



**Houten, 10 november 2016**

## **Reactie KansPlus/VraagRaak op ambtelijk ontwerp van Wet tot wijziging van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) van september 2016**

### **Algemeen**

In het algemeen kan gezegd worden dat dit ontwerp belangrijke verbeteringen bevat in de positie van cliënten/vertegenwoordigers en cliëntenraden. Enkele medezeggenschapsrechten zijn zeker aangescherpt. Op een aantal punten stellen wij echter verbeteringen voor. Dit omdat we ook zien dat de positie van cliënten en cliëntenraden bij enkele punten onvoldoende uit de verf komt of zelfs verzwakt ten aanzien van de zorgaanbieder. Dit kan toch niet de bedoeling zijn. Als argumentatie wordt veelal het belang van maatwerk genoemd. Dit mag echter niet betekenen dat de positie van cliënten en vertegenwoordigers ernstig verzwakt wordt. In de onderstaande reactie komen we daar bij enkele onderwerpen op terug.

In het algemeen willen wij voorts nog stellen dat het wetsontwerp ons inziens nog te weinig uitgaat van het cliëntenperspectief. Een perspectief dat in beleidsnota's en andere wetgeving terecht steeds meer naar voren komt en waarbij meer en meer sprake is van cliëntsturing. Dit gebrek is het beste te zien in artikel 2. De zorgaanbieder regelt schriftelijk het aantal leden, de wijze van benoeming, welke personen lid kunnen worden, de zittingsduur, bepaalt wat redelijkerwijs representatief kan worden geacht, wat is "in staat geacht worden de gemeenschappelijke belangen te behartigen". De nadruk ligt op de zorgaanbieder en heeft het initiatief. Weliswaar heeft de cliëntenraad instemmingsrecht, maar de instemming is afhankelijk van breed interpreteerbare begrippen als redelijk, bedrijfsorganisatorische, bedrijfseconomische en bedrijfssociale redenen. Het omgekeerde had ook geformuleerd kunnen worden: de cliëntenraad (indien deze er is of anders een zo mogelijk gekozen cliëntenvertegenwoordiging) regelt het aantal leden, de wijze van benoeming, welke personen lid kunnen worden, de zittingsduur, etc. Desnoods met de bepaling dat de zorgaanbieder voor geschilbeslechting bij de Landelijke Commissie voor Vertrouwenslieden (LCvV) terecht kan (om bemiddeling verzoeken is ook nog mogelijk). Het initiatief ligt dan duidelijker bij de cliëntenraad (die onafhankelijk ondersteund wordt) en kan zo meer sturen. Wellicht is dit voorbeeld op de grens van de medezeggenschap en zeggenschap, maar ons inziens blijft de zorgaanbieder genoeg instrumenten behouden (overleg en geschilbeslechting) om bij te sturen. Wij stellen voor dat de mogelijkheden en onmogelijkheden van dit model door u in alle openheid naar veld en Tweede Kamer goed afgewogen worden.



## **Reikwijdte**

De bepalingen zijn alleen van toepassing op de zorginstellingen die zorg verlenen die gefinancierd worden ingevolge de Wet Langdurige Zorg (WLZ), artikel 1 van de Zorgverzekeringswet (ZVW) en de Kaderwet VWS-subsidies. Wij zouden graag zien dat instellingen voor langdurige zorg die ook zorg bieden conform de Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) verplicht worden dezelfde medezeggenschapsregels te hanteren als die van de WMCZ. Nu wordt aan de zorgaanbieder overgelaten of dit daadwerkelijk gebeurt. De kans op twee - voor cliënten onbegrijpelijk - regimes binnen een instelling is in elk geval sterk aanwezig. Hetzelfde geldt voor instellingen die WLZ-zorg bieden en zorg conform de Jeugdwet.

