



Leren van toezicht

Over effectiviteit van Thematisch Toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg

institute of Health Policy & Management



Maartje Niezen-van der Zwet
Frank Neefjes
Roland Bal
2010.05
Health Care Governance

Leren van toezicht

Over effectiviteit van Thematisch Toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg

Publicatiedatum

Januari 2011

Auteurs

Maartje Niezen - van der Zwet
Frank Neefjes
Roland Bal

Contactgegevens

Erasmus Universiteit Rotterdam
instituut Beleid & Management Gezondheidszorg
Tel. 010 - 408 8555
research@bmg.eur.nl
www.bmg.eur.nl

Voorwoord

Toezicht staat onder immer toenemende belangstelling, of het nu gaat om het toezicht op financiële instellingen, de veiligheid van het vliegverkeer of de gezondheidszorg. De oorzaken hiervan zijn divers maar kunnen deels gevonden worden in het terugtreden van de overheid als uitvoerder van publieke diensten. Om controle te kunnen houden op die diensten zijn de afgelopen decennia grote toezichthoudende organen opgericht, die inmiddels een flink deel van de economie beslaan; volgens sommige berekeningen werken momenteel ongeveer een miljoen mensen in de 'toezichtsindustrie' (van Waarden 2006). Daarnaast dringt steeds meer het besef door dat we leven in een 'risicomaatschappij' (Beck 1992) die, hoe paradoxaal ook, aanleiding heeft gegeven tot een 'veiligheidsutopie' (Boutelier 2002). Risico's worden steeds minder geaccepteerd en overheden en toezichthouders worden daar in toenemende mate op aangesproken.

Deze trend brengt met zich mee dat onderzoek naar het functioneren van toezichthouders sterk in maatschappelijk belang heeft gewonnen. De afgelopen jaren is dan ook internationaal te constateren dat dit onderzoek een hoge vlucht heeft genomen. Ook de inspecties zelf hebben inmiddels onderzoeksprogramma's opgezet. Dit geldt ook voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

Het voorliggende rapport is een verslag van onderzoek naar de effectiviteit van een van de belangrijke toezichtsinstrumenten van de IGZ, het zogeheten Thematisch Toezicht. Middels casestudie onderzoek beoogt dit rapport de vraag te beantwoorden op welke manier het thematisch toezicht effectief kan zijn en voor welk type risicoproblemen deze vorm van toezicht het meest geschikt is. Hiermee probeert het rapport een zowel conceptuele als empirische bijdrage te leveren aan de discussie over het toezicht in algemene zin, en in het bijzonder over het toezicht op en in de gezondheidszorg.

Onze dank gaat in eerste instantie uit naar alle respondenten zonder wie dit onderzoek onmogelijk was geweest: zorgprofessionals, bestuurders, medewerkers van professionele en branche-organisaties, inspecteurs en andere medewerkers van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Daarnaast veel dank aan Dung Ngo en Joanna Baank die delen van het empirisch onderzoek hebben uitgevoerd. Tenslotte veel dank aan de leden van de begeleidingscommissie van dit onderzoek: Prof. Dr. Paul Robben, Dr. Jan-Kees Helderman, Prof. dr. Roland Friele, drs. Jan van Wijngaarden, Dr. Marian van der Weide, en Chantal Scheele. Hun feedback in verschillende fasen van het onderzoek en het schrijven van het rapport heeft ten zeerste bijgedragen aan de kwaliteit ervan. Overblijvende minpunten nemen wij graag voor eigen rekening.

Maartje Niezen – van der Zwet
Frank Neefjes
Roland Bal

Rotterdam, december 2010

Inhoudsopgave

Samenvatting	7
1. Inleiding	9
1.1 Toegenomen aandacht voor de effectiviteit van toezicht	9
1.2 Wat is thematisch toezicht?	10
1.3 Onderzoek naar de effectiviteit van thematisch toezicht	10
2. Theoretisch kader	13
2.1 Verschillende vormen van toezicht	13
2.2 Verschillende typen risicoproblemen	16
2.3 Responsiviteit en onafhankelijkheid	19
2.4 Leren	22
2.5 Responsiviteit en leren en een effectief thematisch toezicht	23
3. Onderzoeksmethoden	25
3.1 Case studies	25
3.2 Thematisch toezicht: doel en (leer)effecten in meer algemene zin	27
3.3 Vervolg rapport	27
4. Probleemsituering	29
4.1 Inleiding	29
4.2 Probleemsituering in de fase van agendering	30
4.3 Probleemsituering gedurende het thematisch toezicht	34
4.4 Rapportage	42
4.5 Nazorg en follow up	45
4.6 Conclusie	48
5. Responsiviteit en onafhankelijkheid	51
5.1 Inleiding	51
5.2 Agendering	53
5.3 Methodologie	56
5.4 (Concept) rapportages	59
5.5 Landing en nazorg	61
5.6 De balans tussen responsiviteit en onafhankelijkheid	64
6. Leren als effect	69
6.1 Inleiding	69
6.2 Casusbeschrijvingen	70
6.3 Conclusie	72
7. Discussie	75
7.1 Onderzoeksvragen	75
7.2 Verhouding onderzoek en handhaving	79
7.3 Responsieve onderzoeksmethoden en het genereren van leereffecten	81
7.4 Keuze van toezichtsvorm op basis van capaciteit en expertise	81
7.5 Integraliteit van toezicht	82
7.6 Onafhankelijkheid IGZ ten opzichte van de politiek	83
7.7 Inhoudelijke responsiviteit	84
8. Conclusie	87
Bijlage: lijst van respondenten	89
Literatuur	91

Samenvatting

In dit rapport doen wij verslag van een kwalitatief, exploratief onderzoek naar de effectiviteit van het Thematisch Toezicht door de inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ). Thematisch Toezicht (TT) is een vorm van toezicht die is gericht op een dwarsdoorsnede van een sector in de gezondheidszorg, gericht op specifieke onderwerpen. Deze onderwerpen zijn vaak breder gesteld dan bij andere vormen van toezicht het geval is, en het doel van TT is dan ook vaak inzicht te verkrijgen in de stand van zaken van de kwaliteitszorg rond dit onderwerp. Als afgeleide hiervan kan verdere normstelling en handhaving plaatshebben.

In dit onderzoek waren wij niet zozeer geïnteresseerd in de vraag *of* het TT effectief is, maar eerder *hoe* we effectiviteit kunnen *verklaren*. We hebben daartoe empirisch onderzoek gedaan aan de hand van case studies. Voor de casus selectie hebben we voor elk van de programma's van de IGZ geïnventariseerd welke TT projecten zijn uitgevoerd in de periode 2006-2008. Hieruit hebben we vervolgens zes onderwerpen geselecteerd die volgens de IGZ zelf als succesvol dan wel als minder succesvol kunnen worden gezien. De casus zijn vervolgens onderzocht aan de hand van interviews met alle betrokkenen, binnen de Inspectie, de betrokken beroeps- en brancheverenigingen en voor elke casus bovendien in twee instellingen waar het toezicht betrekking op had. De analyse richtte zich op het gehele proces van het TT, vanaf het moment dat een bepaald onderwerp op de agenda komt, tot en met de nazorg of follow-up van het TT. Daarnaast hebben we voor elke casus de relevante documenten onderzocht: interne stukken van de IGZ, de gepubliceerde rapporten, reacties vanuit het veld, berichten in de media, etc. Naast de case studies hebben we met sleutelpersonen binnen de IGZ in meer algemene zin gesproken over het TT.

Bij de analyse van de casus hebben we ons met name gericht op de verhouding tussen de IGZ en de onder toezicht gestelden, ofwel de mate van responsiviteit van de IGZ, en op de wijze en het niveau waarop, alsmede door wie van en in het TT wordt geleerd. Wij veronderstelden daarbij dat zowel de mate van responsiviteit als de aard van de leerprocessen samenhangen met het type onderwerp dat in het TT aan de orde is. Daarvoor hebben we gebruik gemaakt van een typologie die door de Wetenschappelijk Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) is gemaakt in diens advies over veiligheid, gebaseerd op enerzijds het al dan niet bestaan van consensus over de aard van het risico en de relevantie van kennis, en anderzijds het al dan niet bestaan van consensus over normatieve uitgangspunten en dominante waarden. Op basis van deze criteria komt de WRR tot een indeling van risico's in vier typen, te weten enkelvoudige, complexe, onzekere en ambigue risico's.

Op basis van de analyse van de casus concluderen we dat er inderdaad een samenhang is tussen het type risico dat in een TT wordt onderzocht, de mate van responsiviteit en de aard van het leren. Of, meer precies, naarmate risico's meer complex en onzeker worden draagt een responsievere opstelling bij aan de effectiviteit van het toezicht; en is het TT effectiever naarmate er meer wordt ingezet op tweede orde of zelfs derde orde leerprocessen (2^{de} orde leren betekent dat leren plaatsheeft op het niveau van de organisaties, bij 3^{de} orde leren is dit op systeemniveau, inclusief de inspectie zelf). Andersom geldt dit ook: als de inspectie teveel uitgaat van een enkelvoudige definitie van een risico waar dit in de praktijk eerder als complex, onzeker of ambigue wordt ervaren, neemt de effectiviteit van het toezicht af. In die gevallen is eerder sprake van *ritual compliance* dan van daadwerkelijke verbetering in de kwaliteit en veiligheid van zorg.

Opvallend is dat de aard van het risico niet vaststaat maar gedurende het proces van het TT veranderd. Het TT draagt daarin bij aan het proces van risicoarticulatie, waarbij over zowel het normatieve kader als de benodigde kennis consensusontwikkeling plaats heeft, of in ieder geval kan hebben. Dit is met name het geval wanneer de IGZ een responsieve

opstelling hanteert waarin zij open staat voor de inbreng vanuit het veld. Een dergelijke benadering zorgt ervoor dat in follow-up toezicht (dat niet noodzakelijk uit TT bestaat maar ook bijvoorbeeld in de vorm van Gelaagd Toezicht op basis van indicatoren vorm kan krijgen) meer directe handhaving kan plaatshebben. Het TT past daarmee in een meer strategische benadering van het veld, waarbij verschillende vormen van toezicht gebruikt kunnen worden voor verschillende typen risico's en effectiviteit van het toezicht samenhangt met de keuze van een specifiek soort toezicht voor verschillende risico's.

TT wordt vaak geagendeerd op basis van signaleringen van risico's in de media of de politiek. In die gevallen wordt meestal uitgegaan van een enkelvoudige risicodefinitie, zoals in ons onderzoek in het kader van het voorkomen van separaties in de GGZ of de bereikbaarheid van huisartsenposten. De IGZ blijkt in deze gevallen goed in staat een te snelle definitie in termen van enkelvoudige risicodefinitie tegen te gaan en de complexe of onzekere aard van het risico centraal te stellen. Als gevolg van het TT kan dan wel weer nadere risicoarticulatie plaatshebben, zoals in het geval van de huisartsenposten inderdaad optrad, maar kan ook de onzekerheid van het risico duidelijk worden zoals bij separaties het geval bleek. Het TT heeft in dit geval wel bijgedragen aan het duidelijker worden van de risico's en het opstellen van richtlijnen voor de omgang met separaties.

Gezien het belang van het aanpassen van de strategie van het TT aan de aard van het onderhavige risico doet de Inspectie er goed aan veel te investeren in de voorbereiding van het TT. De manier waarop het risico wordt gedefinieerd dient te passen bij de beleving van dat risico in het veld. Dit kan door in de agenderingsfase middels bijvoorbeeld interviews of observaties te onderzoeken hoe er binnen de onder toezicht staande instellingen met het betreffende risico wordt omgegaan. Een dergelijk vooronderzoek kan bijdragen aan een verhoging van de effectiviteit van het TT, of kan het helder maken dat rond een specifiek onderwerp andere vormen van toezicht meer geëigend zijn. TT blijkt daarbij vooral effectief te zijn voor meer complexe of onzekere problemen.

