

- (Red.) Toezicht: Inspecties en autoriteiten in Nederland. Deventer: Wolters Kluwer. Handboeken Veiligheid.
- Janssens, F.J.G. & M.C.M. Ehren (2016). Toward a model of school inspections in a polycentric system. *Evaluation and Program Planning*. 56, 88-98. DOI: 10.1016/j.evalprogplan.2016.03.012.
- Jenkins, B., F. Leeuw & S. van Thiel (2003). Quangos, Evaluation and Accountability in Collaborative Government. In: A. Gray, B. Jenkins, F. Leeuw, J. Mayne (Eds). *Collaboration in Public Services: The Challenge for Evaluation*. 53-83. New Brunswick: Transaction Publishers.
- Mayne, J., T. Wileman & F. Leeuw (2003). Networks and partnering arrangements: New challenges for evaluation and auditing. In: A. Gray, B. Jenkins, F. Leeuw, J. Mayne (Eds). *Collaboration in Public Services: The Challenge for Evaluation*. 29-51. New Brunswick: Transaction Publishers.
- Ostrom, V., C.M. Tiebout & R. Warren (1961). The Organization of Government in Metropolitan Areas: A Theoretical Inquiry. *American Political Science Review*, 55(4) (December): 831-842.
- Popp, J., G. MacKean, A. Casebeer, H.B. Milward & R. Lindstrom (2013). Inter-organizational networks: A critical review of the literature to Inform practice. Retrieved from http://www.businessofgovernment.org/sites/default/files/Inter-Organizational%20Networks_0.pdf.
- Smeets, G. & J. Verkroost (2011). *Selectief en slagvaardig. Werken met de WOT*. Utrecht: Inspectie van het Onderwijs.
- Schwartz, R. (2003). The Politics of Evaluating Government Collaboration with the Third Sector. In: A. Gray, B. Jenkins, F. Leeuw, J. Mayne (Eds). *Collaboration in Public Services: The Challenge for Evaluation*. New Brunswick: Transaction Publishers.

Hoofdstuk 3

Toezicht houden zonder normen¹

Kor Grit

Normen dienen de transparantie en de voorspelbaarheid van de toezichthouder en bieden houvast voor de ontwikkeling van een gemeenschappelijk idioom over wat 'goed' of juist ontoelaatbaar is. Het handelen van de professional of zorgaanbieder wordt beoordeeld aan de hand van een duidelijke norm, zoals een professionele richtlijn die omschrijft aan welke eisen een arts moet voldoen om een bepaalde complexe operatie te mogen uitvoeren. In de dagelijkse praktijk van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) bieden normen vaak houvast om te beoordelen of er sprake is van een ongewenste situatie en wie hierop aangesproken dient te worden. Maar er zijn ook situaties waarin dat houvast er niet is. Door bijvoorbeeld veranderingen in de samenleving kan de bestaande normstelling niet langer passend zijn. De toenemende aandacht voor het cliëntperspectief kan bijvoorbeeld in botsing komen met een professionele richtlijn, indien de cliënt het risico anders weegt dan de professionele norm. Het ontbreken van een eenduidige handhavingssnorm kan leiden tot handelingsverlegenheid bij de IGZ of er kunnen problemen ontstaan bij het verantwoorden van de proportionaliteit van de gepleegde interventie. De IGZ staat dan voor de opgave om ook toezicht te houden in situaties van onduidelijke of ontbrekende normen.

In dit hoofdstuk wordt eerst een aantal redenen genoemd voor het ontstaan van onzekerheid over normstelling. Dit kan zodanig fundamenteel zijn dat pogingen om de norm alsnog te verhelderen niet effectief zijn, wat kan leiden tot handelingsverlegenheid bij de Inspectie. Er is dan een andere vorm van toezicht nodig. Ik gebruik het concept van 'experimentele sturing' om een denkkader voor toezicht-zonder-normen te ontwikkelen. Op basis daarvan schets ik opties voor de toezichtspraktijk, waarbij de Inspectie de onzekerheid erkent maar toch in staat is te handelen.

¹ Dit hoofdstuk is gebaseerd op het rapport *Toezicht in onzekere situaties* (Grit et al. 2016).

