

Reactie op het wetsvoorstel herziening WMCZ.

Bij de zorgaanbieder waar mijn kind zorg ontvangt bestond de medezeggenschap tot voor 1,5 jaar geleden uit drie lagen: lokaal, regionaal en centraal.

Na een reorganisatie werd ook de medezeggenschapsstructuur aangepast. Er werd een voorstel gelanceerd waarin sprake was van 2 lagen: op sectorniveau en centraal (dus geen lokale medezeggenschap meer). Dat werd voorgelegd aan de lokale en regionale raden. Vrijwel alle bezwaren en verzoekschriften die deze raden naar voren brachten (waaronder het verzoek tot behoud van medezeggenschap op lokaal niveau), werden 'professioneel' weggewuifd met steun van de centrale raad. De nieuwe medezeggenschapsstructuur was een feit. Bij de presentatie werd trots gemeld dat de nieuwe structuur werd gedragen door 99 % van de cliënten en vertegenwoordigers....

Inmiddels is de nieuwe structuur 1,5 jaar in functie. Er zijn grote problemen met het bemensen van met name de sectorraden. In een aantal gevallen worden vertegenwoordigers van verschillende sectoren bij elkaar gevoegd, zodat er toch een 'sectorraad' kan worden geformeerd. Deze raden dienen de algemene belangen van vele honderden cliënten te behartigen. Dat lukt niet. Brieven van ouders met klachten worden weggewuifd als zijnde individuele gevallen die maar in het groepsoverleg/huiskamergesprek moeten worden opgelost.

Hieronder volgt een betoog vóór wettelijke medezeggenschap met afdwingbare bevoegdheden op een laag niveau in de organisatie, het niveau waar daadwerkelijk zorg geboden wordt.

1. *Waarom moet cliëntenmedezeggenschap eigenlijk wettelijk geregeld zijn?*

Het antwoord op deze vraag is beschamend: omdat zorgaanbieders dit nooit uit eigen beweging zullen regelen en daarom door de wetgever moeten worden gedwongen.

2. *Waarom moeten cliëntenraden worden ingesteld op instellingsniveau, het niveau waar daadwerkelijk zorg wordt verleend?*

Het gaat erom dat cliënten medezeggenschap krijgen in zaken die de instelling betreffen waarmee zij dagelijks te maken hebben of waar zij, in het meest klemmende geval, de rest van hun leven verblijven. Het gaat daarbij om lokaal bepaalde zaken die een directe invloed hebben op de leefwereld van de cliënten.

3. *Zijn er redenen voor (grote) zorgaanbieders om af te zien van medezeggenschap op het instellingsniveau (omwille van het grote aantal instellingen en dientengevolge een z.g. 'onwerkbaar situatie')?*

Met het uitbannen van medezeggenschap op het niveau waar daadwerkelijk zorg wordt verleend (het instellingsniveau) probeert de zorgaanbieder 3 doelen te bereiken:

- a) De kosten van medezeggenschap te minimaliseren
- b) Het 'ongemak' van medezeggenschap te minimaliseren
- c) De lokale cliënten(vertegenwoordigers)raden de mogelijkheid te ontnemen om 'met de wet te dreigen' en naar de rechter te stappen.

Ad a): De kosten van medezeggenschap zouden de pan uitrijzen als medezeggenschap moet worden ingesteld op het instellingsniveau. De kosten van medezeggenschap mogen toch wel 0,5 % van de omzet bedragen? Om e.e.a. in perspectief te plaatsen: alleen al de gezamenlijke inkomens van bestuurders, directeuren en managers van deze organisatie waar mijn kind verblijft, bedragen meer dan € 6 miljoen, zijnde 4,5 % van de omzet....

In de praktijk zijn de medezeggenschapslasten aanzienlijk lager omdat om diverse redenen niet alle raden ingesteld zullen (kunnen) worden en de CR-budgetten slechts gedeeltelijk worden benut.

Het kostenaspect mag dus geen reden zijn om af te zien van cliëntenraden op instellingsniveau, ook niet bij grote organisaties. Er is geen enkel verschil

met kleine zorgaanbieders. Of het nu gaat om 160 zelfsturende teams of om 16, de kosten van medezeggenschap per cliënt zijn hetzelfde.

Ad b): Grote zorgaanbieders zijn beducht voor het aantal adviesverzoeken die moeten worden ingediend en de adviezen die vervolgens moeten worden 'uitonderhandeld'. De mogelijkheid bestaat dat over identieke onderwerpen verschillend wordt geadviseerd. De zorgaanbieder spreekt dan al snel van een onwerkbaar situatie. In mijn optiek is er geen enkel probleem: ook in dit soort situaties (die slechts zelden niet binnenshuis opgelost kunnen worden) kan zo nodig een beroep gedaan worden op de LCvV.

Ad c): De zorgaanbieder die de lokale medezeggenschap mét wettelijke bevoegdheden vervangt door huiskameroverleg / CV-groepsoverleg zónder wettelijke bevoegdheden , doet dit om 2 redenen (zo lees ik in één van de reacties):

- Medewerkers op de werkvloer ervaren rechtsongelijkheid bij het overleg met de CR die zich kan beroepen op de WMCZ....
- De mogelijkheid van cliëntvertegenwoordigers om met 'de wet te dreigen' moet hen worden ontnomen omdat dit stresserend zou werken bij de medewerkers, met als gevolg invloed op de kwaliteit van de zorg, de motivatie en het ziekteverzuim....

Het vervangen van cliëntenraden mét bevoegdheden door groepsoverleg zónder bevoegdheden is in mijn optiek binnen de huidige wetgeving onrechtmatig en juridisch aanvechtbaar.

Overigens is ook hier de oplossing voor de hand liggend: mits de zorgaanbieder zich aan de wet houdt, is er voor de cliëntenraad geen reden om 'met de wet te dreigen'.

4. *De BoZ (Brancheorganisaties Zorg) stelt voor om de verplichting om cliëntenraden in te stellen, te beperken tot onderdelen van de organisatie waar tenminste 25 cliënten verblijven op basis van de Wlz. Waarom 25?*

Zelfsturende teams geven meestal sturing aan eenheden van 16 á 24 bewoners (b.v. 2x8 of 4x6 cliënten). Door een ondergrens van 25 cliënten te stellen wordt de zorgaanbieder gevrijwaard van de verplichting om een cliëntenraad in te stellen op het niveau van de zelfsturende teams.

Door geen bovengrens vast te stellen staat het de zorgaanbieder zelfs vrij om helemaal geen cliëntenraden in te stellen op het lage instellingsniveau maar uitsluitend per sector/ regionaal en/of centraal.

Ik stel daarom voor om zowel een ondergrens als een bovengrens te bepalen voor de instelling van cliëntenraden op het laagste niveau: minimaal 16 en maximaal 50 cliënten.