## **Vertegenwoordigers**

Het begrip vertegenwoordigers wordt in de wet en de MvT geregeld gebruikt. Graag zouden wij zien dat dit begrip toegelicht wordt dan wel gedefinieerd in artikel 1. Gaat het alleen om de wettelijk vertegenwoordigers of ook bijvoorbeeld de vertegenwoordigers zoals gedefinieerd in de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Wellicht wordt gedacht aan alleen het wettelijk vertegenwoordigerschap (curator, bewindvoerder dan wel mentor). Om de wet hanteerbaarder te houden staan wij een bredere interpretatie voor.

## **Inspraak**

Wij onderschrijven graag het belang van artikel 2 waarin aangegeven wordt dat de zorgaanbieder verplicht is om alle individuele cliënten en hun vertegenwoordigers inspraak te geven over zaken die direct van invloed zijn op hun dagelijkse leven. Verstandig is ook de informatieplicht van de zorgaanbieder jegens de cliënten en hun vertegenwoordigers wat betreft de resultaten, alsmede de verplichting van de Cliëntenraad de resultaten bij de werkzaamheden te betrekken. Het artikel geeft echter erg veel vrijheid aan de zorgaanbieder. Wij zien echter ook het voordeel van maatoplossingen per instelling. Wij zouden graag zien dat in de Memorie van Toelichting (MvT) wat meer voorbeelden worden genoemd. Dit geeft zowel de cliëntenraad als de zorgaanbieder wat meer houvast. Wij denken dan bijvoorbeeld aan de voorbeelden genoemd in het aan de Tweede Kamer gezonden onderzoeksrapport "Medezeggenschap op maat, onderzoek naar de wijze waarop vorm en inhoud wordt gegeven aan medezeggenschap van cliënten in de zorg" van het Verwey-Jonker Instituut d.d. april 2015: klanttevredenheidsonderzoek, exit-enquêtes (met cliënt of vertegenwoordigers bij vertrek of bij het overlijden van de cliënt met de vertegenwoordigers), klantpanels of overleg met patiëntenvereniging (in de langdurige zorg: familieverbanden, cliënten- of familievereniging).



Wij begrijpen niet goed waarom deze laatste variant is overgeslagen (opname in de MvT werd wel na vragen onzerzijds aangekondigd tijdens de presentie van 23 juni jl.).

Terecht worden huiskamergesprekken genoemd als voorbeeld. De inspraak houdt echter niet op bij dit niveau. Deze kan ook plaatsvinden op het niveau van een locatie, afdeling of instellingsniveau. Het gaat er immers om dat mensen in de gelegenheid zijn inspraak uit te oefenen in aangelegenheden die *direct* van invloed zijn op hun dagelijkse leven. Beslissingen hieromtrent vinden op alle niveaus plaats. Natuurlijk ligt de prioriteit op het laagste niveau, maar aanvullend is het arrangeren van inspraak op meerdere niveaus veelal erg belangrijk gezien de implicaties voor de verschillende niveaus. Duidelijk zal zijn dat dit onverlet is de rol die de cliëntenraad heeft en waar wij ook aan hechten. In dit verband verwijzen wij nog naar het genoemde rapport van het Verwey-Jonker Instituut (pagina 41) met de strekking dat naast de medezeggenschap alternatieve, meer gelijkwaardige vormen van communicatie dienen gevonden te worden tussen management, professionals en cliënten, wat moet leiden tot meer gelijkwaardige samenwerking. Op basis van “deze werkwijze nemen cliënten zelf het initiatief om hun leefomstandigheden te verbeteren in samenwerking met medewerkers”. Het rapport ziet één en ander als aanvulling op de formele medezeggenschap die niet effectief is. Duidelijk zal zijn dat het hier gaat om inspraakachtige formules.