1 Inleiding

1.1 Toegenomen aandacht voor de effectiviteit van toezicht.

Onderzoek naar de effecten van toezicht is een relatief nieuw terrein binnen de gezondheidszorg (Willemsen and Leeuw 2007). Weliswaar is er vooral in het Verenigd Koninkrijk de afgelopen jaren enige studie gedaan naar de effecten van bijvoorbeeld het gebruik van prestatie-indicatoren in het kader van het zogeheten Star-systeem (Bevan and Hood 2006; Bevan and Hamblin 2009) en is er enig onderzoek naar het instrument van de 'inquiry' (vergelijkbaar met het interventie- of crisistoezicht) (Walshe 2002), toch staat het onderzoek naar effectiviteit van toezicht nog in de kinderschoenen.

Het onderzoek naar toezicht heeft een directe relatie met de publieke verantwoording van overheden voor het waarborgen van de kwaliteit van zorg. Toezicht en publieke verantwoording zijn onderwerpen die de laatste jaren volop in de belangstelling staan (Bakker and Yesilkagit 2005; Leeuw, Kerseboom, and Elte 2007; Schillemans 2007). Niet alleen zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten zich verantwoorden ten opzichte van hun toezichthouders (bijvoorbeeld ten aanzien van Raden van Toezicht) ook de verantwoording van de toezichthouders ten aanzien van de maatschappij wordt belangrijker. Het voortbestaan van de legitimiteit van de toezichthouder hangt samen met het verbeteren van de keten van toezicht en verantwoording en het vergoten van de transparantie in deze keten. Een toezichthouder moet zelf verantwoording afleggen aan het publiek over zijn handelen en hij moet er op toezien dat de organisatie over een goed werkend verantwoordingssysteem beschikt (Bakker and Yesilkagit 2005). Een goed werkend verantwoordingssysteem versterkt de legitimiteit van het toezicht door de onafhankelijkheid van de toezichthouder te waarborgen. In toenemende mate wordt dan ook verwacht dat publieke toezichthouders transparant zijn op het gebied van de systematiek en de uitkomsten van toezicht.

Ook het toezicht zoals uitgevoerd door de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) staat geregeld ter discussie. In de Tweede Kamer zijn vragen gesteld over het functioneren van de IGZ ten tijde van bijvoorbeeld het thematisch toezicht naar het voorkomen van separatie. De media berichtten eveneens over het wel of niet adequaat handelen van de IGZ bij het sluiten van (afdelingen van) zorgorganisaties zoals OK's en intensive care afdelingen. Ook zorgverleners en hun beroepsorganisatie laten zich met enige regelmaat kritisch uit ten opzichte van de wijze van toezicht zoals uitgevoerd door de IGZ (van Everdingen, Scheffer, and Legemaate 2009). In al deze kwesties speelt een roep om transparantie ten aanzien van het toezicht. Vragen die beantwoord moeten worden om inzicht te bieden zijn zoal: Wat doet de inspectie precies? Waarop baseert zij haar oordeel? Hoe verzamelt zij haar gegevens? Welk normenkader wordt gehanteerd in het toezicht en hoe wordt dit vastgesteld en gehanteerd?

Verantwoording en de daaraan gerelateerde transparantie mechanismen worden echter pas als succesvol beschouwd zodra deze mechanismen (het toezicht van) de publieke autoriteiten ook effectiever maken. Niet alleen effectiever in het behalen van vooraf bepaalde doelen, maar ook effectiever in de zin van responsiviteit ten opzichte van de doelen van onder toezicht gestelden. De roep om transparantie en het leveren van inzicht in effectiviteit van de werkwijze heeft ondermeer een extra impuls betekend voor het effectonderzoek naar de verschillende vormen van toezicht. De effectiviteit van toezicht wordt in toenemende mate inzichtelijk gemaakt door onderzoek naar de tevredenheid, effecten en ongewenste neveneffecten van het toezicht. De Algemene Rekenkamer geeft echter aan dat ondanks dat toezichthouders zoals de IGZ in toenemende mate onderzoek doen naar de feitelijke nalevingsniveaus, vooral van bepalingen uit de wet- en regelgeving die als kernbepaling worden gezien voor het reduceren van risico's, er nog altijd verbetering

mogelijk is. In zijn rapport *Handhaven en Gedogen* concludeerde de Algemene Rekenkamer dat “handhavers [...] bijvoorbeeld doorgaans niet [weten] in welke mate hun handhavingsinspanningen bijdragen aan de naleving van regels en wetten en aan de oplossing van de achterliggende problemen” (Tweede Kamer 2005, 5). Bij de terugblik op dit rapport in 2008 was het volgens de Rekenkamer nog niet veel beter gesteld.

Zowel de maatschappij, de politiek, het beleid maar ook de IGZ zelf wil weten hoe succesvol haar inspectieactiviteiten zijn geweest. Binnen de IGZ kan een ontwikkeling worden gezien ten aanzien van evaluatieonderzoek en effectonderzoek naar het uitgevoerde toezicht (Robben 2010). Omdat nog weinig bekend is over de uitkomsten van toezicht heeft de IGZ in haar meerjarenbeleidplan 2008-2011 een onderzoeksprogramma geagendeerd naar de doelmatigheid en doeltreffendheid van het toezicht, waarbij universiteiten, onderzoeksinstituten en medewerkers van de inspectie nauw betrokken zijn (Inspectie voor de Gezondheidszorg 2007a). Het beleidsvoornemen de effectiviteit van de inspectieactiviteiten te onderzoeken is door de IGZ verder geconcretiseerd in het ‘Evaluatieprogramma toezicht op de volksgezondheid, de gezondheidszorg en medische producten’. In het kader van haar onderzoeksprogramma heeft de IGZ het iBMG verzocht onderzoek uit te voeren naar het functioneren en de effecten van het thematisch toezicht. Het voorliggende rapport is de neerslag van dit onderzoek.

1.2 Wat is thematisch toezicht?

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) hanteert verschillende instrumenten in de uitvoering van haar toezichtstaken. Naast het zogeheten Gefaseerd toezicht (gebaseerd op normenkaders en indicatoren die inzicht geven in de kwaliteit van zorg) en het incidententoezicht (onderzoek naar aanleiding van een klacht, melding of signaal) is het thematisch toezicht een belangrijk instrument. “Thematisch toezicht wordt ingezet om landelijk inzicht te krijgen in specifieke aspecten of sectoren van de gezondheidszorg” (www.igz.nl, bekeken op 01/02/10). De IGZ wil door middel van thematisch toezicht landelijk inzicht verkrijgen in de effecten van overheidsbeleid of specifieke knelpunten in de zorg en (structurele) tekortkomingen en dreigende problemen in de kwaliteit en veiligheid van de zorg traceren. Het thematisch toezicht stelt de inspectie in staat om specifieke kwesties met betrekking tot de kwaliteit en veiligheid van zorg te agenderen, ten aanzien hiervan onderzoek te doen naar de wijze waarop zorginstellingen deze kwesties hebben opgepakt en maatregelen op te stellen voor verbetering.

Het thematisch toezicht verschilt van gefaseerd en incidenten toezicht in de zin dat de laatste twee zich vooral richten op toezicht door controle van de naleving van wet- en regelgeving en het thematisch toezicht vooral gericht is op de aanpak van problematiek geagendeerd in het thematisch toezicht en het (beleids)leren betreffende deze problematiek. Het gefaseerd toezicht is voornamelijk gebaseerd op het signaleren van risico's, oordeel vormen en zo nodig treffen van maatregelen. Hiervoor wordt een set van prestatie-indicatoren gebruikt. Het gefaseerd toezicht biedt daarbij weinig mogelijkheid tot het terugkoppelen van ervaringen uit de praktijk naar de beleidscontext. Het thematisch toezicht echter, stelt inspecteurs potentieel in staat om meer specifieke interactie met het veld te organiseren. Daardoor wordt er enerzijds meer inhoudelijk diepgang verkregen en anderzijds ontstaat er inhoudelijk draagvlak in het veld voor de te nemen maatregelen. Binnen het thematisch toezicht lijken daarmee meer kansen te kunnen worden gegenereerd voor het beleidsleren dan de op de indicatoren gebaseerde vorm van toezicht (Bal 2008). Of dit ook inderdaad het geval is, is een empirische vraag die in dit onderzoek wordt uitgediept.

1.3 Onderzoek naar de effectiviteit van thematisch toezicht

Het thematisch toezicht en de projectmatige werkwijze die hierbij gebruikt worden zijn de afgelopen jaren onderdeel van veel intern debat geweest binnen de IGZ. Het onderzoeksprogramma naar de doelmatigheid en doeltreffendheid van het toezicht heeft er

toe geleid dat onderzoek is uitgevoerd naar de kwaliteit van rapporten voortkomend uit (ondermeer) het thematisch toezicht (Tabula Rasa 2007; Tuijn 2007). In dit onderzoek werd geconstateerd dat de technische kwaliteit van de rapporten verbetering behoeft om een betere effectiviteit van het toezicht te garanderen. Tevens zijn opmerkingen gemaakt over tekortkomingen in het proces van rapporteren, te weten de soms lange doorlooptijd van rapporten, de werkwijze van projectgroepen en de rol van de opdrachtgevende Hoofdinspecteur gedurende het productieproces van rapporten. Deze bevindingen hebben er toe geleid dat de IGZ meerdere projecten heeft uitgevoerd (zoals de digitale richtlijn thematisch toezicht, de handleiding voor effectieve inspectierapporten en aanpassing van de procedure IGZ-publicaties) met als doel de werkwijze procesmatig te stroomlijnen en de kwaliteit van de rapporten te verbeteren. Ook de agendering van thematisch toezicht voor de jaarwerkplannen zijn verbeterd en strakker geregisseerd. Recente discussies met betrekking tot het thematisch toezicht (zoals ten aanzien van de Intensive Care) bevestigen echter de wenselijkheid van nadere bezinning op het thematisch toezicht.

Het door iBMG uitgevoerd onderzoek beoogt verder inzicht te geven in de kwaliteit van het proces van het thematisch toezicht en daarnaast inzicht te krijgen in de effecten van het thematisch toezicht op zorgaanbieders. Verondersteld wordt daarbij dat er een relatie bestaat tussen enerzijds het proces waarin het thematisch toezicht gestalte krijgt en anderzijds de effecten op het veld. Hierbij gaat het om zaken als de wijze waarop problemen die met het thematisch toezicht worden geagendeerd gestalte krijgen, de wijze waarop de interactie met het veld wordt vormgegeven tijdens het verloop van het thematisch toezicht en de wijze waarop maatregelen naar buiten worden gebracht.

In hoofdstuk 2 zal het (thematisch) toezicht zoals uitgevoerd door de IGZ worden gepositioneerd in de discussie rondom toezicht op risicoproblemen in de huidige samenleving. Verschillende vormen van toezicht op deze risicoproblemen zorgen voor verschillende vormen van leereffecten bij verschillende actoren. Het thematisch toezicht neemt een interessante positie in ten opzichte van gefaseerd of incidententoezicht omdat zij zich expliciet richt op het voorkomen van risico's met betrekking tot de kwaliteit van zorg door de probleemgerichte agendering van onderwerpen voor het thematisch toezicht. De effectiviteit van (thematisch) toezicht, zo wordt betoogd, zijn mede afhankelijk van de afstemming tussen de mate van responsiviteit, de wijze van leren en het type risicoprobleem.