Problemen van normstelling

De klassieke toezichttheorie veronderstelt dat de IGZ opereert vanuit een wettelijk kader, aangevuld met veldnormen, waarbij idealiter handhavingsnormen eenduidig zijn en er een eenduidig aanspreekpunt is. In de praktijk kampt de Inspectie ook met situaties waarbij er onzekerheid bestaat over de normstelling.

Ontbreken van eenduidige normen

Volgens de logica van het bestuursrecht wordt er gehandhaafd op basis van legitieme normen. Eenduidige, wettelijk vastgelegde normen kunnen de legitimiteit vergroten. Weliswaar zijn er wetten die gedetailleerde normen kennen, maar de kernwetten op het gebied van de kwaliteit van zorg (Wkkgz, Wet BIG en voorheen Wkz) hanteren open normen (Legemaate et al., 2013). Deze open normen – zoals ‘goede zorg’, ‘cliëntgerichtheid’ en ‘goed hulpverlenerschap’ – worden verder ingevuld door het veld zelf; dit zijn de zogenaamde veldnormen. Wettelijke normen zijn dan eigenlijk professionele of maatschappelijke normen, die inherent vaak dynamisch zijn vanwege de voortschrijdende kennis en veranderende maatschappelijke opvattingen, zoals de toenemende aandacht voor het perspectief van patiënten.

Open normen in wetgeving bieden aan ‘het veld’ de ruimte om tot een *state-of-the-art* invulling te komen, waarmee aangesloten kan worden bij de ontwikkelingen in de praktijk van de zorg (Mertens, 2011). Lastig aan open normen is dat deze minder mogelijkheden tot handhaving bieden, indien het veld deze niet uitwerkt tot gesloten normen. Of instellingen adequaat hun zorgplicht nakomen, kan “slechts dan getoetst worden wanneer er in de branche enige overeenstemming is over wat ‘minstens’ hoort.” (Mertens, 2011: 95) Bij nieuwe ontwikkelingen, zoals het ontstaan van zorgnetwerken voor zorg en welzijn, kan het enige tijd duren voordat er normen zijn ontwikkeld, omdat het veld nog in een opstartfase zit en zorgverleners samenwerking nog moeten ontwikkelen.

Daarnaast werken toezichthouders vaak met streefwaarden of -normen. “Zij ontwikkelen een idee over wat hoort en beoordelen daarmee dat wat ze aantreffen. In de regel worden de normen iets hoger gelegd dan wat op een bepaald moment de stand van zaken is en daarmee zet de toezichthouder druk op de bestaande situatie.” (Mertens, 2011: 45) Kwaliteit van zorg is geen eindpunt, maar een continu verbetertraject. Toezichthouders kunnen streefnormen ontleen aan koplopers: zij creëren normbesef en onderhouden dat (een externe prikkel om het systeem ‘bij de les’ te houden). Zo zijn er in het kader van de infectiepreventie normen ontworpen ten aanzien van de inrichting van ruimtes, maar een deel van deze normen heeft het karakter van een streefnorm, omdat onmiddellijke invoering veel kosten voor de zorgaanbieder met zich mee kan brengen. Het handhaven op streefwaarden is lastig, omdat niet meteen duidelijk is hoe zwaar de

toezichthouder dient te handhaven indien de norm nog niet (volledig) is behaald (Van Dijk et al., 2016). Er is veel discussie of de Inspectie alleen toeziet op het minimumniveau van zorg of dat zij ook een bredere kwaliteitsbevorderende taak heeft. Die laatste bredere taak wordt door veel veldpartijen van belang geacht (Legemaate et al., 2013: 15) en wordt in de toezichtsliteratuur al langer bepleit (Bardach & Kagan, 2002). Volgens Mertens (2011: 42-43) dient de toezichthouder in zijn werkstijl een actief gesprek met ondertoezichtgestelden te bevorderen over gewenste normen en resultaten. Open normen en streefwaarden passen bij een dynamisch begrip van kwaliteit, wat veronderstelt dat de kwaliteit van zorg zich steeds verder verbetert. Lastig is wel dat een veld nooit uniform is en er ook mogelijkheden moeten zijn om diegene die niet voldoet aan de basiseisen van kwaliteit aan te spreken.