### **Betrokkenheid bij de voorbereiding van een besluit**

Positief is dat in de medezeggenschapsregeling geregeld dient te worden op welke wijze een cliëntenraad wordt betrokken bij een aantal genoemde besluiten. Het lijkt ons verstandig, juist om het proces van advisering te vergemakkelijken, dat een en ander vastgelegd wordt ten aanzien van alle onderwerpen waar instemmingsrecht voor vereist is. Daarnaast is van belang dat ook niet alleen cliëntenraden betrokken worden bij de voorbereiding van genoemde besluiten maar ook cliëntengroepering, vrijwilligersgroepering, familieverbanden en familieverenigingen en dergelijke. Voordeel hiervan is ook nog dat bij dit soort verbanden bij complexe vraagstukken of adviesonderwerpen onder de leden specifieke expertise bestaat op specifieke terreinen<sup>1</sup>. De Zorgbrede Governancecode 2017 wijst er op dat naast de betrokkenheid van de medezeggenschapsorganen ook de dialoog met interne overige belanghebbenden van groot belang is. Hiernaar kan in de MvT gewezen worden (zie ook hierboven onder inspraak).

---

<sup>1</sup> Deze expertise wordt via het verband kosteloos ter beschikking gesteld van cliëntenraad of de zorgorganisatie



## Instellingsbegrip

In artikel 3, lid 4 wordt bepaald dat voor elke instelling een cliëntenraad wordt ingesteld, tenzij dit in redelijkheid voor die instelling niet aangewezen is te achten. Wij vinden deze laatste toevoeging onterecht. Nu geldt dat voor elk in de maatschappij als zelfstandige eenheid optredend organisatorisch verband dat zorg verleent de zorgaanbieder gehouden is een cliëntenraad in te stellen. Cliënten hebben zo een belangrijke zekerheid middels een cliëntenraad medezeggenschap te kunnen plegen indien het gaat over het reilen en zeilen van een dergelijk organisatorisch verband. In wezen is dit de basis van het medezeggenschapsrecht. Met name bij de grotere zorgaanbieders (en daar zijn er door de schaalvergrotingsprocessen veel van ontstaan de laatste jaren) bestaat de neiging de cliëntenraden van kleinere eenheden overbodig te vinden. Door de gepleegde redelijkheidstoevoeging zijn de rechten van cliënten op het basisniveau in één keer een stuk zwakker geformuleerd en dit vinden wij dan ook een ernstige verzwakking van de rechten van cliënten. Wat is redelijk. Dit kan alle kanten uitgaan qua interpretatie

De MvT is ook al niet erg geruststellend. Gesteld wordt dat “*niet uitgesloten* is dat de verplichting tot onder bepaalde omstandigheden tot onwerkbaar situaties zal leiden, bijvoorbeeld indien een zorgaanbieder bestaat uit een heleboel kleine instellingen en er daardoor tientallen cliëntenraden zouden worden ingesteld elk voor slechts een gering aantal cliënten”. Wat zou daar op tegen zijn? Zoals gezegd is het juist de essentie van de wet cliënten middels cliëntenraden medezeggenschap te geven. En tegenwoordig zijn er zeer veel grote zorgaanbieders met een heleboel kleine instellingen. Daarnaast wordt in de MvT aangegeven dat *uitgangspunt* is dat er sprake is van verschillende cliëntengroeperingen met verschillende belangen en zekere mate van zelfstandigheid. Het begrip uitgangspunt houdt in dat er van afgeweken kan worden door de zorgaanbieder. Voorts wordt aangegeven dat “het niet goed mogelijk is om bij wet precies te bepalen in welke gevallen er één of meerdere raden per zorgaanbieder moeten worden ingesteld”. Dit is in de huidige wet wel bepaald en middels jurisprudentie wordt dit nader ingevuld (medio december wordt uitspraak Hoge Raad verwacht over het instellingsbegrip).

De toevoeging van artikel 2 in het ambtelijk ontwerp (inspraakartikel, op zich positief) zal er ook mogelijk nog toe leiden dat zorgaanbieders minder hechten aan cliëntenraden op de lagere niveaus en dit kunnen gebruiken als argument geen cliëntenraad in te stellen voor alle organisatorische verbanden waar zorg geboden wordt.

Al met al stellen wij voor de toevoeging achterwege te laten. Indien dit niet gebeurt, zal de aanstaande uitspraak van de Hoge Raad weinig waarde hebben. Immers met de toevoeging van het redelijkheidsbeginsel zal opnieuw jurisprudentie worden ontwikkeld moeten worden en breken jaren van onzekerheid aan.



