

Van achterban naar voorban een medezeggenschapswet in onze participatiesamenleving

A. Inleiding

- p. 02 01. Wie voor wie?
- p. 02 02. De nieuwe Wmcz
- p. 04 03. Deze bijdrage

B. Pijnpunten in de praktijk van de Wmcz 1996

- p. 05 04. Evaluaties van de wet
- p. 05 05. Gemeenschappelijke belangen
- p. 05 06. Representativiteit
- p. 06 07. Professionaliteit
- p. 06 08. De CR-agenda
- p. 06 09. Tegenvallende resultaten
- p. 06 10. Contra-effecten van de wet
- p. 07 11. Evaluatie van de CR

C. Diagnose

- p. 07 12. Waar komt het door? Antwoord van de Wmcz 2016
- p. 08 13. De CR: moet twee kanten op kijken
- p. 09 14. De CR: een systeemfout?
- p. 09 15. De CR: een bestuurlijke oplossing voor een bestuurlijk probleem?
- p. 10 16. Nieuw in de Wmcz 2016: Inspraak

D. Rondkijken bij de middelen

- p. 11 17. Meepraten in de zorg
- p. 11 18. Systeemwereld en leefwereld
- p. 12 19. Van zeggenschap naar participatie: verkenning
- p. 13 20. Van zeggenschap naar participatie: ook in de Wmcz
- p. 14 21. Participatie door de raad van toezicht: cultuurverandering
- p. 15 22. Participatie door de raad van toezicht: samenspel met de CR
- p. 16 23. Participatie door de CR: op weg naar een plek en functie
- p. 17 24. Participatie door de CR: andere CR'en
- p. 18 25. Participatie door de CR: citaat Gert van Dijk

E. Van vandaag naar morgen

- p. 18 26. Inleiding tot een afsluiting
- p. 19 27. Routepaaltjes
- p. 21 28. Een weg naar morgen

F. Bijlagen

- p. 22 29. Literatuur
- p. 23 30. Schrijver dezes

**Afzonderlijke bijdrage voor VWS en brancheorganisaties:
Aantekeningen bij de Wmcz 2016**

Van achterban naar voorban

een medezeggenschapswet in onze participatiesamenleving

A. Inleiding

01. Wie voor wie?

U hebt gelijk: het woord *voorban* bestaat niet, *achterban* wel. Volgens woordenboeken gaat het daarbij om 'helpers'. De cliëntenraad van een zorginstelling bijvoorbeeld heeft een *achterban*: de cliënten. Zo wordt daar tenminste over gesproken.

Wie helpt wie alleen? Zijn het de cliënten die de cliëntenraad helpen bij zijn werk in de instelling? Of is de cliëntenraad er voor de cliënten, zoals trouwens die hele organisatie?

Het gaat natuurlijk wel eens mis. Toen Jaap zijn huisarts om raad vroeg, keek die vooral naar zijn computer. Zorgverleners kunnen onwillekeurig vooral bezig zijn met hun werk, dus met zichzelf. Dat is ook makkelijker dan met die ander, want een cliënt als cliënt heb je niet een-twee-drie begrepen.

Maar het gaat wel om hem. Daarom zou de cliënt eigenlijk mee moeten praten of zelfs mee moeten beslissen. Daarvoor zorgde de *Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen* (hierna: Wmcz) van 1996, die cliëntenraden in het leven riep. Nadat vernieuwing daarvan jaren op diverse werkprogramma's had gestaan, is op 30 september het ambtelijke ontwerp gepubliceerd voor een bijgestelde Wmcz, met bijbehorende memorie van toelichting (hierna: Mvt).

02. De nieuwe Wmcz

Het woord *achterban* komt in de voorgestelde wetstekst niet voor. In de Mvt wel, zelfs meer dan tien keer. *Contact achterban* is daarin ook een titel. Met de strekking van veel wat daarover vervolgens te lezen valt, stem ik van harte in. De nieuwe Wmcz wordt zeker een verbetering van de oude.

Maar er valt beduidend meer winst te behalen, zelfs essentiële. In ieder geval vanuit de twintig jaar ervaring met de wet van 1996. Zo hebben die geleerd dat de cliëntenraad (hierna: CR) meestentijds niet bestaat uit cliënten, wat je gezien het woord wel zou verwachten. Cliënten vormen vooral de 'achterban' van de CR. Wat is hier aan de hand?

Verder zou de wetgever zelf misschien wat meer mee kunnen gaan in de 'cultuurverandering' die hem in de samenleving voor ogen staat. Met bijvoorbeeld de vraag of een bijgestelde medezeggenschapswet uit 1996 wel goed kan functioneren in onze participatiesamenleving van vandaag. Medezeggenschap kijkt namelijk één kant op: die van de zeggenschap. Participatie daarentegen kan van twee kanten komen.

Want participatie is niet alleen de weg van de cliënt naar het bestuur, dat hem via de Wmcz in zijn zeggenschap laat delen. Het is ook de weg van het bestuur naar de cliënt, met de vraag wat die van belang vindt, waarop die hoogstwaarschijnlijk zal vertellen dat hij naar iets anders uitzielt dan de medezeggenschap die hem vanuit de bestuurlijke normen en waarden wordt aangereikt. Het gaat hem namelijk om zijn welbevinden en levenskwaliteit.

Participatie kijkt ook anders naar de samenleving. De Wmcz 2016 streeft meer dan de 'kaderwet' van 1996 naar zelforganisatie van de zorgwereld. Terecht, lijkt me. Maar anno 2016 zou je je dan wat minder bezig kunnen houden met het bereik van de spelers: bestuur en CR, en wat meer aandacht kunnen besteden aan het samenspel, ook met anderen in de omgeving, met inbegrip niet alleen van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, maar ook, en vooral, de Raad van Toezicht van de zorginstellingen zelf.

In 1996 leek de maatschappelijke structuur redelijk eenvoudig: Bovenaan of in het midden stond het bestuur, de houder van de zeggenschap. Om recht te doen aan de cliënt, om wie het ging, gaf de overheid die medezeggenschap. Dat bleek vervolgens niet zo goed te werken, waarom de wetgever dat in 2016 wil verbeteren. Daarbij verzwaaert hij de medezeggenschap van de CR en voorziet die van meer faciliteiten. Vraag daarbij is uiteraard of dit

inderdaad de oorzaken wegwerkt waardoor het met de CR'en minder goed ging. In ieder geval lijkt bijgestelde Wmcz 1996 nog veel cultuur van 1996 te ademen, ondanks de 'cultuuromslag' van de ervaringen en ontwikkelingen daarna.

Dat is een omslag. Als je vindt dat het gaat om de cliënt, zou je minder kunnen blijven redeneren vanuit het bestuur, en meer gaan denken vanuit de cliënt. Daarbij worden de agenda's niet gevuld met alle onderwerpen die naar het oordeel van de overheid voor cliënten van belang kunnen zijn, maar door het antwoord van de cliënt op de vraag wat hij van belang vindt. En CR'en plus hun brancheorganisaties blijven niet allereerst kijken naar bestuurlijke territoria, maar gaan een halve slag draaien. Daarbij zijn cliënten niet langer de *achterban* van CR-leden, maar worden ze hun *voorban*. En de raadsleden zelf worden van de cliënten de *achterban*, de helpers achter de rolstoel die er met anderen voor zorgen dat de cliënt op de plek komt waarnaar die verlangt. Dat is niet de plek aan de bestuurstafel, maar allereerst de plek waar hij een maatje ontmoet.

Een CR die zich met de cliënt identificeert, is te vinden op de werkvloer. De vieze handen die je daar krijgt, gaat de CR niet wassen om met schone handen te kunnen verschijnen aan de vergadertafel van de medezeggenschap op de eerste verdieping. Dat mag de CR namelijk niet, want de zorginstelling is niet in het leven geroepen voor een bestuursagenda, maar vanwege die vuile handen. Een CR die zich met de cliënt identificeert, zal het dus ook niet over bestuurszaken hebben, maar over de vuile handen die hij gekregen heeft.

Daardoor wordt die een interessante gesprekspartner voor het bestuur, want om die cliënt is het de instelling te doen. Daarom klopt de directeur periodiek aan bij de kamer op de werkvloer waar de CR-leden onder elkaar zijn.

Daarbij heeft hij zijn bestuursagenda in de hand. Met als eerste punt die vuile handen. Waarbij hij zegt: Praten we daar hier over of zullen we dat boven doen? Antwoord van de CR: We willen dat best boven blijven doen, maar dan met een kilo zeggenschap erbij. Het gaat immers om de cliënt, op wie u niet zoveel zicht hebt, doordat u weinig op de werkvloer komt. Nou, antwoordt de directeur, eerlijk gezegd kom ik daar vrij regelmatig, maar tref ik jullie daar niet altijd aan. Begrijpelijk, want voor jullie is het geen full-time-job.

Bij participatie gaat het om samenspel heen en weer tussen allen die daar vanuit hun eigen capaciteiten, ervaring, situatie en taken een bijdrage toe kunnen leveren, zoals cliënten, bestuur en raad van toezicht. Zoals gezegd, worden de mogelijkheden van de CR in de nieuwe wet uitgebreid, die meer zeggensmacht krijgt en betere faciliteiten.

Dit wil aan de cliënt, om wie het gaat, ten goede komen. Veronderstelling daarbij is dat de CR-leden cliënten zijn en 'vertegenwoordigers' van cliënten, die de stem van cliënten willen en kunnen laten horen. In de structuurschets is dit inderdaad het geval. De werkelijkheid vertelt een ander verhaal.

De verzwaarde zeggenschap betekent winst voor CR'en en hun brancheorganisaties, want die hebben daarom gevraagd, zoals in het *Integraal afwegingskader voor beleid en regelgeving* (IAK) bij de Wmcz 2016 te lezen valt. Tegelijkertijd zal die verlies inhouden voor de cliënten. Die kilo erbij zorgt er namelijk voor dat de CR-aandacht nog meer wordt bepaald door de bestuurszaken op de eerste verdieping, en dus (nog) minder de werkvloer kan betreffen, want ook CR-leden kunnen met hun hoofd niet bij twee dingen tegelijk zijn, zeker niet bij vrijwilligerswerk gedurende anderhalve dag in de maand (tijd die met het CR-lidmaatschap gemoeid is volgens een vacaturetekst in oktober 2016).

Wat kunnen we verwachten van het wetsontwerp in 2017? Als de medezeggenschap met één blikrichting dan minder aandacht krijgt en de participatie met onderling samenspel meer, wie weet wordt de nieuwe Wmcz dan de Wpcz, de *Wet participatie bij cliënten van zorginstellingen*, en wordt LOC Zeggenschap in Zorg *LOC Participatie in Zorg*.

Als we nog wat verder kijken, dan kunnen we ons realiseren dat onze communicatiemiddelen sinds 1996 ongedachte ontwikkelingen hebben doorgemaakt, waarvan het eind nog niet in zicht is. Participatie maakt gebruik van deze middelen. Mogelijk zullen Wmcz en CR'en daarom in 2036 worden bijgeschreven op de lijst van historische noodzakelijkheden op de weg van vandaag naar morgen, doordat er andere, betere vormen van betrokkenheid zijn gekomen.

Mogelijk zullen die nieuwe vormen de cliënt een winst brengen die zich in 2016 al liet vermoeden: dat maatje dat hem thuis opzoekt, om hem te vragen hoe het ermee is en waarnaar hij verlangt. Dat ziet daar in de elektronische prullenbak nog verouderde CR-stukken liggen, afkomstig van mensen die het beste met hem voor hadden, die hem in nieuwsbrieven ook getrouw informeerden waarmee ze bezig waren, alleen moeilijk de tijd en aandacht konden vrijmaken om hem in zijn eigen omgeving echt te begrijpen.

03. Deze bijdrage

Deze bladzijden schrijf ik allereerst als bijdrage tot de maatschappelijke gedachtevorming over het ambtelijke ontwerp. Mogelijk wordt die opgevolgd door een andere versie als bijdrage tot het Tweede Kamerberaad over het beoogde wetsontwerp. Daarbij kies ik niet de weg van inbreng door een CR, onder meer vanwege de beperkte termijn tot medio november bij het ambtelijke ontwerp. Wel denk ik bij het schrijven ervan niet alleen aan de ontwerpers bij VWS, maar vaak allereerst aan (mede-)CR-leden en CR-branchorganisaties. Tegelijk komt deze bijdrage van een enkeling.

Dat biedt een gereede mogelijkheid tot bijstelling van de tekst vanuit gedachtevorming en gedachtewisselingen niet alleen binnen, maar ook buiten CR-verband.

