

Expertmeeting *Wetsvoorstel Cliëntenrechten Zorg en het perspectief van migranten*

7 oktober 2011



Opening en Welkom

Robbert van Bokhoven opent de bijeenkomst in plaats van Radjesh Manna van ZonMw die heeft moeten afzeggen. Robbert van Bokhoven vervangt hem als dagvoorzitter en geeft een korte toelichting op het programma.

Peter van der Loo heet vervolgens de aanwezigen welkom namens Zorgbelang Nederland. Hij vertelt over de samenwerking tussen Zorgbelang Nederland, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en de Hart&Vaat groep bij de lobby in de Tweede Kamer en bij de minister van VWS betreffende het wetsvoorstel WCZ. De samenwerking tussen Pharos en Zorgbelang Nederland dateert van vorig najaar. Gezamenlijk is een expertmeeting georganiseerd als voorbereiding op de conferentie van Pharos en RVZ in november 2010. Met de expertmeeting van vandaag geven de organisaties een nieuwe impuls aan de samenwerking. Het komende jaar wordt deze samenwerking voortgezet. De bijeenkomst van vandaag is gewijd aan het wetsvoorstel Wet Cliëntenrechten Zorg. Het is belangrijk dat bij de voorbereiding en implementatie van deze wet ook het perspectief van migranten meegenomen wordt. Het programma bestaat uit de voordrachten van gerenommeerde sprekers.

Robbert van Bokhoven geeft informatie over Pharos en het programma *Migrant als Klant*. Pharos is een landelijk kennis- en adviescentrum op het gebied van de gezondheid van migranten en vluchtelingen. Pharos ondersteunt professionals en organisaties die zorg aan deze groepen willen verbeteren. Het Programma *Migrant als Klant* heeft als doel de regierol van migranten in het zorgstelsel te versterken. Robbert vestigt de aandacht op het feit dat migranten nog nauwelijks vertegenwoordigd zijn in de patiëntenorganisaties. Ook beschikken migranten niet over keuze-informatie en weten ze niet waar deze informatie te vinden is. Daardoor is het lastiger om gefundeerde keuzes in de zorg te maken en een sturende rol in het stelsel te vervullen. De inzet van Pharos is goede en toegankelijke zorg voor iedereen en dus ook voor migranten. De samenwerking van Pharos met Zorgbelang Nederland wordt het komende jaar voortgezet rondom een aantal pijlers uit het programma van Pharos.

Deze pijlers zijn:

- Verbeteren toegang tot basisinformatie, o.a. via internet
- Versterken zelfmanagement en gezondheidsvaardigheden
- Zichtbaar maken van klantenervaringen
- Versterken van cliëntenparticipatie
- Betrekken van migranten bij het ontwikkelen van kwaliteitscriteria

Langs deze pijlers zullen verschillende activiteiten met en voor migrantenorganisaties ontwikkeld worden.

**'Patiëntenrechten en het voorstel van Wet cliëntenrechten Zorg
Presentatie door Margo Weerts, directeur van De Hart&Vaatgroep**

Margo Weerts begint haar presentatie met het geven van informatie over de Hart&Vaatgroep. Het is de patiëntenvereniging van en voor mensen met een hart- of vaataandoening. De Hart&Vaatgroep richt zich landelijk en regionaal op:

- Belangenbehartiging
- Informatievoorziening
- Lotgenotencontact
- Leefstijlmanagement

De Hart&Vaatgroep is partner van de Nederlandse Hartstichting.

Vervolgens gaat ze in op de geschiedenis van patiëntenrechten in Nederland, de achtergronden en de inhoud van het Wetsvoorstel van WCZ en de stand van zaken. De patiëntenrechten in Nederland hebben een lange geschiedenis en zijn pas recentelijk vastgelegd. Tot de jaren zeventig, waren rechten van de patiënt afgeleid uit de plichten van de arts en gebaseerd op ethiek en vertrouwen (de eed van Hippocrates). In 1973 hield professor Rang een oratie waarin hij ervoor pleitte om gezondheidsrecht en patiëntenrechten systematisch te bestuderen. Kort daarna, in 1978, bracht de Federale Commissie Rechten van de Patiënt (professor Leenen) een advies uit over de wettelijke vormgeving van patiëntenrechten. In de jaren tachtig kwam de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) tot stand gevolgd door een hele reeks wetten in de jaren negentig.

- Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ 1992)
- Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO 1994)
- Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ 1995)
- Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ)
- Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZI 1996)
- Wet op de Medische Keuringen (WMK 1997)
- Wet op de Orgaandonatie (WOD 1997).

Doordat in zes jaar verschillende wetten werden gemaakt, raakten patiëntenrechten verspreid over veel wetten. Tegelijkertijd was de reikwijdte van deze wetten verschillend en ontstonden verschillende systemen van toezicht en handhaving.

Vanaf 2000 begon in Nederland een nieuw zorgstelsel vorm te krijgen (gereguleerde marktwerking). Dit nieuwe stelsel beoogde nieuwe machtsverhoudingen. De inzet is dat de rol van zorgverzekeraar belangrijker wordt en dat die kan bepalen welke zorg tot stand moet komen. Daarbij dient de zorg vraag-gestuurd te zijn. Dit vraagt om herdefiniëring van de rechtspositie van de patiënt. In een stelsel gebaseerd op een gereguleerde markt met een sterke zorgverzekeraar, dient de patiënt een sterkere rechtspositie te hebben om meer invloed te kunnen uitoefenen. Tegen die achtergrond ontstond de wens een Zorgconsumentenwet tot stand te brengen.

In de daaropvolgende jaren werd aan deze wens stapsgewijs gestalte gegeven. In 2005 tijdens de behandeling van de Zvw in de Eerste Kamer pleitte de NPCF voor de totstandkoming van een Zorgconsumentenwet. In 2006 gaven RVZ en IGZ daarover een advies. Vervolgens bracht VWS in 2007 het programma uit *Zeven rechten voor de cliënt in de zorg*. Twee jaren later in 2009 ging het

Wetsvoorstel Wet Cliëntenrechten Zorg (WCZ) naar de Raad van State en in 2010 naar de Tweede Kamer.

In het regeer / gedoogakkoord van 2010 is over deze wet het volgende afgesproken:

De rechten van patiënten worden versterkt. Hierbij is het uitgangspunt dat de rechten individueel afdwingbaar dienen te zijn, maar dat tevens geborgd moet worden dat er sprake is van redelijkheid en billijkheid bij de uitvoering van deze rechten. Dit wordt geregeld via de Wet Cliëntenrechten Zorg.

De doelen van de WCZ zijn genoemd in drie documenten:

Preambule van de wet:

- Versterken positie van de cliënt in de zorg.
- Rechten en plichten van cliënt en zorgaanbieder in één wettelijke regeling.

Memorie van Toelichting

- Rechten toegankelijker, inzichtelijker en effectiever.

Coalitieakkoord

- Rechten beter afdwingbaar.

De WCZ is een omvangrijke wet bestaande uit 97 artikelen die ongeveer 50 pagina's beslaan. Het bevat zowel individuele als collectieve rechten. In deze wet zijn de regels uit privaat-, publiek- en strafrecht bij elkaar gebracht. Het bevat alleen rechten ten opzichte van de zorgaanbieder en het bestaat grotendeels uit bestaand recht. In de WCZ is het recht op afstemming (ketenzorg) niet opgenomen.

Indeling van de WCZ ziet er als volgt uit:

- Algemene bepalingen
- Goede zorg
- Informatie, toestemming, dossier en bescherming van de persoonlijke levenssfeer
- Effectieve, laagdrempelige klachten- en geschillenbehandeling
- Medezeggenschap en goed bestuur
- Overige bepalingen
- Toezicht en handhaving
- Wijzigingen in en intrekking van andere wetten en overgangsrecht
- Slotbepalingen

Nadat het wetsvoorstel naar de Tweede Kamer was gestuurd, konden in het eerste kwartaal van 2011 Kamerleden schriftelijke vragen indienen. In juli 2011 heeft de minister naar aanleiding van het verslag een nota van wijziging naar de Kamer gestuurd. De minister geeft aan dat de WGBO in stand blijft en dat een Beginselenwet Zorginstellingen (Bgzi) tot stand zal komen. Deze Bgzi regelt de concrete rechten voor de bewoners van zorginstellingen. Deze Bgzi mag van het kabinet geen onderdeel uitmaken van de WCZ.

Als er gekeken wordt naar het wetgevingsproces, dan zien wij dat het Wetsvoorstel WCZ momenteel in Tweede Kamer ligt. De Vaste Commissie van VWS heeft besloten tot een rondetafelgesprek. Dat wil zeggen dat de fracties kunnen aangeven welke personen of organisaties uitgenodigd moeten worden voor een gesprek. Daarna volgt in de Tweede Kamer de verslagronde met de schriftelijke vragen en antwoorden. Vervolgens zou het Wetsvoorstel WCZ voorgelegd worden aan de Eerste Kamer.

Over de invoering van de WCZ hebben zich verschillende partijen uitgesproken. De politiek heeft de WCZ opgenomen in het regeer / gedoogakkoord. De veldpartijen inclusief patiëntenorganisaties hebben zich zeer kritisch uitgelaten en de gezondheidsjuristen hebben laten weten dit voorstel een slecht wetsontwerp te vinden. Daarom is de invoeringsdatum onduidelijk. De wet zou in 2013 of 2014 van kracht moeten worden. Maar het is ook denkbaar dat hij helemaal niet ingevoerd wordt.

Ongeacht of de WCZ wel of niet ingevoerd wordt, blijft de vraag relevant hoe de positie van de cliënt in het huidige zorgstelsel gewaarborgd dient te worden.

Naar aanleiding van deze presentatie werden door de deelnemers vragen gesteld over de zorgverzekeraar. Wat is het perspectief van de zorgverzekeraar op deze wet? In welke wet zouden de rechten en plichten van de verzekerden ten aanzien van de zorgverzekeraars geregeld moeten worden? Neemt de zorgverzekeraar in het huidige stelsel de verantwoordelijkheden van de zorgaanbieders over?

Wie is toch die cliënt?

Presentatie Marina de Lint, senior adviseur RVZ

Mevrouw de Lint gaat dieper in op de volgende onderwerpen:

- Achterliggende visie op de burger in de WCZ
- De uitwerking daarvan in concrete regels en arrangementen
- Verwachte effecten van de WCZ op het gedrag van de burger

Achterliggende visie op de burger in de WCZ

In het algemeen recht geldt dat burgers met elkaar rechtsbetrekkingen aangaan door het sluiten van overeenkomsten. De onderhandelende partijen worden daarbij geacht gelijkwaardig te zijn. Dat zijn de uitgangspunten van het Burgerlijk Wetboek. Daarnaast kent het Burgerlijk Wetboek ook bijzondere overeenkomsten. Bijvoorbeeld de overeenkomsten betreffende huur, arbeid, koop en geneeskundige behandelingen. De wetgever erkent dat de partijen bij het aangaan van deze overeenkomsten niet gelijkwaardig zijn. De ongelijkwaardigheid van partijen heeft te maken met de volgende aspecten:

- Bedrijfs- / beroepsmatig handelen
- Kennis, informatie
- Afhankelijkheid

Daarom is de bescherming van zwakkere partijen nodig in de wettelijke regeling huurovereenkomst, arbeidsovereenkomst en ook in de geneeskundige behandelingsovereenkomst.