Onduidelijk in artikel 3 is voorts wat er gebeurt indien een groep cliënten op basis van het instellingsbegrip opeist dat er voor hun voorziening een lokale cliëntenraad moet komen in het geval de medezeggenschapsregeling dit niet toelaat. Hebben de Centrale Cliëntenraad (CCR) en de zorgaanbieder hier al of niet een bepalende stem in het kader van de medezeggenschapsregeling. Wat gebeurt er indien zij niet meewerken? Heeft de groep cliënten dan nog rechten op basis van het instellingsbegrip. Het lijkt ons van belang dat de wetgever in de MvT deze casus (en vergelijkbare andere casussen) verduidelijkt.

### **Centrale Cliëntenraden**

Duidelijker zal in artikel 3, lid 5 of in de MvT moeten worden vastgelegd dat het instellen van een CCR niet betekent dat kan worden afgezien van cliëntenraden conform het instellingsbegrip. Daarnaast kan in de MvT aangegeven worden dat er bij zeer grote zorgorganisaties in plaats van twee niveaus ook drie niveaus van raden zijn, bijvoorbeeld cliëntenraden, regionraden of sectorraden en CCR's. Ook verdient het aanbeveling wat voorbeelden te geven van bevoegdheidsverdelingen. In het recente rapport van het Instituut voor beleid en Management van de Erasmusuniversiteit en andere studies zijn de nodige handreikingen gedaan. Brancheorganisaties en cliëntenorganisaties zouden in de MvT opgeroepen kunnen worden een globale modelregeling te maken, met als uitgangspunt de aanstaande jurisprudentie van de Hoge Raad over het instellingsbegrip.

Graag zouden wij ook zien opgenomen in de MvT de casus wat er gebeurt indien een lokale raad een medezeggenschapsrecht wil terughalen naar de lokale raad.

Tenslotte zal beter moeten worden vastgelegd dat cliëntenraden op het lokale vlak te allen tijde zelf dienen in te stemmen met overdracht van bevoegdheden en ook in de gelegenheid zijn eenmaal overgedragen bevoegdheden terug te halen.

Van belang is ook beter toe te lichten dat niet alleen de CCR instemmingsrecht heeft met betrekking tot het medezeggenschapsreglement maar dat het in de eerste plaats de cliëntenraden zijn die dit recht toekomt, tenzij de cliëntenraden dit recht hebben overgedragen.

### **Vacatures cliëntenraad**

In artikel 3, lid 9 is geregeld dat vacatures op een daarvoor geschikte wijze onder de aandacht van de cliënten en hun vertegenwoordigers gebracht dienen te worden. In de MvT wordt aangegeven dat ook kan middels advertenties in de kranten. Voor de VG-sector is dit in ieder geval niet voor de hand liggend. Iedereen kan gewoon via een schrijven benaderd worden. Terecht wordt in de MvT bij artikel 3, lid 2, ook het middel van verkiezingen uitdrukkelijk genoemd. Dit heeft de voorkeur indien zich voldoende kandidaten melden. Van belang is ook dan dat de zorgaanbieder faciliterend optreedt. Daar is helaas niets over opgenomen.



### **Ongevraagd adviseren**

De Cliëntenraad kan conform artikel 5, lid 2, ongevraagd adviseren inzake onderwerpen die voor cliënten van belang zijn. Terecht wordt in de MvT aangegeven dat dat dus ook geldt ten aanzien van de onderwerpen die in artikel 7 en 8 worden genoemd. Gezien het belang van die artikelen is het dan ook logisch dat dezelfde advies- en instemmingsrechten gelden als genoemd in artikel 7 en 8. Van belang is ook dat ongevraagde adviezen, evenals overigens de gevraagde adviezen ex artikel 8, schriftelijk worden uitgebracht teneinde verwarring te voorkomen. Dit alles dient in extra leden bij artikel 7 en 8 vervat te worden.