Dit is de eerste versie ervan. In een volgende zou ik graag waardevolle bijdragen van anderen integreren, in de hoop dat we gezamenlijk meer to the point kunnen komen. In een bijdrage als deze met een onbetamelijke lengte van vierentwintig bladzijden, kunnen dan allerlei alinea's als afgedane zaken geschrapt worden. Wie overigens snel naar de conclusies wil, vindt de weg van vandaag naar morgen aan het eind.

Een enkeling heeft natuurlijk slechts beperkte ervaringen en een beperkte kijk. Daarom is dit niet meer dan een bijdrage. De vrijmoedigheid ertoe ontleen aan wat ik hoor of lees over de gang van zaken elders. Want daarin komt veel langs dat ik herken. Dat herken ik dan vanuit m'n lidmaatschap van de CR van een verpleeghuis en de CR van een welzijnsorganisatie. Ook speelt m'n betrokkenheid mee bij 'klantparticipatie' in de achttien Utrechtse buurtteams die vanuit de *Wet maatschappelijke ondersteuning* (hierna: Wmo) in het leven zijn geroepen. En eerder reisde ik dagelijks als beleidsmedewerker naar een ministerie. Meer gegevens in de bijlage.

Daarin blijft een ervaring van alledag ongenoemd. Als ik op m'n Gazelle naar Albert Heijn fiets voor brood en melk, dan vraag ik me wel eens af hoe deze maatschappelijke dienstverleners het naar behoren blijven redden zonder mijn medezeggenschap. Eerlijk gezegd verlang ik daar ook niet naar, want ik ben klant vanwege dat brood en die melk, die ik even op de fiets kan halen. Tegelijk herken ik daarin een cliënt van een zorginstelling die de CR links laat liggen, omdat het hem concreet en direct gaat om zijn welbevinden en levenskwaliteit.

Dat leidt meteen tot vervolgvragen, zoals: Hoe weten Gazelle en Albert Heijn mij eigenlijk te vinden? Want als zij hun klanten links laten liggen, gaan ze failliet.

Na deze inleiding (A), waarin alvast wat thema's langs zijn gekomen, noem ik in deze bijdrage eerst de pijnpunten in de praktijk van de Wmcz 1996 (B), probeer daarna een diagnose (C), kijk daarna rond bij de middelen (D), en verken ten slotte de wegen van vandaag naar morgen (E). Een bijlage is bestemd voor gegevens over literatuur en gegevens over schrijver dezes (F). Daarbij zijn bereikbaarheid, want het gaat me om gedachtewisseling.

In een afzonderlijke bijdrage maak ik aantekeningen bij het nieuwe Wmcz-ontwerp, bestemd voor de VWS-medewerkers. Ik stuur ze ook, vanwege hun betrokkenheid bij de voorbereiding van de nieuwe wet, aan het LSR, LOC Zeggenschap in Zorg, en het Netwerk Cliëntenraden Zorg.

In die aantekeningen gaat het enerzijds om de vorm van de Wmcz 2016, anderzijds om de inhoud ervan. De waaroms van de inhoudelijke aantekeningen komen aan de orde op de bladzijden van deze bijdrage.

B. Pijnpunten in de praktijk van de Wmcz 1996

04. Evaluaties van de wet

De Wmcz 1996 is verschillende keren geëvalueerd, deels in opdracht van het ministerie van VWS. Het gebeurde meteen al in 2000, wat voor het verzwaarde adviesrecht werd vervolgd in 2004, terwijl het Verwey-Jonker Instituut in april 2015 het tot nu toe laatste rapport uitbracht.

Bovendien is Gerdien van der Voet er in 2005 op gepromoveerd, en heeft het LSR (*Landelijk Steunpunt cliëntenRaden*) in 2007 gerapporteerd over onderzoek naar de Wmcz-praktijk in ziekenhuizen en revalidatie-instellingen. Verder publiceerde het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit in mei 2016 een rapport van onderzoek naar medezeggenschap. Zie de literatuurlijst.

Hier passeren kort de voornaamste pijnpunten de revue, gekleurd door persoonlijke ervaringen. Vooraf dit:

Er bestaan CR'en in vele soorten en maten, CR'en van kleine instellingen tot grote organisaties (met een centrale raad), CR'en met maar drie leden of met tien, met of zonder 'ambtelijke' ondersteuning, met of zonder vacatiegelden of andere vergoedingen, enz. De pijnpunten doen zich allerminst voor bij alle CR'en, maar wel op diverse plekken.

Verder vinden CR-leden daarin geen spatje terug van de inzet en toewijding waarmee ze soms jaren achtereen de goede zaak proberen te dienen. Ik weet me een van hen. Met op dit moment wel nadrukkelijk de vraag van elke dag hoe het morgen beter zou kunnen, vanwege dat ambtelijke ontwerp voor de nieuwe Wmcz.

05. Gemeenschappelijke belangen

De Wmcz 1996 bepaalt dat *de cliëntenraad in het bijzonder de gemeenschappelijke belangen van de cliënten behartigt* (art. 2, lid 1).

De wet vertelt niet hoe de CR aan zijn kennis van die gemeenschappelijke belangen komt.

In de praktijk gaan wij CR-leden, veelal 'vertegenwoordigers' van cliënten, daarvoor niet of nauwelijks bij cliënten te rade. Alleen al omdat de concrete uitvoering van onze wettelijke adviestaak ons daar weinig gelegenheid toe laat. Bovendien zouden we de cliënten allerlei dingen uit moeten leggen, want wat wij met ze willen bespreken, komt voor hen veelal van buiten. We vertrouwen dus op onze persoonlijke ervaringen, inzichten en intuïties.

06. Representativiteit

De Wmcz 1996 bepaalt verder dat de CR *redelijkerwijze representatief kan worden geacht voor de cliënten* (art. 2, lid 3a). Afgezien van de vraag wat precies onder representativiteit moet worden verstaan, is die bij vele CR'en een probleem. De oorzaken daarvan lopen uiteen:

- a. De cliënten van een instelling vormen steeds een beperkt bestand, met diverse kleuren van de maatschappelijke regenboog, want ieder van ons kan ongewild cliënt worden.
- b. Een aantal cliënten is trouwens niet in staat tot het CR-werk, bijvoorbeeld door lichamelijke of geestelijke beperkingen.
- c. Niet alle cliënten hebben verder de capaciteiten ervoor, gezien de onderwerpen waarbij de CR een adviestaak heeft.
- d. Die onderwerpen zorgen trouwens niet direct voor motivatie, omdat ze weinig directe relaties laten zien met wat cliënten allereerst bezighoudt: hun welbevinden en levenskwaliteit. En de CR is niet in het leven geroepen voor persoonlijke cliëntenkwesties.
- e. De meeste CR-leden zijn dan ook geen cliënten, maar 'vertegenwoordigers' van hen, met uiteenlopende betrokkenheid. ('Vertegenwoordigers' tussen aanhalingstekens omdat ze vaak niet door de cliënten zijn aangewezen. De term staat overigens alleen in de Wmcz 2016.) Deze niet-clieñten staan nu eens dichterbij, zoals mantelzorgers en andere familieleden, dan weer verderaf, en zijn het vrijwilligers met diverse achtergronden en motivaties: sommigen met ervaring bij zorgverlening of bij bestuurswerk, anderen op zoek naar sociaal functioneren waarbij je je nuttig kunt maken en er sociale relaties bij krijgt, enz. Bij deze vertegenwoordigers klinkt de representativiteitsvraag het duidelijkst. Alleen al omdat ze vaak niet de van-binnen-uit-ervaringen hebben van cliënten, ook minder vertrouwd zijn met (het werk van) de instelling dan cliënten.

- f. Ook vertegenwoordigers blijken overigens vaak moeilijk te vinden. De bemensing van de CR is dan ook een veel genoemd probleem, dat ook de wet niet vreemd is (art. 2 lid 6, Wmcz 2016 art. 3 lid 8).

Zo wordt van CR'en nogal eens verwacht dat ze bij vertrek van een lid zelf voor aanvulling zorgen, wat alleen al door het spaarzame contact met de 'achterban' niet eenvoudig is. Het komt voor dat eigenlijk iedereen die zich bereid verklaart, in de CR welkom is.

07. Professionaliteit

De Wmcz 1996 bepaalt vervolgens dat de CR *redelijkerwijze in staat kan worden geacht hun gemeenschappelijke belangen te behartigen* (art. 2, lid 3b).

In verband hiermee komt in rapporten meermalen de kwestie van de (mindere) deskundigheid van CR'en ter sprake, met name als oorzaak van het geringe effect van CR-adviezen. De oplossing wordt onder andere gezocht in cursussen, zoals *Medezeggenschap in de praktijk*, waardoor cursisten o.a. *weten hoe u vanuit cliëntenperspectief kunt kijken naar begroting en jaarrekening, en hoe cliëntenraden invulling kunnen geven aan hun bevoegdheden bij nieuwbouw of verbouw en opheffen van instellingen*.

Een andere oplossing is een beroep op professionaliteit van buiten. Dat is heel basaal (en tegelijk opmerkelijk) het geval als een CR door de instelling 'ambtelijk' of 'professioneel' wordt ondersteund, vaak louter secretariaeel, maar ook bij andere onderdelen van de CR-arbeid, zoals beleidswerk.

08. De CR-agenda

De Wmcz heeft niet alleen in art. 2 de CR in het leven geroepen, maar ook in art. 3 aangegeven bij welke onderwerpen de zorgaanbieder de CR om advies moet vragen: gewoon advies bij de zeven onderwerpen a – g, en verzaamd advies bij de vijf onderwerpen i – m, terwijl de CR ook over ongenoemde onderwerpen kan adviseren.

Het terrein van de medezeggenschap is uiteraard een afgeleide van het terrein van de zeggenschap, dus dat van het bestuur. Op de CR-agenda staan dan ook veelal bestuurlijke onderwerpen, zoals die waarover de CR moet adviseren.

Negatieve aspecten hiervan worden bijvoorbeeld gesignaleerd in het rapport *Medezeggenschap op maat* van vorig jaar: *ingekapseld raken in de systeemwereld van het bestuur* (p. 3 en 26), *bureaucratisering* (p. 29), *ver afstaan van de dagelijkse beleving van de patiënt van de kwaliteit van zorg en leven* (p. 29), en *een symbolische functie vervullen* (p. 28 en 30).

09. Tegenvallende resultaten

Wat met de medezeggenschap bereikt wordt, valt niet zelden tegen. Zo zijn CR-leden vaak niet ingevoerd zijn in de verschillende onderwerpen van de adviesaanvragen van het bestuur. Ook onderhoudt allereerst de instelling zelf contact met de cliënten, onder andere via haar medewerkers, waardoor de CR niet zo makkelijk voor iets extra's kan zorgen.

10. Contra-effecten van de wet

De Wmcz zorgde ook voor contra-effecten.

Ten eerste heeft de CR een duidelijk ander karakter dan de OR (ondernemingsraad). Het OR-overleg gaat tussen werkgever en werknemers, twee 'partijen' binnen een zelfde organisatie. Het CR-overleg daarentegen gaat tussen de organisatie en externe betrokkenen die dezelfde doelstelling hebben, namelijk het welzijn van cliënten.

De Wmcz maakt van de twee gelijkgerichte deelnemers aan het CR-overleg alleen twee partijen, door bevoegdheidsgrenzen te trekken en de CR middelen te verschaffen om minder goede keuzen van de organisatie te corrigeren. Dit heeft geleid tot een wij-zij-denken bij CR'en. Soms leken daarbij leken soms cliëntenvakbonden te ontstaan, die zich gingen inzetten voor onderhandelingsresultaten, illustrerend hoe zinvol een CR is. In het grote cliëntenradencongres van 12 oktober 2015 werd dit verschijnsel gesignaleerd, met de vraag in hoeverre cliënten daar beter van werden.

Een ander contra-effect van de wet is dat de instelling haar aandacht minder op de cliënten gaat richten, omdat die aandacht allereerst van de CR mag worden verwacht. *Als we bij deze verbouwing te weinig om de bewoners denken, dan horen we dat wel van de CR.*

11. Evaluatie van de CR

De Wmcz geeft de CR bevoegdheden waardoor deze disfunctioneren van de instelling kan voorkomen. De Wmcz houdt alleen geen rekening met mogelijk disfunctioneren van de CR.

Wie hebben er belang bij dat de CR aan de bedoelingen ervan beantwoordt? Uiteraard allereerst de cliënten. Die hebben alleen nauwelijks zicht op de CR, en missen bovendien de organisatie om er een betere raad van te maken.