In Nederland bestaan verschillende wettelijke regelingen met betrekking tot patiëntenrechten. De patiëntenrechten zijn vooral geregeld in WGBO. Maar ook in andere wetten zoals WKCZ en WMCZ.

Soms zijn patiëntenrechten als plichten voor zorgaanbieders geformuleerd, bijvoorbeeld in de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Al deze regelingen met patiëntenrechten geven een versnipperd beeld. Het gaat zowel over individuele als collectieve rechten die ten aanzien van verschillende wederpartijen gelden. In de WCZ zijn deze rechten bij elkaar gebracht. Daarnaast zijn nog enkele nieuwe rechten toegevoegd.

Deze nieuwe rechten zijn:

- Recht op keuze-informatie
- Recht op goed bestuur en toezicht

Wat zegt dit over de onderliggende visie van de wetgever op de burger? Wie is toch die cliënt in de WCZ en wat moet hij of zij kunnen?

Ten eerste moet de WCZ patiënt kunnen kiezen. Bijvoorbeeld naar welke dokter, ziekenhuis of verpleeghuis hij gaat. De onderliggende aanname daarbij is dat de keuze rationeel van aard is en gebaseerd op performance van de zorgverlener zoals: het aantal operaties, ervaringsjaren, aantal, ernst van complicaties. De vraag is echter welke informatie de patiënt daarnaast relevant vindt. Bijvoorbeeld de informatie over de service zoals gemengd verplegen of levensbeschouwelijke grondslag. Ook de vraag naar vergoeding kan voor de patiënt belangrijk zijn. Daarnaast is het nog de vraag of de patiënt wil en kan kiezen. Dit is onder andere afhankelijk van de fase in ziekteproces.

Ten tweede moet de WCZ patiënt kunnen omgaan met sociale media (internet). Keuze-informatie is vrijwel uitsluitend via internet toegankelijk en te vergelijken. Het is de vraag of de patiënt hiermee kan omgaan. Heeft hij toegang tot internet? Hoe betrouwbaar is de informatie?

Ten derde moet de patiënt zijn rechten kunnen verzilveren. Hij moet weten wat te doen wanneer zijn rechten niet worden nageleefd. Het uitgangspunt van WCZ is dat de patiënt daarbij zelf initiatief moet nemen. Ook hier is het beeld dat deze patiënt rationeel handelt en mondig is. Uit de WCZ is niet echt duidelijk wie de patiënt zou moeten aanspreken. Voor verschillende rechten zijn verschillende adressanten denkbaar: dokter, keten, bestuur, toezichthouder. Verder is onduidelijk op welke wijze de rechten af te dwingen zijn: mondeling, schriftelijk?

In het kort samengevat moet de patiënt volgens de WCZ kunnen kiezen, omgaan met sociale media en moet hij zijn rechten verzilveren. Wat er in de WCZ ontbreekt, is de gidsfunctie. Er wordt niemand aangewezen om de patiënt te ondersteunen. Er zijn verschillende partijen te bedenken die deze gidsfunctie op zich zouden kunnen nemen. Te denken valt aan:

- Familie, vrienden, lotgenoten
- Huisarts
- Zorgmakelaars
- Zorgverzekeraar

Met name de zorgverzekeraar zou een grotere rol in het afdwingen van patiëntenrechten moeten hebben. De patiënt sluit een verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar. Dat geldt met name bij natura verzekeringen. De patiënt betaalt premie en de zorgverzekeraar levert zorg. De zorgverzekeraar kan dat niet zelf. Hij sluit hiertoe op zijn beurt een overeenkomst met de zorgaanbieder (hij koopt zorg in). De zorgverzekeraar moet er dus voor instaan dat hij zorg levert van voldoende kwaliteit en dat de rechten van patiënten worden nageleefd. Als rechten van patiënten door zorgaanbieders geschonden worden, dan moet de patiënt de zorgverzekeraar kunnen aanspreken (wanprestatie).

De conclusie is dat de WCZ een bonte verzameling van rechten is. Dat deze wet hoge eisen aan de patiënt stelt en dat niet iedere patiënt daaraan kan of wil voldoen.

De WCZ roept een aantal belangrijke vragen op:

- Wie zorgt voor de patiënt die niet kan of wil handelen volgens de WCZ? De zorgverzekeraar is daartoe de meest aangewezen partij, maar wordt in de WCZ niet genoemd.
- Waarom wordt in de wet geen onderscheid gemaakt tussen individuele en collectieve rechten?
- Dienen nieuwe rechten primair de patiënt of de werking van het zorgstelsel?

De presentatie door prof. dr. Walter Devillé verbonden aan UvA / Pharos – Nivel

Professor Devillé gaat in op de beleving van ziekte en zorg door migrantenpatiënten. Hij maakt onderscheid tussen verschillende groepen migranten en geeft een toelichting op het perspectief van de zwakkere patiënt met een lage SES (sociaaleconomische status). Er volgt een toelichting op het Nederlandse zorgstelsel. Dit stelsel bestaat uit drie markten waarop verschillende partijen met elkaar relaties aangaan. Op de verzekeringsmarkt sluit de verzekerde een verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar. Op de zorginkoopmarkt koopt de zorginkoper de zorg van de manager of ondernemer (zorgaanbieders). Op de zorgmarkt sluit de zorgaanvrager de behandelingsovereenkomst met de zorgaanbieder.

In dit zorgstelsel wordt de patiënt geacht de keuze te maken voor de zorgverzekeraar en huisarts. Zijn positie wordt versterkt door het opnemen van eigen verantwoordelijkheid, empowerment en zelfmanagement. Dat wordt hoofdzakelijk gedaan door middel van regelgeving (WGBO, WMCZ, WKCZ, WCZ) en door middel van informatie (indicatoren, CQi, kiesbeter). Nederland heeft in vergelijking met andere Europese landen de meeste aandacht voor patiëntenrechten. Wat de indicatoren betreft, is het de vraag of alle patiënten de bij de indicatoren behorende vragenlijsten goed kunnen invullen en of ze de resultaten die daarna op het internet geplaatst worden goed kunnen lezen en interpreteren.

Aan de hand van een model voor het gebruik van de gezondheidszorg laat Devillé zien welke factoren bepalend zijn voor het gebruik van zorg. Dat zijn vooral: inkomen, opleiding, beroep, etniciteit en cultuur. Bij de lage SES patiënt wordt het zorggebruik vooral bepaald door inkomen, opleiding en beroep en bij migranten zijn etniciteit en cultuur daarbovenop medebepalend. Het gezondheidsbeeld is in sterke mate afhankelijk van attitude, kennis en waarden. Binnen preventie wordt vaak onvoldoende rekening gehouden met deze factoren waardoor de preventie niet aanslaat. Bij zelfmanagement speelt dat 70% van de cliënten toegang heeft tot digitale informatie en 30% niet. Bij migranten zijn de verschillen tussen de 1^e en 2^e generatie van belang. De resultaten van de CQi voor de 2^e generatie migranten, verschillen niet noemenswaardig van die van de autochtone bevolking. De 1^e generatie migrant vindt de zorg in grote lijnen goed. De 2^e generatie migrant is veel kritischer, ook in vergelijking met autochtone bevolking.

De knelpunten voor zelfmanagement bij lage SES zijn:

- Lage opleiding (lezen, rekenen, uitdrukken, digitale vaardigheden)
- Lage gezondheidsvaardigheden
- Andere leerstijl (doen i.p.v. lezen)
- Andere copingstijl

- Andere kijk op machtspositie / autoriteit van zorgverleners
- Andere opvattingen over gezondheid en ziekte
- Andere prioriteiten
- Multiproblematiek
- Elk eigen bril: zorgverlener / patiënt

Bij deze knelpunten komen specifieke knelpunten voor bij zelfmanagement bij migranten:

- Taalbarrière (taalkennis, uitdrukkingen)
- Minder kennis van het Nederlandse zorgstelsel
- Zelfbeeld en de manier waarop naar anderen gekeken wordt (o.a. het schaamtegevoel)
- Andere kijk op machtspositie van zorgverleners
- Ander ziektebeeld: lichaam en geest veel meer gekoppeld, andere betekenisgeving klachten, andere kijk op chronische ziektes (men denkt dat het te behandelen valt in plaats van mee te leren leven).

Om het omgaan met ziekte en gezondheidszorg onder migranten te begrijpen, is het onderscheid naar Westers- en Niet- Westers wereld- en ziektebeeld van belang (Gailly 2007).

Het Westerse wereldbeeld en ziektebeeld worden gekenmerkt door de volgende factoren:

- Individualiteit
- Persoonlijke autonomie, controle
- Individuele competenties
- Keuzevrijheid
- Scheiding lichaam en geest

Het Niet-Western wereldbeeld en ziektebeeld:

- Sociocentrisch (sociaal / familiaal, ethiek, schaamte)
- Persoonlijke en sociale harmonie
- Sociale rolvulling
- Aanvaarding en harmonie, lot
- Lichaam – geest holisme

De hele wetgeving is gebaseerd op het Westerse wereldbeeld en ziektebeeld. Dat kan met name bij de eerste generatie migranten knelpunten opleveren. Zelfs bij de tweede generatie kan acculturalisatie een belangrijke rol spelen. Denk aan schizofrenie onder jongeren die proberen zich aan te passen (zonder eigen achtergrond mee te nemen).

Hoe anders een ziektebeeld onder migranten kan zijn, werd geïllustreerd aan de hand van de verklarende modellen die Ghanese en Surinaamse migranten hebben voor hypertensie. Deze aandoening wordt verklaard door de stress veroorzaakt door de positie als migrant en door de veranderende omgeving inclusief klimaat en dieet. Hypertensie werd niet in verband gebracht met obesitas en niet als een chronische aandoening gezien. Het zou verdwijnen bij terugkeer naar land van herkomst (Beune 2006).

Het beeld op ziekte wordt bij migranten vaak gekleurd door het gevoel van schaamte en de angst voor roddel. Dit komt pregnant naar voren in het volgende citaat:

“Ons soort mensen is verschillend. Wanneer je over je gezondheidsprobleem vertelt, gaan ze er over kletsen. Uiteindelijk is iedereen op de hoogte. Men gaat vermoeden dat je thuis een probleem hebt. Of misschien heeft je echtgenoot een andere vrouw.”