In hoofdstuk 3 wordt de aanpak van het onderzoek uiteengezet. Gezien de exploratieve aard van het onderzoek is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode. Op basis van zes case studies wordt beoogd verder inzicht te krijgen in de effectiviteit van het thematisch toezicht. Het kader zoals geschetst in hoofdstuk 2 heeft daarbij handvatten geboden voor het formuleren van de onderzoeksvragen. Vervolgens worden in hoofdstuk 4, 5 en 6 de relevante thema's besproken aan de hand van verkregen materiaal uit de case studies. In hoofdstuk 4 staat de probleemsituering binnen het proces van thematisch toezicht centraal. Aan de hand van de case studies 'Kwaliteit huisartsenposten verbeterd sinds 2003' en 'Voorkomen van separatie van psychiatrische patiënten vereist versterking van patiëntgerichte zorg' wordt bekeken hoe gedurende de aanloop, de uitvoering en de nazorg van het thematisch toezicht de problemen gedurende het proces van thematisch toezicht gedefinieerd worden. Ook de mate van responsiviteit en onafhankelijkheid die de IGZ heeft ten opzichte van belanghebbenden verschuift gedurende deze fases in het thematisch toezicht. De case studies naar het thematisch toezicht op het 'Preoperatieve proces' en 'De aanwezigheid van gemeentelijke nota's lokaal gezondheidsbeleid' bieden in hoofdstuk 5 het empirisch materiaal voor de analyse van de mate van responsiviteit en onafhankelijkheid van de IGZ in relatie tot het type risicoprobleem. Het laatste analytische hoofdstuk (6) zoemt in op de wijze waarop het lerend vermogen van zorgaanbieders wordt gestimuleerd in de studies naar de thematische toezichten 'Verpleeghuiszorg op de goede weg' en 'Medische Technologie'. De discussie van de bevindingen in de drie analytische hoofdstukken

(hoofdstuk 7) beoogt tot een verder inzicht in de kwaliteit van het proces van het thematisch toezicht te leiden en daarnaast inzicht geven in de effecten van het thematisch toezicht op zorgaanbieders. Tot slot worden in hoofdstuk 8 enkele conclusies getrokken ten aanzien van de kwaliteit en effectiviteit van het thematisch toezicht.

2 Theoretisch kader

De overheid staat de komende decennia op het gebied van gezondheidszorg voor uitdagingen om het niveau van verantwoorde zorg op peil te houden. Het veranderde en nog steeds veranderende zorgstelsel maakt dat de taken van toezichthouders ook veranderen. Het toezicht is gecompliceerder geworden door nieuwe rechtsvormen (bijvoorbeeld zorgverzekeringswet) en verantwoordingsrichtlijnen (toename van eigen verantwoordelijkheid voor burgers, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, etc) (Meurs en Schraven 2006). Ook draagt de veranderde omgang met publieke middelen in de Nederlandse samenleving bij aan de complexiteit van toezicht. “De overheid moet opereren in een samenleving die in veel opzichten ‘ongekend’ is en met problemen geconfronteerd wordt die wanneer zij zich aandienen met grote onzekerheden zijn omgeven” (WRR 2006). Daarbij kan niet worden gewacht tot incidenten in de zorg problematiek zichtbaar maken en maatregelen door de acute dreiging meteen worden geaccepteerd. In toenemende mate is het besef gegroeid dat de huidige samenleving en het stelsel van gezondheidsvoorzieningen niet alleen met risico's maar vooral ook met onzekerheden wordt geconfronteerd. De overheid is verantwoordelijk voor het proactief op zoek gaan naar knelpunten in de zorg en beoordelen in hoeverre deze risico's met zich meebrengen ten aanzien van de gezondheid van de Nederlandse inwoners.

De overheid is niet alleen verantwoordelijk voor het op zoek gaan naar mogelijke risico's en (on)zekerheden, maar dient vooral ook verantwoordelijkheid te nemen voor het vaststellen van de normen waaraan zorgverleners dienen te voldoen en het (waar)borgen dat deze normen ook worden nageleefd. Het beheersen van risico's door de overheid vindt zijn sluitstuk in monitoring, toezicht en handhaving. “Onder toezicht wordt het verzamelen verstaan van informatie over de vraag of organisaties, beleid of voorzieningen aan de gestelde eisen voldoet, het zich daarna vormen van een oordeel daarover en het eventueel naar aanleiding daarvan interveniëren”, zo vatten Willemsen en Leeuw (2007) het samen. De IGZ is door de Nederlandse overheid de aangewezen formele toezichthouder op de kwaliteit van de gezondheidszorg.

Toezicht kan verschillende effecten oproepen van calculerend gedrag zoals het invoeren maar niet borgen van procedures, het plichtmatig voldoen aan gestelde minimale normen tot navolging van beleid en leereffecten (Bevan en Hood 2006; Meurs en Schraven 2006; Power 1997; Jerak-Zuiderent en Bal 2010). De benadering van risico's in termen van bekendheid met de zekerheden en onzekerheden brengt met zich mee dat het toezicht hierop afgestemd dient te zijn. Hierbij kan gekeken worden naar de toezichtstructuren op de uitvoering en naleving van wet- en regelgeving. Binnen elke type toezichtstructuur zijn evenwel verschillende mogelijkheden in de omgang met onzekerheden. Enerzijds vraagt de omgang met onzekerheden om een bepaalde mate van betrokkenheid van zowel toezichthouder als belanghebbenden bij het onderwerp van toezicht. Anderzijds vraagt deze omgang met onzekerheden om de organisatie van leervermogen in zorgorganisaties waarbij ook de toezichthouder mogelijk een faciliterende of stimulerende rol kan spelen. In het vervolg van dit hoofdstuk zullen zowel de toezichtstructuren als de wijze waarop een toezichtstructuur mogelijkheden heeft tot omgang met onzekerheden de revue passeren.

2.1 Verschillende vormen van toezicht

Dat overheidsbeleid gericht moet zijn op het bevorderen van (de kwaliteit van) volksgezondheid en toezicht nodig is om de staat van de volksgezondheid te monitoren, op peil te houden en te handhaven staat voor velen buiten kijf. Wat precies verstaan wordt onder dit toezicht en hoe deze vorm dient te krijgen is echter niet altijd eenduidig. In de afgelopen jaren is onder meer door de WRR en de Gezondheidsraad aangedrongen op een overheid die verantwoordelijkheid neemt voor het aansporen tot innovatie, opsporen van mogelijke risico's en stellen van normen die een minimaal niveau van verantwoorde zorg

borgen (Gezondheidsraad 2008; WRR 2008). Door de focus op verschillende aspecten van de staat van de gezondheidszorg kan ook de maatschappelijke verantwoording van gevoerd beleid of van de kwaliteit van zorg op verschillende wijze worden afgelegd. De toezichtstructuur op de uitvoering en/of naleving van wet- en regelgeving heeft daarbij in de afgelopen decennia enkele ontwikkelingen doorgemaakt.

Van oudsher kan gesproken worden van twee tradities in het toezicht of toezichtstructuren; het verticale en horizontale toezicht. Het *verticaal* toezicht is een 'klassieke' vorm van toezicht dat zich richt op de uitvoering en/of naleving van wet- en regelgeving en over het algemeen wordt geassocieerd met extern toezicht. Er is sprake van een keten van delegatie van macht enerzijds en een verplichting tot verantwoording anderzijds. De verhouding tussen de schakels in de keten is die tussen principaal en agent. De positie binnen de keten bepaalt de macht die men toekomt en aan wie verantwoording dient te worden afgelegd (Den Breejen en Bal 2009). Overheidsbeleid dient te worden uitgevoerd volgens vastgelegde regelgeving. De controle hierop vindt plaats door formeel extern toezicht en verantwoording. Het verticaal toezicht zoals deze in de gezondheidszorgsector plaats kan hebben berust op wetgeving zoals de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet BIG) en de Kwaliteitswet Zorginstellingen. De IGZ is het door de Nederlandse overheid aangewezen orgaan dat zorgaanbieders dien te controleren op de naleving van deze wet- en regelgeving.

In het *horizontaal* toezicht ligt de focus voornamelijk op de zelfregulering / het zelfbestuur en dit wordt voornamelijk geassocieerd met interne toezichtstructuren of met 'sociale partners' zoals patiëntenorganisaties. Het uitgangspunt is dat de gezondheidszorgsector in staat moet zijn om zelf de gezondheidszorg aan te sturen en verantwoording af te kunnen leggen over de geleverde kwaliteit van zorg. Het coördineren van de zorgsector berust dan op het expliciteren van het bestaan van een verscheidenheid aan ervaringen, belangen en visies binnen de sector om vervolgens op basis van diezelfde gehoorde diversiteit aan ervaringen, belangen en visies algemeen bindende maatregelen te treffen. Het horizontale toezicht vindt vooral in interne overlegstructuren plaats, maar kan ook andere vormen aannemen zoals een 'maatschappelijk contract'.

Het onderscheid tussen verticaal en horizontaal toezicht kan desalniettemin verwarrend zijn. Binnen de zelfregulering van bijvoorbeeld zorginstelling kan bijvoorbeeld ook verticaal toezicht plaats hebben. En voorafgaand aan verticaal toezicht zal vaak horizontaal overleg plaatshebben opdat vervolgens toezicht gehouden kan worden op basis van hierin vastgestelde normen en de wet- en regelgeving. Toch zijn er belangrijke aspecten van onderscheid te benoemen die primair liggen op het vlak van de manier van stellen en de aanpak van problemen (WRR 2006). Problemen zullen afhankelijk van de vorm van toezicht (verticaal/horizontaal, extern/intern) op verschillende wijzen worden geagendeerd en benaderd. Daarnaast hanteert het verticaal toezicht principe het perspectief van een sterke staat ('government'); deze gaat uit van het primaat van bevoegd gezag en de hiërarchie waaraan burgers dienen te gehoorzamen. Het horizontaal toezicht daarentegen pleit voor een vorm van sociale coördinatie ('governance'), die in meerdere lagen van de samenleving plaats heeft en waarvan een sterke staat slechts één van vormen van sociale sturing is (Pierre en Peters 2000; Miller en Rose 2008; Helderma 2007).

Naast het bestuderen van verantwoording en toezicht aan de hand van deze traditionele indeling, zijn in de afgelopen jaren ook andere vormen van toezicht aan de orde gesteld die inzicht bieden in de verschillende wijze waarop risicoproblematiek kan worden geagendeerd en aangepakt. De opkomst van deze andere vormen van toezicht lijkt te passen bij een roep om een meer doeltreffende en doelmatige overheid als reactie op een falende overheid en een toegenomen toezichtlast (WRR 2006; Helderma en Honingh 2009). Steeds vaker blijkt het traditionele onderscheid tussen verticaal en horizontaal toezicht een constructie achteraf waarbij de grenzen steeds diffuser zijn. Zo spreekt Schillemans (2007) over diagonaal

toezicht naast verticaal en horizontaal toezicht en pleiten Helderman en Honingh (2009) zelfs voor het afstand nemen van de twee traditionele toezichtstructuren en een verschuiving naar systeemtoezicht. Het laatstgenoemde systeemtoezicht verschilt van horizontaal en verticaal toezicht omdat het voorbij gaat aan juist deze typering van toezichtstructuren.

