoegdheden geschapen, maar in de GGZ is er nog nauwelijks iemand naar de kantonrechter gegaan. Met andere woorden, de WMCZ heeft niet bewerkstelligd dat men zijn recht gaat halen. Raden blijven vaak heel lang onderhandelen met directies.

Het stelsel van cliëntenraden binnen een rechtspersoon: centrale cliëntenraad, cliëntenraden en cliëntencommissies

De WMCZ bepaalt dat er in iedere instelling een cliëntenraad behoort te zijn. Wanneer een zorgverlener meer instellingen omvat, moeten er dus even zoveel cliëntenraden komen. Het beleid van de directie van de centrale stichting raakt dikwijls de directe belangen van de cliënten in de afzonderlijke instellingen. Dit beleid kan in allerlei opzichten adviesplichtig zijn. De consequentie hiervan is dat de centrale directie dan hierover advies moet vragen aan de cliëntenraden van de afzonderlijke instellingen. Het aantal hiervan kan groot zijn. De directies vinden dit bezwaarlijk, willen voor alles één aanspreekpunt en kiezen voor één centrale cliëntenraad ex WMCZ met daaronder een aantal commissies. Het zijn dan de raden die een centrale cliëntenraad instellen.

Honig (2000) stelt dat de discussie over het begrip 'instelling' pas echt actueel is geworden als gevolg van de fusiegolf die kort na de invoering van de WMCZ op gang is gekomen: "De onduidelijkheid over het begrip instelling, de vele fusies en reorganisaties, hebben tot gevolg gehad dat er verschillende invullingen van medezeggenschap zijn ontstaan in onderling vergelijkbare organisaties. Hoewel er in vrijwel alle fusieorganisaties gekozen is voor een vorm van getrapte medezeggenschap, heeft dit in de ene organisatie geresulteerd in een medezeggenschapsconstructie van cliëntenraden en een centrale cliëntenraad en in de andere in een structuur van een cliëntenraad en cliëntencommissies. Daar waar gekozen is voor de constructie van een centrale cliëntenraad en cliëntenraden is niet in alle gevallen gekozen voor het schriftelijk en formeel afstand doen van bevoegdheden. In veel gevallen stellen de cliëntenraden van de oude instellingen een centrale cliëntenraad in, waarop deze op zijn beurt cliëntenraden instelt overeenkomstig de nieuwe organisatiestructuur van de fusie-instelling en daarbij de bevoegdheden verdeelt. Hiermee wordt in feite een omgekeerde werkwijze gevolgd waarbij de zelfstandigheid van de nieuwe cliëntenraden van het begin af aan is aangetast, welke later moeilijk te herstellen blijkt. Met als gevolg dat er conflicten ontstaan tussen cliëntenraad en centrale cliëntenraad" (p.4).

Veel centrale cliëntenraden in de geestelijke gezondheidszorg zijn ontstaan uit een overlegorgaan voor de fusie. Men zag de fusie aankomen en vertegenwoordigers van bestaande raden gingen bij elkaar zitten. In Groningen heet dat Centraal Overleg Cliëntenraden. In Noord-Holland heette het de Kerngroep Samenwerkende Cliëntenraden (KSC). Op het moment van fusie werden deze gevormd tot een centrale cliëntenraad. Er zijn verschillende varianten. In Friesland was er intern de afspraak dat in principe alle bevoegdheden naar de centrale raad werden gedelegeerd. Maar binnen twee jaar zou het merendeel van de bevoegdheden weer worden gedelegeerd naar districtsraden. De districtsraden kwamen echter niet van de grond omdat alles centraal werd geregeld. In Drenthe is gezegd dat de oude raden blijven bestaan, op papier is er een centrale cliëntenraad. Deze wordt alleen bij elkaar geroepen als het moet.

Uit de interviews met sleutelfiguren blijkt dat veel instellingen voorstander zijn van een 'sterke' centrale cliëntenraad: "De Raad van Bestuur wil zaken doen met één centrale cliëntenraad. De centrale cliëntenraad kan bepaalde bevoegdheden delegeren naar de locatieraad. De locatieraden hebben ook de bevoegdheid om op locatieniveau ongevraagd advies uit te brengen. Er kan ook rechtstreeks op locatieniveau gevraagd advies uitgebracht worden. (...) De patiëntenraad van het APZ werd door de Raad van Bestuur in het fusietraject gezien als de centrale raad. Dit pikten de andere cliëntenraden niet. (...) Er is een samenwerkingsovereenkomst van alle cliëntenraden met de centrale cliëntenraad. Daarin zijn geen bepalingen opgenomen over het afstaan van bevoegdheden. De informatievoorziening aan de centrale raad is een heikel punt.

Beslissingen waren vaak al genomen voordat de centrale cliëntenraad in de gelegenheid is gesteld advies uit te brengen. Sinds kort is dit veranderd. Alle stukken die de Raad van Bestuur naar de ondernemingsraad stuurt gaan ook naar de centrale cliëntenraad”.

Om de problemen van het adequaat functioneren van een cliëntenraad in een complexe organisatie aan te pakken heeft de LPR een model ontwikkeld, waarbij drie niveaus van medezeggenschap onderscheiden worden. Het zwaartepunt ligt bij de (instellings)cliëntenraden in de zin van de WMCZ. Kenmerk is dat zij de overlegpartner zijn die alle bevoegdheden hebben inclusief de bevoegdheid deze af te dwingen. Daarnaast is er een centrale cliëntenraad en onder de (instellings)cliëntenraden functioneren commissies. Een commissie kan bevoegdheden hebben, maar heeft niet de mogelijkheid de bevoegdheden af te dwingen. De cliëntenraden kunnen desgewenst schriftelijk bevoegdheden afgeven naar de centrale cliëntenraad, maar ook naar de commissies.

Binnen dit model kunnen bevoegdheden die van toepassing zijn op de werkvloer naar de commissies worden gemandateerd en bevoegdheden die op het centrale niveau thuishoren naar boven worden gedelegeerd. Bij het RIBW ligt de bevoegdheid van de benoeming van afdelingshoofden bijvoorbeeld bij de raad. Heeft een RIBW een commissie dan moet die hele raad zich daar niet mee bemoeien. Die bevoegdheden zouden naar die commissie gemandateerd moeten worden. Deze krijgen met dat afdelingshoofd te maken.

Er zijn inmiddels voorbeelden waar het getrapte model van de centrale cliëntenraad, cliëntenraden en cliëntencommissies in praktijk wordt gebracht, zoals in de Robert Fleury Stichting en Parnassia.

In de Robert Fleury Stichting functioneert de patiëntenadviesraad (PAR) als centrale cliëntenraad en bestaat uit tien personen. Dit zijn voorzitters van de drie locatieraden –aangevuld met de ondersteuners- en enkele leden van de locatieraden. De PAR vormt het bestuur van de locatieraden en is daarmee een centrale cliëntenraad in de zin van de WMCZ. De locatieraden hebben zelf hun verantwoordelijkheid ten aanzien van locatiegebonden zaken en overleggen daarover met de aangewezen locatiemanager. Bij zaken die het locatieniveau overstijgen, verzoekt de locatiemanager om overleg met de PAR. Locatieoverstijgende zaken worden in alle locatievergaderingen behandeld, en vervolgens geagendeerd voor het bestuursoverleg waar de definitieve besluitvorming plaatsvindt.

Een lid van de (locatie)raad (en dus ook een lid van de PAR) dient zelf ervaring met de psychiatrie te hebben gehad, ongeacht of dit nu poliklinisch is geweest of door opname in een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis. Maakt men geen gebruik meer van de diensten van de Robert Fleury Stichting, dan kan een ex-patiënt als vrijwilliger aan de PAR deelnemen.

Naast de PAR is door de directie een adviescommissie ingesteld waarin ook familieleden zitting hebben. Deze adviescommissie kan de PAR gevraagd en ongevraagd van advies dienen. De commissie voert regulier overleg met het bestuur van de PAR. Deze constructie is in wezen een compromis, vergelijkbaar met de elders fungerende familieraden.

Interessant is de samenwerking met de ondernemingsraad. Hiertoe is in 1994 besloten nadat men constateerde dat de vele reorganisaties de belangenbehartiging van beide adviesorganen steeds dichterbij elkaar bracht. De samenwerking heeft sindsdien vorm gekregen in de Commissie Patiënten-Ondernemingsraad. Deelnemers zijn de voorzitters van de beide adviesorganen, de ondersteuner van de PAR en de ambtelijk secretaris van de OR.

De PAR heeft direct contact met de achterban. Wekelijks worden units en paviljoens bezocht. Met de aanwezige patiënten wordt van gedachten gewisseld over hun verblijf en behandeling.

In Parnassia volgt de medezeggenschapsstructuur de nieuwe organisatiestructuur van behandelcircuits (Stuifmeel Parnassia 2000-2001, speciaal januari 2000). Elk circuit heeft of krijgt een cliëntenraad die het beleid van het circuit op de voet volgt en adviezen uitbrengt aan de circuitdirectie. De circuitraden vaardigen één of twee vertegenwoordigers af naar de centrale cliëntenraad, die zich bezighoudt met circuitoverstijgende zaken. Daarnaast komt er per locatie een cliëntencommissie. Dit is een laagdrempelige club waar cliënten gemakkelijk kunnen binnenlopen. Deze commissies zijn als het ware de ogen en oren van de centrale cliëntenraad. Er zijn daarnaast cliëntencommissies die zich (tijdelijk) met een bepaald onderwerp bezighouden. Er wordt veel aandacht besteed aan een goede afstemming tussen de diverse soorten raden. Het werk van de cliëntenraden is veelomvattend. Om al het werk te kunnen doen, is extra ondersteuning nodig. Parnassia erkent dit en heeft een extra ondersteuner toegekend, zodat een team van drie cliëntenondersteuners de centrale cliëntenraad, de circuitraden en de cliëntencommissies kan ondersteunen. In dit model staat centraal dat de circuitraden als gelijkwaardige gesprekspartners met de circuitdirecties kunnen overleggen zodat ze invloed kunnen uitoefenen op het beleid conform de WMCZ.

Ook instellingen die niet gefuseerd zijn kennen een getrappt stelsel van cliëntenraden, zoals de volgende RIBW: "Momenteel is er een centrale bewonersraad. Dit wordt de centrale cliëntenraad. Daaronder zijn er 10 bewonerscommissies (of in de maak). Voor bepaalde divisies zitten hierin aandachtsfunctionarissen. Onder de bewonerscommissie zitten de 60 à 70 huisoverleggen. Vanuit de huisoverleggen zitten er personen in de bewonerscommissie. Vanuit de bewonerscommissie zitten er weer personen in de centrale cliëntenraad. Volgens het nieuwe model is er een centrale cliëntenraad met ondersteuning. Daaronder zijn er drie divisies die zijn gesplitst in woongroepen/locaties".

8 Bindende voordracht bestuursleden

De WMCZ verplicht de zorgaanbieder om een statutaire regeling te treffen die erin voorziet dat tenminste één lid van het bestuur of de Raad van Toezicht wordt benoemd op bindende voordracht van de cliëntenraad.

In de ronde interviews met sleutelfiguren is bindende voordracht van bestuursleden in een casus aan de orde gesteld: "De bestuurders die worden voorgedragen door de cliëntenraad doen niet onder voor de andere bestuursleden. In de sollicitatie wordt er wel op gescreend dat de betreffende persoon een bestuurder moet zijn en geen belangenbehartiger. Wanneer een dergelijke bestuurder zich bezig gaat houden met belangenbehartiging wordt de hele inspraakstructuur onderuit gehaald. Belangenbehartiging door een bestuurslid zou een valkuil kunnen zijn. De cliëntenraad heeft een volwaardige en zelfstandige stem, daardoor hoeft hij belangenbehartiging niet aan een bestuurder over te laten. Het bestuurslid dat hij voordraagt heeft wel contact en affiniteit met de cliëntenraad. De cliëntenraad is goed in staat een mening naar voren te brengen. Zij hoeven de vertegenwoordiging niet te delegeren aan de bestuurder".

Uit het onderzoek van Honig (2000) blijkt dat alle cliëntenraden een bindende voordracht hebben gedaan voor een lid van de Raad van Toezicht: "De wijze waarop de voordracht verloopt is verschillend. Sommige cliëntenraden benaderen zelf kandidaten, waarna een voordracht plaatsvindt. Andere raden krijgen door de zorgaanbieder een kandidaat voorgeschoteld die op voordracht van de cliëntenraad benoemd kan worden in de Raad van Toezicht. Hoewel de meeste raden in een dergelijke situatie de gang van zaken niet prettig vinden en weten dat een en ander niet conform de WMCZ is, gaan ze uiteindelijk akkoord" (p.12).

Honig (2000) tekent hierbij aan dat de WMCZ een minimumvoorwaarde stelt aan de invloed die cliënten in ieder geval op de samenstelling van het bestuur moeten kunnen uitoefenen: "Dit is in de praktijk meestal ook de maximale invloed geworden. Nergens is van de mogelijkheid die de WMCZ nadrukkelijk biedt, om het voordrachtsrecht uit te breiden naar meer dan één persoon, gebruikgemaakt. Wel is in enkele gevallen een adviesbevoegdheid toebedeeld aan de cliëntenraad over de te benoemen leden van de Raad van Toezicht " (p. 12).

9 Conclusies

1. In de verslavingszorg en de kinder- en jeugd GGZ komen cliëntenraden moeilijk van de grond. Hier wordt nog niet voldaan aan de eisen van de WMCZ.
2. In alle overige deelsectoren van de geestelijke gezondheidszorg functioneren cliëntenraden ex WMCZ.
3. 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.
4. 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-clieëntenraden.
5. 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 cliëntenraad betrokken te houden en cliëntenraden krijgen te maken met (nog) abstractere vraagstukken waarover zij geacht worden gevraagd en ongevraagd te adviseren. Dit gaat ten koste van participatie op het basale niveau.
6. De fusievorming stimuleert het ontstaan van een getrappt stelsel van cliëntenraden met een centrale cliëntenraad, een locatie-clieëntenraad en cliëntencommissies.
7. Cliëntenraden in de geestelijke gezondheidszorg beschikken via de LPR over een kwaliteitsinstrumentarium, waarvoor vanaf 1999 structurele middelen beschikbaar zijn voor implementatie en toepassing.
8. 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 cliëntenraad.
9. 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.

De belangrijkste knelpunten vloeien voort uit de grootschalige fusievorming in de geestelijke gezondheidszorg. Hieronder valt het delegeren van bevoegdheden van cliëntenraden van de afzonderlijke instellingen naar een centrale cliëntenraad.

De WMCZ heeft met name als positief effect gehad dat de stagnatie van de invoering van cliëntenraden in de RIAGG's opgeheven werd.

De algemene conclusie over het effect van de WMCZ in de geestelijke gezondheidszorg is volgens de geïnterviewde sleutelfiguren dat "de WMCZ geen breekijzer was, maar paste in een verhouding die al gegroeid was".

Literatuur

Honig, L.

WMCZ. Vier jaar ervaring vanuit het cliëntenperspectief.
Utrecht: LPR, 2000.

LPR/NZR

Rapport inzake een regeling van de patiëntenraden in de algemeen psychiatrische ziekenhuizen.
Leidschendam:LPR/NZR, 1983.

LPR/NZR

De positie van patiëntenraden in algemeen psychiatrische ziekenhuizen: een herijking.
Leidschendam: LPR/NZR, 1989.

NVBW/LPR

Rapport inzake een regeling van bewonersraden in beschermende woonvormen.
Utrecht: NVBW/LPR, 1986

Meeuwsen, J.

Verslag studiedag medezeggenschap RIAGG's.
Utrecht: LPR, 1997.

Rijkschroeff, R.

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

Rijkschroeff, R., Steketee, M., Kanaar, R., Laak, A. ter, Driessen, A.

De patiëntenraden in de algemeen psychiatrische ziekenhuizen.
Utrecht, LPR/NZR, 1988.

Rijkschroeff, R., De Savornin Lohman, J. Plemper, E., Steketee, M.

Vrouwenhulpverlening en cliënten (in) beweging.
Utrecht/Amsterdam: Verwey-Jonker Instituut/SCO Kohnstamm Instituut, 1996.

Sluijs, E.M., Wagner, C.

Tabellenboek Kwaliteitssystemen; de stand van zaken per zorgsector in 2000.
Utrecht: Nivel, 2000

Stuifmeel Parnassia 2000-2001

Speciaal. Januari 2000

Wijziging Besluit Eisen voor erkenning van ziekenhuizen

Rijswijk: Ministerie van WVC, 1985

Hoofdstuk 2

De WMCZ in de sector verzorging en verpleging

1 Inleiding

Bij deze rapportage die gericht is op de sector verzorging en verpleging is gebruik gemaakt van drie bronnen: een literatuurstudie, gesprekken met vertegenwoordigers van landelijke koepels van zorgaanbieders en cliëntenraden en een aantal zorgaanbieders en cliëntenraden en een expertmeeting van vertegenwoordigers in deze sector. Er zijn verschillende onderzoeken verricht naar het functioneren van voorlopers van de cliëntenraden begin jaren negentig. Gegevens over de cliëntenraden in deze sector na de invoering van de cliëntenraden in de laatste helft van de jaren negentig zijn beperkt. In deze studie maken we vooral gebruik van twee onderzoeken die verricht zijn in de provincie Zeeland (Klaverblad) en Zuid-Holland (Tympan). Deze onderzoeken zijn gebaseerd op schriftelijke vragenlijsten. Zij geven slechts een beperkt beeld over het functioneren en de invloed van de cliëntenraden. In gevallen waar geen gegevens beschikbaar waren over de situatie van na de invoering van de WMCZ hebben we gebruikgemaakt van gegevens van voor de invoering.

In de sector verzorging en verpleging vinden tegelijkertijd met de invoering van de WMCZ belangrijke veranderingen plaats. Voor de beoordeling van dit invoeringsproces is kennis van deze context onontbeerlijk.

1.1 Ontwikkelingen in de ouderenzorg

In Nederland wonen 15,8 miljoen mensen waarvan 2,2 miljoen 65 jaar of ouder zijn (=13,6%). De verwachting is dat dit aantal in 2010 zal oplopen tot 2,5 miljoen ouderen (=14,8%). Niet alleen is er sprake van een vergrijzing van de bevolking maar de komende decennia verwacht men ook een dubbele vergrijzing (vooral het aantal oude ouderen neemt toe).

In 1994 heeft de Commissie Modernisering Ouderenzorg (de Commissie Welscher) op verzoek van de regering zich gebogen over de modernisering van de ouderenzorg. Een van de conclusies van dit rapport was dat er te veel schotten waren tussen de voorzieningen voor ouderen. Met name de verschillende financieringsstromen wat betreft de verzorgingshuizen enerzijds en verpleeghuizen en de thuiszorg anderzijds waren een belangrijk obstakel (Ouderenzorg met toekomst, 1994). In 1995 verscheen als reactie op het rapport de Beleidsbrief Modernisering van de ouderenzorg door de Ministeries van VWS en VROM. Een van de belangrijkste beslissingen was om de Wet op de Bejaardenoorden af te schaffen. De financiering van de verzorgingshuizen die tot dan toe in handen was van de provincies werd ondergebracht onder de AWBZ, net als de verpleeghuizen en de thuiszorg. Net als in andere sectoren werd de nadruk gelegd op extramuralisering: ouderen moeten zo lang mogelijk in hun eigen woning/omgeving

kunnen blijven wonen. In plaats van 'de ouderen naar de zorg' was het motto 'de zorg naar de ouderen'. De verzorgingshuizen en verpleeghuizen moeten ook zorg bieden buiten de muren, bijvoorbeeld aan de ouderen in de wijk. Dit heeft bij de verzorgingshuizen ertoe geleid dat plaatsen zijn omgezet in extramurale plaatsen en dat er verpleeghuisplaatsen in verzorgingshuizen zijn gecreëerd voor ouderen die extra zorg of verpleeghuiszorg nodig hebben. Sinds halverwege de jaren negentig werkt men ook aan de modernisering van de AWBZ. De indicatiestelling van de verzorgingshuizen, verpleeghuizen en thuiszorg kwam in handen van de Regionale IndicatieOrganen (RIO) onder verantwoordelijkheid van de gemeenten. De provincies kregen als taak regiovisies op te stellen. In elke gezondheidsregio (WZV-regio) werd een zorgkantoor aangesteld dat verantwoordelijk werd voor de verdeling van de zorg onder de aanbieders (Zicht op zorg, 1999). Daarnaast heeft er een grote expansie plaatsgevonden van woonzorgcomplexen. Dit zijn complexen ouderenwoningen waarbij in meer of mindere mate zorg wordt geboden op het moment dat ouderen deze zorg nodig hebben. Uit een inventarisatie van de Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (SEV) blijkt dat sinds 1987 580 woonzorgcomplexen met in totaal 32.000 woningen zijn gebouwd (Modernisering ouderenzorg, 1999). Sinds 1 januari 2000 hebben de Ministeries van VWS en VROM een woonzorgstimuleringsregeling in het leven geroepen om de ontwikkelingen op dit terrein te stimuleren. Men streeft naar een integratie van wonen, welzijn en zorg voor ouderen waarbij de vraag van de ouderen centraal staat.

1.2 Veranderingen in de zorgzwaarte van de bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen

Een van de gevolgen van bovengenoemde ontwikkelingen is dat de bevolking van de verzorgings- en verpleeghuizen de afgelopen jaren sterk is veranderd. De bewoners van verzorgingshuizen zijn gemiddeld ouder geworden. De gemiddelde zorgbehoefte is gestegen zowel lichamelijk als psychisch (van Loveren-Huyben, 1995). Een zelfde beeld is te zien bij de verpleeghuizen. In de praktijk groeien verzorgings- en verpleeghuizen steeds meer naar elkaar toe. Ook de doorstroming is de afgelopen jaren gestegen. De periode dat ouderen in een verzorgings- of verpleeghuis verblijven wordt steeds korter. Deze ontwikkelingen hebben gevolgen voor de medezeggenschap van de bewoners zelf binnen de tehuizen.

1.3 Schaalvergroting en fusies

Integratie van wonen, welzijn en zorg waarbij de vraag van de ouderen centraal staat betekent dat instellingen moeten samenwerken met andere aanbieders (instellingen). Uit strategische overwegingen en om de kosten van de zorg te drukken, zoeken instellingen naar allianties met andere instellingen en aanbieders. Recent onderzoek (Fabbricotti & Huijsman, 2000) toont aan dat er sprake is van een fusiegolf in de verzorgings- en verpleeghuissector. Het onderzoek onderscheidt vier structuren: de stand-alonestructuur (één verzorgings- respectievelijk verpleeghuis), de horizontale structuur (meerdere verzorgingshuizen of meerdere verpleeghuizen zijn onderbracht onder één stichting), de verticale structuur (verschillende typen instellingen vallen onder één stichting, bijvoorbeeld een verzorgings- en verpleeghuis) en de intersectorale structuur (naast ouderenvoorzieningen maken ook andere voorzieningen deel uit van de stichting). Van de onderzochte verzorgingshuizen heeft nog geen kwart een stand-alonestructuur; bij de onderzochte verpleeghuizen komen de stand-alone- en de horizontale structuur helemaal niet meer voor. 44% van de verzorgingshuizen en 84% van de verpleegtehuizen heeft een verticale structuur. Met andere woorden onder de stichting vallen verschillende soorten voorzieningen. Bijna 20% van de verzorgingshuizen en 29% van de verpleeghuizen voeren fusieonderhandelingen met voorzieningen buiten de ouderenvoorzieningen om. Veel instellingen streven naar ketenvorming (al dan niet geformaliseerd) en de belangrijkste partners

in de keten zijn: het verzorgingshuis, het verpleeghuis, de thuiszorg en welzijnsorganisaties. Deze ketenvorming komt ook tot uitdrukking in de woonzorgabonnementen. TNO heeft onderzoek gedaan naar deze woonzorgabonnementen vanuit de woningcorporaties (Chorus & Perenboom, 1998). Ook uit dit onderzoek blijkt dat woningcorporaties allianties zoeken met bijvoorbeeld de thuiszorg of het verzorgingshuis dat bepaalde diensten verstrekt aan huurders van de woningcorporaties die een woonzorgabonnement hebben afgesloten. Geconcludeerd kan worden dat verzorgingshuizen en verpleeghuizen steeds minder op zichzelf staan en dat de gebruikers van deze voorzieningen steeds vaker bestaan uit bewoners en niet-bewoners. Deze tendens komt ook tot uitdrukking bij de belangenbehartigers van deze voorzieningen. Op 1 januari 2000 zijn de organisaties voor de verzorgingshuizen en verpleeghuizen, de Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (NVVz) en de WoonZorg Federatie (WFZ), gefuseerd tot één organisatie, namelijk Arcares. Op diezelfde datum zijn ook de Landelijke Organisatie Cliëntenraden (voorheen de Landelijke Organisatie Bewonerscommissies Bejaardenoorden, LOBB) en de Nederlandse Vereniging voor Belangenbehartiging van Verpleeghuisbewoners (NVBV) gefuseerd tot één organisatie, de LOC¹. Ook deze verbreding bij de verzorgings- en verpleeghuiszorg heeft gevolgen voor de uitvoering van de WMCZ.

2 De invoering van cliëntenraden in de sector verzorging en verpleging

De sector verzorging en verpleging kent al een lange traditie van bewonersparticipatie. In de verzorgingshuizen zijn reeds eind jaren vijftig de eerste bewonerscommissies opgericht. Bij de wijziging van de Wet op de Bejaardenoorden (WBO) in 1985 (artikel 7) werd bepaald dat provincies in hun verordeningen het democratisch functioneren van de verzorgingshuizen dienden te bevorderen. In 1985 verscheen in de Staatscourant het ontwerp Besluit Democratiseringsregelen Bejaardenoorden. Dit Besluit is nooit van kracht geworden omdat vervolgens besloten werd een algemene regeling voor alle zorginstellingen, inclusief de verzorgingshuizen, in het leven te roepen. De meeste provincies hebben echter vooruitlopend op een algemene regeling in de periode na 1985 in hun verordening met betrekking tot de bejaardenoorden reeds regels opgesteld. De provinciale verordeningen verplichtten de bejaardenoorden tot instelling van een bewonerscommissie. De meeste verordeningen kenden dezelfde regels: de bewonerscommissie behartigde de belangen van de bewoners en de leden van de bewonerscommissie moesten door en uit de bewoners worden gekozen. Veel regels die nu terug te vinden zijn in de WMCZ kwamen ook voor in de provinciale verordeningen, zoals een huishoudelijk reglement, het verschaffen van informatie aan de bewonerscommissie, het benoemen van bestuursleden en het bieden van faciliteiten en een budget. In een aantal verordeningen gingen de bevoegdheden van bewonerscommissie verder dan in de bevoegdheden van de cliëntenraden in de huidige WMCZ. Tevens werden er provinciale klachten- en geschillencommissies in het leven geroepen die moesten bemiddelen bij conflicten tussen de bewonerscommissies en de verzorgingshuizen (Van Dijk, 1995). Onderzoek in de provincies Gelderland en Friesland in het begin jaren negentig laat zien dat, op een enkele uitzondering na, alle verzorgingshuizen in die periode een bewonerscommissie hebben (Nijboer, 1993; Tunissen & van Weert, 1993). Andere geïnterviewden bevestigen dit beeld, ook voor de rest van Nederland. Zo waren in 1995 ruim 1000 bewonerscommissies aangesloten bij de LOBB. Aangezien bewonerscommissies volgens de verordeningen uitsluitend uit bewoners van het verzorgingshuis mochten bestaan, ontstonden er naast deze bewonerscommissies ook bewonerscommissies van aanleunwoningen. Sinds 1989 kende de LOBB ook een sectie Huurdersbelangen waarbij bewonerscommissies van aanleunwoningen en woonzorgcentra zich konden aansluiten. Overigens bleek uit de onderzoeken in Gelderland en Friesland dat veel bewonerscommissies reeds bestonden uit

¹ In dit hoofdstuk zullen we vooral spreken over de aparte organisaties aangezien de fusies onlangs hebben plaatsgevonden.

bewoners en niet-bewoners. In Gelderland was de helft van de bewonerscommissies gemengd (bewoners en niet-bewoners) en in Friesland was een derde van de commissies gemengd (Nijboer, 1993; Tunissen & van Weert, 1993).

Bij de verpleeghuizen had ook het grootste deel van de instellingen reeds voor 1996 een bewoners- of familieraad. Deze medezeggenschap had echter geen formele (wettelijke) status zoals bij de verzorgingshuizen. In 1989 hadden 242 (83%) verpleeghuizen een bewoners- en/of familieraad tegenover 50 verpleeghuizen (17%) zonder raad (Spaan, 1989). De NVBV schat dat voor de invoering van de WMCZ ongeveer 98% van de verpleeghuizen een bewoners- en/of familieraad had. Uit een onderzoek naar bewonersparticipatie in het verpleeghuis in 1993 blijkt dat ongeveer een kwart van de onderzochte verpleeghuizen een bewonersraad had. Iets meer dan de helft van de onderzochte verpleeghuizen had een familieraad en een kwart had een gecombineerde raad. Bij psychogeriatrische verpleeghuizen waren alleen familieraden; bij somatische verpleeghuizen meer bewonersraden, maar daarnaast ook gecombineerde en familieraden. Bij gecombineerde verpleeghuizen kwamen alle soorten raden even frequent voor (Van der Wijst & Eikelenboom, 1993).

2.1 Stand van zaken eind 1999

De landelijke organisaties schatten dat eind 1999 ongeveer 98% van de verzorgings- en verpleeghuizen een cliëntenraad heeft. Bij de Landelijke Organisatie Cliënten Ouderenzorg (LOC), de opvolger van de LOBB, zijn eind 1999 1148 cliëntenraden (van de ongeveer 1300 verzorgingshuizen) aangesloten. Bij de NVBV zijn ongeveer 270 cliëntenraden van verpleeghuizen aangesloten (ongeveer 80%).

De koepels van zorgaanbieders zijn van mening dat de instelling van een cliëntenraad op zich weinig ingrijpend is geweest omdat bijna alle instellingen al een vorm van bewoners- en/of familieraad hadden. Er zijn bij hen relatief weinig vragen over de invoering van de WMCZ van de lidorganisaties binnengekomen (in vergelijking met de invoering van andere wetten). Relatief kwamen er veel vragen binnen over het begrip 'instelling'. De wet heeft een instellingsbegrip maar er staat nergens duidelijk omschreven wat een instelling is. Zoals we in de inleiding vermeldden, zijn veel instellingen de afgelopen jaren gefuseerd, zowel horizontaal (bijv. fusies van verzorgingshuizen) als vertikaal (bijv. fusies tussen een verzorgingshuis en verpleeghuis). Bij de verzorgingshuizen moesten de bewonerscommissies worden omgevormd tot cliëntenraden die breder van samenstelling kunnen zijn. Zoals we hiervoor hebben aangegeven bleken echter veel bewonerscommissies al breder van opzet te zijn, alhoewel de provinciale verordeningen dit in het algemeen niet toelieten. Bij de gecombineerde verpleeghuizen bestonden vaak afzonderlijke raden/commissies voor de somatische en de psychogeriatrische afdelingen. De samenvoeging van deze twee organen tot een cliëntenraad verliep soms moeizaam. Bij de LOC en de NBVB zijn wel veel vragen binnengekomen over de precieze invulling van de WMCZ: de taken en bevoegdheden van de cliëntenraden. Uit het onderzoek van Dolk naar cliëntenraden bij verzorgingshuizen en verpleeghuizen in Zuid-Holland² blijkt dat de omzetting van een bewonerscommissie, bewonersraad en/of een familieraad naar een cliëntenraad in ongeveer 40% van de gevallen heeft plaatsgevonden in 1996. Bij de helft van de instellingen vond de omvorming in 1997 plaats.

Op welke wijze heeft de omvorming plaatsgevonden?

Bij de verzorgingshuizen is in ongeveer een derde van de gevallen de cliëntenraad ontstaan

² Bij dit onderzoek zijn alle verzorgingshuizen en verpleeghuizen in de provincie Zuid-Holland aangeschreven; de respons was rond de 50%. In dit onderzoek zijn zowel de instellingen als de cliëntenraden aangeschreven. In het hoofdstuk zullen we vooral de mening van de cliëntenraden verwoorden.

door een combinatie van verschillende factoren: via ombouw van bewoners- en familieraad of bewonerscommissie, door verkiezingen en door via het zelf zoeken naar geschikte kandidaten. In een derde van de gevallen vond de omvorming plaats door een ombouw en in een kwart van de gevallen door verkiezingen. Bij ongeveer tweederde van de cliëntenraden hebben verkiezingen een rol gespeeld bij het ontstaan van de cliëntenraad. Bij de verpleeghuizen is driekwart van de cliëntenraden voortgekomen uit de bewoners- en/of familieraden. Bij 16% van de verpleeghuizen is sprake van een combinatie van factoren zoals ombouw en verkiezingen en bij 11% van de pleeghuizen zijn verkiezingen gehouden (Dolk, 1999).

Het Klaverblad in Zeeland heeft ook onderzoek uitgevoerd naar de WMCZ onder alle verzorgingshuizen en verpleeghuizen in de provincie³. De verpleeghuizen in deze provincie hadden in 1997 alle een cliëntenraad ingesteld. Van de 24 verzorgingshuizen hadden in 1997 23 tehuizen een cliëntenraad; in één tehuis functioneerde nog een bewonerscommissie (Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen, 1997).

Volgens art. 2 van de WMCZ moet de zorgaanbieder voor elke door hem in stand gehouden instelling een cliëntenraad instellen en deze instelling schriftelijk regelen (het instellingsbesluit). Zowel de koepels van de zorgaanbieders en bewonersorganisaties voor de verzorgingshuizen als voor de verpleeghuizen hebben gezamenlijk een modelbesluit tot instelling van de cliëntenraad opgesteld. In Zuid-Holland heeft 93% van de verzorgingshuizen en 81% van de verpleeghuizen schriftelijk de instelling van de raad geregeld. Zowel bij de cliëntenraden in de verzorgingshuizen als in de verpleeghuizen blijkt 95% van de raden op de hoogte te zijn van het instellingsbesluit (Dolk, 1999). In Zeeland lag dit percentage zowel voor de verzorgings- als verpleeghuizen rond de 66% (Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen, 1997).

De belangrijkste conclusie ten aanzien van de instelling van de cliëntenraden in de sector verzorging en verpleging is dat bewonersparticipatie of de belangenbehartiging van bewoners in de verzorgings- en verpleeghuizen al gemeengoed was in deze sector voor de invoering van de WMCZ. In deze sector is vooral sprake geweest van omvorming van de bestaande participatie in de lijn van de nieuwe WMCZ.

3 De samenstelling van de cliëntenraden in de sector verzorging en verpleging

Voor wat betreft de grootte van de cliëntenraden beschikken we alleen over informatie uit het onderzoek in Zeeland. De gemiddelde grootte van de cliëntenraden bij de verzorgingshuizen was 5,8 en de aantallen liepen uiteen van 3-11 personen. Bij de verpleeghuizen lag het gemiddelde op 9,5 en varieerde de samenstelling tussen de 5 en 17 personen. Uit dit onderzoek blijkt dat de samenstelling van de cliëntenraden van de verzorgingshuizen meer variatie kent dan bij de verpleeghuizen. In alle cliëntenraden van verzorgingshuizen zitten bewoners. Daarnaast heeft ongeveer de helft ook familieleden in de cliëntenraad. In 15 van de 23 cliëntenraden van verzorgingshuizen zijn ook overige gebruikers vertegenwoordigd in de raad. In enkele raden zitten deelnemers van de instelling (waarschijnlijk ondersteuners) en vrijwilligers in de raad. Bij de zes verpleeghuizen zijn vooral bewoners en familie van bewoners vertegenwoordigd in de raad. Bij één raad is een vrijwilliger lid van de raad (Wet medezeggenschap zorginstellingen, 1997). Fevelam-de Vries (1998) heeft kwalitatief onderzoek verricht naar het functioneren van de cliëntenraad in één verpleeghuis. In dit gecombineerde verpleeghuis bestaat de cliëntenraad uit negen leden: drie bewoners, vijf familieleden en een adviseur vanuit de instelling. De bewo-

³ De respons onder de verzorgingshuizen was 54% en bij de verpleeghuizen 100%. Net als in het onderzoek van Dolk zijn de instellingen en cliëntenraden betrokken bij het onderzoek. Ook bij dit onderzoek gaan we vooral in op de antwoorden van de cliëntenraden.

ners zijn afkomstig van de somatische afdeling en de familieleden vertegenwoordigen de bewoners van de psychogeriatrische afdeling. Dit is een beeld dat ook voor de invoering van de WMCZ gebruikelijk was (De Bruin, 1998).

Bijna alle onderzoeken wijzen op het grote verloop binnen de cliëntenraden waardoor de continuïteit van de raad in het gedrang komt. Ook de personen die geïnterviewd zijn signaleren dit probleem. Overigens is dit een probleem dat zich ook al voordeed voor de invoering van de WMCZ. In de tehuizen wordt de populatie steeds ouder (op het moment van opname), de problematiek van de bewoners wordt zwaarder en de gemiddelde duur van verblijf in een tehuis neemt af. Hierdoor wordt de periode dat een bewoner actief is of kan zijn steeds korter. Familieleden die namens de bewoners zitting hebben in de raad vertrekken vaak als de bewoner uit de instelling vertrekt of sterft. Ook al blijft men lid van de raad, dan neemt de betrokkenheid af omdat men het contact met de instelling tijdens het bezoeken van de bewoner verliest. De gemiddelde zittingsduur in de raad is 2 à 3 jaar. In het onderzoek van Dolk (1999) signaleert de helft van de cliëntenraden van de verzorgings- en verpleeghuizen problemen ten aanzien van de samenstelling van de raad. Door de instellingen zelf wordt dit probleem nog vaker genoemd.

3.1 Representativiteit

In de toelichting op de WMCZ zijn twee criteria opgenomen ten aanzien van de samenstelling van de cliëntenraad:

- De cliëntenraad moet representatief worden geacht voor de cliënten van de instelling.
- De cliëntenraad moet in staat worden geacht de gemeenschappelijke belangen van de cliënten te behartigen.

Uit de interviews met de zorgaanbieders- en bewonerskoepels blijkt dat men een ontwikkeling ziet waarbij het aandeel van niet-bewoners (familieleden en anderen) steeds groter wordt in de cliëntenraden. Deze ontwikkeling was al gaande voor de invoering van de WMCZ. Dit wordt vooral veroorzaakt doordat de populatie van de bewoners ouder en meer verzorgingsbehoevend worden. Daarnaast heeft men ook het gevoel dat er minder moeite gedaan wordt om bewoners te betrekken bij de cliëntenraad; men stelt te snel dat bewoners te zwaar belast worden of niet in staat zijn in een cliëntenraad plaats te nemen. Bij de verzorgingshuizen is een positieve ontwikkeling dat ook andere cliënten dan de bewoners lid kunnen zijn, zoals bewoners van aanleunwoningen en andere gebruikers van voorzieningen van het verzorgingshuis omdat deze vaak andere belangen hebben dan de 'inwoners'. Alhoewel hier tegengestelde belangen soms tot fricties kunnen leiden.

Bewoners zijn soms bang dat er een derde groep cliënten bijkomt (van aanleunwoningen) die doorgaans jonger is en mobieler. Men is bang dat binnen de kortste keren de buurtbewoners de dienst gaan uitmaken in de cliëntenraden (LOBB-bulletin, mei/juni, 1996).

Bij de verpleeghuizen bestonden er vaak voor de invoering van de wet verschillende raden voor de somatische en de psychogeriatrische afdelingen (De Bruin, 1998). Deze zijn in de meeste gevallen samengevoegd tot één cliëntenraad. Soms bestaan beide raden nog en is daar bovenop een cliëntenraad geformeerd. Uit het onderzoek van Fevelam-de Vries (1998) blijkt dat familieleden (van de psychogeriatrische afdeling) een groot stempel drukken op de (discussies in de) raad en dat de bewoners zichzelf minder deskundig voelen dan de familieleden en daarom ook minder deelnemen aan de discussies. Dit beeld wordt bevestigd tijdens de interviews die we hebben gehouden. Bijna alle geïnterviewden geven voorbeelden van een cliëntenraad waar dit tot een conflict binnen de raad heeft geleid. Er is sprake van een niveauverschil tussen de deskundigheid van de bewoners en familieleden waardoor vergaderingen van de cliëntenraad moeizaam kunnen verlopen.

3.2 Vertegenwoordiging van allochtone cliënten in de raad

Er zijn geen onderzoeksgegevens beschikbaar in hoeverre allochtone cliënten zitting hebben in een cliëntenraad. Uit de interviews blijkt dat allochtonen nauwelijks vertegenwoordigd zijn in de cliëntenraden. (Een uitzondering zijn de verzorgingshuizen die zich specifiek richten op bepaalde groepen; hieronder zijn ook enkele verzorgingshuizen voor allochtone groepen.) Dit heeft ook te maken met het feit dat de gemiddelde leeftijd van bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen boven de 75 jaar ligt en de groep allochtone ouderen van 75 jaar en ouder in Nederland nog klein is. In 1997 lag het aantal Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse ouderen rond de 5000. Tevens is bekend dat de allochtone ouderen verhoudingsgewijs minder gebruik maken van voorzieningen in Nederland dan de Nederlandse ouderen (Rapportage ouderen 1998, 1998).

4 Het functioneren van cliëntenraden

Eén van de belangrijkste elementen van het functioneren van cliëntenraden is de uitoefening van het wettelijk adviesrecht. Daarop gaan we in deze paragraaf niet in, omdat de volgende paragraaf exclusief daaraan gewijd is.

Volgens de WMCZ moet de cliëntenraad zijn werkwijze schriftelijk vastleggen. Niet alle raden kennen echter een huishoudelijk reglement. Uit het onderzoek van Dolk (1999) blijkt dat 75% van de verzorgingshuizen en 86% van de verpleeghuizen in Zuid-Holland een huishoudelijk reglement hebben opgesteld waarin het functioneren van de cliëntenraad is vastgelegd. In het onderzoek in Zeeland liggen deze percentages op 88% voor de verzorgingshuizen en 100% voor de verpleeghuizen (Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen, 1997).

Alhoewel de omvorming van bewonerscommissies en bewoners/familieraden in het algemeen niet op hele grote problemen stuitte, is in het functioneren wel het een en ander veranderd. De nieuwe cliëntenraden moeten zich veel meer bezighouden met beleidszaken dan vroeger. In de oude situatie hield men zich vooral bezig met zaken die het leefklimaat, de verzorging en het dagelijkse leven van de instelling betroffen. Dit vraagt een andere, grotere deskundigheid van de leden van de raad. De NVBV drukt het als volgt uit:

De NVBV stelt zich op het standpunt dat de cliëntenraad vooral een taak heeft met betrekking tot de kwaliteit van het leven. Zij moet zich bezighouden op wat zich op de werkvloer afspeelt. Hiervoor zijn bewoners nodig. Er wordt te snel gezegd dat bewoners niet in de cliëntenraad kunnen zitten. Op het moment dat iemand in de cliëntenraad zegt dat de soep te koud is, wordt er ten onrechte gezegd: daar gaat het niet over! Dit leidt ertoe dat bewoners uit de cliëntenraad wegtrekken. Dit komt omdat de lat te hoog ligt. Dit is geen goede zaak en voldoet niet aan de doelstelling van de WMCZ.

We hebben eerder al gewezen op de verschillen in de raden van gecombineerde verpleeghuizen waar bewoners en familieleden binnen de raad afkomstig zijn van verschillende afdelingen en verschillende prioriteiten en invalshoeken hebben. Dit geldt eigenlijk in het algemeen tussen bewoners en familieleden. Familieleden zijn beter in staat over beleidszaken te praten en hebben bij deze zaken een grotere inbreng dan bewoners die niet altijd de gevolgen van bepaalde beleidszaken in het leven van alledag kunnen inschatten. (Bij)scholing zou eigenlijk nodig zijn, maar gezien de gezondheidssituatie van bewoners en het verloop onder de leden van de cliëntenraad vindt dit te weinig plaats. Uit het onderzoek van Dolk (1999) blijkt dat 67% van de cliëntenraden in de verzorgingshuizen en 54% in de verpleeghuizen, volgens de instellingen zelf, de mogelijkheid hebben cursussen te volgen. Het rapport vermeldt niet in hoeverre hier gebruik van wordt gemaakt.

Het werk van de cliëntenraden is door de WMCZ omvangrijker en ingewikkelder geworden. De raden zouden zich volgens de geïnterviewden minder moeten laten leiden door alles wat op hen afkomt en meer prioriteiten moeten stellen. Eigenlijk zouden ze jaarlijks (in overleg met de directie) een jaarprogramma moeten maken met daarin de zaken die zij belangrijk vinden en daaraan gekoppeld de informatie die zij van de instelling moeten krijgen, om een verantwoorde afweging te maken (Dolk, 1999). Tijdens de interviews wordt gewezen op het feit dat een cliëntenraad geen advies hoeft uit te brengen als het een onderwerp betreft dat de cliëntenraad minder belangrijk vindt. Het is beter tien goede adviezen uit te brengen dan 100 slecht voorbereide adviezen.

4.1 Vergaderingen van de cliëntenraden

De meeste cliëntenraden vergaderen eenmaal per maand of zes weken. In verschillende onderzoeken is aandacht besteed aan de positie van de directie tijdens deze vergaderingen. Er zijn verschillende modaliteiten: de directie is aanwezig bij alle vergaderingen van de cliëntenraad, er vindt vooraf overleg plaats tussen de directie en de voorzitter en secretaris van de raad, de directie is een of tweemaal per jaar aanwezig bij een vergadering, of de vergadering van de cliëntenraad wordt opgesplitst in een deel met de directie en een deel zonder de directie. Aanwezigheid van de directie heeft als voordeel dat de informatievoorziening via een korte lijn geschiedt maar heeft als nadeel dat de directie de vergadering en de besluitvorming kan sturen. Vooraf overleg van de directie met een deel van de raad en ook een directie op afstand hebben als nadeel dat de afstand tussen de directie en de (andere) leden van de raad groot is en de informatievoorziening niet altijd optimaal verloopt. Het Basisboek voor cliëntenraden van verzorgings- en verpleeghuizen adviseert om twee soorten vergaderingen te houden: een vergadering zonder directie en een overlegvergadering met de directie waarbij de overlegvergadering aansluit op een vergadering van de cliëntenraad (Basisboek, 1999). In Zuid-Holland krijgt 79% van de cliëntenraden in de verzorgingshuizen en verpleeghuizen informatie door middel van de vergaderingen met de directie. De meest frequente vormen van informatievoorziening zijn het jaarverslag, de financiële verslagen van de instelling en de beleidsplannen. Overigens blijken de cliënten juist over deze vormen van informatievoorziening het minst tevreden te zijn (Dolk, 1999). Uit het rapport blijkt niet of men ontevreden is omdat men deze informatie niet ontvangt of omdat de informatie die men krijgt onvoldoende is. Een van de aanbevelingen van het rapport is om de cliëntenraad eens per jaar een overzicht te geven van vergaderingen van directie en bestuur zodat de cliëntenraad bij haar vergaderingen rekening kan houden met zaken die in de instelling aan de orde komen. De zorginstellingen die geïnterviewd zijn, zeggen in principe wel de meeste (verplichte) informatie te verschaffen, maar soms wordt het wel eens vergeten. Dit is geen kwestie van onwil. De geïnterviewde ondersteuners van cliëntenraden stellen dat veel afhankelijk is van de directies en of zij de cliëntenraad serieus nemen.

4.2 Contacten met de achterban, de bewoners

Om als cliëntenraad de belangen van de bewoners te kunnen behartigen, is het belangrijk dat de leden van de raad op de hoogte zijn van het wel en wee van de bewoners. Verschillende onderzoeken gaan in op de wijze waarop leden van de cliëntenraad informatie (kunnen) verzamelen over de behoefte en wensen van bewoners van verpleeghuizen. Over de relatie cliëntenraden en bewoners van verzorgingshuizen zijn geen gegevens beschikbaar van na de invoering van de WMCZ.

Uit onderzoek onder verzorgingshuizen van voor 1996 blijkt dat communicatie tussen de bewonerscommissie en de bewoners door middel van schriftelijke informatie weinig effect hebben (Nijboer, 1993; Tunissen & van Weert, 1993). Netwerken en andere vormen van persoonlijke communicatie hebben een positiever effect zoals via een contactpersonensysteem, regelmatig gang/afdelingoverleg, de koffiesoos of een informatiemiddag voor nieuwe bewoners. Klachten, wensen en ideeën zijn zo eerder te signaleren en te behandelen. Het voorkomt informatieachterstand bij de bewonerscommissies (Tunissen & van Weert, 1993).