En voor de instelling is primair van belang dát er een CR is, die vermeld kan worden in beleidsplannen, jaarverslagen en subsidieaanvragen, minder hoe die functioneert. Want de agenda's van de CR als medezeggenschapshouder zorgen slechts mondjesmaat voor de beoogde toegevoegde waarde bij de bestuursbesluiten.

~ ~ ~ ~ ~

C. Diagnose

12. Waar komt het door? Antwoord van de Wmcz 2016

Zoals de pijnpunten laten zien, ging het in verschillende opzichten minder goed. Waar zit 'm dat nu in? De nieuwe Wmcz wil voor verbetering zorgen. Hoe doet die dat en waarnaar kijkt die daarbij?

De strekking van die wet blijft *dat de wensen en behoeften van cliënten een centrale plaats hebben bij besluitvorming die de individuele zorgrelatie overstijgt* (Mvt 1). Voor dat doel is de cliëntenraad *het middel bij uitstek* (Mvt 3). Dat middel bleek in de afgelopen tijd alleen niet optimaal te functioneren. Vandaar de nieuwe Wmcz om *de medezeggenschap in de zorg te versterken* (Mvt 1, 6.2, 6.5 en 6.6) en *de cliëntenraden meer in positie te brengen* (Mvt 4, 5 en 6), met *betere facilitering en financiering* van de CR (6.1).

Tegelijk meer mogelijkheden voor betrokkenen om dingen onderling te regelen (MvT 6.3 onder d).

Vraag is of de wet hiermee de echte oorzaken te pakken heeft, wil daarbij tenminste niet de kans bestaan op half werk of op symptoombestrijding. Daartoe kunnen we het overzicht van de pijnpunten en de nieuwe Wmcz-stukken met elkaar vergelijken.

Uit de aantekeningen die ik daarbij maakte, pak ik een centrale kwestie: Waardoor komt het eigenlijk dat CR'en zo moeilijk aan leden komen? En dat het contact tussen CR en 'achterban' vaak probleempunt is (in tegenstelling tot dat tussen CR en bestuur)?

Winst is uiteraard dat vacatures in de nieuwe wet beter onder de aandacht moeten worden gebracht (Mvt 6.7, Wmcz 2016 art. 3.9). Maar het hoofddoel van de wet is om *de medezeggenschap van cliënten in zorginstellingen te versterken* (inleiding Wmcz 2016). Zal de CR daardoor voor cliënten aantrekkelijker worden, zodat een echte cliëntenraad kan ontstaan?

Bij dit soort vragen gaan m'n gedachten uit naar een instelling op het Wmcz-terrein die vele tientallen vrijwilligers telt, waarbij het alleen veel moeite kost om de CR redelijk bemenst te krijgen.

Tegelijk kijk ik nog eens naar het doel van de Wmcz: *dat de wensen en behoeften van cliënten een centrale plaats hebben bij besluitvorming die de individuele zorgrelatie overstijgt*.

Dan denk ik: Die wensen en behoeften van cliënten zouden niet alleen een centrale plaats moeten hebben bij de besluitvorming van zorginstellingen en hun CR'en, maar ook bij die van de wetgever. Want cliënten zien niet direct uit naar de medezeggenschapstaak die de wetgever hun heeft toegedacht bij de zaken die naar zijn oordeel voor cliënten van belang kunnen zijn. Wat zij van belang vinden, is hun welbevinden en levenskwaliteit.

Ook vrijwilligers die zich graag voor cliënten inzetten en CR-lid zouden kunnen worden, voelen zich niet echt aangesproken door de bestuurlijke aandacht waarom de wet hun daarbij vraagt, met agenda's, vergaderstukken en verslagen. De wet creëert dus wel CR'en,

maar maakt tegelijk het lidmaatschap ervan weinig aantrekkelijk voor de mensen om wie het de wetgever juist te doen is.

Het zullen, naar ik hoop, ook dit soort kwesties zijn waarom Den Haag het nieuwe ambtelijke ontwerp heeft rondgestuurd: Doen we het wel goed? Draagt dit ontwerp in 2016 inderdaad beter bij tot het maatschappelijke doel dan de wet uit 1996?

Daarover gaat deze bijdrage, met concrete voorstellen in deel E, voorafgegaan door D. Nu moet het diagnoseverhaal nog af worden gemaakt, met de volgende drie punten.

13. De CR: moet twee kanten op kijken

De praktijk vanuit de Wmcz 1996 heeft een CR zien ontstaan die twee kanten op moet kijken: enerzijds naar het bestuur, anderzijds naar de cliënten, van wie de CR de stem zou moeten zijn. De brochure *Basisinformatie medezeggenschap van LOC Zeggenschap in Zorg* laat dit onder andere zien.

Het is een brochure over medezeggenschap en dus begint die daarmee: de *adviesrechten, de adviesprocedure en de wetgeving*. Het LOC ondersteunt de CR daarbij, met in de brochure onder andere zes modelbrieven waarmee een CR zich tot de zorgaanbieder kan wenden. Voor de inhoud van zijn adviezen kijkt de CR naar de andere kant, die van de cliënten, want de CR geeft *zijn adviezen op basis van de belevingen, de 'stem', van de achterban. Het contact met de achterban is daarom de levensader voor de cliëntenraad. Via dat contact verneemt de cliëntenraad wat er leeft in de instelling en vernemen de cliënten hoe de cliëntenraad zijn werk doet. Als het goed is, is er dus sprake van tweerichtingsverkeer* (p. 25 in de actuele tweede versie). Vervolgens noemt de brochure *Methoden om contact met de achterban te onderhouden* (p. 26-27).

Wat zijn daarbij nu de pijnpunten gebleken?

Wat betreft de eerste kant, de bestuurskant: Als je als CR-lid op grond van je medezeggenschap deelneemt aan agenda's van de zeggenschap, dan merk je dat je taak om de stem van cliënten te laten horen, je niet bekwaamt tot bestuurswerk. Daardoor valt het resultaat van je inbreng nogal eens tegen, immers *Inspraak zonder inzichten leidt tot uitspraken zonder uitzicht* (zoals kranten bij de Oekraïne- en Brexit-referenda schreven).

In verband met deze onervarenheid staat het LOC CR'en bij, met cursussen en ook met die zes modelbrieven. De Wmcz 2016 houdt er trouwens ook rekening mee, met name door informatie te verlangen die *voor de cliëntenraad begrijpelijk is* (art. 3 lid 7).

Helaas laat die andere kant, het contact met de cliënten, ook te wensen over. Niet alleen, zoals gezegd, doordat de CR meestal niet voldoende tijd heeft om de cliënten over de adviesvragen te raadplegen (iets waar de Wmcz 2016 in art. 7 lid 2 en art. 8 lid 2 een stokje voor steekt). Maar vooral doordat je hun er allerlei dingen over zou moeten vertellen. Want net zo min als de AH-bedrijfsvoering mijn wereld is, ook al gaat het daarbij om mijn brood en melk, horen bestuurskwesties tot de cliëntenwereld, ook al kunnen die betrekking hebben op de maaltijden.

Als het kijken naar twee kanten niet zo goed lukt, dan ontstaat vanzelf een praktische keus. Die gaat bij CR'en naar de kant van het bestuur, want dat is de kant van de medezeggenschap, dus de kant van de wet, die CR'en in praktijk moeten brengen. Het contact met de achterban komt niet alleen in de brochure daarna, maar komt ook in de praktijk op de tweede plaats. Het schiet er trouwens niet zelden bij in. Zo staat dat contact niet in je agenda, in tegenstelling tot de CR-vergaderingen. Maar hoe de achterban over allerlei dingen denkt, daar hoef je ook niet telkens naar te vragen, want dat weet je eigenlijk wel. Daarom ben je immers benoemd tot CR-lid.

De bestuurlijke medezeggenschapstaak zorgt zo in de praktijk voor CR'en waarbij de investeringen in tijd en aandacht niet zitten in het praten met, maar in het praten over. Dat moet bij de CR ook wel, gezien de aard van het medezeggenschapswerk.

Anders gezegd (zie ook het eind van 12): De aard van het CR-werk staat de CR-legitimatie in de weg: de stem van cliënten te zijn. Als je cliënten wilt 'representeren', dan vraagt dit immers om wezenlijk meer dan *methoden om contact met de achterban te onderhouden*.

14. De CR: een systeemfout?

Het gaat de wetgever om de stem van cliënten bij de besluitvorming. In 1996 werd verwacht dat die vertolkt werd door de CR. Twintig praktijkjaren later weten we dat dit niet zo is. De wetgever weet dat ook. Die besteedt dus extra aandacht aan het contact CR-'achterban', omdat daarbij op het spel staat waar het om gaat, namelijk de betrokkenheid van cliënten bij bestuurlijke beslissingen: *De zorgaanbieder stimuleert dat de cliëntenraad de wensen en meningen van de cliënten van de instelling en hun vertegenwoordigers inventariseert alsmede hen informeert over zijn werkzaamheden en de resultaten daarvan* (Wmcz 2016 art. 5.3, Mvt 6.8). Bepaalt de wetgever hier dat de zorgaanbieder de CR moet stimuleren om als de CR te handelen die de wetgever voor ogen stond?

Maar vooral: als de zorgaanbieder de stem van de cliënten wil horen, moet die dan de CR aanmoedigen tot contact met hen? Kan hij niet beter luisteren naar zijn eigen medewerkers, die dagelijks met de cliënten omgaan? Heeft de wetgever aan de CR niet een taak toebedacht die de instelling bij goed bestuur zelf vervult?

Doordat het terrein van de medezeggenschap is ontleend aan dat van de zeggenschap, gaan je gedachten over het functioneren van de CR telkens uit naar het functioneren van de instelling met die CR.

Zo is het *contact met de achterban*, dat het LOC *de levensader voor de cliëntenraad* noemt, toch allereerst de levensader van de instelling zelf (net zoals bij AH enz.).

Verder noemt de brochure *Basisinformatie medezeggenschap* onder de *methoden om contact met de achterban te onderhouden de communicatiekanalen van de zorgaanbieder*. Want net zoals andere dienstverleners zorgen ook zorgaanbieders voor contact met hun cliënten.

De Mvt illustreert dit: *Er zijn verschillende manieren om de mening van de cliënt te vragen, te denken valt aan (anonieme) vragenlijsten, (periodieke) tevredenheidsenquêtes, individuele raadpleging, spiegelgesprekken, huiskamergesprekken of andere bijeenkomsten voor cliënten en hun vertegenwoordigers et cetera* (Mvt 6.3 onder c). Dit lijstje is namelijk ontleend aan bestaande praktijken.

Voor wat voor toegevoegde waarde zorgt de CR nu, als die de achterban van zijn kant raadpleegt, vanwege zijn medezeggenschap?

Uiteraard kan het goed misgaan. Er zijn immers besturen van zorginstellingen die vooral gericht zijn op het voortbestaan van hun organisatie en weinig investeren in het contact met cliënten, wat ook niet direct nodig is gezien de overheidsfinanciering.

Als je zo'n instelling echter van een CR voorziet, dan geeft die het bestuur een reden om zijn geringe aandacht voor de cliënten zo te laten, omdat de CR voor die aandacht zorgt.

Laten we de CR maar opheffen, zou de conclusie kunnen zijn. Laten we naar een andere CR gaan, is mijn voorstel, namelijk de CR die de wetgever in 1996 in al zijn idealisme voor zich zal hebben gezien, de CR die er onderhuids ook altijd wel zal zijn geweest, maar waarschijnlijk een 'cultuuromslag' nodig heeft om zich dat weer te realiseren.

Die CR beleeft zichzelf als cliëntenraad, is dus te vinden op de werkvloer, kijkt daar naar zijn vuile handen, en vraagt zich dan opeens af: Hoe komt het eigenlijk, dat ik van dat vuil zo weinig begrijp? Hoe raak ik thuis in de leefwereld van (mijn mede)cliënten? Want er wordt me gevraagd om hun stem te zijn. Het vervolg hiervan vooral onder 23-25.

15. De CR: een bestuurlijke oplossing voor een bestuurlijk probleem?

Het gaat maatschappelijke dienstverleners, zoals AH, de NS of zorginstellingen, om hun klanten of cliënten. Het is dus een levensvoorwaarde voor ze om hun werk op hen af te stemmen. In ieder geval zorgt dat voor kwaliteitsverhoging bij beleid en bestuur.

Die afstemming kan op verschillende manieren. Bij AH en de NS gaat het anders dan bij zorginstellingen. Dat zijn ook andersoortige organisaties. Zo kan AH failliet gaan, als de grootgrutter niet goed op de klanten let, wat bij zorginstellingen niet het geval is, want die krijgen hun geld van de overheid. Dat zal een belangrijke reden zijn waarom het landsbestuur als beheerder van dat geld een wet heeft gemaakt die het bestuur van zorginstellingen die uit de collectieve middelen worden gefinancierd, verplicht om naar de stem van hun cliënten te luisteren.