Gebrek aan draagvlak en ontbrekende voorwaarden

De Inspectie baseert haar oordeel veelal op veldnormen, welke in principe worden gedragen door de ondertoezichtgestelden omdat zij immers betrokken waren bij de totstandkoming van de normen. Deze veldnormen worden vervolgens vertaald in toezichtnormen, waardoor het alsnog kan voorkomen dat de wijze waarop de Inspectie toezicht houdt op de norm niet wordt gedragen door het veld (Van Dijk et al., 2016). Zo bleek in het toezicht op de hygiënenormen niet duidelijk of het ging om minimumnormen of streefnormen, of er zou nog onvoldoende wetenschappelijke evidentie zijn om een bepaalde norm dwingend op te leggen (Bonten et al., 2014).

Er bestaat verschil van mening over de vraag of de IGZ in bijzondere situaties zelf ook kwaliteitsnormen mag formuleren (Legemaate et al., 2013: 23). De IGZ (2008) stelt in haar handhavingskader dat zij zich niet mag verschuilen achter het argument dat er geen veldnormen zijn en de IGZ zou in dat geval zelf handhavingsnormen moeten opstellen. De minister heeft aan het Zorginstituut Nederland (ZiN) bovendien ‘doorzettingsmacht’ gegeven om in het geval van ontbrekende normen het veld te dwingen deze te ontwikkelen dan wel dat zelf ter hand te nemen (in de vorm van ‘kwaliteitsstandaarden’). Het ZiN kan zich hierbij ook richten op onderwerpen die de IGZ haar aandraagt.

Normen niet operationaliseerbaar en handhaafbaar

Wanneer er geen harde, gesloten normen zijn is het lastig om handhavend op te treden. Goede samenwerking bijvoorbeeld is een onderdeel van goede zorg, maar de richtlijnen daarvoor laten in veel gevallen de nodige ruimte voor een specifieke lokale uitwerking per gebied. Over hoe die uitwerking er precies uit moet zien bestaan dan ook verschillende gedachten.

Ook waar richtlijnen bestaan en vertaalbaar zijn naar veldnormen kunnen er nog problemen ontstaan bij het handhaven ervan, bijvoorbeeld omdat richtlijnen vanuit een beperkte groep worden opgesteld. Zo bestaat er discussie over de mate waarin normen voor de SEH ook recht doen aan verschillende definities van kwaliteit van zorg, en niet teveel alleen zijn gericht op zeer complexe problematiek, terwijl veel SEH-bezoekers geen complexe problemen hebben (Postma & Zuiderent-Jerak, 2014). Bij veel richtlijnen ontbrak in het verleden bovendien het patiëntenperspectief (Van de Bovenkamp & Zuiderent-Jerak, 2013). Het toetsingskader van het ZiN zou dit moeten verbeteren. De IGZ heeft ook de ambitie om invulling te geven aan toezicht vanuit het perspectief van patiënten. Het is een belangrijke uitdaging om de inbreng van patiënten goed vorm te geven. Enerzijds is er de wens om de autonomie en de diversiteit van patiënten goed ruimte te geven, anderzijds is er een behoefte om patiënten te beschermen. Normen die de kwaliteit van leven betreffen, stroken daarnaast niet altijd met normen die de patiëntveiligheid betreffen.

Verder kunnen er neveneffecten optreden die de uitvoering van de norm kunnen belemmeren, zoals sterk toenemende kosten. De Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bijvoorbeeld bleek nog niet te zijn geland in de praktijk, doordat de financiering nog niet was geregeld (Van Dijk et al., 2016). Normen die eisen stellen aan de aanwezigheid van technologieën en materialen of de personele bezetting brengen kosten met zich mee en kunnen zelfs intern strategisch worden ingezet bij de strijd om de interne allocatie van schaarse middelen.

Ten slotte: de IGZ is niet de enige toezichthouder die zich met kwaliteit van zorg bezighoudt en er is met de recente stelselwijzigingen zelfs een nieuwe toezichthouder bijgekomen op het gebied van zorg en ondersteuning: de gemeente. Het is mogelijk dat de normen van de IGZ niet door andere toezichthouders worden gedeeld of dat ze verschillend worden geïnterpreteerd. Wiens normen dan voorrang moeten krijgen is niet altijd duidelijk.