Het onderzoek van de Bruin (1998) toont aan dat er onder raden van verpleeghuizen een veelheid aan manieren is waarop communicatie plaatsvindt tussen leden van de raad en de bewoners. Hierbij is weer onderscheid tussen somatische afdelingen en psychogeriatrische afdelingen. Het huisorgaan wordt een belangrijke bron genoemd om de bewoners en familieleden te informeren over het werk van de raden; soms heeft men een informatiefolder voor nieuwe bewoners. Bij (toen nog) familieraden wordt de achterban niet zozeer gevormd door de bewoners maar door andere familieleden en afdelingshoofden. De jaarvergadering van de familieraad en persoonlijke contacten met andere familieleden vormen een belangrijke bron van informatie voor de raden. Bij de somatische afdelingen is het huiskamer- of afdelingsoverleg met bewoners een belangrijke informatiebron. Sommige cliëntenraden hebben een ondersteuner vanuit de instelling. Deze ondersteuner kan een belangrijke bron van informatie voor de cliëntenraad zijn. Uit de interviews blijkt dat deze vormen van communicatie met de achterban nog steeds gebruikt worden om de achterban te informeren. Belangenorganisaties adviseren regelmatig verslag te doen van de werkzaamheden via een huisblad (bijvoorbeeld een samenvatting van vergaderingen), een jaarvergadering met een thema te organiseren, als lid geregeld je gezicht te laten zien op de afdelingen etc.

Het NIVEL heeft onderzoek verricht naar de haalbaarheid van het gebruik van (landelijke) cliëntenpanels binnen de verpleeghuiszorg. De oordelen van vertegenwoordigers van cliëntenraden over de privacy binnen verpleeghuizen komen redelijk overeen met de meningen de bewoners zelf. Daaruit zou geconcludeerd kunnen worden dat cliëntenraden op dit punt in belangrijke mate op de hoogte zijn van wat er bij de bewoners leeft (De Veer, 1998).

4.3 De invloed van de cliëntenraad

Rijkschroeff (1989) onderscheidt vijf medezeggenschapsmodellen: het medebeslissingsmodel (er is sprake van beleidsbepaling van onderop, cliënten beslissen mee), het adviesmodel (cliënten spelen een actieve rol in de beleidsvormende fase door gevraagd en ongevraagd adviezen te verstrekken), het consultatiemodel (cliënten worden geconsulteerd bij de beleidsvoorbereiding), het informatiemodel (de cliënten worden geïnformeerd als het beleid bepaald is) en het therapeutisch model (participatie van cliënten is therapeutisch zinvol voor de betrokkenen). De WMCZ gaat uit van het adviesmodel, maar functioneert de WMCZ in de praktijk ook volgens dit model? Er zijn op dit terrein geen recente onderzoeksgegevens bekend. Als ook naar onderzoeken gekeken wordt die voor de invoering van WMCZ hebben plaatsgevonden, dan zou geconcludeerd kunnen worden dat het consultatiemodel en het informatiemodel in de praktijk het meeste voorkomen alhoewel er grote verschillen zijn tussen bewonerscommissies. Volgens een van de geïnterviewden is er bij de verzorgingshuizen in de meeste gevallen sprake van een informatiemodel. Het advies- en consultatiemodel komt wel voor, maar slechts bij een minderheid. Het medebeslissings- en therapeutisch model komen niet voor. Bij de verpleeghuizen is het vooral een combinatie van het consultatie- en het informatiemodel. Een goede cliëntenraad kan in een verpleeghuis therapeutisch werken als de bewonersleden veel met andere bewoners praten om feedback te krijgen. Er komen ook cliëntenraden voor die nauwelijks door de directie worden ingelicht. Het onderzoek van Van der Wijst & Eikelenboom uit 1993

naar bewonersparticipatie in het verpleeghuis laat zien dat er weinig raden zijn die mogen meebeslissen (de meeste raden geven gevraagd of ongevraagd advies) en dat de mate van betrokkenheid varieert per raad en per onderwerp. Alle raden werden betrokken bij zaken die de woon- en leefsfeer betreffen. 95% van de raden praatte mee over zorginhoud en 87% van de raden over algemeen beleid. In het onderzoek werd geconcludeerd: 'Het lijkt erop dat naarmate het onderwerp abstracter wordt, er minder raden bij betrokken worden en bovendien op een lager niveau'. Wel wordt ook al in de oudere onderzoeken gemeld dat het een proces in ontwikkeling is. Tunissen & van Weert (1993) kwamen tot de conclusie dat er voor wat betreft de bewonerscommissies van de verzorgingshuizen in Gelderland sprake is van een tendens waarin bewonerscommissies eerder worden ingeschakeld bij beleidsvoorbereiding en het bepalen van de gedachtegang over veranderingen. Ten aanzien van de cliëntenraden van verzorgings- en verpleeghuizen kan gesteld worden dat gezien de langere traditie in deze sector op het gebied van medezeggenschap dat proces verder in ontwikkeling is dan in andere sectoren. De instelling wordt na verloop van tijd meer 'medezeggenschap-minded'. Het onderzoek van de Bruin (1998) onder zes verpleeghuizen laat zien dat de wijze van overleg sterk afhangt van de directeur:

In bijna alle verpleeghuizen worden volgens de directeur de raden formeel bij besluiten betrokken. In het ene verpleeghuis gebeurt dit systematischer dan in het andere en het tijdstip waarop de raden bij de besluitvorming betrokken worden verschilt. (-) Over het tijdstip waarop de raad ergens betrokken dient te worden lopen de meningen (van directeuren) uiteen. In een verpleeghuis werd een jaar voordat de fusieplannen concreet werden, overleg gevoerd met de raad. In een ander verpleeghuis deed men dit bewust op een later tijdstip. De directeur daarvan vindt juist dat je een plan 'eerst tastbaar moet maken en dan pas aan de raad kunt voorleggen (De Bruin, 1998).

Aangezien in de WMCZ alleen in algemene termen staat hoe de medezeggenschap geregeld moet worden adviseren de koepels een samenwerkingsovereenkomst af te sluiten tussen de instelling en de cliëntenraad. In deze overeenkomst kan worden vastgelegd op welke wijze overleg plaatsvindt tussen de cliëntenraad en de instelling en over de informatievoorziening door de instelling. Hiervoor zijn modelsamenwerkingsovereenkomsten opgesteld (zie bijv. Basisboek, 1999; Eggens & van Tiel, 1996; Modelovereenkomst cliëntenraad-zorgaanbieder, 1996) De overkoepelende organisaties zijn voorstander van een dergelijke overeenkomst, zodat voor beide partijen duidelijk is welke zaken in ieder geval bij de cliëntenraad moeten worden aangekaart en op welke wijze. In Zuid-Holland is in driekwart van de instellingsbesluiten van de verzorgingshuizen en in 83% van de besluiten van de verpleeghuizen opgenomen dat er een samenwerkingsovereenkomst moet worden afgesloten (Dolk, 1999). In Zeeland zijn deze percentages respectievelijk 41% voor de verzorgingshuizen en 100% voor de verpleeghuizen (Wet medezeggenschap cliëntenraden zorginstellingen, 1997).

4.4 Bestaan van andere raden naast de cliëntenraad

Voor de invoering van de WMCZ kenden veel instellingen naast de bewonerscommissie of bewonersraden ook andere raden. Al eerder hebben we gewezen op de verschillende raden bij de gecombineerde verpleeghuizen. Maar ook bij veel verzorgingshuizen waren, naast de bewonerscommissies, nog andere commissies actief, zoals een menucommissie, een activiteitencommissie of een klachtencommissie (Nijhuis, 1993). In het onderzoek van het Klaverblad in Zeeland is gevraagd naar de aanwezigheid van andere vormen van belangenbehartiging binnen de instelling. Ongeveer de helft van de verzorgingshuizen heeft nog andere vormen van belangenbehartiging. Genoemd zijn: een klachtencommissie (8x), een bewonerscommissie (1x), een huurderscommissie (2x) en de vertrouwenspersoon (5x). Bij vijf van de zes verpleeghuizen is geen andere vorm van belangenbehartiging; een verpleeghuis heeft een klachtencommissie (Wet medezeggenschap cliëntenraden zorginstellingen, 1997).

4.5 Betrokkenheid cliëntenraden bij kwaliteitsbeleid en kwaliteitszorg

De NVBV heeft ten behoeve van de verpleeghuizen in de periode 1994-1995 onderzoek verricht naar de kwaliteit van zorg vanuit de bewonersoptiek. In dit ontwikkelings- en onderzoeksproject zijn vanuit de bewonersoptiek kwaliteitscriteria ontwikkeld en vervolgens via verschillende instrumenten onderzocht welke instrument(en) het meest geschikt is (zijn) voor de cliëntenraden om de kwaliteit van de zorg binnen de instelling te meten. (Aben & Eggens, 1995; Werkboek Kwaliteit, 1997). In 1998 hadden 70 cliëntenraden het kwaliteitsspel van de NVBV aangeschaft om binnen de instelling de kwaliteit van de zorg te meten. Daarnaast heeft de NVBV een brochure uitgegeven aan de hand waarvan de cliëntenraad zich een oordeel kan vormen over het door de instelling gebruikte kwaliteitssysteem (Cliëntenraad & kwaliteitssysteem, 1998) Ook de LOBB heeft ten behoeve van de cliëntenraden in de verzorgingshuizen een kwaliteitssysteem ontwikkeld: de LOBB meet- en bespreekprocedure (Kan het nog beter?, 1997). Beide organisaties bieden, indien nodig, ondersteuning bij het toepassen van de methode door een cliëntenraad.

Onlangs is in het kader van Leidschendam 2000 een onderzoek afgesloten naar de stand van zaken met betrekking tot kwaliteitssystemen in de zorgsector. In dit onderzoek is ook bij de verpleeghuizen en verzorgingshuizen nagegaan in hoeverre de cliëntenraden betrokken zijn bij het kwaliteitssysteem binnen de instellingen (Sluis & Wagner, 2000). In beide sectoren zijn bijna 200 instellingen betrokken geweest bij het onderzoek. Periodiek overleg met de cliëntenraden vormt in driekwart van de verzorgingshuizen cyclisch onderdeel van het kwaliteitssysteem; bij de verpleeghuizen ligt dit percentage op 56%. Dit wil zeggen dat de resultaten van het overleg worden gebruikt voor bijsturing. Bij de meeste overige instellingen vindt er wel overleg plaats maar worden de resultaten van het overleg nog onvoldoende gebruikt voor bijstelling van het kwaliteitssysteem. Overleg met de cliëntenraad blijkt de meest gebruikte vorm van cliënteninvloed te zijn : tevredenheids- en behoefteonderzoek onder cliënten, medewerkers en verwijzers vindt in deze sector op beperktere schaal plaats. 90% van de directies van de verzorgingshuizen en 94% van de verpleeghuizen gebruikt de opvattingen van de cliëntenraden voor evaluatie en bijstelling van het beleid. 85% van de verpleeghuizen in het onderzoek geeft aan dat aanbevelingen van de cliëntenraad worden vertaald in (nieuw) beleid en 87% meldt aan de cliëntenraad wat er met hun aanbevelingen is gedaan. Bij de verzorgingshuizen lagen deze percentages op 76 en respectievelijk 79%. Uit het onderzoek blijkt dat in de sector verzorging en verpleging de cliëntenraden de meest geraadpleegde instantie zijn als het gaat om het cliëntenperspectief, zoals blijkt uit onderstaande tabel.

Percentage zorgaanbieders waar cliënten en/of hun organisaties bij kwaliteitsactiviteiten betrokken zijn.*(uit Sluys en Wagner)*

VERPLEEGHUIZEN (N=195)	NEE NVT	CLIËNTEN- RADEN	CLIËNTEN/BELANGEN- ORGANISATIES	BEIDE	MISSING
bespreken van uitkomsten van klachtenregi- stratie, satisfactieonderzoek e.d.	10	83	2	2	3
ontwikkelen van normen of criteria	39	47	1	1	12
beoordelen of de (kwaliteits)doelen zijn gehaald	29	54	1	-	16
participatie in (kwaliteits)commissies	42	42	1	1	14
opstellen van protocollen of standaarden	54	34	1	-	11
participatie in verbeterprojecten	44	39	1	1	16
VERZORGINGSHUIZEN (N=193)	NEE NVT	CLIËNTEN- RADEN	CLIËNTEN/BELANGEN- ORGANISATIES	BEIDE	MISSING
bespreken van uitkomsten van klachtenregi- stratie, satisfactieonderzoek e.d.	16	66	4	2	12
ontwikkelen van normen of criteria	40	46	3	1	10
beoordelen of de (kwaliteits)doelen zijn gehaald	38	41	2	-	19
participatie in (kwaliteits)commissies	45	38	3	-	14
opstellen van protocollen of standaarden	53	32	1	-	14
participatie in verbeterprojecten	42	33	3	-	22

4.6 Ondersteuning aan de cliëntenraad

Een cliëntenraad kan op drie wijzen ondersteund worden, namelijk door middel van een budget, overige facilitaire ondersteuning en door middel van een (intern of extern) persoon. Deze vormen van ondersteuning komen hieronder aan bod. Tot slot gaan we in het kort in op de ondersteuning die geboden wordt door de landelijke organisaties LOBB en NVBV (per 1-1-2000 gefuseerd tot LOC).

In Zuid-Holland is bij de meerderheid van de cliëntenraden in de verzorgingshuizen en verpleeghuizen (63%-76%) schriftelijk iets vastgelegd over de financiële en materiële middelen waarover de cliëntenraad kan beschikken (Dolk, 1999). Dit komt overeen met de bevindingen in de provincie Zeeland (Wet medezeggenschap zorginstellingen, 1997).

Ook voor de invoering van de WMCZ blijken veel voorlopers van de cliëntenraden in deze sector op de een of andere manier ondersteuning te hebben gekregen voor het werk van de commissie of raad (Nijboer, 1993; van der Wijst & Eikelenboom, 1993; Tunissen & van Weert, 1993).

Personele ondersteuning

Oudere onderzoeken van voor 1995 laten zien dat ook de voorlopers van de cliëntenraden vaak konden beschikken over een assistent binnen de instelling die bepaalde zaken voor de raad regelde, zoals het opstellen van de agenda, het notuleren van de vergaderingen etc. Soms gaf de directeur deze ondersteuning, maar vaak ook was dit een aparte functionaris zoals een activiteitenbegeleider. Uit het onderzoek van Van der Wijst & Eikelenboom (1993) onder verpleeghuizen bleek overigens dat bewoners/familieraden met een ondersteuner niet altijd beter functioneerden dan raden zonder ondersteuning. Dolk (1993) laat zien dat ongeveer tweederde van de cliëntenraden in de verzorgings- en verpleeghuizen in Zuid-Holland perso-

nele ondersteuning krijgen. Deze personen kunnen zeer verschillende achtergronden hebben: maatschappelijk werkers, hoofden van afdelingen, externe vrijwilligers, secretariaatsmedewerkers etc. In een enkel geval is de ondersteuner/adviseur een bestuurslid van de instelling. De cliëntenraden van verzorgingshuizen hebben meer klachten over deze ondersteuning dan de cliëntenraden van verpleeghuizen. De verzorgingshuizen zouden graag meer inhoudelijke personele ondersteuning willen krijgen. De verpleeghuizen signaleren op het punt van personele ondersteuning nauwelijks problemen. Ook uit ander onderzoek blijkt dat de meeste cliëntenraden in deze sector ondersteund worden (Wet medezeggenschap zorginstellingen, 1997; de Bruin, 1998). Bij sommige cliëntenraden gaat de ondersteuning verder dan alleen hulp bij vergaderingen (agenda opstellen/notuleren). Deze ondersteuners voeren overleg met andere personeelsgeledingen in het huis, houden feeling met de bewoners (bijvoorbeeld via huiskamerbijeenkomsten) en met familieleden en helpen de cliëntenraden met het vertalen van beleidsstukken in 'gewone begrijpelijke taal'.

Budgettaire ondersteuning en overige materiële ondersteuning

Uit onderzoek blijkt dat 60% van de cliëntenraden in de verzorgingshuizen en 47% van de raden in de verpleeghuizen jaarlijks een financiële begroting opstellen. Daarnaast worden veel activiteiten op een andere wijze of op ad-hoc basis gefinancierd⁴. Het gemiddelde bedrag waarover de cliëntenraden in de verzorgingshuizen kunnen beschikken is f 2.700,-- per jaar en bij de verpleeghuizen bijna f 4.600,-- per jaar. De verschillen in beschikbare financiën hangen waarschijnlijk samen met de grootte van de instellingen. De verpleeghuizen zijn in het algemeen groter wat betreft het aantal plaatsen dan de verzorgingshuizen. Het onderzoek laat zien dat de ondersteuning bij het verzorgingshuis in het algemeen minder goed geregeld is dan bij de verpleeghuizen. Verhoudingsgewijs zijn er meer cliëntenraden bij de verpleeghuizen die extra gebruik mogen maken van ruimtelijke faciliteiten en secretariële ondersteuning dan bij de verzorgingshuizen (Dolk, 1999). Uit de interviews blijkt dat het ook afhankelijk is van het niveau van de raad: centrale cliëntenraden van met name grote overkoepelende instellingen (holdings) krijgen meer personele ondersteuning dan de cliëntenraden op locatieniveau en ook hun budget is groter.

Regionale en landelijke ondersteuning van de cliëntenraden

De LOBB kent al jaren regionale ondersteuningsfunctionarissen ten behoeve van de bewonerscommissies c.q. cliëntenraden in de regio's. Bij de NVBV werd de ondersteuning voornamelijk via het landelijk bureau geregeld; sinds enige tijd is men bezig een regionaal ondersteuningsnetwerk op te zetten. Beide organisaties organiseren regionale bijeenkomsten met vertegenwoordigers en ondersteuners van cliëntenraden. Uit onderzoeken blijkt dat deze bijeenkomsten gewaardeerd worden door de cliëntenraden. 83% van de cliëntenraden van verpleeghuizen vindt het noodzakelijk regelmatig overleg te voeren in regionaal verband. Men hecht vooral belang aan het uitwisselen en delen van ervaringen met andere cliëntenraden. Dit aspect wordt ook met name genoemd tijdens de interviews die we hebben gehouden. Driekwart van de raden zegt tevreden te zijn over de hoeveelheid geboden informatie en ondersteuning vanuit regionaal verband. Wel vindt men soms dat het teveel over nieuwe ontwikkelingen en regelingen in de zorg gaat en te weinig over het alledaagse leven in de instellingen (Project Onderzoek Ondersteuningsbehoefte Familieraden, 1996).

Een probleem dat genoemd werd tijdens een van de interviews is de financiering van de regionale/provinciale ondersteuning. De financiering van de ondersteuning aan bewonerscommissies van de verzorgingshuizen werd vroeger betaald uit WBO-gelden. Nu de WBO niet meer bestaat en de verzorgingshuizen betaald worden uit de AWBZ is ook de financiering van de ondersteuning weggevallen. De provincies zijn van mening dat door de intrekking van de WBO

⁴ Veel cliëntenraden hebben de vraag over de financiën niet beantwoord.

de provincies geen taak meer hebben in deze aangezien de WMCZ een (landelijk) ingevoerde maatregel is. Deze vorm van ondersteuning zou betaald moeten worden uit de AWBZ door de verzekeraars (of het zorgkantoor).

In het voorafgaande zijn al andere activiteiten van de landelijke organisaties ter sprake geweest, zoals het ontwikkelen van een kwaliteitsinstrument voor de cliëntenraden en het opstellen van modelreglementen. Maar ook op andere terreinen biedt men deskundige hulp zoals voor cliëntenraden die te maken krijgen met fusies of (ingrijpende) verbouwingen. Daarnaast organiseren deze organisaties samen met de cliëntenraden acties op landelijk niveau (Zwartboek hoge nood door lage bijdrage, 1999; Hartekreet, 1998).

4.7 Samenvatting met betrekking tot het functioneren van de cliëntenraden

Kijken we in het algemeen naar het functioneren van de cliëntenraden dan zou geconcludeerd kunnen worden dat de cliëntenraden van de verpleeghuizen iets beter functioneren dan die van de verzorgingshuizen in de zin dat zij meer faciliteiten en (financiële) ondersteuning hebben vanuit de instelling om hun werk te bevorderen. Ook hebben zij vaker een schriftelijk opgesteld instellingsbesluit en een samenwerkingsovereenkomst. Wel blijkt het samengaan van familie- en bewonersraden niet altijd zonder problemen te verlopen. Geïnterviewden noemen als pluspunt van de WMCZ dat de cliëntenraden bij de verpleeghuizen door de wet een formele status hebben gekregen. De bewonersraden van de verzorgingshuizen hadden deze status al via de provinciale verordeningen in het kader van de WBO.

Dolk (1999) geeft in zijn onderzoek een samenvatting van de belangrijkste knelpunten die cliëntenraden in de verzorgings- en verpleeghuizen tegenkomen. Deze bevindingen worden gesteund door ander onderzoek. De knelpunten in de samenstelling van de cliëntenraden scoren zowel bij de verzorgingshuizen als bij de verpleeghuizen het hoogst. Deze knelpunten liggen op het vlak van de hoge leeftijd, de lichamelijke en geestelijke beperkingen van de (potentiële) leden, het vinden en houden van een voltallige raad, de diversiteit van de zorgafnemers in de raad, het steeds grotere beroep dat men moet doen op de familieleden, en mede daardoor het verlies aan binding met de bewoners. Bij de cliëntenraden van de verzorgingshuizen komen de knelpunten in het inhoudelijk functioneren op de tweede plaats; terwijl bij de verpleeghuizen deze knelpunten veel minder voorkomen. Hierbij gaat het om punten als te weinig kennis van zaken, het moeilijk los kunnen laten van de praktische meer individuele zaken, te weinig interesse voor beleidszaken, gemis aan ondersteuning en gemis aan bestuurlijke ervaring. Bij de verpleeghuizen liggen de knelpunten over de werkwijze op de tweede plaats. Deze knelpunten hebben betrekking op: gebrek aan vergadertechniek, moeilijk terugkoppelen naar achterban, taakonduidelijkheid en gemis aan diverse plannen, verslagen en reglementen.

5 Het adviesrecht

De uitoefening van het wettelijk adviesrecht behoort tot de kerntaken van de cliëntenraden. In de WMCZ worden de bevoegdheden in dit opzicht duidelijk omschreven. Tevens kent de wet een verplichting voor instellingen om in een reglement de bevoegdheden van de cliëntenraad te regelen. Dit reglement dient uiteraard in overeenstemming met de wet te zijn. Dat wil zeggen dat er wel meer bevoegdheden mogen worden toegekend dan die uitdrukkelijk in de wet zijn vastgelegd, maar niet minder. De WMCZ kent twee vormen van adviesrecht: advies- en verzwaaard adviesrecht.

We hebben in paragraaf 2 al aangegeven dat uit onderzoek blijkt dat weliswaar een meerderheid van de cliëntenraden beschikken over een formeel instellingsbesluit en een huishoudelijk reglement maar dat dit nog niet geldt voor alle cliëntenraden.

Voor de bewonerscommissies van de verzorgingshuizen was met name van belang dat rechten die de bewonerscommissies voor de invoering van de WMCZ hadden (volgens de provinciale verordeningen) en die verder gingen dan de WMCZ, in principe gehandhaafd werden. Alhoewel er geen duidelijke gegevens zijn in hoeverre deze verworven rechten zijn meegenomen bij de invoering van de cliëntenraden, hebben de landelijke koepels het idee dat de meeste cliëntenraden onvoldoende op de hoogte waren van deze regeling en waarschijnlijk weinig gebruik hebben gemaakt van dit recht. Ook omdat veel cliëntenraden een nieuwe samenstelling kregen en de nieuwe leden niet op de hoogte waren van de oude rechten. Twee punten worden in dit verband met name genoemd: het verzaamd advies gaat minder ver dan het instemmingsrecht dat bewonerscommissies in het verleden hadden en het recht om meer bestuursleden op voordracht te benoemen. Met name de beperking van instemmingsrecht tot verzaamd adviesrecht vindt men een verzwakking van de rechten van de cliëntenraden. De LOBB heeft in die periode een lijst opgesteld met bevoegdheden op grond van de oude verordeningen en op grond van de WMCZ ten behoeve van de cliëntenraden.

In het algemeen wordt opgemerkt dat er veel onduidelijkheid is welke zaken wel en welke zaken niet vallen onder het (verzaamd) adviesrecht. Veel cliëntenraden hebben onvoldoende zicht op dit punt. Men is afhankelijk van wat de directies voordragen voor advisering en de directies kaarten niet alle zaken aan waar de cliëntenraad (verzaamd) adviesrecht heeft. Men mist in de WMCZ een verwijzing naar het woonklimaat binnen de verzorgings- en verpleeghuizen. Voor bewoners is het woonklimaat een belangrijk aspect en dit wordt als zodanig niet vermeld in de WMCZ.

Uit het onderzoek onder de raden in Zeeland blijkt dat het adviesrecht niet bij alle raden in de verzorgingshuizen formeel geregeld is. Twintig van de 24 raden in verzorgingshuizen hebben het adviesrecht en slechts 14 van de 24 instellingen hebben het verzaamd adviesrecht vastgelegd. Bij de zes verpleeghuizen is het (verzaamd) adviesrecht wel overal geregeld (Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen, 1997).

5.1 De uitoefening van het adviesrecht

Om een adviesaanvraag goed te laten verlopen is het nodig dat de cliëntenraden voldoende en duidelijke informatie krijgen, deze informatie op tijd en op schrift krijgen en dat de adviesaanvraag en het advies schriftelijk worden uitgebracht. Eerder is al gesteld dat het voor cliëntenraden niet altijd duidelijk is wat wel en wat niet onder het adviesrecht valt. Met name bij fusies is vaak niet duidelijk over welke zaken een cliëntenraad zich wel of niet kan of moet uitspreken. Uit de vorige paragraaf blijkt wel dat cliëntenraden niet altijd alle informatie krijgen die nodig is om verantwoord te adviseren.

Uit de interviews met de informanten van de instellingen blijkt dat over de meeste zaken die genoemd worden in de WMCZ advies gevraagd wordt. Dit geldt met name bij fusies, maar ook hier wordt opgemerkt dat als gevolg van fusies veel zaken bij de (individuele) instellingen veranderen en dat niet altijd duidelijk is of over deze afzonderlijke zaken dan ook advies moet worden aangevraagd. Het sluipt er wel eens tussendoor.

Door verschillende geïnterviewden wordt opgemerkt dat de behandeling van adviezen niet altijd goed verlopen. De adviesaanvragen worden niet altijd formeel aangevraagd; vaak ook wegens tijdgebrek. Maar de cliëntenraden reageren ook niet altijd formeel schriftelijk op een adviesaan-

vraag. Dan blijkt uit notulen van de vergadering dat men akkoord gaat. Ook worden de cliëntenraden niet altijd op de hoogte gehouden wat er met het advies gebeurt. Volgt de instelling het advies op of legt men het naast zich neer? Dit kan demotiverend werken voor de cliëntenraad. Ook hier geldt wat al eerder genoemd is: soms zijn de adviesaanvragen zo talrijk dat de cliëntenraad door de bomen het bos niet meer ziet. Eigen prioriteiten stellen is erg belangrijk. Ongevraagd advies uitbrengen komt volgens de geïnterviewden niet zo vaak voor. Vaak maakt de cliëntenraad niet duidelijk dat het om een ongevraagd advies gaat waardoor het advies niet als zodanig behandeld wordt door de instelling.

Wel zeggen veel geïnterviewden dat de stem en de positie van de cliëntenraad door de WMCZ in de sector verzorging en verpleging sterker is geworden. Er wordt steeds vaker serieus rekening gehouden met het oordeel van de raad inzake adviesaanvragen. Zeker bij de verpleeghuizen waar de positie van de bewoners- en familieraden formeel geen status had.

6 Colleges van vertrouwenslieden

Volgens de WMCZ moet de instelling in overleg met de cliëntenraad een commissie van vertrouwenslieden instellen die in geval van een geschil tussen de cliëntenraad en de instelling tot taak heeft te bemiddelen en zonodig een bindende uitspraak te doen. Deze commissie bestaat ten minste uit een lid aangewezen door de instelling, een lid aangewezen door de cliëntenraad en een lid door beide partijen aangewezen. De instelling kan, na instemming van de cliëntenraad, ook kiezen voor aansluiting bij een door de koepels ingestelde commissie van vertrouwenslieden. In de sector verzorging en verpleging hebben de (toenmalige) LOBB, NVBV, NVVz en WZF gezamenlijk de Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden (LCV) ingesteld voor de verzorgings- en verpleeghuizen.

Bij de verzorgingshuizen kenden de meeste provinciale verordeningen (voorafgaand aan de invoering van de WMCZ) bepalingen ten aanzien van de instelling van klachten- en geschillencommissies. Ook hier gaan de bevoegdheden van de commissie van vertrouwenslieden minder ver dan bij de vroegere klachten- en geschillencommissies. In de WMCZ staat dat in geval de instelling een besluit neemt waarover (verzwaard) advies gevraagd had moeten worden en dit advies niet is gevraagd of een negatief besluit is genomen, men het college van vertrouwenslieden kan inschakelen. In artikel 4.2 van de WMCZ geeft de wetgever aan dat de instelling het advies van de cliëntenraad naast zich neer kan leggen, als het college van vertrouwenslieden heeft vastgesteld dat de instelling bij afweging van de betrokken belangen in redelijkheid tot zijn voornemen heeft kunnen komen. In de meeste provinciale verordeningen werd bepaald dat een verzorgingshuis geen besluit mag nemen als de bewonerscommissie geen instemming betuigt bij het besluit. Er zijn geen gegevens bekend wat betreft de omvorming van de geschillen- en klachtencommissies van de provincies en de instelling van de colleges van vertrouwenslieden. Onderzoeken als die van Dolk (1999) en het Klaverblad in Zeeland (Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen, 1997) geven geen uitsluitsel hoe de instellingen de WMCZ ten aanzien van de colleges van vertrouwenslieden hebben geregeld.

6.1 Het Landelijk College van Vertrouwenslieden

De LCV is op 4 juni 1997 ingesteld en bestaat uit zeven leden. De voorzitter is benoemd door alle deelnemende partijen, drie leden zijn benoemd namens de landelijke koepels van cliëntenraden en drie leden namens de landelijke koepels van de verzorgings- en verpleeghuizen. De werkwijze van de LCV is als volgt: in principe probeert de commissie eerst te bemiddelen in het geschil. Het verzoek om bemiddeling moet schriftelijk worden ingesteld. Er worden twee

leden van de commissie aangesteld om te bemiddelen. De bemiddeling vindt plaats bij de instelling zelf waar zowel de cliëntenraad als de instelling gehoord worden door middel van een hoorzitting. Als één van de partijen zich niet kan vinden in het advies van de LCV, kan men om een bindende uitspraak vragen. Deze uitspraak wordt schriftelijk en gemotiveerd aan partijen toegezonden. Bij een bindende uitspraak is geen hoger beroep mogelijk. De LCV is een arbitragecommissie, wat betekent dat beide partijen gehouden zijn aan de uitspraak. Naleving kan desnoods bij de rechter worden afgedwongen. Naast de taken en bevoegdheden volgens de WMCZ, bemiddelt of doet de LCV een bindende uitspraak in alle situaties waarin dat op basis van afspraken tussen de instelling en cliëntenraad mogelijk is. Er zijn twee uitzonderingen:

- In enkele gevallen waarin de kantonrechter met het toezicht op de naleving van de Wet medezeggenschap belast is. In die gevallen bemiddelt de LCV wel maar doet geen bindende uitspraken.
- De LCV is geen hogere beroepsinstantie. Als een geschil reeds ter sprake is gekomen bij een commissie van vertrouwenslieden die door de instelling is ingesteld, kan dit niet meer aan de LCV worden voorgelegd (Jaarverslag 1997-1998 LCV, 1998).

De reikwijdte van de LCV gaat volgens de LCV verder dan wat in de WMCZ is vastgelegd.

Alle verpleeghuizen en verzorgingshuizen kunnen zich kosteloos aansluiten bij de LCV. Pas wanneer een beroep wordt gedaan op de LCV voor bemiddeling of het doen van een uitspraak worden er kosten in rekening gebracht (begin 1999 waren deze kosten f 250,-). Deze kosten zijn in principe voor de partij die om bemiddeling of een uitspraak vraagt, maar de LCV kan bepalen dat deze kosten door beide partijen gedeeld worden.

In 1998 hadden zich 400 zorgaanbieders (per zorgaanbieder kunnen meerdere instellingen aangesloten zijn) aangesloten bij de LCV. De LCV vermoedt dat meerdere zorgaanbieders in hun reglement hebben opgenomen dat de LCV als beroepsinstantie geldt maar dat deze zorgaanbieders dit niet bij hen gemeld hebben.

Uit hun eerste jaarverslag (juni 1997-juni 1998) blijkt dat de LCV in dat jaar twee bindende uitspraken heeft gedaan en tweemaal heeft bemiddeld. Daarnaast is de LCV vraagbaak geweest voor een groot aantal praktische vragen rond de WMCZ.

Over adviesrecht bij de benoeming van personen die belast zijn met de zorg aan cliënten is veel te doen geweest. Zoals we in de inleiding opmerken zijn de afgelopen jaren veel instellingen gefuseerd. De wijze waarop de instellingen intern en onderling de structuur van het management hebben geregeld is nogal verschillend. En bij fusies kan deze structuur ook gewijzigd worden. Om deze reden is het vaak niet duidelijk om welke functie het precies gaat in dit artikel van de WMCZ. Daarbij komt dat instellingen van mening zijn dat bij benoemingen door dit adviesrecht ernstige vertragingen kunnen optreden, die nadelig zijn voor de instelling. Het kost tijd als steeds de cliëntenraad moet worden ingeschakeld. Uitspraken hierover door de LCV kunnen meer duidelijkheid verschaffen. De LCV adviseert om duidelijke afspraken te maken tussen de instelling en de cliëntenraad welke functies onder dit adviesrecht vallen binnen de instelling, en dit schriftelijk vast te leggen. Daarnaast is het te overwegen bij die functies een vertegenwoordiger van de cliëntenraad op te nemen in de sollicitatie- of benoemingscommissie. Hetzelfde geldt ook voor artikel 3.1 f ten aanzien van het benoemen van personen die rechtstreeks de hoogste zeggenschap zullen uitoefenen bij de leiding van arbeid in de instelling. Als het om één instelling gaat, levert dit weinig problemen op. Maar in deze sector zijn door fusies zorgaanbieders ontstaan met een groot aantal instellingen en is het niet altijd makkelijk vast te stellen om welke functie het precies gaat in dit artikel. Ook hier is het advies om aan de hand van de organisatiestructuur vast te leggen welke functies vallen onder dit artikel. Bij een cen-

trale cliëntenraad wordt de kwestie nog ingewikkelder omdat daar de vraag gesteld kan worden: welke functies betreffen de centrale cliëntenraad en welke functies de afzonderlijke cliëntenraden.

De LVC stelt als voordeel van aansluiting bij de LCV dat:

- De deskundigheid en de specifieke vaardigheden van de leden van de commissie groter zijn bij de LCV dan bij leden van een Commissie van Vertrouwenslieden die door de instelling zelf wordt ingesteld.
- Bekendmaking van interpretatiekwesties en van uitspraken leveren voor andere zorgaanbieders en cliëntenraden een belangrijke leidraad op voor de wijze waarop de WMCZ uitgevoerd kan worden (Als cliëntenraad en zorgaanbieder er samen niet meer uitkomen, 1997).

Er zijn ook nadelen verbonden aan de LCV. Volgens sommige geïnterviewden heeft een zorgaanbieder grote moeite met het feit dat een cliëntenraad een zaak aankaart bij de LCV. Dit maakt de drempel voor de cliëntenraad om de LCV in te schakelen erg hoog. De afhankelijkheidspositie van de cliënten speelt hierbij een rol. Deze drempel is waarschijnlijk minder hoog bij een door de instelling ingestelde commissie. Een van de geïnterviewde cliëntenraden merkt op dat in hun geval de zorgaanbieder het bindend advies van de LCV naast zich neer heeft gelegd. In principe kan de cliëntenraad dan naar de kantonrechter stappen, maar die drempel is voor een cliëntenraad veel te hoog. Men mist de mogelijkheden van sancties bij het niet navolgen van de wet maar ook bij het niet navolgen van de uitspraken van de LCV.

In het algemeen zijn alle partijen van mening dat meer zaken voorgelegd zouden moeten worden aan de commissies van vertrouwenslieden en vooral aan de LCV. Directeuren zouden ook moeten bevorderen dat cliëntenraden deze stap nemen als zij het niet eens zijn met de directie. De WMCZ is op een aantal plaatsen erg vaag of onduidelijk. Een geschil aanmelden bij de LCV voor bemiddeling kan in gezamenlijk overleg gebeuren om meer duidelijkheid te verschaffen. Nu gebeurt het meestal als het geschil heeft geleid tot een conflict tussen beide partijen, maar dit hoeft niet als men in een vroeger stadium de LCV inschakelt.

7 Het stelsel van cliëntenraden: de centrale cliëntenraad

De WMCZ bepaalt dat er in iedere instelling een cliëntenraad behoort te zijn. Wanneer een zorgverlener meer instellingen omvat, moeten er dus even zoveel cliëntenraden komen. Het beleid van de directie van de centrale stichting raakt dikwijls de directe belangen van de cliënten in de afzonderlijke instellingen. Dit beleid kan in allerlei opzichten adviesplichtig zijn. De consequentie hiervan is dat de centrale directie dan hierover advies moet vragen aan de cliëntenraden van de afzonderlijke instellingen. Het aantal hiervan kan groot zijn. Soms gaat het om tientallen cliëntenraden. De directies vinden dit bezwaarlijk.

De directies streven over het algemeen naar advisering over lokale onderwerpen op lokaal niveau en advisering over centrale onderwerpen op centraal niveau. Hiertoe worden centrale cliëntenraden opgericht. De wet kent het begrip centrale cliëntenraad niet. In het kamerdebat over het wetsvoorstel WMCZ kwam naar voren dat sommige zorgverleners behoefte aan een centrale cliëntenraad zouden kunnen hebben. Van de zijde van de regering is toen gezegd dat het zorgverleners vrij stond om een centrale cliëntenraad in te stellen, maar dat deze alleen bevoegdheden van de lokale cliëntenraden zou kunnen overnemen indien en voor zover deze ermee zouden instemmen om dergelijke bevoegdheden aan een centrale cliëntenraad te delegeren.

Uit het onderzoek van Fabbriotti & Huijsman (2000) blijkt dat zorgaanbieders die één instelling onder hun beheer hebben, een minderheid vormen onder de verpleeg- en verzorgingshuizen. Gezien dit gegeven zou verwacht kunnen worden dat de meeste instellingen in deze sector een centrale cliëntenraad hebben. In het onderzoek van Dolk (1999) bestaat bij 53% van de 78 verzorgingshuizen één cliëntenraad. Van de 47% met meerdere raden heeft 35% een centrale cliëntenraad. Bij de onderzochte verpleeghuizen (16 in getal) hebben vijf instellingen meer raden en hiervan hebben er vier een centrale cliëntenraad. In het onderzoek van het Klaverblad in Zeeland kennen drie van de 24 verzorgingshuizen een centrale cliëntenraad; van de zes verpleeghuizen hebben vijf verpleeghuizen een centrale cliëntenraad (Rapportage Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen, 1997).

Bij een van de geïnterviewde zorgaanbieders bestaat de organisatie sinds kort uit één holding en meerdere stichtingen, en iedere stichting heeft meerdere instellingen. Bij deze zorgaanbieder zijn op drie niveaus cliëntenraden gevormd: locatie-clieñtenraden, centrale cliëntenraden voor de afzonderlijke stichtingen en één centrale cliëntenraad voor de holding. Aangezien deze situatie sinds kort bestaat, zijn er nog weinig ervaringsgegevens. Deze constructie geeft wel aan dat door fusies de cliëntenparticipatie ingewikkelder wordt.

Op grond van informatie van één van de geïnterviewden blijkt dat er enkele zorgaanbieders zijn die meerdere instellingen onder hun beheer hebben en voor deze instellingen gezamenlijk maar één cliëntenraad hebben ingesteld. Maar dit komt weinig voor.

Volgens de NVVz en de WZF hebben veel zorgaanbieders reeds een centrale cliëntenraad. Zij vinden dit een goede zaak en zijn van mening dat de adviezen van de centrale cliëntenraad meer gewicht hebben dan de adviezen van de afzonderlijke cliëntenraden. Zorgaanbieders kunnen ook moeilijk uit de voeten met meerdere cliëntenraden als zij tegengestelde adviezen uitbrengen. Er bestaat volgens hen veel koudwatervrees bij de afzonderlijke cliëntenraden voor de vorming van een centrale cliëntenraad. Zij hadden graag grotere bevoegdheden voor de zorgaanbieders in de wet willen zien ten aanzien van de instelling van een centrale cliëntenraad, met name ten aanzien van artikel 3.1 a tot en met f.

De LOC schat dat eenderde van de instellingen een centrale cliëntenraad heeft ingesteld bij de verzorgingshuizen. Ook de LOC is voorstander van een centrale cliëntenraad. Bij zorgaanbieders (met meerdere instellingen) wordt veel op centraal niveau beslist en dat heeft zijn uitwerking op lokaal niveau (per instelling). Het is bij veel zorgaanbieders (zonder centrale cliëntenraad) slecht geregeld hoe de afzonderlijke cliëntenraden hierbij ingeschakeld worden. Op deze wijze wordt de positie van de afzonderlijke cliëntenraden uitgehold. De NVBV is van mening dat te veel bevoegdheden van de cliëntenraden worden overgedragen naar de centrale cliëntenraden en dat hierdoor de afzonderlijke cliëntenraden te veel buiten spel worden gezet. In ieder geval is het belangrijk dat de centrale cliëntenraad bestaat uit vertegenwoordigers van de afzonderlijke cliëntenraden. De NVBV is van mening dat het overdragen van bevoegdheden van de afzonderlijke cliëntenraden niet permanent geregeld dient te worden maar dat per geval bekeken wordt wie ingeschakeld wordt: de centrale cliëntenraad of de afzonderlijke cliëntenraden. Ook is het mogelijk de bevoegdheden tijdelijk over te dragen. Een van de geïnterviewde cliëntenraden van een verpleeghuis, dat onderdeel vormt van een stichting met zowel verzorgings- als verpleeghuizen en met een centrale cliëntenraad, is van mening dat de afzonderlijke cliëntenraden teveel door de zorgaanbieder buiten spel worden gezet. Hij geeft aan dat er ook belangentegenstellingen zijn tussen de verschillende instellingen. Wat voor een verzorgingshuis een goede maatregel kan zijn, kan bij een verpleeghuis heel slecht uitvallen. Als bij de zorgaanbieder meer verzorgingshuizen dan verpleeghuizen aangesloten zijn, komen de cliëntenraden van de verpleeghuizen onvoldoende aan bod. Zijn ervaring is dat zaken aangaande stafafdelingen die boven het niveau van de afzonderlijke instelling functioneren nauwelijks

bespreekbaar zijn binnen de cliëntenraad van de instelling terwijl het wel om problemen gaat in die specifieke instelling. De lijnen zijn te lang en te diffuus en dit beïnvloedt het werk en de betrokkenheid van de afzonderlijke cliëntenraad in ongunstige zin.

De LOC heeft onlangs een brochure uitgebracht ten behoeve van cliëntenraden met daarin de voor- en nadelen van een centrale cliëntenraad en met een modelconvenant centrale cliëntenraad. In de brochure wordt ook de mogelijkheid aangegeven om een platform cliëntenraden in te stellen. Het verschil tussen beide raden is dat bij de vorming van een centrale cliëntenraad bepaalde bevoegdheden van de cliëntenraad worden overgedragen aan de centrale cliëntenraad. Bij de vorming van een platform cliëntenraden behouden de afzonderlijke raden alle bevoegdheden; het platform vormt een overlegstructuur tussen de cliëntenraden (Medezeggenschap in zorgconcerns, 2000).

8 Bindende voordracht van een bestuurslid

Cliëntenraden zijn gemachtigd op grond van artikel 7 van de WMCZ ten minste één bestuurslid op bindende voordracht te benoemen in het bestuur van de instelling. Deze voordracht is ook van toepassing als er meerdere instellingen vallen onder één zorgaanbieder. In dat geval kan de cliëntenraad een bindende voordracht doen voor de Raad van Toezicht, het Bestuur of de Raad van Commissarissen. In het laatste geval is het meestal de centrale cliëntenraad (als deze aanwezig is) die deze taak krijgt toegewezen.

Zoals reeds in de inleiding is opgemerkt, hadden de bewonerscommissies van de verzorgingshuizen ten tijde van de WBO volgens de provinciale verordening vaak het recht om twee bestuursleden voor te dragen. Het is niet bekend in hoeverre dit recht is overgenomen door de instellingen in het reglement van de nieuwe cliëntenraden.

In Zeeland hebben 17 van de 24 verzorgingshuizen (71%) en alle zes verpleeghuizen de mogelijkheid om een bestuurslid bindend voor te dragen (Rapportage Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen, 1997). In Zuid-Holland ligt het percentage bij de verzorgingshuizen op 65% en bij de verpleeghuizen op 90%. In dit onderzoek heeft men ook gevraagd in hoeverre de cliëntenraden daadwerkelijk een lid van het bestuur of raad van toezicht op bindende voordracht benoemd hebben. Bij de 72 verzorgingshuizen heeft 40% nog geen bestuurslid voorgedragen, 46% heeft wel een bestuurslid op voordracht in het bestuur zitten en bij 14% zijn er meerdere bestuursleden voorgedragen; bij de 16 verpleeghuizen zijn deze percentages respectievelijk 38%, 56% en 6%. Wel blijkt uit dit onderzoek dat er duidelijke verschillen zijn tussen de mening van de instellingen zelf en de cliëntenraden. De instellingen zeggen veel vaker dat bestuursleden op voordracht van de cliëntenraad zitting hebben in het bestuur of de Raad van Toezicht dan de cliëntenraden zelf. Het rapport geeft hier geen verklaring voor. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat de directie een voorstel doet voor de invulling van een vacature en dat de cliëntenraad hiermee instemt. De directie stelt dan dat de benoeming op voordracht van de raad is geschied terwijl de cliëntenraad hun instemming niet als een benoeming op voordracht ziet.

9 Conclusies

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 familiëraden 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 dat niet alle raden een huishoudelijk reglement kennen. 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 als gevolg van de vele fusies en ingewikkelde organisatiestructuren onduidelijkheid 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 College 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 op grond van de fusies die hebben plaatsgevonden, verwachten 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 dan de cliëntenraden zelf van mening dat dit vaker gebeurt.

10 Samenvatting

De invoering van de WMCZ is in de verzorgings- en verpleeghuizen geen ingrijpende zaak geweest omdat de meeste verzorgingshuizen en verpleeghuizen al voor de invoering van de WMCZ een vorm van cliëntenparticipatie kenden. Naar schatting heeft 98% van de instellingen eind 1999 een cliëntenraad. Op grond van de resultaten van verricht onderzoek zouden we voorzichtig willen concluderen dat de uitvoering van de WMCZ en het functioneren van de cliëntenraden bij de verpleeghuizen een iets gunstiger beeld geven dan bij de verzorgingshuizen. Bij de verpleeghuizen is de WMCZ formeel beter geregeld (met instellingsbesluiten, huishoudelijke reglementen, samenwerkingsovereenkomsten etc).