Systeemtoezicht is gericht op de bedrijfsprocessen en strategieën die tot bepaalde uitkomsten hebben geleid en de interne procedures in bedrijven of sectoren die de naleving van regels en normen bewaken. In een ideale setting van systeemtoezicht bewaakt de onder toezicht gestelde zelf via haar interne borgingssysteem of er aan de regels en normen van de toezichthouder is voldaan. Interne borgingssystemen kunnen gericht zijn op het beheersen van mogelijke risico's met negatieve externe effecten (veiligheid, economie, milieu) of het bewaken van een minimaal kwaliteitsniveau. De toezichthouder concentreert zich op het beoordelen en monitoren van de werking van deze interne borgingssystemen. (Helderman en Honingh 2009)

Systeemtoezicht betreft een meer integrale benadering van problemen en het toezicht op de aanwezigheid van borgingssystemen waarbij discussies over extern en intern toezicht niet langer aan de orde zijn. Meurs en Schraven (2006) daarentegen geven aan dat het juist gaat om het vinden van de juiste balans tussen verticale en horizontale toezichtstructuren. Door een verandering van het sturingsparadigma in het Nederlandse gezondheidszorgstelsel van aanbodregulering naar een gereguleerde concurrentie wordt volgens hen in feite de 'politiek' verplaatst naar (ook) het niveau van instellingen. Zorgaanbieders moeten zowel horizontale verantwoording afleggen over hun keuzen en prioriteiten aan belanghebbenden als verticale verantwoording aan externe toezichthouders. Door de complexiteit van deze mix van verticale en horizontale vormen van sturing ontstaat een tweetal verantwoordingsdilemma's. Ten eerste zouden beide verantwoordingsstructuren elkaar kunnen versterken, maar kunnen zij elkaar ook in de weg zitten. Een voorbeeld van dit laatste zijn de prestatie-indicatoren die bedoeld waren voor intern leren van zorgaanbieders, maar zijn geworden tot een externe benchmark waarbij juist de bedoelde signaleringsfunctie achtergesteld is geraakt. Een tweede dilemma betreft de informatieparadox; de toegenomen vraag naar geobjectiveerde en meetbare informatie en de wijze waarop dit type informatie steeds minder inzicht lijkt te bieden in de daadwerkelijke gezondheidszorgpraktijk (Meurs en Schraven 2006; Ngo et al. 2008).

Hoewel in eerste instantie sprake is van een verticale toezichtrelatie tussen de zorgaanbieders en de wettelijke toezichthouder IGZ lijkt het thematisch toezicht zoals uitgevoerd door de IGZ de verschillende toezichtstructuren te omvatten. De verticale toezichtrelatie uit zich doordat zorgaanbieders verplicht zijn verslag uit te brengen aan de IGZ over de kwaliteit van zorg die zij plegen te bieden. Daarnaast moeten zorgorganisaties ook calamiteiten en incidenten melden zoals een plotseling verhoogde mortaliteit binnen een afdeling. Op basis van haar bevindingen kan de IGZ dan besluiten tot verschillende vormen van handhaving. De horizontale toezichtrelatie uit zich in de wederzijdse afhankelijkheid tussen de IGZ en belanghebbenden zoals de onder toezicht gestelden en (landelijke) vertegenwoordigers van bijvoorbeeld medische beroepen. Deze wederzijdse afhankelijkheid is gebaseerd op de uitwisseling van informatie over de kwaliteit van zorg en het overleg over de normen waaraan deze dient te voldoen binnen een thematisch toezicht project. Op basis van dit overleg en de keuze voor bijvoorbeeld stimulerende handhavingmiddelen kan het veld geprikkeld worden tot zelfregulering. Schillemans (2007) geeft aan dat het van belang is dat de roep om verantwoording niet alleen leidt tot controlegedrag, 'een zoektocht naar schuldigen', maar ook tot een leervermogen van zorgaanbieders. Het systeemtoezicht, zoals verwoord door Helderman en Honingh (2009), zou een vorm van toezicht kunnen zijn waarbij zorgaanbieders gestimuleerd worden om zichzelf te confronteren met bijvoorbeeld de opvattingen en ervaringen van belanghebbenden zoals zorgafnemers en zich ten opzichte van hen te verantwoorden. "De kunst van systeemtoezicht, vanuit het perspectief van de toezichthouder, is om de onder toezicht gestelde verantwoordelijk maken voor het naleven en bewaken van de norm" (Helderman en Honingh 2009). Echter, daarbij plaatsen Helderman en Honingh tevens een kanttekening bij de mogelijkheid van systeemtoezicht in

een complexe omgeving zoals de gezondheidszorg. Het systeemtoezicht veronderstelt dat het object van toezicht, in dit geval gezondheidszorg, vertaald kan worden in objectieerbare normen die eenduidig kunnen worden geoperationaliseerd. Deze mate van abstractie en/of standaardisatie van gezondheidszorg is niet altijd mogelijk. De mogelijkheden voor systeemtoezicht in de gezondheidszorg zijn hierdoor beperkt. In zijn recente rapport over de implementatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen wordt dit door de Algemene Rekenkamer (2009) bevestigd.

Een belangrijk aspect om te kunnen analyseren in wat voor vorm het thematisch toezicht heeft plaats gevonden en wat voor effecten dit heeft gegenereerd is de benadering van het probleem dat centraal stond in het thematisch toezicht. Zo pleiten Helderman en Honingh (2009) voor het gebruik van thematisch toezicht wanneer de risicoproblematiek complex is omdat bijvoorbeeld normen of kennis over de risico's ontbreken.

In situaties waarin risico's nog onbekend zijn en er nog geen normen bestaan, kan thematisch toezicht een rol spelen in het detecteren van risico's en het normeren daarvan. Maar dat vereist wel dat eventuele gedragsbeïnvloeding door de toezichthouder hier op worden aangepast. Bij een open normenkader en bij thematisch toezicht gericht op het onderzoeken van nieuwe risico's passen geen harde sancties. (Helderman en Honingh 2009, 95)

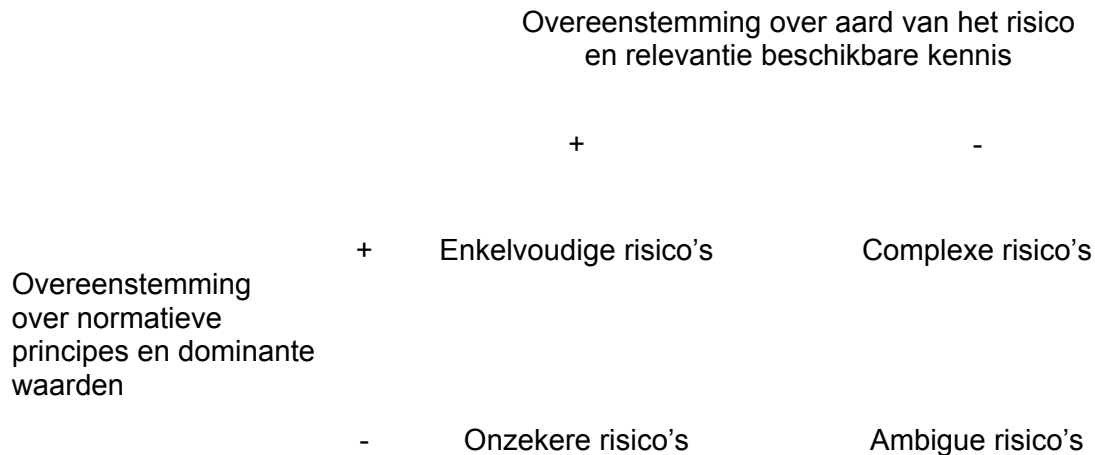
Door te focussen op de problematiek centraal gesteld in thematisch toezicht ontstaat de ruimte voor het agenderen en aanpakken van problemen en vervolgens het leren ten aanzien van deze problematiek in plaats van het centraal stellen van normen. Met het centraal stellen van problemen of risico's met betrekking tot de kwaliteit van gezondheidszorg haakt de IGZ aan bij de trend van risicomangement. Het onderscheid in verticaal, horizontaal of systeemtoezicht is dan niet langer het vertrekpunt op basis waarvan de toezicht- en handhavingnormen worden vastgesteld. Hierdoor wordt ook de samenhang tussen de verschillende toezichtvormen belangrijker in het agenderen, articuleren en/of controleren van risicoproblemen. Zo kan het thematisch toezicht bijdragen aan de articulatie van problematiek en leiden tot het opstellen van handhavingnormen, die dan vervolgens in het gefaseerd toezicht opgenomen en gecontroleerd kunnen worden.

2.2 Verschillende type risicoproblemen

In de jaren negentig van de 20e eeuw is het risicomangement opgekomen. Waar voorheen verantwoording voornamelijk werd vormgegeven door het centraal stellen van kennis in politieke- en beleidsacties (met een nadruk op bijvoorbeeld veiligheid, effectiviteit en doelmatigheid), wordt tegenwoordig meer nadruk gelegd op het voorzorgsprincipe (Gezondheidsraad 2008; Bijker, Bal, en Hendriks 2009; Jasanoff 2003; Power 2007). De resultaten van hedendaags wetenschappelijk onderzoek wordt niet langer geacht te allen tijde direct bruikbaar te zijn voor de beleidsmaker als belangrijke basis voor de rationaliteit van de genomen beslissingen ('speaking truth to power'), maar wetenschappelijk onderzoek is meer en meer ingebed geraakt in de samenleving en moet zich dan ook verantwoorden ten aanzien van deze samenleving. Het risicomangement heeft onzekerheden of problemen getransformeerd tot risico's ongeacht de aanwezige informatie over de kans dat dit risico daadwerkelijk ook voor zal doen (Power 2007). Onzekerheid over de kwaliteit van gezondheidszorg en mogelijke schade vraagt om een beleid waarin voorzorg centraal staat. Het voorzorgsprincipe richt zich op mogelijke en ook plausibele risico's waarbij het niet altijd zeker is wat de omvang en de waarschijnlijkheid van deze schade is (Gezondheidsraad 2008). Ook binnen de IGZ wordt gebruik gemaakt van een risicogebaseerde werkmethode voor het uitvoeren van onder meer gefaseerd toezicht.

Een trend die op vernieuwende wijze met onzekerheden, onzekere problemen of risico's omgaat wordt onder meer door de WRR geïntroduceerd in haar rapporten 'De Lerende Overheid' uit 2006 en 'Onzekere Veiligheid' uit 2008. Deze alternatieve benadering van risico's is gebaseerd op twee aspecten: de eerste is dat deze nieuwe benadering proactief zoekt naar potentiële risico's in plaats van af te wachten totdat een risico zich manifesteert in

de vorm van bijvoorbeeld een veiligheidsincident. Ten tweede wordt een perspectief gehanteerd waarin de kans en de omvang van schade door risico's wordt beoordeeld, waarin ook de mate van (on)zekerheid wordt meegenomen. Hierbij wordt zowel naar wetenschappelijke als maatschappelijke/normatieve onzekerheden gekeken.