Samenvattend kunnen zich rond normstelling diverse typen onzekerheden voordoen, zoals cognitieve (als er onvoldoende kennis is), normatieve (indien er geen consensus is over wat goede kwaliteit van zorg is), politieke (indien er onvoldoende draagvlak is voor de norm) en juridische onzekerheden (indien handhaven lastig is). Onzekerheid over de normstelling maakt een toezichthouder kwetsbaar voor de publieke opinie, kwetsbaar voor het verwijt niet daadkrachtig te zijn opgetreden. Het ligt voor de hand om te proberen deze situaties op te heffen door alsnog de norm te verhelderen en stabiliseren. Dergelijke pogingen zijn niet altijd effectief, doordat de norm soms lastig te operationaliseren is of handhaving ervan leidt tot vormen van rituele nakoming van normen. Op de klassieke weg voortgaan in de toezichtspraktijk is dan niet effectief. Er is dan een vorm van

toezicht nodig die de onzekerheid over de norm erkent en van daaruit zoekt naar een effectieve rol en werkwijzen. Hoe kan de IGZ toezicht houden zonder (eenduidige) normen?

Denkkader voor toezicht zonder normen

Bij het ontbreken van duidelijkheid over de norm is er een bestuurlijk model nodig dat past bij een 'flexibelere' vorm van kwaliteitsbewaking (Bal et al., 2015). Het model van *experimentalist governance* (Sabel & Zeitlin, 2012), dat uitgaat van niet-hiërarchische en minder vastomlijnde vormen van sturing, zou goed kunnen passen bij situaties zonder expliciete normen. Experimentele sturing omarmt juist complexiteit en onzekerheid (Oldenhof & Bal, 2016), waarbij partijen met urgente problemen worden geconfronteerd maar beseffen dat hun gangbare probleemoplossende strategieën falen.

Het concept van experimentele sturing sluit aan bij eerdere literatuur over *governance*, waarin wordt gewezen op het falen van een *command-and-control* benadering. De *governance* benadering komt voort uit het besef dat de overheid niet in staat is om op eigen houtje maatschappelijke problemen op te lossen en wel moet samenwerken met tal van andere partijen (WRR, 2013: Grit & Van Oijen, 2015). In een complexe, snel veranderende wereld zijn vaste regels, geschreven door hiërarchische autoriteiten, obsoleet geworden en zal sturing meer het karakter krijgen van dialoog, afstemming en coördinatie. Experimentele sturing beoogt ruimte te geven aan lokale innovatie door verantwoordelijkheden, onder voorwaarde van verantwoording, te delegeren naar lokale eenheden en frontliniemedewerkers. Het veronderstelt geen volledig autonoom opererende professionals, maar interdisciplinair optreden en onderlinge afstemming. Experimentele sturing veronderstelt geen scherp afgebakende norm, maar staat open voor flexibele normen over wat goede zorg is. Experimentele sturing hanteert eenzelfde soort redenering als het idee van veerkracht, waarbij de zwakte (meervoudigheid en flexibiliteit) tegelijkertijd de kracht van het systeem is (Cook, 2013).

Wat betekent het perspectief van experimentele sturing voor het toezicht? Toezicht als een experimenteel *governance* vraagstuk impliceert dat de Inspectie haar plaats moet bepalen in een dynamisch krachtenveld, waarin meerdere partijen een rol kunnen vervullen in het 'toezien' op de kwaliteit van zorg. Afhankelijk van de situatie kan de rol van het toezicht veranderen. Dit impliceert een reflexieve benadering waarbij de IGZ zicht op het geheel aan kwaliteitsbewaking en -bevordering probeert te houden en zich voortdurend afvraagt wat dat betekent voor haar functie, rol en taakuitoefening (WRR, 2013). Indien eenduidige normen ontbreken, kan de toezichthouder via experimentele sturing in een herhalend proces van leren en continu bijstellen toch toezicht

houden (Stoopendaal, 2016). Door te experimenteren kunnen gesitueerde oplossingen door de betrokkenen zelf ontwikkeld worden (Oldenhof & Bal, 2016). De rol van de Inspectie kan er daarin een van aanjager zijn, waarbij ook andere partijen, zoals andere toezichthouders, het Zorginstituut en veldpartijen een rol kunnen spelen. Bij het ontbreken van heldere normen kan de Inspectie de regie op zich nemen en tegelijkertijd de verantwoordelijkheid bij het veld laten of neerleggen.