De wetgever creëerde daartoe een raad die als hun woordvoerder kon fungeren (net zoals de ondernemingsraad dat was voor de werknemers), en zorgde ervoor dat die wat in de melk te brokken kreeg door er medezeggenschap aan te verlenen (de Wmcz is een medezeggenschapswet). Werd de cliënt met zijn CR hierbij niet een bestuurlijk middel om overheidsfinanciering, gericht op de cliënt, doelgerichter te maken? Waarom greep de overheid met de CR in bij de bedrijfsprocessen van zorgverleners, die net als andere dienstverleners hun werk op hun cliënten af proberen te stemmen?

Dit is vraag 5 van het *Integraal afwegingskader voor beleid en regelgeving* bij de Wmcz 2016: *Wat rechtvaardigt overheidsinterventie?*. Antwoord: *Zelfregulering via onderlinge afspraken tussen partijen komt zonder wettelijke basis voor die afspraken onvoldoende van de grond.*

Anders gezegd: Omdat de overheid er rekening mee houdt dat cliëntenbelangen in de zelfreguleringsafspraken van zorginstellingen onvoldoende aandacht krijgen, legt deze er in de Wmcz een wettelijke basis voor: de CR.

Vergelijk de opening van de nieuwe Mvt: *Hiermee wordt beoogd dat cliënten in staat zijn om tegenwicht te bieden aan (het bestuur van) een zorginstelling en dat de wensen en behoeften van cliënten een centrale plaats hebben bij besluitvorming die de individuele zorgrelatie overstijgt.*

Woorden als *tegenwicht* en *tegenspel* komen ook voor in andere stukken over de Wmcz 2016. Zoals gezegd ligt de basis van het wij-zij-denken in de wet. Omdat de doelen van zorginstelling en CR hetzelfde zijn, namelijk het welzijn van de cliënt, gaat het in deze bijdrage nogal eens over onderlinge participatie, met een ander woord: *samenspel*. De overheid kan voorkomen dat iets niet zo goed gaat, maar kan ook bevorderen dat het wel goed gaat.

De ambtelijke consultatie over de nieuwe Wmcz vraagt om een beoordeling daarvan.

- Ten eerste: Als de overheid gezien de nieuwe Wmcz voor de CR-oplossing blijft kiezen, dan zou de cliënt zich in deze CR moeten kunnen herkennen. Dat is niet direct de CR die door het instellingsbestuur aan de bestuurstafel wordt uitgenodigd om onderwerpen te bespreken van een lijst zaken die naar het oordeel van de overheid voor het welzijn van de cliënt van belang kunnen zijn. Het is allereerst de CR die in een context van wij-onderelkaar naar de cliënt toegaat met de vraag: Hoe gaat het er trouwens mee? Waar zie je naar uit?

- Ten tweede: Al de wetgever rekening houdt met minder goede zelfregulering bij zorginstellingen, zou hij die dan niet ook kunnen verplichten tot iets anders dan een CR, namelijk een cursus AH- of NS-bedrijfsvoering (hoe stem ik mijn beleid en bestuur af op de klant?) of, als dat wat te commercieel klinkt, een cursus goed bestuur? Dan begint elke bestuursvergadering met de statutenvraag: Voor wie zijn we in het leven geroepen? En als instellingen daaraan geen gehoor geven, dan is er de IGZ, met de zwarte lijst.

16. Nieuw in de Wmcz 2016: Inspraak

De Wmcz 1996 ging over cliëntenraden, de Wmcz 2016 voegt daar bij instellingen *waarin cliënten in de regel langdurig verblijven* nog iets extra's aan toe: inspraak (art. 2).

Opvallend is dat de wetgever in de Wmcz 2016 enerzijds meer vertrouwt op zelfregulering, anderzijds minder. Hier wordt bij instellingen voor langdurige zorg immers de wettelijke basis gelegd voor iets anders: inspraak, opnieuw omdat die zonder die basis onvoldoende van de grond zou komen in de zelfreguleringsafspraken van die instellingen.

De redenen voor het langdurige verblijf, zoals dementie, zullen directe inspraak vaak praktisch onmogelijk maken. Bij de inspraakverplichting zal dan ook vaak een beroep worden gedaan op *hun vertegenwoordigers*.

De instellingen voor langdurige zorg worden ook verplicht tot een CR. Zal die zich ook wenden tot die vertegenwoordigers om woordvoerder van de cliënten te kunnen zijn?

De ambtelijke consultatie vraagt ook om een beoordeling van de inspraak:

- Ten eerste: De basis voor de tweevoudige verplichting voor instellingen voor langdurige zorg (CR en inspraak), is de tweevoudige veronderstelling dat het bij die instellingen zonder die verplichting niet helemaal goed gaat. Niet aardig. Bovendien zorgt de uitvoering van de tweevoudige verplichting waarschijnlijk voor activiteiten die het best kunnen worden verenigd.

Mogelijkheid A: Schrap het artikel over inspraak, en neem inspraak op als onderwerp van de medezeggenschapsregeling, ook omdat inspraak volgens de Mvt-definitie tot medezeggenschap hoort.

Mogelijkheid B: Schrap bij deze instellingen de verplichting tot een CR, en behoud de verplichting tot inspraak.

In beide gevallen wordt de tweevoudige veronderstelling van minder goed gedrag bij instellingen voor langdurige zorg teruggebracht tot de 'gewone' enkelvoudige.

- Ten tweede: Gelijk aan de tweede beoordelingsnotitie onder 15 (wel: een CR > inspraak).

≈ ≈ ≈ ≈ ≈ ≈ ≈ ≈ ≈

D. Rondkijken bij de middelen

17. Meepraten in de zorg

Quod omnes tangit, ab omnibus approbatur, 'Wat allen aangaat, moet door allen worden goedgekeurd', zegt een oude Romeinse rechtsregel. Een zorginstelling moet daarom niet alleen praten over cliënten, maar ook en vooral met ze.

Nu kan een regering of bestuur niet telkens vanwege de democratie iedereen bij elkaar roepen, waarom de vraag is hoe je het organiseert. In de praktijk gebeurt dat op allerlei manieren, bijvoorbeeld de volgende vier.

- Ga iedereen vragen stellen. Zoiets doe je dan niet bij alle zaken die zich voordoen, maar alleen bij onderwerpen waarbij het echt van belang is. Voorbeelden: referenda, plebiscieten, papieren vragenlijsten, internet-enquêtes.
- Maak een orgaan dat telkens bij een representatieve steekproef van de bevolking de meningen peilt. Voorbeeld: instellingen voor 'marktonderzoek'.
- Maak een orgaan om de contacten te onderhouden. Voorbeeld: klantenafdelingen van maatschappelijke dienstverleners, afdelingen die enerzijds peilen wat er bij de klanten leeft en anderzijds aanspreekpunt voor hen zijn, met een aparte onderafdeling voor klachten.
- Zorg voor een 'vertegenwoordigend lichaam' dat de besluiten neemt. Voorbeeld: de Tweede Kamer.

Vraag is op wat voor manier(en) zorginstellingen het best hun cliënten kunnen betrekken bij hun werk, en welke rol daarbij aan de CR is toegedacht (klantenafdeling?, vertegenwoordigend lichaam?). Plus vervolgvragen als: Door wie zouden CR-leden gezien die rol moeten worden benoemd? En zouden ze wel of niet door de cliënten moeten worden gekozen? (vgl. de motie Bouwmeester – Dik-Faber van 10 november 2015, en de brief van de minister hierover van 15 juni 2016)

Schoenmaker, blij bij je leest. Dat is een andere gulden regel. Wat allen aangaat, moet dan wel door allen worden goedgekeurd, maar niet iedereen kan alles. Zo hoeft de chirurg mij niet te raadplegen over het hoe van m'n blindedarmoperatie, want dat is zijn vak. Omdat de één dit kan en de ander dat, zijn in onze samenleving de taken verdeeld.

Daarbij voelen we ons het meest happy, als ons om bijdragen wordt gevraagd op ons eigen terrein. Daar heeft de samenleving ook het meest aan.

Vraag uiteraard: Wat is het terrein van de CR? En wie zijn daarop thuis?

18. Systeemwereld en leefwereld

Jürgen Habermas heeft in een publicatie uit 1987 onderscheid gemaakt tussen *systeemwereld* en *leefwereld*. De systeemwereld is die van structuren en instellingen die mensen op allerlei terreinen ontwikkeld hebben. De leefwereld is die van hun ervaringen wanneer ze dagelijks in en buiten de systemen met elkaar omgaan.

De termen worden veel gebruikt. De Mvt spreekt er ook over: *Voor effectieve medezeggenschap is het van belang de afstand tussen de bestuurlijke wereld en de leefomgeving van de cliënt te overbruggen* (Mvt 6.5 onder c).

Als je deze zin nog een keer leest, dan zegt die iets opmerkelijks. Daarin staat de medezeggenschap centraal (niet verwonderlijk natuurlijk, want de zin staat in de Mvt bij een medezeggenschapswet). Medezeggenschap hoort alleen tot de systeemwereld van het bestuur, met agenda's, vergaderstukken en verslagen. Dat is een andere dan de leefwereld van cliënten (en vrijwilligers in de zorg): die van de dagelijkse ervaringen van ons mensen met elkaar.

Uitstekend natuurlijk als de Mvt in die zin de afstand tussen systeemwereld en leefwereld wil overbruggen. Het beste is zelfs als ze op elkaar betrokken zijn en interacteren. Alleen niet ter wille van de medezeggenschap (dus van de bestuurswereld), zoals de zin zegt, maar ter wille van de samenleving.

19. Van medezeggenschap naar participatie: verkenning

*Wat betekenen de actuele ontwikkelingen in de zorg voor de medezeggenschap? Past de huidige cliëntenparticipatie in de vorm van vaste raden met een vaste overlegstructuur daar nog bij? Of sluiten nieuwe flexibelere vormen beter aan en hoe zien deze er dan uit? Met deze vragen presenteerde Corrie van Veggel in het grote cliëntenradencongres op 10 oktober 2016 haar workshop, met als titel *Van Mede-zeggenschap naar Participatie*.*

Daarbij bracht ze onder andere de zogeheten 'participatieladder' ter sprake, waarvan ik de sporten hier voor het gemak even horizontaal weergeef:

informatie – consultatie – advies – coproductie – regie (zie ook *De rafels van de gezondheidszorg*, genoemd in de literatuurlijst, p. 78).

Het is bij deze ladder even zoeken naar een goede plaats voor 'medezeggenschap' en 'inspraak': 'medezeggenschap' lijkt tussen 'advies' en 'coproductie' in te zitten (volgens de laatste grote Van Dale wijst de term naar invloed op beslissingen), terwijl 'inspraak' het meest bij 'consultatie' hoort, maar ook wel 'advies' is (volgens de laatste grote Van Dale krijg je daarbij gelegenheid om je mening te geven). In de Wmcz speelt trouwens ook de onderste sport op de ladder een rol: 'informatie' (Wmcz 2016 art. 10).

In ieder geval gaat het om zaken die allemaal horen tot het terrein van de participatie.

De zorgpraktijk beweegt zich heen en weer over die participatieladder, met nu eens accenten vooral hier, dan weer meer daar. In die praktijk, met als doel het welzijn van cliënten, zijn immers allerlei betrokkenen met andere betrokkenen op allerlei manieren bezig om dat doel te realiseren: directies, medewerkers, vrijwilligers, vakmensen, mantelzorgers, cliënten zelf, familieleden, enz., die dit doen via gesprekken, overleggen, spreekuren, vergaderingen, mails, telefoontjes, nieuwsbrieven, vragenlijsten, enz., waarbij ze over kleinere en grotere zaken kleinere en grotere oordelen vellen, afspraken maken, beslissingen nemen, enz. Naar het welbevinden en de levenskwaliteit van de cliënt wordt gestreefd via wisselende sporten van de participatieladder, in samenspel, in onderlinge participatie.

Dit klinkt door in twee recente publicaties over medezeggenschap waarnaar de Mvt verwijst in de voetnoot op de eerste bladzij: het rapport *Medezeggenschap op maat* van april 2015, en *Gevarieerde medezeggenschap in zorginstellingen en bij zorgverzekeraars; een pleidooi voor het koesteren van veelzijdigheid* uit mei 2016. In 2015 wordt aandacht gevraagd voor de toenemende betekenis van zogeheten 'informele' medezeggenschapsvormen, in 2016 voor gevarieerdheid en veelzijdigheid. De term *medezeggenschap* blijkt te knellend te zijn. De Mvt gaat in 6.3 hierop in: *Gelaagdheid in de medezeggenschap en ruimte voor maatwerk*. Zo is in de Wmcz 2016 *inspraak* toegevoegd (Wmcz 2016 art. 2, Mvt 2).