De belangrijkste verschillen tussen de situatie voor en na de invoering van de WMCZ:

1. De verzorgingshuizen hadden voor de invoering van de WMCZ te maken met de provinciale verordeningen in het kader van de WBO en de verplichting tot inspraak door middel van bewonerscommissies. Met de invoering van de WMCZ zijn de bewonersraden omgezet in cliëntenraden met een bredere samenstelling. Dit betekende in een aantal gevallen dat ook familieleden lid kunnen worden van de cliëntenraad. Officieel was dit bij de bewonerscommissies niet mogelijk alhoewel in de praktijk familieleden al wel vaak zitting hadden. Daarnaast zijn bewonerscommissies uitgebreid met andere doelgroepen van de verzorgingshuizen, zoals bewoners van aanleunwoningen en niet-bewoners uit de wijk die gebruik maken van voorzieningen van het verzorgingshuis.
2. Sommige provinciale verordeningen in het kader van de WBO gaven grotere bevoegdheden aan de bewonerscommissies dan de WMCZ, zoals het instemmingsrecht bij bepaalde zaken en het voordragen van meerdere bestuursleden op bindende voordracht. Alhoewel de WMCZ stelt dat deze bevoegdheden gehandhaafd blijven, denken verschillende geïnterviewden dat dit in veel gevallen niet gebeurd is omdat de nieuwe cliëntenraden niet altijd op de hoogte waren van deze bepaling.
3. In de gecombineerde verpleeghuizen bestonden voor de invoering van de WMCZ vaak verschillende raden voor de somatische en psychogeriatrische afdelingen. Na de invoering van de WMCZ zijn deze raden vaak samengevoegd tot één cliëntenraad. Dit leverde bij sommige verpleeghuizen problemen op omdat de belangen van beide groepen bewoners niet altijd gelijk zijn. Uit de interviews en uit onderzoek blijkt dat de familieleden van de psychogeriatrische bewoners een grotere invloed hebben op het werk van de raad dan de bewoners van de somatische afdeling.
4. Zowel in de verzorgingshuizen als in de verpleeghuizen is men van mening dat in vergelijking met vroeger er vaker (te vaak) vergaderd wordt over beleidszaken en veel minder over zaken die gaan over het dagelijkse leven en het woon- en leefklimaat binnen de instelling. Voor cliënten zijn beleidszaken minder interessant en niet altijd te begrijpen waardoor het animo om zitting te nemen in een cliëntenraad vermindert.
5. Nieuw is ook de centrale cliëntenraad. In en tussen veel instellingen bestonden verschillende raden en commissies naast elkaar. Uit onderzoek blijkt dat de afgelopen jaren in de ouderenzorg veel instellingen zijn gefuseerd en dat de stand-alone instellingen in deze sector nauwelijks meer voorkomen. Alhoewel uit gegevens blijkt dat veel zorgaanbieders centrale cliëntenraden hebben ingesteld, vormen zij toch een minderheid. Centrale cliëntenraden komen vaker voor bij verpleeghuizen dan bij verzorgingshuizen.

Ontwikkelingen in de ouderenzorg en de gevolgen daarvan voor de uitvoering van de WMCZ:

1. De populatie van de verzorgingshuizen en verpleeghuizen veroudert en is meer verzorgingsbehoevend dan een aantal jaren geleden. Hierdoor neemt het aantal bewoners in cliëntenraden af en neemt het aantal familieleden en anderen toe. Dit tast de inspraak van de bewoners aan.
2. Door de vele fusies en samenwerkingsverbanden binnen de ouderenzorg wordt cliënteninspraak steeds ingewikkelder. Er ontstaan locatiedirecties, regiomanagers, instelling overstijgende stafafdelingen. Zeker bij zorgaanbieders zonder centrale cliëntenraad wordt de inspraak van de cliëntenraden per instelling uitgehold volgens sommige zegslieden. Maar ook waar wel centrale cliëntenraden zijn, hebben de afzonderlijke cliëntenraden het gevoel dat ze steeds minder zeggenschap hebben over zaken die de afzonderlijke instellingen betreffen. De lijnen binnen de instellingen zijn langer en worden ingewikkelder. De afstand tussen cliëntenraden en het bestuur van de instelling (zorgaanbieder) wordt steeds groter.
3. Door de uitbreiding van de doelgroepen in de sector verzorging en verpleging wordt de kans op belangtegenstellingen tussen groepen cliënten groter.

Belangrijkste knelpunten bij de WMCZ:

1. Alhoewel in meerderheid de instellingen of zorgaanbieders de WMCZ formeel geregeld hebben, zijn er cliëntenraden zonder formeel instellingsbesluit en zonder budget, en krijgen niet alle cliëntenraden alle informatie waar zij recht op hebben.
2. De samenstelling van de cliëntenraden. Uit onderzoek blijkt dat het grootste knelpunt in het functioneren van de cliëntenraden de samenstelling en invulling van de cliëntenraad is. De cliënten worden ouder, het verloop onder de leden van de cliëntenraden is groot, het aantal bewoners in de cliëntenraden neemt af, deelname aan een cliëntenraad vraagt steeds grotere deskundigheid van de leden waardoor de belangstelling voor deelname steeds kleiner wordt.
3. De cliëntenraden moeten zich steeds meer bezighouden met (ingewikkelde) beleidszaken. Bewoners willen meepraten over het dagelijkse leven en het woon- en leefklimaat en hebben minder affiniteit met beleidsplannen, jaarrekeningen etc. Dit maakt het werk van de cliëntenraad minder aantrekkelijk voor met name de bewoners en ook hierdoor haken zij af.
4. Het verkrijgen van informatie om het werk binnen de cliëntenraad goed te kunnen doen is niet altijd optimaal en is sterk afhankelijk van de opstelling van de directie ten opzichte van de cliëntenraad.
5. In het algemeen is men van mening dat de WMCZ te algemeen is. Er bestaat onduidelijkheid waar cliëntenraden advies over uit kunnen en moeten brengen. Hierdoor is het vaak de directie die bepaalde zaken al dan niet op de agenda zet en het tijdstip bepaalt.
6. Vooral de artikelen die betrekking hebben op het benoemen en aanstellen van directie en personen die belast zijn met de dagelijkse zorg aan bewoners leveren problemen op. Dit heeft sterk te maken met de vaak ingewikkelde organisatiestructuur van de zorgaanbieders met meerder instellingen onder hun beheer.
7. Alhoewel de instelling van een Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden duidelijk voordelen heeft (deskundigheid en bredere strekking van de uitspraken) kent deze LCV ook nadelen. De afstand tussen de cliëntenraden en de LCV is groot en maakt het minder gemakkelijk voor de cliëntenraden om bij een geschil aan te kloppen bij de LCV. De zorgaanbieders hebben er grote moeite mee wanneer een cliëntenraad naar buiten treedt vanwege een geschil. De cliënten bevinden zich toch in een afhankelijkheidsrelatie ten opzichte van de zorgaanbieder en dit geldt zeker voor de bewoners in de raden.

Positieve ontwikkelingen:

1. Door de lange traditie van inspraak binnen de ouderzorg zijn de meeste cliëntenraden niet bij af begonnen; reeds in de onderzoeken over inspraak van cliënten voor de invoering van de WMCZ bleek dat vooral bewonerscommissies en bewoners-/familieraden die reeds lange tijd functioneerden zich in positieve zin ontwikkelden. Zij hadden een vaste plaats veroverd binnen de instelling. Bij de verpleeghuizen heeft de invoering van de WMCZ positief bijgedragen omdat de cliëntenraden een formele status hebben gekregen. Bij de verzorgingshuizen was dit al het geval op grond van de WBO en de provinciale verordeningen.
2. Veel cliëntenraden hebben de beschikking over een budget en andere faciliteiten voor hun werkzaamheden.
3. Veel cliëntenraden kunnen beschikken over een ondersteuner of adviseur binnen de instelling.
4. Er is een sterke landelijke en regionale ondersteuningsstructuur voor de cliëntenraden in de sector verzorging en verpleging; de NVBV en LOBB hebben onlangs hun krachten gebundeld en zijn gefuseerd tot één organisatie: de LOC.
5. Uitspraken van de Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden hebben een bredere uitstraling en geven meer duidelijkheid bij de uitvoering en reikwijdte van de WMCZ.

Literatuur

Aben, G.A.M., Eggens, W.

Kwaliteit van zorg vanuit bewonersoptiek.
Zoetermeer: NVBV, 1995.

ANBO/de Ombudsman/NVBV/Alzheimerstichting

Hoge nood door lage bijdrage, zwartboek over de lage bijdrageregeling ABWZ aangeboden aan staatssecretaris van VWS
1999.

Bruin, A.F. de

Meezeggen of meedoen?, een verkenning naar de ervaringen van verpleeghuizen met de invoering van de Wet Medezeggenschap Cliëntenraden Zorginstellingen.
Utrecht: Universiteit Utrecht/NIZW, 1998.

Chorus, A.M.J., Perenboom, R.J.M.,

Woonzorgabonnementen in Nederland.
in: *Ouder worden '98*, red: P.W. Huijbers en M.M. van Santvoort.
Utrecht : NIG, 1998.

Dolk, J.E.

Ondersteuning van cliëntenraden door verzorgingshuizen en verpleeghuizen.
Voorburg: Tympan, 1999.

Dijk, K.R. van

Medezeggenschap, de stand van zaken in verzorgingshuizen.
in: *Handboek Cliëntenparticipatie*, januari 1995.

Eggens, W., Tiel, C.B.M.M. van

Model-samenwerkingsovereenkomst cliëntenraad en zorgaanbieder.
Zoetermeer: NVBV/WZF, 1996.

Fabricotti, I., Huijsman, R

Fusiegolf in ouderenzorg nog niet voorbij.
In: *Zorg & ondernemen*, nummer 2, maart 2000, pp. 12-15. 2000.

FvO/NVBV

Project Onderzoek Ondersteuningsbehoefte Familieraden.
Zoetermeer: FvO/NVBV, 1996.

Kevelam-de Vries, T.

De cliëntenraad binnen een verpleeghuis.
Universiteit Utrecht, 1998.

Klaverblad Zeeland

Wet medezeggenschap zorginstellingen.
Goes: Klaverblad Zeeland, 1997.

Klerk, M.M.Y. de, Timmermans, J.M. (red).

Rapportage ouderenzorg 1998.
Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 1998.

LCV

Als cliëntenraad en zorgaanbieder er samen niet meer uitkomen....., informatie over de Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden voor verpleeghuizen en verzorgingshuizen.
Zeist: LCV, 1997.

LOBB

Kan het beter? Cliënten beoordelen de (kwaliteit van) zorg- en dienstverlening 1997.
Utrecht: LOBB.

Loveren-Huyben, C.M.S. van

Ontwikkeling in verzorgingshuizen, gegevens van een longitudinaal onderzoek.
Beuningen, 1995.

LOC

Medezeggenschap in zorgconcerns 2000.
Utrecht: LOC.

NVBV

Basisboek voor cliëntenraden van verpleeghuizen en verzorgingshuizen 1999.
Zoetermeer: NVBV.

NVBV

Cliëntenraad en kwaliteitssysteem.
Zoetermeer: NVBV, 1998.

NVBV

De Wekker, jaargangen 1998-1999.
Zoetermeer: NVBV.

NVBV

Modelreglement voor de cliëntenraad (bewoners- en familieraad).
Zoetermeer: NVBV, 1994.

NVBV

Werkboek Kwaliteit.
Zoetermeer: NVBV, 1997.

Nijboer, H.

Tijd voor reflectie, een onderzoek naar de bewonerscommissies in de Friese verzorgingshuizen.
Leeuwarden: Provincie Friesland, 1993.

Rijkschroeff, R.A.L.

Ondersteuning van participatie in de geestelijke gezondheidszorg.
Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1989.

Sluijs, E.M., Wagner, C.

Kwaliteitssystemen, de stand van zaken per zorgsector in 2000 (tabellenboek).
Utrecht: NIVEL, 2000.

Spaan, J.M.

Verpleeghuizen in cijfers.
Utrecht: NZI, 1989.

Tunissen, C., Weert, N. van

Inspraak geregeld; de praktijk van democratisering in verzorgingshuizen in Gelderland.
Nijmegen: ITS, 1993.

Veer, A. de, Kerkstra, A.

Bewonerspanels verpleeghuizen, een haalbaarheidsstudie aan de hand van een onderzoek naar privacy in verpleeghuizen.
Utrecht: NIVEL, 1998.

Wijst, van der L., Eikelenboom, G.

Bewonersdemocratisering in het verpleeghuis.
Wageningen: Landbouwuniversiteit Wageningen, 1993.

WZF/LOBB

Modelbesluit tot instelling van een cliëntenraad 1996.
Zeist/Utrecht: WZF/LOBB.

WZF/LOBB

Modelconvenant tot instelling van een centrale cliëntenraad 1996.
Zeist/Utrecht: WZF/LOBB.

WZF/LOBB

Modelovereenkomst cliëntenraad-zorgaanbieder 1996.
Zeist/Utrecht: WZF/LOBB.

WZF/LOBB

Modelreglement voor de cliëntenraad.
Zeist/Utrecht: WZF/LOBB, 1996.

Modernisering ouderenzorg

beleidsbrief, Tweede Kamer, 1994-1995, 24 333, nr 1.

Modernisering ouderenzorg

beleidsbrief, Tweede Kamer, 1999-2000, nr. 46.

Commissie modernisering ouderenzorg

Ouderenzorg met toekomst, advies aan de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.
Rijswijk, 1994.

LOBB

Van bewonerscommissie naar cliëntenraad
LOBB speciale uitgave voor bewonerscommissies en cliëntenraden in verzorgingshuizen en woonzorgcentra, nr. 105, LOBB. Utrecht, mei/juni 1996.

Hoofdstuk 3

De WMCZ in de sector zorg voor verstandelijk gehandicapten

1 Inleiding; de context*

In de sector verstandelijk gehandicapten vinden tegelijkertijd met de invoering van de WMZC andere belangrijke veranderingen plaats. Voor de beoordeling van dit invoeringsproces is kennis van deze context onontbeerlijk.

1.1 De veranderende positie van de ouders

Ouders die een verstandelijk gehandicapte overdragen aan de zorg van instellingen blijven zich verantwoordelijk voelen voor hun kind. Vanuit dit standpunt voelen ouders zich betrokken bij de zorg en willen zij daar ook invloed op hebben. Daartoe organiseren zij zich in ouder- en familieverenigingen die zich presenteren als gesprekspartners van de zorginstellingen. De ouderorganisatie in de voormalige zwakzinnigenzorg kent een eerbiedwaardige traditie. Instellingsgebonden ouderverenigingen bundelen zich tot krachtige landelijke overkoepelingen, veelal op levensbeschouwelijke grondslag. Deze koepels werken samen in een landelijke federatie van alle ouder-, familie- en verwantenverenigingen. Deze federatie ontwikkelt zich tot een krachtige belangenorganisatie, die op landelijk en regionaal niveau de zorg voor verstandelijk gehandicapten trachten te verbeteren. De nota *Mensen met mogelijkheden* (1989) en *Gewoon doen* (1994) getuigen van de inzet van de ouderverenigingen voor de emancipatie van verstandelijk gehandicapten, waarbij de rechten en keuzemogelijkheden van de gehandicapten zelf steeds meer centraal komen te staan.

De zorginstellingen, die zich aanvankelijk beriepen op hun professionele autonomie, zijn in het laatste kwart van de vorige eeuw gaan inzien dat ouderparticipatie de kwaliteit van hun werk ten goede kon komen. In de meeste instellingen werden ouders als overlegpartners geaccepteerd en werden ouder- of familieraden opgericht. Over het algemeen hadden deze raden weinig tot geen bevoegdheden, maar dat wil niet zeggen dat hun invloed als overlegpartner gering was.

Juist als deze “ouder-emancipatie” algemeen aanvaard lijkt te worden, komt de overheid met de WMCZ, die medezeggenschap voor cliënten waarborgt. In de kringen van ouderorganisaties maakt men zich zorgen. Betekent dit dat verstandelijk gehandicapten medezeggenschap in hun zorginstellingen krijgen? Kunnen alle verstandelijk gehandicapten dat wel aan? En wat betekent dat voor de moeizaam verworven invloed van hun vertegenwoordigers, de ouders en verwanten? De overheid wijst erop dat de wet bepaalt dat leden van cliëntenraden “redelijkerwijs in staat moeten worden geacht” het belang van de cliënten te kunnen behartigen. En Minister Borst deelt in de Memorie van Antwoord bij de WMCZ (p. 70) mede dat de oudercommissies als

cliëntenraad verder kunnen werken. Directies maken zich op om hun ouderraad “om te bouwen” tot cliëntenraad. Dan laat zich echter de invloed van een andere ontwikkeling gelden.

1.2 Het veranderend maatschappelijk beeld van verstandelijk gehandicapten

Van oudsher is het beeld van de “zwakzinnige” dat deze persoon, als gevolg van gebrekkige verstandelijke vermogens, niet in staat is te oordelen over omstandigheden die zijn eigen leven beïnvloeden, en daarom beschermd moet worden door anderen die dat wel kunnen. Dit axioma is langzaam aan het wankelen gebracht. In de jaren zeventig gaf de benadering in Dennendal, waarbij verstandelijk gehandicapte mensen op hun eigen verantwoordelijkheid werden aangesproken, nog aanleiding tot grote maatschappelijke beroering. Achteraf kan geconstateerd worden dat de tijd er nog niet rijp voor was. Maar in de jaren negentig begon steeds meer het inzicht veld te winnen dat veel verstandelijk gehandicapten, al dan niet met steun van anderen, richting kunnen geven aan hun eigen leven als zij daartoe in staat worden gesteld. De acties en publicaties van de Federatie van Ouderverenigingen hebben hieraan een aanzienlijke bijdrage geleverd.

Dit emancipatiestreven ondervond duidelijke ondersteuning van het algemene regeringsbeleid ter bevordering van de participatie van alle burgers in de samenleving. Van verstandelijk gehandicapten die daartoe in staat zijn wordt verwacht dat zij participeren op de arbeidsmarkt, zelfstandig (al dan niet met begeleiding) wonen, en een bijdrage aan de samenleving leveren die in overeenstemming is met wat zij aan kunnen. In deze visie past het ook dat zij deelnemen aan de medezeggenschap in de instelling die zorg aan hen levert.

Bij de behandeling van de WMCZ nam de Minister van VWS omtrent de rol in de medezeggenschap van de ouderorganisaties, respectievelijk de cliënten zelf, een standpunt in dat recht deed aan zowel de historisch gegroeide rol van de ouderorganisaties als de veranderende opvattingen omtrent de emancipatie van verstandelijk gehandicapten. Hiervoor gaven wij al aan dat naar het oordeel van de Minister oudercommissies zouden kunnen doorgaan als cliëntenraad. Maar op een andere plaats van de Memorie van Antwoord (blz. 11) wordt wel degelijk ook de optie opengehouden dat de cliënten zelf een inbreng in de medezeggenschap kunnen hebben: “Bij instellingen voor mensen met een verstandelijke handicap vindt de belangenbehartiging dikwijls plaats door middel van oudercommissies, ouderraden en dergelijke organisatievormen. Aldus brengen vele ouders hun medeverantwoordelijkheid tot uiting. Hoewel men niet te snel geneigd moet zijn, voorbij te 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”.

In de invoeringsjaren '96-'99 stonden de directies van de zorginstellingen, die immers moesten beslissen over de samenstelling van de cliëntenraden, voor een moeilijke keuze. Sommigen kozen voor continuïteit en behoud van het als waardevol ervaren overleg met de ouders. Anderen richtten het oog op de toekomst, realiseerden zich dat zij de cliënten zelf op den duur niet buiten de medezeggenschap zouden kunnen houden, en dat de invoering van cliëntenraden krachtens de WMCZ een goede gelegenheid was om deze verandering gestalte te geven. Tegelijk beseften zij ook dat medezeggenschap van verstandelijk gehandicapten, in ieder geval voorlopig, alleen mogelijk zou zijn als zij daarbij op een adequate wijze ondersteund zouden worden. Dit is trouwens ook de verantwoordelijkheid van de zorgverstrekkers krachtens de wet: ervoor te zorgen dat de cliëntenraad over de faciliteiten beschikt die voor zijn functioneren noodzakelijk zijn.

1.3 De opkomst van de ondersteuningsbranche

Aan het slot van de jaren negentig zien we tal van instellingen die cliëntenraden willen oprichten, bestaande uit de cliënten zelf (verstandelijk gehandicapte mensen). Er was echter nog maar heel weinig ervaring met medezeggenschap van verstandelijk gehandicapten. Sommige directies kozen voor een groeimodel, waarbij vooralsnog de ouders de medezeggenschap zouden uitoefenen, met zicht op een geleidelijke vervanging door de cliënten zelf. Andere instellingen kozen voor een ander ontwikkelingsmodel, waarbij de cliënten zelf in de raden zitten en functioneren met behulp van coaches of ondersteuners, die geleidelijk aan een minder prominente rol zouden gaan spelen. Vanuit sommige ouders werd hierop kritiek geuit: De coach/ondersteuner is in staat om de verstandelijk gehandicapte cliëntenraadsleden naar believen te manipuleren. Het zou gaan om een schijnvertoning die in feite de medezeggenschap legt bij de professionele coach.

Desalniettemin zetten veel directies deze lijn door, waardoor een gat in de markt ontstond. Onafhankelijke bureaus werden opgericht die coaches konden leveren aan instellingen met cliëntenraden, bestaande uit cliënten. Op bovenvermelde kritiek van sommige ouders was de reactie dat een goede coach informatie en uitleg verschaft, maar zich zeer terughoudend betoont bij het uiten van zijn eigen mening. Daarbij wordt benadrukt dat de coach een onafhankelijke positie ten opzichte van de (directie van de) instelling dient te hebben. Sommige instellingen hechten aan dit laatste aspect minder waarde en kiezen ervoor (ook om financiële redenen) de cliëntenraad te laten begeleiden door een medewerker van de instelling.

1.4 Schaalveranderingen

Schaalvergroting in de organisatie

De laatste tijd is de organisatie van het veld van zorg voor verstandelijk gehandicapten sterk in beweging. Om redenen van efficiency en zorgverbreding streeft men naar schaalvergroting. In de loop van de jaren negentig zijn tal van instellingen gefuseerd. Rond de eeuwwisseling is dit proces in een stroomversnelling gekomen. Fusie-instellingen zoeken toenadering tot elkaar en fuseren opnieuw tot megaorganisaties die de gehele zorg voor verstandelijk (en soms ook nog lichamelijk) gehandicapten in een regio bundelen. Bijna alle instellingen waarover wij in dit onderzoek informatie vergaard hebben waren ofwel net gefuseerd, ofwel aan het fuseren, of allebei. Het gaat om grote belangen die alle aandacht van de directies vergen, waarvoor andere verplichtingen soms tijdelijk opzij gezet worden. Cliëntenraden worden in deze woelige tijden nogal eens overvallen door uitstel van vergaderingen of vervanging van de directeur. Ook dit onderzoek werd nogal bemoeilijkt door dit euvel.

De reorganisaties hebben belangrijke gevolgen voor het functioneren van de medezeggenschap door cliëntenraden. Deze veranderingen in de organisatie en hun consequenties zijn adviesplichtig. Daardoor worden veel cliëntenraden (juist terwijl zij nog aan het “warmdraaien” zijn) in korte tijd geconfronteerd met een groot aantal belangrijke adviesaanvragen die in snel tempo moeten worden afgehandeld (althans, die snelheid wordt hun min of meer opgedrongen). Een tweede gevolg is dat er een nieuw stelsel moet komen van cliëntenraden in de gefuseerde rechtspersoon. Cliëntenraden moeten overleggen over de verhouding tot hun collega’s bij de fusiepartner(s). De status van cliëntenraden kan hierdoor veranderen: soms worden zij lokale cliëntenraden met een centrale cliëntenraad “boven” zich.

Schaalverkleining in de zorguitvoering

Tegelijk met de schaalvergroting in de organisatie van de zorg zien we een proces van schaalverkleining in de feitelijke uitvoering van de zorg. Op grond van het veranderende beeld van wat

een verstandelijk gehandicapte aan kan en het eerder beschreven streven tot vergroting van de maatschappelijke participatie van verstandelijk gehandicapten, worden de grote woonvoorzieningen (de voormalige zwakzinnigeninrichtingen) niet meer van deze tijd geacht. Eén voor één worden zij gesloten en vervangen door veel kleinere wooneenheden die niet meer weggestopt zijn in bos of duin, maar midden in de samenleving gelegen zijn. Ook dit proces brengt verandering in het stelsel van cliëntenraden teweeg. De pas gestarte cliëntenraad van de grote woonvoorziening wordt weer opgeheven en vervangen door een vrij groot aantal raden voor kleinere eenheden. Omdat dit voor directies erg bewerkelijk is, dringen zij aan op centrale cliëntenraden.

Tot slot

Het veld van de zorg voor verstandelijk gehandicapten wordt de laatste tijd gekenmerkt door stormachtige veranderingen, die in directe relatie staan tot de medezeggenschap door cliënten. De laatste tijd wint het inzicht veld dat mensen met een verstandelijke beperking tot veel meer inzicht in staat zijn dan vroeger werd aangenomen. Een voorwaarde daarvoor is echter wel dat hun de tijd gegund wordt om alles rustig in hun eigen tempo door te nemen. En dat laatste is nu juist in tegenspraak met de tijdgeest en de dynamiek van de sector. Overigens gaven ook verschillende bij dit onderzoek betrokken mensen zonder een verstandelijke beperking, zoals bijvoorbeeld ouders in cliëntenraden, te kennen dat zij het erg moeilijk vonden om alle ontwikkelingen bij te benen.

2 De invoering van cliëntenraden

Ten tijde van de invoering van de WMCZ was het proces van versterking van de inspraak door ouders en verwanten al vrij ver voortgeschreden. In de meeste instellingen was er wel een ouder- of familieraad. Enkele daarvan hadden de naam cliëntenraad. Het kwam maar zelden voor dat aan deze organen ook werkelijke bevoegdheden waren toegekend, bijvoorbeeld krachtens statuten of een overeenkomst. Over het algemeen fungeerden zij als overlegorganen. De directies maakten graag gebruik van dit overleg om te weten te komen wat er onder de ouders leefde (en via hen soms ook wat er onder de cliënten leefde) en konden daar, min of meer naar eigen goeddunken, hun beleid in meerdere of mindere mate op afstemmen. In sommige instellingen zagen we ook toen al een voorzichtig begin van overleg met de cliënten zelf. Daartoe worden raden opgericht, die over het algemeen bewonersraad of deelnemersraad heten. Deze hebben geen enkele bevoegdheid.

Toen de WMCZ status van wet gekregen had, is men over het algemeen in de instellingen serieus gaan werken aan de implementatie. Meestal werd een projectgroep ingesteld om de vorming van een cliëntenraad (cliëntenraden) voor te bereiden en reglementen en samenwerkingsovereenkomsten op te stellen. Hoewel het tempo verschilde, kwam het maar zelden voor dat directies erop moesten worden aangesproken om te voldoen aan hun wettelijke verplichtingen in dit opzicht: overal werd er aan gewerkt. Door de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), de Stichting Landelijk Steunpunt bewoners- en deelnemersRaden, voorzieningen lichamelijke gehandicapten (LSR) en de Federatie van Ouderverenigingen (FvO) is in 1996 een handleiding Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen gepubliceerd, waarin ook een model samenwerkingsovereenkomst cliëntenraad en zorgaanbieder is opgenomen. In de handleiding wordt aanbevolen bovenwettelijke bevoegdheden van de 'oude' cliëntenraden over te laten gaan op de door de zorgaanbieder in te stellen cliëntenraad.

De directies die kozen voor ouders in de cliëntenraad, namen contact op met de familievereniging en verzochten het bestuur om zelf cliëntenraad te worden of om andere ouders naar de

cliëntenraad af te vaardigen. De directies die kozen voor cliënten in de cliëntenraad, ontwierpen een structuur waarin dit mogelijk was en stelden een coach of ondersteuner aan die als eerste taak kreeg het voorbereiden van de vorming van de cliëntenraad. Cliënten werden hierover benaderd in praatgroepen en bij voorlichtingsbijeenkomsten. Over het algemeen worden cliëntenraden, bestaande uit cliënten, samengesteld op grond van verkiezingen. In ongeveer de helft van de gevallen overtreft het aantal kandidaten het aantal zetels, zodat het echt tot een verkiezing komt. Degenen die in zo'n echte verkiezing gekozen worden, beschouwen dit als een grote eer en nemen hun taak zeer serieus op.

In 1998 is door Graste (scriptie Universiteit Limburg) een onderzoek onder de rechtspersonen in de zorg voor verstandelijk gehandicapten verricht naar de stand van zaken wat betreft de invoering van cliëntenraden. Uit dit onderzoek blijkt dat de meeste cliëntenraden die er toen waren amper een jaar bestonden. Hieruit krijgt men de indruk dat het inderdaad de invoering van de WMCZ is geweest waardoor de medezeggenschap van cliënten in deze sector gestalte heeft gekregen. Ook in de interviews die wij in het veld hielden werd dit bevestigd.

De eenheid van analyse in het onderzoek van Graste is de rechtspersoon. Dit betekent dat we per rechtspersoon weten of er (één of meer) cliëntenraden zijn. We weten dus niet per instelling of er een cliëntenraad is. Door dit manco is de waarde van dit onderzoek maar betrekkelijk.

In 1998 waren er in Nederland 197 rechtspersonen in de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Deze zijn allemaal door Graste aangeschreven, zowel de directie als de cliëntenraad (cliëntenraden?). De respons bij de directies was 120 (61%) en bij de raden 97 (dat is 48% van het aantal rechtspersonen). Ruim de helft (52%) van de directies zei dat er een cliëntenraad was. De meeste anderen meldden dat hun stichting bezig was met de oprichting van een cliëntenraad. Uit onze interviews met sleutelfiguren kregen wij de indruk dat het proces van vorming van cliëntenraden sinds 1998 snel is voortgeschreden. De algemene indruk is dat de weinige instellingen die begin 2000 nog geen cliëntenraad hadden, ver gevorderd waren met de voorbereiding, zodat in de loop van 2000 een volledige dekking bereikt zal zijn. Daarbij moet het voorbehoud gemaakt worden dat er nogal eens verschillende interpretaties mogelijk zijn van de kwestie welke eenheden als "instelling" cliëntenraadplichtig zijn. Dat wil zeggen dat een stichting een bepaalde eenheid niet als een instelling in de zin der wet beschouwt en er dus geen cliëntenraad instelt, terwijl anderen (cliënten, ouders, ondersteuners, juristen) daar een andere opvatting over kunnen hebben.

In enkele provincies zijn recentelijk onderzoekingen verricht naar de stand van zaken wat betreft de invoering van cliëntenraden. In januari 1999 is door Reinoud Adviesgroep (Grol en Hamers) gerapporteerd over de situatie in Gelderland. Bij dit onderzoek is wel de juiste eenheid van analyse gekozen (de instelling). Er is een aanmerkelijke non-respons (bijna de helft). Er werden gegevens verkregen over 45 cliëntenraadplichtige instellingen. Van deze instellingen hadden 38 (84%) een cliëntenraad en 7 (16%) niet. Deze laatste 7 instellingen waren over het algemeen bezig met het voorbereiden van een cliëntenraad, of hadden dit nog even uitgesteld in verband met aanstaande fusie. Deze gegevens vormen een ondersteuning voor de algemene indruk dat tegen het eind van de eeuw de meeste instellingen cliëntenraden hadden en de overige spoedig zouden volgen. In Zeeland is in 1997 een soortgelijk onderzoek verricht door de provinciale ondersteuningsorganisatie Het Klaverblad. Er werd informatie verkregen van 16 van de 24 cliëntenraadplichtige instellingen. Deze hadden alle een cliëntenraad.

3 De samenstelling van de cliëntenraden

Het aantal leden van cliëntenraden varieert nogal. In het onderzoek van Graste bestonden de kleinste cliëntenraden uit 3 leden en de grootste uit 20. Het gemiddelde in dit onderzoek was 6.5.

Een belangrijk kenmerk van de samenstelling van de cliëntenraad is de achtergrond van de leden: bestaat de raad uit cliënten, hun vertegenwoordigers (ouders, familie) of een combinatie van beide? Uit het onderzoek van Graste (uit 1998, er is reden om aan te nemen dat de verhoudingen inmiddels ten gunste van de cliënten gewijzigd zijn) blijkt dat in 71% van de raden ouders of familie vertegenwoordigd zijn en dat in 47% van de raden de cliënten zelf zitten (ook combinaties zijn mogelijk). In Gelderland bleek een jaar later dat van de 238 cliëntenraadsleden (van 36 cliëntenraden waarover gegevens bekend zijn) er 93 cliënten waren, 128 cliëntvertegenwoordigers, zoals ouders en familie, en 17 professionele cliëntvertegenwoordigers. In 23 van deze 36 raden waren er cliëntenleden en in 13 niet (Grol en Hamers 1999).

Volgens Grol en Hamers werd ongeveer de helft van de Gelderse cliëntenraden opgebouwd vanuit de ouder- of familievereniging en de andere helft vanuit een geheel nieuwe start gevormd. Bij de landelijke gegevens van Graste wordt een iets andere invalshoek gehanteerd, waarbij nagegaan is hoe de leden van de cliëntenraad aan hun plaats gekomen zijn:

- 47x door omvorming van een oude raad;
- 34x door verkiezing;
- 23x door benoeming;
- 18x anders.

3.1 Representativiteit

De WMCZ stelt aan cliëntenraden de eis dat zij representatief dienen te zijn voor de cliënten van de instelling. Er wordt echter niet duidelijk aangegeven wat hiermee bedoeld wordt. Daardoor gaat het om een subjectief gegeven. Door Grol en Hamers is aan de Gelderse cliëntenraden gevraagd wat hun eigen oordeel over hun representativiteit was. Van 33 raden werd antwoord verkregen op deze vraag. 4 raden achtten zich niet representatief omdat de cliënten er niet in vertegenwoordigd waren (hun verstandelijk niveau werd hiervoor te laag geacht). De andere 29 raden achtten zich "redelijk representatief". Wel werden hierbij een aantal kanttekeningen gemaakt:

- Dit kan omdat het cliënten betreft van relatief hoog niveau.
- Zwaardere gehandicapten en allochtonen zijn niet vertegenwoordigd.
- De verhouding minderjarig-meerderjarig is niet in overeenstemming met de ware verhouding.
- De cliëntleden zijn verkozen; de vertegenwoordigers niet.

De representativiteit is overigens niet alleen afhankelijk van de samenstelling, maar ook van een goed contact van de cliëntenraad met de achterban.

3.2 De verhouding tussen cliënten en hun ouders/familie

Tijdens het congres van de werkconferentie "Medezeggenschap en participatie in de gezondheidszorg" (Odyssee 1999) werd erop gewezen dat de belangen van ouders en cliënten niet altijd identiek hoeven te zijn. Hoewel de ouders natuurlijk voor hun kinderen opkomen, is het toch van belang dat de cliënten ook zelf hun eigen mening laten horen, indien zij daartoe in staat zijn.

Door alle deskundigen wordt erop gewezen dat het vermogen van verstandelijk gehandicapten tot medezeggenschap sterk afhankelijk is van de ernst van hun handicap, dus dat licht verstandelijk gehandicapten hierin zelf kunnen optreden, terwijl het bij zwaarder gehandicapten nodig is dat de ouders in hun plaats treden. Dit lijkt een voor de hand liggende stelling waarop directies zich zouden kunnen baseren (waarbij het dan nog de vraag is waar de grens ligt tussen degenen die wel en degenen die niet voor zichzelf kunnen optreden). In de praktijk zien we echter dikwijls dat deze differentiatie niet gemaakt wordt. Stichtingen trekken één lijn over de gehele breedte van de instellingen die zij beheren, ongeacht de ernst van de handicap van de cliënten van die instellingen. Ofwel men zet cliënten in de cliëntenraden, ofwel familie, ofwel beide in combinatie met elkaar, maar meestal volgens dezelfde systematiek in alle instellingen van de stichting. Dit betekent dat de keuze voor een bepaald systeem van vertegenwoordiging niet op de eerste plaats bepaald wordt door de ernst van de handicap van de cliënten, maar door de cultuur en gebruiken in de stichting met betrekking tot de omgang met cliënten en hun ouders.

Ongeacht het hierboven gestelde, is het wel zo dat waar er cliënten in de cliëntenraad zitten, degenen met de minst ernstige verstandelijke handicap als vanzelf boven komen drijven, zich kandidaat stellen bij verkiezingen en dan ook verkozen worden. Dit doet de vraag rijzen naar de vertegenwoordiging van de cliënten met de ernstigste handicaps. Vanuit kringen van de ouderverenigingen wordt naar voren gebracht dat dit type cliënt specifieke belangen heeft die het niet zelf naar voren kan brengen, zodat dit door de ouders moet gebeuren. In deze visie zal het altijd nodig zijn dat er plaats blijft voor ouders in de cliëntenraden om de belangen van de zwaarst gehandicapte cliënten te behartigen.

Tegelijkertijd is er door de komst van de cliëntenraad een proces op gang gekomen bij de ouderverenigingen, waardoor het denken vanuit de ouder langzamerhand gaat plaatsmaken voor het 'denken vanuit de bewoner'. Er wordt gezocht naar vormen van samenwerking tussen familievereniging en cliëntenraden, waarbij de eerste onder meer de externe belangenbehartiging als hun taak zien. Er zijn niet alleen hier en daar tegenstrijdige belangen, er is ook sprake van vormen van samenwerking en het zoeken naar aanvullende rollen.

Door de komst van de cliëntenraad is het belang van de familievereniging als gesprekspartner afgenomen. Dit leidt tot een verminderde bereidheid van ouders en instellingen om de oudervereniging financieel te ondersteunen.

De variëteit in systematiek qua samenstelling van cliëntenraden is groot. Naast raden die geheel uit cliënten en raden die geheel uit ouders bestaan, zien we mengvormen. Meestal bestaan deze uit een "oude" familieraad, die is uitgebreid met cliënten. In het Handboek Cliëntenparticipatie worden verschillende modellen voor gemengde raden uitgewerkt.:

a. De cliënten en de vertegenwoordigers vergaderen gezamenlijk.

Dit kan bezwaarlijk zijn in verband met het feit dat voor beide categorieën een andere manier van vergaderen nodig is en ook een ander tempo. Bovendien is het voor sommige cliënten in deze setting extra moeilijk om hun mening naar voren te brengen. Het gevaar is groot dat cliënten ondergesneeuwd raken.

b. De raad bestaat uit twee commissies, de cliëntencommissie en de vertegenwoordigerscommissie, waarbij de volgende varianten mogelijk zijn.

1. De cliëntencommissie is het aanspreekpunt van de directie, kan zelf advies uitbrengen, maar kan ook besluiten om bepaalde adviesaanvragen door te sturen naar de vertegenwoordigerscommissie (bijvoorbeeld wanneer zij het te ingewikkeld vindt, of het specifiek iets voor ouders vindt).
2. Omgekeerd kan het zo zijn dat de vertegenwoordigerscommissie het aanspreekpunt voor de directie is, zelf bepaalt welke adviesaanvragen zij zelf afhandelt en welke zij doorstuurt naar de cliëntencommissie.

3. Beide commissies zijn gelijkwaardig. Zij brengen allebei advies uit. De gelijkwaardigheid is aantrekkelijk, maar dit model kan aanleiding geven tot verwarring. Wie is de gesprekspartner van de directie en wat moet er gebeuren wanneer beide commissies verschillend adviseren?

In het Handboek Cliëntenparticipatie wordt geconcludeerd dat de modellen b1 en b2 de voorkeur verdienen. Welke van de twee men moet kiezen, is afhankelijk van het beperkingsniveau van de cliënten. In de praktijk van ons onderzoek merkten wij echter dat niet op de eerste plaats het niveau van de cliënten bepalend is voor de keus die directies in dit opzicht maken, maar de instellingscultuur. Dit kan problemen opleveren wanneer instellingen met een verschillende cultuur fuseren. Vanuit de wens om de verhoudingen te harmoniseren, stapt men over van het ene model op het andere, zonder dat er iets veranderd is aan het vermogen tot medezeggenschap van de cliënten; dit kan voor hen verwarrend zijn.

3.3 Het vermogen van verstandelijk gehandicapte cliënten tot medezeggenschap

Hoewel cliënten vaak meer kunnen dan men aanneemt, worden hieraan toch grenzen gesteld door het verstandelijke niveau. Medezeggenschap van cliënten moet georganiseerd worden op een manier die past bij deze beperkingen (wijze van vergaderen, eenvoud van uitleg e.d.). Dagcentra zijn in dit opzicht vaak verder gevorderd dan wooncentra (Odyssee 1999). Uit het onderzoek van Reinoud Adviesgroep in Gelderland blijkt dat bij 80% van de cliëntenraden bij het toeleveren van informatie rekening gehouden wordt met het niveau van de cliënten (Grol en Hamers 1999). Bijna alle respondenten in dit onderzoek waren van oordeel dat de cliënten het gevoel krijgen dat hun mening serieus genomen wordt.

In ditzelfde onderzoek bleek dat de respondenten vanuit de Gelderse cliëntenraden (dit hoeven dus niet zelf verstandelijk gehandicapt te zijn), het volgende oordeel hebben over de stelling: "De meeste cliënten zijn in staat een eigen mening te formuleren":

- 43% mee eens;
- 33% beetje mee eens;
- 23% niet mee eens.

Hoewel de dominerende tendens dus is om waarde te hechten aan het oordeel van de cliënten zelf in de medezeggenschap, zijn er bepaald ook andere geluiden te horen. Overigens niet bij de landelijke ouderfederaties, die van oordeel zijn dat er niets tegen cliënten in cliëntenraden is, mits zij daartoe ook echt in staat zijn. Maar op sommige plaatsen zijn de weerstanden niet gering, zoals blijkt uit een artikel van Hegeman en Zwart (1996). Als voorbeeld citeren wij directeur Op de Weegh van WWD Haarlem: "Maar je moet wel de realiteit in het oog houden: er zullen nu eenmaal zaken zijn waar ze nooit iets van zullen snappen. Ze zijn verstandelijk gehandicapt en zitten niet bij ons in huis omdat ze zweetvoeten hebben. Je moet zaken aan ze voorleggen waar ze iets aan hebben; je gaat ook niet aan een kleuter uitleggen hoe je een vliegtuigmotor uit elkaar haalt".

Toch komt men in de openbaarheid deze geluiden waaruit gebrek aan vertrouwen spreekt aan het vermogen van verstandelijk gehandicapt tot medezeggenschap, niet zo vaak meer tegen. Het behoort in deze sector tot de correcte cultuur om hierin vertrouwen uit te spreken. Degenen die er niet veel heil in zien, nemen hun toevlucht tot een vertoog waarin termen als leerproces en groeimodel centraal staan. Op veel plaatsen wordt een principiële keuze gemaakt voor de cliënten zelf in de medezeggenschap in de toekomst, alleen nu nog even niet. Eigenlijk is het niet helemaal duidelijk waarom de verstandelijk gehandicapte van de toekomst tot meer in staat zou zijn dan die van het heden.

Hoewel het “not done” is om openlijk te twifelen aan het realiteitsgehalte van medezegenschap door mensen met een verstandelijke beperking, hebben ouders, verzorgers en bestuurders in een vertrouwelijke context hier minder moeite mee. Een geïnterviewd cliëntenraadslid (familielid van een verstandelijk gehandicapte) geeft als commentaar op het ontwikkelingsmodel van de stichting, gericht op een langzame vervanging van ouder-raadsleden door cliënten-raadsleden dat zij dit graag zou willen, maar dat het er natuurlijk nooit van zal komen. In een e-mail die ons werd toegestuurd stond te lezen: “Het gemiddelde niveau van de bewoners van instellingen is zodanig dat zij niet “redelijkerwijs de gemeenschappelijke belangen kunnen behartigen”, zoals in de wet staat. Door deze constructie (cliënten in de cliëntenraden) komen de ouderverenigingen formeel buiten spel te staan en hebben niet of nauwelijks invloed. Hierdoor is de WMCZ zeer nadelig voor de ouderparticipatie. Zo’n cliëntenraad van uitsluitend bewoners, wordt weliswaar intensief begeleid, maar wij zien dat dit hun fysieke en verstandelijke vermogens ver te boven gaat. Wij hebben geconstateerd dat dit geen haalbare zaak is. Gebleken is dat bij zo’n constructie, beïnvloeding/manipulatie van de zijde van de zorgaanbieder vaak plaatsvindt. Dit is vooral het geval als de coach van de cliëntenraad niet “van buiten” is en zich dus onpartijdig(er) kan opstellen”.

Drie elementen staan centraal in dit citaat:

- de coach bepaalt en manipuleert;
- als de coach niet onafhankelijk is, maar aan de zorgaanbieder gebonden, doet hij/zij dat in het belang van de zorgaanbieder;
- verstandelijk gehandicapten in cliëntenraden kunnen misschien nog wel voor hun eigen belang opkomen, maar zeker niet het collectieve belang van de cliëntencategorie behartigen.

Uiteraard worden deze argumenten weersproken van de kant van de ondersteuners. Wat betreft de eerste twee punten gaan we hier op deze plaats niet nader op in. Dit komt aan de orde in de volgende paragraaf onder het hoofdje faciliteiten. De discussie over het derde punt (collectieve belangenbehartiging, los van het individuele belang) willen we hier echter wel aan de orde stellen. De ondersteuners onderkennen dat hier een probleem ligt. Het begrip collectief belang vereist een zeker vermogen tot abstraheren, wat voor mensen met een verstandelijke handicap erg moeilijk is. Het is echter juist de taak van de ondersteuner om hierbij te helpen en de abstracties naar een zeer concreet niveau terug te vertalen. Veelal erkent men de individuele ervaringswereld als startpunt voor de oordeelsvorming. Maar als een ieder zijn zegje gedaan heeft, wordt de vraag in het midden geworpen: “Wat denken jullie dat de andere bewoners (deelnemers) daarvan vinden”. Naar het oordeel van de ondersteuners is het een kwestie van de juiste methodiek gebruiken om cliënten te stimuleren tot collectieve belangenbehartiging.

In het Reinoud-onderzoek in Gelderland zijn er enkele vragen gesteld over behartigen van het collectieve cliëntenbelang. Het blijkt dat veel cliënt-leden van cliëntenraden het vooral als een eer beschouwen dat hun mening op prijs wordt gesteld. Het is voor hen moeilijk zich te realiseren dat zij ook namens de anderen moeten spreken, zeker als het standpunt van “de anderen” afwijkt van hun eigen mening (overigens een representatie-probleem dat zeker niet alleen bij verstandelijk gehandicapten voorkomt). Maar ook voor de ouder-leden is het erg moeilijk om het oordeel van de cliënten te representeren in de cliëntenraad, al was het alleen al omdat zij moeite hebben met contact leggen met een representatieve groep cliënten (Grol en Hamers 1999).

In het voorafgaande hebben wij argumenten pro en contra het vermogen van verstandelijk gehandicapten tot medezeggenschap te revue laten passeren. Dit onderzoek is er niet op gericht geweest om tot conclusies in dit opzicht te komen. Wij hebben ons beperkt tot het weergeven van de discussie, die op zich relevant is voor de invoering van de WMZC in de sector verstandelijk gehandicapten.

3.4 Allochtonen

Onder de cliënten van de zorginstellingen voor verstandelijk gehandicapten bevinden zich steeds meer allochtonen. Bij de instellingen groeit het besef dat zij hun zorgverlening daaraan moeten aanpassen. Deze interculturele benadering staat echter nog maar in de kinderschoenen. Hier en daar wordt voorzichtig gedacht aan meertalig voorlichtingsmateriaal. Tot het terrein van de medezeggenschap is het multiculturele beleid echter nog nauwelijks doorgedrongen. De allochtone bevolkingsgroepen zijn ondervertegenwoordigd in de cliëntenraden. Voor zover wij hebben kunnen nagaan is er nog nergens beleid ontwikkeld om hierin verandering te brengen. Men ziet het probleem wel, maar geeft er geen prioriteit aan. Ook zonder de verscheidenheid in etnische achtergrond zijn er al problemen genoeg, vindt men.

4 Het functioneren van cliëntenraden

Eén van de belangrijkste elementen van het functioneren van cliëntenraden is de uitoefening van het wettelijk adviesrecht. Daarop gaan wij in deze paragraaf niet in, omdat de volgende paragraaf exclusief daaraan gewijd is.

Naast de verplichte adviesbevoegdheid mogen cliëntenraden ook ongevraagd van advies dienen over allerlei zaken die voor cliënten van belang zijn. Van deze mogelijkheid wordt maar weinig gebruik gemaakt. De voornaamste reden hiervoor is dat de agenda van de meeste cliëntenraden overvol is met kwesties die onder hun wettelijke adviesbevoegdheid vallen. Deze agenda wordt voornamelijk bepaald door de beleidsplannen van de directie. Er zijn maar weinig cliëntenraden die hun eigen prioriteiten bepalen. Meestal stelt men zich in dit opzicht afhankelijk op.

Maar ook als de cliëntenraad zich beperkt tot wat de directie aanreikt, is het al moeilijk genoeg om alle adviezen tijdig uit te brengen. Diverse malen is in ons onderzoek naar voren gekomen dat cliëntenraden zich eigenlijk beperkingen zouden moeten opleggen, maar daar grote moeite mee hebben. In een artikel van Visser wordt aanbevolen om een jaaragenda op te maken van wat werkelijk belangrijk is en alleen daarover met de directie te overleggen: "Raden moeten soms nee zeggen. Ze kunnen beter twee dingen goed doen, dan twintig dingen half" (Visser 1998). In ons eigen onderzoek bleek duidelijk dat er raden zijn die zich onvoldoende realiseren dat zij een adviesrecht hebben en niet een adviesverplichting.