Figuur 1. Typen risicoproblemen

De WRR komt hierbij tot een categorisering van risico's in vier verschillende typen, te weten eenvoudige, complexe, onzekere en ambigue risico's (zie figuur 1). In de klassieke risicobenadering werd alleen uitgegaan van eenvoudige of complexe risico's. De aanpak van deze risicoproblemen was eenduidig en gebaseerd op de aanname dat er consensus bestaat over de normatieve uitgangspunten bij de beheersing van risico's. Wetenschappelijk onderzoek is vervolgens noodzakelijk om de risico's in kaart te brengen en daarop volgend passende maatregelen te treffen. Voor complexe risicoproblemen geldt daarbij dat vooral kennis noodzakelijk is over de interactie tussen verschillende factoren die een rol kunnen spelen in het ontstaan van een risico. Echter, het schema van de WRR laat zien dat risicoproblemen niet alleen gekarakteriseerd kunnen worden door feitelijke kennis en de mate van consensus hierover, maar dat risicoproblemen ook gekarakteriseerd kunnen worden door onzekerheid en onenigheid over de aard en de omvang van de risico's (onzekere en ambigue risico's). Vanwege de complexiteit van deze problematiek kan wetenschappelijk onderzoek dit soort onzekerheden niet altijd wegnemen en zal bijvoorbeeld overleg tussen belanghebbenden plaats moeten hebben. Een belangrijke kanttekening is dat niet in alle gevallen onzekerheden weg te nemen zijn; onzekerheid is nu eenmaal een inherent onderdeel van risico's en dus ook risicomanagement (WRR 2008; Bijker, Bal, en Hendriks 2009)

Binnen de gezondheidszorg zijn alle vier typen risico's aanwezig. Eenvoudige risico's betreffen bijvoorbeeld foutieve medicatiedoseringen door voorschrijf- en/of bereidingsfouten. Complexe risicoproblemen doen zich voor wanneer mogelijk complicaties rijzen doordat de relatie tussen medicijngebruik en de lange termijn effecten, door bijvoorbeeld interveniërende variabelen zoals comorbiditeit, nog onbekend zijn. Xenotransplantatie is een voorbeeld van voorheen een ambigue risicoproblematiek (de aard van de voor- en nadelen van xenotransplantatie zijn controversieel), maar door publieke bespreking van deze controverse is de problematiek verschoven naar een onzekere risicoproblematiek. Dit omdat vooralsnog weinig zicht is op zowel de kansen op als de omvang van de schade die

xenotransplantatie op de lange termijn heeft voor de (volks)gezondheid (Bijker, Bal en Hendriks 2009).

De beoordeling van deze risico's is onlosmakelijk verbonden met de normering betreffende de kwaliteit van zorg. De IGZ definieert veelal een normatief toetsingskader voorafgaand aan toezicht met betrekking tot het gewenste niveau van verantwoorde zorg. De formulering van normen is een essentieel onderdeel voor het uitvoeren van toezicht en handhaving. Zodra de aard van een risico en de oplossing bekend is en er sprake is van normatieve consensus kunnen we spreken van een eenvoudig risico. De kans en de omvang van de schade is bekend en kan 'berekend' worden. In dit geval is het mogelijk om veiligheidsnormen, de zogenoemde minimumvoorwaarden voor verantwoorde zorg, te formuleren die als leidraad kunnen dienen voor het toezicht en handhaven (Zuiderent-Jerak, Jerak-Zuiderent en Bal 2010). Veelal zullen deze normen ook gesloten zijn, wat inhoudt dat zij in grote mate van detail zijn vastgelegd. De wijze van handhaving kan vaak ook vooraf al bepaald worden. In het geval van complexe, onzekere en ambigue risico's wordt het problematischer om veiligheidsnormen te formuleren. Bij complexe risico's is bijvoorbeeld de kans en de omvang van de schade wel bekend. Minder inzichtelijk zijn de relaties tussen oorzaken en schadelijke effecten, waarover vaak nog wetenschappelijke discussie plaatsheeft (WRR 2008). Omdat wetenschappelijke consensus ontbreekt, wordt het lastiger veiligheidsnormen te formuleren. Vaak is het wel mogelijk open normen te formuleren die de normadressanten (of onder toezicht gestelden) de ruimte geven een invulling te geven aan de globaal geformuleerde doelstellingen van deze open norm (Dorbeck-Jung, Oude Vrielink-van Heffen en Reussing 2005). Het gebruik van open normen heeft wel gevolgen voor toezicht en handhaving. Het is moeilijker om te controleren op de naleving van open normen dan op bijvoorbeeld gedetailleerde veiligheidsnormen; het stellen van procesnormen is dan een mogelijkheid. Een derde type risico betreft onzekere risicoproblemen. "Er is onvoldoende kennis over de kans op, de aard van en de omvang van de schade. Dan wel de kennis is tegenstrijdig" (De Bont et al. 2009). Bij onzekere problemen is sprake van normatieve onzekerheid; met andere woorden er bestaat twijfel over het belang van de interventie in relatie tot mogelijk andere belangen. Ook bij ambigue risico's is sprake van een normatieve onzekerheid. Deze onzekerheid is echter niet alleen gebaseerd op de onbekendheid ten aanzien van de risico's, maar uit zich ook in onenigheid tussen belanghebbenden over de beoordeling van en in het bijzonder de afweging van de waarden betreffende de risico's (idem). Handhaven op eenduidige normen kan dan betekenen dat bepaalde waarden en belangen het onderspit delven ten opzichte van andere. Alleen sturen op het voorkomen van vrijheidsbeperkende maatregelen kan dan bijvoorbeeld leiden tot meer valincidenten.

Naast een onderverdeling in gesloten en open normen kan ook worden gesproken van een verdeling in streef-, en veiligheidsnormen (Zuiderent-Jerak, Jerak-Zuiderent en Bal 2010; Dorbeck-Jung, Oude Vrielink-van Heffen en Reussing 2005). Streefnormen richten zich op de hoogst haalbare kwaliteit onder ideale omstandigheden. De consequenties voor het toezicht hierop is dat naleving hiervan op korte termijn vaak niet kan worden nagestreefd. Het betreft eerder een geformuleerde doelstelling voor de langere termijn. Toezicht kan zich dan bijvoorbeeld richten op de activiteiten die worden ondernomen om streefnormen te bereiken. Veiligheidsnormen daarentegen zijn "minimumnormen die onder alle omstandigheden nageleefd moeten worden om veiligheidsproblemen te voorkomen die anders gegarandeerd optreden" (Zuiderent-Jerak, Jerak-Zuiderent en Bal 2010).

Wetenschappelijk onderzoek en (normatief) overleg zijn noodzakelijk om onzekerheden in risicoproblemen in kaart te brengen. In feite zou hetzelfde kunnen gelden voor toezicht. Toezicht moet eerst de problematiek en risico's in kaart brengen voordat de norm voor en vorm van toezicht hierop afgestemd kan worden. Een belangrijke vraag is dan of het mogelijk is om voorafgaand aan bijvoorbeeld thematisch toezicht te bepalen welk probleem centraal staat en hoe deze is te karakteriseren in de mate van feitelijke en normatieve

consensus. Gebaseerd op sociaalwetenschappelijk onderzoek blijkt dat toezicht en wetenschappelijk onderzoek en de risicoproblemen die hierin worden geadresseerd niet of lastig zijn te fixeren. In feite verandert het type probleem naar gelang het proces van wetenschappelijk onderzoek of het toezichtproject. “De articulatie van een risico als eenvoudig, complex, onzeker of ambigue vindt plaats binnen een specifieke institutionele context en is onlosmakelijk verbonden met zowel de materiële setting waarin het probleem zich voordoet als met bepaalde kenmerken van het probleem” (De Bont et al. 2009). Zodra de situaties binnen een onderzoek naar een probleem veranderen kan ook de probleemsituering veranderen.

Het onderzoek naar de effectiviteit naar thematisch toezicht is gebaat bij bovenstaande theoretische basis als uitgangspunt. Niet alleen voorkomt het dat de kwaliteit van zorg alleen beoordeeld wordt wanneer er mogelijkheden zijn tot het vereenvoudigen van problematiek tot veiligheidsnormen en/of prestatie-indicatoren voor handhaving. Het stimuleert ook tot het gebruik van andere strategieën in handhaving van risicoproblemen zoals consultatie van belanghebbenden en de articulatie en exploratie van problemen. Hoewel het definiëren van problemen tot eenvoudige risico's bijdraagt aan de mogelijkheid tot een transparant en sturend toezicht, doet dit niet altijd recht aan de complexiteit van de problematiek die centraal staat in het thematisch toezicht. Regelmatig worden aanvankelijk tot eenvoudig gedefinieerde risico's en daaraan verbonden veiligheidsnormen door professionals, patiënten of nieuwe wetenschappelijke onderzoeksresultaten geproblematiseerd. Vaak wordt daarbij gesteld dat voorheen de verkeerde problematiek centraal is gesteld en niet tot de eigenlijke oplossing heeft geleid voor een bepaald risicoprobleem (De Bont et al. 2009). Mogelijk doet het verkeerd definiëren van risicoproblemen ook afbreuk aan de effectiviteit van het toezicht. Het type problemen of risico's zal daarom centraal komen te staan in de analyse van het thematisch toezicht. Naast het kunnen categoriseren van de verschillende type problemen die centraal staan in (thematisch) toezicht zal ook een connectie gemaakt moeten worden naar hoe deze categorisering bij kan dragen aan een verhoogde effectiviteit van toezicht. In het vervolg van dit hoofdstuk worden de verschillende vormen van responsiviteit en leren gekoppeld aan de vier typen risicoproblemen. In dit rapport veronderstellen we dat zowel responsiviteit ten aanzien van belanghebbenden als het stimuleren van een lerend vermogen van zowel toezichthouder en onder toezicht gestelden bijdragen aan een effectief toezicht.

2.3 Responsiviteit en onafhankelijkheid

In dit onderzoek wordt voor het analyseren van de effectiviteit van het thematisch toezicht een analogie gemaakt naar de wijze waarop effecten van wetenschappelijke advisering in de literatuur worden verklaard en onderzocht (Bal, Bijker en Hendriks 2002; Van Egmond et al. 2007). Deze literatuur laat zien dat het succes, cq. de mate van implementatie van wetenschappelijk advies grotendeels samenhangt met de mate waarin bij de formulering van dit advies rekening is gehouden met de specifieke omstandigheden van de praktijken waarin het advies moet worden geïmplementeerd.¹ Het succes van adviezen van de Gezondheidsraad hangt bijvoorbeeld nauw samen met de afstemming over probleemdefinities, de samenstelling van commissies en de wijze waarop het veld hierin wordt betrokken en de presentatie en ‘nazorg’ van adviezen (Bijker, Bal en Hendriks 2009).

Een belangrijk onderscheid tussen toezicht en wetenschappelijke advisering is uiteraard de wettelijke positie en het juridisch instrumentarium van de toezichthouder, in casu de IGZ. Een advies vanuit de IGZ is vanwege deze juridische en bestuurlijke inbedding minder vrijblijvend dan een wetenschappelijk advies. Toch wordt ook in de discussie over de rol en de effectiviteit van toezichthouders veel gerefereerd aan ‘responsiviteit’ – dat wil zeggen: de

¹ Overigens geldt dit ook voor de implementatie van beleid zoals in de beleidswetenschappen keer op keer wordt vastgesteld. Voor een vroege formulering hiervan, zie (Pressman and Wildavsky 1973).

mate waarin toezichthouders erin slagen om aan te sluiten bij de praktijken waarop zij toezicht houden – als voorwaarde voor de effectiviteit van het toezicht (Lonsdale 2008). Deze responsiviteit is nodig omdat oordelen van inspecties ingepast moeten kunnen worden in lokale praktijken van zorgverlening die vaak al hun eigen logica's kennen. Doorwerking van 'responsieve' toezichtvormen blijken in de praktijk dan ook effectiever dan die van 'controleerende' toezichtvormen waarin de aansluiting bij de praktijk minder gestalte krijgt (Hertogh 1997).

De vorm van toezicht heeft zo haar consequenties voor de wijze waarop de toezichthouder zich verhoudt ten opzichte van diegenen waarop wordt toegezien. Juist over die rol van overheidstoezicht, zoals uitgevoerd door de IGZ, bestaat discussie. Een van de aspecten die in deze discussie naar voren komen is de verhouding tussen de IGZ als toezichthouder en het veld. Is de IGZ als toezichthouder puur een controleur van de gezondheidszorgsector of heeft hij ook een bemiddelende of zelfs stimulerende functie? Wat ook de uitkomst van deze vraag is, de roep om verantwoording van toezicht vraagt om beleidsbeslissingen en ook oordelen over toezicht die meer in samenspraak met belanghebbenden moeten plaatsvinden.