39 jarige Ghanese vrouw met hypertensie (Beune 2006).

Kenmerkend voor het eigen beeld op ziekte bij de 1^{ste} generatie migranten is dat de oorzaak daarvan extern wordt gezocht. De vraag is, waar blijft de ruimte voor eigen verantwoordelijkheid? Voorts heeft de 1^e generatie migranten een eigen kijk op de plaats van patiënt ten opzichte van de zorgverlener. Dit blijkt uit het volgende citaat:

“Sprekend vanuit mijn eigen ervaring, deze mensen dragen de verantwoordelijkheid over aan de arts en het is zeer moeilijk dit om te draaien. Het is lastig om hoogte te krijgen van de ideeën over gezondheid en ziekte van migranten want meestal dragen ze de verantwoordelijkheid over aan de arts [...]. Patiënten verwachten dat artsen hen zullen genezen, liefst via een injectie of een voorschrift voor een medicijn.” (Sloots 2009).

Vanwege het feit dat migranten een ander beeld hebben zowel van de eigen ziekte en gezondheid als van de rol van de hulpverlener is het van belang dat hulpverleners kennis en vaardigheden hebben voor een cultuurgevoelige hulpverlening. Dat zijn de volgende kennis en vaardigheden:

- Etnografische kennis over etnisch/cultureel andere cliënten
- Vaardigheden in intercultureel communiceren
- Bewustzijn van eigen culturele opvattingen, normen en waarden
- Bewustzijn van verschillen in (dynamische) verklarende modellen (Gailly 2007; Kleinman 2008).

Daar de verklarende modellen uit de hulpverlening en die van migranten ver uit elkaar kunnen liggen, is het van groot belang dat elke hulpverlener aan het begin van de therapie zoekt naar het verklarende model van de patiënt. Pas daarna is het zinvol tot therapie over te gaan.

“De manier waarop Nederlandse artsen je ontvangen op het ogenblik dat je binnenkomt, is alsof je dood bent. Je hebt geen gevoelens meer [...] Indien hij echt luistert naar ons en aandacht besteedt aan ons, dan weet hij wat er verkeerd gaat en hoeft hij ons niet door te verwijzen naar een specialist of een medicijn voor te schrijven. Maar enkel indien hij echt goed luistert. Wanneer we weten en aanvoelen dat hij echt aandacht besteedt aan ons, dan vertrouwen we wat hij ons vertelt.”

45 jarige Somalische vrouw, 9 jaar in Nederland (Feldmann 2006).

Wat de positie betreft van de migrant in het gezondheidsstelsel, staan wij volgens Devillé voor een aantal uitdagingen:

- Hoe sturen wij het beeld van de 1^e generatie migranten in de richting van de visie van dit stelsel?
- Hoe bevorderen wij het nemen van eigen verantwoordelijkheid als de oorzaken van ziekte extern geplaatst worden?
- Hoe stimuleren wij zelfmanagement onder deze groepen?

Bij het zoeken naar antwoorden op deze vragen is het cruciaal de onderliggende laag die het zelfbeeld en het beeld van gezondheidszorg bepaalt, mee te nemen in het denken en voelen.

Concluderend stelde Devillé dat vernieuwde aandacht nodig is voor de eigenheid van allochtone cliënten. Dat wil zeggen voor het eigen beeld over ziekte, zorg, preventie, verantwoordelijkheid en voor de eigen kijk op de rol van de zorgverlener. Aanbevelenswaardig is verder te onderzoeken welke positie de cliënt/patiënt bereid is in te nemen in het stelsel. Daarbij dient de vraag beantwoord te worden hoe verschillende wereldbeelden, ziektebeelden en daaraan gekoppelde verklaringen bij elkaar gebracht kunnen worden. Er zou tevens gekeken moeten worden welke nieuwe en andere empowermentstrategieën of vormen van participatie nodig zijn. Ook moet nagedacht worden of een gefaseerde aanpak samen met migranten en doelgroepen de gewenste veranderingen een stapje dichterbij zou kunnen brengen.

Naar aanleiding van de presentatie zijn een aantal vragen uit de zaal gesteld. Deze vragen zijn beantwoord door professor Devillé en andere gastsprekers.

- Al vanaf 1960 maken veel patiënten met een andere etnische achtergrond gebruik van het Nederlandse zorgsysteem. Toch is er nog steeds gebrek aan cultuursensitieve zorg. De oplossing zou moeten liggen in het opnemen van cultuursensitieve zorg in de reguliere opleidingen voor artsen en andere hulpverleners. Binnen sommige opleidingen wordt daaraan aandacht gegeven. Cultuursensitieve hulpverlening zou echter beter geïntegreerd moeten zijn binnen deze opleidingen. In Nijmegen wordt met wisselend succes een simulatie gedaan met allochtone patiënten.

- Cultuursensitieve zorg is een onderwerp dat ook op Europees niveau aandacht krijgt. Vanuit Nederland heeft David Ingleby het initiatief genomen om *Mighhealth.Net* te ontwikkelen. Daarin gaat veel aandacht naar cultuuraspecten. In het Nederlandse zorgstelsel wordt het aspect cultuur niet meegenomen. De vraag is waarom dit niet wordt gedaan. Er wordt gezegd dat de hoeveelheid van culturen in Nederland te groot is om alle deze culturen mee te nemen en te kennen. De oplossing is niet alle culturen te leren kennen maar bepaalde attitudes aan te leren. Cultuursensitief handelen is een kwestie van zichzelf openstellen, belangstelling tonen door vragen te stellen en tijd te nemen voor cliënt/patiënt. Ons eigen ego bemoeilijkt het ontwikkelen van deze attitudes.

- De duur van een huisartsenconsult is acht minuten. Doorgaans is dit te kort om adequaat in te gaan op vragen van migrantenpatiënten. Om de communicatie tussen arts en patiënt te verbeteren wordt in de 2^e lijns zorg het zogeheten culturele interview gehouden. Devillé zoekt naar mogelijkheden om deze interventie ook beschikbaar te maken voor de 1^e lijns zorg.

- Tussen de 1^e en de 2^e generatie migranten bestaan verschillen in de visie op ziekte en gezondheid. In grote lijnen kan gesteld worden dat de 1^e generatie migranten zich traditioneel opstelt, hoge verwachtingen van de arts heeft en niet deelneemt aan de CQ-index of andere onderzoeken naar klantenervaringen. De 2^e generatie lijkt op veel punten op de autochtone bevolking. Zij neemt evenveel deel aan de CQ-i en heeft een kritische opstelling. Toch dient er mee rekening te worden gehouden dat de 1^e generatie omvangrijk is en dat naar Nederland nog steeds 1^e generatie migranten komen.

- Zou een meer zakelijke benadering waarin kwaliteit centraal staat, meer perspectief kunnen bieden dan de cultuurgerichte benadering met de nadruk op normen en waarden? Daarover waren de meningen verdeeld. Er zijn aandoeningen waarin cultuur duidelijk een hele belangrijke rol speelt. Denk bijvoorbeeld aan diabetes. Bij diabetes spelen cultuurgebonden voedingsgewoonten een grote rol. Bij Hindoestanen en Marokkanen bijvoorbeeld is voeding niet alleen een kwestie van overleven, maar ook een onderdeel van het sociale leven. Ook de religie is hierbij van belang. Denk bijvoorbeeld aan het vasten tijdens de ramadan. Huisartsen en diëtisten die cliënten uit deze groepen begeleiden zijn gebaat bij kennis daarover.

Onder andere hieruit blijkt dus dat de problematiek verbonden aan het hebben van een lage SES niet gelijkgesteld kan worden aan problematiek die te maken heeft met cultuurverschillen.

- Het is belangrijk dat naast (huis)artsen ook andere partijen in de zorg kennis hebben over hoe migranten ziekte en zorg beleven en wat de implicaties daarvan zijn voor de dagelijkse praktijk. Binnen de ggz (PGGZ en i-Psy) voelt men zich er verantwoordelijk voor om aan de zorgverzekeraars uit te leggen wat de positie van migranten is. Dat is niet makkelijk, maar de indruk is dat de zorgverzekeraars geïnteresseerd raken. Op de i-Psys wordt niet bezuinigd.

Het voorstel Wcz & het migrantenperspectief Presentatie door Martin Buijsen, Erasmus Universiteit Rotterdam

Conclusie uit het eerste gedeelte van de bijeenkomst is: geen statisch mensbeeld maar een veel meer dynamisch mensenbeeld als vertrekpunt hanteren.

Professor Buijsen geeft een korte uitleg over de voorgeschiedenis. Op het eerdere concept voorstel hebben RVZ en RvS een negatief advies uitgebracht. De reacties in de politiek zijn gemengd. Over het concept van 2010 heeft de Tweede Kamer veel vragen gesteld (maart 2011). In juli jongstleden heeft de minister de vragen beantwoord en wijzigingsvoorstellen gedaan.

Rechten en plichten volgens de WCZ

WGBO regelt de relatie tussen de patiënt en de arts. WCZ regelt de relatie tussen de zorgaanbieder en de cliënt. Deze wet heeft een veel grotere reikwijdte en geldt voor iedereen die zorg verstrekt en ontvangt. Bijvoorbeeld ook voor verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Personen en organisaties die zorg verstrekken worden aangeduid als zorgaanbieders. De personen die zorg ontvangen worden cliënten genoemd.

WCZ dekt de zorg waarop Zvw, AWBZ en (deels) Wmo van toepassing zijn. De zorg die vanuit AWBZ overgeheveld wordt naar de WMO valt onder de WCZ. Het is nog niet duidelijk welke consequenties deze grote reikwijdte zal hebben en hoe deze wet in de praktijk zal werken. Het is met name onduidelijk hoe de implementatie zal zijn in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Wij zien nu al dat de wetgeving die de verhoudingen tussen de zorgaanbieder en de patiënt regelt in de praktijk opgerekt wordt. Zo is bijvoorbeeld de WGBO al van toepassing in de thuiszorg.

De WCZ regelt de volgende rechten:

- Recht op goede zorg
- Recht op keuze-informatie
- Recht op informatie, toestemming, dossiervorming en privacy
- Recht op effectieve klachten- en geschillenbehandeling
- Recht op medezeggenschap

- Goed bestuur
- Maatschappelijke verantwoording

Een korte toelichting op deze rechten en de betekenis daarvan voor migranten.