Opties voor de toezichtspraktijk

Wat betekent het idee van experimentele sturing en een regiefunctie voor de werkwijze van het toezicht in de praktijk? Deze paragraaf schetst opties voor de IGZ om in te spelen op problemen van normstelling.

Opties als er geen gesloten normen bestaan

In situaties waarbij het stellen van een heldere, gesloten norm niet mogelijk is, zal de Inspectie naar een alternatieve manier van toezicht houden moeten zoeken. Hiervoor is al gesteld dat experimenteel sturen meer ruimte biedt voor lokale innovatie maar daarbij wel eisen kan stellen, zoals transparantie, dialoog en verantwoording. Dit vergt een andere rol en werkwijze van de Inspectie, zoals meer nadruk op relatiemanagement en een agenderende en adviserende rol van het toezicht.

Het toezicht focust dan niet primair op het hebben van richtlijnen, maar op een dynamische ontwikkeling van goede zorg door leerprocessen tussen zorgaanbieders te bevorderen. Bij toezicht op bijvoorbeeld samenwerking kan een aanpak gericht op principes een productieve insteek bieden. Dit wordt in de literatuur ook wel 'waardengericht toezicht' of 'normatieve controle' genoemd (Schraven, 2012; Van Dalen, 2012). Bij deze vorm van toezicht staan niet zozeer de prestatie-indicatoren of de formele controlesystemen centraal, maar juist de achterliggende waarden en principes, zoals het principe van 'de cliënt centraal'. Het toezicht gaat dan over de gedeelde uitgangspunten en overtuigingen van samenwerkingspartners en toetst of deze expliciet gemaakt worden en gedeeld zijn. Het functioneren van de informele structuur kan dan in kaart gebracht worden door middel van zowel harde als zachte factoren. De IGZ toetst in dit geval of er sprake is van een goede lokale afstemming met goede zorg als aanknopingspunt.

Een oriëntatie op waarden en principes heeft als voordeel dat het recht doet aan verschillende situaties en doelgroepen. Zorgaanbieders kunnen, al naar gelang de principes of kernwaarden die zij centraal stellen, kiezen voor een andere invulling. Vanuit waardengericht toezicht kan een gesprek op gang worden gebracht over de staat van de samenwerking in het specifieke geval van een fictieve of een reële cliënt – de cliënt staat dan centraal. Zulke casus kunnen dan als startpunt dienen

om de verschillende tastbare dilemma's te bespreken die naar voren komen in de gezamenlijke zorg en ondersteuning van cliënten. De achterliggende vraag is dan of de samenwerkingspartners blij kunnen geven van het bestaan van, of het werken aan, een dialoog over deze dilemma's of liever nog van een gezamenlijke visie. Dit toezicht is meer open en inventariserend van aard, maar evengoed niet vrijblijvend (Bomhoff et al., 2016).

Opties als er onvoldoende draagvlak bestaat

Draagvlak voor een norm kan om een veelvoud van redenen ontbreken, bijvoorbeeld doordat er onvoldoende wetenschappelijk bewijs voor de noodzaak van de norm bestaat, er domeindiscussies bestaan tussen professionals, er kritiek is op de norm dat het halen ervan veel geld zou kosten of doordat belangen tegenstrijdig zijn. Handhaven lukt niet zolang er geen duidelijke normen zijn. De IGZ kan in die gevallen meer dialoog en afstemming met veldpartijen zoeken volgens het idee van experimentele sturing. In een experimentele vorm van governance proberen autoriteiten niet de norm te fixeren, maar beogen ze samen met het veld een groeimodel te ontwikkelen waarbij de sector naar de norm kan toegroeien. Door streefnormen te ontwikkelen en de sector tijd te gunnen om met de richtlijn bekend te raken en deze door te voeren, wordt de implementatie bevorderd. Toezicht bij experimentele sturing impliceert gecontroleerd loslaten, maar wel de regie houden.