Volgens de Mvt is die inspraak een vorm van medezeggenschap. In het taalgebruik bestaat onderscheid (zie de laatste grote Van Dale). Bovendien gaat het in de wetstekst zelf, die de termen niet definieert, om verschillende zaken: art. 2 gaat over inspraak en art. 3 over medezeggenschap, terwijl medezeggenschapsregelingen geen inspraak regelen. Maar door inspraak als een vorm van medezeggenschap te definiëren kon die wel naar een plaats solliciteren in de medezeggenschapswet, waar inspraak, zoals gezegd, toch niet bij medezeggenschap werd ondergebracht. Beter lijkt het om die knellende term *medezeggenschap* in de wetstitel los te laten en te vervangen door de term *participatie*, die huisvesting biedt aan meer dan één communicatievorm die voor de cliënt van betekenis is.

20. Van medezeggenschap naar participatie: ook in de Wmcz

Hoe ziet de wetgever zijn taak eigenlijk voor zich in zo'n veelvormige zorgwerkelijkheid? In het verleden sloeg die vaak aan het regelen. Als het paard in het schaakspel ondergewaardeerd werd, dan veranderde die de regels, waarbij dat paard een andere positie kreeg, bijvoorbeeld naast de koning, en sterker gemaakt werd, zodat het meer kon.

In 2016 doet de overheid zulke dingen nog steeds (versterken van CR'en), maar wel minder. Deze is immers geen hogere macht die de touwtjes van de werkelijkheid in handen heeft, maar een van de deelnemers aan het maatschappelijke samenleven, met vooral als taak om alles goed te laten lopen. Deze overheid gaat meer dan vroeger uit van zelforganisatie van de zorgwereld, met als taak om condities te scheppen waardoor de bewoners van deze wereld het zelf kunnen regelen.

Dit is ook bij de Wmcz 2016 het streven. Zo spreekt deze twintig keer over een medezeggenschapsregeling die de betrokkenen zelf samenstellen, een regeling die in de Wmcz 1996 nog niet voorkwam. In de beoogde regeling ligt het accent alleen minder op bevoegdheidsverdelingen onder de spelers, zoals 'medezeggenschapsregeling' suggereert, maar veeleer op hun samenspel. Het gaat om hun interactie, op hun onderlinge participatie.

Opnieuw valt het woord *participatie*. Het beste lijkt om dat ook te gebruiken in de beoogde wet, die daarbij een *Wet participatie bij cliënten zorginstellingen (Wpcz)* wordt, die condities scheidt voor *participatieregelingen* door betrokkenen, die wat mij betreft ook *samenwerkingsregelingen* mogen heten.

Zakelijke aantekening hierbij: het afzonderlijke woord *medezeggenschap* komt zowel in de Wmcz 1996, als in de Wmcz 2016 maar weinig voor, in feite vooral als het om de titel van de wet gaat, niet dus in de inhoudelijke artikelen daarvan. Verder wordt het woord *participatie* in de zorgliteratuur zeer veel gebruikt (zie onder andere de literatuurlijst). In de Mvt komt het acht keer voor.

Nog wat overwegingen daarbij:

- De voorgestelde titel brengt beter tot uitdrukking dat de overheid in haar zorgwetgeving niet uit is op éénrichtingsverkeer (gericht op medezeggenschap in de systeemwereld), maar op tweerichtingsverkeer (ook gericht op waarden in de leefwereld).
- De titel is meer in overeenstemming met een algemeen overheidsbeleid bij de zorg, dat streeft naar *Meedoen naar vermogen*. In de zorgpraktijk is interactie tussen betrokkenen ook gebruikelijker geworden, een winst die *participatie* vasthoudt.
- De bijgestelde wet gaat over meer dan alleen *medezeggenschap* (ook *inspraak* en *informatie*), wat in *participatie* een woordvoerder krijgt.
- De titel maakt de wet meer toekomstbestendig. Medezeggenschap (*de bevoegdheid om invloed uit te oefenen op de besluitvorming in een zorginstelling*, volgens de Mvt-definitie) komt immers niet alleen toe aan cliënten, maar ook aan (bepaalde) medici, afdelingshoofden, mantelzorgers, enz. Deze medezeggenschap is deels door de zorgwereld zelf geregeld. Waarom zou dat over drie jaar niet ook bij de medezeggenschap van cliënten het geval kunnen zijn, waarbij bijvoorbeeld instellingen voor intra- en extramurale zorg tot iets verschillends komen? De Wmcz 2016 biedt al de mogelijkheid tot medezeggenschapsregelingen die van de wettelijke afwijken: als jullie het anders willen dan in deze wet: oké, als de betrokkenen het daarover tenminste met elkaar eens zijn, want waar het mij om gaat, dat is het goede samenspel in de samenleving, met de toewending naar elkaar van de participatie (Mvt 6.3 onder d).
- Verder gaat het bij participatie om een handeling en bij medezeggenschap om een bezit. De wereld van de zorg is vooral gebaat bij goed op elkaar afgestemde handelingen, en wat minder bij een passende onderlinge verdeling van bezittingen, zoals territoria en bevoegdheden. Ook daarom: van medezeggenschap naar participatie.
- Bij een iets gewijzigde titel worden verwijzingen naar de wet gemakkelijker.

Ter afsluiting nog twee dingen:

- De Mvt wijst in het begin op het verschil tussen zeggenschap en medezeggenschap: het bestuur heeft zeggenschap, de cliënt krijgt medezeggenschap (Mvt 2). Nadat de cliëntenradenwet van 1996 was ingevoerd, kwamen er brancheorganisaties. Een daarvan heeft bij een latere reorganisatie *cliëntenraden* in haar naam geschrapt en daar *zeggenschap* voor in de

plaats gezet. Omdat die nu vanuit het bestuur naar de zorg wilde kijken en niet langer vanuit de cliënt? Bij *LOC Participatie in zorg* kan het allebei.

- Het LOC pleit er (onder andere op historische gronden) voor om de Wmcz-bepalingen ook van toepassing te laten zijn op het terrein van de Wmo. *Medezeggenschapsrechten cliënten wegbezuinigd met de inwerkingtreding van WMO 2015?*, vroeg Gerdien van der Voet (gepromoveerd op de Wmcz) zich eind 2014 al af.

Eind 2014 begon ook het beraad over klantparticipatie bij de achttien Utrechtse buurtteams. Ze kozen voor de invalshoek participatie, niet voor die van medezeggenschap. Nu hoort medezeggenschap tot de participatieladder, waarom het niet gek is dat je met die ladder begint. Maar de medezeggenschap is de afgelopen twee jaar in dat Utrechtse beraad ook (nog) niet aan de orde geweest. Daar ben ikzelf gelukkig mee. Want medezeggenschap hoort tot de systeemwereld van het bestuur, terwijl het niet slecht is om eerst participierend thuis te raken in de leefwereld van de cliënt, zeker gezien de twintig jaar ervaring met de Wmcz. (De zeggenschapsbepalingen van de Wmo zijn de buurtteams bekend. De gemeente heeft hun gevraagd om naar de toekomst te kijken.)

21. Participatie door de RvT: cultuurverandering

Welke spelers zien we in het samenspel waaraan de CR als een van de participanten deelneemt? Een lang citaat uit de Mvt 3, waarmee ik graag instem, met name omdat het vanuit de bestaande werkelijkheid een perspectief biedt op de gewenste werkelijkheid:

Bij het besturen van zorgorganisaties zijn verschillende organen betrokken, die elk hun eigen rol hierin hebben. Het bestuur is eindverantwoordelijk binnen de organisatie en daarmee voor alle genomen besluiten. De raad van toezicht houdt hier toezicht op, is werkgever van het bestuur en heeft oog voor de publieke belangen die de organisatie dient. De ondernemingsraad vertegenwoordigt het perspectief van het personeel. Daarnaast zijn er, afhankelijk van het soort zorgaanbieder, ook organen als een medische staf en een verpleegkundige adviesraad, die een rol hebben bij de borging van kwaliteitsbeleid binnen de zorgorganisatie. Bij het leveren van goede zorg gaat het onder meer om de wens en behoefte van de cliënt. Er zijn verschillende manieren waarop de cliënt zijn mening kan laten blijken. Dat kan individueel richting de aanbieder, maar evenzeer collectief. De cliëntenraad is het middel bij uitstek waarmee cliënten hun wensen en behoeften kunnen neerleggen bij het bestuur, zodat deze op zijn beurt de randvoorwaarden kan scheppen waarbinnen de optimale zorg tot stand komt. Het is van belang dat cliëntenraden in staat zijn om de dialoog met het bestuur aan te gaan. Zij moeten zich goed laten voeden door de cliënten binnen de organisatie. Ook moeten de cliëntenraad en de raad van toezicht in goede verbinding tot elkaar staan en moeten bestuurders en toezichthouders hun verantwoordelijkheid tegenover de cliënt voelen en het cliëntperspectief betrekken in hun besluitvorming en daar ook naar handelen. Een cliëntenraad is geen raad van toezicht, maar informatie van de cliëntenraad is wel van belang voor de raad van toezicht om het werk als interne toezichthouder goed uit te kunnen voeren. Interne toezichthouders zijn daar ook steeds meer mee bezig, onder andere bij de opzet van hun eigen accreditatietraject.

Ik richt mijn aandacht op twee spelers in het spel, die nogal eens afzonderlijk zijn bekeken en beschreven, maar waarbij het hier om hun samenspel gaat. Straks het nodige over de CR, nu over de RvT. De RvT dan van na de cultuurverandering.

Het mooiste vertrek in het Utrechtse Bartholomeus Gasthuis is de regentenkamer, een stukje boven de begane grond, je moet vier treden omhoog, chic ingericht en behangen met tapijten. Schuin tegenover de ingang daarvan een hele wand met familiewapens van regenten in zes voorbije eeuwen. De website-informatie van het gasthuis over *vormen van toezicht en participatie* vertelt dat het 'college van regenten' van nu functioneert als een raad van toezicht.

Als elders over een 'raad van toezicht' gesproken wordt, dan kan dat nog steeds dat oude regentenbeeld oproepen: hooggeplaatsten, nogal eens notabelen, met titels, die met elkaar in de beslotenheid van hun mooie hogere kamer een maatschappelijke functie vervullen: toezicht.

Caroline Wijntjes (De Erkende Toezichthouder) liet in het cliëntenradencongres van 10 oktober 2016 zo de cultuurveranderingen zien:

Cultuurveranderingen bij het toezicht

<i>Toezicht klassieke stijl</i>	<i>Toezicht nieuwe stijl</i>
Communicatie: 1 x jaarverslag	Altijd aanspreekbaar
Besloten	Open
Eigen netwerk	Maatschappelijk & divers
Anoniem & luwte	Zichtbaar & transparant
Passief & reactief	Pro- en interactief
Op de achtergrond	In dialoog
Observeren	Reflecteren
Controle	Sparringpartner
Harde feiten & cijfers	Ook waardengericht

De rechter kolom is zeker nog geen realiteit. Maar volgens de laatste versie van de zorgbrede governancecode (zie de literatuurlijst) hoort het wel tot taak van de RvT om na te blijven denken over zijn eigen functioneren.

Hoe komt de RvT nu in de nieuwe Wmcz ter sprake? Wat de Mvt zegt over het interacteren van RvT en CR (zie het lange citaat hiervoor), maakt je nieuwsgierig naar de RvT-bepalingen in de Wmcz 2016. Dat zijn er twee: De CR kan adviseren over een profielschets voor de RvT-leden (art. 7 lid 1f), en de CR kan bij een zorginstelling met een gesalarieerd bestuur een bindende voordracht doen bij de benoeming van een RvT-lid (art. 11 lid 2).

Niets dus over die onderlinge contacten tussen CR en RvT waarover de Mvt het heeft. Maar de Mvt vervolgt met: *Het laatste decennium hebben de zorgaanbieders toenemende vrijheid gekregen om de eigen zorgorganisatie zodanig in te richten dat zij beter tegemoet kunnen komen aan deze rolverdeling en aan de wensen van hun cliënten.* (Mvt 3). Anders gezegd: regelen jullie die contacten zelf maar. Daar doe ik nu het volgende voorstel voor.