De cliëntenraad kan zijn stem duidelijk naar voren brengen in de periodieke overlegvergaderingen die met de directie gehouden worden. Verschillende geïnterviewden wezen erop dat het van belang is dat de cliëntenraad daarnaast en daaraan voorafgaand ook apart vergadert, teneinde een eigen mening te kunnen vormen. Vanwege tijdgebrek komt het hier niet altijd van. Dit gaat ten koste van de eigen identiteit van de cliënteninbreng in het instellingsoverleg. Dat is met name van belang tegen de achtergrond van de vigerende modellen van overleg en advies, die nu besproken worden.

4.1 Modellen van overleg en advies

De WMZC schetst een typisch Nederlandse procedure van medezeggenschap, waaraan verschillende kanten zitten: het partijenmodel en het partnermodel:

Het partijenmodel:

De directie geeft leiding aan de beleidsvorming binnen de instelling. De instelling vormt (voorgenomen) beleid. Dan gaat men naar de andere partij, de cliënten(raad) en legt dit beleid ter beoordeling voor (of dit vrijwillig gebeurt, of dat het gaat om onderwerpen waaromtrent men wettelijk verplicht is - al dan niet zwaarwegend - advies te vragen, doet op deze plaats niet ter zake). De cliëntenraad buigt zich over de zaak, vormt zich een oordeel en deelt dit aan de directie mede. Indien het oordeel van de cliëntenraad afwijkend is, heroverweegt de directie zijn beleid, houdt rekening met de opvatting van de cliëntenraad, en neemt een besluit. Als dit besluit afwijkt van het oordeel van de cliëntenraad, wordt dit aan de raad meegedeeld, alsmede de overwegingen die hiertoe geleid hebben. Dit is een helder model waarin beide partijen ieder hun eigen verantwoordelijkheid hebben.

Het partnermodel:

Echter, daarnaast geeft de wet aan dat bovenstaande procedure gepaard moet gaan met overleg tussen de partijen, uitgaande van de gemeenschappelijke belangen binnen het kader van de doelstelling van de instelling. De partijen worden tot partners gemaakt met een gezamenlijke verantwoordelijkheid: de behartiging van de doelstellingen van de instellingen. Het is alsof de wetgever heeft willen zeggen: Probeer er nu eerst eens samen uit te komen, voordat de loopgraven van de eigen verantwoordelijkheid betrokken worden.

De WMZC geeft de betrokkenen de ruimte om op een eigen wijze invulling aan deze modellen te geven. Hoewel beide modellen een rol dienen te spelen, kan men in het veld zelf kiezen waar het accent gelegd wordt.

De praktijk van medezeggenschap in de sector zorg voor verstandelijk gehandicapten laat zien dat het partnermodel de overhand heeft. De kenmerkende gang van zaken is dat de directie zijn beleid schriftelijk voorlegt aan de cliëntenraad en vervolgens mondeling uitlegt in de overlegvergadering. Daarna wordt om commentaar gevraagd. De leden van de cliëntenraad stellen vragen, maken kritische opmerkingen en doen suggesties voor verbetering. De directie reageert hierop, legt het beleid nogmaals uit, vraagt begrip voor moeilijke omstandigheden en vereiste spoed en corrigeert onderdelen van het beleid wanneer zij overtuigd is van de juistheid van kritiek. Er volgt nog wat heen en weer praten, waarbij beide partijen de duidelijke intentie hebben om "er uit" te komen, en met wat geven en nemen over en weer lukt dat over het algemeen wel. Uiteraard gedijt zo'n model alleen in een cultuur van respect voor elkaars posities en opvattingen en de wens om door overleg nader tot elkaar te komen. De voorwaarden voor zo'n cultuur zijn in Nederland anno 2000 optimaal aanwezig. Men kan zich er nauwelijks aan onttrekken (poldermodel).

De onderlinge afstemming en de uitwisseling van meningen komt zo goed uit de verf. Het is echter de vraag of dit (enigszins gechargeerde) praktijkmodel kan gelden als medezeggenschap in de zin der wet. De term onderhandeling dringt zich op. Echter, bij onderhandelingen is er sprake van tegengestelde belangen en is het gewicht van de inbreng van elk van beide partijen evenredig met de eigen machtspositie. In die zin gaat het niet om eerlijke onderhandelingen. Wie het praktijkmodel dat in de sector verstandelijk gehandicapten vigeert wil karakteriseren, komt waarschijnlijk nog het beste uit met de ouderwetse term "inspraak".

Als een P.S. voegen wij toe dat er ook gewaarschuwd wordt tegen deze invulling van de medezeggenschap. Vooral vanuit de kringen van de professionele ondersteuners klinkt het geluid dat het “partnermodel” het risico in zich draagt dat de cliëntenraad door de directie wordt “ingepakt”. De ondersteuners wijzen op de eigen verantwoordelijkheid van de cliëntenraad en de garantie voor de bescherming hiervan die de formele procedures kunnen bieden. Zij vinden hierbij echter weinig gehoor: Zowel de directies als de cliëntenraadsleden vinden het prettig om op informele wijze met elkaar om te gaan. Bij de laatsten speelt daarbij een rol het gevoel van erkenning dat zij ervaren als er serieus op hun mening wordt ingegaan.

4.2 Invloed van cliëntenraden

De ouders in de voormalige zwakzinnigenzorg hebben lang moeten wachten voordat hun positie als partners in de zorg serieus genomen werd. De verstandelijk gehandicapte cliënten in de zorg hebben lang moeten wachten voordat hun mening over überhaupt wat dan ook serieus genomen werd. Dat een directeur in het kader van de uitvoering van de WMCZ naar hen luistert en rekening houdt met hun mening is voor hen een belangrijke verworvenheid. Dat de wet hun ook verder gaande bevoegdheden geeft, is in hun ogen minder relevant. Dit temeer daar men zijn wettelijke rechten niet cadeau krijgt, maar moet opeisen. Dergelijke confrontaties gaat men maar liever uit de weg, uit vrees dat deze het klimaat van open en constructief overleg met de directie zullen bederven. “Want we moeten nog wel verder met deze directeur”. Er zijn ook enkele voorbeelden van grondig sfeerbederf als de cliëntenraad echt zijn rechten opeist tegenover de directie.

Hieruit blijkt ook het gevoel van cliëntenraadsleden dat zij ook werkelijk iets te verliezen hebben bij verslechtering van de sfeer. Er wordt nu echt naar hen geluisterd. Alom vonden wij de indruk bevestigd dat de directies de cliëntenraden en hun mening serieus nemen en best bereid zijn om hun beleid bij te stellen als daarvoor goede gronden worden aangedragen. Dit laatste ter beoordeling van de directies zelf.

Uiteindelijk wordt door de meeste betrokkenen de invloed van cliëntenraden op het directiebeleid slechts gering geacht. Dit komt mede door “het tijdstip waarop de raad met een onderwerp te maken krijgt, namelijk aan het eind van de keten, nadat het flink doorgekauwd is binnen de instelling en soms is dan de gegeven tijdsspanne erg kort” (uit een brief van een cliëntenraad aan de onderzoekers). Men wordt vriendelijk te woord gestaan en soms zijn er nog marginale wijzigingen mogelijk. Er wordt hierbij gewezen op het bedrijfsmatige karakter dat de sector gekregen heeft en de noodzaak van doortastend optreden van de organisatie. Er wordt nog heel organisatiegericht met cliëntenraden omgegaan. Cliëntenparticipatie is nog in de beginfase. Cliënten worden nu wel betrokken bij de vaststelling van een individueel begeleidingsplan. De raden hebben nog weinig invloed op het instellingsbeleid.

In het kader van de schaal van invloedsmodellen van Rijkschroeff moeten wij de cliëntenraden in de sector verstandelijk gehandicapten laag inschatten. Waar het gaat om cliëntenraden, bestaande uit cliënten, is er vooral sprake van het therapeutisch model (het is goed, leerzaam, emanciperend voor de cliënten om hun mening te uiten, zij groeien hierdoor), al wordt soms ook hun ervaringsdeskundigheid gebruikt om, naar het inzicht van de directie, het beleid bij te stellen (consultatiemodel). Bij cliëntenraden, bestaande uit ouders, is er vooral sprake van het informatiemodel (de directie ziet er het belang van in om de ouders “mee te krijgen”), al is er ook hier een enkele uitschieter naar het consultatiemodel (consultatie in de fase van de beleidsvoorbereiding).

4.3 Betrokkenheid van de cliënten bij kwaliteitsbeleid en kwaliteitszorg

Eén van de doelstellingen van de WMCZ is door de medezeggenschap de cliënten meer te betrekken bij het kwaliteitsbeleid van de instellingen en het cliëntenperspectief een grotere rol te laten spelen in de kwaliteitszorg. Ondanks de betrekkelijk geringe invloed van de cliëntenraad op het instellingsbeleid zijn de resultaten in dit opzicht hoopgevend. Doordat directies hebben geleerd om goed te luisteren naar wat er van de kant van de cliënten en hun vertegenwoordigers te berde gebracht wordt, heeft het cliëntenperspectief een grotere zwaarte in het instellingsbeleid gekregen. Dit wordt door allerlei betrokkenen als de voornaamste verworvenheid van de WMCZ in deze sector beschouwd. Dit blijkt uit de interviews die gehouden zijn, maar ook uit een aantal brieven die ons spontaan zijn toegestuurd met het oog op deze evaluatie. Uit zo'n brief (van een cliëntenraad): "De wet heeft binnen (naam instelling) zeker een versnelling teweeg gebracht. In een korte tijd is de bewoner meer voorop komen te staan en heeft meer inbreng gekregen".

De betrokkenheid van de cliënten bij de kwaliteitszorg komt tot uitdrukking in de bemoeienis van de cliënt-leden van cliëntenraden hierbij en in het overleg dat cliëntenraadsleden (ook ouders) hierover voeren met de cliënten (bijvoorbeeld bewonersraden e.d.). Daarbij moet worden opgemerkt dat de inbreng van de cliënten vooral betrekking heeft op wat wel genoemd wordt "de kwaliteit van alledag". Dat wil zeggen dat er veel aandacht is voor concrete dagelijkse zaken die voor de cliënten van belang zijn, dat de cliënten zich hierbij betrokken voelen, hun mening willen uiten en zich hiervoor willen inzetten. Het is de doelstelling van kwaliteitsbeleid om deze afzonderlijke concrete zaken ook structureel tegemoet te treden door de organisatie als geheel ontvankelijker te maken voor het cliëntenperspectief. Dan spreekt men over zaken van een hoger abstractieniveau, vervat in beleidsnota's, intentieverklaringen, selectie- en opleidingsbeleid, enz. De belangstelling voor dit soort structurele kwesties is over het algemeen vrij gering bij de cliënten. Voor de meesten is dit toch wel te hoog gegrepen. Het voortouw ligt hier duidelijk bij de instellingen zelf.

De zorgaanbieders hebben een ander, meer positief beeld van de betrokkenheid van cliënten bij kwaliteitsbeleid. Volgens onderzoeksgegevens van Sluys en Wagner (2000) hechten directies van instellingen voor gehandicaptenzorg¹ en Sociaal Pedagogische Diensten² veel belang aan de opvattingen van de cliëntenraad³ (zie tabel 1).

Tabel 1 Bij welke kwaliteitsactiviteiten wordt de cliëntenraad betrokken? (in percentages)

Kwaliteitsactiviteiten	SPD (N=28)	Instellingen voor gehandicaptenzorg (N=182)
Bespreken uitkomsten klachtenregistratie, satisfactie-onderzoek en dergelijk.	54	71
Ontwikkelen van normen of criteria	50	48
Beoordelen of de (kwaliteits)doelen zijn gehaald	36	39
Participatie in (kwaliteits)commissies	7	42
Opstellen van protocollen of standaarden	39	50
Participatie in verbeterprojecten	4	40

¹ In het onderzoek van Sluys en Wagner zijn 182 instellingen (respons 69%) voor gehandicaptenzorg geënkquêteerd, waarvan 73% zorg en begeleiding verlenen aan mensen met een verstandelijke handicap.

² Er zijn door Sluys en Wagner 28 SPD' en geënkquêteerd (respons 60%)..

³ Sluys, E.M. en C.Wagner (2000) Kwaliteitssystemen de stand van zaken per zorgsector in 2000. Bijlage bij het rapport: Kwaliteitssystemen in zorginstellingen: de stand van zaken in 2000.

Over het daadwerkelijk effect van de adviezen van de cliëntenraad zijn de directies ook vrij positief (zie tabel 2):

Tabel 2 Op welke wijze hebben cliëntenraden inspraak in de zorg (in percentages)

Wijze van inspraak	SPD (n=28)	Instellingen voor gehandicaptenzorg (N= 182)
Met de cliëntenraad wordt periodiek overlegd	93	97
Aanbevelingen van de cliëntenraad worden vertaald in (nieuwe) beleid	75	82
Aan de cliëntenraad wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	68	81

4.4 Faciliteiten

De wet legt de instelling de verplichting op om de cliëntenraad te voorzien van de faciliteiten die voor haar functioneren benodigd zijn. De wet bepaalt niet wat die faciliteiten zijn. In de praktijk zijn de volgende typen van faciliteiten van belang:

- een budget;
- overige materiële faciliteiten;
- ondersteuning in de personele sfeer.

Wat betreft het budget zijn de ervaringen wisselend. Cliëntenraden vinden het vaak vervelend dat zij wat dit betreft afhankelijk zijn van de goede wil van een directie, die naar believen de hoogte van het budget kan bepalen. Maar eigenlijk heeft men niet zoveel nodig in het kader van het normale functioneren als raad. Het zijn de extra's die soms problemen opleveren. Daarbij valt met name te denken aan cursussen, scholing en informatiebijeenkomsten. Sommige directies houden hier rekening mee bij het bepalen van het budget, andere zeggen dat hier dan maar apart om gevraagd moet worden. De afgelopen jaren is hier bij gekomen het intensieve overleg dat soms nodig is tussen cliëntenraden van (beoogde) fusiepartners; dit overleg brengt vaak reiskosten met zich mee waarin het budget niet voorziet.

De overige materiële faciliteiten betreffen kantoorruimte, kantoorbehoeften, gebruik van telefoon, computer, kopieermachine e.d. Over het algemeen worden deze faciliteiten op een adequate wijze ter beschikking gesteld. Er zijn vrijwel geen klachten van cliëntenraden hierover.

De regering heeft zich bij de behandeling van de WMCZ op het standpunt gesteld dat de instellingen de hieraan verbonden kosten wel uit de lopende budgetten konden betalen, omdat het om vrij geringe bedragen zou gaan. Waar het gaat om de hierboven vermelde faciliteiten, is dit inderdaad zo. In de sector verstandelijk gehandicapten komt echter ook een andere kostenpost aan de orde, die van de ondersteuning van de cliëntenraden. Daarbij gaat het om salaris-kosten die van een andere orde van grootte zijn. Aan de ondersteuning besteden we nu apart aandacht.

Ondersteuning

Van het cliëntenraadswork maakt, behalve de inhoudelijke medezeggenschap, ook administratief en organisatorisch werk deel uit. De cliëntenraadsleden zijn vrijwilligers, van wie niet verwacht mag worden dat zij er een dagtaak van maken. Er is dus veel behoefte aan ondersteuning voor het niet-inhoudelijke deel van het werk, zoals het notuleren van vergaderingen, het archiefwerk en het organiseren van bijeenkomsten. Sommige cliëntenraden krijgen dergelij-

ke ondersteuning door een medewerker van de instelling, andere worden geholpen door een vrijwilliger en weer anderen hebben geen ondersteuning. Dit laatste wordt als een groot probleem ervaren, door de cliëntenraden die uit ouders bestaan, maar des te meer door cliënten in cliëntenraden. Dikwijls wordt er gedacht dat normale vergadertechnische faciliteiten toch niet aan verstandelijk gehandicapten besteed zijn, zoals de aanwezigheid van een geschoolde notulist. "Dat is merkwaardig, want alle andere vergaderingen die binnen zorgorganisaties worden gehouden, worden wèl door professionele secretaresses genotuleerd. Als er één groep binnen een zorgorganisatie is die een nauwgezette verslaglegging behoeft, zijn het de bewoners of deelnemers wel" (Schaars en Appel 1996).

Het bovenstaande betreft de praktische ondersteuning. Over de hele breedte van de sector is men vrij algemeen van oordeel dat, waar het gaat om medezeggenschap door de verstandelijk gehandicapte cliënten zelf, ook inhoudelijke ondersteuning noodzakelijk is. Hiervoor worden zgn. coaches aangesteld.

De coach heeft tot taak de onderwerpen waarmee de cliënten in medezeggenschapsorganen te maken krijgen, te vertalen naar een niveau dat voor hen begrijpelijk is. Hij of zij probeert de zorgorganisatie zo te beïnvloeden dat zij in haar teksten meer rekening houdt met het verstandelijk niveau van de cliënten, zodat op den duur misschien minder "vertaling" nodig is. De coach geeft uitleg over procedures en verhoudingen binnen de instelling (en over de WMCZ). De coach stimuleert de discussie, probeert ieder lid tot zijn recht te laten komen en ervoor te zorgen dat argumenten pro en contra de revue passeren. De coach bemoeit zich niet met de inhoud van de discussie en beïnvloedt de uitkomst daarvan niet.

Dat zijn de uitgangspunten. Alom wordt erkend, ook door de coaches zelf, dat deze moeilijk te realiseren zijn (zie bijvoorbeeld Odyssee 1999). Echter, een goede professionele coach is zich bewust van de valkuilen van zijn vak en is voortdurend attent op potentiële betutteling en manipulatie. Het valt buiten het kader van dit onderzoek om een oordeel te vellen over het realiteitsgehalte van deze pretentie. Het zal ook wel van plaats tot plaats en van tijd tot tijd verschillen.

Vanwege het feit dat de invloed van de coach, ondanks het principiële streven om beïnvloeding te vermijden, potentieel zo groot is, wordt door sommigen het belang van de onafhankelijkheid van de coach groot geacht. Er bestaat de mogelijkheid om onafhankelijke coaches in te huren, onder andere bij Raad op Maat, de Gehandicaptenraad, de LPR (Landelijke Patiënten en Bewonersraden), het LSR (Landelijk Steunpunt Raden). Veel instellingen doen dit. Andere instellingen zien hiervan af en nemen zelf een coach in dienst. Er wordt dan dikwijls wel voor gezorgd dat deze binnen de organisatie een relatief zelfstandige positie heeft.

De belangenvereniging van verstandelijk gehandicapten Onderling Sterk vervult een belangrijke rol bij het opzetten van cliëntenraden. Onderling Sterk streeft naar een onafhankelijke coach die de participatie van cliënten ondersteunt. Daarmee wordt voorkomen dat er van de zijde van de zorgaanbieder de raad gemanipuleerd kan worden. Zo zijn cliënten voor informatie vaak aangewezen op hun persoonlijke begeleider. Er zijn instellingen die voor de onafhankelijke ondersteuning een apart budget hebben vrijgemaakt en aan de LSR vragen externe ondersteuning te leveren. Vaak is dit echter afhankelijk van de goede wil van managers.

De argumenten voor een coach die gesitueerd is binnen de eigen organisatie zijn verschillend van aard. Sommige instellingen zeggen wel een onafhankelijke coach te willen, maar er geen te kunnen krijgen. Dit is een merkwaardig argument, want onafhankelijke coaches zijn gewoon

verkrijgbaar bij de bovenvermelde organisaties. Andere zeggen de onafhankelijkheid voldoende te kunnen garanderen binnen de eigen organisatie, waarbij de interne plaatsing als voordeel heeft dat de betreffende persoon veel beter thuis is binnen de organisatie en de juiste wegen en de juiste personen kent. Het belangrijkste argument tegen externe coaches is echter financieel van aard. De betreffende directies betogen dat zij geen extra geld krijgen om de uitgaven ten behoeve van ondersteuning van de cliëntenraad te bekostigen en dat zij dit “dus” moeten financieren uit het zorgbudget, wat ten koste gaat van de kwaliteit van zorg en woon- en leefomstandigheden.

Het succes van de medezeggenschap door verstandelijk gehandicapte cliënten staat of valt met een goede ondersteuning en coaching. De verschillende invulling die hieraan door directies gegeven wordt leidt tot grote verschillen in kwaliteit. Directies dringen aan op extra financiering hiervoor. Van cliëntenzijde wordt aangedrongen op het verplicht stellen van goede en onafhankelijke ondersteuning en coaching en garanties voor de financiering hiervan, ofwel door extra gelden hiervoor ter beschikking te stellen, ofwel door oormerking binnen het bestaande budget.

Tenslotte vermelden wij nog enkele gegevens uit ander onderzoek met betrekking tot de feitelijke stand van zaken wat betreft de ondersteuning van cliëntenraden. In het landelijke onderzoek van de Universiteit Limburg uit 1998 waren er 57 cliëntenraden waarin cliënten zitting hadden en 50 van hen hadden de beschikking over een ondersteuner of coach (waarvan 30 met ook nog een assistent-coach) (Graste 1998). Uit het onderzoek van Reinoud Adviesgroep in Gelderland blijkt dat 26 van de 38 cliëntenraden waarover informatie in dit opzicht beschikbaar is, een cliëntondersteuner/coach hebben. In de helft van de gevallen was dit een externe coach en in de andere helft een personeelslid van de instelling. Twee derde van de cliëntenraden was van oordeel dat hun ondersteuner onafhankelijk was; soms worden dus ook interne coaches als onafhankelijk ervaren (Grol en Hamers 1999).

De ondersteuning van de cliënten in cliëntenraden gaat dus gepaard met extra kosten. Dit is niet voorzien bij de kamerbehandeling van de WMCZ, waarbij juist verondersteld werd dat de invoering van de cliëntenraden zeker in de sectoren waar een medezeggenschapstraditie bestaat, geen extra geld zou kosten. De VGN, de ouderverenigingen en de cliëntenorganisaties pleiten voor het beschikbaar stellen van extra budget ten behoeve van het opzetten van onafhankelijke ondersteuning/coaching van cliënten. Daarbij moet ook rekening worden gehouden met de ondersteuningsbehoefte van de ouders.

5 Het adviesrecht

De uitoefening van het wettelijk adviesrecht behoort tot de kerntaken van de cliëntenraden. In de WMCZ worden de bevoegdheden in dit opzicht duidelijk omschreven. Tevens kent de wet een verplichting voor instellingen om in een reglement de bevoegdheden van de cliëntenraad te regelen. Dit reglement dient uiteraard in overeenstemming met de wet te zijn. Dat wil zeggen dat er wel meer bevoegdheden mogen worden toegekend dan die uitdrukkelijk in de wet zijn vastgelegd, maar niet minder. De praktijk is echter in veel gevallen anders. Bij onze oriëntatie in het veld kwamen wij herhaaldelijk cliëntenraden tegen die volgens hun reglement niet beschikten over het adviesrecht omtrent alle in de wet genoemde onderwerpen en/of niet over het verzaamd adviesrecht omtrent alle daarvoor in de wet opgesomde onderwerpen.

Deze ervaring vanuit ons eigen onderzoek wordt bevestigd door de resultaten van de landelijke enquête van Graste uit 1998. Van de 120 cliëntenraden uit zijn onderzoek beschikten er 23 over geen enkele van de in de wet genoemde adviesbevoegdheden. Bij 45 van deze 120 raden

ontbrak in het reglement het verzaamd adviesrecht te aanzien van de onderwerpen die daartoe in de WMCZ zijn aangegeven. Graste heeft ook nog speciaal gekeken naar één van deze onderwerpen, te weten het verzaamd adviesrecht met betrekking tot de benoeming van afdelingshoofden. Dit kwam bij slechts 52 van de 120 raden voor. Dit recht bestaat echter niet onder alle omstandigheden, maar alleen voor die afdelingen waar langdurig 24-uurs zorg wordt verleend; bij de 68 instellingen die dit recht niet aan de cliëntenraad hadden verleend, zal er een aantal zijn dat niet over zulke afdelingen beschikt. Het gegeven dat er een vrij groot aantal cliëntenraden is dat niet over de wettelijk gegarandeerde adviesbevoegdheden beschikt, komt ook naar voren uit het onderzoek van de Stichting Het Klaverblad in Zeeland (1997). Van de 16 cliëntenraden waarvan gegevens verkregen werden, hadden er 3 helemaal geen adviesrecht en beschikten 7 niet over het verzaamd adviesrecht zoals omschreven in de wet.

Het is de vraag wat het niet toekennen van bepaalde adviesbevoegdheden door de instellingen aan de cliëntenraden in het reglement, betekent voor hun rechtspositie met betrekking tot de adviesbevoegdheid. Een door ons geïnterviewde voorzitter van een cliëntenraad reageerde laconiek op dit vraagstuk: “Wet gaat boven reglement”. Dat wil zeggen dat cliëntenraden beschikken over de wettelijke adviesbevoegdheid, ook als hun reglement dat uitdrukkelijk niet aan hen toekent. Juridisch gezien lijkt dit een sterke redenering. Maar of het in de praktijk zo eenvoudig ligt, valt sterk te betwijfelen.

5.1 De uitoefening van het adviesrecht

In de praktijk verloopt het proces van advies vragen en advies geven heel dikwijls volgens het patroon zoals dat in de vorige paragraaf is beschreven aan de hand van het “partnermodel”. Dat wil zeggen dat er goed overleg is tussen cliëntenraad en directie over de beleidsvoornemens, dat de cliëntenraad probeert op onderdelen bij te sturen, dat de directie probeert om rekening te houden met de opvattingen van de cliëntenraad, en dat beiden proberen om er “samen uit te komen”. Cliëntenraden zijn over het algemeen niet geneigd om hun poot stijf te houden en gaan confrontaties uit de weg, omdat zij de goede overlegsituatie niet gevaar willen brengen en omdat zij het al heel wat vinden dat de directie serieus naar hun opvattingen luistert. In ons onderzoek zijn wij slechts enkele gevallen tegengekomen waarin de cliëntenraad formeel een negatief advies uitbracht omtrent voornemens van de directie. In die gevallen leidde dit inderdaad tot een aanmerkelijke verslechtering van het onderhandelingsklimaat.

De schroom van cliëntenraden om formeel een duidelijk nee tegen voornemens van de directie te laten horen, geldt a fortiori wanneer de cliëntenraad een verzaamd adviesrecht heeft. Immers, in die gevallen kan de directie “niet verder”. De verantwoordelijkheid die cliëntenraden krachtens de WMCZ hebben voor de “gemeenschappelijke belangen binnen het kader van de doelstelling van de instelling”, wordt door hen over het algemeen zeer serieus genomen. Anders uitgedrukt: Zij voelen zich loyaal aan de instelling en medeverantwoordelijk voor de voortgang van de zorg, willen deze althans niet belemmeren. Vanuit deze houding is het voor cliëntenraden erg moeilijk om op punten waarvoor het verzaamd adviesrecht geldt, zich verantwoordelijk te maken voor vertragende of blokkerende acties. Het komt in deze sector dan ook vrijwel nooit voor dat cliëntenraden negatief adviseren in zaken waarin zij een verzaamd adviesrecht hebben. Nu zou men kunnen opmerken dat er met het blokkeren van belangrijke besluiten door cliëntenraden geen probleem hoeft te zijn, omdat de wetgever een procedure ontworpen heeft om hieraan te ontkomen. De zorgverstrekker kan het geschil voorleggen aan een college van vertrouwenslieden, dat hier dan een uitspraak over kan doen. Een voorwaarde voor het begaan van deze weg is echter wel dat er zo’n college is.

6 Colleges van vertrouwenslieden

De WMCZ bepaalt dat iedere instelling een college van vertrouwenslieden moet instellen, waaraan de directie een uitspraak kan vragen indien zij een bepaald voornemen, vallend onder het verzwaaard adviesrecht van de cliëntenraad, ondanks het negatief advies van de cliëntenraad toch wil doorzetten. Eén lid wordt door de directie benoemd, één lid door de cliëntenraad, en een derde lid wordt door de andere twee samen uitgekozen. De individuele instellingen zijn verantwoordelijk voor de instelling van zo'n college, maar zij kunnen eventueel besluiten om hierin samen te werken, zodat één college voor meer instellingen beschikbaar is. In sommige sectoren werkt de hele sector samen en is er een landelijk college van vertrouwenslieden. Verschillende geïnterviewden in de sector verstandelijk gehandicapten gaven aan dat het een goede zaak zou zijn als dat ook in deze sector zou gebeuren. Op dit moment is zo'n college er echter niet en initiatieven tot oprichting ervan vallen ook niet op korte termijn te verwachten.

Dit gegeven doet niets af aan de wettelijke verplichting van individuele instellingen om te zorgen voor een college van vertrouwenslieden. Echter, de algemene trend is dat deze verplichting niet wordt nagekomen. Wij hebben in deze sector één college van vertrouwenslieden kunnen opsporen. Daaruit mag men niet concluderen dat zij er verder helemaal niet zijn; het is mogelijk dat enkele instellingen hierover wel beschikken. Een gerechtvaardigde conclusie lijkt wel dat colleges van vertrouwenslieden in de sector verstandelijk gehandicapten slechts sporadisch voorkomen. Daarmee ontbreekt het sluitstuk op het adviesrecht van cliëntenraden, zoals de wetgever dat bedoeld had.

Uiteraard hebben wij aan de geïnterviewde directies gevraagd waarom zij geen college van vertrouwenslieden hadden ingesteld. Het antwoord was dat er tot nog toe geen behoefte aan gebleken was, en dat zij dat wel zouden doen als het onverhoopt nodig was. Daarmee is de cirkel rond:

- Cliëntenraden durven of willen geen negatief advies geven (op de punten van verzwaaard adviesrecht), omdat zij bang zijn daarmee noodzakelijke besluiten te blokkeren.
- De vrees voor zo'n blokkade is reëel, omdat de structuur om dit te voorkomen ontbreekt (het college van vertrouwenslieden).
- Daardoor worden directies nooit met een negatief verzwaaard advies geconfronteerd.
- En daarom is er voor hen geen dringende noodzaak om een college van vertrouwenslieden in te stellen.

7 Het stelsel van cliëntenraden binnen de rechtspersoon; centrale cliëntenraden

De WMCZ bepaalt dat er in iedere instelling een cliëntenraad behoort te zijn. Wanneer een zorgverlener meer instellingen omvat, moeten er dus even zoveel cliëntenraden komen. Het beleid van de directie van de centrale stichting raakt dikwijls de directe belangen van de cliënten in de afzonderlijke instellingen. Dit beleid kan in allerlei opzichten adviesplichtig zijn. De consequentie hiervan is dat de centrale directie dan hierover advies moet vragen aan de cliëntenraden van de afzonderlijke instellingen. Het aantal hiervan kan groot zijn. Soms gaat het om tientallen cliëntenraden. De directies vinden dit bezwaarlijk.

De directies streven over het algemeen naar advisering over lokale onderwerpen op lokaal niveau en advisering over centrale onderwerpen op centraal niveau. Hiertoe worden centrale cliëntenraden opgericht. De wet kent het begrip centrale cliëntenraad niet. In het kamerdebat over het wetsvoorstel WMCZ kwam naar voren dat sommige zorgverleners behoefte aan een

centrale cliëntenraad zouden kunnen hebben. Van de zijde van de regering is toen gezegd dat het zorgverleners vrij stond om een centrale cliëntenraad in te stellen, maar dat deze alleen bevoegdheden van de lokale cliëntenraden zou kunnen overnemen indien en voor zover deze ermee zouden instemmen om dergelijke bevoegdheden aan een centrale cliëntenraad te delegeren. Dat betekent voor de directies van grote, gelaagde zorgverleners dat zij soms tientallen lokale cliëntenraden moeten overtuigen van de noodzaak van een centrale cliëntenraad, voordat zij de door hen gewenste efficiënte structuur van cliëntenraden daadwerkelijk kunnen effectueren. Wij citeren uit een brief die ons over dit onderwerp gestuurd werd: "Wat in de wet gemist wordt is een regeling waarbij het mogelijk wordt de medezeggenschap zo in te delen dat ze kan worden uitgeoefend op het niveau waarop binnen de organisatie de bevoegdheden liggen, zonder dat er sprake is van het afstaan van rechten van een bepaald gremium" (directie, clustermanagement, teamleiding)

Deze problematiek speelde al een rol in de jaren kort na invoering van de WMCZ, maar heeft thans nog aan actualiteit gewonnen vanwege de fusiegolf die plaats vindt in de sector zorg voor verstandelijk gehandicapten. De leiding van de nieuwe megastichtingen ziet het aantal cliëntenraden binnen zijn bereik oplopen tot wat in zijn ogen niet meer hanteerbaar is. De medezeggenschap is daarmee geworden tot een probleemfactor en onderhandelingsobject in het fusieproces (wat tevens een indicator is voor het toegenomen belang ervan). De fusiepartners inventariseren de cliëntenraden binnen hun bereik en maken een plan voor de medezeggenschap in de nieuwe fusie-organisatie. Bij relatief simpele fusies wordt een structuur gepland, waarin de oude cliëntenraden lokale cliëntenraden worden met een centrale cliëntenraad daarboven. Vaak ligt de zaak echter veel ingewikkelder, en komt er een structuur op papier te staan, waarin ook intermediaire niveaus een rol spelen: lokale cliëntenraden, daarboven sector- of divisieraden en daar weer boven een centrale cliëntenraad.

De uitvoering van deze plannen is formeel onderworpen aan de instemming van iedere individuele cliëntenraad. Er is directies veel aan gelegen om deze plannen ook doorgevoerd te krijgen. Vandaar dat men dikwijls betrekkelijk soepel omgaat met de noodzaak van instemming van alle cliëntenraden. Er wordt nogal wat druk uitgeoefend om het nieuwe stelsel van de grond te krijgen. Soms wordt aan de cliëntenraden eenvoudig meegedeeld dat er een nieuwe structuur is ingevoerd. Als zij zich niet uitdrukkelijk verzetten wordt aangenomen dat zij ermee instemmen. In andere gevallen gaat de directie het gesprek aan en slaagt zij erin om cliëntenraden te overtuigen van de noodzaak van delegatie van bevoegdheden naar een centrale (of anderszins hogere) cliëntenraad. Niet altijd gaat dit van ganser harte. Sommige cliëntenraden hebben er moeite mee, zouden er eigenlijk wel een stokje voor willen steken, maar doen dit dan toch maar niet omwille van de lieve vrede. Het valt de vrijwilligers in de lokale cliëntenraden niet echt kwalijk te nemen dat zij in dit opzicht niet op kunnen tegen een geoliede professionele organisatie.

Een bijkomend probleem bij fusies is dat er soms een onevenwichtige inbreng van cliëntenraden van de fusiepartners is. Een veel voorkomend model bij fusies is dat een woonvoorziening, voortkomend uit een oude zwakzinnigeninrichting, met één cliëntenraad, samengaat met dagvoorzieningen met tientallen cliëntenraden. Directies achten dit geen juiste start voor de medezeggenschap na de fusie en proberen tot harmonisatie te komen. Men gaat dan bijvoorbeeld over tot een engere interpretatie van het begrip instelling, waardoor er in de dagcentra plotseling veel minder instellingen blijken te zijn dan voorafgaand aan de fusie. Dit leidt tot de opheffing van cliëntenraden. Hier wreekt zich de definitie van het begrip instelling in de wet, die voor verschillende interpretaties vatbaar is. In sommige gevallen wordt het begrip instelling dusdanig opgerekt, dat directies ook niet meer de schijn ophouden binnen het kader van de WMCZ te werken. Sommige directies die aan ons onderzoek meewerkten gaven dit volmondig

toe. In een interview werd ter toelichting gezegd: “De wet schiet tekort, de praktijk moet corrigeren. Maar we hebben de wet niet aan onze kant. Zodra er ook maar één cliëntenraad naar de rechter loopt, stort het kaartenhuis in elkaar. Maar dat doen ze toch niet.....”.

De harmonisatie van medezeggenschap bij fusiepartners komt ook aan de orde bij het bepalen van bevoegdheden en samenstelling van de cliëntenraden na de fusie. Men wil niet dat er in deze opzichten al te grote verschillen zijn tussen de samenstellende delen in de nieuwe organisatie. We zien dat bevoegdheden van cliëntenraden bij de fusiepartner die relatief achter loopt worden uitgebreid, maar ook dat bevoegdheden bij de andere fusiepartner worden ingeperkt. Met betrekking tot de samenstelling van cliëntenraden komt het nogal eens voor dat de ene fusiepartner cliëntenraden heeft, bestaande uit ouders, en de andere cliëntenraden, bestaande uit verstandelijk gehandicapte cliënten zelf. Er is dan een tendens om toe te werken naar gelijkschakeling met gemengde raden of andere mengvormen (deelraadcommissies) over de hele breedte van de nieuwe organisatie. Verder is er een sterke neiging om de deelname van de verstandelijk gehandicapte cliënten zelf te beperken tot het lokale niveau (dat aan belang inboet), terwijl de ouders een nieuw bolwerk vinden in de hogere lagen van medezeggenschap, die sterk gericht is op kwesties van algemeen beleid.

Andere processen komen ook voor. In één van de door ons bestudeerde fuserende organisaties (zoals gezegd, ze waren allemaal in fusie) legden de gezamenlijke directies hun efficiency-probleem voor aan de gezamenlijke cliëntenraden en verzochten de cliëntenraden een oplossing te bedenken en een nieuwe structuur te ontwerpen voor de medezeggenschap in de nieuwe instelling. Zo kan het ook. Op deze manier geven de cliëntenraden zelf sturing aan een proces waarin zij bevoegdheden afstaan.

8 Bindende voordracht van een bestuurslid

Artikel 7 van de WMCZ (lid 1) verplicht de zorgaanbieder om een statutaire regeling te treffen die erin voorziet dat tenminste één lid van het bestuur of de raad van toezicht wordt benoemd op bindende voordracht van de cliëntenraad (of cliëntenraden). Hoewel de wettekst, noch de wetsgeschiedenis daar enige aanleiding toe geeft, wordt deze bepaling in de sector zorg voor verstandelijk gehandicapten door vrijwel alle betrokkenen zo opgevat, dat de cliëntenraad een bestuurslid mag voordragen als er een vacature is. Daar de meeste cliëntenraden nog maar kort bestaan, heeft deze omstandigheid zich in de meeste instellingen nog niet voorgedaan. Daardoor is er nog vrijwel geen ervaring opgedaan met de voordracht van bestuursleden door de cliëntenraad.

Ook deze curieuze interpretatie van de wet laat onverlet de verplichting van de instellingen om hun statuten in dit opzicht aan te passen. Veel instellingen maken hier geen haast mee. Sommige instellingen vragen raad aan hun koepel, de VGN. De VGN adviseert om tot statutenwijziging over te gaan wanneer dit opportuun is, bijvoorbeeld als er om andere redenen ook al statuten gewijzigd moeten worden, of als er een vacature in het bestuur is. Tal van instellingen zijn van plan om hun statuten in overeenstemming met de wet te brengen, wanneer dat in hun ogen aan de orde is, dat wil zeggen als er een bestuurszetel vacant is.

Een overzicht van de stand van zaken met betrekking tot statutenwijziging ten aanzien van het recht van voordracht van een bestuurslid is te vinden in het onderzoek van Graste (1998). Van de 120 cliëntenraden waarover gegevens beschikbaar zijn, beschikten er op dat moment 68 over het statutaire recht tot voordracht van een bestuurslid. En uit het Zeeuwse onderzoek van Klaverblad uit 1997 blijkt dat van de 16 cliëntenraden in deze sector er toen 9 het statutaire recht op voordracht van een bestuurslid hadden.

9 Conclusies ten aanzien van de 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 bereikt zal worden. 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 professionele ondersteuners wordt het belang van onafhankelijke ondersteuning benadrukt en aangedrongen op het verplicht stellen (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.

Literatuur

Blok, A.

Juridisering van de intramurale zorg aan licht verstandelijk gehandicapte minderjarigen: Steekspel, of kinderspel, Afstudeerscriptie Rechtsgeleerdheid.
Amsterdam, 1995.

Dulk, L. den

Handboek voor het opzetten en begeleiden van deelnemers-/bewonersraden in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap.
Gorinchem, 1995.

Dulk, L. den

In cliëntenraden horen cliënten.
in: *Markant*, Dl. II (1997), blz. 26-27.

Dulk, L. den

De WMCZ in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap.
in: *Handboek Cliëntenparticipatie*, losbladig, aanvulling december 1998, blz. BB3030-1/BB3030-27.

Federatie van Ouderverenigingen

Gewoon Doen. Een inhoudelijk en strategisch vervolg op de visienota 'Mensen met mogelijkheden'.
Utrecht: Federatie van Ouderverenigingen, 1994.

Federatie van Ouderverenigingen, Nederlandse Vereniging Belangenbehartiging Verpleeghuisbewoners.

Project onderzoek ondersteuning familieraden.
Utrecht, 1996.

Grol, S., Hamers, H.

De cliënten aan zet, Een onderzoek naar het functioneren van cliëntenraden in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap in Gelderland.
Arnhem, 1999.

Graste, A.T.T.M.

De Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen: Een praktische vertaalslag en invoeringsonderzoek, Doctoraalscriptie Gezondheidswetenschappen.
Maastricht, 1998.

Hegeman, A., Zwart, A.

‘Hierbij open ik de vergadering...’.
in: *Markant*, oktober 1996, blz. 16-20.

Klaverblad, Stichting het

Rapport Wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsector.
1997.

Odyssee

Werkconferentie medezeggenschap en participatie in de gezondheidszorg, gehouden te Ede op 28 mei 1999.
Maastricht, 1999.

Schaars, W.K., Appel, M.

Inspraak met en zonder zin.
in: *Klik*, maart 1996, blz. 16-17.

Sluys, E.M., Wagner, C

Kwaliteitssystemen in zorginstellingen: de stand van zaken in 2000.
Utrecht: Nivel, 2000.

Timmers-Huigens, D.

Mogelijkheden voor verstandelijk gehandicapten.
Utrecht, 1995.

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland

Handleiding Wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsector.
Utrecht, 1996.

Visser, J.

‘Op papier staan we sterk’.
in: *Zorgvisie*, Dl. XXVIII (1998), nr. 1, blz. 22-25.

Vries, E. de

Veel is nog onduidelijk.
in: *ZoWel*, Opinie- en informatieblad voor de zorg en het welzijn van mensen met een verstandelijke handicap, Dl. III (1997), blz. 18-20.

* Dit onderzoek is vermeld in diverse periodieken op het terrein van deze sector, dikwijls gepaard gaand met een oproep om ervaringen aan de onderzoekers te melden. Velen zijn op deze oproep ingegaan, zodat wij, behalve van de hierboven vermelde gepubliceerde literatuur, ook gebruik hebben kunnen maken van een groot aantal brieven, e-mails, faxen en telefoontjes waarin betrokkenen in deze sector verslag deden van hun ervaringen met de WMCZ.

Hoofdstuk 4

De WMCZ in de sector Zorg voor lichamelijk gehandicapten

1 Inleiding; de context

Een groot aantal mensen in Nederland heeft te kampen met lichamelijke beperkingen. De meesten van hen krijgen, indien nodig, hulp van reguliere, algemene voorzieningen, zoals thuiszorg en ouderenzorg. De instellingen in de zorg voor lichamelijk (en zintuiglijk) gehandicapten zijn er speciaal voor mensen met zeer ernstige functiebeperkingen. De ernst van de handicap maakt dat deze mensen in sterke mate afhankelijk zijn van de hulpverlening die in deze sector geboden wordt. Daarbij gaat het dikwijls om afhankelijkheid ten aanzien van intieme menselijke behoeften, zoals toiletbezoek, bewassing, hulp bij eten e.d. De hulpverlening in deze sector wordt gekenmerkt door relaties die door de gehandicapte zorggebruikers sterk als afhankelijkheidsrelaties ervaren worden. In de dagelijkse praktijk van de hulpverlening is de macht van de hulpverlener groot, ook als deze daar geen misbruik van wil maken; als er meer mensen hulp nodig hebben, bepaalt de hulpverlener wie er voorrang krijgt en wie er moet wachten.

In deze context biedt de WMCZ de gehandicapte cliënt de mogelijkheid medezeggenschap uit te oefenen in de zorginstelling waar hij of zij zo afhankelijk van is. Het streven van de meeste gehandicapte cliënten van deze instellingen is om hun afhankelijkheid van anderen zoveel mogelijk te beperken en zelf te doen wat zij zelf kunnen. Dit geldt ook ten aanzien van de medezeggenschap. Het model, zoals dat in sommige andere sectoren vigeert, dat de medezeggenschap in naam van afhankelijke cliënten wordt uitgeoefend door vertegenwoordigers (familie, patiëntenorganisaties, enz.), is voor cliënten in de zorg voor lichamelijk gehandicapten niet acceptabel: zij willen het zelf doen. Tegelijk geldt dat dit voor de meesten van hen erg moeilijk is. Ten eerste wordt deze taak verzaamd door de beperkingen waarmee zij te kampen hebben. Behalve dat velen beperkingen ondervinden in mobiliteit, uithoudingsvermogen en waarnemingsvermogen speelt daarbij ook een rol dat een belangrijke categorie cliënten in deze sector, de mensen met niet-aangeboren hersenletsel, problemen ondervinden in het cerebraal functioneren en lijden aan geheugen- en concentratiestoornissen. Ten tweede is de afhankelijkheid zelf een probleem bij het uitoefenen van de medezeggenschap. Het is erg moeilijk om op een adequate wijze een instelling kritisch te begeleiden, als men tegelijk van diezelfde instelling afhankelijk is voor het vervullen van de meest basale levensbehoeften. Zo staat de hele medezeggenschap van cliënten in de sector zorg voor lichamelijk gehandicapten in het teken van de afhankelijkheid van deze cliënten van de instelling, wat de uitoefening van de medezeggenschap sterk bemoeilijkt. Aan de andere kant is juist door de sterke afhankelijkheid het belang van de medezeggenschap extra groot. Het is met name in deze situatie erg belangrijk dat het cliëntenperspectief doordringt in het instellingsbeleid.

Er zijn globaal gezien in deze sector drie soorten instellingen: de wooncentra, de dag- en activiteitencentra en de revalidatiecentra. Er zijn de laatste tijd steeds meer dwarsverbindingen gekomen tussen de wooncentra en de dagcentra. De stichtingen die deze centra beheren hebben samenwerking gezocht en zijn op tal van plaatsen gefuseerd. Dikwijls is er uitwisseling van diensten en maken cliënten uit de woonvoorziening gebruik van de dagcentra en vice versa. Het is daarom niet altijd mogelijk om wat betreft de WMCZ-praktijk een duidelijk onderscheid te maken tussen deze twee typen instellingen. De revalidatiecentra zijn duidelijk van een andere categorie. Zij hebben een vlottende cliëntenpopulatie met veelal andere kenmerken dan de andere twee. De revalidatiecentra zelf zoeken hun identiteit ook niet in de eerste plaats in de sector zorg voor lichamelijk gehandicapten en neigen meer naar aansluiting bij ziekenhuisvoorzieningen; dit blijkt ook uit het feit dat de revalidatiecentra geen lid zijn van de VGN (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland). In het vervolg van dit overzicht zullen wij over het algemeen onderscheid maken tussen de woon- en dagcentra aan de ene kant en de revalidatiecentra aan de andere kant.

2 De invoering van cliëntenraden

2.1 Woon- en dagcentra

Ten tijde van de invoering van de WMCZ waren er in deze sector een groot aantal bewoners- en deelnemersraden of -commissies. Over het algemeen hadden deze organen nauwelijks bevoegdheden. Een kwantitatief overzicht van deze overlegorganen omstreeks 1995/1996 is niet beschikbaar. Wel weten we uit een enquête van het LSR (Landelijk Steunpunt Raden) uit 1993 dat er toen in 79% van de woon- en dagcentra enigerlei vorm van cliënteninspraak was (bewonersraad, deelnemersoverleg e.d.).

Toen de WMCZ de status van wet gekregen had, is men over het algemeen in de instellingen serieus gaan werken aan de implementatie. Meestal werd een projectgroep ingesteld om de vorming van een cliëntenraad (cliëntenraden) voor te bereiden en reglementen en samenwerkingsovereenkomsten op te stellen. Hoewel het tempo verschilde, kwam het maar zelden voor dat directies erop moesten worden aangesproken om te voldoen aan hun wettelijke verplichtingen in dit opzicht: overal werd er aan gewerkt.