Voor het toezicht op de staat van gezondheidszorg in Nederlandse gezondheidszorginstellingen gaat de toezichthouder een relatie aan met verschillende belanghebbenden. In het geval van de IGZ variëren deze partijen van representatieve organisaties (bijv. patiëntenorganisaties, medische koepels, de algemene vertegenwoordiger van gezondheidsdiensten), onder toezicht gestelden (bijv. individuele zorginstellingen en gemeenten), agenderende partijen (bijv. Ministerie van VWS, Tweede Kamer) tot participerende partijen in het toezicht (begeleidingscommissies waarvan het veld ook weer deel uitmaakt). Deze verschillende relaties met belanghebbenden heeft zijn implicaties voor de wijze waarop het toezicht wordt vormgegeven. De wijze waarop de relatie wordt aangegaan kan bepalend zijn voor de uiteindelijke effecten van het toezicht (Lonsdale 2008). De ene belanghebbende kan daarbij meer invloed hebben dan de andere. Zo kan het Ministerie van VWS of ander overheidsorgaan meer (politieke) druk uitoefenen op de precieze agendering van een bepaald thema dan diegene die het toezicht betreft. Aan de andere kant heeft diezelfde overheid wellicht een minder belangrijke rol bij de landing van toezichtresultaten.

De ontvankelijkheid voor de resultaten van onder toezicht gestelden speelt een belangrijke rol bij de effectiviteit van het toezicht. De ene organisatie of zelfs specifieke zorgsector heeft meer interesse in het leren van de uitkomsten van een evaluatie zoals het thematisch toezicht dan een andere, meer terughoudende, organisatie. Het kan voor de effectiviteit van het toezicht daarom van belang zijn dat de vorm van toezicht aansluit bij de behoeften van de onder toezicht gestelden. Een laatste belangrijk aspect in de relatie tussen toezichthouder en belanghebbenden en de mate waarin die laatste invloed kunnen hebben op de evaluatie is de positie van de toezichthouder. Lonsdale (2008) beargumenteert dat het vertrouwen dat in een toezichthouder wordt gesteld mede bepalend is voor zijn positie.

Volgens Lonsdale (2008) zal in de omgang met de relaties tussen de toezichthouder en belanghebbenden gewaakt moeten worden om de balans tussen enerzijds de responsiviteit ten opzichte van belanghebbenden en anderzijds de onafhankelijkheid van de toezichthouder te behouden. De onafhankelijkheid van een toezichthouder zorgt voor geloofwaardigheid en legitimiteit van gehouden evaluaties, de responsiviteit echter is een bepalend onderdeel voor de effectiviteit van de evaluatie. Lonsdale (2008) preciseerd wat onder onafhankelijkheid en responsiviteit verstaan moet worden als volgt:

De onafhankelijkheid duidt op de afstand die de evaluator [toezichthouder] dient te hebben ten opzichte van de belanghebbenden. Dit houdt in dat de toezichthouder immuun moet zijn voor bijvoorbeeld politieke en maatschappelijke druk die invloed zou kunnen hebben op zijn werk. Hierbij kan gedacht worden aan de agendering van een onderwerp, de aanpak en tijdigheid van toezicht. (Lonsdale 2008:

Echter volledige onafhankelijkheid in toezichtonderzoek is niet alleen zeldzaam, maar mogelijk ook onwenselijk.

De responsiviteit van een toezichthouder ten opzichte van zijn werkveld is van belang voor de effectiviteit van het toezicht. Zo zal een toezichthouder zich moeten baseren op informatie uit de praktijk. Het verkrijgen van die informatie gaat vaak op basis van overleg. De responsiviteit van een toezichthouder impliceert dat de toezichthouders handelt op basis van de wensen geuit door het veld. Luisteren naar bijvoorbeeld de behoeften van de belanghebbenden en het overwegen om deze wensen mee te nemen in het ontwerp en de implementatie van toezicht is dan belangrijk. (idem)

Wanneer de mate van responsiviteit van een toezichthouder toeneemt, neemt ook de bemiddelende en stimulerende functie toe ten opzichte van de controlerende functie. Een voordeel hiervan is dat de toezichthouder beter kan aansluiten bij de gezondheidszorgpraktijk. Een mogelijk nadeel is het gevaar van regulatory capture: “de toezichthouder is opgesloten in het systeem waar hij toezicht op heeft, beschouwt zich als een van ‘hen’ en wordt daarmee een soort van verlengstuk van de onder toezicht gestelden” (Mertens 2006). Een responsieve toezichthouder moet dus ook rekening houden met mogelijke perverse effecten van zijn responsieve houding. De geloofwaardigheid zal eerder en makkelijker ter discussie gesteld worden wanneer de lijn tussen toezichthouder en belanghebbende vervaagd. Door expliciet te zijn in de mate van responsiviteit en tijdig de onafhankelijke positie in te nemen en kritisch zaken aan de kaak te stellen kan een toezichthouder het probleem van ‘regulatory capture’ gedeeltelijk ondervangen (WRR 2008; Mertens 2006).

Gedurende een evaluatie of toezichtproces zal en hoeft de balans tussen onafhankelijkheid en responsiviteit van de toezichthouder echter niet altijd hetzelfde te zijn. In het proces van thematisch toezicht zijn er verschillende fasen te onderscheiden zoals de agendering, het projectvoorstel en bepaling van onderzoeksmethode, de uitvoering van het toezicht, de (concept) rapportage en uiteindelijk ook de landing en nazorg van een toezichtproject. In elke fase van het toezichtproces zal de afweging gemaakt moeten worden hoe om te gaan met de balans tussen responsiviteit en onafhankelijkheid. Zo is bijvoorbeeld ten tijde van de agendering van een onderwerp voor thematisch toezicht de mogelijkheid om zelf een programma of onderwerp van toezicht te bepalen een belangrijke karakteristiek voor de bepaling van de mate van onafhankelijkheid van een toezichthouder. Echter, een besef dat discussie met belanghebbenden over de precieze invulling van een onderwerp of thematiek bij kan dragen aan de effectiviteit van het toezicht, en dus de mate van benodigde responsiviteit, is ook een belangrijk aspect van agendering. Ook bij de andere fasen van het thematisch toezicht zoals de keuze van onderzoeksmethodologie zal de toezichthouder bedachtzaam moeten zijn op de balans tussen responsiviteit en onafhankelijkheid en een mogelijk effectiever toezicht.

In de verschillende fasen van het toezichtproject is het eveneens mogelijk een onderscheid te maken in de *vorm* van responsiviteit. Deze kan worden opgesplitst in *procedurele* en *inhoudelijke* responsiviteit. Procedurele responsiviteit bestaat uit responsiviteit ten aanzien van de mogelijkheden van het veld om aan een gewenste situatie te voldoen. Dit kan betrekking hebben op de tijd die het veld nodig heeft om aan een aanwijzing of advies van de toezichthouder te voldoen, of kan betrekking hebben op de capaciteit die benodigd is om een advies op te volgen. Procedurele responsiviteit kan op het niveau van een specifiek thematisch toezicht worden gesteld, maar ook op een meer geaggregeerd niveau. Zorginstellingen zoals ziekenhuizen hebben te maken met een veelvoud aan toezicht en niet alleen vanuit de IGZ. De coördinatie van deze verschillende toezichtprocessen en de integrale verbanden kunnen dan onderwerp van afstemming zijn tussen toezichthouder en belanghebbenden. Inhoudelijke responsiviteit kan gerelateerd worden aan het soort probleem of risico waarop toezicht wordt gehouden, en dus aan de categorisering zoals gepresenteerd in voorgaande paragraaf. Eenvoudige problemen vragen bijvoorbeeld een

lagere mate van responsiviteit, omdat in dit geval er een grote(re) consensus bestaat over de aard van het risico. De kennis over de problematiek en ook de normen waaraan voldaan dient te worden zijn bekend. Het toezicht heeft dan niet een stimulerend doel om deze kennis en normen in de zorgpraktijk toe te passen, maar vooral een toetsend karakter waar, wanneer nodig, maatregelen of sancties kunnen worden opgelegd. Complexe problemen kenmerken zich door het ontbreken van consensus over de interpretatie van de aanwezige kennis. De responsiviteit van de toezichthouder zou zich dan voornamelijk kunnen richten op de middelen die ingezet zouden moeten worden om tot een eenduidig oordeel over de beschikbare wetenschappelijke kennis te komen. Een mogelijkheid zou kunnen zijn om in dit geval 'open normen' in te zetten. Onzekere risico's vereisen een responsiviteit ten opzichte van de normativiteit van de problematiek. De toezichthouder kan een relatie aangaan met belanghebbenden om zo een normenkader te ontwikkelen die door de gemene deler van belanghebbenden en de IGZ gedragen worden. Als laatste is zeker bij ambigue risicoproblemen een hoge mate van responsiviteit nodig. Zowel kennisinhoudelijk als normatief zijn er nog grote onzekerheden met betrekking tot de problematiek. De toezichthouder doet er dan verstandig aan om een relatie aan te gaan met belanghebbenden die niet alleen leidt tot de ontwikkeling van een normenkader, maar ook het verdere onderzoek gericht op feitelijke consensus kan stimuleren. Hoewel nu in bijna alle categorieën sprake is van een bepaalde mate van responsiviteit blijft ook het bewaken van de onafhankelijkheid een groot goed voor de toezichthouder. De responsiviteit ten opzichte van belanghebbenden is voornamelijk in de startfase van een toezichtproject van belang (agendering en normstelling), ook in de bepaling van onderzoeksaanpak zou bij sommige type risicoproblemen nog aan enige responsiviteit gedacht kunnen worden. Echter in de fase van het daadwerkelijk onderzoek en rapporteren is het belangrijk dat de toezichthouder tijdig zijn onafhankelijke positie inneemt. Desalniettemin is ook hier enige vorm van responsiviteit mogelijk. Conceptrapportages kunnen bijvoorbeeld ter inzage en ter correctie van feitelijke onjuistheden aan belanghebbenden worden getoond. De uiteindelijke conclusies en aanbevelingen zullen echter gedragen moeten worden door de IGZ als toezichthouder en handhaver van verantwoorde zorg.

Meer nog dan in het incidenten toezicht en anders dan in het kader van het gefaseerd toezicht lijkt het thematisch toezicht een sterke betrokkenheid bij en van het te onderzoeken veld te veronderstellen ten einde de effectiviteit van het toezicht te verhogen. Het thematisch toezicht past in dit verband in het denken over de 'lerende overheid' (WRR 2006) doordat het als een vorm van onderzoek probeert te achterhalen hoe zorgpraktijken op een specifiek onderwerp zijn ingericht en hierbij aansluitend regulerend op te treden. De mate waarin 'leren' hierin dan aan de orde is, evenals de relatie tussen dit leren en de wijze waarop het thematisch toezicht in de praktijk is vormgegeven, is vervolgens een empirische vraag. In de hierop volgende paragraaf zal verder worden ingegaan op het verband tussen leren, de vormgeving van het toezichtproces en uiteindelijke 'effectiviteit' van toezicht.

2.4 Leren

In de categorisering van risicoproblemen naar eenvoudige, complexe, onzekere en ambigue risico's zit ook een aanname verborgen over de wijze waarop met deze risico's moet worden omgesprongen. Bij simpele en tot op zekere hoogte bij complexe problemen kan dit leren de vorm krijgen van '1^{ste} orde' leren. Hiermee wordt bedoeld dat in deze gevallen onder toezicht gestelden moeten leren hoe ze een specifiek probleem oplossen. Bij onzekere en ambigue risicoproblemen volstaat 1^{ste} orde leren niet en dient 2^{de} orde leren te worden nagestreefd. Dat wil zeggen dat in die gevallen vormen van leren moeten plaatshebben die ook wel aan te duiden zijn als 'systeempleren'. Hiermee wordt niet alleen het lerend vermogen van bijvoorbeeld de overheid bedoeld om tijdig risico's te signaleren, maar ook het zelfregulerend vermogen van de risico veroorzaker of onder toezicht gestelden (Helderman en Honingh 2009).