Indien het draagvlak ontbreekt voor een eenduidige norm kan de Inspectie ruimte laten voor (lokale of regionale) variatie, vooral indien de populatie of de inrichting van de zorg verschillend is georganiseerd. Dat betekent geen vrijblijvendheid, want er dient wel een beweging naar steeds betere en veiliger zorg in gang gezet te worden (mogelijk vastgelegd in een procesnorm), hetgeen ook door de IGZ getoetst kan worden. Er zijn echter veel gevallen waarin onzekerheid bestaat over wat nu 'betere' of 'veiliger' zorg is, wat met zich meebrengt dat praktijkactoren de ruimte moeten krijgen om met verschillende vormen te experimenteren. Door ervaringen hierin te delen kan naar consensus worden gestreefd over de uitkomsten waarop gemonitord wordt, zonder dat dit meteen wordt vastgelegd in inhoudelijke normen. Het delen van 'best practices' kan een productieve wijze zijn om het algehele niveau van de kwaliteit te vergroten en om tot nadere invulling van normen te komen. Een dergelijke optie is vooral geschikt in nieuwe domeinen (bijvoorbeeld het ontstaan van netwerkzorg) waarin nog veel ontwikkelingen te zien zijn en waarin bovendien grote kwaliteitsverschillen bestaan. Kennis uit 'best practices' richt zich op wat goed gaat, in plaats van wat er mogelijk mis gaat. Dit is een benadering die mogelijk ook goed werkt in een domein waar een nieuwe toezichtrelatie opgebouwd moet worden en waar stimulerend toezicht wellicht meer op zijn plaats is dan handhavend toezicht (Bomhoff et al., 2016).

Bij de dialoog kunnen ook partijen worden betrokken die niet rechtstreeks verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de zorg, maar wel voor de randvoorwaarden van de norm of richtlijn, zoals de ICT en de financiering. De NZa bijvoorbeeld bepaalt het kader voor de prestatiebekostiging, wat gevolgen kan hebben voor de mogelijkheden om een bepaalde norm te implementeren. Vergoedingen voor extra activiteiten die voorkomen uit een nieuwe norm zijn weliswaar geen taak van de IGZ, maar kunnen een belangrijke succesfactor zijn voor het welslagen van het invoeren van een nieuwe norm (Van Dijk et al., 2016). Het is daarom vruchtbaar om ook aandacht te hebben voor partijen die formeel niet verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van zorg, maar daar wel indirect invloed op uitoefenen.

Opties als normen niet handhaafbaar zijn

Bij bepaalde vormen van zorg is niet wettelijk scherp omschreven wie verantwoordelijk is voor de zorg. Bij netwerkzorg of andere vormen van samenwerking kan er sprake zijn van een diffuse verantwoordelijkheidsverdeling. In een dergelijke situatie kan de IGZ een agenderende rol vervullen, door bijvoorbeeld betrokken partijen bij elkaar te brengen en verantwoordelijk te maken. De IGZ kan een concrete aanbieder expliciet benaderen of meer in algemene zin de verantwoordelijkheid van diverse aanbieders activeren. In het eerste geval wordt geprobeerd een 'hoofdbehandelaar' aan te wijzen. Dit kunnen in de praktijk lastige processen zijn omdat er ook domeinconflicten tussen behandelaars kunnen ontstaan, zoals van wie de patiënt 'is' en wie het geheel dient te bewaken. In het geval meerdere partijen potentieel aanspreekbaar zijn op de kwaliteit van zorg kan er ook overleg met het veld plaatsvinden, waarbij de bal bij het veld wordt neergelegd en het veld zelf eerst moet bedenken wie verantwoordelijk is. Wanneer er behoefte bestaat om de verantwoordelijkheidsverdeling in een norm te articuleren kan het Zorginstituut Nederland hier mogelijk ook een rol in spelen.