In sommige instellingen kozen de directies ervoor om de cliëntenraad in spé te laten begeleiden door een coach of ondersteuner. In die gevallen werd deze persoon over het algemeen ook belast met het werven van cliënten die er belangstelling voor hadden om in de cliëntenraad plaats te nemen. In andere instellingen werd een medewerker belast met het polsen van cliënten die daarvoor in aanmerking kwamen, of zij bereid waren zitting te nemen in de cliëntenraad. In een minderheid van de instellingen werden verkiezingen georganiseerd.

In de jaren 1996-1999 zien we dat er steeds meer cliëntenraden komen in deze sector. Een precies overzicht van de kwantitatieve ontwikkeling valt niet te geven. Een belangrijk ijkpunt is het onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg uit 1998 "De kwaliteit verkend". In dit onderzoek zijn nagenoeg alle woon- en dagcentra voor lichamelijk gehandicapten betrokken. De Inspectie maakt onderscheid tussen drie soorten voorzieningen: woonvormen, activiteitencentra en voorzieningen voor jongeren (ook weer bestaande uit woon- en dagvoorzieningen).

Het blijkt dat in 1998 in alle drie deze categorieën de invoering van cliëntenraden al ver gevorderd was: 88% van de woonvormen had een cliëntenraad, 95% van de activiteitencentra en 78% van de voorzieningen voor jongeren. De personen die door ons in het begin van het jaar 2000 geïnterviewd werden, waren van oordeel dat er op dat moment nog maar enkele instellingen zonder cliëntenraad waren.

2.2 Revalidatiecentra

Ten tijde van de invoering van de WMCZ was er in de meeste revalidatiecentra geen enkele vorm van cliënteninspraak of -zeggenschap. Enkele centra hadden een cliëntenraad met zeer beperkte bevoegdheden. Het sterkst was de cliënteninvloed in de kinderrevalidatiecentra, waar er dikwijls ouderraden waren of gestructureerde vormen van overleg met de oudervereniging. Inmiddels bestaan de zelfstandige kinderrevalidatiecentra vrijwel niet meer. Zij zijn bijna allemaal door fusie opgegaan in algemene revalidatiecentra.

De Vereniging van Revalidatiecentra in Nederland (VRIN) heeft de directies geattendeerd op de noodzaak de WMCZ in te voeren en het invoeringsproces per individuele instelling begeleid. Dit was mogelijk omdat het slechts om een relatief klein aantal instellingen gaat (23 instellingen per 1 januari 2000). Veel instellingen worstelden met de vraag of het zwaarwegend adviesrecht bij de benoeming van afdelingshoofden ook voor hun instelling gold. Na overleg met het Ministerie van VWS bleek dat het verblijf in de 24-uurs afdelingen van revalidatiecentra niet moet worden opgevat als "langdurig". Derhalve geldt in de opvatting van de VRIN deze bevoegdheid niet voor de sector van de revalidatiecentra. Dit is meegedeeld aan de instellingen, die over het algemeen deze opvatting hebben overgenomen. Bij de VRIN bestaat de indruk dat het invoeringsproces langzaam maar zeker verlopen is. Op ons verzoek heeft de VRIN per 15 januari 2000 een fax-enquête gehouden onder alle revalidatie-instellingen omtrent de stand van zaken wat betreft de invoering van de WMCZ. De resultaten waren als volgt.

Van de 23 revalidatiecentra was er één die niet op de enquête reageerde en een andere die pas ontstaan was en daardoor nog geen gelegenheid had gehad om aandacht aan de WMCZ te besteden. Van de overige 21 instellingen hadden er 20 een cliëntenraad. 16 van deze 20 raden hadden reglementaire bevoegdheden in overeenstemming met de WMCZ. De andere 4 hadden minder bevoegdheden; er waren geen bovenwettelijke bevoegdheden.

2.3 Het onderscheid tussen woon- en dagcentra en revalidatiecentra

Het verschil in ontwikkeling van cliëntenraden in de woon- en dagcentra enerzijds en de revalidatiecentra anderzijds is terug te voeren op onderscheiden kenmerken van beide sectoren. Bij de woon- en dagcentra is sprake van een vaste groep bewoners, waarbij leden van een cliëntenraad voorgedragen worden door de achterban. Deze leden zijn veelal herkiesbaar en worden zo 'professioneler' in hun functioneren. Zij zijn dan ook in staat om een bepaalde bijdrage te leveren in de beleidsontwikkeling. Bij de revalidatiecentra is er sprake van een meer 'vlottende' populatie, waarbij de cliëntenraad afhankelijk wordt van mensen die zich daarvoor willen inzetten. De meeste cliënten van de revalidatiecentra gaan echter naar huis en willen niet meer met het reilen en zeilen van een revalidatiecentrum geconfronteerd worden. Dit leidt tot problemen van continuïteit. De revalidatiecentra trachten dit probleem op te lossen doordat cliënten een aantal jaren na hun ontslag (meestal variërend van een tot vier jaar) lid mogen blijven van een cliëntenraad of doordat patiëntenorganisaties zitting mogen nemen in de cliëntenraad. Dit heeft tot gevolg dat een cliëntenraad van een revalidatiecentrum minder binding heeft met de achterban.

3 De samenstelling van cliëntenraden

3.1 Woon- en dagcentra

In het algemeen was het beleid van de instellingen dat zij de voorwaarden schiepen voor het functioneren van cliëntenraden (opstellen van reglementen e.d., ter beschikking stellen van ondersteuning), maar dat het initiatief voor de bemensing van de raden van de cliënten zelf moest komen. Over het algemeen kwam dit erop neer dat de strekking van de WMCZ aan de cliënten werd uitgelegd door een medewerker en/of door de beoogde ondersteuner, en dat vervolgens gevraagd werd wie bereid was om daaraan mee te werken. Wie zijn vinger opstak, kwam in de cliëntenraad. Als er teveel gegadigden waren, werden er verkiezingen gehouden, maar dit kwam niet vaak voor. Mede ten gevolge van deze gang van zaken rijst de vraag naar de representativiteit.

Representativiteit

Bij het hiervoor beschreven systeem van bemensing is de representativiteit van de cliëntenraad sterk afhankelijk van de contacten met de achterban. In deze sector zien wij, wat dit betreft, twee uitersten.

In veel kleine instellingen is het de gewoonte dat alle cliënten (die dat willen) samen vergaderen en ook overleggen met de directie. Er zijn dan formeel enkele cliënten die de cliëntenraad vormen, maar die in feite geen stap (kunnen) zetten buiten de andere cliënten om. In dit model is de representativiteit optimaal verzekerd. Er is praktisch gesproken geen sprake van representatie van cliënten door vertegenwoordigers. Dit model komt overigens vrij weinig voor. Een nadeel van dit model is dat het de cliëntenraad moeilijk valt om zijn eigen verantwoordelijkheid te nemen. Wij komen hierop terug in de volgende paragraaf.

Echter, het komt ook vaak voor in deze sector dat er een zelfstandige cliëntenraad is die vergeefs zoekt naar feedback vanuit de achterban. Dit heeft te maken met de sterke afhankelijkheid die de cliënten ten opzichte van de instelling en de hulpverleners voelen. Er bestaat dikwijls een zeker wantrouwen ten aanzien van de onafhankelijkheid van de positie van de cliëntenraad. Het gevoel dat uiteindelijk toch alles door de hulpverleners beslist wordt, leeft nog sterk (in sommige instellingen terecht, in andere ten onrechte). Hierdoor is de motivatie bij de achterban om te communiceren met de cliëntenraad dikwijls gering. Daar komt nog bij dat veel cliënten als gevolg van hun handicap belemmeringen ondervinden (vermoeidheid, pijn, concentratiestoornissen) die het hen erg moeilijk maken om hun opvattingen naar voren te brengen. Als gevolg hiervan tasten veel cliëntenraden in het duister over wat hun achterban wil.

Allochtonen

Onder de cliënten van de zorginstellingen voor lichamelijk gehandicapten bevinden zich steeds meer allochtonen. Bij de instellingen groeit het besef dat zij hun zorgverlening daaraan moeten aanpassen. Deze interculturele benadering staat echter nog maar in de kinderschoenen. Hier en daar wordt voorzichtig gedacht aan meertalig voorlichtingsmateriaal. Tot het terrein van de medezeggenschap is het multiculturele beleid echter nog nauwelijks doorgedrongen. De allochtone bevolkingsgroepen zijn ondervertegenwoordigd in de cliëntenraden. Voor zover wij hebben kunnen nagaan is er nog nergens beleid ontwikkeld om hierin verandering te brengen. Men ziet het probleem wel, maar geeft er geen prioriteit aan. Ook zonder de verscheidenheid in etnische achtergrond zijn er al problemen genoeg, vindt men.

3.2 Revalidatiecentra

De revalidatiecentra hebben een vlottende bevolking van cliënten. Wanneer men de cliëntenraad bemenst met de actuele cliënten, geeft dat grote problemen met de continuïteit. Er zijn dan ook slechts enkele instellingen die dit doen. De meeste instellingen kiezen ervoor om geen actuele cliënten in de cliëntenraad te hebben. Daarbij komen twee varianten voor: een cliëntenraad bestaande uit ex-revalidanten en een bestaande uit cliëntvertegenwoordigers uit de sfeer van cliëntenorganisaties (over het algemeen vanuit de RPCP's); ook een combinatie van beide varianten is mogelijk.

Representativiteit

De cliëntenraden die uit niet-clieënten bestaan (de overgrote meerderheid) zoeken over het algemeen contact met de cliënten om hun opvattingen te vernemen. Het tot stand brengen van dit contact valt dikwijls niet mee. De cliënten zijn druk bezig met hun eigen revalidatie en gaan na enige tijd weg uit het centrum, terwijl nieuwe cliënten instromen, die ook weer als eerste prioriteit hun eigen revalidatie hebben. Sommige directies en hulpverleners vinden het ook geen goed idee dat de aandacht van het revalidatieproces wordt afgeleid en ontmoedigen contacten tussen de cliëntenraad en de achterban.

Allochtonen

Ten aanzien van het beleid met betrekking tot allochtone cliënten geldt voor de revalidatiecentra hetzelfde als hierboven omtrent de woon- en dagcentra naar voren gebracht is.

4 Het functioneren van cliëntenraden

4.1 Woon- en dagcentra

Eén van de belangrijkste elementen van het functioneren van cliëntenraden is de uitoefening van het wettelijk adviesrecht. Daarop gaan wij in deze paragraaf niet in, omdat de volgende paragraaf exclusief daaraan gewijd is.

Naast de verplichte adviesbevoegdheid mogen cliëntenraden ook ongevraagd van advies dienen over allerlei zaken die voor cliënten van belang zijn. Van deze mogelijkheid wordt maar weinig gebruikgemaakt. De voornaamste reden hiervoor is dat de agenda van de meeste cliëntenraden overvol is met kwesties die onder hun wettelijke adviesbevoegdheid vallen. Deze agenda wordt voornamelijk bepaald door de beleidsplannen van de directie. Er zijn maar weinig cliëntenraden die hun eigen prioriteiten bepalen. Meestal stelt men zich in dit opzicht afhankelijk op.

Maar ook als de cliëntenraad zich beperkt tot wat de directie aanreikt, is het al moeilijk genoeg om alle adviezen tijdig uit te brengen. Diverse malen is in ons onderzoek naar voren gekomen dat cliëntenraden zich eigenlijk beperkingen zouden moeten opleggen, maar daar grote moeite mee hebben. In een artikel van Visser wordt aanbevolen om een jaaragenda op te maken van wat werkelijk belangrijk is en alleen daarover met de directie te overleggen: "Raden moeten soms nee zeggen. Ze kunnen beter twee dingen goed doen, dan twintig dingen half" (Visser 1998). In ons eigen onderzoek bleek duidelijk dat er raden zijn die zich onvoldoende realiseren dat zij een adviesrecht hebben en niet een adviesverplichting.

Een belemmerende factor bij het functioneren van cliëntenraden in de woon- en activiteitencentra is het thema van de sterk gevoelde afhankelijkheid van de cliënten ten opzichte van de instelling. Dit maakt dat velen er grote moeite mee hebben om zich kritisch ten opzichte van de instelling op te stellen. Er zijn wat dit betreft uiteraard grote individuele verschillen. De mensen die bereid zijn om in een cliëntenraad te gaan zitten, zijn over het algemeen degenen die zich beter in staat voelen tot een onafhankelijke opstelling dan de grote meerderheid van de cliënten. Toch zijn ook zij vaak erg voorzichtig.

De hierboven vermelde problematiek wordt in een groot aantal kleinere centra versterkt door de gewoonte dat de cliëntenraad vrijwel altijd vergadert in aanwezigheid van alle andere cliënten (voor zover deze dat willen) en dat ook de overlegvergadering met de directie meestal in dit gezelschap plaatsvindt. Veel cliënten die zich afhankelijk voelen hebben in zo'n situatie de neiging een grote mate van begrip voor de directie te tonen en dat maakt het voor de cliëntenraad extra moeilijk om een kritisch geluid te laten horen.

Het is mede om deze reden dat het Landelijk Steunpunt Raden (maar ook onafhankelijke ondersteuners met een andere achtergrond) er voortdurend op hameren dat het weliswaar goed is dat de cliëntenraad zich verstaat met zijn achterban, maar ook de ruimte moet nemen om tot een eigen standpunt te komen, in eigen vergaderingen zonder deelname van niet-leden. Sommige cliëntenraden volgen dit advies op, maar voor andere is het erg moeilijk om dit te doen, vanwege de gegroeide patronen van met elkaar omgaan in de instellingscultuur. Dit is met name van belang tegen de achtergrond van de modellen van overleg en advies die in deze sector prevaleren, en die verderop in deze paragraaf besproken worden met betrekking tot beide deelsectoren, de dag- en activiteitencentra en de revalidatiecentra.

Sommige cliëntenraden hebben een prettig klimaat van open overleg met de directie van hun instelling. Zij achten zo'n communicatiekanaal van groot belang en willen dit niet graag in de waagschaal stellen. Er bestaat een zekere angst (vermoedelijk voortvloeiend uit het algemene klimaat van afhankelijkheid) dat een kritische raad niet op dezelfde goodwill van de directie mag rekenen. Er zijn ook inderdaad enkele voorbeelden van grondig sfeerbederf als de cliëntenraad echt zijn rechten opeist tegenover de directie.

De algemene indruk bij onze informanten is dat, mede door de afwachtende opstelling van veel cliëntenraden, de invloed van de raden op het instellingsbeleid slechts gering is. In het kader van de schaal van invloedsmodellen van Rijkschroeff is, naar het oordeel van onze informanten, over het algemeen sprake van het informatiemodel, dat wil zeggen dat de raden geïnformeerd worden over en voor advisering betrokken worden bij beleid dat grotendeels toch al bepaald is.

Faciliteiten

De wet legt de instelling de verplichting op om de cliëntenraad te voorzien van de faciliteiten die voor haar functioneren benodigd zijn. De wet bepaalt niet wat die faciliteiten zijn. In de praktijk zijn de volgende typen van faciliteiten van belang:

- een budget;
- overige materiële faciliteiten;
- ondersteuning in de personele sfeer.

Wat betreft het budget zijn de ervaringen wisselend. Cliëntenraden vinden het vaak vervelend dat zij wat dit betreft afhankelijk zijn van de goede wil van een directie, die naar believen de hoogte van het budget kan bepalen. Maar eigenlijk heeft men niet zoveel nodig in het kader van het normale functioneren als raad. Het zijn de extra's die soms problemen opleveren. Daarbij valt met name te denken aan cursussen, scholing en informatiebijeenkomsten. Sommige

directies houden hier rekening mee bij het bepalen van het budget, andere zeggen dat hier dan maar apart om gevraagd moet worden. De afgelopen jaren is hier bij gekomen het intensieve overleg dat soms nodig is tussen cliëntenraden van (beoogde) fusiepartners; dit overleg brengt vaak reiskosten met zich mee waarin het budget niet voorziet.

De overige materiële faciliteiten betreffen kantoorruimte, kantoorbehoeften, gebruik van telefoon, computer, kopieermachine e.d. Over het algemeen worden deze faciliteiten op een adequate wijze ter beschikking gesteld. Er zijn vrijwel geen klachten van cliëntenraden hierover.

De regering heeft zich bij de behandeling van de WMCZ op het standpunt gesteld dat de instellingen de hieraan verbonden kosten wel uit de lopende budgetten konden betalen, omdat het om vrij geringe bedragen zou gaan. Waar het gaat om de hierboven vermelde faciliteiten, is dit inderdaad zo. In de sector lichamelijk gehandicapten komt echter ook een andere kostenpost aan de orde, die van de ondersteuning van de cliëntenraden. Daarbij gaat het om salariskosten die van een andere orde van grootte zijn. Aan de ondersteuning besteden we nu aandacht.

De behoefte aan ondersteuning van het cliëntenraadswerk is groot. "De belangrijkste voorwaarde om de WMCZ in onze sector te doen slagen, is goede ondersteuning. De meeste cliëntenraden hebben iemand nodig die hen helpt bij het doornemen van notities en andere beleidsstukken." (Hegeman en Zwart, 1996). Ongeveer tweederde van de cliëntenraden in deze sector is aangesloten bij het LSR, het Landelijk Steunpunt Raden, en ontvangt ondersteuning van dit steunpunt. Daarnaast is er nog een aantal cliëntenraden dat werkt met ondersteuners vanuit de Gehandicaptenraad. De mate waarin ondersteuners zich kunnen inzetten voor een cliëntenraad, is mede afhankelijk van de financiering die daarvoor vanuit de instelling beschikbaar wordt gesteld. Sommige cliëntenraden vinden deze financiering onvoldoende. De betreffende directies geven aan dat hun zorgbudget grenzen stelt aan de hoeveelheid ondersteuning die zij voor hun cliëntenraad kunnen inkopen. Het LSR zou in dit verband graag zien dat er een onderzoek wordt ingesteld naar de hoeveelheid ondersteuning die in deze sector nodig is.

Naast onafhankelijke professionele ondersteuning is er in sommige instellingen sprake van ondersteuning door vrijwilligers of door medewerkers van de instelling. De laatste optie kan problemen opleveren voor het onafhankelijk functioneren van de cliëntenraad, dit mede gezien het diepgewortelde gevoel van afhankelijkheid dat veel cliënten (ook cliëntenraadsleden) voelen ten opzichte van hulpverleners (dit ondanks het feit dat veel instellingen de ondersteuningstaak bij voorkeur toebedelen aan personen die niet direct betrokken zijn bij de hulpverlening aan de cliëntenraadsleden). De Inspectie voor de Gezondheidszorg trekt omtrent dit onderwerp duidelijke conclusies in zijn rapport "De kwaliteit verkend" (blz. 47-48):

".....Gelet op de afhankelijkheidspositie van cliënten moet deze raden zowel interne als externe onafhankelijke ondersteuning worden geboden. Deze onafhankelijke ondersteuning van cliëntenraden moet worden gegarandeerd. Het Landelijk Steunpunt Cliëntenraden moet in de gelegenheid gesteld worden in deze te kunnen voorzien."

4.2 Revalidatiecentra

Veel van hetgeen hiervoor gezegd is over het functioneren van de cliëntenraden van de woon- en dagcentra geldt ook voor de cliëntenraden van revalidatiecentra. Een belangrijk verschil is dat de cliëntenraden van revalidatiecentra over het algemeen niet uit actuele cliënten bestaan, zodat het thema van de afhankelijkheid van de instelling en zijn hulpverleners in deze sector veel minder sterk speelt, althans op het terrein van de medezeggenschap. De cliëntenraden voelen zich over het algemeen een gelijkwaardige gesprekspartner van de directie. Zij worden

goed geïnformeerd en voelen zich medeverantwoordelijk voor de belangen van de instelling. De directie stelt de cliëntenraad in de gelegenheid om commentaar te leveren op de directieplannen en houdt rekening met dit commentaar. Op deze manier heeft de cliëntenraad de mogelijkheid om het beleid bij te sturen. Cliëntenraden zetten zich ervoor in om hun invloed in dit opzicht te optimaliseren. Zij achten de relatie met de directie niet van dien aard dat zij het beleid mede kunnen bepalen en dat zij een reële mogelijkheid zouden hebben om over bepaalde beleidsplannen te zeggen: niet doen (zie ook verderop in deze paragraaf). Er is, in het kader van de schaal van invloedsmodellen van Rijkschroeff, volgens de meerderheid van onze informanten sprake van een marginale vorm van het consultatiemodel: er is een zekere, maar zeer beperkte vorm van invloed van de cliëntenraad op de beleidsvoorbereiding.

Faciliteiten

Ten aanzien van budget en overige materiële faciliteiten geldt voor de revalidatiecentra hetzelfde als hiervoor is opgemerkt met betrekking tot de woon- en dagcentra. Extra aandacht verdient in dit verband de reorganisatie van de sector der revalidatiecentra, gepaard gaande met onderlinge samenwerking en fusies. Als gevolg van deze ontwikkeling achten de cliëntenraden van verschillende revalidatiecentra onderling contact en samenwerking noodzakelijk, en ook extra scholing en gezamenlijke oriëntatie. Deze activiteiten, die thans schoorvoetend op gang komen, brengen veel extra kosten (in de sfeer van kosten van vorming en reiskosten) met zich mee. Sommige instellingen zijn bereid om hier ruimhartig aan bij te dragen, maar bij andere instellingen vormt de kostenfactor een rem op de activiteiten van cliëntenraden die verder willen kijken dan de eigen instelling.

Bij de cliëntenraden van de revalidatiecentra, is de behoefte aan ondersteuning relatief geringer dan bij de woon- en dagcentra. Men heeft relatief minder behoefte aan uitleg en begeleiding; de ondersteuningsbehoefte heeft hier meer betrekking op vergadertechnieken of het onderhouden van contacten met de achterban. Ook is er een duidelijke vraag naar dienstbare ondersteuning door mensen die de cliëntenraad klusjes uit handen willen nemen (notulering, archivering e.d.). Men moet hierbij bedenken dat deze cliëntenraden over het algemeen bestaan uit vrijwilligers uit de patiënten/consumentenbeweging, naar wier inzet er veel vraag is vanuit allerlei soorten instellingen. Deze leden van cliëntenraden hebben vaak het gevoel dat zij overbelast worden door de behoefte aan medezeggenschapsactiviteiten vanuit de samenleving, waar slechts betrekkelijk weinigen aan (kunnen) voldoen. Sommigen kunnen niet blijvend aan deze vraag voldoen en hebben na verloop van tijd de neiging om af te haken. Anderen zouden graag meer waardering zien in concrete vorm, bijvoorbeeld in de vorm van praktische ondersteuning van hun werk, of in de vorm van een financiële ondersteuning of belastingfaciliteiten.

4.3 Beide sectoren

Enkele factoren uit de context van het functioneren van cliëntenraden gelden voor beide deelsectoren en worden hier gemeenschappelijk behandeld. Dit betreft de Nederlandse overlegcultuur, voor zover van belang voor de WMCZ, en de betrokkenheid van de cliënten bij kwaliteitsbeleid en kwaliteitszorg.

Modellen van overleg en advies

De WMZC schetst een typisch Nederlandse procedure van medezeggenschap, waaraan verschillende kanten zitten: het partijenmodel en het partnermodel:

Het partijenmodel:

De directie geeft leiding aan de beleidsvorming binnen de instelling. De instelling vormt (voorgenomen) beleid. Dan gaat men naar de andere partij, de cliënten(raad) en legt dit beleid ter

beoordeling voor (of dit vrijwillig gebeurt, of dat het gaat om onderwerpen waaromtrent men wettelijk verplicht is - al dan niet zwaarwegend - advies te vragen, doet op deze plaats niet ter zake). De cliëntenraad buigt zich over de zaak, vormt zich een oordeel en deelt dit aan de directie mede. Indien het oordeel van de cliëntenraad afwijkend is, heroverweegt de directie zijn beleid, houdt rekening met de opvatting van de cliëntenraad, en neemt een besluit. Als dit besluit afwijkt van het oordeel van de cliëntenraad, wordt dit aan de raad meegedeeld, alsmede de overwegingen die hiertoe geleid hebben. Dit is een helder model waarin beide partijen ieder hun eigen verantwoordelijkheid hebben.

Het partnermodel:

Echter, daarnaast geeft de wet aan dat bovenstaande procedure gepaard moet gaan met overleg tussen de partijen, uitgaande van de gemeenschappelijke belangen binnen het kader van de doelstelling van de instelling. De partijen worden tot partners gemaakt met een gezamenlijke verantwoordelijkheid: de behartiging van de doelstellingen van de instellingen. Het is alsof de wetgever heeft willen zeggen: Probeer er nu eerst eens samen uit te komen, voordat de loopgraven van de eigen verantwoordelijkheid betrokken worden.

De WMZC geeft de betrokkenen de ruimte om op een eigen wijze invulling aan deze modellen te geven. Hoewel beide modellen een rol dienen te spelen, kan men in het veld zelf kiezen waar het accent gelegd wordt.

De praktijk van medezeggenschap in de sector zorg voor lichamelijk gehandicapten laat zien dat het partnermodel de overhand heeft. De kenmerkende gang van zaken is dat de directie zijn beleid schriftelijk voorlegt aan de cliëntenraad en vervolgens mondeling uitlegt in de overlegvergadering. Daarna wordt om commentaar gevraagd. De leden van de cliëntenraad stellen vragen, maken kritische opmerkingen en doen suggesties voor verbetering. De directie reageert hierop, legt het beleid nogmaals uit, vraagt begrip voor moeilijke omstandigheden en vereiste spoed en corrigeert onderdelen van het beleid wanneer zij overtuigd is van de juistheid van kritiek. Er volgt nog wat heen en weer praten, waarbij beide partijen de duidelijke intentie hebben om "er uit" te komen, en met wat geven en nemen over en weer lukt dat over het algemeen wel. Uiteraard gedijt zo'n model alleen in een cultuur van respect voor elkaars posities en opvattingen en de wens om door overleg nader tot elkaar te komen. De voorwaarden voor zo'n cultuur zijn in Nederland anno 2000 optimaal aanwezig. Men kan zich er nauwelijks aan onttrekken (poldermodel).

De onderlinge afstemming en de uitwisseling van meningen komt zo goed uit de verf. Het is echter de vraag of dit (enigszins gechargeerde) praktijkmodel kan gelden als medezeggenschap in de zin der wet. De term onderhandeling dringt zich op. Echter, bij onderhandelingen is er sprake van tegengestelde belangen en is het gewicht van de inbreng van elk van beide partijen evenredig met de eigen machtspositie. In die zin gaat het niet om eerlijke onderhandelingen. Wie het praktijkmodel dat in de sector lichamelijk gehandicapten vigeert wil karakteriseren, komt waarschijnlijk nog het beste uit met de ouderwetse term "inspraak".

Als een P.S. voegen wij toe dat er ook gewaarschuwd wordt tegen deze invulling van de medezeggenschap. Vooral vanuit de kringen van de professionele ondersteuners klinkt het geluid dat het "partnermodel" het risico in zich draagt dat de cliëntenraad door de directie wordt "ingepakt". De ondersteuners wijzen op de eigen verantwoordelijkheid van de cliëntenraad en de garantie voor de bescherming hiervan die de formele procedures kunnen bieden. Zij vinden hierbij echter weinig gehoor: Zowel de directies als de cliëntenraadsleden vinden het prettig om op informele wijze met elkaar om te gaan. Bij de laatsten speelt daarbij een rol het gevoel van erkenning dat zij ervaren als er serieus op hun mening wordt ingegaan.

Betrokkenheid van de cliënten bij kwaliteitsbeleid en kwaliteitszorg

Eén van de doelstellingen van de WMCZ is door de medezeggenschap de cliënten meer te betrekken bij het kwaliteitsbeleid van de instellingen en het cliëntenperspectief een grotere rol te laten spelen in de kwaliteitszorg. De resultaten in dit opzicht zijn wisselend. Voor sommige directies is de inbreng van cliëntenraden, al dan niet na raadpleging van de achterban, van kwaliteitsaspecten vanuit het cliëntenperspectief, een eye-opener. In deze gevallen zijn directies vaak ook gemotiveerd om het personeel te attenderen op kwaliteitsaspecten van het leven van alledag die voor cliënten erg belangrijk zijn. Aan de andere kant zijn er van de kant van cliëntenraden en hun ondersteuners ook veel klachten over een geringe aandacht van directies voor kwaliteitsaspecten die voor cliënten van belang zijn. Er is sprake van een wisselwerking: Als cliënten merken dat hun inbreng tot resultaat leidt, zijn zij gemotiveerd om veel energie in het kwaliteitsbeleid te steken en tonen zij een grote mate van betrokkenheid. Levert hun inbreng in hun ogen te weinig op, dan neemt ook de motivatie af om er veel in te investeren. Het gaat om een ontwikkeling op lange termijn waarbij er grote verschillen zijn tussen de instellingen in de mate waarin zij in dit opzicht gevorderd zijn. In het algemeen is men van oordeel dat de WMCZ de cliënten een steun in de rug geeft bij het bepleiten van een cliëntgericht kwaliteitsbeleid. Niet meer, maar ook niet minder.

5 Het adviesrecht

De uitoefening van het wettelijk adviesrecht behoort tot de kerntaken van de cliëntenraden. In de WMCZ worden de bevoegdheden in dit opzicht duidelijk omschreven. Tevens kent de wet een verplichting voor instellingen om in een reglement de bevoegdheden van de cliëntenraad te regelen. Dit reglement dient uiteraard in overeenstemming met de wet te zijn. Dat wil zeggen dat er wel meer bevoegdheden mogen worden toegekend dan die uitdrukkelijk in de wet zijn vastgelegd, maar niet minder. De praktijk is echter in veel gevallen anders. Bij onze oriëntatie in het veld kwamen wij herhaaldelijk cliëntenraden tegen die volgens hun reglement niet beschikken over het adviesrecht omtrent alle in de wet genoemde onderwerpen en/of niet over het verzwaard adviesrecht omtrent alle daarvoor in de wet opgesomde onderwerpen. Er is naar deze materie vrijwel geen kwantitatief onderzoek gedaan. De enige uitzondering hierop betreft het onderzoek van de Stichting Klaverblad in Zeeland uit 1997. Bij dit onderzoek is informatie verkregen over de bevoegdheden van 7 Zeeuwse cliëntenraden van instellingen voor lichamelijk gehandicapten. Zij beschikken alle over het adviesrecht, maar slechts twee van hen hadden krachtens hun reglement een verzwaard adviesrecht conform de WMCZ. Blijkens de fax-enquête van de VRIN van 15 januari 2000 hadden 4 van de 20 revalidatiecentra waarover gegevens bekend zijn, krachtens hun reglement minder bevoegdheden dan die welke in de WMCZ worden toegekend. Men kan redeneren dat de wettelijke bevoegdheden in ieder geval aan iedere cliëntenraad toekomen, ongeacht de vraag of dit nu reglementair is vastgelegd of niet. Echter, in de praktijk zal het cliëntenraden moeilijk vallen om bevoegdheden op te eisen die hun wel krachtens de wet, maar niet krachtens hun reglement toekomen.

5.1 De uitoefening van het adviesrecht

In de praktijk verloopt het proces van advies vragen en advies geven heel dikwijls volgens het patroon zoals dat in de vorige paragraaf is beschreven aan de hand van het "partnermodel". Dat wil zeggen dat er goed overleg is tussen cliëntenraad en directie over de beleidsvoornemens, dat de cliëntenraad probeert op onderdelen bij te sturen, dat de directie probeert om rekening te houden met de opvattingen van de cliëntenraad, en dat beiden proberen om er "samen uit te komen". Cliëntenraden zijn over het algemeen niet geneigd om hun poot stijf te houden en gaan confrontaties uit de weg, omdat zij de goede overlegsituatie niet in gevaar willen brengen en

omdat zij het al heel wat vinden dat de directie serieus naar hun opvattingen luistert. In ons onderzoek zijn wij slechts enkele gevallen tegengekomen waarin de cliëntenraad formeel een negatief advies uitbracht omtrent voornemens van de directie. In die gevallen leidde dit inderdaad tot een aanmerkelijke verslechtering van het onderhandelingsklimaat.

Een belangrijke factor die hier meespeelt is dat de meeste cliëntenraden de wet niet kennen, ondanks het bestaande informatie- en voorlichtingsmateriaal en het nieuwe handboek van de LSR. Zij zijn bijvoorbeeld niet bekend met het onderscheid tussen adviesrecht en verzwaard adviesrecht. Daarom dringen de cliëntenorganisaties erop aan dat directies bij het installeren van een cliëntenraad, maar ook daarna, de cliëntenraad goed op de hoogte stelt van hun rechten en plichten.

De schroom van cliëntenraden om formeel een duidelijk nee tegen voornemens van de directie te laten horen, geldt a fortiori wanneer de cliëntenraad een verzwaard adviesrecht heeft. Immers, in die gevallen kan de directie “niet verder”. De verantwoordelijkheid die cliëntenraden krachtens de WMCZ hebben voor de “gemeenschappelijke belangen binnen het kader van de doelstelling van de instelling”, wordt door hen over het algemeen zeer serieus genomen. Anders uitgedrukt: zij voelen zich loyaal aan de instelling en medeverantwoordelijk voor de voortgang van de zorg, willen deze althans niet belemmeren. Vanuit deze houding is het voor cliëntenraden erg moeilijk om op punten waarvoor het verzwaard adviesrecht geldt, zich verantwoordelijk te maken voor vertragende of blokkerende acties. Het komt in deze sector dan ook vrijwel nooit voor dat cliëntenraden negatief adviseren in zaken waarin zij een verzwaard adviesrecht hebben. Nu zou men kunnen opmerken dat er met het blokkeren van belangrijke besluiten door cliëntenraden geen probleem hoeft te zijn, omdat de wetgever een procedure ontworpen heeft om hieraan te ontkomen. De zorgverstrekker kan het geschil voorleggen aan een college van vertrouwenslieden, dat hier dan een uitspraak over kan doen. Een voorwaarde voor het begaan van deze weg is echter dat er zo’n college toegankelijk en laagdrempelig is.

6 Colleges van vertrouwenslieden

De WMCZ bepaalt dat iedere instelling een college van vertrouwenslieden moet instellen, waaraan de directie een uitspraak kan vragen indien zij een bepaald voornemen, vallend onder het verzwaard adviesrecht van de cliëntenraad, ondanks het negatief advies van de cliëntenraad toch wil doorzetten. Eén lid wordt door de directie benoemd, één lid door de cliëntenraad, en een derde lid wordt door de andere twee samen uitgekozen. De individuele instellingen zijn verantwoordelijk voor de instelling van zo’n college, maar zij kunnen eventueel besluiten om hierin samen te werken, zodat één college voor meer instellingen beschikbaar is. In sommige sectoren werkt de hele sector samen en is er een landelijk college van vertrouwenslieden. Verschillende geïnterviewden in de sector lichamelijk gehandicapten gaven aan dat het een goede zaak zou zijn als dat ook in deze sector zou gebeuren. Op dit moment is zo’n college er echter niet en initiatieven tot oprichting ervan vallen ook niet op korte termijn te verwachten.

Dit gegeven doet niets af aan de wettelijke verplichting van individuele instellingen om te zorgen voor een college van vertrouwenslieden. Echter, de algemene trend is dat deze verplichting niet wordt nagekomen. Wij hebben in deze sector één college van vertrouwenslieden kunnen opsporen. Daaruit mag men niet concluderen dat zij er verder helemaal niet zijn; het is mogelijk dat enkele instellingen hierover wel beschikken. Een gerechtvaardigde conclusie lijkt wel dat colleges van vertrouwenslieden in de sector lichamelijk gehandicapten slechts sporadisch voorkomen. Daarmee ontbreekt het sluitstuk op het adviesrecht van cliëntenraden, zoals de wetgever dat bedoeld had.

Uiteraard hebben wij aan de geïnterviewde directies gevraagd waarom zij geen college van vertrouwenslieden hadden ingesteld. Het antwoord was dat er tot nog toe geen behoefte aan gebleken was, en dat zij dat wel zouden doen als het onverhoopt nodig was. Daarmee is de cirkel rond:

- Cliëntenraden durven of willen geen negatief advies te geven (op de punten van verzwaaard adviesrecht), omdat zij bang zijn daarmee noodzakelijke besluiten te blokkeren.
- De vrees voor zo'n blokkade is reëel, omdat de structuur om dit te voorkomen ontbreekt (het college van vertrouwenslieden).
- Daardoor worden directies nooit met een negatief verzwaaard advies geconfronteerd.
- En daarom is er voor hen geen dringende noodzaak om een college van vertrouwenslieden in te stellen.

7 Het stelsel van cliëntenraden binnen de rechtspersoon; centrale cliëntenraden

De WMCZ bepaalt dat er in iedere instelling een cliëntenraad behoort te zijn. Wanneer een zorgverlener meer instellingen omvat, moeten er dus even zoveel cliëntenraden komen. Het beleid van de directie van de centrale stichting raakt dikwijls de directe belangen van de cliënten in de afzonderlijke instellingen. Dit beleid kan in allerlei opzichten adviesplichtig zijn. De consequentie hiervan is dat de centrale directie dan hierover advies moet vragen aan de cliëntenraden van de afzonderlijke instellingen. Het aantal hiervan kan groot zijn. Soms gaat het om tientallen cliëntenraden. De directies vinden dit bezwaarlijk.

De directies streven over het algemeen naar advisering over lokale onderwerpen op lokaal niveau en advisering over centrale onderwerpen op centraal niveau. Hiertoe worden centrale cliëntenraden opgericht. De wet kent het begrip centrale cliëntenraad niet. In het kamerdebat over het wetsvoorstel WMCZ kwam naar voren dat sommige zorgverleners behoefte aan een centrale cliëntenraad zouden kunnen hebben. Van de zijde van de regering is toen naar voren gebracht dat het zorgverleners vrij stond om een centrale cliëntenraad in te stellen, maar dat deze alleen bevoegdheden van de lokale cliëntenraden zou kunnen overnemen indien en voor zover deze ermee zouden instemmen om dergelijke bevoegdheden aan een centrale cliëntenraad te delegeren. Dat betekent voor de directies van de grotere zorgverleners dat zij soms een groot aantal lokale cliëntenraden moeten overtuigen van de noodzaak van een centrale cliëntenraad, voordat zij de door hen gewenste efficiënte structuur van cliëntenraden daadwerkelijk kunnen effectueren. Deze problematiek speelt een rol bij invoering van de WMCZ bij de instellingen van een zorgverlener, en steekt opnieuw de kop op bij fusies tussen zorgverleners, die de laatste tijd veel voorkomen.

De uitvoering van deze plannen is formeel onderworpen aan de instemming van iedere individuele cliëntenraad. Er is directies veel aan gelegen om deze plannen ook doorgevoerd te krijgen. Vandaar dat men dikwijls betrekkelijk soepel omgaat met de noodzaak van instemming van alle cliëntenraden. Er wordt nogal wat druk uitgeoefend om het nieuwe stelsel van de grond te krijgen. Soms wordt aan de cliëntenraden eenvoudig meegedeeld dat er een nieuwe structuur is ingevoerd. Als zij zich niet uitdrukkelijk verzetten wordt aangenomen dat zij ermee instemmen. In andere gevallen gaat de directie het gesprek aan en slaagt zij erin om cliëntenraden te overtuigen van de noodzaak van delegatie van bevoegdheden naar een centrale (of anderszins hogere) cliëntenraad. Niet altijd gaat dit van ganser harte. Sommige cliëntenraden hebben er moeite mee, zouden er eigenlijk wel een stokje voor willen steken, maar doen dit dan toch maar niet omwille van de lieve vrede. Het valt de vrijwilligers in de lokale cliëntenraden niet echt kwalijk te nemen dat zij in dit opzicht niet op kunnen tegen een geoliede professionele organisatie.

De hier besproken problematiek van meer cliëntenraden bij zorgverleners die verschillende instellingen beheren, speelt met name in de sector van de woon- en dagcentra. De revalidatiecentra worden over het algemeen beheerd door een rechtspersoon die één instelling kent, het revalidatiecentrum.

8 Bindende voordracht van een bestuurslid

Artikel 7 van de WMCZ (lid 1) verplicht de zorgaanbieder om een statutaire regeling te treffen die erin voorziet dat tenminste één lid van het bestuur of de raad van toezicht wordt benoemd op bindende voordracht van de cliëntenraad (of cliëntenraden). Hoewel de wettekst noch de wetsgeschiedenis daar enige aanleiding toe geeft, wordt deze bepaling in de sector zorg voor lichamelijk gehandicapten door vrijwel alle betrokkenen zo opgevat, dat de cliëntenraad een bestuurslid mag voordragen als er een vacature is. Daar de meeste cliëntenraden nog maar kort bestaan, heeft deze omstandigheid zich in de meeste instellingen nog niet voorgedaan. Daardoor is er nog vrijwel geen ervaring opgedaan met de voordracht van bestuursleden door de cliëntenraad.

Ook deze curieuze interpretatie van de wet laat onverlet de verplichting van de instellingen om hun statuten in dit opzicht aan te passen. Veel instellingen maken hier geen haast mee. Sommige instellingen vragen raad aan hun koepel, de VGN. De VGN adviseert om tot statutenwijziging over te gaan wanneer dit opportuun is, bijvoorbeeld als er om andere redenen ook al statuten gewijzigd moeten worden, of als er een vacature in het bestuur is. Tal van instellingen zijn van plan om hun statuten in overeenstemming met de wet te brengen, wanneer dat in hun ogen aan de orde is, dat wil zeggen als er een bestuurszetel vacant is. Exacte kwantitatieve gegevens omtrent de huidige stand van zaken zijn er niet. Uit het onderzoek van de Stichting Klaverblad in Zeeland uit 1997 blijkt dat van de zeven cliëntenraden waarvan gegevens hieromtrent bekend waren, er op dat moment slechts één het recht van bindende voordracht van een bestuurslid had.

9 Conclusies

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 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 om 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 kwaliteitskwesies.
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 verzwaaard 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.

Literatuur

Bok, P. de

'De wereld gaat open'.
in: *Markant*, april 1998, blz. 8-12.

Hegeman, A., Zwart, A.

'Hierbij open ik de vergadering...'.
in: *Markant*, oktober 1996, blz. 16-20.

Inspectie voor de Gezondheidszorg

De kwaliteit verkend, Een eerste verkenning van kwaliteitsborgende maatregelen in de zorgvoorzieningen voor lichamelijk en meervoudig gehandicapten.
Den Haag, 1998.

Klaverblad, Stichting het

*Rapport Wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsector
1997.*

Landelijk Steunpunt Raden

Beleidsplan, Contouren van het beleid 1996-2000.

Landelijk Steunpunt Raden

*Nieuwsbrief nr. 2.
augustus 1999.*

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland

*Handleiding Wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsector.
Utrecht, 1996.*

Zorgvisie en cliëntenparticipatie

*Verkenkend onderzoek in het kader van de zorgvisie-ontwikkeling in de regio Den
Haag onder cliëntenraden van woon- en dagvoorzieningen en revalidatiecentra.
Delft: Stichting Tympaan, RP/CP Delft Westland Oostland, 1999.*

Hoofdstuk 5

De WMCZ in de sector algemene ziekenhuizen

1 Inleiding; de context

In dit hoofdstuk staat de medezeggenschap van patiënten in de algemene ziekenhuizen centraal. Ook op de situatie in academische ziekenhuizen zal worden ingegaan. Er zijn in Nederland ongeveer 100 algemene ziekenhuizen en 8 academische ziekenhuizen. Daarnaast zijn er 50 categorale ziekenhuizen welke in het kader van dit onderzoek buiten beschouwing zijn gelaten.

In het kader van dit onderzoek zijn interviews gehouden met de brancheorganisatie van de algemene en de categorale ziekenhuizen de Vereniging van ziekenhuizen (NVZ), en met de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NPCF). Daarnaast is gesproken met de branche vereniging van de academische ziekenhuizen (VAZ). Vervolgens is een aantal sleutelfiguren geïnterviewd van de zijde van de zorgaanbieders en de patiënten/consumentenorganisaties.

1.1 Het ziekenhuis: van aanbodgeoriënteerd naar meer vraaggestuurd

Ziekenhuizen zijn van oudsher aanbodgeoriënteerde organisaties, die zich echter meer en meer moeten gaan instellen op het gegeven dat de (georganiseerde) patiënten gehoor willen vinden voor hun opvattingen, behoeften en verwachtingen. Daar zijn diverse oorzaken voor aan te wijzen. Naast het overheidsbeleid dat gericht is op het stimuleren van een meer vraaggestuurde zorg kan er ook gewezen worden op de toegenomen mondigheid van burgers. Niet het aanbod, maar de zorgvraag van de patiënt wordt steeds meer het uitgangspunt van het professioneel handelen in een ziekenhuis. Dit betekent luisteren naar en openstaan voor zowel behoeften van de individuele patiënt als de opvattingen en deskundigheid van georganiseerde patiëntengroepen. De patiënt wordt daarmee een actieve partner van de ziekenhuisorganisatie. Wetten en wetsvoorstellen op het gebied van privacy, klachten, medezeggenschap, behandelingsovereenkomsten en medische experimenten geven patiënten en –organisaties meer invloed op datgene wat in een ziekenhuis gebeurt. De individuele en collectieve rechtspositie van de patiënt wordt verstevigd. Van instellingen en hulpverleners wordt verwacht dat ze zich minder autonoom opstellen en meegaan in een proces van vermaatschappelijking van de ziekenhuiszorg.

Deze ontwikkeling is gestimuleerd door de opkomst van de patientenbeweging. Ruim 1.4 miljoen Nederlanders zijn lid van een organisatie die op de een of andere wijze opkomt voor de belangen van patiënten/consumenten. Het aantal patiëntenorganisaties is in de loop der jaren sterk toegenomen. De overheid financiert de NPCF en stimuleert de totstandkoming van Regionale Patiënten/Consumenten Platforms (RPCP's) als regionaal aanspreekpunt van

patiëntenbelangen. De patiënt wordt ook partij, naast de andere partijen in de zorg; de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars.

Ziekenhuizen zullen een meer klant- en marktgerichte organisatie moeten worden. Stelselwijziging, zorgvernieuwing, toenemende concurrentie en financiële druk vereisen een andere strategische oriëntatie (Dubbelboer, 1994). Overleg en samenwerking met patiëntenorganisaties en RPCP's is noodzakelijk.

1.2 Georganiseerde patiënten in het ziekenhuis

De relaties tussen ziekenhuis en (georganiseerde) patiënten zijn volgens Dubbelboer (1994) in drie fasen onder te verdelen. In de startfase maken patiëntenorganisaties een autonome ontwikkeling door en hebben weinig relaties met zorgaanbieders. Soms nodigt een patiëntenorganisatie hulpverleners uit in hun adviesraad of voor een lezing op de jaarvergadering. Dan gaat het meestal om eenrichtingsverkeer van de deskundigen naar de patiënten.

Geleidelijk zijn er meer contacten ontstaan tussen patiëntenorganisaties en ziekenhuizen, vaak vanuit onvrede over het aanbod. Patiëntenorganisaties ontwikkelen hun eigen deskundigheid. Er ontstaat tweerichtingsverkeer. De werelden van zorgaanbieder en patiëntenorganisatie zijn niet meer strikt gescheiden. In het begin van de negentiger jaren onderhouden bijna alle ziekenhuizen in Nederland contacten met patiëntenorganisaties. Ziekenhuizen en patiëntenorganisaties komen nu in de fase dat men in elkaars sfeer terechtkomt en te maken krijgt met hetzelfde type vraagstukken:

- Welke kwaliteitsaspecten moeten de nadruk krijgen?
- Welke keuzen maken we met elkaar in de zorg?
- Hoe moeten in een regio voorzieningen gespreid worden?
- Welke invulling moeten de patiëntenrechten krijgen?
- Welke eigen verantwoordelijkheid kan men bij de patiënt leggen?

1.3 De verwachtingen ten aanzien van participatie - twee uitersten

Dubbelboer beschrijft hoe de verwachtingen ten aanzien van participatie behoorlijk uit elkaar kunnen lopen. Aan de ene kant kan men het standpunt tegenkomen dat ziekenhuizen er zijn voor patiënten, dat patiënten alles betalen en dat patiënten uiteindelijk ook moeten bepalen hoe beleid en zorgaanbod eruit gaan zien. Aan de andere kant komt men de opvatting tegen dat het ziekenhuis een onderneming is. De ondernemer bepaalt aanbod, kwaliteit en prijs. Patiënten kunnen ideeën aandragen, ze mogen met klachten komen, ze kunnen enquêtes invullen. Ze mogen kritiek hebben op het gebodene, maar uiteindelijk bepaalt de ondernemer of hij hierop ingaat en wat hij er mee doet in zijn organisatie.