In het WRR rapport *De lerende overheid* wordt het belang van leren benadrukt omdat dit de meest passende aanpak zou zijn die ongetemde (of ambigue) problemen het hoofd kan bieden (WRR, 2006).

De term 'leren' [bedoeld wordt 2^{de} orde leren] onderstreept dat de probleempceptie en de cognitieve en normatieve oriëntaties bijstelling ondervinden, gericht op het inhoudelijk verbeteren van beleid. Het begrip 'leren' verdient de voorkeur boven (bijvoorbeeld) 'veranderen' of 'aanpassen'. 'Leren' heeft hierbij zowel betrekking op het beter leren zien en waarderen van wat zich reeds afspeelt als op het leren onderkennen van nieuwe mogelijkheden voor gedrag en organisatie. Het gaat daarbij dus niet om overdracht van inzichten van een autoriteit – een leraar – naar een nog onwetende leerling, maar om het gezamenlijk opdoen van ervaring, kennis en normatief inzicht die licht kunnen werpen op de 'ongetemde' problematiek en om het kritisch beoordelen daarvan. (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid 2006)

Eerste orde leren is vooral van toepassing wanneer op basis van het eigen arsenaal aan kennis en ervaring fouten worden hersteld. Tweede orde leren is daarnaast gericht op de onderliggende assumpties, doelen en normen van handelingen, gericht op de vraag: doen we eigenlijk wel het goede? "Tweede orde leren betreft het reflecteren in het handelen zelf door een interactief proces van vragen stellen, uitproberen, al handelend reflecteren en bijsturen" (Boonstra 2000). Leren is daarmee een proces van het opsporen en corrigeren van fouten; een proces waarin organisaties handelingscompetent trachten te worden door te reflecteren op huidige en eerder behaalde prestaties (Argyris en Schön 1978).

Naast het eerste en tweede orde leren benoemt Boonstra (2000) ook 3^{de} orde leren. Derde orde leren betreft "reflecties op het eigen denken, handelen en leren, en op de achterliggende assumpties die hieraan ten grondslag liggen: de wijze waarop je gebeurtenissen observeert en interpreteert, waarop je problemen definieert, waarop je analyseert en conceptualiseert, waarop je acteert en interacteert. Het gaat om het herkennen van en opnieuw doordenken van eigen assumpties en handelingspatronen" (Boonstra 2000). Argyris en Schön daarentegen (1978) zien derde orde leren vooral als 'leren leren', ofwel: welke vorm van leren heb je nodig in welke situatie, wat ook wel als 'deutero leren' wordt aangeduid (Argyris en Schön 1978). Hall (1993) heeft het over derde orde leren als systeemleren wanneer er grote veranderingen komen in de wijze waarop het systeem is ingericht. Van belang is dat toezicht zich niet alleen richt op het corrigeren van fouten in de zorg en bestrijden van risico's, maar ook op hoe zorgaanbieders en toezichthouder elkaar kunnen stimuleren tot het systematisch blijven leren door kritische reflectie op het eigen handelen ten aanzien van het verbeteren en borgen van kwaliteit van zorg.

Vertaald naar het toezicht kan 1^e orde leren worden gedefinieerd als het steeds beter leren beheersen van bekende en calculeerbare risico's verbonden aan het proces en de levering van een product of dienst, 2^e orde leren binnen het toezicht is dan gericht op het identificeren van nog onbekende risico's en het ontwikkelen van een daarbij passend normenkader. (Helderman en Honingh 2009)

Daaraan kunnen we dan toevoegen dat 3^e orde leren betrekking heeft op de onderliggende institutionele verhoudingen die maken dat bepaalde risico's zich (blijven) voordoen. Net als responsiviteit kunnen ook de verschillende ordes van leren dus gekoppeld worden aan de categorisering van risico's. Waar Argyris en Schön (1978) het hebben over deutero leren heeft dit dus mede betrekking op de zoektocht naar de aard van het risico dat aan de orde is.

2.5 Responsiviteit en leren en een effectief thematisch toezicht

Het thematisch toezicht biedt de mogelijkheid om het leren in het toezicht op en het veld van de gezondheidszorg te bevorderen, gericht op verschillende typen risicoproblemen. Door het categoriseren van problemen naar de aard van risico's biedt thematisch toezicht de mogelijkheid om zowel adviserende als handhavende benaderingen in zich te verenigen (De Bont et al. 2009). Daarmee gaat het thematisch toezicht in tegen de trend van versmalling in

de richting van controle of toetsing (het zo snel mogelijk tot eenvoudige probleemdefiniëringen komen) en richt zich op de mogelijkheid om daadwerkelijk te leren van opgedane ervaringen voor zowel de IGZ als onder toezicht gestelden. Een belangrijke aanname binnen dit onderzoek is dat voor (beleids)leren ook een zekere mate van responsiviteit nodig is. Omdat de probleemgerichte aanpak centraal staat in het thematisch toezicht wordt de IGZ in staat gesteld om interacties aan te gaan met het veld opdat deze leren van het toezicht. Thematisch toezicht heeft inherent een responsief karakter in zich en hierdoor ook de potentie tot (beleids)leren. In het vervolg van dit rapport kijken we empirisch of en op welke manier dit inderdaad het geval is. We laten ons daarbij leiden door de volgende vragen:

Centrale vraagstelling

Wat is het effect (inclusief eventuele neveneffecten) van het thematisch toezicht op het beleid van zorginstellingen en het gedrag van zorgprofessionals en wat is de bijdrage hieraan van het proces van uitvoering van het thematisch toezicht?

De centrale vraagstelling van het onderzoek valt uiteen in een aantal deelvragen:

- 1) Op welke wijze wordt de agendering van het thematisch onderzoek bepaald; hoe worden te agenderen problemen gedefinieerd en wat is de rol van het veld hierin?
- 2) Op welke wijze wordt het (risico)probleem dat centraal staat in het thematisch toezicht gedefinieerd gedurende het gehele proces van het thematisch toezicht; van agendering van problemen tot de nazorg met betrekking tot het rapport en tot effecten op het beleid van instellingen, professionals en andere betrokkenen?
- 3) Hoe wordt vormgegeven aan de balans tussen responsiviteit en onafhankelijkheid ten opzichte van de belanghebbenden gedurende het thematisch toezicht?
- 4) Op welke wijze wordt gedurende het thematisch toezicht rekening gehouden met de verschillende vormen van leren en het genereren van toezichteffecten bij de belanghebbenden?
- 5) Welke effecten hebben rapporten op het handelen van zorgprofessionals en instellingen?

Beoogt wordt aldus het gehele proces van het thematisch toezicht – van agendering van problemen tot de nazorg met betrekking tot het rapport en tot effecten op het beleid van instellingen, professionals en andere betrokkenen – te analyseren. In het volgende hoofdstuk bespreken we eerst de methoden van onderzoek die we hebben gehanteerd.

3 Onderzoeksmethoden

Gezien het verkennende karakter van dit onderzoek is gekozen voor een kwalitatief onderzoek waarin het gehele proces rond het thematisch toezicht is geanalyseerd. De keuze is gevallen op onderzoek aan de hand van case studies die illustratief zijn voor de wijze waarop thematisch toezicht wordt uitgevoerd door de IGZ en ervaren door de belanghebbenden. Een casus is gedefinieerd als een verschenen rapport over een thematisch toezichtstraject, inclusief de eventuele follow-up daarvan in vervolgrapporten. Voor elke case studie wordt door middel van interviews en documentenanalyse inzicht verkregen in de processen die een rol spelen in de effectiviteit van het thematisch toezicht. Speciale aandacht krijgt de wijze waarop interacties met het veld in het proces van thematisch toezicht zijn vormgegeven.

3.1 Case studies

In overleg met de inspectie zijn zes casus geselecteerd met een relevante verdeling over de negen IGZ-programma's. De casusselectie heeft plaatsgevonden op basis van gesprekken met programmaleiders en hoofdinspecteurs. De uiteindelijke selectie van zes case studies is gebaseerd op onderstaande criteria:

- Een spreiding over de negen programma's;
- Een verdeling van casus naar evident succesvolle en minder succesvolle voorbeelden van thematisch toezicht.
- Een afbakening van de onderzoeksperiode van december 2005 tot december 2008

Doordat op basis van capaciteit en meerwaarde voor het onderzoek een zestal case studies konden worden uitgevoerd is niet uit elk programma een thematisch toezicht rapport geselecteerd. Toch is een zo gelijkmatige spreiding in de selectie gewaarborgd door het voorkomen van doublures binnen een programma en een vertegenwoordiging van elk van de vier domeinen van inspectie (Curatieve gezondheidszorg, Verpleging en Chronische Zorg, Volksgezondheid, en het domein Geneesmiddelen en Medische technologie (voorheen twee domeinen)). De volgende casus zijn onderzocht:

Casus / rapport	Programma	Domein
Vrijwel alle gemeenten hebben een nota lokaal gezondheidsbeleid vastgesteld (december 2007)	Gezondheidsbevordering	Volksgezondheid
Kwaliteit huisartsenposten verbeterd sinds 2003 (december 2006)	Eerstelijnsgezondheidszorg	Curatieve gezondheidszorg
Pre-operatieve traject ontbeert multidisciplinaire en gestandaardiseerde aanpak en teamvorming (februari 2007)	Specialistische somatische zorg	Curatieve gezondheidszorg
Verpleeghuiszorg op de goede weg (mei 2008)	Ouderenzorg	Verpleging en Chronische Zorg
Voorkomen van separatie van psychiatrische patiënten vereist versterking van patiëntgerichte zorg (december 2008)	Geestelijke gezondheidszorg	Curatieve gezondheidszorg
Kwaliteitsborging van medische apparatuur in ziekenhuizen: nog steeds onderschat (december 2005)	Medische Technologie	Geneesmiddelen en Medische Technologie

Voor de selectie van casus is het daarnaast van belang dat er een zekere spreiding is van evident succesvolle en minder succesvolle trajecten. De verdeling van de casus naar evident succesvolle en minder succesvolle voorbeelden van thematisch toezicht is gebaseerd op het scoren van de thematische toezichten uit de periode december 2005-december 2008 naar de mate van ervaren succes in effectiviteit (succesvol, matig succesvol en niet succesvol) door de IGZ hoofdinspecteurs. Succes is daarbij gedefinieerd als de mate waarin de aanbevelingen en maatregelen die zijn geformuleerd in het thematisch toezichtrapport, naar het inzicht van de inspectie, zijn opgevolgd door de instellingen (het beleid van de instelling of het bedrijf), de professionals (het handelen), en of de rijks- of lagere overheid (het beleid). Succes wordt bij de casusselectie los gezien van de mate van succes van het intern proces (van agendavorming tot publicatie van het rapport) behorende bij het thematisch toezicht.

Een derde criterium betrof de afbakening van de selectie naar de periode december 2005-december 2008 op basis van de publicatiedatum van het thematisch toezicht rapport. Reden hiervoor is in de eerste plaats dat gebeurtenissen van langer geleden vaak in interviews lastiger te achterhalen zijn (de betreffende personen zijn weg of kunnen zich het niet meer precies herinneren) terwijl vooral voor wat betreft het in kaart brengen van de effecten niet altijd schriftelijke documentatie zal bestaan. Hiervoor dienen de casus dus niet te lang geleden te hebben plaatsgehad. Daartegenover moet er ook een zekere periode (van in dit geval minimaal een jaar) zijn verstreken na uitkomen van het rapport, om enige effecten op het handelen van zorginstellingen en professionals te kunnen vaststellen. In de tweede plaats is juist in de afgelopen jaren een verschuiving te constateren in de positionering van de inspectie (Ngo et al. 2008); dat geldt zowel de inspectie in zijn algemeenheid als het thematisch toezicht. Zoals eerder aangegeven wil dit onderzoek zo nauw mogelijk aansluiten bij de *huidige* praktijk en kunnen langere termijnvragen in eventueel vervolgonderzoek aan de orde komen.