22. Participatie door de RvT: samenspel met de CR

Er zijn instellingen die zich het welbevinden en de levenskwaliteit ten doel stellen van mensen die in de penarie zitten, sommigen een heel klein beetje, anderen heel erg. Zo'n zorginstelling maakt daar een organisatie voor, met medewerkers, sommigen specialisten, anderen vrijwilligers, managers, directeur(en), bestuur, enz. Zij vormen een samenwerkingsverband dat het beoogde werk voor het welzijn van de cliënten doet. Laat ik het een familie noemen.

Die heeft twee aangetrouwde familieleden. Ze komen van buiten, maar horen er wel bij, hebben dus een deels externe, deels interne plek. Aan de ene kant is dat de RvT, aan de andere kant de CR.

Beide vervullen een wezenlijke functie voor de zorginstelling, waarom ze bijvoorbeeld ambtelijk worden ondersteund, maar de leden ervan hebben geen arbeidsovereenkomst met bijbehorend salaris.

Daarbij ligt de functie van de RvT op het terrein van de systeemwereld van de zorginstelling, terwijl die van de CR betrekking heeft op de leefwereld van de cliënten. De RvT houdt de zorginstelling bij de les, de CR vertelt waar die les over gaat.

De RvT kijkt of het bestuur wel goed het doel van de instelling in de gaten houdt, als dat bijvoorbeeld plannen tot statutenwijziging, fusie of verbouwing maakt, beleidsveranderingen voorbereidt of begrotingen opstelt.

De CR zorgt op grond van zijn doorgaand opzoeken van cliënten voor inbreng van hun kant, die betrekking kan hebben op maaltijden, recreatie, zorgleefplannen, sociale opvang, kamerinrichting, enz.

RvT en CR hebben gezien hun onderscheiden plekken en functies regelmatig contact met elkaar. Daarbij kunnen ze onderwerpen voor elkaars agenda aandragen, hebben belangstelling voor benoeming van leden bij de ander, willen daar ook wel bij betrokken zijn, enz.

De RvT houdt toezicht op het bestuur, dus niet op de CR.

Het is namelijk het bestuur dat naar de CR kijkt. Dit heeft de CR immers ingesteld, vanwege de wezenlijke betekenis die de CR voor de instelling kan hebben (zie 23-25 hierna), waarom het bestuur aan een goed functionerende CR veel gelegen is.

De RvT kijkt wel of het bestuur zijn taak met betrekking tot de CR goed vervult (waarbij een jaarlijks verslag van het bestuur aan de RvT over het functioneren van de CR een dienst kan bewijzen, vgl. Wmcz 1996 art. 8).

Met dit interne toezicht vermindert de RvT de werklast van de externe IGZ, die in Mvt (6.4) en Wmcz 2016 (art. 13) als toezichthouder genoemd worden.

23. Participatie door de CR: op weg naar een plek en functie

De CR is een raad van vertrouwde met de cliënten, die hun stem kan zijn.

De CR is geen belangenbehartiger van cliënten. Het is immers de instelling die voor hun belangen in het leven is geroepen, voor hun welbevinden en levenskwaliteit.

In verband daarmee is de vraag gesteld of de CR niet het best een klantenafdeling van de zorginstelling kan worden, die enerzijds peilt wat er bij de klanten leeft, daarvoor ook goed contact met de zorgmedewerkers heeft, en anderzijds aanspreekpunt voor ze is, met een aparte onderafdeling voor klachten. Voor die afdeling zijn ook full-time-professionals aangetrokken, maar met de CR kan het contact met cliënten meer en wellicht ook betere aandacht krijgen.

Op dit moment heeft de CR een deels interne, deels externe plek. Die lijkt mij de beste. De reden daarvan heeft niet te maken met het bestuur (systeemwereld), maar met de cliënt (leefwereld).

Het is goed, zo zou een opvatting kunnen zijn, als vanaf de externe positie van de cliënt naar het handelen van het bestuur gekeken wordt. Niet doen, denk ik, want het toezicht op het bestuur is toegedacht aan de RvT. Die heeft daar ook de capaciteiten voor, hoeft er geen cursussen voor te volgen, met modelbrieven. Natuurlijk kan een bestuur dingen doen waar de CR met gefronste wenkbrauwen naar kijkt. Die kan de CR dan op het lijstje zetten van zijn geregelde overleggen met de RvT.

Zelf is de CR in een wij-onder-elkaar-context bezig met wat de cliënt bezighoudt: zijn welbevinden en levenskwaliteit. Hoe zit het daarmee?

Als je cliënt bent en zo'n vraag komt van Gerda of Gerard, die je zorg verleent, wat zeg je dan? Stel bijvoorbeeld dat het naar je gevoel niet zo best met die zorgverlener wil klikken, onder andere omdat Gerda of Gerard steeds over hetzelfde begint. Dan kun je natuurlijk om een andere zorgverlener vragen, maar loop je dan niet de kans om van de regen in de drup terecht te komen? Bovendien zal Gerda of Gerard dat niet leuk vinden, en misschien de instelling zelf ook niet, want die zit al met allerlei personeelsproblemen. En je blijft van de instelling afhankelijk.

De afhankelijkheidsrelatie waarin cliënten verkeren, blijkt vaak van invloed te zijn op het antwoord dat ze geven, als de instelling hun vraagt naar hun welbevinden en levenskwaliteit.

Wat je echt vindt, dat vertel je niet aan Gerda of Gerard, maar aan je broer of zus, als je daar volgende week weer op bezoek gaat, of aan de buurman of buurvrouw die even de post komt brengen die op het verkeerde adres bezorgd was. *Hoe is het er overigens mee?*, zegt die. Je bent vertrouwd met elkaar. In die vertrouwde kun je je echte verhaal kwijt.

Hoe komt een zorginstelling bij het echte verhaal van een cliënt over zijn welzijn? Dat kwam aan de orde tijdens het congres *Een jaar later: ruimte voor verpleeghuizen*, dat op 4 juli 2016 in het kader van het programma *Waardigheid en trots* gehouden werd.

In enkele workshops werden verschillende creatieve antwoorden gegeven. *Wij zorgen eens in de drie maanden voor een gezamenlijk kop thee of koffie voor de familieleden en vrienden die geregeld op de afdeling op bezoek komen, zo werd daar bijvoorbeeld verteld. Daar komen in alle vrijmoedigheid dingen uit de bezoeker verhalen van cliënten ter sprake, waar we veel aan kunnen hebben.*

24. Participatie door de CR: andere CR'en

Ook CR'en kunnen door hun externe plek zorgen voor een vertrouwensband met cliënten die voor de instelling van grote waarde kan zijn. Dat is een andere band dan medewerkster Gerda met ze heeft. *Bij mij komt eenmaal in de maand Jannie aan, een vrijwilligster. Die hoort niet tot die instelling, is ook niet van het vak, maar die komt van – hoe heet dat ook alweer? – een 'cliëntenraad'. In ieder geval komt ze me opzoeken en heb ik er een maatje aan.*

Jannie bezoekt meer cliënten. Zo'n vijftieng anderen doen dat ook. Koos, ook van de cliëntenraad, organiseert dat, geassisteerd door de instelling

Toen de instelling tot een CR besloot, heeft die met deze zorgvrijwilligers gesproken. Met als vraag of er onder hen waren die geregeld bij elkaar wilden komen om ervaringen uit te wisselen. De instelling zocht vooral mensen met empathie, die zich goed in een ander konden inleven, ook konden luisteren. Verder had die in de CR het liefst vrijwilligers op uiteenlopende zorgterreinen.

In ieder geval horen we in onze bijeenkomsten heel verschillende verhalen, zei Nico, die CR-lid werd.

Een ander leren kennen, vaak best lastig!, zei Ayala daarop. Soms kost het me maanden. Niet alleen omdat anderen nu eenmaal anders zijn, maar ook vanwege de moeilijkheden waarmee ze te maken hebben. Hoe gaan ze daarmee om? En wat kunnen wij voor ze betekenen? En die zorgmedewerkers natuurlijk.

Hoe zit het nu met de pijnpunten bij zo'n CR?

- Moeilijk om mensen te vinden: Dat valt bij deze CR erg mee. Het Nederland van nu telt immers een groot aantal vrijwilligers, in allerlei soorten en maten. Daar zijn altijd wel geïnteresseerden onder te vinden die dit werk willen doen en dat ook kunnen.
- Gemeenschappelijke belangen: Wat er gemeenschappelijk is in de verschillende verhalen, waar verschillende groepen cliënten naar uitzien, dat blijkt uit de verhalen op de bijeenkomsten.
- Representativiteit: Het belangrijkste is dat de cliënten de vrijwilligers, inclusief de CR'ers, vertrouwen, zodat die echt hun stem kunnen zijn. Verder horen de CR'ers op de bijeenkomsten ervaringsverhalen op verschillende zorgterreinen.
- Professionaliteit: De professionaliteit bij deze CR'ers is hun empathisch vermogen. Soms organiseert de instelling ook cursussen hoe je beter kunt leren luisteren of waarop je eens zou moeten letten.
- De CR-agenda: Het bestuur van de instelling vraagt de CR enkele keren per jaar om over bepaalde zaken zijn mening te geven. Daar is het namelijk wettelijk toe verplicht. Gelukkig zijn de deelnemers aan de CR-bijeenkomsten niet verplicht om er een mening over te hebben. Ze zitten namelijk in de cliëntenraad om de cliënten.

Laatst zeiden Almira en Nordine wel wat over die uitjes, zo kon Mick zich herinneren. Jij kunt het misschien ook eens ter sprake brengen bij jouw mensen, Sara. Zijn er bij jullie trouwens ook dingen gezegd over de mensen die er in de groep bij zijn gekomen?

Verder hebben Koos en Marijke wat affiniteit met bestuurlijke zaken, dus die houden zich met dit soort vragen bezig. Ze komen ook regelmatig bijeen met mensen van de RvT, volgens de afspraken in het participatie- of samenwerkingsreglement. Bij kwesties die ver van het bordje van de CR-bijeenkomsten liggen, bekijken ze of de RvT daar niet het best aandacht aan kan besteden.

Dit is een van de vele denkbare en bestaande manieren waarop CR-leden op cliënten betrokken kunnen zijn. Wat handig gekozen termen leiden via Google naar diverse voorbeelden daarvan.

Ook voorbeelden van cliënten in een actieve rol, waarbij ook de zorgmedewerkers een andere plek hebben. In verband daarmee vermeld ik de 'PARTNER'-benadering van Tineke Abma en de haren, ook vanwege de naam daarvan (die overigens een letterwoord is).

In alle gevallen vraagt de CR-taak wel wat van je. Empathie natuurlijk. Maar ook gewoon tijd. Goed daarom die faciliteiten waarop de Wmcz 2016 aanstuurt. Een passende vrijwilligersvergoeding ligt voor de hand.

25. Participatie door de CR: citaat Gert van Dijk

Het grote CR-congres op 10 oktober 2016 werd ingeleid door 'key note spreker' prof.dr. Gert van Dijk. Citaat uit het verslag:

Wat is dan wel de waarde van een cliëntenraad voor een zorgaanbieder? De rauwe werkelijkheid van buiten naar binnen brengen, zegt Van Dijk. Niet meer en niet minder. Als cliëntenraad ben je geen bestuurder, toezichthouder of adviseur, en van de 'inspraak' die wordt gezegd dat cliëntenraden hebben, moeten we ons, zoals ik al zei, niet teveel voorstellen. De cliëntenraad hoort zich dus te beperken tot die rol waarin ze uniek kan zijn, en dat is inderdaad het binnen de organisatie vertellen wat er in de buitenwereld gebeurt, onopgesmukt en zonder er conclusies aan te verbinden of er standpunten uit te destilleren. Wat de cliëntenraad vooral niet moet doen, is de belangenbehartiger uithangen. Ze moet het verhaal voor zichzelf laten spreken.

Het is een boodschap die Van Dijk door cliëntenraden niet altijd in dank wordt afgenomen, en die ze ook niet altijd geloven. Cliëntenraden zijn vaak blij als ze bij de raad van bestuur aan tafel mogen zitten, zegt hij. Maar dat is een fopspeen eerste klas, want dan ben je ingekapseld en dus monddood. Heb als cliëntenraad dus vooral geen bestuurlijke ambities.

Wat moeten bestuurders en toezichthouders doen met die rauwe werkelijkheid die de cliëntenraad van buiten naar binnen brengt? Van Dijk: De raad van bestuur moet er vooral heel goed naar luisteren en de raad van toezicht moet erop toezien dat het verhaal bij de bestuurders binnenkomt en op zijn waarde wordt geschat. In feite is dat wat good governance is. Good governance is het samenspel tussen de cliëntenraad, de raad van bestuur en de raad van toezicht waarbij de eerste partij vertelt, de tweede luistert en de derde in de gaten houdt of er wel wat gebeurt met die verhalen.