Hierbij passen opties die ook al in de vorige paragraaf over het ontbreken van gesloten normen zijn besproken, zoals experimentele sturing met ruimte voor lokale oplossingen. Om goede mogelijkheden zichtbaar te maken kan de Inspectie ook een thematisch toezicht uitvoeren, waarbij ook 'best practices' worden uitdragen. Indien het veld er niet uitkomt en onduidelijk blijft wie aanspreekbaar is, bestaat ook de optie om de minister of de politiek aan te spreken. De minister kan ook veldpartijen aanspreken of middels beleidsregels partijen meer verantwoordelijk maken. Bij de laatste aanpak bestaat wel het gevaar dat generieke regels ten koste gaan van het zoeken naar lokaal de meest geschikte oplossing.

Dialoog, verbinding en ontwikkeling: geen pleidooi voor vrijblijvendheid

Weliswaar opereert de IGZ vanuit een wettelijk kader, maar in de praktijk kan het voorkomen dat handhavingsnormen niet uitgekristalliseerd zijn. Onzekerheid over de normstelling mag echter niet leiden tot passiviteit of handelingsverlegenheid bij de Inspectie, noch tot onvoldoende onderbouwd handhavend ingrijpen, en vraagt daardoor om een uitbreiding van het toezichtrepertoire.

Voor de Inspectie kan het moeilijk zijn om vast te houden aan een eenmaal ingezet alternatief repertoire, omdat in de praktijk een reflex kan ontstaan om zo snel mogelijk weer bij de traditionele aanpak uit te komen, waarbij er geen onzekerheid over de norm mag bestaan. De klassieke aanpak gericht op onzekerheidsreductie lijkt in eerste instantie meer houvast te bieden, maar verliest aan effectiviteit indien de onzekerheid zich niet zo eenvoudig laat reduceren. Deze reflex kan te maken hebben met eerdere routines en onzekerheid bij inspecteurs.

Het is daarom wenselijk om aanvullende repertoires, welke in de praktijk al door inspecteurs worden toegepast, meer bewust te maken en een vast onderdeel te laten zijn van de strategie van de Inspectie. De Inspectie kan nog meer reflecteren op de aard van de problematiek rondom normstelling en mogelijke repertoires om daarmee om te gaan. Dat past ook in de korte traditie die is opgebouwd met de Academische Werkplaats Toezicht en waarin Paul Robben een bezielende en leidende rol heeft vervuld. Paul heeft zich daarbij enorm ingezet om het onderzoek en de toezichtspraktijk bij elkaar te brengen. Het is een echte werkplaats geworden waarbij wetenschappers en inspecteurs gezamenlijk op zoek zijn gegaan naar een effectievere aanpak van lastige, ambigue en complexe problemen, zoals het vraagstuk van toezicht-zonder-normen.

Kenmerkend van de geschetste opties van een ander repertoire voor de toezichtspraktijk is dat zij gericht is op meer dialoog en openheid. Dit sluit ook aan bij de ambitie van de IGZ om meer in te zetten op dialoog en verbinding (IGZ, 2016). De rol van de IGZ krijgt een meer agenderend karakter en is gericht op ontwikkeling, zoals het stimuleren van het lerend vermogen van zorgaanbieders. Daarbij kan het ook gaan om een vorm van experimentele sturing, waarbij er ruimte is voor reflectie.

Wel dient er voor gewaakt te worden dat het toezicht niet vrijblijvend is. De IGZ kan nog steeds druk blijven uitoefenen en eisen stellen of indien nodig gaan handhaven als ondertoezichtgestelden het laten afweten. Zelfs leren zal altijd plaatsvinden in een context waarbij de schaduw van de toezichthouder nimmer afwezig is.