Recht op goede zorg

Het recht op goede zorg is al in huidige wetgeving geregeld. Individuele patiënten dienen goede zorg te ontvangen. De instellingen hebben de plicht om verantwoorde zorg te leveren. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan: zorg die doelmatig, doeltreffend en patiëntgericht is. Daarnaast vereist de WGBO dat de zorgverlener zijn beroep uitoefent als goede zorgverlener. Een goede zorgverlener houdt zich aan de beroepsnormen, standaarden en protocollen die geldig zijn binnen zijn vakgebied. Deze beroepsnormen en standaarden zijn gebaseerd op wetenschappelijke bevindingen. Daarin worden objectieve behoeften aan zorg vastgesteld. De patiënt heeft recht op de zorg conform deze standaarden en beroepsnormen. Niet meer en niet minder. De zorg die verleend wordt conform normen en standaarden wordt aangeduid als patiëntgerichte zorg. Bij het opstellen van beroepsnormen, standaarden en protocollen moeten patiënten betrokken worden.

Nieuw in de WCZ en voor migranten belangrijk, zijn de volgende rechten en plichten:

- Veilige zorg, zonder schade
- Informatie- en medewerkingsplicht van cliënt
- Recht op passende geestelijke verzorging
- Recht op leefwensen-onderzoek
- Incidenteninformatie blijft binnen instelling

In de WCZ is het begrip goede zorg aangevuld met het criterium veilige zorg. De veilige zorg is zorg zonder schade. Van belang is te beseffen dat deze toevoeging ingegeven is door een aantal incidenten in de gezondheidszorg. Ook is nieuw dat de cliënt een informatie- en medewerkingsplicht krijgt. Ook krijgt hij het recht op passende geestelijke verzorging.

Wat betreft de incidenteninformatie geldt dat de zorgverlener een incident moet melden, maar dat deze melding binnen de instelling blijft.

Recht op keuze-informatie

Recht op keuze-informatie en het recht op informatie over de rechtspositie zijn nieuwe rechten. Het recht op keuze-informatie houdt in dat de zorgverlener de plicht heeft om de klant te informeren over onder andere eigen werkzaamheden, patiënten ervaringen en tarieven. Deze kwaliteitsinformatie heeft de patiënt nodig om vergelijkend onderzoek te doen naar voor hem passende zorg. De veronderstelling is dat het recht op keuze-informatie het kiezen voor kwaliteit makkelijker zal maken. Er zijn echter een aantal kanttekeningen te plaatsen bij het recht op keuze-informatie. Ten eerste is het voor de zorgverlener bezwaarlijk en moeilijk om de kwaliteitsinformatie te vinden en aan te bieden. Dit geldt minder voor selectieve, specialistische vormen van zorg die zich wat makkelijker laten vatten in keuze-informatie. Maar juist bij deze vormen van zorg doen zich ontwikkelingen voor die de keuzevrijheid ondermijnen. In juli 2011 hebben de overheid, ziekenhuizen en zorgverzekeraars een bestuurlijk akkoord bereikt over de specialisatie van ziekenhuizen. Ziekenhuizen gaan niet allemaal dezelfde zorg aanbieden, maar zullen zich specialiseren in bepaalde verrichtingen.

Ten tweede kan het recht op keuze- informatie gezien worden als een middel om de zorg te verdelen. Het recht op gezondheidszorg is een mensenrecht. Het uitgangspunt daarbij is dat de zorg naar objectief vastgestelde behoeften dient te worden verleend. Wanneer naar iets anders gekeken wordt dan naar behoeften, dan doet zich een schending van de mensenrechten voor. Met het introduceren van het recht op keuze-informatie wordt de toegang en de kwaliteit van de zorg afhankelijk gemaakt van andere factoren dan de behoefte aan zorg. Welke zorg iemand krijgt, wordt dan bepaald door zijn taalkennis, vaardigheden in het bewerkstelligen van de toegang, zijn eigenschappen en niet te vergeten zijn verdiensten. Het verdelen van de gezondheidszorg volgens deze criteria zal de verschillen in de gezondheidszorg doen toenemen.

Naar aanleiding van de vraag of specialisatie van ziekenhuizen betekent dat de patiënt lange reizen zal moeten maken antwoordt Buijsen dat er bepaald is dat de ziekenhuizen redelijk in de buurt beschikbaar moeten zijn.

Professor Buijsen geeft aan dat het van belang is te beseffen dat er in de praktijk weinig tot geen keuzes gemaakt zullen worden, omdat er specialisatie in de markt komt. De plekken waar zorgverzekeraars moeten inkopen zullen aangewezen worden. Het technocratische middenveld (besturen van de ziekenhuizen) aangevuld met wat verzekeraars, zullen bepalen welke zorg waar komt. De zorginkoop zoals in het stelsel is bedoeld, lukt niet. Zorgverzekeraars ervaren problemen bij het verkrijgen en wegen van de kwaliteitsinformatie. Zij stappen daarom over naar de restitutiepolis. De WCZ moet dan gezien worden als een ideologisch sluitstuk van de marktwerking in de zorg. Tegenover bepleite keuzes in de zorg en het recht op keuze-informatie staat de werkelijkheid waarin op de achtergrond afspraken worden gemaakt die tot de kartelvorming zullen leiden. **Waar welke zorg dient te komen zal in de nabije toekomst vooral besloten worden in overleggen van maatschappen van specialisten, besturen van ziekenhuizen en in mindere mate door zorgverzekeraars.**

Recht op informatie, toestemming dossiervorming en privacy

Relevant aspect vanuit migrantenperspectief is het recht op overleg over behoefte aan zorg, inhoud en wijze van verlening van de aangeboden zorg, termijn van verlening en verwachte tijdsduur. Van belang is te beseffen dat de patiënt niet geacht wordt om te onderhandelen omdat hij of zij de zorg volgens de richtlijnen dient te ontvangen.

Ook is belangrijk dat de WCZ spreekt over het recht op niet voortijdige beëindiging van het contract tussen zorgaanbieder en de patiënt, tenzij van de zorgaanbieder voortzetting niet in redelijkheid kan worden verlangd. De WGBO hanteert een andere formulering van dit recht welke meer rechtszekerheid biedt. In de WCZ heeft de zorgaanbieder meer ruimte om moeilijke klanten buiten de deur te zetten. De rechtszekerheid bij voortijdige beëindiging van een contract is dus minder geworden.

WCZ regelt ook het recht op informatie over incidenten indien deze merkbare gevolgen hebben of kunnen hebben voor de cliënt. Deze incidenten worden vermeld in het dossier. Verder wordt het recht op inzage in of afschrift van het dossier door nabestaanden geregeld indien en voor zover sprake is van de schriftelijke toestemming door cliënt of zwaarwegend belang ter zake van de nabestaanden.

Het recht op effectieve klachten en geschillenbehandeling

Nieuw is dat de klacht schriftelijk ingediend moet worden bij een klachtenfunctionaris verbonden aan de zorgaanbieder. Gezien de vele klachten over medewerkers, is het verbinden van een klachtenfunctionaris aan de zorgaanbieder lastig. Volgens de huidige wetgeving worden de klachten ingediend bij een onafhankelijke klachtenfunctionaris. Naast het indienen van een klacht kan ook een verzoek om schadevergoeding ingediend worden. Het hoger beroep vindt plaats bij een geschilleninstantie die ook toegankelijk is voor cliëntenorganisaties. Deze geschilleninstantie kan een bindend advies uitbrengen betreffende een schadevergoeding tot 25.000 euro. Over deze regeling zijn tijdens de parlementaire behandeling van de WCZ veel kritische vragen gesteld.

Recht op medezeggenschap

Cliëntenraden krijgen het recht zich aan te sluiten bij een vertrouwenscommissie. De financiering van cliëntenraden is anders geregeld. In plaats van de huidige financiële afhankelijkheid van de besturen van de instellingen, worden cliëntenraden budgettair onafhankelijk. Ondanks deze verbetering lost deze regeling werkelijke problemen niet op. Het werkelijk probleem is het grote verloop van de leden van cliëntenraden. Cliëntenraden zijn samengesteld uit (zieke) vrijwilligers die veel praktische problemen ervaren.

Goed bestuur

Cliëntenraden krijgen het recht om bindend voordracht te doen voor het toezichthoudend orgaan. Zij krijgen ook recht op een enquête bij misstanden bij de zorgaanbieder.

Maatschappelijke verantwoording

De zorgaanbieder dient zich in te schrijven in het register van zorgaanbieders. Hij dient ook jaarlijks stukken aan te leveren die inzage geven in de kwaliteit, klachten, medezeggenschap en goed bestuur. Ook dient de zorgaanbieder geen winst uit te keren tenzij sprake is van bijzondere omstandigheden.

Beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorg

Er zijn afspraken opgenomen over de beschikbaarheid van spoedeisende zorg in de regio.

Bevindingen over de WCZ:

- Is gebaseerd op een niet adequate probleemanalyse. Sommige knelpunten zijn geen knelpunten.
- Zal het tegenovergestelde bewerkstellingen dan dat wat beoogd is (vooral de keuze-informatie).
- Sommige knelpunten kunnen beter (doeltreffender en doelmatiger) worden weggenomen met andere middelen: voorlichting, scholing, etc.
- Sommige knelpunten behoeven inderdaad wetgeving, maar aanpassing van bestaande wetgeving is toereikend.
- Vanuit migrantenperspectief niet aan te bevelen.
- Het is een 'veegwet'.

Er zou gepleit moeten worden voor het handhaven van de huidige wetgeving.

Discussie met de zaal

-Vanuit het beleid wordt ingezet op ambulante zorg. Wat zegt de WCZ daarover?

De WCZ mist de link met ambulante zorg. Het regelt de tussenvormen van zorg niet goed. Suggestie is om andere vormen van medezeggenschap te ontwikkelen voor bijvoorbeeld zorg door ZZP-ers. Bij de overheveling van AWBZ naar WMO raken cliënten hun inspraak kwijt.

-Hoe zit het met de ontschotting wonen-welzijn-zorg?

Antwoord: het recht op afstemming is in de WCZ niet goed geregeld. De WCZ is een verzameling van vele bestaande wetten. De rechtpositie van aanbieders is sterk. De WGBO is niet toereikend

voor het recht op afstemming. Als de beginselenwet van kracht wordt, zal een en ander verder uitgediept worden door de jurisprudentie.

-Zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol in het stelsel. Zij beschikken over de eigen cliëntenraden. Hun bereidheid om naar de verzekerden te luisteren is gering.

-Wat wordt gedaan met de uitkomsten van de presentaties en discussie van vandaag? Zou het niet goed zijn om deze in te zetten in de richting van het wetgevingstraject?

In de wet zou een regel opgenomen kunnen worden waarin de bescherming van zwakke consumenten vastgesteld wordt.

Er wordt veel gevraagd van burgers. De eerste generatie migranten zal niet in staat zijn te handelen volgens de WCZ. Dit zullen migranten/patiëntenorganisaties aan de orde moeten stellen. Een eerste aandachtspunt bij de implementatie van de wet.