~ ~ ~ ~ ~

E. Van vandaag naar morgen

26. Inleiding tot een afsluiting

Wat is de situatie van dit moment, wat zijn de kwesties die zich daarin voordoen, en hoe komen we vanuit de dag van vandaag bij die van morgen? Dat zijn de vragen van dit afsluitende deel.

Deze bijdrage betreft een nieuwe, bijgestelde versie van de Wmcz. Die wordt voorbereid, omdat het wenselijk is de medezeggenschap van cliënten in zorginstellingen te versterken en gezien het aantal wijzigingen hiervoor een nieuwe Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen vast te stellen (inleiding van het ontwerp voor de nieuwe wetstekst).

Op 30 september 2016 stuurt VWS het ambtelijk ontwerp daarvoor rond voor internetconsultatie, die eindigt op 13 november 2016. Deze bladzijden zijn een bijdrage tot deze consultatie, waarin het ambtelijke ontwerp de Wmcz 2016 heet (voordat het beoogde wetsontwerp er is, zal 2016 tot het verleden horen).

Beginvraag: De Wmcz 2016 wil de medezeggenschap versterken die geregeld was in de Wmcz 1996. Doet die dat? Antwoord: ja.

Volgende vraag: Waarom wil de Wmcz 2016 deze medezeggenschap versterken? Daarover gaat de derde vraag van het Integraal afwegingskader voor beleid en regelgeving (IAK) bij de Wmcz 2016: Wat is het probleem?

Ik citeer het hele antwoord: *De huidige wetgeving sluit onvoldoende aan bij de verwachtingen van cliëntenorganisaties en politiek ten aanzien van medezeggenschap van cliënten. Aanscherping van het instrumentarium is nodig om tot voldoende checks en balances te komen in de relatie tussen bestuur en cliëntenraad. De huidige WMCZ bevat bovendien slechts een beperkte verwijzing naar het beschikbaar stellen van materiële middelen waarover de cliëntenraad ten behoeve van zijn werkzaamheden kan beschikken, waardoor vaak maar een beperkte bijdrage voor ondersteuning en scholing en onafhankelijke ondersteuning wordt verleend. Verder biedt de opzet van de huidige wet*

onvoldoende ruimte voor de veelzijdige praktijk van medezeggenschap en blijkt het afdwingen van het naleven van de wet via de kantonrechter een te hoge drempel voor individuele (afhankelijke) cliënten. Tot slot is de verplichting tot instelling van een cliëntenraad mede vanuit een oogpunt van administratieve lasten disproportioneel voor kleine zorgaanbieders.

Derde vraag: De bestaande wetgeving sluit onvoldoende aan bij de verwachtingen van cliëntenorganisaties en politiek ten aanzien van medezeggenschap van cliënten. Sluit de Wmcz 2016 daar nu wel voldoende bij aan? Antwoord: Zeer waarschijnlijk wel, want VWS heeft de cliëntenorganisaties geraadpleegd en ook aan de motie Bouwmeester – Dik-Faber gehoor gegeven waarin de regering wordt verzocht in het wetgevingstraject mee te nemen *dat de zeggenschap van cliënten bij hun zorginstelling wordt vergroot* (citaat uit het IAK bij vraag 1).

Vierde vraag: Als cliëntenorganisaties en politiek de cliënt centraal zouden stellen, aan de verwachtingen van wie moet de wet dan voldoen: *de verwachtingen van cliëntenorganisaties en politiek*, of die van de cliënt? Hier begint een principiële discussie.

Naar mijn stellige overtuiging schiet de cliënt met de verwaarde zeggenschap niets op, wordt daar eerder de dupe van. Als de reden voor die verzwaring ligt in de geringe effecten van de Wmcz 1996, dan is die verzwaring symptoombestrijding. De echte oorzaak is namelijk dat degenen die het beste met de cliënt voor hebben, (nog steeds) datgene doen wat naar hun oordeel het beste voor hem is. Nu gaat het om de medezeggenschap die wetgever, cliëntenorganisaties en politiek hem toedenken. Zoals gezegd verlangt de cliënt niet naar dit bezit in de systeemwereld, maar ziet hij uit naar welbevinden en levenskwaliteit in zijn leefwereld.

Nu zou de cliënt gevraagd kunnen worden om inbreng om besluiten in de zorg te verbeteren. Dan zal die antwoorden: Daarbij zijn die besluiten het doel en word ik een middel, dat ik niet kan waarmaken omdat ik geen bestuurder ben en van allerlei bestuurskwesties ook niet voldoende afweet.

Straks meer hierover.

Een principiële discussie als deze past in een synoptisch beleid dat allerlei facetten van de kwestie bekijkt, de waarden van bestaande omstandigheden weegt om doelen voor over vijf jaar te formuleren. Hier gaat het om een ambtelijk wetsontwerp met een voorgeschiedenis van allerlei verwickelingen en ingewikkeldheden, dat met de verkiezingen van maart 2017 in het vooruitzicht zo mogelijk nog in deze kabinetsperiode zou moeten leiden tot een nieuwe wet die een twintig jaar oude moet vervangen. Zo'n situatie vraagt om zogeheten 'incrementeel' of 'adaptief' beleid, oftewel concreet: om bijstellingen die nog realiseerbaar zijn. Dat leidt meteen tot de vraag: Wat zijn de voornaamste routepaaltjes?

27. Routepaaltjes

A. Bevorderen zelforganisatie

Levensvoorwaarde voor maatschappelijke dienstverleners is goede afstemming van hun dienstverlening op degenen aan wie ze hun diensten verlenen. AH en NS zijn daarop gericht, ook banken en verzekeraars, en ook zorginstellingen. Waarom een Wmcz voor zorginstellingen met overheidsfinanciering die vanuit de overheid intervenueert?

Antwoord: *Zelfregulering via onderlinge afspraken tussen partijen komt zonder wettelijke basis voor die afspraken onvoldoende van de grond.* Daarom wettelijke verplichtingen tot onder meer een cliëntenraad en inspraak, waarmee de overheid voorkomt dat het niet zo goed gaat. Omdat de overheid een terugtrekkende overheid wil zijn, is een belangrijke vraag hoe de overheid daarnaast kan bevorderen dat het wel goed gaat. Voorstellen tot dat doel onder 28.

B. De cliënt centraal, ook in de wetgeving

De Wmcz 1996 gaf de cliënt medezeggenschap. Om wiens belang ging het daarbij? Een antwoord dat zich moeilijk laat onderdrukken is: het belang van de overheid, die de beslissingen over cliënten kwalitatief wilde verbeteren en daartoe de cliënten inschakelde. In de functie die de overheid hem daarbij toedeelde, voelt de cliënt zich alleen niet als cliënt herkend. Zo worden hem allerlei zaken ter beoordeling voorgelegd waarmee hij als cliënt

geen affiniteit heeft. Vergaderingen tussen bestuur en CR doen zelden een beroep op datgene waarom een CR-lid cliënt is.

Andere optie: De Wmcz wilde niet allereerst het belang van de overheid, maar dat van de cliënt dienen, doordat deze kon gaan deelnemen aan beslissingen over zaken die hem betroffen. Wat voor zaken waren dat? De wetgever nam in de wet een lange lijst op van onderwerpen waarbij naar zijn oordeel belang van cliënten in het geding kon zijn (art. 3 in de Wmcz 1996). Tegelijk verplichtte hij de zorgaanbieder om elk van die onderwerpen met de cliënt te bespreken. Dus nodigde het bestuur, de houder van de zeggenschap, de cliënt, als houder van de medezeggenschap, uit voor overleg. Zoals gezegd, merkte de cliënt dat hij met vele van die zaken nauwelijks iets had en er ook niet veel over kon zeggen. De overheid had het bestuur alleen verplicht om daar met hem over te praten. Net zoals de cliënten zagen ook de 'vertegenwoordigers' op de agenda's onderwerpen staan die de hunne niet waren, maar waarover ze wel verondersteld werden een oordeel te geven, want daarvoor stonden ze op de agenda. Gevolg: CR'en konden/kunnen moeilijk aan leden komen.

Twee verbeteringen zijn nodig: Als de cliënt centraal bij je staat, dan vraag je hem ten eerste niet om bij jou te komen, maar ga jij naar hem toe, en dan stel je ten tweede niet allereerst jouw onderwerpen aan de orde, maar vraagt hem waarover hij het wil hebben. (Bij 'zeggenschap' en 'medezeggenschap' denk je alleen niet aan zoiets. Vandaar het pleidooi in 19-20 voor andere termen.)

Als op de aanvankelijk blanco agenda zo de punten van de cliënt komen te staan, dan zal de zorgaanbieder waarschijnlijk zelf bekijken hoeveel belang de instelling aan elk van die punten kan hechten. Maar hij kan ook een VWS-lijst raadplegen: advies?, instemming?.

Nu kwam de zorgverlener met een agenda waarop naar zijn oordeel alle zaken stonden die voor de cliënt van belang konden zijn. Het verleden is nog niet voorbij, want hij dacht opnieuw vanuit zichzelf ('naar zijn oordeel'), niet vanuit de cliënt.

Vervolgens de Wmcz 2016: Die blijkt opnieuw gevuld met onderwerpen van de wetgever (art. 3 lid 3, art. 7 lid 1, art. 8 lid 1). De inbreng van de kant van de cliënt komt alleen in art. 5 lid 3 aan de orde: *De zorgaanbieder stimuleert dat de cliëntenraad de wensen en meningen van de cliënten van de instelling en hun vertegenwoordigers inventariseert.*

Een voorstel tot iets anders onder 28.

C. De cliënt centraal, ook in de cliëntenraad

Ich bin ein Berliner, zei de Amerikaanse president John F. Kennedy, toen hij in juni 1963 zijn toespraak hield in West-Berlijn. *Ik ben een cliënt*, kan een cliëntenraadslid zeggen, in de buitenlandse taal van de cliënt, waarin de accenten van diens penarie doorklinken. Doordat het CR-lid die taal in zijn omgang met de cliënt heeft geleerd, kan hij stem van de cliënt zijn.

Zoals bekend, is de realiteit anders. Het zou bijvoorbeeld leerzaam kunnen zijn, om cliënten in alle zorginstellingen drie vragen te stellen: 1. Heeft uw instelling een CR? 2. Als dat zo is, kunt u de naam van een CR-lid noemen? 3. Als u een CR-lid kent, wanneer hebt u die voor het laatst gesproken?

De pijnpunten kwamen in 05-09 en 13-15 aan de orde. Doordat de cliënten van de cliëntenraad de 'achterban' van die raad zijn geworden, moet de raad naar zijn legitimatie op zoek. Daarbij is de medezeggenschap een kwestie, omdat die parallel loopt met de zeggenschap, waardoor de vrijwilligers van de CR het risico lopen om hetzelfde te gaan doen wat de professionals van de instelling doen.

De enige mogelijkheid voor een CR-identiteit die de legitimatiekwestie oplost, lijkt een functie zoals de wetgever van de Wmcz 1996 voor ogen zal hebben gestaan. Daarbij hebben de CR-leden niet de bestuurskamer als vaste plek, hoe aantrekkelijk die ook is, zeker met de verzwaarde zeggenschap, maar de ruimte waar ze maatjes zijn met de cliënten, en hun taal leren. Toen Gert van Dijk daar op 10 oktober over sprak, klonk gemor, want een aantrekkelijk perspectief is dit niet. Volgens *Van achterban naar voorban* vraagt het om de omslag van een halve draai.

Als CR-leden op de werkvloer komen, dan treffen ze daar niet alleen de cliënten aan, maar ook de medewerkers van de zorginstelling. Kunnen die vanuit hun dagelijkse omgang met de cliënten niet het best hun stem zijn? In 23 is een CR-functie beschreven die vergeleken met de functie van de medewerkers van essentiële waarde kan zijn voor de instelling: vertrouwde waaraan de cliënt zijn echte verhaal over zijn welbevinden en levenskwaliteit vertellen kan.