### **Contacten met achterban cliëntenraad**

De cliëntenraad wordt gestimuleerd meer contact te hebben met de achterban en daarnaast de resultaten van de inspraak betreft bij de werkzaamheden. In de MvT dient opgenomen te worden dat dit consequenties kan hebben voor de redelijke termijn waarop cliëntenraden moeten reageren op adviesaanvragen. Voorts is van belang dat de zorgaanbieder faciliterend optreedt indien daar om gevraagd wordt.

Wat gemist wordt is dat de zorgaanbieder – teneinde de cliënten te stimuleren hun medezeggenschapsrechten (inspraak, beïnvloeden cliëntenraad, etc.) – verplicht is de cliënten en hun vertegenwoordigers tijdig te informeren over belangrijke ontwikkelingen in de zorgorganisatie. De wet gaat immers over medezeggenschap cliënten en niet alleen over cliëntenraden. Een artikel hierover is een belangrijk sluitstuk in de opbouw van een goed functionerende medezeggenschap.

### **Verplichting noodzakelijke voorzieningen en financiële middelen ter beschikking te stellen.**

Wij vinden de nieuwe tekst in artikel 6 een behoorlijke vooruitgang. In de MvT worden brancheorganisaties en organisaties van cliënten en cliëntenraden opgeroepen een modelfinancieringsregeling te maken waarin normatief wordt vastgelegd welke middelen een cliëntenraad “redelijkerwijs nodig” heeft. En zo hieraan gezamenlijk richting geven Wij zullen ons daar graag voor inzetten. Een punt is echter dat niet zeker is of dit gaat lukken. Wij kunnen ons voorstellen dat - indien het partijen binnen een half jaar na het van kracht worden van de wet niet lukt tot overeenstemming te komen - het kabinet dan wel de Minister die richting geeft. Dit middels een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) of een ministeriele beschikking. Wellicht moet hiervoor een artikel ten behoeve van wetsdelegatie worden opgenomen. Mogelijk zal de Minister overwegen dat bij gebreke aan een modelregeling de LCvV maar voor de nodige jurisprudentie zal moeten zorgen. Maar dit heeft het bezwaar dat veel lang onduidelijk zal blijven en dat voor cliëntenraad en zorgaanbieder veel tijd, energie en geld gaat zitten in geschilbeslechting.



In artikel 6, lid 3 is geregeld dat cliëntenraad en zorgaanbieder ook een budget kunnen afspreken. Een eventuele overschrijding van het budget hoeft niet door de zorgaanbieder geaccepteerd te worden. Indien de overschrijding van het budget het gevolg is van het inhuren van externe expertise is dat niet redelijk. Op het moment dat een jaarbudget wordt afgesproken (meestal nog voor de jaarbegroting wordt vastgesteld) is voor de cliëntenraad niet te overzien welke adviesaanvragen in het begrotingsjaar gedaan zullen worden dan wel of en zo ja welke ongevraagde adviezen gegeven zullen worden. Voor een deel hiervan zal externe expertise van belang zijn. Het zou onjuist zijn indien in voorkomende gevallen geen expertise ingehuurd kan worden. Derhalve dient hier, zoals dat ook gebeurt bij rechtsgedingen, een uitzondering gemaakt te worden. Indien dit niet gebeurt zal duidelijk zijn dat weinig cliëntenraden er baat bij hebben een budget af te spreken. Wij zullen het in elk geval een cliëntenraad ontraden indien de tekst hetzelfde blijft.