Ziekenhuizen zullen echter steeds meer de inbreng van de klant nodig hebben voor hun bedrijfsvoering (kwaliteitsbevordering, bepalen zorgaanbod, opzetten zorgvernieuwing, legitimatie, marketing, etc.). De klant wil in ruil daarvoor invloed; hij wil mee kunnen denken en praten over onderwerpen die voor zijn leven en welzijn essentieel zijn. Omgekeerd heeft dit voor de patiënten (organisaties/vertegenwoordigers) als consequentie dat deze ook iets te bieden moeten hebben voor het ziekenhuis: ervaringsdeskundigheid, informatie, adviezen, steun.

1.4 Participatie als leerproces

Het Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZi) houdt zich sinds 1990 bezig met het onderwerp patiëntenparticipatie. In mei 1991 heeft het NZi een projectvoorstel ingediend bij de toenmalige sectie ziekenhuizen van de NZR (nu: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)) om via experimentele weg meer ervaring op te doen met de betrokkenheid van patiëntenorganisaties

en –vertegenwoordigers bij activiteiten gericht op kwaliteitsbevordering. Aan de verschillende experimenten hebben onder meer het Kennemer Gasthuis, de St. Maartenskliniek, het Ignatius ziekenhuis en het ziekenhuis in Boxmeer deelgenomen. In het Kennemer Gasthuis concentreerde het experiment zich op de samenwerking tussen vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties en hulpverleners/afdelingen in het ziekenhuis. De nadruk lag hier op het tot stand brengen van concrete verbeteringen, met name op het vlak van communicatie en afstemming. In de Sint Maartenskliniek in Nijmegen was men van meet af aan erg geïnteresseerd in een experiment met een patiëntenadviesraad. Een aantal redenen werden hiervoor aangevoerd: men had contacten met diverse patiëntenverenigingen, de aanzet tot een kwaliteitsbeleid werd gemaakt en er was reeds sprake van een reorganisatie waarbij men meer rekening wilde houden met de behoefte van de patiënten.

In het al eerder genoemde rapport van Dubbelboer (1994) wordt als belangrijkste les uit het experiment in de Sint Maartenskliniek genoemd dat participatie door een patiëntenadviesraad een groeiproces is, waarbij zowel de instelling als de patiëntvertegenwoordigers de bereidheid moeten hebben om samen steeds weer te leren van de ervaringen. Ziekenhuis en patiënten kunnen verschillende verwachtingen hebben van de rollen, die zich dus moeten uitkristalliseren in de tijd. Volgens Dubbelboer kan men globaal een reglement afspreken, maar het vooraf vaststellen van regels en procedures garandeert niet dat een adviesraad ook met succes gaat werken. Het is van belang dat de tijd genomen wordt via een aantal stadia te groeien naar een vaste vorm van samenwerken.

Participatie via een patiëntenadviesraad heeft in de startfase de meeste kans van slagen, als men van de kant van het ziekenhuismanagement en de raadsleden bereid is om te kiezen voor de partnerrol. De regels en procedures zijn nooit zo dat men echt invloed kan afdwingen. Met de WMCZ heeft de raad volgens Dubbelboer meer invloed, maar wanneer elke invloed afgedwongen moet worden via ingewikkelde en bureaucratische procedures is dat een lijdensweg. Het ziekenhuis kan zich verschansen en dat jaren volhouden.

2 De invoering van de WMCZ

Op 25 september 1995 publiceert de NPCF haar “Uitgangspunten ten behoeve van de totstandkoming van cliëntenraden algemene ziekenhuizen”.

Volgens de WMCZ moet de samenstelling van een cliëntenraad redelijkerwijs representatief zijn voor de cliënten van de instelling en moet de cliëntenraad redelijkerwijs in staat zijn om de gemeenschappelijke belangen van de cliënten te behartigen. Het NPCF adviseert dat bij de samenstelling van de cliëntenraad rekening gehouden moet worden met het aanbod van het algemeen ziekenhuis. De cliëntenraad zal een afspiegeling moeten vormen van de gebruikers zoals aangegeven in het hiernavolgende rompmodel. Ook moeten niet-georganiseerde patiënten/consumënten in de cliëntenraad kunnen participeren.

De NPCF stelt voor dat op korte termijn een zogenaamde “Rompconstructie” wordt geïntroduceerd om een uitweg te vinden met betrekking tot de problematiek rond de representativiteit van cliëntenraden in ziekenhuizen. Een RPCP initieert in overleg met (afdelingen van) landelijke koepels dat de navolgende geledingen participeren in een cliëntenraad van een algemeen ziekenhuis:

- categoriale patiëntenorganisaties;
- gebruikersorganisaties op het terrein van de maatschappelijke dienstverlening en gehandicaptenzorg;
- cliëntenorganisaties op het terrein van de GGZ;
- algemene patiënten/consumëntenorganisaties en ouderenorganisaties.

Afhankelijk van de regionale situatie kan vanuit het RPCP worden gestimuleerd dat het perspectief van vrouwen en kinderen of van personen met een specifieke levensbeschouwelijke of culturele achtergrond voldoende tot uitdrukking komt in de samenstelling van de cliëntenraad. De NPCF adviseert dat bij de aanvang van de werkzaamheden van de cliëntenraad procedureafspraken gemaakt worden met betrekking tot een wederzijdse, tijdige en zo volledig mogelijke informatievoorziening om de raden goed te laten functioneren.

Met betrekking tot de ondersteuning en financiering stelt de NPCF dat daar ook onkostenvergoeding en financiering van ondersteuning en deskundigheidsbevordering toe behoort, naast de mogelijkheid om gebruik te maken van de vergaderruimte en secretariële ondersteuning van het ziekenhuis. Daarnaast adviseert de NPCF dat voor de totstandkoming van cliëntenraden op korte termijn een doelgerichte uitkering door de overheid gefaciliteerd wordt en op lange termijn een structurele financiering.

De ondersteunende rol van het RPCP is gebaseerd op het volgende takenpakket:

- gemeenschappelijke belangenbehartiging;
- ondersteunen van patiënten- en consumentenorganisaties;
- verzamelen en beschikbaar stellen van informatie;
- maken van concrete afspraken over samenwerking en afstemming;
- verzorgen van klachtopvang.¹

De cliëntenraad zal zich met name bezighouden met het interne beleid van het ziekenhuis, terwijl de taken van een RPCP vooral betrekking hebben op toegankelijkheid, spreiding en samenhang van een regionaal zorgaanbod. Volgens de NPCF zal het RPCP het initiatief nemen voor het tot stand brengen van het contact tussen de aangesloten organisaties en het ziekenhuis om een cliëntenraad vorm te geven. De RPCP kan een schakelstation vormen voor de aangesloten organisaties om te zorgen voor een goede, evenwichtige belangenbehartiging, ook binnen het ziekenhuis. Als het ziekenhuis nog geen cliëntenraad (of patiëntenadviesraad) heeft om een zorgvuldige invoering van de medezeggenschap vorm te geven zou er voor een overgangperiode van 2 jaar er een geformaliseerd overleg mogelijk zijn tussen ziekenhuisdirectie en het RPCP².

Per 1 juni 1996 is de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ) in werking getreden, die per 1 december 1996 binnen alle zorginstellingen volgens het in de wet vastgelegde model geïmplementeerd moet zijn.

Vanuit de ziekenhuizen was er vanaf de presentatie van het wetsvoorstel veel weerstand tegen de WMCZ. De ziekenhuizen vroegen zich af hoe ze aan de verplichtingen van de WMCZ konden voldoen. De NVZ stelde zich op het standpunt dat een medezeggenschapstructuur zoals vastgelegd in de WMCZ niet mogelijk was en niet zou leiden tot medezeggenschap van patiënten in ziekenhuizen.

Op 20 januari 1997 verschijnt de zogenaamde "Intentieverklaring NPCF - NVZ, gericht aan de directies van de instellingen aangesloten bij de NVZ. Hierin schrijft de NVZ dat het bij haar bekend is dat er bij ziekenhuizen groot ongenoegen bestaat "over de verplichte figuur van een cliëntenraad zoals voorgeschreven is in de wet". De in de wet voorgeschreven structuur gaat volgens de NVZ voorbij aan het feit dat ziekenhuizen en patiëntenorganisaties contacten onderhouden op verschillende niveaus. Een ziekenhuis heeft overleg over algemene beleidsmatige ontwikkelingen met een RPCP. Een ziekenhuis heeft daarnaast ook contacten met categoriale patiëntenorganisaties die zich richten op de zorg voor een bepaalde patiëntencategorie. Men heeft problemen met de representativiteit en deskundigheid van vertegenwoordigers

¹ Uit: Uitgangspunten ten behoeve van de totstandkoming van cliëntenraden algemene ziekenhuizen.

² idem

van patiënten, mede omdat een ziekenhuis geen residentiële instelling is, zodat er geen sprake is van een duidelijke relatie tussen de patiënt en de instelling. In de Intentieverklaring, waarmee in november 1996 zowel door het bestuur van de NPCF als de NVZ is ingestemd, verklaren beide partijen dat er onderhandelingen gestart zullen worden om te komen tot een “Handreiking”, een gezamenlijk advies voor zowel ziekenhuizen als RPCP's dat aangeeft hoe met medezeggenschap op instellingsniveau kan worden omgegaan.

Op 14 november 1997 is de “Handreiking Medezeggenschap van patiënten binnen een ziekenhuis” ondertekend tijdens het periodiek bestuurlijk overleg NPCF – NVZ vereniging van ziekenhuizen. De handreiking is een gezamenlijk advies voor zowel ziekenhuizen als RPCP's, dat aangeeft op welke wijze vorm en inhoud gegeven kan worden aan medezeggenschap op instellingsniveau. Het is een weerslag van een discussie tussen NPCF en NVZ om een handvat te bieden voor een optimale medezeggenschapsstructuur voor patiënten in ziekenhuizen. De handreiking bevat een checklist en een toelichting daarop. Met de handreiking is medezeggenschap niet uitputtend geregeld, hetgeen ook niet de bedoeling is van de NVZ en de NPCF. Het uiteindelijke doel van de NVZ en de NPCF is dat er op lokaal/regionaal niveau op een systematische wijze aan de medezeggenschap vorm wordt gegeven. De NPCF is voorstander van een gedifferentieerd geheel van medezeggenschapsconstructies, nauw aansluitend bij de specifieke eigenschappen van cliënten van een bepaalde voorziening. De handreiking is een compromis tussen de weigerachtige houding van de meeste ziekenhuisdirecties, die een aanpassing van de WMCZ voorstaan en de NPCF die de invoering van de WMCZ op de agenda van de ziekenhuizen wil krijgen. De handreiking biedt ruimte voor een beperkte of geleidelijke uitvoering van de WMCZ.

De meeste RPCP's stellen dat de Handreiking Medezeggenschap van patiënten binnen een ziekenhuis nuttige aanknopingspunten biedt voor hun overleg met de ziekenhuizen. Sommige RPCP's hebben als kritiek op de handreiking dat deze de ‘weigerachtige’ ziekenhuizen teveel ruimte zou geven. Algemeen is de kritiek dat de handreiking te laat is verschenen en dat de RPCP's te weinig betrokken zijn geweest bij de totstandkoming ervan (NPCF, 1998). Ziekenhuizen stelden de instelling van cliëntenraden uit in afwachting van de handleiding. De directeur van het RPCP Den Haag, was niet onverdeeld gelukkig met de Intentieverklaring, met name omdat de NPCF en de NVZ stellen dat de wet complicaties oplevert omdat een ziekenhuis geen residentiële instelling is. Volgens haar span je het paard achter de wagen met de Intentieverklaring nu de wet er al is. De wet biedt immers voldoende ruimte voor instellingen om op hun eigen manier vorm te geven aan medezeggenschap. Een rapport van de Stichting Het Klaverblad (1997) dat geschreven werd naar aanleiding van een enquête met betrekking tot de WMCZ in Zeeland vermeldt dat door de drie aangeschreven ziekenhuizen de opvatting werd ingenomen dat men de cliëntenraad pas instelt nadat de Handreiking van de NVZ en NPCF beschikbaar is.

2.1 Aantal cliëntenraden

De WMCZ is, zoals hierboven beschreven, op 1 juni 1996 in werking getreden. In februari 1998 hebben nog maar weinig ziekenhuizen een cliëntenraad. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat veel ziekenhuizen de implementatie van de cliëntenraden hebben uitgesteld in afwachting van de Handreiking NPCF en NVZ.

Het Eindverslag Inventarisatieonderzoek van de NPCF (1998)³ geeft een getalsmatig overzicht. Het overzicht is gebaseerd op gegevens van alle 28 RPCP's en is begin 1998 gemaakt (zie tabel 1).

³ In dit overzicht is volgens een vertegenwoordiger van het Ignatiusziekenhuis de cliëntenraad van dit ziekenhuis niet opgenomen, omdat zij nog niet over een reglement beschikte.

Tabel 1 Cliëntenraden ziekenhuizen februari 1998

Cliëntenraad aanwezig	18%
Cliëntenraad op korte termijn	19%
Cliëntenraad op agenda in overleg met RPCP	52%
Geen cliëntenraad/geen overleg	11%

In 18% van de ziekenhuizen is een cliëntenraad of patiëntenadviesraad aanwezig. Enkele van deze raden hebben een samenstelling of bevoegdheden die sterk afwijken van de WMCZ. De meeste raden volgen de WMCZ in grote lijnen. In 19% van de gevallen wordt verwacht dat er binnen een half jaar een cliëntenraad wordt geïnstalleerd. 52% van de ziekenhuizen heeft overleg met RPCP's over de totstandkoming van de cliëntenraad. De betekenis die aan dit overleg moet worden gegeven is echter divers. In sommige ziekenhuizen zijn deze onderhandelingen al doodgelopen en in andere ziekenhuizen komen ze in een stroomversnelling. In 11% van de ziekenhuizen is er geen enkel overleg over het instellen van een cliëntenraad.

In een onderzoek van Sluys en Wagner naar kwaliteitssystemen in zorginstellingen (Sluys, E. 2000) is aan directie of management van 101 ziekenhuizen in Nederland de vraag voorgelegd of er een cliëntenraad aanwezig is en of de cliëntenraad betrokken is bij het kwaliteitsbeleid. In dit onderzoek komt naar voren dat in 37% van de instellingen geen cliëntenraad aanwezig is, terwijl 63% van de instellingen volgens de directie een cliëntenraad heeft.

Tabel 2 Cliëntenraden ziekenhuizen 2000-08-21
Aanwezigheid van een cliëntenraad en de mate waarin deze onderdeel is van het kwaliteitssysteem (N=101)

Niet of niet van toepassing	37%
Gedeeltelijk	37%
Volledig	26%

Uit: *Sluys en Wagner*.⁴

In dit onderzoek is tevens aan de ziekenhuisdirecties de vraag gesteld op welke wijze patiënten en hun belangenorganisaties inspraak hebben in de zorg. Volgens 65% van de ziekenhuisdirecties wordt periodiek met de cliëntenraad overlegd (N= 101).

Hierbij moet aangetekend worden dat het onderzoek van Sluys en Wagner betrekking had op een onderzoek onder 149 algemene en categoriale ziekenhuizen, waarvan er 101 gerespondeerd hebben. Ondanks dat kan geconstateerd worden dat tussen 1998 en 2000 volgens opgave van de ziekenhuisdirecties een aanzienlijke toename is te constateren van het aantal cliëntenraden in de ziekenhuizen. In 2000 vond in tenminste 65 van de 149 algemene en categoriale ziekenhuizen regelmatig overleg plaats tussen de directie en de cliëntenraad. Het is de vraag of het hierbij om cliëntenraden gaat die over alle bevoegdheden kunnen beschikken die in de WMCZ aan een cliëntenraad worden gegeven.

Uit de tussentijdse rapportage door het Brabants Ondersteuningsinstituut Zorg (BOZ)⁵ naar het functioneren van cliëntenraden in zorginstellingen in Noord-Brabant blijkt dat er bij 29% van de ziekenhuizen een raad is geïnstalleerd. Zij maken daarbij een onderscheid tussen ziekenhuizen met een cliëntenraad en ziekenhuizen met een patiëntenadviesraad. Uit de voorlopige cijfers

⁴ Sluys, E.M. en C.Wagner (2000) Tabellenboek Kwaliteitssystemen: de stand van zaken per zorgsector in 2000. Nivel, Utrecht

⁵ Tussentijdse analyse van PPCP Noord-Brabant verricht in opdracht van het Brabants Ondersteuningsinstituut Zorg (BOZ). Onderzoek: functioneren van cliëntenraden in Noord-Brabant (BOZ).

blijkt dat iets meer dan de helft van de aanwezige raden een cliëntenraad is. Uit gesprekken met enkele sleutelpersonen blijkt dat de benaming patiëntenadviesraad door het ziekenhuis en de raadsleden gekozen wordt om aan te geven dat de raad afziet van enkele bevoegdheden (vervaard adviesrecht) die in de WMCZ aan de cliëntenraad zijn toebedeeld. Van de 24 instellingen zijn er negen met een cliëntenraad en acht met een patiëntenadviesraad. Er zijn zeven instellingen zonder raad.

In een gesprek met een beleidsjurist Kwaliteit en Organisatie van de NVZ zijn bovenstaande gegevens inhoudelijk aangevuld:

"De ziekenhuizen hebben verschillend gereageerd op de invoering van de wet. Een deel van de ziekenhuizen stelt: "We voldoen gewoon aan de verplichtingen van de wet. Het is niet optimaal, maar dan zijn we van het hele gezeur af". Ongeveer 60% van de ziekenhuizen denkt er zo over. Ongeveer 30% heeft patiëntenparticipatie gerealiseerd anders dan een cliëntenraad op bestuursniveau. Dit is bijvoorbeeld een patiëntenadviesraad, patiëntenraad of patiëntenvertegenwoordiging. In ongeveer 10% heeft de directie op bestuurlijk niveau overleg met de RPCP's. Over het algemeen hebben ziekenhuizen met een cliëntenraad geen overleg meer met de RPCP's. Bij categorale ziekenhuizen hebben meer instellingen een cliëntenraad. Zij hebben het ook makkelijker omdat zij een eenvoudige patiëntenmix hebben. Ongeveer 80% heeft een cliëntenraad of heeft er een gehad".

Aan de ziekenhuizen die een cliëntenraad hebben ingesteld is vanuit de NVZ geadviseerd om dat te doen als experiment. Dit geeft de mogelijkheid om de cliëntenraad in zijn functioneren te laten groeien naar een volwaardige vorm van participatie die het meeste rendement oplevert.

Uit een interview met de beleidsmedewerker regiozaken van de NPCF, die zich richt op het takenpakket van de RPCP's blijkt dat het enthousiasme voor de cliëntenraden in ziekenhuizen inderdaad niet groot is. *"In het voorjaar van 1999 was er een prijsvraag voor de beste cliëntenraad in ziekenhuis en thuiszorgorganisaties. Alle ziekenhuizen zijn aangeschreven en er zijn maar 6 formulieren teruggekomen. Dat is bijzonder weinig en zegt iets over de mate waarin ziekenhuizen erin zijn geslaagd een cliëntenraad goed te laten functioneren".*

In het interview wordt bevestigd dat ziekenhuizen lastige partners in de onderhandelingen ten aanzien van de invulling van de cliëntenraad zijn:

"Ziekenhuizen zijn erg op zichzelf staande instituten. Er is weinig bereidheid tot samenwerking met een ander ziekenhuis in de regio. De cultuur van ziekenhuizen is nog niet zo open. Zij wijzen op concurrentie en bedrijfsbelangen waardoor er een zekere weerstand is tegen het uitoefenen van invloed op het beleid van de instellingen door cliëntenraden."

Concluderend kan gezegd worden dat het aantal cliëntenraden in de ziekenhuizen sinds de invoering van de WMCZ is toegenomen. Tegelijkertijd is er bij de ziekenhuizen sprake van een grote weerstand tegen de bevoegdheden van cliëntenraden, wat zich onder andere uit in de benaming patiëntenadviesraad, waarbij de nadruk wordt gelegd op informatie en advies in plaats van op beslissingsbevoegdheid.

3 Samenstelling van cliëntenraden

Het aantal leden van de cliëntenraad varieert. Uit de tussentijdse analyse van het onderzoek naar het functioneren van cliëntenraden gehouden in Noord-Brabant⁶ blijkt dat cliëntenraden in ziekenhuizen gemiddeld zes leden hebben. Dit komt overeen met de aantallen die worden genoemd door de geïnterviewden.

⁶ idem.

De samenstelling van de cliëntenraad verschilt. Het ene ziekenhuis let meer op lokale spreiding of op de verhouding mannen en vrouwen en een ander ziekenhuis let meer op de vertegenwoordiging van allochtone groepen, aantal vrijwilligers of afspiegeling van het gebied. Het grootste deel van de leden wordt via patiëntenorganisaties geworven. Daarnaast werven ziekenhuizen leden door middel van affiches, folders of kabelkrant. In sommige gevallen wordt in het cliëntenbestand gekeken en worden cliënten individueel benaderd om deel te nemen in de cliëntenraad.

Onder de leden van de cliëntenraad is een groot verloop. Gemiddeld blijven raadsleden ongeveer twee jaar lid. Sommigen moeten als gevolg van hun ziekte afhaken.

Vanuit ziekenhuizen worden er soms extra eisen gesteld aan de leden van een cliëntenraad. Benadrukt wordt dat zij het belangrijk vinden dat de leden van de raad abstract kunnen denken. Na een voordracht van de RPCP heeft een lid van de Raad van Bestuur en de secretaris van de cliëntenraad een gesprek met de kandidaat.

3.1 Representativiteit en deskundigheid

Representativiteit en deskundigheid zijn de twee voorwaarden die de WMCZ stelt ten aanzien van de samenstelling van de cliëntenraden. Aan de zorgaanbieder is de samenstelling van de cliëntenraad overgelaten. Vanwege het wisselend cliëntenbestand komen leden van cliëntenraden in ziekenhuizen voor een belangrijk deel uit de patiënten- en consumentenorganisaties. Het blijkt dat de meeste landelijke (koepel)organisaties van patiënten ten aanzien van de WMCZ en cliëntenraden nog geen duidelijke visie of beleid hebben. Bij hen is over het algemeen weinig bekend over cliëntenraden in ziekenhuizen.

Wat de werving betreft hebben vooral de grote patiëntenorganisaties meegewerkt aan werving van potentiële kandidaten voor de cliëntenraden in ziekenhuizen. Enkele honderden kaderleden of afdelingen hebben interesse getoond. Toch geven veel (afdelingen van) patiëntenorganisaties aan nog geen interesse te hebben of mogelijkheden te zien voor deelname aan cliëntenraden in ziekenhuizen. Het gaat er dan om dat er geen mensen beschikbaar zijn, of men stelt dat de cliëntenraden er voor het algemeen patiëntenbelang zijn. De patiëntenorganisatie investeert liever in activiteiten gericht op de eigen doelgroep zoals lotgenotencontact. Het kan ook zijn dat men verwacht in de eigen kring van de patiëntenorganisatie niet voldoende deskundigheid te vinden om het te kunnen opnemen tegen een ziekenhuisdirectie. Er worden immers hoge eisen gesteld aan de cliëntenraden. Oudenampsen vermeldt dat bij de werving van raadsleden bij een experiment van de drie Zoetermeerse zorginstellingen (Oudenampsen, 1996) sterk de nadruk gelegd werd op bestuurlijke deskundigheid van de potentiële raadsleden. Dat bracht leden van de patiëntenorganisaties in Zoetermeer aan het twijfelen of ze wel over voldoende deskundigheid beschikten om deel te nemen aan de cliëntenraad.

In het rompmodel zoals de NPCF dat in 1995 heeft geformuleerd, dient een cliëntenraad minimaal samengesteld te zijn uit vertegenwoordigers van de verschillende groepen gebruikers van de zorg die de instelling verleent, aangevuld met algemene vertegenwoordigers die bestuurlijk inzicht combineren met het vermogen goed te communiceren met de achterban van de cliëntenraad (NPCF, 1997). Een oplossing voor het probleem van te weinig bestuurlijke deskundigheid voor deelname aan cliëntenraden kan voor leden van patiëntenorganisaties het aanbieden van een programma van deskundigheidsbevordering zijn. In de toekomst biedt ook het werven onder niet-kaderleden van patiëntenorganisaties wellicht perspectief.

De kleine categorale organisaties beschikken meestal over weinig kader en kunnen dus moeilijk mensen beschikbaar stellen voor de raden. Bovendien betreft het organisaties die mensen met zeldzame aandoeningen vertegenwoordigen en deze zijn meestal aangewezen op een beperkt aantal (academische) ziekenhuizen. Ze willen wel deelnemen aan de Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen omdat men dan direct medezeggenschap krijgt in de 8 ziekenhuizen die voor de doelgroep van groot belang zijn (NPCF, 1998).

De ziekenhuizen hebben problemen met de representativiteit en deskundigheid van de vertegenwoordigers van patiënten. De ziekenhuizen beroepen zich hierbij op het feit dat zij in tegenstelling tot residentiële instellingen te maken hebben met een wisselend patiëntenbestand.

In het interview gehouden met de beleidsmedewerker regiozaken van de NPCF komt naar voren dat representativiteit en deskundigheid voor ziekenhuizen 'ten onrechte' een knelpunt zou vormen.

"Ziekenhuizen hikken aan tegen de eis van representativiteit en deskundigheid van cliëntenraden. De directies schermen daar ook mee: "We kunnen ze wel samenstellen, maar hoe representatief is dat nu". Ze hebben te maken met korte opnames en vragen zich af hoe cliënten iets kunnen zeggen over de zorg. Vanuit het NPCF is een model ontwikkeld waarbij dat wel mogelijk is. Hierbij worden personen uit patiëntenorganisaties en anderen die in de regio actief zijn bij de cliëntenraad betrokken. Het initiatief tot een cliëntenraad wordt nu genomen door het RPCP waarbij het overleg wel op gang komt. Het daadwerkelijk instellen van een cliëntenraad verloopt desondanks moeizaam.

De zorgaanbieders die wel een cliëntenraad instellen zijn over het algemeen van mening dat er goede deelnemers voor te vinden zijn, waarbij zij echter minder gericht zijn op de representativiteit van de raad. Doorgaans is de raad een mix van vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties en onafhankelijke leden".

Een ander heikel punt bij de werving onder leden van patiëntenorganisaties is in hoeverre de leden in de cliëntenraad kunnen spreken zonder last of ruggespraak. In een aantal ziekenhuizen levert dit problemen op.

3.2 Allochtonen

In de cliëntenraden van ziekenhuizen bevinden zich nauwelijks allochtonen. Zoals hierboven beschreven staat zijn de meeste leden van cliëntenraden afkomstig uit patiëntenverenigingen. Voor zover bekend zijn er weinig allochtonen lid van een patiëntenvereniging. Er wordt ook geen moeite gedaan om via andere kanalen allochtonen bij de cliëntenraad te betrekken.

4 Het functioneren van cliëntenraden

Eén van de belangrijkste elementen van het functioneren van cliëntenraden is de uitoefening van het wettelijk adviesrecht. Daarop gaan wij in deze paragraaf niet in, omdat de volgende paragraaf exclusief daaraan gewijd is.

4.1 Faciliteiten

De wet legt de instelling de verplichting op te voorzien in faciliteiten die voor haar functioneren nodig zijn. De wet bepaalt niet wat die faciliteiten zijn. In de praktijk zijn de volgende typen van faciliteiten van belang.

- budget;
- overige materiële faciliteiten;
- ondersteuning in de personele sfeer

Over het algemeen stellen ziekenhuizen die positief staan tegenover de invloed van de cliëntenraad middelen beschikbaar. Daarentegen stellen ziekenhuizen die hier negatief tegenover staan geen middelen beschikbaar.

De budgetten kunnen variëren. Gemiddeld wordt een bedrag van fl. 16.000 genoemd. Van het budget moet de cliëntenraad meestal de inhoudelijke ondersteuning en personele ondersteu-

ning betalen. Volgens sleutelfiguren van cliëntenorganisaties is dit budget te krap. Voor cliëntenraden is het vaak moeilijk om over budgetten te onderhandelen. Zij zouden voor het budget liever niet afhankelijk zijn van het ziekenhuis. Volgens hen had de wetgever hierin moeten voorzien.

Er is vaak geen extra geld voor cursussen of scholing. Hiervoor moet apart het fiat aan het ziekenhuis worden gevraagd. Dit wordt door de cliëntenraden als vervelend ervaren. Over het algemeen worden door de ziekenhuizen vergaderruimte, gebruik van computer, telefoon en kopieerfaciliteiten beschikbaar gesteld. Hierover bestaan over het algemeen geen klachten. In sommige ziekenhuizen wordt secretariële ondersteuning vanuit het ziekenhuis beschikbaar gesteld.

4.2 Ondersteuning van cliëntenraden: de makelaarsfunctie van de RPCP's

Cliëntenraden zonder adequate ondersteuning kunnen volgens de NPCF geen volwaardige partner zijn voor de directies van de ziekenhuizen. Er is behoefte aan scholing, informatie en advies en aan algemene ondersteuning. Scholingsprogramma's kunnen ontwikkeld worden op de onderwerpen: kwaliteitszorg en patiëntenperspectief, de organisatie van het ziekenhuis, begrotingen en financiële jaarverslagen. Hierbij zou de RPCP de rol van makelaar op zich kunnen nemen: bemiddelen tussen vraag en aanbod. Ook een startercursus is noodzakelijk: de NPCF cursus "Aan de start" voor de cliëntenraden in de thuiszorg wordt als voorbeeld aangehaald. Deze zou toegespitst moeten worden op de cliëntenraden ziekenhuizen (NPCF, 1998). Uit het experiment in de St. Maartenskliniek (Dubbelboer, 1994) kwam ook naar voren dat het van belang is dat er ten behoeve van de invoering van de cliëntenraden in de ziekenhuizen meer aandacht komt voor de landelijke en regionale infrastructuur. Zo kan er bijvoorbeeld een ontwikkelingsprogramma voor de vorming van de raden opgezet worden. Dan kunnen cliëntenraden in niet-residentiële instellingen als ziekenhuizen uitgroeien tot onafhankelijke en deskundige adviesorganen.

De aanbeveling van Oudenampsen ligt in het verlengde hiervan: voor de ontwikkeling van cliëntenraden tot adviesorganen met een zeker gezag binnen en buiten de instelling, kan een onafhankelijke adviseur/ondersteuner een belangrijke rol vervullen ten aanzien van de informatievoorziening en het ontwikkelen van een netwerk van informanten van onder meer patiëntenorganisaties. Een dergelijke onafhankelijke functie dient tot stand te worden gebracht in overleg met de RPCP, die op het terrein van ondersteuning van cliëntenraden een belangrijke schakelfunctie dient te vervullen.

Wat de algemene ondersteuning betreft blijkt dat vooral in de beginfase intensieve begeleiding gewenst is, bij voorkeur door de RPCP's gegeven en in ieder geval ziekenhuisafhankelijk. De ondersteuning betreft naast de eerder genoemde onderwerpen, ook vragen als:

- Hoe bepaal je je positie tegenover de ziekenhuisdirectie?
- Hoe onderhoud je contacten met de achterban?
- Welke prioriteiten stel je als cliëntenraad?

Een cliëntenraad dient voor zichzelf en andere partijen een duidelijk profiel te krijgen en effectief te leren aansturen op de eigen doelstellingen.

De NPCF pleit voor meer ondersteuning op landelijk niveau, een centraal punt waar ondersteuning geboden wordt en producten ontwikkeld worden. Daaraan dient gekoppeld te worden een beleidsgerichte scholing van leden van cliëntenraden. Cliëntenraden zouden een eigen ontwikkelingstraject moeten uitstippelen, een beperkt aantal doelen formuleren waaraan men in eerste instantie werkt. Daarnaast is het van groot belang dat cliëntenraden zelf de agenda opstellen. In het interview met de NPCF is daarnaast gewezen op de problemen die de toename van het aantal 'vertegenwoordigingen', niet alleen voor cliëntenraden veroorzaken, maar ook voor

zorgkantoren. Voor de patiëntenbeweging is het een knelpunt om voldoende gekwalificeerde mensen te vinden die dat werk kunnen doen. Wanneer alle directies positief tegenover medezeggenschap zouden staan zou de personele invulling een probleem kunnen vormen. Participatie in de gezondheidszorg is steeds moeilijker geworden omdat mensen met steeds moeilijker onderwerpen te maken hebben. Dit maakt ondersteuning en scholing zeer noodzakelijk.

4.3 Financiering van de ondersteuningsactiviteiten ten behoeve van de cliëntenraden

In veel gevallen zijn het de RPCP's die een centrale rol voor de implementatie van de WMCZ in de algemene ziekenhuizen op zich nemen, maar daar is geen extra budget voor beschikbaar. De RPCP's vinden in het algemeen dat de ziekenhuizen financieel verantwoordelijk zijn voor de ondersteuning en scholing van de cliëntenraden. Maar de meeste ziekenhuizen zijn niet bereid hiervoor voldoende middelen beschikbaar te stellen. Uit het onderzoek van de NPCF (1998) blijkt dat in februari 1998 slechts drie ziekenhuizen een substantiële bijdrage leveren ten behoeve van de cliëntenraad.

Als een bestuur van een RPCP er belang aan hecht wordt de tijd die aan instelling van de cliëntenraden is besteed, gefinancierd uit de basisfinanciering. De provincies, die verantwoordelijk zijn voor de basisfinanciering van de RPCP's, zijn geen voorstander van deze praktijk. Bij inwerkingtreding van de WMCZ heeft het Ministerie van VWS een oproep gedaan aan de provincies om geld beschikbaar te stellen. De provincies stellen zich echter op het standpunt dat zij niet verantwoordelijk zijn voor de implementatie van de WMCZ. Er zijn provincies die oogluikend toestaan, dat de basisfinanciering door de RPCP wordt gebruikt voor het instellen van cliëntenraden.

De RPCP's signaleren dit probleem ook. Sommige RPCP's worden overspoeld met aanvragen voor het werven en ondersteunen van cliëntenraadsleden. Het PPCP in Friesland heeft gekozen voor een vorm van donatie. Alle instellingen kregen een brief waarin het platform duidelijk aangaf wat het allemaal te bieden had. Voor deze diensten wordt een donatie gevraagd. Het PPCP in Utrecht heeft berekend dat de ondersteuning van een cliëntenraad hen 25.000 gulden per jaar kost voor de inhoudelijke en secretariële ondersteuning. De PPCP Friesland: "De wet is een uitdaging en erg belangrijk. Maar het was goed geweest als minister Borst tegelijk met de invoering meer geld naar het provinciefonds had laten vloeien." (Dam, 1997).

De verantwoordelijkheid voor financiering van het opzetten en het ondersteunen van cliëntenraden ligt dus in de eerste plaats bij de instellingen. Daar waar een meer onafhankelijke ondersteuning, scholing en adviesfunctie gewenst is, zal ook op andere wijze hier budget voor beschikbaar moeten worden gesteld. De verantwoordelijkheid hiervoor is tot nu toe een twistpunt tussen het Ministerie van VWS en de provincies.

4.4 Modellen van overleg en advies

De WMCZ schetst een typisch Nederlandse procedure van medezeggenschap, waaraan verschillende kanten zitten: de meer formeel/juridische benadering, het partijenmodel, waarbij men kan spreken van twee partijen met verschillende belangen die een procedureel juiste weg bewandelen en iedere partij een eigen verantwoordelijkheid heeft. Daarnaast de meer op consensus gerichte benadering, het partnermodel, waarbij het gemeenschappelijk belang van een goede gezondheidszorg meer voorop staat. Ook Dubbelboer beschrijft een dergelijk onderscheid (1994) bij het experiment in de Sint Maartenskliniek.

Het partijenmodel:

De directie geeft leiding aan de beleidsvorming binnen de instelling. De instelling vormt (voorgenomen) beleid. Dan gaat men naar de andere partij, de cliënten(raad) en legt dit beleid ter beoordeling voor (of dit vrijwillig gebeurt, of dat het gaat om onderwerpen waaromtrent men wettelijk verplicht is- al dan niet zwaarwegend- advies te vragen, doet op deze plaats niet ter zake). De cliëntenraad buigt zich over de zaak, vormt zich een oordeel en deelt dit aan de directie mee. Als het oordeel van de cliëntenraad afwijkend is, heroverweegt de directie zijn beleid, houdt rekening met de opvatting van de cliëntenraad, en neemt een besluit. Als dit besluit afwijkt van het oordeel van de cliëntenraad, wordt dit aan de raad meegedeeld, alsmede de overwegingen die hiertoe geleid hebben. Dit is een helder model waarin beide partijen ieder hun eigen verantwoordelijkheid hebben.

Het partnermodel:

Echter, daarnaast geeft de wet aan dat bovenstaande procedure gepaard moet gaan met overleg tussen de partijen, uitgaande van de gemeenschappelijke belangen binnen het kader van de doelstelling van de instelling. De partijen worden tot partners gemaakt met een gezamenlijke verantwoordelijkheid: de behartiging van de doelstellingen van de instellingen. Het is alsof de wetgever heeft willen zeggen: probeer er nu eerst eens samen uit te komen, voordat de loopgraven van de eigen verantwoordelijkheid betrokken worden.

De WMCZ geeft de betrokkenen de ruimte om op eigen wijze invulling aan deze modellen te geven. Hoewel beide modellen een rol dienen te spelen, kan men in het veld zelf kiezen waar het accent wordt gelegd.

In het rapport *Health Care Governance* van de Commissie Health Care Governance (1999) wordt een lans gebroken voor een minder formele invulling van medezeggenschap die dicht in de buurt komt van het partnermodel: *Medezeggenschap van gebruikers en medewerkers is eerder in de betekenis van participatie dan in de betekenis van inspraak een volwaardig aspect van het instellingsbeleid en daarmee een succesfactor voor het functioneren van de organisatie; niet alleen uit het oogpunt van legitimiteit of draagvlak, maar vooral vanuit het perspectief van kwaliteit. Het is de kunst van goed bestuur om gebruikers- en medewerkersparticipatie als kwaliteitsfactor toe te passen. Dit betekent in alle soorten zorginstellingen het organiseren van andere vormen dan alleen formele inspraak om met een verhoogde betrokkenheid van gebruikers en medewerkers de kwaliteit van de dienstverlening te vergroten.*

Een verschil in visie op de positie van de cliëntenraad kan belemmerend werken op de realisering van de medezeggenschap binnen de instelling. Om een goede partnerrol te kunnen vervullen in de overleggen moet ervaringsdeskundigheid naast bestuurlijke deskundigheid in een cliëntenraad vertegenwoordigd zijn en moet er goede verbindingen met de georganiseerde patiëntenbeweging en communicatie met de achterban bestaan (Oudenampsen, 1997).

De praktijk van de medezeggenschap in de sector algemene ziekenhuizen laat zien dat de ziekenhuizen worstelen met het realiseren van een werkbare vorm voor de cliëntenraad. De erkenning dat een goede regeling van de medezeggenschap effect kan hebben op de kwaliteit van de dienstverlening heeft nog weinig ingang gevonden.

Toch valt langzamerhand een verschuiving waar te nemen met betrekking tot de positie van functionerende raden ten opzichte van de directie van instellingen. Dat werd waargenomen bij het functioneren van de in 1999 genomineerde instellingen voor de beste cliëntenraden. De cliëntenraden blijken in veel gevallen een kritische en coöperatieve opstelling te hebben, waarbij enthousiasme en tactvol optreden tot resultaten leiden. Wel wordt het belang van

voldoende en tijdige informatie onderstreept. De directies van de instellingen weten steeds meer de positief kritische inbreng van de cliëntenraden te herkennen en waarderen. Het ziekenhuis De Lievensberg in Bergen op Zoom werd bekroond met de door de NPCF toegekende stimuleringsprijs voor de beste cliëntenraden omdat hun cliëntenraad de medezeggenschap van patiënten op een goede manier bevordert. In een artikel stelde de algemeen directeur dat zij onmiddellijk toen de WMCZ van kracht werd van start zijn gegaan. In de jaarverslagen en beleidsplannen zijn "kwaliteit" en "patiëntvriendelijkheid" belangrijke trefwoorden. In nauwkeurig omschreven projecten zijn de voornemens op die gebieden concreet gemaakt en is er een stuurgroep vormgegeven die de uitvoering van de projecten bewaakt. De directeur beantwoordt de vraag naar hoe een ziekenhuisdirectie zich moet opstellen tegenover de cliëntenraad door te benadrukken dat het van belang is het vooraf goed eens te worden over de zaken waar de cliëntenraad zich mee bezig zal houden. De cliëntenraad is in de organisatie gekoppeld aan de directie. Het gaat in het overleg dus over de hoofdlijnen, waarbij in goed overleg, op basis van wederzijds vertrouwen duidelijk aangegeven moet worden hoe de cliëntenraad invulling zal geven aan de taken. Twee leden van de cliëntenraad beamen dat ze veel medewerking en steun in het ziekenhuis ervaren, maar benadrukken dat de onafhankelijkheid bij hen vooropstaat. Alleen vanuit die opstelling kunnen ze hun werk goed doen. Een voorbeeld van die opstelling is de manier waarop in 1998 het nieuwe reglement klachtopvang tot stand kwam. De cliëntenraad werd op een veel te laat moment om advies gevraagd. De voltallige cliëntenraad wilde er goed naar kijken, vroeg om uitstel en nam contact op met het Informatie- en Klachtenbureau Gezondheidszorg (IKG) om met hen een aantal wijzigingen te formuleren. Met de inbreng van de cliëntenraad is er een beter reglement klachtopvang tot stand gekomen.

Om te voorkomen dat de raad door de vriendelijke houding van het ziekenhuismanagement minder onafhankelijk gaat oordelen, vergaderen ze bewust af en toe zonder de aanwezigheid van de directiesecretaresse, waar ze normaal gesproken goede administratieve hulp en ondersteuning van krijgen. (Eimers, 1999)

4.5 Achterban

Om als cliëntenraad de belangen van bewoners te kunnen behartigen, is het belangrijk dat de leden van de raad op de hoogte zijn van het wel en wee van de patiënten.

Door middel van folders en periodieken wordt er contact onderhouden met de achterban. In sommige ziekenhuizen worden er ook voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd waarbij de cliëntenraad haar werkzaamheden presenteert. Overigens vindt er niet overal terugkoppeling plaats vanuit de cliëntenraad naar de patiënten.

5 Het adviesrecht

Een kerntaak van de cliëntenraad is het wettelijk adviesrecht. In de WMCZ worden de bevoegdheden in dit opzicht duidelijk omschreven. Tevens kent de wet een verplichting voor instellingen om in een reglement de bevoegdheden van de cliëntenraad te regelen. Dit reglement dient uiteraard in overeenstemming te zijn met de wet. Dat wil zeggen dat er wel meer bevoegdheden mogen worden toegekend dan uitdrukkelijk in de wet staat, maar niet minder. In de praktijk blijkt dit in veel gevallen anders te zijn. Er zijn geen ziekenhuizen die bovenwettelijke bevoegdheden aan de cliëntenraad hebben toegekend.

Zoals al eerder is opgemerkt bestaat er het onderscheid tussen patiëntenadviesraden en cliëntenraden. Er is een verschil in bevoegdheden tussen de cliëntenraad en de patiëntenadviesraad. De meeste patiëntenadviesraden hebben niet de bevoegdheden zoals vastgelegd in de WMCZ. Bij de patiëntenadviesraden is er geen sprake van beslisbevoegdheid en ligt de

nadruk op adviesbevoegdheid. Na de invoering van de WMCZ is gekeken in hoeverre er van bepaalde bevoegdheden al gebruik werd gemaakt. Bevoegdheden die in de WMCZ omschreven staan, zijn omgezet van adviesrecht naar informatierecht. Het betreft hier zowel bevoegdheden waarvoor het verzwaarde adviesrecht geldt als bevoegdheden waarvoor het reguliere adviesrecht geldt.

Het ziekenhuis kan zich op het standpunt stellen dat er een cliëntenraad is ingesteld, maar volgens de letter van de WMCZ heeft de raad te weinig bevoegdheden om zich als cliëntenraad te afficheren. Zolang de cliëntenraad niet wordt gezien als gesprekspartner is het de vraag of zij echt iets kan betekenen voor cliënten. Dit heeft ook te maken met de ontwikkelingen in het ziekenhuis en de organisatiecultuur: *"De patiënt is nog geen koning. Er wordt wel geroepen dat het anders moet maar het bestuur heeft er niets voor over. Je praat wel mee, maar het is de vraag of ze luisteren en er iets mee doen. Het is afhankelijk van de mensen in de top of er iets mee gebeurt."*

Deze indrukken worden bevestigd in het reeds eerder aangehaalde onderzoek van Sluys en Wagner (Sluys, 2000). De geënquêteerde ziekenhuizen zijn in dat onderzoek ook bevraagd over de inspraak van patiënten en hun organisaties in de zorgverlening (zie tabel 3).

Tabel 3 Invloed van cliëntenraden volgens ziekenhuisdirecties (N=101)

Met de cliëntenraad wordt periodiek overlegd	65%
Aanbevelingen van de cliëntenraad worden vertaald in (nieuw) beleid	36%
Aan de cliëntenraad wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	41%

De directie van de bevraagde ziekenhuizen geven aan dat de aanbevelingen van de cliëntenraden in beperkte mate vertaald worden in nieuw beleid.

Naast de verplichte adviesbevoegdheid mogen cliënten ook ongevraagd advies uitbrengen over allerlei zaken die voor cliënten van belang zijn. Van deze mogelijkheid wordt maar weinig gebruikgemaakt. De meeste cliëntenraden hebben hun handen vol aan de kwesties die onder hun wettelijke adviesbevoegdheid vallen. De agenda van de cliëntenraad wordt voornamelijk bepaald door de directie. Er zijn maar weinig cliëntenraden die hun eigen prioriteiten bepalen. Vanuit de NPCF (NPCF, 1999) wordt cliëntenraden geadviseerd een eigen agenda te voeren. Er wordt geadviseerd een werkplan te maken met speerpunten voor het eigen beleid. Cliëntenraden zouden keuzes moeten maken voor een eigen, cliëntspecifieke invalshoek. Zij zouden ongevraagd advies moeten uitbrengen over zaken die cliënten ter harte gaan. Zij zouden eigen onderzoek binnen de instelling kunnen doen naar de kwaliteit van zorg.

Uit de gehouden interviews is op te maken dat cliëntenraden steeds meer prioriteiten stellen en zich niet willen laten overspoelen met adviesaanvragen. Ook bij enkele zorgaanbieders is er een omslag waarneembaar. Cliëntenraden worden niet pas achteraf, maar in de beleidsvoorbereiding betrokken.

"Nadat de raad bij zijn oprichting zich met teveel onderwerpen overspoeld zag, is er een omslag geweest, waarbij de cliëntenraad is gevraagd om een themagroep van het ziekenhuis bij te staan om in kaart te brengen wat de consequenties zijn van het centraal stellen van de cliënt voor het strategisch beleid van het ziekenhuis. De cliëntenraad wordt dus ook in de beleidsvorming betrokken. Het is van belang hiermee in de planning rekening te houden. Deze ervaring is

er ook met de Ondernemingsraad. Adviesorganen moeten de tijd hebben om advies uit te kunnen brengen. Het advies moet daarbij in stappen worden opgedeeld". (secretaris van Raad van Bestuur van een ziekenhuis)."

Tijdens ons onderzoek werd aangegeven dat er cliëntenraden zijn die niet beschikken over voldoende kennis om over alle onderwerpen zoals die in de wet staan genoemd, advies uit te brengen.

Cliëntenraden bezinnen zich op de taak van de raad en willen per adviesaanvraag kijken of het een zinvol onderwerp is om over te adviseren. Er zijn ook instellingen die volgens de verplichtingen van de WMCZ advies aan de cliëntenraad vragen. Hierdoor krijgen sommige raden veel adviesaanvragen. In dergelijke gevallen zal de cliëntenraad prioriteiten moeten stellen. Of er geadviseerd wordt is afhankelijk van het onderwerp. Er wordt over het algemeen geadviseerd over onderwerpen waar de patiënt mee te maken heeft. Daarnaast speelt bij de keuze voor het onderwerp de kennis van de cliëntenraad een rol. Onderwerpen waarop specifieke kennis ontbreekt zullen eerder worden vermeden. Over het algemeen blijkt dat cliëntenraden wel overweg kunnen met de rechten zoals staan geformuleerd in de WMCZ.