Literatuur

- Bal, R., A.M.V. Stoopendaal en H. van de Bovenkamp, H. 2015. Veerkracht en veiligheid. Hoe kan regulering van de zorg daaraan bijdragen? *NTvG*, 2015; 159: A9614.
- Bardach, E. en R.A. Kagan. 2002. *Going by the book. The problem of regulatory unreasonableness*. New Brunswick: Transaction Publishers. Original edition, 1982.
- Bomhoff, M., D. de Boer en R. Friele, R. 2016. *Conceptueel kader voor de ontwikkeling van toezicht op samenwerking in de zorg en ondersteuning van kwetsbare cliënten thuis*. Utrecht: NIVEL.
- Bonten, M. J.M., A. Friedrich, J.A.J.W. Kluytmans, C.M.J.E. Vandenbroucke-Grauls, A. Voss en M.C. Vos. 2014. 'Infectiepreventie in Nederlandse ziekenhuizen. Resultaten zeggen meer dan procesindicatoren.' *NTvG*, 2014;158: A7395.
- Van de Bovenkamp, H. en T. Zuiderent-Jerak. 2015. "An empirical study of patient participation in guideline development: exploring the potential for articulating patient knowledge in evidence-based epistemic settings." *Health Expectations*, 18(5): 942-955.
- Cook, R. 2013. Resilience, the Second Story, and Progress on Patient Safety. In Hollnagel, E., Braithwaite, J. en Wears, R.L. (eds). *Resilient Health Care*. Farnham: Ashgate Publishing. Pag 19-26.
- van Dalen, A. 2012. *Zorgvernieuwing: over anders besturen en organiseren*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- van Dijk, E., J. Voordouw, M.C. de Bruijne en C. Wagner. 2016. *Het vertalingsproces van veldnormen naar toezichtnormen en de beoordeling van handhaafbaarheid - Het belang van samenwerking en communicatie in toezichtontwikkeling door de IGZ*. Amsterdam: EMGO+ Instituut/VUmc.
- Grit, K.J., M.C. Bomhoff, R.D. Friele en R. Ba. 2016. *Toezicht in onzekere situaties. Op zoek naar een passend toezichtkader in een veranderende gezondheidszorg*. Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Grit, K.J. en J.C.F. van Oijen. 2015. *Toezicht op het medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen: het in kaart brengen van een multi-centered speelveld*. Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- IGZ. 2008. *IGZ-Handhavingskader. Richtlijn voor transparante handhaving*. Den Haag: IGZ.
- IGZ, 2016. *Gezond vertrouwen. Meerjarenbeleidsplan 2016-2019*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg, Ministerie van VWS.
- Legemaate, J., K.J. Grit, E. Plomp, M. de Die, H.M. van de Bovenkamp, T. Broer, R. Bouwman, M.C. Bomhoff, R.D. Friele en R. Bal. 2013. *Thematische wetsevaluatie - Bestuursrechtelijk toezicht op kwaliteit van zorg*. Den Haag: ZonMw.
- Mertens, F.J.H. 2011. *Inspecteren. Toezicht door inspecties*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Mertens, F.J.H. 2015. Het aangrijpingspunt van toezicht: Hoe houden we organisaties in toom? In: F.J.H. Mertens, E.R. Muller en H.B. Winter (red.), *Toezicht. Inspecties en autoriteiten in Nederland*. Deventer: Wolters Kluwer.
- Oldenhof, L. en R. Bal. 2016. *Voorbij de kloof tussen systeem- en leefwereld: een zoektocht naar nieuwe sturingsrelaties*. In: Raad voor de Volksgezondheid & Samenleving, *Verlangen naar samenhang. Over systeemverantwoordelijkheid en pluriformiteit*. Den Haag: RV&S, pp. 89-122.
- Postma, J. en T. Zuiderent-Jerak. 2014. "Volume staat niet gelijk aan kwaliteit op SEH." *Medisch Contact*: 2148-2151.
- Sabel, C.F. en J. Zeitlin. 2012. Experimentalist Governance. In Levi-Faur, D. (eds.). *The Oxford Handbook of Governance*. Oxford: Oxford University Press. Pag. 169-183.
- Stoopendaal, A. 2016. *Al doende leren. Een essay over de experimentele zoektocht naar toezicht op zorgbesturing door de Inspectie voor de Gezondheidszorg*. Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- van Schraven, T. 2012. Van informeel naar waardengericht toezicht, Een reflectie- en analysemodel over ontwikkelingsfasen van toezicht in de zorg. *Goed Bestuur*, 2: 58-59.
- WRR. 2013. *Toezen op publieke belangen. Naar een verruimd perspectief op rijkstoezicht*. Amsterdam: Amsterdam University Press.