### **Onafhankelijke ondersteuning**

Voor de cliëntenraden is van groot belang dat de cliëntenraad geheel vrij is te kiezen uit verschillende alternatieven met betrekking tot de vraag wat onafhankelijke ondersteuning is. Dus ook indien men kiest voor een ondersteuner van buiten de zorgorganisatie. Alleen al de schijn van afhankelijkheid kan men willen voorkomen. Ten aanzien van de *kosten* is geregeld dat een geschil kan worden voorgelegd aan de LCvV. Maar indien er uitsluitend verschil van mening is over de vraag wat onafhankelijk is, is deze rechtsgang niet expliciet mogelijk gemaakt. Indien dit impliciet wel het geval is zal de LCvV rekening moeten houden met de toelichting uit de MvT. Hier spreekt de wetgever echter min of meer een voorkeur uit voor een onafhankelijke ondersteuner in dienst van de zorgorganisatie en dat alleen in het geval naar de mening van de cliëntenraad “de ondersteuning op onvoldoende onafhankelijke wijze wordt uitgevoerd” de cliëntenraad zich kan “wenden tot de zorgaanbieder en *vragen* alsnog zorg te dragen voor de bekostiging van onafhankelijke ondersteuning”. Vervolgens kan de zorgaanbieder uitsluitend variaties van oplossingen aanbieden die gemeen hebben dat mensen van binnen de organisaties ondersteunen. Er ontstaat dan een patstelling indien geschilbeslechting middels de LCvV niet mogelijk is. Indien dit wel kan, kan de LCvV niet om de MvT heen. Juister is dat de MvT qua alternatieven geheel neutraal geformuleerd wordt en dat bij verschil van mening de cliëntenraad uiteindelijk zelf beslist. Dit laatste dient ook toegevoegd te worden aan artikel 6.

### **Adviesrechten**

Van groot belang is in de huidige WMCZ dat cliënten middels de cliëntenraad verzwaaard adviesrecht hebben over de aanstelling van personen met de leiding van een onderdeel van de instelling waarin 24-uurs zorg wordt verleend. Het is een cruciaal recht en van groot belang voor de kwaliteit van de zorg. Ten onrecht wordt dit artikel “gedegradeerd” naar de gewone adviesrechten.



Het feit dat wel in artikel 3, lid 3 onder e, een bepaling is opgenomen (betrokkenheid cliëntenraad bij selectie en benoeming) doet daar niets van af. De cliëntenraden verliezen hier een cruciale rol ter versterking van de positie van de zorgaanbieder. Wij vinden dit onacceptabel. Wij stellen voor het oorspronkelijke verzwaarde adviesrecht terug te laten komen bij het instemmingsrecht. Daarnaast is van belang dat in de MvT bij artikel 3, lid 3 onder e (betrokkenheid cliëntenraad bij selectie en benoeming), duidelijk gemaakt wordt dat de cliëntenraad bij het profiel en de eerste selectie vanaf het begin betrokken wordt.

Cruciaal voor het functioneren van de zorgorganisatie is het functioneren van de Raad van Toezicht (of het bestuur indien er een directeur is) en de Raad van Bestuur (directeur bij een bestuursmodel). En derhalve ook adequate profielen van de leden. Artikel 8, lid 1, onder b regelt alleen de profielschets van personen als bedoeld in artikel 15 van de Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg (WKKGZ). Het verdient aanbeveling dit artikel uit te breiden met de profielen van bovenstaand genoemde functionarissen en toezichthouders.

Nieuw is dat adviesrechten via de weg van de medezeggenschapsregeling vrijwillig kunnen worden beperkt. Wij vinden dit zogenaamde flexibiliseringsartikel niet terecht. Zoals uit verschillende onderzoeksrapporten naar voren kwam is de cliëntenraad veelal de zwakste partij, ook al zal de positie nu in de praktijk wat meer versterkt worden. De wetgever behoort deze te beschermen. Opname van een dergelijk artikel is ook overbodig. Ad hoc kan een cliëntenraad laten weten geen behoefte te hebben aan het uitbrengen van advies. Daarnaast is het een ingewikkeld proces – indien de cliëntenraad spijt krijgt van het afstaan van een adviesrecht – het adviesrecht weer terug te krijgen. De medezeggenschapsregeling of bepaalde artikelen eruit kunnen immers niet eenzijdig worden ingetrokken. De zorgaanbieder kan weigeren een voorgenomen besluit te nemen en voor te leggen aan de cliëntenraad.

De cliëntenraad kan wel ongevraagd advies geven aan de zorgaanbieder, maar dan geldt ten onrechte niet het instemmingsrecht. In een extra lid dient dit ons inziens gecorrigeerd te worden. Onduidelijk is ook of de LCvV in het geval van ongevraagd advies een geschil kan beslechten, maar op basis van welke principes moet de LCvV dan een oordeel vellen. Indien toch vastgehouden wordt aan dit flexibiliseringsartikel dient vastgelegd te worden dat de cliëntenraad te allen tijde afgestane adviesrechten die in de wet genoemd zijn kan terughalen middels een eenvoudige mededeling.