Tijdens het laatste deel van bijeenkomst is met deelnemers teruggekeken naar de bijdragen van de sprekers en de betekenis daarvan voor de patiënt, met name voor de kwetsbare groepen zoals mensen met taalbarrières of beperkte basisvaardigheden. Onderstaand volgt een opsomming van punten die aan de orde zijn geweest en die verdere bespreking behoeven.

1. t.a.v. concept wetsvoorstel

Bevindingen

- De WCZ is een verzameling van rechten waar niet iedere patiënt aan kan of wil voldoen.
- In de WCZ wordt geen onderscheid gemaakt tussen individuele en collectieve rechten.
- Het wetsvoorstel roept de vraag op: dient de WCZ primair de patiënt of de werking van het zorgstelsel?
- Zorgverzekeraar wordt in de WCZ niet genoemd, terwijl hij een belangrijke partij in het zorgstelsel is en de kwaliteit van de zorg voor zijn verzekerden dient te waarborgen.
- De wetgever zou i.p.v. een statisch mensbeeld een veel meer dynamisch mensbeeld als vertrekpunt moeten hanteren.
- Bij vormen van electieve zorg doen zich ontwikkelingen voor die de keuzevrijheid ondermijnen. In juli 2011 hebben overheid, ziekenhuizen en zorgverzekeraars een bestuurlijk akkoord bereikt over specialisatie van ziekenhuizen, waardoor de keuze van de patiënt beperkt wordt.
- Het recht op zorg wordt gezien als een middel om de zorg te verdelen. Het recht op zorg is een mensenrecht. De zorg dient volgens het mensenrecht naar objectief vastgestelde behoefte te worden verleend. Wanneer naar iets anders dan behoefte wordt gekeken, doet zich een schending van het mensenrecht voor.
- De zorginkoop zoals in het stelsel bedoeld is, lukt niet. Zorgverzekeraars ervaren problemen bij het verkrijgen en wegen van kwaliteitsinformatie. Zij stappen daarom over naar de restitutiepolis.
- De WCZ spreekt over het recht op niet voortijdige beëindiging van het contract tussen zorgaanbieder en patiënt tenzij van de zorgaanbieder voortzetting niet in redelijkheid kan worden verlangd. De WGBO hanteert een andere formulering. De rechtszekerheid is in de WCZ op dit punt minder geworden.

- De WCZ is gebaseerd op een niet adequate probleemanalyse. Sommige knelpunten zijn geen knelpunten. Sommige knelpunten kunnen weggenomen door andere methoden (voorlichting, scholing). Andere knelpunten door aanpassing van bestaande wetgeving.
- In de WCZ raken cliënten bij overheveling van zorg van AWBZ naar WMO hun medezeggenschap kwijt. Er dienen andere vormen van medezeggenschap te komen bij zorg verleend door ZZP-ers.
- In de WCZ zou opgenomen moeten worden dat er ondersteuning moet zijn voor kwetsbare burgers bij de omgang met de WCZ.

2. Ten aanzien van de implementatie van het wetsvoorstel

Bevindingen

- In de WCZ moet de patiënt in staat zijn om te kiezen naar welke dokter, ziekenhuis, verpleeghuis, hij of zij wil gaan. De WCZ gaat er vanuit dat deze keuze rationeel is en gebaseerd op de wijze waarop de zorgverlener zich presenteert. De vraag is echter welke informatie vindt de patiënt relevant? Daarnaast is het de vraag of de patiënt wil en kan kiezen.
- Volgens de WCZ moet de patiënt om kunnen gaan met sociale media (internet), immers keuze-informatie is vrijwel uitsluitend toegankelijk en te raadplegen via internet. De vragen zijn: heeft de patiënt toegang tot internet en kan de patiënt met de informatie omgaan?
- Volgens de WCZ moet de patiënt zijn rechten kunnen verzilveren en hiertoe zelf initiatief nemen. Het is echter niet altijd duidelijk hoe de rechten af te dwingen zijn.
- In de WCZ ontbreekt de gidsfunctie. Een persoon of organisatie die de patiënt kan ondersteunen.
- De WCZ is gebaseerd op het Westers wereld- en ziektebeeld. Dat kan met name bij eerste generatie migranten knelpunten opleveren.
- Het is noodzakelijk dat hulpverleners kennis en vaardigheden hebben over cultuurgevoelige hulpverlening. Het de betreft de volgende kennis en vaardigheden:
 - Etnografische kennis
 - Vaardigheden in interculturele communicatie
 - Bewustzijn van eigen culturele opvattingen, normen en waarden
 - Bewustzijn van verschillen in (dynamisch) verklarende modellen
- Er is vernieuwde aandacht nodig voor de eigenheid van allochtone patiënten (eigen beeld van ziekte, zorg, preventie, verantwoordelijkheid en voor de eigen kijk op de rol van de zorgverlener).
- Nieuwe patiënten dienen geïnformeerd te worden over de WCZ.
- De 1^o generatie migranten zal niet in staat zijn te handelen volgens de nieuwe wet. Dit zullen migranten/patiëntenorganisaties aan de orde moeten stellen.
- Er is onderzoek nodig naar de vraag welke positie de patiënt bereid is in te nemen in het zorgstelsel. Daarbij dienen de volgende vragen beantwoord te worden:
 - Hoe kunnen verschillende wereldbeelden, ziektebeelden en daaraan gekoppelde verklaringen bij elkaar gebracht worden?
 - Welke nieuwe en andere empowerment-strategieën of vormen van participatie zijn nodig?
 - Kunnen door een gefaseerde aanpak samen met migranten en doelgroepen de gewenste veranderingen een stapje dichterbij gebracht worden?

3. Overig

Bevindingen

- Migranten zijn nauwelijks vertegenwoordigd in patiëntenorganisaties.
- Migranten beschikken niet over keuze-informatie en zij weten niet waar deze te vinden is. Daardoor kunnen zij geen gefundeerde keuzes in de zorg maken en hun sturende rol in het stelsel niet vervullen.
- Het zorgaanbod sluit niet aan op de zorgvraag van migranten wat tot stijgende zorgkosten kan leiden.
- De problematiek verbonden aan het hebben van een lage SES kan niet volledig gelijk gesteld worden aan de problematiek die te maken heeft met cultuurverschillen.
- Bij de lage SES patiënt hangt het zorggebruik samen met inkomen, opleiding en beroep. Bij migranten kunnen ook etniciteit en cultuur bepalend zijn
- Bij lage SES patiënten en migranten is het gezondheidsbeeld in sterke mate afhankelijk van houding, kennis en waarden.
- Uit onderzoek blijkt dat de 1^e generatie migrant de zorg in grote lijn goed vindt. De 2^e generatie migranten is veel kritischer, zelfs in vergelijking met de autochtone bevolking.
- De 1^e generatie migranten is omvangrijk in Nederland. Er komen nog steeds 1^e generatie migranten naar Nederland.
- De toenemende kosten in de zorg zijn een aandachtspunt. Sommige migranten durven niet meer thuiszorg te vragen.
- Voor migranten is het vaak moeilijk om het recht op informatie te realiseren. Daardoor zijn ze geneigd hulpverleners in het land van herkomst te bezoeken. Huisartsen zijn zich niet altijd bewust van problematiek onder migranten. Migranten hebben veel respect voor de huisarts. De traditionele verhoudingen verhinderen migranten om direct te communiceren en duidelijk aan te geven wat er mankeert.
- In de reguliere opleidingen voor artsen en andere hulpverleners zou cultuursensitieve hulpverlening beter geïntegreerd moeten worden.
- Migrantorganisaties participeren te weinig in wetgevende- en verbetertrajecten. De vraag van migranten moet meer zichtbaar worden.
- Om de omgang met ziekte en de Westerse gezondheidszorg door migranten te begrijpen is het onderscheid tussen Westers- en Niet-Westers wereld- en ziektebeeld van belang.
 - Kenmerken Westers wereld- en ziekte beeld: Individualiteit, persoonlijke autonomie, individuele competentie, keuzevrijheid en scheiding lichaam en geest.
 - Kenmerken Niet-Westers wereld- en ziektebeeld: Sociocentrisch, persoonlijke en sociale harmonie, sociale rolvulling en aanvaarding en harmonie.
- Pharos en Zorgbelang Nederland (en zo mogelijk andere organisaties) gaan de komende jaren door met het ontwikkelen van activiteiten gericht op:
 - toegankelijk maken van basisinformatie, o.a. via internet;
 - het versterken van zelfmanagement en gezondheidsvaardigheden;
 - het zichtbaar maken van klantervaringen;
 - het versterken van cliëntenparticipatie;
 - het betrekken van migranten bij het ontwikkelen van kwaliteitscriteria.

Zorgbelang Nederland

Piet Kuhlmann

T: 030 299 19 70

pkuhlmann@zorgbelang-nederland.nl

www.zorgbelang-nederland.nl

Pharos

Helena Kosec

T: 030 234 98 48

h.kosec@pharos.nl

www.pharos.nl

Tekst: Piet Kuhlmann (Zorgbelang Nederland) en Helena Kosec (Pharos)

Bijlagen

1. Deelnemers:

- H. Bolek-Tokgoz (Het Inter-Lokaal)
- M. Boom (Zorgbelang Zuid-Holland)
- A. Cogoni (ZEG Amsterdam)
- M. Heldoorn (NPCF), S. Kasum (Platform BiH)
- A. Kasum (Platform BiH)
- M. Lampe (Cosbo-Stad-Utrecht)
- F. May (NOOM)
- R. Noort (GGZ Platform)
- M.van Overbeek (LOC)
- J. Rasmijn (Platform Allochtone Ouderen)
- H. Talaie (cliënt)
- K. Tohouss (Wmo adviesraad Dordrecht)
- H. William (GGZ Platform)
- H. Rietveld (Cliëntenraad Parnassia)
- Melissa Imansoerdi (Labyrinth)
- N. Sunjic (cliënte)
- Cheyenne Lacroes (Pharos)
- R. van Bokhoven, (Pharos), dagvoorzitter
- P. van der Loo (Zorgbelang Nederland), inleider
- M.A.J.M. Buijsen, (Erasmus Universiteit), inleider
- W. Devillé, (UvA - Pharos), inleider
- M. de Lint, (RVZ), inleider
- M. Weerts (De Hart&Vaatgroep), inleider
- H. Kosec (Pharos)
- P. Kuhlmann (Zorgbelang Nederland)

2. Uitnodiging expertmeeting



Utrecht, 26 september 2011

Betreft: Uitnodiging expertmeeting "Wetsvoorstel Cliëntenrechten Zorg en het perspectief van migranten"

Geachte heer, mevrouw,

Op vrijdag 7 oktober a.s. van 10.30 -15.30 uur organiseren Pharos en Zorgbelang Nederland een expertmeeting over het wetsvoorstel Wet Cliëntenrechten Zorg. Graag willen wij u voor deze expertmeeting uitnodigen.