29. Een weg naar morgen

Tot slot wat voorstellen binnen het veronderstelde kader van de beperkte mogelijkheden. In een afzonderlijke bijdrage aantekeningen bij het nieuwe Wmcz-ontwerp, bestemd voor de VWS-medewerkers.

a. *Cliënten*

Het hoofddoel van de Wmcz 2016 is *de medezeggenschap van cliënten in zorginstellingen te versterken*. Omdat het in de zorg gaat om de cliënt, zal het goed zijn om in de contacten tussen instelling en cliënt allereerst naar de cliënt te luisteren, dus:

- in de wet niet beginnen met onderwerpen van het bestuur, maar beginnen met vragen naar *de wensen en meningen van de cliënten* (art. 2 lid 1, art. 5 lid 3).

b. *Cliëntenraad*

De bestaande wetstekst heeft de cliëntenraad de mogelijkheden geboden tot een discutabele onduidelijke functie, met name een intermediaire, waarbij de cliënten de 'achterban' werden. Als het overheidsbeleid erop is gericht om de medezeggenschap van de cliënten te versterken, dan kan de cliëntenraad alleen drager daarvan zijn, als de cliëntenraad als wezenstaak krijgt om cliëntenraad te zijn (toelichting o.a. in 22-24). Daarin kan zijn enige legitimatie zijn gelegen.

- bijstelling van art. 3 lid 1.

c. *Inspraak*

- art. 2 schrappen of de cliëntenraadsverplichting voor instellingen voor langdurige zorg schrappen (toelichting onder 16).

d. *Raad van toezicht*

Deze zou in de Wmcz die niet alleen bij benoemingskwesties moeten worden vermeld, maar ook in zijn wezenlijke functies een plek moeten krijgen:

- opgenomen in de medezeggenschapsregeling > participatie-/samenwerkingsregeling;
- medeopsteller medezeggenschapsregeling > participatie-/samenwerkingsregeling;
- vaste gesprekspartner voor de cliëntenraad (onder andere over onderlinge taakverdeling, wat kan worden opgenomen in de medezeggenschapsregeling > participatie-/samenwerkingsregeling);
- toezicht op de interactie tussen bestuur en cliëntenraad (ter ontlasting van de IGZ, art.13; wat kan worden opgenomen in de medezeggenschapsregeling > participatie-/samenwerkingsregeling);
- ontvangt daartoe een jaarverslag van het bestuur daarover (vgl. Wmcz 1996 art. 8).

e. *Bestuur*

Vooraf de relatie bestuur-clieutenraad verdient aandacht:

- benoemt de leden van de cliëntenraad (onduidelijk geformuleerd in art. 3 lid 2), en ontslaat hen tussentijds, als daartoe aanleiding bestaat (zoals de raad van toezicht het bestuur naar huis kan sturen);
- is vaste gesprekspartner voor de cliëntenraad, houdt toezicht op het functioneren ervan.

f. *Terminologie*

Er zijn vele redenen om de term medezeggenschap te vervangen door de term participatie (of samenwerking). Toelichting onder 20.

F. Bijlagen

30. Literatuur

Verreweg de meeste hieronder genoemde publicaties vallen van internet te downloaden. Bij papieren boeken staat achter de beschrijving [boek].

De Wmcz

- Evaluatie Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen; door J. de Savornin Lohman, R. Rijkschroeff, D. Oudenampsen, L. Verkuyl, K. van Gelder en R. van Overbeek. Den Haag, ZON, ZorgOnderzoek Nederland, 2000. Reeks: Evaluatie regelgeving, deel 4. 81 blz.
- Evaluatie Wet medezeggenschap cliënten zorgsector; achtergrondstudies per sector; door Dick Oudenampsen, Rally Rijkschroeff, K. van Gelder, R. van Overbeek, J. de Savornin Lohman en L. Verkuyl. Utrecht, Verwey-Jonker Instituut, 2000. 148 blz.
- Hoogerwerf, Remco, Eline Nievers en Christel Scholten. De invloed van cliëntenraden; het verzaamd adviesrecht in de dagelijkse praktijk vanuit cliëntenraadperspectief; een onderzoek in opdracht van het ministerie van VWS. Leiden, Research voor Beleid, 2004. 111 blz.
- Mein, A.G., en D. Oudenampsen. Medezeggenschap op maat; onderzoek naar de wijze waarop vorm en inhoud wordt gegeven aan medezeggenschap van cliënten in de zorg; in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 16 april 2015. Utrecht, Verwey-Jonker Instituut, 2015. 59 blz.
- Onderzoek, Een, naar de praktijk van de WMCZ in ziekenhuizen en revalidatie-instellingen. Utrecht, Landelijk Steunpunt cliëntenRaden (LSR), 2007. 21 cm, 79 blz. [boek]
- Voet, Gerdina [= Gerdien] Willemijntje van der. De kwaliteit van de WMCZ als medezeggenschapswet. Den Haag, Boom Juridische Uitgevers, 2005. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam. XVIII+433 blz.

Participatie, medezeggenschap

- Abma, Tineke A. Herinneringen en dromen van zeggenschap; cliëntenparticipatie in de ouderenzorg. Amsterdam, Boom Lemma Uitgevers, 2010. 114 blz.
- Basisinformatie medezeggenschap; vernieuwde versie. Utrecht, LOC, 2016. 35 blz.
- Bovenkamp, Hester van de, Pauline Meurs en Marina de Lint. Gevarieerde medezeggenschap in zorginstellingen en bij zorgverzekeraars; een pleidooi voor het koesteren van veelzijdigheid. Rotterdam, Erasmus Medisch Centrum Rotterdam – Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, 2016. 38 blz.
- Bovenkamp, Hester van de, Kor Grit en Roland Bal. Inventarisatie patiëntenparticipatie in onderzoek, kwaliteit en beleid; in opdracht van ZonMW en het VSBfonds. Rotterdam, Erasmus Medisch Centrum Rotterdam – Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, 2008. 71 blz.
- Cliëntenparticipatie in beeld; inventarisatie praktijkvoorbeelden van cliëntenparticipatie; door K. Sok, E. Kok, T. Royers en B. Panhuijzen. Utrecht, Movisie, 2009. 126 blz.
- Handboek achterban- en cliëntenraadpleging; inventarisatie van methoden van onderzoek & tips, trucs en www.eetjes; in opdracht van het Ministerie van VWS samengesteld. Gouda, Stichting Raad op Maat, 2015. 119 blz.
- Kraan, W.M. van der, en P. Meurs. Effectieve medezeggenschap; een verkennend onderzoek naar effectieve vormgeving van medezeggenschap van cliënten in algemene ziekenhuizen. Rotterdam, Erasmus Medisch Centrum Rotterdam – Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, 2008. 81 blz.
- Laterveer, Marthijn. Cliëntenraden in de toekomst; medezeggenschap 3.0. In: Zorg & Zeggenschap (periodiek LOC), uitgave 30 van 30 september 2016, blz. 18-20.
- Medezeggenschap buiten de deur?; medezeggenschap in decentrale en extramurale zorgvormen. Uitgave door LOC, LPR, LSR en Raad op Maat, 2007. 51 blz.
- Rafels, De, van participatie in de gezondheidszorg; van participerende patiënt naar participerende omgeving; samenstelling en redactie Christine Dedding en Meralda Slager. Den Haag, Boom Lemma uitgevers, 2013. 238 blz. [boek]

- Trappenburg, Margo. *Genoeg is genoeg; over gezondheidszorg en democratie*. Amsterdam, Amsterdam University Press, 2008. *Studies over politieke vernieuwing*. 271 blz.

Governance, bestuur

- Bovenkamp, Hester van de, en Samantha Adams. *Doelgericht deelnemen; achtergrondstudie naar burgerparticipatie bij het toezicht*. Rotterdam, Erasmus Medisch Centrum Rotterdam – Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, 2012. 89 blz.
- *Goed bestuur in de zorg; kamerbrief van 19 september 2013 door minister E.I. Schippers en staatssecretaris M.J. van Rijn van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. 11 blz.
- *Goede zorg vraagt om goed bestuur; beleidskader; kamerbrief van 13 januari 2016 door minister E.I. Schippers en staatssecretaris M.J. van Rijn van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. 11 blz.
- *Governance en kwaliteit van zorg; uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg*. Den Haag, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2009. 89 blz.
- *Governancecode welzijn & maatschappelijke dienstverlening, uitgewerkt in drie modellen; tekst: Hildegard Pelzer; 3de ongewijzigde druk*. Utrecht, MOgroep Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening, 2008. 64 blz.
- Kraan, W.G.M. van der. *De zorgvrager als toezichthouder; achtergrondstudie bij het advies Governance van kwaliteit in de zorg*. Den Haag, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), 2009. 17 blz.
- Nies, Henk, en Mirella Minkman. *Governance in transitie*. in: *Zorg voor toezicht; de maatschappelijke betekenis van governance in de zorg*; redactie: Henk den Uijl en Ton van Zonneveld. Amsterdam, Mediawerf, 2015. blz. 75 t/m 82.
- Schraven, Theo P.M. *Governance in de zorg; van inrichting naar inspiratie, van wetten naar waarden*. Schagen, 2014. 79 blz. [boek]
- *Toezicht op goed bestuur; voor bestuurders en toezichthouders in de zorg*. Heerlen, Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) / Utrecht, Nederlandse Zorgautoriteit (Nza), 2016. 21 blz.
- *Van tweeluik naar driehoeken; versterking van interne checks and balances bij semipublieke organisaties; rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid*. Amsterdam, Amsterdam University Press, 2014. 88 blz.
- *Zorgbrede governancecode 2017, consultatieversie 23 mei 2016*. Utrecht, BOZ Brancheorganisatie Zorg, 2016. 37 blz.

31. Schrijver dezes

- Na taalstudie (UvA) eerst werkzaam in het onderwijs (middelbare school), daarna in het onderzoek (Meertens Instituut KNAW). Vervolgens beleidsmedewerker bij het Ministerie van O&W. Nu gepensioneerd.
- Militaire dienst bij de geneeskundige troepen, met praktijkervaring in een ziekenhuis. Maakte een kleine tien jaar geleden opnieuw kennis met de wereld van de zorg door de ziekte alzheimer bij zijn vrouw, die in 2012 bewoonster werd van het Bartholomeus Gasthuis in Utrecht. Eerst mantelzorg thuis, nu in het verpleeghuis, waar hij vrijwel dagelijks komt.
- Vijf jaar CR-ervaring: als CR-lid bij de Utrechtse welzijninstelling U Centraal (met het Steunpunt Mantelzorg Utrecht), en als CR-lid bij het Bartholomeus Gasthuis. Van daaruit deelnemer aan het Grootstedelijk Overleg van Utrechtse CR'en.
- Werd eind 2014 gevraagd voor overleg over klantparticipatie in de achttien buurtteams die op grond van de Wmo in Utrecht zijn gevormd. Dat overleg duurt voort.
- Nam deel aan diverse bijeenkomsten over zorgverlening en CR'en (in het programma Waardigheid en Trots, van LOC Zeggenschap in Zorg, enz.; onder andere op 29 mei 2015 naar de Tweede Kamer, waar Lea Bouwmeester (PvdA) LOC'ers ontving).
- Werkt in verschillende verbanden mee aan alzheimeractiviteiten (informatie: gastlessen, congressen, e-learningprogramma; onderzoek: beoordeling subsidieaanvragen; enz.).

- Persoonlijk verhaal: Maakte als oudere door ontwikkelingen in zijn persoonlijke omgeving kennis met de wereld van de zorg. Wilde betrokken blijven bij degenen die ongewild zorgcliënt werden. Werd daartoe onder meer lid van cliëntenraden. Probeerde zich daarin met dezelfde toewijding als zijn mede-CR-leden in te zetten voor de maatschappelijke taken die de wetgever de CR toekende.
Denkend aan de 'cliënten' in zijn omgeving, vroeg hij zich eerst af: Zit ik hier wel goed? Vervolgens: Wat is eigenlijk de bedoeling? Met als volgende variant: Waar zijn we eigenlijk mee bezig? Ging daarna op onderzoek uit. Met als conclusie: Ook de wetgever had het beste met cliënten voor. Maar we lopen onszelf met onze goede bedoelingen wel eens in de weg. Toen de wetgever naging waarmee hij de cliënt van dienst kon zijn, keek hij in zijn eigen voorraadkast. Want hij had geen gelegenheid om eerst drie dagen bedlegerig te zijn met de bedlegerigen, zoals een van de zorgbestuurders onlangs deed. Tijdens die dagen had hij zich kunnen afvragen: Is dat eigenlijk wel een passend idee, die medezeggenschap bij onderwerpen die mij voor de cliënt van belang lijken? Weet een bedlegerige zich daarmee wel als cliënt herkend en begrepen? Wat mist die eigenlijk in zijn voorraadkast waarvoor ik als betrokkene zou kunnen zorgen? Toch eens vragen.
Eén van de vervolgen: deze bladzijden, vanuit de doorgaande vraag in zijn persoonlijke leefwereld: *Wat betekent dit voor de cliënt?*

10 november 2016
(Dag van de mantelzorg)

Henk Heikens, hhjb@xs4all.nl