Terecht wordt in de MvT het middel van cliënteffectrapportages genoemd als een mogelijkheid voor de zorgaanbieder om de consequenties in beeld te brengen voor de cliënten naar aanleiding van een voorgenomen besluit. Wij zouden echter verder willen gaan. Van belang is dat zorgaanbieders te allen tijde die consequenties adequaat in beeld brengen middels een effectrapportage.





Dat hoeft niet via kostbare extern gemaakte rapportages, maar kan eventueel ook in de adviesaanvraag worden verwerkt. Maar wel op een systematische wijze, niet met meer algemene bewoordingen in de zin van “geen consequenties” of “beperkte consequenties”. Cliëntenraden dienen standaard onderbouwde paragrafen tegemoet te kunnen zien.

### **Voordrachtsrecht van één lid van de Raad van Toezicht**

Dit is een uitermate belangrijk onderdeel van het wetsontwerp (artikel 11, lid 1). In het kader van goed bestuur en toezicht en vertrouwen in de Raad van Toezicht hechten wij zeer aan dit voordrachtsrecht.

### **Toezicht en naleving**

In de huidige wet is bepaald dat de cliëntenraad zich in een aantal gevallen kan wenden naar de kantonrechter met het verzoek de kantonrechter te bevelen een aantal essentiële in de wet vastgelegde rechten na te komen. Deze nalevingartikelen komen niet meer terug en zijn vervangen door publiekrechtelijk toezicht vanwege de IGZ. Het is alleen nog mogelijk via de kantonrechter de zorgaanbieder te dwingen een bindende uitspraak van de LCvV na te komen. De rechten van cliëntenraden zijn hier zo lijkt het minder sterk geworden. IGZ is juridisch immers beperkt geëquipeerd klachten of verzoeken tot handhaving van de WMCZ te beoordelen. Uitbreiding qua deskundigheid zal waarschijnlijk nodig zijn. Daarnaast is een punt dat het type die tot dusverre aan de kantonrechter werden voorgelegd (hoofdzakelijk samenwerkingsperikelen en discussies over uitleg van wetsartikelen) slechts in zeer weinig gevallen te maken hebben met veiligheid en kwaliteit van zorg en dus niet met het expertisegebied van de IGZ. Het gevaar bestaat dat, daar waar de kantonrechter nogal eens bereid is om zaken pragmatisch te benaderen, de IGZ met een strak toezichtskader moet werken. De vraag is ook hoe gaat serieuze civielrechtelijke jurisprudentie over de WMCZ tot stand komen als de IGZ als hoogste interpretatieve instantie fungeert? Ook kan IGZ ruimere termijnen hanteren die doorgaans aan de orde zijn bij de kantonrechter. Ook dit zal beperkt moeten worden. Graag zouden wij zien dat in de MvT uitgebreider op deze aspecten wordt ingegaan indien u uw zienswijze handhaaft.

Wat betreft de LCvV verdient het aanbeveling dat goed wordt vastgelegd dat spoedprocedures mogelijk zijn. Dit om te voorkomen dat procedures langdurig lopen indien haast geboden is.

### **Schriftelijk verslag wijze van toepassing WMCZ**

Dit artikel is vervallen. Dit betreuren wij. Immers het verslag gaf cliëntenraden en cliënten/vertegenwoordigers juist een aangrijpingspunt terug te kijken op de gang van zaken ter zake en er - samen met de zorgaanbieder - van te leren. Voorts is het een niet onbelangrijk document in de verantwoording, intern naar de Raad van Toezicht en extern naar IGZ (IGZ heeft juist een nieuwe rol van toezichthouder).

**KansPlus, belangennetwerk verstandelijk gehandicapten**

**De Haag 15-1**

**3993 AV Houten**

[www.kansplus.nl](http://www.kansplus.nl)