Locatie:

**Zorgbelang Nederland
Gebouw Piet van Dommelenhuis
Churchillaan 11, 15e verdieping
Utrecht**

Toelichting op de bijeenkomst

De Wet Cliëntenrechten Zorg (Wcz) is in voorbereiding. Politiek gezien wordt deze wet gezien als het sluitstuk van de stelselwijziging in de zorg in Nederland. Deze wet regelt de positie van de cliënt in het Nederlandse zorgstelsel. Bestaande wetten (o.a. WMCZ, Klachtwet, WGBO en Kwaliteitswet) die midden jaren '90 tot stand zijn gebracht, worden al of niet gewijzigd in de nieuwe wet opgenomen.

De minister heeft het wetsvoorstel ter bespreking voorgelegd aan de Tweede Kamer. Begin juli jl. heeft de minister de antwoorden op de schriftelijke Kamervragen gestuurd naar de Tweede Kamer tezamen met een nota van wijziging. Na het zomerreces besluit de Vaste Kamercommissie van VWS wanneer het wetsvoorstel voor bespreking in de Tweede Kamer geagendeerd wordt. Verwachting is dat de bespreking in de Tweede Kamer in het najaar plaatsvindt en de wet in werking zal treden per 1 januari 2013.

Met de Wcz wil de overheid een impuls geven aan het inrichten van zorg en regelgeving vanuit het perspectief van de cliënt. De cliënt en zijn autonomie dienen dus leidend te zijn voor de zorg. De Wcz beoogt de rechtspositie van de cliënt te verstevigen, zowel collectief als individueel. De Wcz regelt verschillende rechten van cliënten en plichten voor zorgaanbieders:

- goede zorg die cliëntgericht en veilig is;
- keuze-informatie over de zorg;

- informatie en toestemming over de zorg;
- inzage in het dossier, privacy en zeggenschap over het dossier;
- een effectieve, laagdrempelige klachten- en geschillenbehandeling;
- medezeggenschap;
- goed bestuur en toezicht.

In Nederland zijn ongeveer 3,3 miljoen migranten (20% van de bevolking). In 2050 zal dat 4,8 miljoen zijn (30% van de bevolking). De beleving van gezondheid en ziekte en de verantwoordelijkheid die je daar als burger voor kunt nemen zijn voor deze migranten niet vanzelfsprekend hetzelfde als voor de autochtone Nederlander. Overigens moet opgemerkt worden dat ook niet iedere autochtone Nederlander dezelfde beleving van gezondheid en ziekte heeft. Het onderzoeksbureau Motivaction onderscheidt in Nederland drie soorten gebruikers van de zorg. Net als van de andere cliënten wordt ook van migranten verwacht dat zij een sturende rol gaan spelen in het huidige zorgstelsel en meer een beroep gaan doen op de patiëntenrechten. In deze bijeenkomst willen wij met u spreken over de achtergronden en de strekking van het wetsvoorstel en mogelijke aandachtspunten bij de implementatie ervan vanuit het perspectief van migranten.

Doelen bijeenkomst

- Bespreken van het wetsvoorstel en de achtergronden daarvan.
- Onderzoeken of het wetsvoorstel WCZ, zoals dit nu voorligt aan de Tweede Kamer, aansluit bij het zelfbeeld van de migrant als patiënt / cliënt en zijn zorggebruik in Nederland.
- Inventariseren van mogelijke implicaties vanuit het perspectief van migranten en de rol en de positie van migranten in het Nederlandse zorgstelsel.
- Formuleren van aandachtspunten voor de implementatie van de voorziene wet onder de brede doelgroep van migranten.
- Aandragen van bouwstenen voor een gezamenlijk programma van Pharos, Zorgbelang Nederland en andere organisaties in het kader van de voorlichting over en de implementatie van de Wcz.

Inhoud bijeenkomst

Tijdens de bijeenkomst willen wij met u de volgende thema's bespreken:

- de inhoud van de Wcz;
- de achterliggende visie op de burger in de Wcz;
- mogelijke knelpunten in de Wcz en de implementatie daarvan voor migranten;
- oplossingen van knelpunten en adviezen voor de parlementaire behandeling van de Wcz en de implementaties daarvan.

Programma

Deel 1. 10.30 – 12.30 uur

- De dagvoorzitter Radjesh Manna (ZonMw) zal de bijeenkomst openen.
- Peter van der Loo (Directeur van Zorgbelang Nederland) en Robbert van Bokhoven (Programma manager Pharos) zullen de genodigden welkom heten.
- Mw. M. Weerts (directeur van De Hart & Vaatgroep) zal een inleiding geven over het wetsvoorstel Wcz. Zij zal in het kort ingaan op de geschiedenis van patiëntenrechten in Nederland en stilstaan bij de achtergronden en de inhoud van de Wcz en de wetgevende procedure.
- Mw. M. W. de Lint (senior adviseur RVZ) zal een presentatie verzorgen over de achterliggende visie op de burger in de Wcz en de uitwerking daarvan in concrete regels en arrangementen. Zij zal dieper ingaan op de verwachte effecten van de Wcz op het gedrag van de burger.
- Dhr. W. Devillé (Bijzonder hoogleraar Vluchtelingen en Gezondheid, aan de faculteit Maatschappij- en Gedragswetenschappen, afdeling Sociologie en Culturele Antropologie van de Universiteit van Amsterdam / de leerstoel ingesteld o.a. door Pharos) zal een antwoord geven op de vraag hoe de migrant zichzelf ziet als patiënt / cliënt. Daarbij zal hij onderscheid maken tussen verschillende groepen migranten. Dhr. W. Devillé zal aangeven welke ondersteuning / begeleiding wenselijk zou zijn bij de implementatie van de wet.

Na afloop van deze presentaties is er gelegenheid tot het stellen van vragen.

Lunch 12.30 – 13.30 uur

Deel 2. 13.30 – 15.30 uur

- Dhr. Martin Buijsen (Hoogleraar Recht & Gezondheidszorg verbonden aan het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg en de Faculteit der Rechtsgeleerdheid van de EUR) zal een korte presentatie houden over aandachtspunten bij de implementatie van de wet vanuit het perspectief van migranten.
- Vervolgens zal met de deelnemers worden gesproken over de gepresenteerde aandachtspunten. Daarbij zal dieper worden ingegaan op mogelijke knelpunten bij de implementatie van de Wcz.
- De voorzitter zal de uitkomsten van de discussie samenvatten en formuleert mogelijke bouwstenen voor een gezamenlijk programma in het kader van de implementatie van de wet.

Aanmelding

Wij willen u graag voor deze bijeenkomst uitnodigen. Graag ontvangen wij van u een bericht per e-mail of u wel of niet kunt deelnemen aan deze bijeenkomst. U kunt uw mail sturen aan Helena Kosec, Pharos: h.kosec@pharos.nl.

Meer informatie

De bijeenkomst wordt georganiseerd door Zorgbelang Nederland en Pharos. Voor eventuele vragen of meer informatie kunt u contact opnemen met:

- Piet Kuhlmann, Zorgbelang Nederland, tel. 030-299 19 70,
e-mail: pkuhlmann@zorgbelang-nederland.nl
- Helena Kosec, Pharos, tel 030-234 98 48, e-mail: h.kosec@pharos.nl.

Met vriendelijk groet,

Robbert van Bokhoven, programma manager Pharos

P. van der Loo, directeur
Zorgbelang Nederland

3. Samenvatting WCZ

Samenvatting Wet cliëntenrechten zorg

Een wetsvoorstel om de rechtspositie van de cliënt te versterken

Inleiding

Iedere inwoner van Nederland heeft recht op zorg. Dat recht is bijvoorbeeld verankerd in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en via de brede basisverzekering in de Zorgverzekeringswet. Ook regelt de overheid diverse bevolkingsonderzoeken en vaccinaties. GGD'en leveren preventieve zorg en organiseren samen met andere lokale aanbieders de jeugdgezondheidszorg. Alle vormen van zorg – preventieve zorg, (acute) medische zorg en langdurige zorg – moeten voor iedereen beschikbaar én bereikbaar zijn. Ook moeten cliënten¹ kunnen vertrouwen op de continuïteit van zorgverlening. Verzekeraars hebben een zorgplicht, waarmee het recht op zorg over het algemeen voldoende is gegarandeerd.

De Wcz geeft cliënten recht op goede zorg. Ook moeten zij kunnen meepraten over de inrichting en uitvoering daarvan. Hiervoor hebben zij een stevige juridische positie nodig. Om die te realiseren, heeft het kabinet in 2008 het programma 'Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: investeren in de zorgrelatie' opgesteld. Dat is gebeurd in nauw overleg met cliënten, zorgaanbieders en verzekeraars. Op basis van dit programma heeft het kabinet nu een wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) geschreven. De inwerkingtreding van de Wcz is afhankelijk van goedkeuring door achtereenvolgens de Tweede en Eerste Kamer.

Met de Wcz wil het kabinet de individuele en collectieve rechtspositie van de cliënt versterken en verduidelijken. De wet geeft cliënten recht op goede zorg, niet alleen bij de individuele geneeskundige behandeling maar in alle relaties tussen cliënten en zorgaanbieders in de gehele keten van zorg. De cliënt kan straks gemakkelijker kiezen voor de zorgaanbieder die bij hem en zijn zorgvraag past. En wie niet tevreden is, kan daarover eenvoudiger en effectiever een klacht indienen.

De Wcz regelt niet alleen de rechten en plichten van de cliënt, maar ook de verantwoordelijkheden van zorgaanbieders voor de kwaliteit van zorg. Door de regels over de relatie tussen zorgaanbieder en cliënt op te nemen in één wettelijke regeling, zijn de rechten en plichten van beide partijen beter op elkaar afgestemd.

De cliënt centraal

Het kabinet wil zorg dragen voor zorg die goed, veilig, tijdig beschikbaar, toegankelijk en betaalbaar is voor iedereen. In het Nederlandse zorgstelsel staat de cliënt centraal. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en beleidsmakers moeten de zorg inrichten en vormgeven vanuit het perspectief van de cliënt. Naast de praktische betekenis die de Wcz heeft voor de onderlinge verhouding tussen zorgaanbieder en cliënt, staat het wetsvoorstel ook symbool voor de omslag in het denken over de regie en de sturing van de zorg.