In sommige ziekenhuizen is er discussie over de rol van de cliëntenraad: deze zou zich meer thematisch en pro-actief moeten opstellen. Zo zou de cliëntenraad zich meer op bepaalde thema's kunnen concentreren. Genoemd worden het kwaliteitsbeleid, wachttijden en patiënteninformatie. Cliëntenraden zelf geven ook aan dat zij meer vorm willen geven aan het ongevroegd adviesrecht. Om hier vorm aan te geven is het belangrijk dat zij goed weten wat er leeft bij de achterban.

5.1 Betrokkenheid van de cliënten bij kwaliteitsbeleid en kwaliteitszorg

Eén van de doelstellingen van de WMCZ is door de medezeggenschap de cliënten meer te betrekken bij het kwaliteitsbeleid van de instellingen en het cliëntenperspectief een grotere rol te laten spelen bij het kwaliteitsbeleid van de instellingen.

De rol die de cliëntenraad kan vervullen ten aanzien van het kwaliteitsbeleid is afhankelijk van de mogelijkheden die geboden worden door de directie. Hoewel een aantal ziekenhuizen de WMCZ naar de letter van de wet invullen en geen vorm geven aan de geest van de wet, maken andere ziekenhuizen de omslag en zien de voordelen van het betrekken van de cliëntenraad bij het vormgeven van hun beleid.

In het reeds aangehaalde onderzoek van Sluys en Wagner (Sluys, 2000) komt naar voren dat 26% van de ziekenhuizen de inbreng van de cliëntenraden gebruikt voor bijsturing van het kwaliteitsbeleid. 37% van de instellingen geeft aan dat naar hun oordeel de inbreng van cliëntenraden nog onvoldoende wordt gebruikt voor bijsturing van het kwaliteitsbeleid.

De inbreng van cliëntenraden is met name gericht op het bespreken van de uitkomsten van klachtenregistratie, satisfactieonderzoek en dergelijke. In mindere mate worden de raden betrokken bij het ontwikkelen van normen of criteria (zie tabel 4).

Tabel 4 Percentage ziekenhuizen waar cliëntenraden betrokken worden bij kwaliteitsactiviteiten⁷ (N=101)

Bespreken uitkomsten van klachtenregistratie, satisfactieonderzoek en dergelijk	44
Ontwikkelen van normen of criteria	27
Beoordelen of de kwaliteitsdoelen zijn gehaald	16
Participatie in (kwaliteits) commissies	20
Opstellen van protocollen of standaarden	11
Participatie in verbeterprojecten	14

Bij minder dan de helft van de ziekenhuizen is de cliëntenraad op enigerlei wijze betrokken bij kwaliteitsactiviteiten. De betrokkenheid van de cliëntenraad is vooral gericht op het bespreken van de uitkomsten van klachtenregistratie, satisfactieonderzoek en dergelijke. In verhouding tot eerder onderzoek over de betrokkenheid van patiëntenorganisaties blijkt dat de betrokkenheid van de cliëntenraden is toegenomen, terwijl de betrokkenheid van patiëntenorganisaties bij het ontwikkelen van normen of criteria en protocollen of standaarden is afgenomen.

5.2 De uitoefening van het adviesrecht

Het proces van advies vragen en advies geven verloopt meestal deels volgens het hierboven beschreven partijenmodel. Dat wil zeggen dat de instelling het beleid vormt. Vervolgens wordt dit beleid aan de cliëntenraad voorgelegd. De cliëntenraad buigt zich over de zaak, vormt zich een oordeel en deelt dit aan de directie mee. Tot zover sluit het model aan bij de praktijk. Maar volgens het partijenmodel heroverweegt de directie het besluit als het advies van de cliëntenraad hiervan afwijkt. De directie neemt een besluit en houdt daarbij rekening met de opvatting van de cliëntenraad. Het besluit en de overwegingen worden vervolgens aan de cliëntenraad meegedeeld. Dit laatste sluit niet aan bij de praktijk van ziekenhuizen. Uit de verschillende interviews blijken de meeste ziekenhuizen op een laat tijdstip de cliëntenraad in de besluitvorming te betrekken. Soms wordt vergeten een advies aan de cliëntenraad te vragen. Het is trouwens niet altijd even duidelijk welke rol een advies heeft gespeeld. Procedures verlopen meestal niet zodanig dat op een advies een besluit volgt. Daar gaat direct veel tijd overheen. Het verzaamd adviesrecht wordt over het algemeen niet gehanteerd.

6 Centrale cliëntenraden

De WMCZ bepaalt dat er in iedere instelling een cliëntenraad behoort te zijn. Een zorgaanbieder kan meer dan één instelling in stand houden. In dat geval moet er voor iedere instelling een afzonderlijke cliëntenraad zijn. Er zijn geen onderzoeken waaruit het aantal centrale cliëntenraden is af te leiden.

Voor de sector ziekenhuizen zijn er, voor zover bekend, een aantal centrale cliëntenraden binnen algemene en categorale ziekenhuizen. De ervaringen daarmee zijn niet echt groot. In Leeuwarden is er bijvoorbeeld een centrale cliëntenraad. Het betreft hier een instelling waarbij twee ziekenhuizen, tien verpleeghuizen en vijftien verzorgingshuizen zijn aangesloten.

6.1 Cliëntenraad Academisch Ziekenhuis

Er bestaat binnen de academische ziekenhuizen een gezamenlijke cliëntenraad. Dit is de zogenaamde Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen (CRAZ).

⁷ Of (commissies van) patiënten in de instelling.

De 8 academische ziekenhuizen hebben sinds 1998 gezamenlijk een cliëntenraad. De leden van de CRAZ zijn afkomstig van patiëntenverenigingen. Alle categoriale patiëntenverenigingen zijn hiervoor uitgenodigd, ongeveer 50% heeft de uitnodiging aanvaard. De leden zijn op persoonlijke titel benoemd door de CRAZ-leden. De CRAZ functioneert enerzijds als een gezamenlijke cliëntenraad voor gemeenschappelijke onderwerpen, anderzijds als een lokale cliëntenraad voor onderwerpen die een bepaald academisch ziekenhuis aangaan. De CRAZ-advisering kan dus zowel gericht zijn op een individueel academisch ziekenhuis als op alle 8 instellingen gezamenlijk. De CRAZ heeft de volgende doelstellingen:

1. Binnen het kader van de doelstellingen van de academische ziekenhuizen behartigen van de gemeenschappelijke belangen van de cliënten van de academische ziekenhuizen, door in het bijzonder het leveren van een bijdrage aan de bewaking en bevordering van de kwaliteitsaspecten die een directe relevantie hebben voor de beleving en het welbevinden van de cliënten van de academische ziekenhuizen.
2. Binnen de academische ziekenhuizen medezeggenschap van cliënten op een structurele wijze vorm te geven.
3. Een effectieve en efficiënte vorm van overleg en samenwerking te ontwikkelen, dat wil zeggen:
 - a. de cliënten van de academische ziekenhuizen te betrekken bij het beleid van de onderscheiden academische ziekenhuizen;
 - b. informatie uit te wisselen met betrekking tot de kwaliteit van de te verlenen zorg tussen patiëntenorganisaties en de academische ziekenhuizen.

De CRAZ heeft 6 adviezen geformuleerd aan de academische ziekenhuizen en 12 aan individuele academische ziekenhuizen, met name over de samenwerking tussen patiëntenverenigingen en academische ziekenhuizen, de patiënt met een chronische ziekte, communicatie en voorlichting, klachtenbehandeling en de positie van de patiënt bij medisch-wetenschappelijk onderzoek.

Vanuit de CRAZ wordt aangevoerd dat academische ziekenhuizen een aparte positie innemen. Voor veel patiënten vervullen de academische ziekenhuizen een landelijke functie. Volgens de raadsleden wordt er door middel van de CRAZ een goede invulling gegeven aan de intentie van de wet.

De CRAZ heeft met name een adviserende bevoegdheid, van een zwaarwegend adviesrecht zoals in de WMCZ is vastgelegd is geen sprake. De CRAZ heeft in de eerste plaats een landelijke insteek, de advisering op lokaal niveau is daarvan een afgeleide. Op lokaal niveau wordt samengewerkt tussen academische ziekenhuizen en patiëntenorganisaties. De CRAZ adviseert bij bestuursbenoemingen.

In mei 2000 is een evaluatierapport gepubliceerd over twee jaar Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen. Uit het rapport blijkt dat de betrokken leden van de CRAZ tevreden zijn over de invulling van de medezeggenschap. Een groot aantal CRAZ-leden geeft echter aan niet te weten of de CRAZ voldoende betrokken is bij beleidsbeslissingen. Tevens heeft men te weinig inzicht in wat er met de adviezen gebeurt.

Een punt van discussie is de verhouding tussen de CRAZ en de WMCZ. Zoals hierboven al staat beschreven behoort volgens de WMCZ in iedere instelling een cliëntenraad aanwezig te zijn.

7 Colleges van vertrouwenslieden

De WMCZ bepaalt dat elke zorgaanbieder verplicht is een college van vertrouwenslieden in te richten. De directie kan aan dit college een uitspraak vragen indien zij een bepaald voornemen, vallend onder het verzwamd adviesrecht van de cliëntenraad, ondanks het negatief advies van de cliëntenraad toch door wilt zetten. Eén lid wordt door de directie benoemd, één is door de cliëntenraad voorgedragen en een derde lid wordt door de andere twee samen uitgekozen. De individuele instellingen zijn verantwoordelijk voor de instelling van zo'n college. Zij kunnen ook samenwerken, zodat er één college ontstaat dat voor meerdere instellingen beschikbaar is. In sommige sectoren werkt de hele sector samen en is er één landelijke commissie van vertrouwenslieden ingesteld. Voor de sector ziekenhuizen is er geen landelijk college van vertrouwenslieden en het ziet er naar uit dat dit op korte termijn ook niet zal komen.

Dit doet niets af aan de wettelijke verplichting die de individuele instelling heeft om te zorgen voor een dergelijk college. Het sluitstuk op het adviesrecht van cliëntenraden ontbreekt zolang dit er niet is.

Door respondenten is aangegeven dat cliëntenraden niet op het instellen van vertrouwenscommissies zullen aandringen omdat hieruit wantrouwen jegens de directies van ziekenhuizen zou kunnen blijken.

8 Bindende voordracht van een bestuurslid

Artikel 7 lid 1 van de WMCZ verplicht de zorgaanbieder om een statutaire regeling te treffen die erin voorziet dat tenminste één lid van het bestuur of de raad van toezicht wordt benoemd op bindende voordracht van de cliëntenraad (of cliëntenraden).

Er bestaan geen onderzoeken waaruit is af te leiden dat ziekenhuizen hun statuten hebben aangepast op dit punt. Uit de gehouden interviews blijkt dat instellingen moeite hebben met deze verplichting van de WMCZ en hieraan geen invulling geven. Op zich vinden instellingen het een goede zaak dat er binnen de raad van toezicht iemand is die de belangen van patiënten in de gaten houdt. Zij zijn echter wel van mening dat de eindverantwoordelijkheid over het leiden van een ziekenhuis moet liggen bij de Raad van Bestuur of bij de directeur.

9 Toekomst

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen is van mening dat het wettelijk kader onvoldoende basis biedt voor patiëntenparticipatie.

Zij wil alle mogelijkheden met betrekking tot cliëntenparticipatie openhouden en de ziekenhuizen de ruimte geven om daarbij aan te sluiten bij de eigen aard van het ziekenhuis: *“Zorg dat je het proces op gang brengt, maar doe het wel op je eigen manier. Sluit aan bij je eigen verleden en kijk hoe je daar in de toekomst op aan kunt sluiten”*.

De NVZ meent dat de WMCZ meer het karakter zou moeten krijgen van een kaderwet zoals de kwaliteitswet. Er zou meer ruimte moeten komen om op het niveau van afdelingen of vakgroepen de patiënt te betrekken bij de inhoud van de zorg. Op het niveau van het ziekenhuis kan informatie uitgewisseld worden zonder dat dit tot afdwingbare rechten leidt.

De NPCF meent daarentegen dat voor het welslagen van de WMCZ een aantal voorwaarden op het terrein van ondersteuning verbeterd moeten worden. Deze ondersteuning zou door een aantal samenwerkende landelijke koepels op landelijk niveau vorm moeten worden gegeven, zoals dat ook in de ouderenzorg en de GGZ is gebeurd. De NPCF en de RPCP's willen meer inzicht in de wijze waarop in de ziekenhuizen de WMCZ wordt toegepast en welke bevoegdheden gehanteerd worden.

10 Conclusies

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 behorende 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 NP/CF 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 (44%) instellingen 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 voorstander van 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 dat positief tegenover de invloed van de cliëntenraad staat 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 een 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 NP/CF heeft een rompmodel gepresenteerd waarbij personen uit patiëntenorganisaties en anderen die in de regio actief zijn bij de cliëntenraad worden betrokken. Daar waar 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. Voor zover 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 tijdstip. 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 er is geen sprake van een cliëntenraad zoals omschreven in de WMCZ. Van een zwaarwegend adviesrecht is geen sprake. Daarnaast heeft de CRAZ weinig (bestuurlijke) invloed op de lokale academische ziekenhuizen.

Literatuurlijst

Commissie Health Care Governance

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

Dam, C.

Haken en ogen aan intentieverklaring. Cliëntenraden in algemene ziekenhuizen.
In: *Patiënt en Perspectief*, jrg. 4, maart 1997, p. 4-8. 1997.

Dam, C.

'We hebben het met z'n allen voor elkaar gebokst'. Maartenskliniek vervolgt experiment patiëntenadviesraad.
In: *Patiënt en Perspectief*, jrg. 1, september 1994, p. 31-34. 1994.

Dubbelboer, J.S.

De patiëntenadviesraad in het ziekenhuis, een experiment in participatie.
Utrecht: Nzi, 1994.

Eimers, J.

De beste cliëntenraden. NPCF kent stimuleringsprijzen toe.
In: *Patiënt en Perspectief*, jrg.6, december 1999, p. 11-16. 1999.

Eimers, J.

Handreiking Medezeggenschap van patiënten binnen een ziekenhuis.
NPCF, NVZ vereniging van ziekenhuizen. 14-11-1997.

Eimers, J.

Intentieverklaring NPCF – NVZ.
NVZ vereniging van ziekenhuizen. 20-1-1997.

Klaverblad Zeeland, Stichting het

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

Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (red.)

Informatiemap Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ).
Utrecht: NPCF, 1997.

Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie

Stimuleringsprijs cliëntenraden 1999.
Utrecht: NPCF, 1999.

Oudenampsen, D.

Project gezamenlijk model cliëntenraden Zoetermeer. Evaluatie werving en proeffase.
Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 1997.

**PPCP Noord-Brabant, verricht in opdracht van het Brabants Ondersteunings-
instituut Zorg (BOZ).**

Onderzoek: functioneren van cliëntenraden in Noord-Brabant (BOZ).
tussentijdse analyse, nog niet gepubliceerd).

Sluys, E.M., Wagner, C.

Kwaliteitssystemen: de stand van zaken per zorgsector in 2000.
Utrecht: Nivel, 2000.

Sterk, P.P.H., Heesmans, C.F.J.

Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen. Patiëntenparticipatie; bestuurlijke en
zorginhoudelijke aspecten.
In: *ZM magazine: maandblad voor directie en bestuur in de zorg*, jrg. 1996, nr. 2, p. 7-
9. 1996.

VAZ

Gewaagd en geslaagd. Evaluatierapport over twee jaar CRAZ.
Utrecht: Vereniging Academische Ziekenhuizen, 2000.

Vos de Wael, N.

Cliëntenraden Algemene Ziekenhuizen. Eindverslag Inventarisatieonderzoek.
Utrecht: Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie, 1998.

Hoofdstuk 6

De WMCZ in de thuiszorg en de gezondheidscentra

1 Inleiding

De thuiszorg is in de jaren negentig ontstaan uit een fusie van zorgaanbieders op het terrein van kruiswerk, gezinszorg en kraamzorg. Er zijn in Nederland ongeveer 102 reguliere thuiszorgaanbieders die allen aangesloten zijn bij de Landelijke Vereniging van Thuiszorg (LVT). Van 1996 tot 1998 zijn in het kader van de bevordering van de marktwerking particuliere thuiszorgorganisaties toegelaten om thuiszorg te leveren als erkende thuiszorginstelling in de AWBZ gefinancierde zorg. In 1999 waren er 122 toegelaten thuiszorginstellingen. Daarnaast zijn er particuliere thuiszorgorganisaties, die zich bezighouden met zorg die niet gefinancierd wordt uit de AWBZ. De reguliere instellingen zijn aangesloten bij de Landelijke Vereniging van Thuiszorg. De landelijk werkende particuliere thuiszorgorganisaties, toegelaten en niet-toegelaten instellingen, zijn voor een deel aangesloten bij het Branchebelang Thuiszorg Nederland. Bij de BTN zijn 13 toegelaten instellingen voor thuiszorg aangesloten. Sommige particuliere thuiszorgorganisaties zijn gelieerd aan een reguliere thuiszorginstelling.

Nadat in de negentiger jaren de thuiszorg is ontstaan uit de samenvoeging van organisaties van kruiswerk, gezinszorg en kraamzorg is er sinds het einde van de negentiger jaren sprake van fusies en reorganisaties die het gehele veld van de verpleging en verzorging omvatten, terwijl er ook samenwerkingsverbanden plaats vinden met de GGZ (psychiatrische thuiszorg) en de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Er ontstaan zorgconcerns, waarin de thuiszorg met verpleeghuizen en verzorgingshuizen in één organisatie opgaan en verschillende soorten zorgketens. Deze ontwikkeling betekent voor de cliëntenraden dat zij worden samengevoegd of gaan samenwerken met cliëntenraden in verzorgings- en verpleeghuizen.

Binnen de AWBZ worden verpleging en verzorging, huishoudelijke hulp, intensieve thuiszorg en de uitleen van verpleegartikelen vergoed. De kraamzorg valt binnen het tweede compartiment.

Gezondheidscentra zijn samenwerkingsverbanden in de eerstelijns gezondheidszorg, waarbij gestreefd wordt naar een multidisciplinair zorgaanbod. Bij de Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra (LVG) zijn ongeveer 120 gezondheidscentra verspreid over het hele land aangesloten. Met name in Almere en Zoetermeer is de eerstelijnsgezondheidszorg overwegend georganiseerd in gezondheidscentra. Bij de aangesloten gezondheidscentra zijn huisartsen werkzaam, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkenden, fysiotherapeuten en apothekers. Tezamen vormen zij de basisdisciplines van een gezondheidscentrum. Daarnaast werken bij gezondheidscentra gezinsverzorgenden, verloskundigen, ziekenverzorgenden, apothekers, tandheelkundigen, diëtisten, logopedisten, psychologen en oefentherapeuten.

In dit hoofdstuk staat de invoering van de WMCZ in de thuiszorg en gezondheidscentra centraal. In het kader van dit deelonderzoek zijn interviews gehouden met vertegenwoordigers van de Landelijke Vereniging van Thuiszorg (LVT), van Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN), de Landelijke Vereniging Gezondheidscentra (LVG) en de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NPCF). Daarnaast zijn twee sleutelpersonen geïnterviewd die nauw betrokken zijn bij de invoering van de cliëntenraden in de thuiszorg, een medewerker van de Samenwerkende Patiënten/Consumentenorganisaties in Groningen die onderzoek heeft gedaan naar het functioneren van zes cliëntenraden in de thuiszorg in de provincie Groningen en een medewerkster van de zorggroep Almere (voorheen EVA). Om een meer feitelijk inzicht te krijgen in de invoering van de WMCZ in de sector thuiszorg is een vragenlijst opgesteld, waarin het adviesrecht en de ondersteuning van de cliëntenraad centraal staat. Deze vragenlijsten zijn verstuurd naar 103 instellingen die lid zijn van de LVT. Tevens zijn naar de 42 instellingen die aangesloten zijn bij het BTN vragenlijsten gestuurd. In de vragenlijst zijn enkele gesloten vragen opgenomen over de aanwezigheid van een cliëntenraad, de ondersteuning en de informatieverschaffing ten behoeve van de raad en de uitoefening van het adviesrecht. Daarnaast zijn enkele open vragen gesteld over het niet opvolgen van een advies van de raad, het niet uitbrengen van een advies en het ongevraagd adviseren door de raad.

1.1 De veranderde positie van de cliënt in de thuiszorg en gezondheidscentra

De cliënten in de thuiszorg bestaan voor een belangrijk deel uit ouderen. In de thuiszorg is 85% van de cliënten ouder dan 65 jaar, waarvan de meesten alleenstaand (gegevens van 1998)¹. Naast de ouderen zijn gehandicapten een belangrijke cliëntengroep voor de thuiszorg. De positie van cliënten in de thuiszorg is beïnvloed door de invoering van het persoonsgebonden budget in de thuiszorg. Met name voor gehandicapten ontstond de mogelijkheid om met behulp van een persoonsgebonden budget zelf zorg in te kopen. Na een experimentele start en veel invoeringsproblemen is het persoonsgebonden budget nu een blijvend fenomeen in de thuiszorg, waar een groeiend aantal cliënten een beroep op kan doen.

Ook de invoering van de indicatiestelling in de thuiszorg heeft de positie van de cliënt beïnvloed. De indicatiestelling vindt sinds 1998 plaats onder toezicht van Regionale Indicatie Organen (RIO's). Deze RIO's zijn ingesteld door gemeenten en worden bestuurd door vertegenwoordigers van patiënten/consumenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De invoering van meer geobjectiveerde integrale indicatiestelling luidt een ontwikkeling in waarbij getracht wordt niet het beschikbare aanbod, maar de zorgvraag bepalend te laten zijn voort de zorg die men krijgt.

De invoering van de kwaliteitwet en de afspraken die zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties hebben gemaakt over kwaliteitszorg heeft de positie van de (georganiseerde) cliënt in de thuiszorg versterkt. De LVT verplicht de bij haar aangesloten instellingen om zich te certificeren. Een belangrijk onderdeel van de eisen waaraan de instellingen moeten voldoen is de aanwezigheid van een cliëntenraad. De kwaliteit van de thuiszorg wordt ook beoordeeld door middel van een landelijk benchmarkonderzoek in opdracht van het Ministerie van VWS. In 1998 zijn voor het eerst alle instellingen met elkaar vergeleken met behulp van enkele criteria vanuit het patiëntenperspectief. Het onderzoek wordt uitgevoerd onder de cliënten en het management van bijna alle thuiszorginstellingen met behulp van een vragenlijst die door de cliëntenorganisaties is ontwikkeld. Dit onderzoek geeft inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg door de verschillende instellingen. In het verlengde van dit onderzoek is door de RPCP's bij de thuiszorginstellingen aanvullend onderzoek uitgevoerd en zijn verbeteringstrajecten opgezet. In sommige gevallen zijn ook de cliëntenraden hierbij betrokken.

¹ Ministerie van VWS (2000) Zorgnota 2000, Bijlagen pp. 119 en 120.

De gezondheidscentra kennen vanaf hun ontstaan een traditie van bewonersinspraak. Gezondheidscentra ontstonden vaak op plaatsen waar nieuwbouw plaatsvindt of waar grootschalige stadvernieuwing aan de orde was. Met name in de eerste pioniersjaren is er sprake van enthousiaste deelname van bewoners aan de ontwikkeling en het beheer van gezondheidscentra. De meeste aandacht gaat daarbij uit naar het opstellen en verspreiden van een patiëntenkrant, het organiseren van thema (voorlichting) bijeenkomsten, de opzet van een patiëntenbibliotheek en het bemensen van klachtencommissies. De mogelijkheden van bewonersinspraak op het bestuurlijk niveau beperkte zich veelal tot beheersmatige zaken van het centrum. Deze bewonersinspraak is in de negentiger jaren in betekenis afgenomen. De bespreking van het hulpverleningsbeleid gebeurt op thema-avonden of beleidsdagen van het hulpverleningsteam met het bestuur en patiëntenvereniging/bewonersgroep.

Bewoners leveren daarnaast soms een actief aandeel als vrijwilliger in het gezondheidscentrum. Sommige gezondheidscentra hebben de oprichting van patiëntenverenigingen die verbonden zijn aan het centrum, actief bevorderd. Voorbeelden zijn de gezondheidscentra van Samen Beter en de patiëntenvereniging in Maarn, die een meer zelfstandige plek op lokaal niveau hebben veroverd en ook beleidsmatige invloed hebben.

Ook in het bestuur van de gezondheidscentra zijn bewoners vertegenwoordigd. Onder invloed van de voortgaande professionalisering van het beheer van gezondheidscentra is daarbij meer de nadruk komen te liggen op professionele (bestuurs) vaardigheden en minder op de ervaringsdeskundigheid of patiëntenidentiteit.

2 Stand van zaken bij de invoering van de WMCZ

2.1 Thuiszorg

De participatie van cliënten in de thuiszorg verkeert voor de parlementaire goedkeuring van de WMCZ nog in een beginstadium. Een van de organisaties waar de thuiszorg uit voortkwam, de kruis zorg, had een verenigingsstructuur en kende contribuanten. De bevoegdheden waren echter zeer beperkt en de invloed op het beleid was gering. Er is geen traditie om cliënten te betrekken bij de belangrijke beleidsbeslissingen. Voor de invoering van de WMCZ is er incidenteel gebruikgemaakt van adviesraden en cliëntenpanels. De LVT heeft sinds 1994 een gebruikersraadpleging ontwikkeld die door verschillende instellingen is toegepast.

In het begin van de jaren negentig ontstaan de eerste contacten met Regionale Patiënten/Consumenten Platforms (RPCP's) en worden de eerste cliëntenraden opgericht (Drenthe en Zwolle).

In 1996 is door Bureau Obelon een kwalitatief onderzoek verricht naar het voorbereiden, oprichten en functioneren van cliëntenraden in de thuiszorg. Een zestal thuiszorginstellingen is gevraagd naar hun eerste ervaringen met cliëntenraden. In het project werd samengewerkt met de Landelijke Vereniging van Thuiszorg (LVT) en de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NPCF). De doelstelling van het project was het geven van handreikingen aan de thuiszorginstellingen voor de oprichting van een cliëntenraad.

In het kader van dit project is door de LVT een inventariserend onderzoek uitgevoerd naar de stand van zaken rond de ontwikkeling van cliëntenraden in de thuiszorg. Van de 139 LVT-leden hebben er 92 gereageerd. De NPCF heeft 28 RPCP's door middel van een telefonische enquête benaderd. De volgende vragen zijn aan de thuiszorginstellingen en RPCP's voorgelegd:

- a. Heeft de instelling (structureel) contact met patiënten/consumentenorganisaties c.q. heeft het platform contact met thuiszorginstellingen?
- b. Is er een cliëntenraad in oprichting?
- c. Vanuit welke hoedanigheid nemen personen deel aan deze cliëntenraad (in oprichting)?

De resultaten van de LVT enquête en de telefonische enquête van de NPCF zijn bij elkaar opgeteld. De meeste instellingen (66%) hebben contact met patiënten/consumentenorganisaties. 35% van de instellingen heeft structureel contact, terwijl bij 31% van de instellingen het contact incidenteel is. Bij 24% van de respondenten (22 instellingen) is er een cliëntenraad in oprichting, bij 39% van de respondenten (36 instellingen) zijn er plannen om een cliëntenraad op te richten.

Tabel A. Aantal cliëntenraden in de thuiszorg in 1996 (n=92)

	ja	plannen	nee
Is er een cliëntenraad in oprichting?	24%	39%	37%

Deze gegevens worden bevestigd door een onderzoek in de provincie Zuid-Holland (Vries, 1995). Vries komt tot de conclusie dat in 1995 in de provincie Zuid-Holland zes van de veertien thuiszorgorganisaties met cliëntenparticipatie bezig zijn. Twee organisaties hebben ervaring met een bepaalde vorm van een adviesraad, waarin afgevaardigden van de cliënten zitten. Twee organisaties zijn hier net mee begonnen en twee andere organisaties hebben plannen voor het opzetten van een cliëntenraad. De Vries maakt daarnaast melding van vijf organisaties die ervaring hebben met bestuurlijke participatie van cliënten.

De instellingen en de RPCP's die door de Vries benaderd zijn spreken hun ongenoegen uit over de beperktheid van de interactie tussen de raad en de directie. Deze blijft beperkt tot het uitwisselen van informatie en heeft daardoor geen meerwaarde. Haar conclusie is dat zowel de directie van de instellingen als de cliëntenvertegenwoordigers niet overtuigd zijn van de mogelijke meerwaarde die een cliëntenraad kan bieden. Deze conclusie wordt ook aangehaald in het onderzoek van Obelon. De zes instellingen die in het kader van dat onderzoek geïnterviewd zijn over de invoering van cliëntenraden ervaren de WMCZ als opgelegde regels die het inhoud geven aan de eigen ideeën en opvattingen belemmeren. Bij vier van deze instellingen is een cliëntenraad aanwezig. Twee instellingen oriënteren zich op de wet en de mogelijkheden voor medezeggenschap.

2.2 Gezondheidscentra

De formalisering van de zeggenschap van bewoners bij de invoering van de WMCZ in 1996 is voor de gezondheidscentra een moeilijke opgave. Volgens een schatting van de LVG beschikten in 1998 ongeveer 35 gezondheidscentra over een cliëntenraad. Daarvan vallen 25 centra onder de koepels in Almere en Zoetermeer. 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 patiëntenkrant, de organisatie van thema-avonden uitkomsten van de cliëntenraadpleging.

2.3 Convenant LVT-NPCF

In 1996 ondertekenen de LVT en de NPCF een convenant om meer structureel samen te werken, met het doel de belangen van cliënten zo goed mogelijk tot hun recht te laten komen. Een onderdeel van het werkplan voor 1996 is dat gezamenlijk initiatieven worden genomen ter ondersteuning van thuiszorginstellingen en cliëntengroeperingen bij de invoering van de

cliëntenraden. De NPCF en de LVT formuleren gezamenlijk aanbevelingen voor thuiszorgorganisaties en regionale cliëntenplatforms over opzet, invulling, taken en bevoegdheden, kortom mogelijkheden en onmogelijkheden van cliëntenraden in de thuiszorg. Daarnaast zullen materiaal en ervaringen worden verzameld om een van de lidmaatschapseisen- betrokkenheid van klanten- nader in te vullen en aan te scherpen.

In 1996 verschijnt een gezamenlijk advies van LVT en NPCF over cliëntenraden thuiszorg aan de achterbannen van beide organisaties. In dit advies worden drie aanbevelingen gedaan. De eerste aanbeveling betreft de samenstelling van de cliëntenraad. Een cliëntenraad dient volgens de NPCF en de LVT te bestaan uit personen afkomstig uit de kring van voor de instellingen relevante patiëntenorganisaties, benoemd na overleg met of op voordracht van het RPCP. Daarnaast kan de raad ook bestaan uit personen die anderszins gebruikers van thuiszorg zijn, bijvoorbeeld individuele cliënten of leden van de thuiszorg/kruisvereniging, na overleg met het RPCP, dan wel de betreffende regionale afdelingen van landelijke patiënten/consumenten-organisaties. De tweede aanbeveling betreft de ondersteuning van de cliëntenraad: de thuiszorgorganisatie dient de leden van de cliëntenraad de mogelijkheid te bieden voor scholing en ondersteuning. De scholing speelt in het bijzonder een rol bij de start van een cliëntenraad; de ondersteuning heeft een meer permanent karakter in de vorm van administratieve faciliteiten en inputmogelijkheden vanuit de patiënten/consumentenorganisaties. De derde aanbeveling heeft betrekking op het opstellen van een jaarlijks werkplan. In dit werkplan legt de cliëntenraad, na overleg met de instelling, een beperkt aantal prioriteiten vast waarop de cliëntenraad zijn adviezen zal richten. De LVT heeft als tweede doelstelling geformuleerd dat materiaal en ervaringen verzameld zullen worden om een van de lidmaatschapseisen van de LVT nader aan te vullen en aan te scherpen. Deze aanpassing van de lidmaatschapseis vindt begin 1998 plaats. In het werkplan van 1997 staat een scholingsaanbod voor startende cliëntenraden centraal. In het werkplan voor 1998 en 1999 wordt melding gemaakt van een gezamenlijke afspraak tussen LVT en NPCF over een landelijke commissie van vertrouwenslieden. De LVT informeert de NPCF over het soort zaken dat wordt aangemeld bij de landelijke commissie van vertrouwenslieden. Sinds 1998 leidt het convenant tussen NPCF en LVT een slapend bestaan.

In 1999 organiseerde de NPCF een stimuleringsprijs voor de beste cliëntenraad in de thuiszorg, in samenspraak met de LVT. 33 thuiszorginstellingen nemen hieraan deel. Vijf portretten van cliëntenraden in de thuiszorg zijn opgenomen in een brochure. Het is nog niet duidelijk hoe de landelijke ondersteuning van de cliëntenraden in de thuiszorg vorm moet krijgen. De Landelijke Patiënten en Bewonersraden in de GGZ, de landelijke koepel van de RPCP's en de Landelijke Organisatie Cliëntenraden in de ouderenzorg hebben met het oog hierop de wens uitgesproken nauwer op dit terrein te gaan samenwerken.

3 Stand van zaken na de invoering van de WMCZ

Sinds 1998 zijn de bij de LVT aangesloten instellingen verplicht om een cliëntenraad in te stellen. Het instellen van een cliëntenraad is voorwaarde voor certificatie. Deze certificatie van thuiszorginstellingen heeft plaatsgevonden van maart 1997 tot maart 1999. In die periode zijn 100 instellingen getoetst. Naar de indruk van mw. Oskamp (LVT) is het zeker dat bij 60 instellingen een cliëntenraad is ingesteld. Dit is getoetst door het tonen van verslagen, statuten en oprichtingsdocumenten. Van de andere instellingen is het waarschijnlijk, maar niet zeker.

In het kader van de evaluatie van de WMCZ in de sector thuiszorg zijn naar 103 instellingen die lid zijn van de LVT vragenlijsten gestuurd (zie Tabel B). Hiervan zijn er 74 (73%) geretour-

neerd². Tevens zijn naar de 42 instellingen die aangesloten zijn bij het Branchebelang Thuiszorg Nederland vragenlijsten gestuurd (zie Tabel C). Daarvan zijn er 18 (43%) geretourneerd.

Tabel B Respons van instellingen aangesloten bij de LVT

Verleende zorg	Aantal Instellingen	Geen cliëntenraad	Cliëntenraad Aanwezig	Cliëntenraad in oprichting
AWBZ	40	2	37	1
Alleen kraamzorg	5	1	2	2
AWBZ zorg en Kraamzorg	29	-	29	
Totaal	74	3	68	3

Tabel C Respons van instellingen aangesloten bij BTN

Verleende zorg	Aantal Instellingen	Geen cliëntenraad	Cliëntenraad Aanwezig	Cliëntenraad in oprichting
Particulier	9	9		
Kraamzorg	6	4	1	1
AWBZ zorg	4	2	1	1
Totaal	19	15	2	2

In tabel D wordt een overzicht geboden in het aantal cliëntenraden bij instellingen die wettelijk verplicht zijn om een cliëntenraad in te stellen (zie Tabel D). Van de aangeschreven instellingen zijn 102 reguliere thuiszorginstellingen en 13 bij de BTN aangesloten instellingen wettelijk verplicht een cliëntenraad in te stellen. De onderzoeksgegevens laten zien dat bij 70 (61%) van deze instellingen een cliëntenraad aanwezig is, terwijl bij 5 instellingen een cliëntenraad in oprichting is. Bij 6 instellingen is geen cliëntenraad aanwezig. Vier instellingen bij wie geen cliëntenraad aanwezig is, maken melding van plannen om (met het RPCP) een raad op te richten en raadsleden te werven. Twee zorginstellingen noemen als reden het gebrek aan respons van hun cliënten.

Op grond van de beschikbare onderzoeksgegevens kan geconstateerd worden dat bij een kleine meerderheid (61%) van de instellingen die hiertoe wettelijk verplicht zijn, een cliëntenraad aanwezig is. Met name de instellingen die aangesloten zijn bij de LVT beschikken over een cliëntenraad (92% van de respondenten, en 67% van de aangesloten instellingen). Bij de instellingen die later toegelaten zijn als thuiszorginstelling en lid zijn van de BTN, is de cliëntenraad nog een minder bekend fenomeen (15% van de instellingen die hiertoe wettelijk verplicht zijn). Daarbij moet aangetekend worden dat slechts een minderheid van de bij BTN aangesloten instellingen (13) verplicht is een cliëntenraad in te stellen.

Onduidelijk is de stand van zaken bij de instellingen die niet gereageerd hebben. Geen respons kan betekenen dat er geen cliëntenraad aanwezig is. Als wordt uitgegaan van de meer positieve veronderstelling dat ook bij enkele instellingen die niet gereageerd hebben een raad aanwezig is, dan is het aantal cliëntenraden uiteraard hoger.

² De reactie van de Landelijke Vereniging van Entadministraties is in de tellingen niet verwerkt. Dit is een brancheorganisatie en heeft geen cliënten in de zin van de wet.

Tabel D Aantal cliëntenraden bij instellingen die verplicht zijn een raad in te stellen

Aantal aangeschreven instellingen, dat verplicht is een cliëntenraad in te stellen:	115
Respons van instellingen die verplicht zijn een cliëntenraad in te stellen:	79 (69%)
Cliëntenraad aanwezig	69
Cliëntenraden in oprichting	5
Geen cliëntenraad aanwezig	6

Deze uitkomsten komen grotendeels overeen met de resultaten van het onderzoek van Sluys en Wagner (2000) naar de kwaliteitssystemen in de zorgsector. Daarbij bleek dat bij een iets grotere respons 72 reguliere thuiszorginstellingen (aangesloten bij de LVT) volgens opgave van de directie een cliëntenraad ingesteld hadden. Negen instellingen hadden nog geen cliëntenraad geïnstalleerd.

In het onderzoek van Sluys en Wagner zijn ook de instellingen aangesloten bij de BTN bevroegd. Van de 20 instellingen die reageerden is onduidelijk in hoeverre zij een toegelaten instelling zijn en dus een cliëntenraad moeten instellen. Volgens deze gegevens functioneerde bij 3 van de 20 instellingen een cliëntenraad.

Vergelijken we de uitkomsten van het onderzoek op dit punt met tabel A dan kan geconstateerd worden dat de invoering van de WMCZ een sterke stimulans heeft betekend voor de invoering van medezeggenschapsstructuren in de thuiszorg. Als de onderzoeksgegevens in de meest negatieve zin geïnterpreteerd wordt, waarbij ervan uit wordt gegaan dat non-respons betekent dat er geen cliëntenraad aanwezig is, dan is er in verhouding tot 1996 een aanzienlijke toename van cliëntenraden in de thuiszorg. Uit de gegevens blijkt dat 61% van de instellingen over een cliëntenraad beschikt. Volgens opgave van de instellingen die niet over een cliëntenraad beschikken hebben er 6 plannen om een raad in te stellen. Twee instellingen hebben een poging gedaan om een raad in te stellen, maar concluderen dat de cliënten geen belangstelling hebben.

Gezondheidscentra

De onderzoeksgegevens van Sluys en Wagner (2000), bevestigen de moeizame invoering van de cliëntenraden in de gezondheidscentra. 27 procent van de aan het onderzoek deelnemende centra (n = 67) beschikt over een cliëntenraad. Door 69% van de centra zijn pogingen gedaan om een cliëntenraad op te richten. 27% van de centra konden niet voldoende leden voor een raad vinden. Door 16% van de centra worden binnenkort pogingen gedaan.

Factoren die een succesvolle invoering van een cliëntenraad beïnvloeden zijn:

- Mate van homogeniteit van de populatie. Met name in de meer landelijke gebieden lijkt het makkelijker een groep bewoners aan te spreken. Waar de patiëntenpopulatie sterk wisselt is de betrokkenheid bij het gezondheidscentrum lastiger te realiseren.
- Bewoners zijn meestal minder betrokken bij de abstracte beleidsonderwerpen en meer bij onderwerpen die betrekking hebben op het primaire hulpverleningsproces.

De invoering van een cliëntenraad is succesvol, daar waar een bestaande bewonersgroep wordt omgezet in een cliëntenraad en deze zich vooral concentreert op een meer toetsende en signalerende functie, of anders gezegd een gewetensfunctie.

4 De samenstelling van de cliëntenraden

De WMCZ stelt aan cliëntenraden de eis dat zij representatief dienen te zijn voor de cliënten van de instelling. Het is echter niet duidelijk wat hiermee bedoeld wordt. Zoals hierboven al is

gememoreerd dient volgens de NPCF en de LVT een cliëntenraad te bestaan uit personen afkomstig uit de kring van voor de instellingen relevante patiëntenorganisaties, benoemd na overleg met of op voordracht van het RPCP. Daarnaast kan de raad ook bestaan uit personen die anderszins gebruikers van thuiszorg zijn: bijvoorbeeld individuele cliënten of leden van de thuiszorg/kruisvereniging, na overleg met het RPCP, dan wel de betreffende regionale afdelingen van landelijke patiënten/consumentenorganisaties.

Er is weinig bekend over de samenstelling van de cliëntenraden. Naar de indruk van de geïnterviewden hebben de thuiszorgorganisaties meestal zelf het initiatief genomen tot oprichting van een cliëntenraad. Er zijn vervolgens contacten gelegd met het RPCP of er is geworven door het zetten van advertenties in plaatselijke bladen. De samenwerking met het RPCP is ook bevorderd door de gezamenlijke initiatieven van de LVT en de NPCF.

De NPCF en de RPCP's hebben in het algemeen geen actieve rol vervuld bij het opzetten van cliëntenraden in de gezondheidscentra.

Naar de indruk van de sleutelfiguren is er door de instellingen wel gestreefd naar een min of meer representatieve samenstelling van de raad. In de praktijk bestaat een deel van de raden uit leden van patiëntenorganisaties, terwijl een ander deel op advertenties gereageerd heeft. Het blijkt in de praktijk moeilijk te zijn om door het grote verloop voldoende cliënten te interesseren voor deelname aan een cliëntenraad. De werving van deskundige raadsleden is een regelmatig terugkerend thema in de beantwoording van de open vragen van de vragenlijst: *“Het probleem is om deskundige leden te werven die representatief zijn voor de doelgroep.”* Ook is er sprake van verloop onder raadsleden.

Er is volgens de sleutelfiguren bij allochtonen weinig belangstelling voor deelname aan een cliëntenraad. In Groningen zijn wel pogingen gedaan om allochtonen hiervoor te benaderen, maar deze bleken niet geïnteresseerd in vrijwillige participatie.

De participatie van allochtonen in cliëntenraden van gezondheidscentra komt weinig voor. In Den Haag zijn pogingen gedaan om per nationaliteit een zegsman of vrouw aan te stellen. Dat bleek in de praktijk zeer tijdsrovend en weinig effectief. De betrokkenheid van allochtonen krijgt vooral vorm door de aanstelling van migrantenvoorlichters of intermediairs. Enerzijds hebben zij een voorlichtende functie, de laatste tijd worden zij ook betrokken bij het beter in beeld krijgen van de zorgvraag van groepen patiënten.

5 Het functioneren van cliëntenraden

Het functioneren van de cliëntenraad komt vooral tot uiting in de wijze waarop het adviesrecht is uitgeoefend. Dat komt in de volgende paragraaf aan de orde. In deze paragraaf wordt met name ingegaan op de voorwaarden voor het functioneren.

De geïnterviewden hebben in het algemeen een weinig positief beeld van het functioneren van de cliëntenraden in de thuiszorg. Volgens de sleutelfiguren valt met name de beleidsmatige invulling van het raadswerk de meeste raadsleden zwaar. De fusie- en reorganisatiegolf die in de thuiszorg woedt, lijkt daarbij een belangrijke rol te spelen. De golf van adviesaanvragen die op de juist opgerichte cliëntenraden afkomt, schrikt af. Daarnaast speelt het probleem van het gebrek aan onafhankelijke ondersteuning. De instelling stelt faciliteiten ter beschikking en stelt contactpersonen aan, of geeft in een enkel geval ondersteuning vanuit de instelling. Ondersteuning om vanuit het cliëntenperspectief invulling te geven aan het adviesrecht is meestal niet aanwezig. Deze vorm van ondersteuning is noodzakelijk om de raad als team te laten functioneren, en een netwerk aan contacten op te bouwen binnen en buiten de instelling. Geen enkele organisatie voelt zich verantwoordelijk voor deze vorm van ondersteuning.

Een ander probleem dat daarmee verband houdt is de moeizame relatie met de achterban. Volgens de sleutelfiguren zijn de contacten met de organisaties van de achterban vaak beperkt, waardoor er een sterke neiging is om stokpaardjes te berijden. De betrokkenheid van leden van cliëntenraden bij RPCP's kan in dat opzicht positieve effecten hebben. Sommige cliëntenraden zijn aangesloten bij het RPCP en worden betrokken bij beleidsvorming rond indicatiestelling en de externe beoordeling van de thuiszorgorganisaties. De raadsleden worden op deze wijze ook geïnformeerd over mogelijke knelpunten in de thuiszorg. Ook worden uitwisselingsbijeenkomsten georganiseerd met andere cliëntenraden.

De sleutelfiguren menen dat voor de raden in de thuiszorg het informatiemodel gangbaar is. In de meeste gevallen is het beleid al bepaald en worden de cliënten geïnformeerd. Volgens de geïnterviewden heeft dat ook te maken met het tijdstip waarop informatie wordt gegeven en om advies wordt gevraagd. Op sommige terreinen is er sprake van een consultatiemodel (Kwaliteitsbeleid, klachtrecht). In enkele gevallen, met name bij ongevraagd advies, is het adviesmodel van toepassing.

De resultaten van de enquête bevestigen deze indrukken ten dele. De raden ontberen een goed contact met de achterban: *“Wij missen als leden van de cliëntenraad een duidelijke achterban als klankbord.”* Sommige cliëntenraden trachten dit op te vangen door veel aandacht te schenken aan het informeren van de achterban door informatiebulletins. Eén cliëntenraad is betrokken bij enquêtes onder gebruikers van de thuiszorg, waarbij de raad de bevoegdheid heeft om vragen toe te voegen. Ook wordt gebruik gemaakt van de informatie uit klachtenregistraties.

Verschillende cliëntenraden maken opmerkingen bij de enquête waaruit blijkt dat veel raden nog in een opbouwfase verkeren. Andere raden vermelden dat zij een periode van twee jaar nodig hebben gehad om enige greep te krijgen op hun adviestaken: *“Onze cliëntenraad bestaat sinds december 1998. Wij zitten nog erg in een verkennende fase. Nu gaat het eigenlijk pas wat inhoud krijgen. Wij krijgen genoeg medewerking van onze organisatie. Het is een groeiprocess, waarbij wij in het begin zitten. Over misschien 1 à 2 jaar zouden wij deze enquête heel anders beantwoorden.”*

5.1 Ondersteuning

Een belangrijke voorwaarde voor het goed functioneren van de cliëntenraden is gelegen in de faciliteiten waarover de raad kan beschikken.

Aan de cliëntenraden is gevraagd:

- of zij voldoende informatie krijgen;
- of ze deze informatie tijdig krijgen;
- of ze over voldoende materiële middelen kunnen beschikken;
- of er voldoende personele ondersteuning is.

In het algemeen zijn de raden tevreden over de informatie die ze van de instelling krijgen, over de materiële middelen waarover ze kunnen beschikken en de personele ondersteuning. Veertien cliëntenraden menen dat de cliëntenraad over het algemeen niet tijdig informatie krijgt. Vier cliëntenraden vinden dat zij onvoldoende personele ondersteuning krijgen. Gebrek aan voldoende informatie en gebrek aan voldoende materiële middelen worden ieder door één cliëntenraad naar voren gebracht (zie Tabel E).

Tabel E Ondersteuning (n=70)

Onvoldoende informatie	1	(1%)
Geen tijdige informatie	15	(21%)
Onvoldoende materiële middelen	1	(1%)
Onvoldoende personele ondersteuning	4	(6%)

Het functioneren van een cliëntenraad, zo wordt opgemerkt door een cliëntenraad, is afhankelijk van de wijze waarop een directie met het fenomeen medezeggenschap omgaat. Het gebrek aan behoefte aan ondersteuning en deskundigheidsbevordering kan wijzen op de aanwezigheid van voldoende personele faciliteiten. Als men dit gegeven combineert met de constatering van verschillende raden dat men nog onvoldoende in staat is om advies te geven, kan het ook wijzen op een gebrek aan ambitie van de raad.