De basis voor goede zorg is de vertrouwensband tussen cliënt en zorgaanbieder. Uitgaande van wederzijds vertrouwen kan de zorgaanbieder alle relevante vragen stellen aan de cliënt en met hem de mogelijkheden voor de zorgverlening doornemen. De cliënt moet er in die vertrouwensrelatie op kunnen rekenen dat de zorg goed is en dat zijn rechten door de zorgaanbieder gerespecteerd worden. De cliënt moet op zijn beurt de zorgaanbieder in staat stellen goede zorg te verlenen. De zorgaanbieder mag van cliënten verwachten dat zij meewerken aan de behandeling, verpleging en verzorging. Dat betekent dat de cliënt verantwoordelijk is voor het zo goed mogelijk informeren van de zorgaanbieder, voor het meedenken en meebeslissen over behandeling en instructies, het opvolgen van adviezen en het in acht nemen van leefregels. Het is de bedoeling de wederzijdse relatie tussen cliënt en zorgaanbieder via 'tweezijdige algemene voorwaarden' een duidelijke plek te geven in de zorgpraktijk. In de sector verpleging, verzorging en thuiszorg zijn deze inmiddels tot stand gekomen.

Waarom een nieuwe wet?

De rechten van cliënten en de bijbehorende verplichtingen voor zorgaanbieders zijn momenteel in verschillende wetten vastgelegd. Dat maakt het voor de cliënt moeilijk om na te gaan wat zijn rechten zijn. En voor de zorgaanbieder is het lastig om zijn verplichtingen in onderling verband te zien. Door de regels uit bestaande wetten samen te voegen tot één nieuwe wet, wordt de rechtspositie van de cliënt geregeld in samenhang met voorschriften voor het functioneren van zorgaanbieders. Het opstellen van één wettelijke regeling ondersteunt daarnaast het streven naar meer samenhang in

Met het begrip 'cliënt' bedoelen we iedereen die een beroep doet op geneeskundige, langdurige of preventieve zorg. De zorg, bijvoorbeeld tussen de eerste en de tweede lijn en tussen langdurige en curatieve zorg. En het bevordert de transparantie voor alle betrokkenen; een belangrijk middel om de kwaliteit van de zorg en de invloed van de cliënt te vergroten.

De meeste van de cliëntenrechten uit het programma 'Zeven rechten voor de cliënt in de zorg' zijn in het wetsvoorstel inderdaad opgenomen als recht voor de cliënt. In een aantal gevallen heeft het kabinet gekozen voor een verplichting voor de zorgaanbieder in plaats van een recht voor de cliënt.

Voor wie geldt de nieuwe wet?

De Wcz geldt voor alle handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg, dus bijvoorbeeld ook voor zorg in privéklinieken of zorghotels. De verplichtingen uit de wet rusten op de zorgaanbieder. Dit kan een éénpitter zijn of een organisatie die zelf zorg verleent of deze voor cliënten organiseert. De rechten uit de wet gelden voor iedereen (dus ook voor wilsonbekwame cliënten) die voor informatie, onderzoek, advies, behandeling, verpleging of verzorging aanklopt bij een zorgaanbieder. De gewenste zorg moet voor de cliënt goed bereikbaar en in voldoende mate beschikbaar zijn.

Overigens is een 'cliënt' niet alleen degene die al zorg ontvangt, maar ook de persoon die zorg vraagt. Dit onderscheid is met name van belang voor het recht op keuze-informatie (zie verderop). Die informatie wordt immers gegeven wanneer iemand nog op zoek is naar een zorgaanbieder.

Welke rechten en plichten staan in de Wet cliëntenrechten zorg?

Recht op goede zorg

De Wcz maakt zorgaanbieders verantwoordelijk voor het leveren van 'goede zorg'. Dit begrip is een samenvoeging van 'verantwoorde zorg' uit de Kwaliteitswet en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet big), en 'zorg van een goed hulpverlener' uit de afdeling Geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) in het Burgerlijk Wetboek. 'Goede zorg' is zorg van goed niveau, die in ieder geval tijdig, veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is. De zorg moet zijn afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en moet voldoen aan professionele standaarden, vastgelegd in richtlijnen.

Goede zorg vergt een aaneensluitende keten van vroegtijdige onderkenning van een aandoening, zelfmanagement en passende zorg. De Wcz verplicht zorgaanbieders daarom tot onderlinge afstemming en coördinatie. Deze afstemming moet zowel plaatsvinden tussen diverse hulpverleners binnen de organisatie als met andere zorgaanbieders.

Om zijn verantwoordelijkheden na te komen, moet de zorgaanbieder (het bestuur van de instelling) een overeenkomst sluiten met degenen die voor hem de zorg aan de cliënt verlenen (de professionals). In die overeenkomst wordt vastgelegd dat de betreffende zorgverleners (personen of organisaties) de wettelijke verplichtingen opvolgen en zich laten leiden door de regels die de zorgaanbieder heeft vastgesteld rond de zorgverlening. Met een kwaliteitssysteem moeten zorgaanbieders de kwaliteit van de zorg bewaken, beheersen en verbeteren.

Overigens is bij aanbieders van alternatieve behandelwijzen niet altijd sprake van professionele standaarden. Deze zorg mag in elk geval niet leiden tot (een grote kans op) schade voor de gezondheid van de cliënt. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) kan ingrijpen bij excessen bij deze aanbieders.

Cliënten zien kwaliteit en veiligheid als het belangrijkste recht. Het verlenen van veilige zorg wordt met de Wcz een expliciete verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder. Een belangrijk instrument daarbij is een systeem voor veilig incident melden (VIM). Medewerkers moeten incidenten binnen hun organisatie vertrouwelijk aan de orde kunnen stellen, zodat herhaling te voorkomen is en zorgaanbieders kunnen leren van eventuele fouten. Het bestuur van een zorginstelling moet bij zijn medewerkers een cultuur uitdragen waarin kwaliteit, veiligheid en openheid als leidraad dienen.

Recht op keuze-informatie

Om te kunnen kiezen uit de beschikbare zorgaanbieders, moet de cliënt goede informatie hebben over de inhoud, kwaliteit en prijs van de zorg. Deze informatie maakt voor de cliënt ook de vergelijking van de prestaties van zorgaanbieders mogelijk. In de huidige situatie – met diverse wettelijke regelingen – is zo'n vergelijking nog erg lastig. Met de Wcz krijgt de cliënt het recht op keuze-informatie, onder andere over de prestaties van de zorgaanbieder, tarieven en ervaringen van andere cliënten met de zorg. De cliënt vindt straks op verschillende plaatsen dezelfde, vergelijkbare informatie over deze aspecten. Het recht op keuze-informatie bestaat onafhankelijk van de vraag of er sprake is van een zorgrelatie. Juist voorafgaand aan de zorgrelatie moet de cliënt goed geïnformeerd kunnen kiezen.

De keuze-informatie is overigens niet alleen relevant voor de cliënt. Ook de huisarts die iemand doorverwijst kan er bijvoorbeeld gebruik van maken. De zorgverzekeraar en het zorgkantoor kunnen keuze-informatie benutten in hun contracteerbeleid.

Recht op informatie, toestemming, dossiervorming en bescherming van de persoonlijke levenssfeer

Zorgverlening vindt pas plaats nadat de cliënt daarvoor op basis van informatie-uitwisseling met de zorgaanbieder toestemming heeft gegeven. De cliënt moet een goed beeld hebben van zijn gezondheidstoestand en behandelmogelijkheden, zodat hij daarover verantwoorde beslissingen kan nemen en keuzes kan maken. De informatie van de zorgaanbieder moet duidelijk zijn en afgestemd op het bevattingsvermogen van de cliënt. Bij ingrijpende verrichtingen moet de hulpverlener controleren of de cliënt de informatie heeft begrepen. Dit alles is van belang in een ziekenhuis en bij de huisarts, maar bijvoorbeeld ook in de verpleging, verzorging en begeleiding. Met de Wcz gaan de cliëntenrechten van de WGBO daarom ook gelden in de langdurige zorg. De cliënt heeft altijd het recht om toestemming te weigeren of een eerder gegeven toestemming in te trekken.

Goede zorgverlening vraagt van de zorgaanbieder dat hij bijhoudt wat er met de cliënt is besproken en welke behandeling er is gegeven. De Wcz geeft de cliënt dan ook het recht op een dossier – en dus een verplichting voor de zorgaanbieder om dit aan te leggen. De cliënt heeft recht op inzage en op een afschrift van zijn dossier. Het dossier moet twintig jaar bewaard worden, tenzij de cliënt het eerder wil laten vernietigen. Deze bepalingen zijn met enige wijzigingen overgenomen uit de WGBO.

In de WGBO is ook de bescherming van de persoonlijke levenssfeer ('privacy') geregeld. Dit is overgenomen in de Wcz. Onder bescherming van de persoonlijke levenssfeer vallen de geheimhoudingsplicht van de zorgaanbieder en diens medewerkers en het recht van de cliënt op privacy tijdens de zorgverlening. Deze rechten gelden in iedere zorgrelatie en moeten dus ook in de langdurige zorg gaan gelden. Juist voor cliënten in een zorginstelling is privacy een belangrijk kwaliteitselement van het wonen.

Recht op een effectieve, laagdrempelige klachten-en geschillenregeling

Een goede klachtenbehandeling geeft de cliënt het vertrouwen dat er zorgvuldig naar hem wordt geluisterd en dat hij serieus wordt genomen. Het behandelen van klachten levert daarnaast nuttige signalen op voor kwaliteitsverbetering in de zorg. Verschillende onderzoeken laten zien dat cliënten in de zorg een hoge drempel ervaren voor het indienen van klachten. Ze twijfelen aan de onafhankelijkheid van de beoordeling van klachten en zijn vaak niet tevreden met de afhandeling. De Wcz schrijft een klachten-en geschillenprocedure voor die niet vrijblijvend is, meer waarborgen voor onafhankelijkheid kent en die transparanter is. Ook voorziet het wetsvoorstel in een goede en kosteloze ondersteuning, advisering en voorlichting door een klachtenfunctionaris of een vertrouwenspersoon.

De Wcz beoogt dat klachten zoveel mogelijk worden opgelost waar ze zijn ontstaan, dus bij de zorgaanbieder. In sommige gevallen zal echter behoefte bestaan om het oordeel van een onafhankelijke derde in te roepen. Het wetsvoorstel geeft cliënten recht op een snelle en laagdrempelige mogelijkheid om van een geschilleninstantie een bindende uitspraak te krijgen over geschillen met de zorgaanbieder. Ook organisaties van cliënten kunnen zich wenden tot de geschilleninstantie. De Wcz verplicht zorgaanbieders zich aan te sluiten bij een geschilleninstantie die uitspraak doet in de vorm van een advies dat voor beide partijen bindend is. Daartegen is geen hoger beroep mogelijk. Partijen kunnen de uitspraak weliswaar aan de civiele rechter voorleggen, maar die zal de uitspraak slechts marginaal toetsen en dus geen nieuw inhoudelijk oordeel vellen. Los daarvan blijft het mogelijk voor een cliënt om naar een civiele rechter te stappen, als hij vindt dat de zorgaanbieder zich niet aan de wet houdt. Als een van de partijen zich niet houdt aan het bindend advies, kan de naleving ervan door de rechter worden afgedwongen.