6 Het adviesrecht

De uitoefening van het wettelijk adviesrecht behoort tot de kerntaken van de cliëntenraden. Naast de verplichte adviesbevoegdheid mogen cliëntenraden ook ongevraagd van advies dienen over allerlei zaken die voor cliënten van belang zijn.

Aan de cliëntenraden is gevraagd ten aanzien van welke in de wet genoemde terreinen een advies gevraagd is, of de raad een advies heeft uitgebracht en in hoeverre het advies opgevolgd is (zie Tabel F). De cliëntenraden zijn met name om advies gevraagd bij samenwerking en fusieplannen, bij het voordragen van een lid van de Raad van Toezicht, bij de begroting en jaarrekening, bij het kwaliteitsbeleid, bij de klachtenregeling en bij de vaststelling van een (huishoudelijk) reglement voor de cliëntenraad. De raden hebben vooral adviezen uitgebracht over een aantal onderwerpen waarbij verzwaaard adviesrecht bestaat: het kwaliteitsbeleid, het eigen reglement. Daarnaast is vooral geadviseerd over samenwerking en fusie en de begroting. Over verschillende onderwerpen blijkt een groot aantal (meer dan 10%) cliëntenraden niet in staat te zijn een advies uit te brengen, zoals aanmelding, wachtlijsten en afsluiting, kwaliteitsbeleid, en begroting en jaarrekening.

Tabel F Aantal gevraagde en uitgebrachte adviezen conform WMCZ in percentages (N= 70)

Advies Bevoegdheid	Advies gevraagd	Advies uitgebracht
Wijziging doelstelling of grondslag	20	20
Samenwerking of fusie	66	56
Opheffing, verhuizing, verbouwing	30	27
Wijziging organisatie	56	46
Inkrimping, uitbreiding, wijziging van de werkzaamheden	36	31
Benoeming leden directie	36	31
Voordracht lid Raad van Toezicht	71	69
Begroting en jaarrekening	79	66
Aanmelding, wachtlijsten en afsluiting	57	39
Voeding, gezondheid, hygiëne	16	10
Kwaliteitsbeleid	76	64
Klachtenregeling en –behandeling	61	54
Regeling cliëntenraad	71	69

In het algemeen hebben de raden een redelijk positief beeld van de mate waarin de adviezen zijn opgevolgd. De meerderheid van de uitgebrachte adviezen zijn volgens de raden opgevolgd. Met name de adviezen die betrekking hebben op het verzwaard adviesrecht (regeling cliëntenraad, klachtenregeling, kwaliteitsbeleid, voeding en gezondheid) scoren hoog. Daarbij moet aangetekend worden dat over het beleid ten aanzien van voeding, gezondheid en hygiëne slechts zelden geadviseerd wordt. (zie tabel G).

Tabel G Percentage uitgebrachte en opgevolgde adviezen (n=70)

Advies Bevoegdheid	Advies uitgebracht	Advies opgevolgd
Wijziging doelstelling of grondslag	20	16
Samenwerking of fusie	56	41
Opheffing, verhuizing, verbouwing	27	17
Wijziging organisatie	46	39
Inkrimping, uitbreiding, wijziging van de werkzaamheden	31	26
Benoeming leden directie	31	30
Voordracht lid Raad van Toezicht	69	66
Begroting en jaarrekening	66	51
Aanmelding, wachtlijsten en afsluiting	39	27
Voeding, gezondheid, hygiëne	10	10
Kwaliteitsbeleid	64	51
Klachtenregeling en –behandeling	54	49
Regeling cliëntenraad	69	59

Het kwaliteitsbeleid is voor de cliëntenraden een belangrijk thema. 76% van de cliëntenraden zegt om advies gevraagd te zijn op dit terrein. 64% heeft hierover ook een advies uitgebracht, terwijl 51% meent dat dit advies ook werkelijk is opgevolgd. Verschillende cliëntenraden zijn betrokken bij de externe kwaliteitsbeoordeling van de thuiszorg (Kien) door het RPCP. Volgens een onderzoek van de Contactgroep Zorgvragers Zuid-Holland (1999) blijkt uit de kwaliteitsjaarverslagen van de thuiszorgorganisaties in Zuid-Holland dat slechts een minderheid van de thuiszorgorganisaties in Zuid-Holland de cliëntenraad betreft bij het kwaliteitsbeleid. Dit gegeven wordt echter niet bevestigd door de uitkomst van ons onderzoek.

In het onderzoek van Sluys en Wagner (2000) melden de instellingen dat zij de cliëntenraad betrekken bij het bespreken van uitkomsten van klachtenregistratie, satisfactieonderzoek en dergelijke (72%), bij het ontwikkelen van normen en criteria (36%), bij het beoordelen of kwaliteitsdoelen zijn gehaald (43%) en bij het participeren in kwaliteitscommissies (29%). De cliëntenraad wordt in mindere mate betrokken bij het opstellen van protocollen of standaarden (14%) en bij verbeterprojecten (23%).

Verschillende cliëntenraden merken op dat zij nog niet zijn toegekomen aan het adviseren over een van de genoemde onderwerpen, omdat zij pas sinds kort zijn ingesteld. Uit de beantwoording valt af te leiden dat niet altijd duidelijk is dat de raad formeel om een advies is gevraagd of dat de raden door de directie zijn geïnformeerd en hierop konden reageren. Ook wordt een spanningsveld geconstateerd tussen de termijn waarop de organisatie advies wil hebben en de tijd die de cliëntenraad nodig heeft om een advies uit te brengen.

De vraag of een advies is opgevolgd is voor de cliëntenraden niet altijd duidelijk. Adviezen worden 'meegenomen' en de controle op de invloed van adviezen blijft vaak achterwege.

“Onlangs is met de directie afgesproken om nauwgezet terug te rapporteren wat wel/niet overgenomen wordt van onze adviezen.”

In het onderzoek van Sluys en Wagner geven de directies een vrij positief beeld van de wijze waarop met de adviezen van de raad wordt omgegaan. 49% van de instellingen meldt dat de directie zich heeft verplicht de aanbevelingen van de cliëntenraad op te pakken. 70% van de instellingen zegt aan de cliëntenraad te melden wat er met hun aanbevelingen is gedaan.

De meerderheid van de cliëntenraden hebben veelvuldig gebruikgemaakt van de mogelijkheid om ongevraagd advies uit te brengen. De thema's waarop advies is uitgebracht zijn zeer uiteenlopend. Voorbeelden zijn: informatie aan cliënten, eigen bijdrage cliënten, sluiting uitleenwinkels, ondersteuning mantelzorg en telefonische bereikbaarheid.

Gezondheidscentra

Voor de gezondheidscentra is het belangrijk feedback te krijgen op het primaire proces. Er wordt op dit moment veel belang gehecht aan de uitkomsten van cliëntenraadplegingen, die leiden tot concrete verbeteringsvoorstellen. De cliëntenraden vervullen meestal een beperkte rol in dit proces. Volgens Sluys en Wagner betrekken 22% van de centra de opvattingen van de cliëntenraad voor de evaluatie en bijstelling van het beleid. Met name het jaarverslag/werkplan (24%) en de uitkomsten van klachtenregistraties en meningspeilingen (31%) worden volgens de directies besproken met de cliëntenraad. Minder vaak worden cliëntenraden betrokken bij het kwaliteitsbeleid, bijvoorbeeld bij het opstellen van standaarden of protocollen (6%).

7 Colleges van vertrouwenslieden

De WMCZ bepaalt dat iedere instelling een college van vertrouwenslieden moet instellen, waaraan de directie een uitspraak kan vragen indien zij een bepaald voornemen, vallend onder het verzwamd adviesrecht van de cliëntenraad, ondanks het negatief advies van de cliëntenraad toch wil doorzetten. Eén lid wordt benoemd door de directie, één lid door de cliëntenraad en een derde lid wordt door de andere twee samen uitgekozen. De individuele instellingen zijn verantwoordelijk voor de instelling van zo'n college, maar zij kunnen eventueel besluiten om hierin samen te werken, zodat één college voor meer instellingen beschikbaar is.

In 1998 is door de LVT op landelijk niveau het College van Vertrouwenslieden opgericht. Alle instellingen zijn geïnformeerd over het bestaan van dit college en de meeste instellingen hebben zich bij het College aangesloten. Er is tot nu toe geen beroep gedaan op het College van Vertrouwenslieden. De vraag *Wat doet de cliëntenraad als een advies niet wordt opgevolgd?* wordt meestal beantwoord met de opmerking dat deze situatie zich nog niet heeft voorgedaan of dat de raad het advies bij de directie of de raad van bestuur aan de orde stelt: *“De procedure is dat de cliëntenraad hoort van de directie waarom is afgeweken en hierna volgt er overleg en besluitvorming.”*

De raden zien in het feit dat adviezen niet worden opgevolgd, ook bij verzwamd adviesrecht, geen aanleiding om een beroep te doen op het College van Vertrouwenslieden. De cliëntenraden hebben de weg naar het College van Vertrouwenslieden nog niet gevonden. Zij zijn zich nauwelijks bewust van de machtsmiddelen die hen ter beschikking staan. Enkele raden zijn zich nu aan het beraden op hun juridische positie en willen bij afwijking van een (verzwamd) advies de vertrouwenscommissie inschakelen. Door twee raden wordt gemeld dat ook sommige instellingen hiervan nog onvoldoende op de hoogte zijn. Op de vraag wat de raad doet als een advies niet gevolgd wordt, noemen de meeste raden vooral dringend overleg met de Raad van Bestuur en het inschakelen van de vertegenwoordiger in de Raad van Bestuur. Enkele raden merken op dat de instelling nog niet is aangesloten bij een college van vertrouwenslieden. Enkele andere raden vermelden dat een college van vertrouwenslieden wordt samengesteld als daar onverhoopt behoefte aan is.

8 De veranderde positie van cliëntenraden onder invloed van fusie- en reorganisatieprocessen

De WMCZ bepaalt dat er in iedere instelling een cliëntenraad behoort te zijn. Wanneer een zorgaanbieder meer instellingen omvat, dienen er dus even zoveel cliëntenraden te komen.

De invloed van de fusie- en reorganisatiegolf op het functioneren van de cliëntenraden moet volgens de sleutelpersonen niet onderschat worden. Op het moment dat de raden nog in de opbouwfase zitten worden ze geconfronteerd met een veelheid aan adviesaanvragen op dit terrein. Dit heeft bij de cliëntenraad van de zorggroep Almere de onderwerpen waarin de raadsleden zelf geïnteresseerd zijn naar de achtergrond gedrongen. Daarnaast is op dat moment de belangstelling van de instelling voor het onderwerp medezeggenschap gering. Als gevolg van de fusie- en reorganisatiegolf met verzorgings- en verpleeghuizen komt ook de instelling van een centrale cliëntenraad aan de orde. De centrale cliëntenraad bij de zorggroep Almere wordt bijvoorbeeld samengesteld uit de al langer functionerende raden in de verzorgings- en verpleeghuizen en de cliëntenraad in de thuiszorg. In de provincie Groningen zijn drie van de zes instellingen betrokken bij fusie- en reorganisatieprocessen met verzorgings- en verpleeghuizen. Daarbij kan de belangenbehartiging van cliëntenraden anderszins, door de opbouwfase waarin de cliëntenraden in de thuiszorg zitten

Een ander nadeel is dat de leden van de centrale cliëntenraad verder af staan van de dagelijkse gang van zaken bij de aangesloten instellingen en vooral een beleidsadviserende rol krijgen te vervullen. Niet alle zittende raadsleden voelen zich hiertoe aangetrokken.

Ook de enquêteresultaten wijzen erop dat de fusie- en reorganisatieprocessen een onevenredige belasting vormen voor beginnende cliëntenraden: *“Door de fusieperikelen zijn de cliëntenraden druk doende geweest met het reglement van de centrale cliëntenraad.”*

Naast verticale fusie- en reorganisatieprocessen zijn er ook voorbeelden van horizontale reorganisatieprocessen. De Stichting Thuiszorg ICARE heeft vestigingen in de Veluwe, Zwolle, Flevoland en Drenthe. De vier reeds ingestelde cliëntenraden zijn omgevormd tot cliëntencommissies, waarbij de centrale cliëntenraad gevormd wordt door twee personen uit elke commissie. Ook bij andere cliëntenraden (Goeree Overflakkee, Zoetermeer, Den Bosch, Twente) is sprake van de vorming van een centrale cliëntenraad.

De ervaringen met de moeizame invoering van de WMCZ bij de gezondheidscentra is voor de hele huisartsenzorg van belang. Er is een sterke tendens tot de vorming van huisartsengroepen, die naast een beheersfunctie ook beleidsmatige verantwoordelijkheden krijgen. Zij kunnen dan ook onder de WMCZ gaan vallen.

9 Bindende voordracht van een bestuurslid

Artikel 7, lid 1 van de WMCZ verplicht de zorgaanbieder om een statutaire regeling te treffen die erin voorziet dat tenminste één lid van het bestuur of de raad van toezicht wordt benoemd op bindende voordracht van de cliëntenraad (of cliëntenraden). Door 48 raden (zie tabel F) is een voordracht gedaan voor de Raad van Bestuur, waarvan er 46 zijn opgevolgd. Door 22 raden zijn adviezen uitgebracht over de benoeming van de leden van de directie. Daarvan zijn er 21 opgevolgd.

Door twee raden wordt melding gemaakt van een conflict over de bindende voordracht voor de Raad van Toezicht. De directies van beide instellingen zijn van oordeel dat een door de cliëntenraad voorgedragen kandidaat door de Raad van Toezicht geweigerd kan worden. In een

geval is het voorgedragen lid ontslagen op grond van normen vastgelegd in de statuten van de instelling. De raad heeft het geschil voorgelegd aan de rechter.

10 Conclusies

1. De WMCZ is een 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 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, 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 patiëntenkrant, de organisatie van thema-avonden 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 gestreefd hebben 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 raden 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 is 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 waarvoor een verzaamd 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, terwijl onderwerpen die de raadsleden meer aan het hart liggen niet aan de orde komen. 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.

Literatuur

Contactgroep Zorgvragers Zuid-Holland

Kwaliteit thuiszorg. Een formele toetsing van de kwaliteitsjaarverslagen.
Contactgroep Zorgvragers Zuid-Holland, 1999.

Cliëntenraad Eerstelijnsvoorzieningen Almere

Jaarverslag. Eerstelijns Voorzieningen.
Almere, 1999.

Cliëntenraad Thuiszorg Groningen

Jaarverslag 1999.

Dijkstra, L., Meulen H.J. van der, Mourik, A van

Benchmarking in de thuiszorg.
In: *Handboek thuiszorg 1999*, C 8.3, pp. 1-22.

Hoppenbrouwers, A.C.M.

Evaluatie cliëntenraad EVA.
1999.

Landelijke Vereniging van Thuiszorg

Thuiszorg in Nederland, een algemene schets.
2000.

Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra

Handleiding voor de oprichting van cliëntenraden in gezondheidscentra.
Utrecht: LVG, 1997.

LVT/NPCF

Gezamenlijk werkplan NPCF-LVT voor het jaar 1996.
1996.

LVT/NPCF

Voorstel gezamenlijke adviezen LVT/NPCF over cliëntenraden thuiszorg ten behoeve van achterbannen van beide organisaties.
Utrecht: LVT, 1996.

LVT/NPCF

Werkplan 1998/1999.
LVT/NPCF.

Lieshout, P.A.H.

De thuiszorg in de nabije toekomst.
In: *Handboek thuiszorg* 1998, A 1.1, pp 1-8.

NPCF

NPCF Stimuleringsprijs cliëntenraden 1999.
Utrecht.

Pontier, J.F., Schraven, Th. P.M.

Tussenrapport Project Cliëntenraden in de Thuiszorg.
Rotterdam: Bureau Obelon, 1996.

Sluys, E.M., Wagner, C

Kwaliteitssystemen in zorginstellingen: de stand van zaken in 2000.
Utrecht: Nivel, 2000.

Vries, S.E.

Praktijk en mogelijkheden van cliëntenraden in thuiszorgorganisaties. Scriptie Instituut
Beleid en Management Gezondheidszorg.
1995.

Hoofdstuk 7

De WMCZ in de sector welzijn

1 Inleiding

De WMCZ is voor wat betreft de sector welzijn van toepassing op de volgende deelsectoren: de gesubsidieerde kinderopvang, maatschappelijke opvang, algemeen maatschappelijk werk en gecoördineerd ouderenwerk. Uit de ronde interviews met sleutelfiguren uit de sector welzijn is gebleken dat cliëntenraden alleen in de kinderopvang en de maatschappelijke opvang van de grond gekomen zijn.

In het algemeen maatschappelijk werk en het gecoördineerd ouderenwerk zijn cliëntenraden in zeer beperkte mate van de grond gekomen. Uit het onderzoek van Sluijs en Wagner (2000) blijkt dat er in slechts 7% van de instellingen voor het algemeen maatschappelijk werk een cliëntenraad functioneert. Meer dan helft van de instellingen geeft wel aan dat er pogingen gedaan zijn om een cliëntenraad in het leven te roepen.

De literatuurscan laat voor wat betreft het gecoördineerd ouderenwerk zien dat er slechts in een enkel geval met succes een cliëntenraad is opgericht. Zo is er bijvoorbeeld sinds 1997 een cliëntenraad verbonden aan de Stichting Welzijn Ouderen in Axel.

In de deelsectoren van het algemeen maatschappelijk werk en het gecoördineerd ouderenwerk wordt dus niet voldaan aan de eisen van de WMCZ.

We zullen de inventarisatie van het functioneren van cliëntenraden in de sector welzijn verder beperken tot de deelsectoren van de gesubsidieerde kinderopvang en maatschappelijke opvang.

2 De invoering van de cliëntenraden

2.1 Kinderopvang

Van oudsher was het in de kinderopvang de gewoonte om kinderen als de enige echte doelgroep te beschouwen. De afgelopen tien jaar heeft echter een omslag in het denken hierover plaatsgevonden: "Was het tien, vijftien jaar geleden nog vanzelfsprekend om de kinderen als expliciete doelgroep van de instelling te beschouwen, inmiddels is het toch gemeengoed om de ouder als de cliënt aan te merken" (Jansen 1997).

Medezeggenschap van ouders in de kinderopvang is een betrekkelijk nieuw gegeven, al functioneren er al sinds jaar en dag oudercommissies in deze deelsector van welzijn. Dit zijn

over het algemeen groepjes actieve ouders die zich betrokken (willen) voelen bij het reilen en zeilen in het kindercentrum en bij het leef- en opvoedklimaat van hun kinderen (Schepers, 1997). De invloed van deze oudercommissies is echter voor de invoering van de WMCZ min of meer afhankelijk van toevallige factoren zoals “de bereidheid van het kindercentrum om ouders werkelijk mee te laten denken en praten over beleid en organisatie en de aanwezigheid van ouders die tijd en moeite willen investeren”, zo wordt door Schepers (1997) geconcludeerd. Met betrekking tot het functioneren van deze oudercommissies merkt Schepers op dat sommige oudercommissies “zich beperken tot het organiseren van festiviteiten en het ondersteunen van de staf bij de praktische uitvoering van het werk in het kindercentrum. Andere hebben zich een inhoudelijkere positie verworven en praten mee over organisatie en beleid”.

De ontwikkeling van medezeggenschap in de kinderopvang heeft een stimulans gekregen door de oprichting van de landelijke belangenvereniging voor ouders in de kinderopvang (BOInK) in 1995. Het Ministerie van VWS kende BOInK een startsubsidie toe waardoor het mogelijk werd een organisatie voor ouders en oudercommissies in de kinderopvang van de grond te tillen. Eind 1996 waren 800 oudercommissies lid van BOInK. BOInK neemt deel aan verschillende landelijke adviesraden en overleggen. Een van de doelstellingen van BOInK is het ondersteunen van oudercommissies in de uitvoering van hun taak.

BOInK heeft in 1995 aan het NIZW (Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn) opdracht gegeven een onderzoek uit te voeren onder instellingen en oudercommissies via een schriftelijke enquête (Schepers, 1997). Uit dit onderzoek valt op te maken dat er op dat moment in ongeveer 84% van de kinderdagverblijven een oudercommissie aanwezig is, hetgeen overeenstemt met de schatting van BOInK van een aanwezigheidspercentage van oudercommissies van 80% voor de invoering van de WMCZ.

2.2 Maatschappelijke opvang

De invoering van cliëntenraden in de maatschappelijk opvang is pas op gang gekomen met het van kracht worden van de WMCZ: “Het ontstaan van een cliëntenraad vereist een cultuuromslag binnen de instelling voor maatschappelijke opvang. Vroeger liepen cliënten aan de leiband en was er veel betutteling. De benodigde cultuuromslag vindt nu schoorvoetend plaats: de directie moet wennen aan mondige cliënten, en cliënten moeten ook wennen aan hun mondigheid”, aldus de secretaris van de Landelijke Vereniging voor dak- en thuislozen.

De Landelijke Vereniging voor dak- en thuislozen heeft samen met de Federatie Opvang besloten een Landelijk Steunpunt Cliëntenraden in de maatschappelijke opvang op te richten. Via dit steunpunt hoopt men meer systematisch inzicht te krijgen in het functioneren van cliëntenraden binnen de instellingen, belemmeringen op het spoor te komen, te weten te komen welke ondersteuning vanuit de Federatie Opvang gewenst wordt en het draagvlak voor cliëntenraden te vergroten. Het steunpunt is ingericht met subsidie van het Juliana Welzijns Fonds en het Ministerie van VWS. Het Steunpunt fungeert als expertisebureau voor cliëntenraden (in oprichting) en als vraagbaak voor directies die in veel gevallen slecht op de hoogte zijn van de WMCZ. Het Steunpunt Landelijke Vereniging voor dak- en thuislozen wordt dagelijks bemenst door de secretaris van de Landelijke Vereniging voor dak- en thuislozen en een van de regi-overtegenwoordigers van de Landelijke Vereniging voor dak- en thuislozen.

3 Het functioneren van cliëntenraden voor de invoering van de WMCZ

3.1 Kinderopvang

Uit het onderzoek van Schepers (1997) blijkt dat de oudercommissies vooral drijven op actieve ouders die zichzelf aandienen. Pas bij voldoende aanbod worden er verkiezingen gehouden en streeft men naar een vertegenwoordiging door één of twee ouders per groep. In de praktijk komt dit meestal niet voor omdat men met onderbezetting kampt. Veel oudercommissies worstelen met een gebrek aan continuïteit. Men kan dan ook niet spreken van een representatieve vertegenwoordiging van ouders door oudercommissies. De formele status wordt slechts bij ruim eenderde van de oudercommissies geregeld door statuten. Wel hanteert tweederde van de oudercommissies een huishoudelijk reglement.

Uit het onderzoek van Schepers (1997) blijkt verder dat 80% van de oudercommissies materiële ondersteuning krijgt in de vorm van het gebruik kunnen maken van faciliteiten van de instelling (kopieerapparaat, vergaderruimte), administratieve ondersteuning en financiële vergoeding. De financiële vergoeding is bescheiden: de meeste oudercommissies kunnen bedragen tussen f 100,-- en f 500,-- besteden, waarbij f 100,-- het meest genoemd wordt. Gemiddeld komen de oudercommissies acht keer per jaar bijeen. Een enkele oudercommissie vergadert wekelijks. Belangrijke taken van oudercommissies zijn het vertegenwoordigen van de belangen van ouders in het overleg met de instelling, het betrekken van de ouders bij het reilen en zeilen van de instelling en het organiseren van activiteiten voor kinderen en ouders. Het uitstippelen van eigen beleid is niet het sterkste punt van de oudercommissies. De meeste hebben dan ook geen werkplan voor de lange termijn maar bepalen ad hoc de agenda voor de vergadering. De onderwerpen waar oudercommissies zich mee bezighouden zijn zeer divers en lijken bepaald te worden door wat er in de instelling op een bepaald moment speelt.

Oudercommissies zijn zeer creatief in het bedenken van manieren om hun achterban te informeren, zo constateert Schepers (1997) in haar onderzoek: informeel via persoonlijke gesprekken, ouderavonden, enquêtes, exitinterviews, ideeën-/brieven-/klachtenbus, koffieochtenden, telefoonrondjes etcetera.

3.2 Maatschappelijke opvang

Voor de invoering van de WMCZ waren er in de deelsector van de maatschappelijke opvang geen cliëntenraden. In vrijwel alle instellingen voor de maatschappelijke opvang waren er wel bewonersvergaderingen of bewonerscommissies, maar deze beschikten niet over formele bevoegdheden.

4 Het functioneren van de cliëntenraden na invoering van de WMCZ

4.1 Kinderopvang

Alleen de gesubsidieerde kinderopvang (kinderdagverblijven, peuterspeelzalen, naschoolse opvang en gastouderbureau) vallen onder de WMCZ. De particuliere instellingen voor de kinderopvang vallen buiten de reikwijdte van de WMCZ.

Met de invoering van de WMCZ hebben in de kinderopvang de oudercommissies de wettelijke taak gekregen om de belangen van ouders te behartigen. Dit heeft er volgens BOinK toe geleid

dat die instellingen die een oudercommissie wilden, dit ook gerealiseerd hebben. Naar de inschatting van BOinK is in 95% van de instellingen een ouderraadcommissie aanwezig. Dit gegeven wordt bevestigd door de resultaten van een enquête onder de instellingen voor kinderopvang die het Verwey-Jonker Instituut in opdracht van BOinK heeft verricht. Hoewel de enquête een niet-representatieve steekproef betreft, geven de resultaten volgens BOinK een “zeer representatief beeld van de sector, waar het gaat om de werking van de WMCZ”.

Volgens BOinK bestaat de ouderraad meestal uit vier tot zes leden die gemiddeld een keer in de zes weken bij elkaar komen. De centrale ouderraad bestaat uit zes tot twintig leden die een keer in de drie maanden bij elkaar komen.

Een directeur van een kinderopvanginstelling tekent hierbij aan dat het wel een probleem is om voldoende leden te werven voor een ouderraad met als gevolg dat “met name degenen met een grotere geldingsdrang en een hoger opleidingsniveau (vaak afkomstig uit het onderwijs) lid worden van een ouderraad, hetgeen leidt tot een wat eenzijdige afspiegeling van de achterban”.

Net als voor de invoering van de WMCZ hechten ouderraden veel belang aan een goed contact met hun achterban: “Omdat een oudercommissie of gebruikersraad een spreekbuis is voor andere ouders, is het belangrijk afspraken en plannen te toetsen. Via een infobulletin houden we ouders op de hoogte” (Ten Bruggecate, 2000, p. 22).

In de enquête is gevraagd naar de ondersteuning van de ouderraden (zie tabel 1). De meeste oudercommissies zijn van oordeel dat zij voldoende materiële en personele ondersteuning krijgen.

Voldoende en tijdige informatie is van belang om te kunnen bepalen waarover je als ouderraad mee wilt praten. De informatievoorziening aan de oudercommissie kan in de helft van de instellingen naar het oordeel van de oudercommissies beter, zo blijkt uit de enquête (zie tabel 1).

Tabel 1 Ondersteuning van de ouderraden in de kinderopvang (N=74)

	%
Voldoende informatie	68
Tijdige informatie	50
Voldoende materiële middelen	85
Voldoende personele ondersteuning	78

Overigens worden via BOinK cursussen georganiseerd voor oudercommissies in samenwerking met vestigingsmanagers.

4.2 Maatschappelijke opvang

Uit een onderzoek van het Hackenitz & Wagner (1998) blijkt dat er in bijna de helft van de instellingen (44%) een cliëntenraad aanwezig is. Dit gegeven komt overeen met de ‘educated guesses’ van de beleidsmedewerker van de Federatie Opvang en de secretaris van de Landelijke Vereniging voor dak- en thuislozen.

De meeste instellingen hebben wel het initiatief genomen tot de oprichting van een cliëntenraad, maar hebben het daarbij gelaten. Vanwege de continuïteit en stabiliteit gaat men er ook toe over om vaker ex-clieënten of familieleden in de cliëntenraad op te nemen.

In multifunctionele instellingen (of bij fusies met instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg of de jeugdhulpverlening) is de dekking over het algemeen beter, omdat men over meer middelen beschikt: men kan een staffunctionaris vrij maken, en er zijn middelen voor training en scholing van leden van de cliëntenraad.

Instellingen nemen meestal het initiatief tot de oprichting van een cliëntenraad; wanneer het niet lukt, probeert men het op een later tijdstip vaak opnieuw. Waar veel weerstand is, nemen cliënten zelf het initiatief. Volgens een beleidsmedewerker van de Federatie Opvang is “de weerstand bij de instellingen tegen de invoering van cliëntenraden zeer wisselend. In sommige instellingen functioneren de cliëntenraden goed, terwijl bij andere instellingen het in het algemeen niet goed gaat, hetgeen ook samenhangt met de instellingscultuur waarbinnen formele medezeggenschap niet goed past”.

Belangrijk is volgens de Federatie Opvang dat het managementteam de cliëntenraad faciliteert en via middelen hieraan ook prioriteit geeft, maar ook duidelijk maakt dat aan het deelnemen aan een cliëntenraad geen sancties verbonden zijn: “Met name binnen die instellingen die samenwerken met instellingen uit een andere sector, zie je dat er toch een soort inktvlekwerking optreedt. Ook het landelijk steunpunt is in dit kader van belang”.

De Federatie Opvang verzorgt via Reliëf ook cursussen ten behoeve van leden van een cliëntenraad (betaald door de instelling). De raadsleden zijn hier volgens het Landelijke Vereniging voor dak- en thuislozen zeer over te spreken: “De Federatie Opvang heeft ook een bijeenkomst georganiseerd voor deelnemers aan deze cursus, via welke er ook contacten ontstaan zijn tussen de verschillende cliëntenraden”. Volgens de Federatie Opvang zijn veel instellingen ook bereid om scholing en cursussen van leden van de cliëntenraad te betalen.

De gemiddelde cliëntenraad bestaat uit drie tot vijf personen. Hij komt een keer per maand met de directie bijeen. De meeste cliëntenraden houden een of meer keer per week een spreekuur. Het functioneren van een cliëntenraad is verder geregeld via een huishoudelijk reglement.

Voornaamste problemen in het functioneren van een cliëntenraad zijn volgens de Landelijke Vereniging voor dak- en thuislozen:

- In sommige instellingen desinteresse van de leiding en onwetendheid met betrekking tot de cliëntenwetgeving: “Zo wierpen in een aantal instellingen directieleden zich op als voorzitter van een cliëntenraad”.
- Gemakzucht en angst van de cliënten: “Als ik in de cliëntenraad ga zitten ben ik tegenpartij van de directie en loop ik gevaar om niet langer als een gewaardeerde cliënt van de instelling te worden beschouwd”.
- Continuïteit vanwege ‘vlottende populatie’, vooral in vrouwenopvang (verblijfsduur maximaal zes maanden): “Dit wordt opgevangen via inzet van ex-clieënten”.
- Slechte relatie tussen personeel en cliëntenraad (personeel is er nog niet aan gewend dat cliënten wat in te brengen hebben).
- Ondersteuning: “Weinig ondersteuning, ook op punten waar dit volgens de WMCZ wel vereist is (bijvoorbeeld inhuren van experts om begrotingen en jaarverslagen te laten omzetten in begrijpelijke taal); een ondersteuning in de orde van grootte van f 8.000 gulden is veel”. Alleen goed functionerende cliëntenraden hebben volgens de Landelijke Vereniging voor dak- en thuislozen voldoende informatie en materiële middelen; De Landelijke Vereniging voor dak- en thuislozen kent slechts één cliëntenraad met een personele ondersteuner (een medewerker van de instelling die hiervoor vrijgesteld is voor 8 uur per week).

Al met al wordt het bestaan van een cliëntenraad in de maatschappelijke opvang gekenmerkt door weinig stabiliteit: “Ze komen op en overlijden soms na een poosje; de continuïteit is een groot probleem. Belangstelling van cliënten is onvoldoende, vooral bij een erg vlottende populatie als in de vrouwenopvang of de crisisopvang. Daar bedenkt men listen via het benoemen van ex-clieënten of andere betrokkenen rondom de instelling”.

5 Het adviesrecht

Een van de belangrijkste elementen van het functioneren van ouderraden of cliëntenraden vormt de uitoefening van het wettelijk adviesrecht.

5.1 Kinderopvang

In de enquête van BOinK is nagegaan in hoeverre de ouderraden om advies gevraagd wordt over die onderwerpen waarbij dit volgens de WMCZ dient te gebeuren (zie tabel 2).

Tabel 2 **Advies gevraagd conform WMCZ (N=76)**

	N: van toepassing	% inderdaad advies gevraagd
Wijziging doelstelling of grondslag	19	74%
Samenwerking of fusie	31	61%
Opheffing, verhuizing, verbouwing	52	62%
Inkrimping, uitbreiding, wijziging van werkzaamheden	50	60%
Benoeming leden directie	44	55%
Begroting en jaarrekening	58	43%
Beleid plaatsing, wachtlijst, vertrek	54	35%
Beleid voeding, gezondheid, hygiëne e.d.	61	69%
Kwaliteitsbeleid	57	67%
Klachtenregeling en -behandeling	51	73%
Regeling cliëntenraad en andere cliëntenregelingen	49	80%

Uit tabel 2 valt op te maken dat veel instellingen voor de kinderopvang de ouderraad niet om advies vragen over onderwerpen waar dit volgens de WMCZ wel dient te gebeuren: Met name het beleid inzake plaatsing, wachtlijst, vertrek (35% daadwerkelijk om advies gevraagd) en begroting en jaarrekening (43% daadwerkelijk om advies gevraagd) springen er in negatieve zin uit. Al met al fungeren veel ouderraden niet conform de wet.

In de enquête is ook aan de ouderraden gevraagd of zij inderdaad een advies uitgebracht hebben wanneer dit gevraagd werd en of het advies van de ouderraad door de directie opgevolgd is (zie tabel 3).

Tabel 3 **Uitbrengen van advies door ouderraad en opvolgen advies door directie**

	Uitgebracht	Opgevolgd
Wijziging doelstelling of grondslag	86%	58%
Samenwerking of fusie	84%	63%
Opheffing, verhuizing, verbouwing	69%	73%
Inkrimping, uitbreiding, wijziging van werkzaamheden	60%	72%
Benoeming leden directie	94%	73%
Begroting en jaarrekening	72%	72%
Beleid plaatsing, wachtlijst, vertrek	63%	92%
Beleid voeding, gezondheid, hygiëne e.d.	79%	91%
Kwaliteitsbeleid	76%	69%
Klachtenregeling en -behandeling	78%	76%
Regeling cliëntenraad en andere cliëntenregelingen	77%	83%

Uit tabel 3 valt op te maken dat wanneer de ouderraad over een bepaald onderwerp om een advies gevraagd wordt, de ouderraad in de meeste gevallen inderdaad een advies uitbrengt. In veel gevallen wordt dit advies ook door de directie opgevolgd, en bijna altijd wanneer dit het instellingsbeleid met betrekking tot plaatsing, wachtlijst, vertrek (92%) en voeding, gezondheid, hygiëne e.d. (91%) betreft.

Eén van de doelstellingen van de WMCZ is door de medezeggenschap de ouders meer te betrekken bij het kwaliteitsbeleid van de instellingen en hun perspectief een grotere rol te laten spelen in het kwaliteitsbeleid. Uit tabel 3 valt op te maken dat in ongeveer tweederde van de instellingen de ouderraad inderdaad om advies gevraagd is over het instellingsbeleid ten aanzien van voeding, gezondheid, hygiëne, en kwaliteitsbeleid in het algemeen. In de meerderheid van de instellingen heeft de ouderraad daadwerkelijk een advies uitgebracht, dat in het geval van het instellingsbeleid ten aanzien van voeding, gezondheid en hygiëne in bijna alle gevallen is opgevolgd, en in het geval van het kwaliteitsbeleid in de meeste gevallen (zie tabel 3). De directeur van Humanitas benadrukt het belang om ouders te betrekken bij het opstellen van het beleid en het kwaliteitsbeleid: "Ouders zijn waardevolle gesprekspartners en bondgenoten. Ze zijn oplettend als het om verzorging van hun kind gaat. Eventuele missers in het beleid van een kindercentrum worden aan het management doorspeeld (Ten Bruggecate, 2000, p.21)".

Opvallend is dat de meeste ouderraden in de kinderopvang (89%) ook zelf ongevraagd advies uitbrengen. Een directeur van een kinderopvanginstelling merkt hierbij op dat zijn ervaringen hiermee "niet altijd positief zijn, met name waar zij trachten invloed te krijgen op de bedrijfsvoering. Het advies van de raad legt wel veel gewicht in de schaal. Het bestaan van een ouderraad leidt ertoe dat ouders meer betrokken raken bij activiteiten die gericht zijn op bevordering en bewaking van de kwaliteit van zorg. En dit heeft inderdaad effect op de situatie van hun kinderen".

Uit de enquête blijkt dat ongevraagd advies van de ouderraad in het algemeen in iets meer dan de helft van de gevallen (56%) door de directie wordt opgevolgd.

5.2 Maatschappelijke opvang

De Landelijke Vereniging voor dak- en thuislozen maakt een onderscheid tussen goed functionerende en slecht functionerende cliëntenraden. De goede cliëntenraden (naar schatting 20%) fungeren volgens de WMCZ (adviesrecht en verzwaaard adviesrecht).

Een van de cliëntenraden die bekend staat als een goed draaiende cliëntenraad is de centrale cliëntenraad van de Hulp voor Onbehuisden (HVO) Amsterdam. De centrale cliëntenraad is in 1996 opgericht. De raad heeft vijf leden en bestaat uit vertegenwoordigers van vijf decentrale raden die ieder voor zich ook uit vijf á zes personen bestaan. Voor 1996 was er een soort inspraakorgaan van cliënten. Sinds twee en een half jaar is er sprake van een stroomversnelling. Er vindt een omvangrijke reorganisatie plaats, mede als gevolg van de fusie met Regionale Instelling voor Beschermd Wonen (RIBW) Querido, plaats waarbij vrijwel de gehele directie en het bestuur van samenstelling veranderen. De cliëntenraad heeft daarbij een belangrijke inbreng gehad. Alle afdelingshoofden en directieleden moesten opnieuw solliciteren en het oordeel van de raad is van invloed geweest op de uiteindelijke samenstelling van het team. Vanaf dat moment is de raad een serieuze gesprekspartner geworden voor de directie. De ondersteuner is in dienst van HVO en is verantwoordelijk voor de procesmatige begeleiding, maar biedt ook in de praktijk ondersteuning. Het feit dat zij in dienst is van de HVO wordt door de raad niet als een bezwaar ervaren. Er is op dit moment ook geen instelling waar zij mogelijk zou kunnen aanhaken.

De centrale cliëntenraad heeft een vrij gemakkelijk contact met de cliënten via de afdelingen van HVO. Men spreekt elkaar aan. Daarnaast wordt er gewerkt met informatieavonden, brieven naar cliënten en enquêtes. De aanpak is per afdeling verschillend. Ook is er standaard altijd informatiemateriaal aanwezig over het thema cliëntenparticipatie. Er is op decentraal niveau een maal in de week een spreekuur voor cliënten.

Door de cliëntenraad van de HVO wordt het adviesrecht in brede zin uitgeoefend. Zoals bij zaken als samenwerking of fusie, wijziging doelstelling of grondslag, opheffing, verhuizing, verbouwing, belangrijke wijzigingen in de organisatie, benoeming van leden van de directie en Raad van Bestuur, begroting en jaarverslag. In het algemeen wordt er formeel een advies aangevraagd en wordt hier ook formeel op gereageerd. Er is nog geen gebruik gemaakt van de mogelijkheden van het verzwamd adviesrecht. Zo is het beleid ten aanzien van voeding, gezondheid en hygiëne in het verleden min of meer gepasseerd zonder dat de raad erbij betrokken werd. Ook ten aanzien van het klachtrecht is men niet tevreden met de situatie. De klachten lopen nu via het klachtenbureau van het Amsterdams Patiënten Consumenten Platform: Signaal. Intern kwamen ze allemaal bij de afdelingshoofden terecht. Het laatste jaar is er wel geadviseerd over het kwaliteitsbeleid. Er is nog geen advies afgewezen, dus er is ook nog geen aanleiding geweest om een vertrouwenscommissie in te schakelen. Er zijn wel namen genoemd voor de vertrouwenscommissie, maar deze is nog niet ingesteld. Op decentraal niveau wordt het adviesrecht minder vaak gebruikt. Er wordt veel aan de centrale raad overgelaten. Toch zou er met name zorginhoudelijk (behandelplannen) aanleiding zijn om adviezen uit te brengen. Cliënten worden daarbij nauwelijks betrokken.

Er wordt zowel op centraal als op decentraal niveau door de HVO cliëntenraad ongevraagd geadviseerd: bijvoorbeeld over medicijnverstrekking, nazorg, Buddy project, postadressen. Daar wordt ook wat mee gedaan.

Uit het onderzoek van Hackenitz & Wagner (1998) wordt door 44% van de directies in instellingen voor maatschappelijke opvang gemeld dat de uitkomsten van klachtenregistraties of tevredenheidsonderzoeken altijd met cliënten, cliëntenraden of cliëntenorganisaties besproken worden. In ongeveer eenderde van de instellingen vindt volgens dit onderzoek participatie van cliënten(raden) in het kwaliteitsbeleid plaats.

Het komt volgens de Landelijke Vereniging voor dak- en thuislozen in instellingen overigens ook voor dat cliëntenraden bovenwettelijke bevoegdheden krijgen en dat er langs deze weg ook dingen bereikt worden.

6 College van vertrouwenslieden

6.1 Kinderopvang

Er zijn niet in alle instellingen voor kinderopvang vertrouwenscommissies. Ze worden opgericht als er iets aan de hand is.

Met betrekking tot de volgende onderwerpen heeft een ouderraad een zwaarwegend adviesrecht:

- beleid voeding, gezondheid, hygiëne e.d.;
- kwaliteitsbeleid;
- klachtenregeling en –behandeling;
- regeling cliëntenraad en andere cliëntenregelingen.

Uit tabel 3 valt op te maken dat in de meeste gevallen de directie het zwaarwegend advies van de ouderraad opvolgt. Wanneer dit niet het geval is, dan kan de ouderraad een vertrouwenscommissie inschakelen. In de praktijk blijkt de ouderraad ook van deze mogelijkheid gebruik te maken, zo blijkt uit het interview met een directeur van een kinderopvanginstelling en de enquête van BOinK: in totaal hebben 11 verschillende ouderraden een vertrouwenscommissie ingeschakeld toen hun advies niet opgevolgd werd.

6.2 Maatschappelijke opvang

Het komt voor dat de zorgaanbieder het advies van een cliëntenraad wil weigeren. Dan schakelt volgens de Landelijke Vereniging voor dak- en thuislozen de cliëntenraad een commissie van vertrouwenslieden in en in sommige gevallen ook met succes. “Zo heeft in een instelling een lid van een sollicitatiecommissie bezwaar gemaakt dat hij tijdens een sollicitatieprocedure voor een hoofd geen vragen had mogen stellen. De commissie van vertrouwenslieden stelde hem in het gelijk; de sollicitatieprocedure werd overgedaan”.

7 Het stelsel van cliëntenraden binnen de rechtspersoon: centrale cliëntenraden

7.1 Kinderopvang

Ook in de kinderopvang is het in de praktijk haast onontkoombaar om bij een koepelorganisatie uit te gaan van een stelsel van cliëntenraden, zo wordt in een brochure van BOinK (Jansen, 1997) geconstateerd. In de ze brochure worden twee modellen voorgesteld:

- Decentrale oudercommissies: “In deze brochure kiezen wij ervoor om de oudercommissies van de vestigingen te beschouwen als de ‘cliëntenraden’ van de WMCZ. (...) Die centrale oudercommissies richten samen een centrale gebruikersraad op. In feite delegeren zij dan bepaalde rechten aan het centrale niveau “(p.15).
- Centrale ouderraad: “hoewel er op dit punt geen jurisprudentie is, menen sommigen dat de WMCZ het ook toelaat dat er één cliëntenraad op centraal niveau wordt geïnstalleerd (centrale oudercommissie) die bepaalde bevoegdheden delegeert naar de oudervertegenwoordiging op het niveau van de werkeenheid, de ‘ouderwerkgroepen’ (centraal model). De verdeling van de bevoegdheden tussen centrale oudercommissie en de ouderwerkgroepen kan in zo’n situatie met een huishoudelijk reglement geregeld worden. De ouderwerkgroepen op de vestigingen zijn dan geen formele medezeggenschapsorganen” (p. 16).

Uit de enquête van BOinK blijkt dat de meeste instellingen voor de kinderopvang (68%) werken met het model van een centrale ouderraad. Bij een centrale ouderraad heeft meestal elk van de oudercommissies een vertegenwoordiger, waarbij de oudercommissie wel het adviesrecht behoudt ten aanzien van zaken die op de instelling zelf spelen.

De Stichting Humanitas beheert bijvoorbeeld 65 kindercentra, verdeeld over het hele land. Bij deze stichting is de medezeggenschap geregeld via oudercommissies per vestiging en landelijk via een door ouders gekozen gebruikersraad. Via van de WMCZ afgeleide reglementen zijn enkele belangrijke zaken gedelegeerd naar de lokale oudercommissies om hen op deze manier meer bevoegdheden te geven (Ten Bruggecate, 2000). Vanuit de ouders wordt van belang geacht: "Ik merk dat ouders en vestigingmanagers betrokken zijn bij het gebeuren in het kinderdagverblijf en elkaar veel steun geven. Hogerop in de organisatie wordt die lijn zwakker. Het kost daar meer moeite om ervoor te zorgen dat lokale problemen serieus genomen worden".

Een andere instelling voor de kinderopvang beschikt over 11 locatieraden, die elk een lid afvaardigen naar de centrale ouderraad. De directeur van de instelling merkt hierbij het volgende op: "Omdat in de toekomst het aantal locaties zal toenemen, zal gekozen worden voor een ander vertegenwoordigingsstelsel omdat de centrale ouderraad anders te groot wordt. Via een samenwerkingsprotocol hebben de locatieraden bepaalde bevoegdheden afgestaan aan de centrale ouderraad".

7.2 Maatschappelijke opvang

Waar het niet lukt om op de locaties raden van de grond te krijgen, probeert men het via een Centrale Cliëntenraad, van waaruit men locatieraden gaat oprichten. Maar ook dan blijft het moeilijk om mensen te vinden die in een centrale cliëntenraad willen plaatsnemen, zo constateert de Federatie Opvang.

Bij de HVO cliëntenraad zijn er geen bevoegdheden overgedragen van de decentrale raden naar de centrale cliëntenraad: "Feitelijk werkt het als een stok achter de deur. Als we het op decentraal niveau niet voor elkaar krijgen dan gaat de centrale raad ermee aan de slag".

8 Bindende voordracht van een bestuurslid

8.1 Kinderopvang

In de enquête van BOinK is ook gevraagd naar de gang van zaken rondom de bindende voordracht van een bestuurslid. In iets meer dan de helft van de instellingen is dit aan de orde geweest. En in slechts 49% van deze gevallen is de ouderraad daadwerkelijk om een advies gevraagd. Wanneer de ouderraad om een advies gevraagd is, heeft tweederde van hen een advies uitgebracht, dat in alle gevallen ook door de directie gevolgd is.

8.2 Maatschappelijke opvang

In de reglementen van de cliëntenraden 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.

9 Conclusies

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 een 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 ongevraagd 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 er bij dit type instellingen vaker toe over om ex-clieñten 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 ook 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 getrappt 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; wel kan de informatievoorziening in veel instellingen beter geregeld worden. De (materiële) ondersteuning van de cliëntenraden in de maatschappelijke opvang is in de meeste gevallen niet goed geregeld.

Literatuur

Bruggecate, A. ten

Medezeggenschap van ouders krijgt langzaam maar zeker vorm.
In: *Management Kinderopvang* 2000, 4, pp. 21-22.

Hackenitz, E., Wagner, C.

Kwaliteitssystemen in de maatschappelijk opvang.
Utrecht: NIVEL.

Jansen, D.

Ouderparticipatie in de kinderopvang.
In: *Handboek Cliëntenparticipatie*. 1997.

Schepers, W.

Oudercommissies in beeld. Een onderzoek naar het functioneren van oudercommissies in de kinderopvang.
Utrecht: BOinK/NIZW, 1997.

Sluijs, E.M., Wagner, C

Tabellenboek. Kwaliteitssystemen de stand van zaken per zorgsector in 2000.
Utrecht: Nivel, 2000.