Recht op medezeggenschap

Beslissingen van de zorgaanbieder kunnen diep ingrijpen in de persoonlijke levenssfeer van cliënten. Cliënten moeten zo veel mogelijk zelf de regie over het eigen leven kunnen voeren, of het nu gaat om de inkoop van het broodbeleg of strategische beslissingen op het gebied van huisvesting. Om die reden is medezeggenschap in de zorg wettelijk vastgelegd. De huidige Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ) wordt ingetrokken en vervangen door regelingen in de Wcz.

De verplichting tot het regelen van de medezeggenschap geldt niet voor alle zorgaanbieders, maar uitsluitend voor instellingen die intramurale of extramurale AWBZ-zorg of andere intramurale zorg leveren. De zorgaanbieder dient een schriftelijke regeling rond medezeggenschap te treffen en in ieder geval één cliëntenraad in te stellen. Deze laatste verplichting geldt overigens niet voor aanbieders die in instellingsverband huisartsenzorg, paramedische zorg, mondzorg, verloskundige zorg, kraamzorg of ambulancezorg leveren. Dit is immers geen intramurale zorg. Ook verstrekkers van hulpmiddelen en verpleegartikelen hoeven geen cliëntenraad te hebben. De verplichting geldt alleen voor zorgaanbieders die in de regel meer dan tien medewerkers hebben die zorg verlenen.

Cliëntenraden moeten kunnen adviseren bij beslissingen die cliënten aangaan, bijvoorbeeld besluiten die betrekking hebben op de kwaliteit van de zorg, huisvesting of fusies. In de wet is een lijst opgenomen van de onderwerpen waarvoor de cliëntenraad bij besluitvorming om advies moet worden gevraagd. Bij besluiten over onderwerpen die nauw raken aan de dagelijkse leefomgeving van cliënten heeft de cliëntenraad instemmingsrecht. Deze regeling is vergelijkbaar met de wijze waarop het instemmingsrecht voor ondernemingsraden is geregeld.

Naast zijn advies- en instemmingsbevoegdheden kan de cliëntenraad ook invloed uitoefenen op het bestuur en toezicht van de zorgaanbieder. De Wcz regelt dat cliëntenraden het recht hebben om voor één lid van het toezichthoudend orgaan een bindende voordracht te doen.

De zorgaanbieder moet de cliëntenraad alle middelen ter beschikking stellen die redelijkerwijze nodig zijn om de taken te kunnen uitvoeren. Het gaat onder meer om het gebruik van faciliteiten, een budget voor reguliere werkzaamheden en scholingskosten. Het ligt in de rede dat cliëntenraden in een werkplan en begroting aangeven welke kosten zij verwachten te maken. Veldpartijen hebben een modelregeling gemaakt met normen voor de financiering van cliëntenraden.

Sluitstuk van de regeling rond medezeggenschap is dat de zorgaanbieder aangesloten moet zijn bij een commissie van vertrouwenslieden, opgericht door organisaties van zorgaanbieders en cliënten. Deze commissie doet bindende uitspraken, bijvoorbeeld over het budget voor de cliëntenraden.

Goed bestuur en toezicht

De Wcz geeft rechten aan cliënten. Artikel 2 van de wet fungeert als tegenhanger hiervan: het verplicht de zorgaanbieder te voorzien in datgene waar de cliënt recht op heeft. De cliënt moet erop kunnen vertrouwen dat zorgaanbieders kwaliteit en veiligheid van zorg als eerste prioriteit beschouwen. Het bestuur en het toezichthoudend orgaan moeten daar dan ook op aangesproken kunnen worden. Om de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder tot uitdrukking te brengen, rusten alle wettelijke verplichtingen in het wetsvoorstel op de zorgaanbieder – en daarmee op het bestuur – en niet op de zorgprofessional die de zorg daadwerkelijk verleent. Dat is echter geen vrijbrief voor de professional; die moet verantwoording afleggen aan het bestuur, zodat het bestuur zijn

verantwoordelijkheid kan waarmaken. Het bestuur kan, indien nodig, de professional een aanwijzing geven of de arbeids-of toelatingsovereenkomst opzeggen.

Het kabinet wil het belang van kwaliteit van zorg als een apart onderwerp van het bestuur benadrukken. Om die reden schrijft de Wcz voor dat een van de bestuursleden expliciet als portefeuillehouder voor kwaliteit moet zijn aangewezen, zoals dat nu gebruikelijk is voor de portefeuille financiën. Hiermee hebben zorgverzekeraars, cliënten en de IGZ een duidelijk aanspreekpunt binnen het bestuur.

Bij de nieuwe rol van zorgaanbieders hoort een professioneel toezichthoudend orgaan, bijvoorbeeld in de vorm van een raad van toezicht of een raad van commissarissen. Een goede controle op het bestuur komt de kwaliteit en veiligheid van de verleende zorg ten goede. Het toezichthoudend orgaan moet zich kritisch en onafhankelijk opstellen en dient ook in te grijpen als het bestuur ondeugdelijke beslissingen neemt. Het toezichthoudend orgaan krijgt in de Wcz meer en betere wettelijke bevoegdheden om het bestuur goed te controleren.

Verslaglegging en maatschappelijke verantwoording

Zorgaanbieders hebben in ons zorgstelsel meer ruimte en verantwoordelijkheid gekregen. Dit brengt met zich mee dat de zorgaanbieder zich naar alle betrokkenen dient te verantwoorden over het beleid en de uitvoering daarvan. Zorginstellingen hebben op grond van verschillende wetten al de nodige verantwoordingsverplichtingen. Deze worden in de Wcz op sommige punten uitgebreid. Zo moeten private zorginstellingen, zowel in de curatieve als in de langdurige zorg, niet alleen verslag doen over kwaliteit maar ook over andere onderwerpen die voor hen van toepassing zijn. Solistisch werkende zorgaanbieders moeten verslag gaan doen over de kwaliteit van hun zorg en het kwaliteitsbeleid.

Met het oog op vermindering van de administratieve lasten zijn overigens in de Wcz ook beperkingen aangebracht. Zorgaanbieders die solistisch werken of die tien of minder zorgverleners voor zich laten werken, hoeven geen verslag meer in te dienen over goed bestuur, medezeggenschap en klachten.

De laatste jaren is er veel aandacht voor de effecten van activiteiten van ondernemingen op de samenleving. Maatschappelijke verantwoording houdt in dat ondernemingen laten zien waar ze voor staan, welke resultaten ze hebben bereikt en hoe ze dat hebben gedaan. Ook een zorgaanbieder heeft een grote maatschappelijke verantwoordelijkheid. Hij moet goede zorg leveren aan zijn cliënten en transparant zijn over wat hij doet. De Wcz schrijft voor dat hij verantwoording aflegt over zijn maatschappelijke rol en de besteding van gemeenschapsgeld.

Hoe worden de rechten en plichten van de cliënt en de zorgaanbieder gehandhaafd?

De Wcz geeft de cliënt (individuele) rechten, die hij zo nodig kan afdwingen. Voor handhaving van zijn rechten kan de cliënt gebruik maken van de interne klachtenafhandeling. Als dat naar zijn idee onvoldoende resultaat heeft, kan hij de geschilleninstantie inschakelen en eventueel naar de burgerlijke rechter stappen. Het is in principe aan de cliënt om te bepalen of hij, al dan niet met steun van derden, actie onderneemt tegen het niet respecteren van zijn rechten.

Het zou niet in overeenstemming zijn met de rol van de IGZ als de cliënt bij elke schending van een individueel recht de inspectie zou verzoeken om in actie te komen. Toch heeft de IGZ wel degelijk een toezichthoudende taak in de Wcz. Daarbij gaat het met name om het bewaken van de kwaliteit van de gezondheidszorg en van de belangen van cliënten in algemene zin. Het toezicht kan gericht zijn op de naleving van verplichtingen die aan de zorgaanbieder zijn opgelegd, maar ook op de naleving van rechten voor de cliënt. Voor de handhaving heeft de IGZ diverse instrumenten beschikbaar, variërend van schriftelijke aanwijzingen tot het opleggen van een bestuurlijke boete of een dwangsom. In het uiterste geval kan de IGZ het bevel geven de zorgverlening stop te zetten. De IGZ hoeft niet in alle gevallen handhavend op te treden, maar zal wel optreden als de veiligheid van de cliënten of van de zorg in het geding is.

Naast de IGZ zien nog andere instanties toe op de zorg. Zo kijkt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) naar de naleving van regels over transparantie van prijs/kwaliteitsverhouding. Het College sanering zorginstellingen (CSZ) houdt toezicht op de verkoop van onroerend goed en het winstverbod. Het College bescherming persoonsgegevens (CBP) houdt toezicht op de naleving van de regels rond de

bescherming van de persoonlijke levenssfeer. De verschillende instanties zullen met elkaar afspraken maken over de wijze waarop zij met overlappingen in het toezicht omgaan.

Resumerend: de belangrijkste verbeteringen in de Wet cliëntenrechten zorg

De Wcz versterkt de positie van cliënten in de zorg op twee manieren. Allereerst geeft de wet cliënten meer rechten. En op de tweede plaats creëert het wetsvoorstel meer waarborgen voor goede zorg.

Meer rechten voor cliënten:

- rechten van cliënten gaan gelden in alle zorgrelaties, dus ook in de langdurige zorg;
- cliënten krijgen recht op keuze-informatie;
- cliënten krijgen recht op informatie over incidenten;
- cliënten kunnen de naleving van hun rechten gemakkelijker afdwingen via een betere klachtenregeling en bij een onafhankelijke geschilleninstantie;
- cliëntenraden krijgen meer bevoegdheden en worden beter gefinancierd.

Meer waarborgen voor goede zorg:

- in het bestuur van een zorgaanbieder krijgt één bestuurder 'kwaliteit van zorg' in portefeuille;
- besturen krijgen meer sturingsmogelijkheden richting zorgverleners (aanwijzingsbevoegdheid, opzeggen arbeids-of toelatingsovereenkomst bij disfunctioneren);
- zorgverleners moeten verantwoording afleggen aan het bestuur;
- toezichthouders krijgen meer verantwoordelijkheden en moeten aan meer eisen voldoen;
- het wordt gemakkelijker om wettelijke eisen te stellen aan de kwaliteit van de zorg;
- de IGZ gaat ook toezien op de naleving van de cliëntenrechten en treedt op als de veiligheid van cliënten of de zorg ernstig bedreigd wordt;
- de inspectie kan ingrijpen bij excessen bij aanbieders van alternatieve behandelwijzen.