Per case studie is een aantal semigestructureerde interviews gehouden. Dit aantal varieerde van 6 tot 21, afhankelijk van de complexiteit van de casus (dat wil zeggen: het aantal betrokken partijen) en de snelheid waarmee 'saturatie' in de interviews werd bereikt. Respondenten vanuit de IGZ betroffen Hoofdinspecteurs, programmaleiders, projectleiders en indien mogelijk een lid van de betreffende projectgroep. Respondenten uit het 'veld' zijn vertegenwoordigd door de zorginstellingen waarop het thematisch onderzoek betrekking had (zowel vanuit het instellingsmanagement als vanuit betrokken professionals), evenals andere belanghebbenden zoals het Ministerie van VWS, beroeps- en brancheverenigingen en patiëntenorganisaties voor zover deze relevant zijn voor de totstandkoming van dan wel de reactie op het betreffende onderzoek. In de interviews is vooral gevraagd naar concrete ervaringen van de respondenten met het betreffende thematisch toezicht om op die manier inzicht te krijgen hoe vanuit verschillende actoren het proces van dit toezicht is ervaren en op welke wijze met de resultaten ervan is omgegaan. In de interviews is dus niet direct ingegaan op theoretische termen als responsiviteit, typen risico of leren maar is geprobeerd zo dicht mogelijk aan te sluiten op concrete gebeurtenissen en ervaringen. De interviews zijn vervolgens integraal getranscribeerd en vervolgens geanalyseerd op basis van de thema's zoals gedefinieerd in het theoretisch kader (probleemsituering, responsiviteit en onafhankelijkheid, en leren). Daarbij is een iteratief proces gehanteerd: nieuwe thema's die opkwamen in de analyse zijn steeds weer gecheckt in de interviews. Waar nodig zijn nog aanvullende interviews gehouden om 'gaten' in de analyse te vullen.

Het thematisch toezicht traject is daarbij verdeeld in verschillende fasen, waarbij grofweg de driedeling agendering, het proces van thematisch toezicht en de rapportage, landing en nazorg is gehanteerd. De keuze om per fase in het thematisch toezicht traject de verschillende aspecten van effectief toezicht te analyseren is gebaseerd op de aanname dat gedurende een thematisch toezicht traject de rol van de toezichthouder en onder toezicht

staanden veranderd. Naast de gesprekken met belanghebbenden in een thematisch toezicht traject zijn ook per case studie de relevante documenten bestudeerd. Deze betreffen in ieder geval het archief van het betreffende onderzoek (voor zover aanwezig), het rapport zelf en de eventuele follow-up rapporten, eventuele relevante overheidsdocumenten, berichtgeving in de (algemene en professionele) media, evenals beleidsstukken van instellingen waarop het thematisch onderzoek betrekking had (waar mogelijk dezelfde als waar interviews worden gehouden).

3.2 Thematisch toezicht; doel en (leer)effecten in algemene zin

Naast de onderzoeksactiviteiten in het kader van de case studies zijn ook in meer algemene zin de rol en de werking van het thematisch toezicht onderzocht. Hiertoe is documentatie van de IGZ bestudeerd (bijvoorbeeld de Procesbeschrijving Richtlijn TT-proces) en zijn middels interviews relevante kernspelers zoals de huidige Inspecteur-generaal alsook een oud Inspecteur-generaal gesproken. Daarnaast is in de semigestructureerde interviews betreffende de zes case studies waar mogelijk en relevant ook ruimte gemaakt voor het bespreken van de thematiek thematisch toezicht in zijn algemeenheid. In totaal heeft het onderzoeksteam voor het onderzoek naar de effectiviteit van thematisch toezicht 73 respondenten gesproken.

Uiteraard is het niet zo dat rapporten uit het thematisch toezicht in een sociaal vacuüm worden geproduceerd. De relatie tussen het thematisch toezicht en de sociale context waarin dit plaatsheeft is dan ook van groot belang voor de duiding van de effectiviteit van het toezicht. Met name de rol van de politiek (Tweede Kamer, Ministerie van VWS), de media, alsmede het 'maatschappelijk middenveld' in de zorg (branche-organisaties, beroepsvereniging, patiëntenorganisaties) zijn hier van belang, hetgeen ondermeer blijkt uit international vergelijkend onderzoek naar het toezicht (Ngo et al. 2008). Inzet van het huidige onderzoek is echter niet om in brede zin de (historische) verschuiving van de positionering van de inspectie te analyseren. Dit is een vraag die in eventueel vervolgonderzoek aan de orde kan komen. Wel wordt in dit onderzoek als onderdeel van de beoordeling van de effectiviteit van het thematisch toezicht gekeken naar de rol die overige actoren hierin spelen.

3.3 Vervolg rapport

In het vervolg van dit rapport vindt u allereerst de analyse van de onderzoeksbevindingen ten aanzien van de probleemsituering (hoofdstuk 4), de balans tussen responsiviteit en onafhankelijkheid (hoofdstuk 5) en de mate van focus op het genereren van leereffecten in het veld (hoofdstuk 6). De analyse van de zes case studies aan de hand van deze drie thema's biedt inzicht in het werkproces en de effectiviteit van het thematisch toezicht in hun onderlinge samenhang. De presentatie van de analyse van het empirisch materiaal kan op verschillende wijzen plaatshebben. Wij hebben ervoor gekozen om de verschillende hoofdstukken steeds te structureren aan de hand van steeds twee casus. In hoofdstuk 4 (probleemsituering) zijn dit de casus preoperatief proces en separatie; in hoofdstuk 5 (responsiviteit en onafhankelijkheid) de casus huisartsenposten en gemeentelijk gezondheidsbeleid en hoofdstuk 6 (leren als effect) de casus verpleeghuizen en medische technologie. Het voordeel van een dergelijke presentatie is dat de relevante details in het verloop van de casus en de daarin optredende verschuivingen in probleemsituering en responsiviteit en onafhankelijkheid beschreven kunnen worden. De keuze voor de koppeling tussen specifieke casus en het thema van het betreffende hoofdstuk is daarbij overigens redelijk arbitrair: de geschetste processen hadden ook aan de hand van elk van de andere casus kunnen worden beschreven. Dat neemt niet weg dat in sommige casus sommige processen meer aan de oppervlakte liggen en dat in die zin de keuze voor de casus ook bewust is gemaakt.

Na de analytische hoofdstukken 4-6 volgt in hoofdstuk 7 een discussie ten aanzien van de overall bevindingen waarbij aandacht wordt besteed aan de onderzoeksbevindingen ten aanzien van de rol en de werking van het thematisch toezicht in algemene zin. In hoofdstuk 8 worden ten slotte de conclusies van het onderzoek geformuleerd.

4 Probleemsituering

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk analyseren wij hoe een probleem zich kan ontwikkelen in de aanloop naar en gedurende het thematisch toezicht, welke belanghebbenden er bij betrokken zijn en wat de invloed van de inspectie is op het probleem. De definitie van problemen in het thematisch toezicht is mede afhankelijk van de zekerheden en onzekerheden die er zijn ten aanzien van deze risico's, de openheid of geslotenheid van getoetste normen en de ruimte die de inspectie heeft in de agendering van het probleem. Deze problematiek valt goed te illustreren aan de hand van de casus over de intensive care.

'Vandaag ontplofte een bom in de wereld van de kleine ziekenhuizen', zo begon presentator Twan Huys op 12 december 2008 de uitzending van Nova. 'Op last van de inspectie voor de gezondheidszorg moesten vanochtend 10 ziekenhuizen hun intensive care sluiten, maar vanavond bleven er van de 10 nog maar 1 ziekenhuis over. De bom lijkt nu een losse flodder'. 'Heeft de inspectie slappe knieën?' vroeg de presentator aan de Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg Van der Wal. Die vraag was ingegeven door de verdamping van de lijst van 10 intensive care level 1 afdelingen die niet aan de normen voor verantwoorde zorg voldeden. Binnen 48 uur stond er nog maar 1 intensive care afdeling op de lijst. De inspectie was volgens de Inspecteur-generaal fors onder druk gezet door individuele ziekenhuizen en door beroepsorganisaties om de intensive care afdelingen niet te sluiten en ook de namen van de ziekenhuizen niet openbaar te maken. De presentator van Nova nam het woord chantage in de mond, de Inspecteur-generaal daarentegen sprak over debat en onderhandelingen.

Aanleiding van de uitzending van Nova was de publicatie van het thematisch toezichtrapport 'IC-afdelingen van niveau 1, op weg naar verantwoorde zorg'. Dit thematisch toezicht uit 2008 was bedoeld om een overzicht te krijgen van de kwaliteit van de geleverde zorg op IC's van niveau 1 en te verifiëren of in deze ziekenhuizen ten minste aan de essentiële voorwaarden voor verantwoorde zorg voor IC's met niveau 1 werd voldaan. Om die essentiële voorwaarden te toetsen maakte de inspectie gebruik van de richtlijn die in 2006 was vastgesteld door de betrokken beroepsverenigingen en koepels voor het leveren van verantwoorde IC-zorg. De richtlijn was een belangrijk onderdeel van het toetsingskader van het thematisch toezicht. Op basis van een schriftelijke vragenlijst als onderdeel van het thematisch toezicht, bleek dat vrijwel geen enkel ziekenhuis voldeed aan de essentiële voorwaarden voor verantwoorde zorg.

Voor de beroepsverenigingen en de ziekenhuizen had de IC-richtlijn uit 2006 echter voornamelijk het karakter van een streefnorm. Deze streefnorm zou over een periode van 5 jaar geleidelijk in de praktijk worden vertaald en ingevoerd (Van Everdingen e.a. 2009). De inspectie had echter een andere visie op de IC-richtlijn. De inspectie zag op basis van het thematisch toezicht een risico voor de patiëntveiligheid op de intensive care afdelingen level 1, indien de richtlijn de status van streefnorm behield en de richtlijn pas in 2011 geïmplementeerd hoefde te zijn. De inspectie formuleerde daarop 4 basale minimumnormen waaraan iedere intensive care level 1 diende te voldoen en ging daarop handhaven.

Kern van de discussie tussen de beroepsverenigingen en de inspectie was de status die de IC-norm had. De inspectie zou de streefnorm gebruiken als minimumnorm voor haar toezicht en onvoldoende oog hebben gehad voor de consensus van inhoudelijk deskundigen over onderwerpen waarover recente literatuur nog geen volledige duidelijkheid heeft verschaft (Van Everdingen e.a. 2009). De inspectie stelde echter dat deze basale minimumnormen

voortkwamen uit de richtlijn van 2006 en uit de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Over deze normen was volgens de inspectie nooit een punt van discussie geweest tussen de betrokkenen en alle betrokkenen erkenden de vanzelfsprekendheid daarvan (Schellekens en Van der Wal 2009). De beroepsgroepen betwisten echter of de richtlijn wel gebruik kon worden als een bron voor de vaststelling van minimale normen, omdat dit zou leiden tot een te sterke reductie van het probleem (vgl. Zuiderent-Jerak et al. 2010).

De manier waarop een probleem gedefinieerd wordt is van cruciaal belang voor de methoden die de toezichthouder kan inzetten en de interacties die hij met andere partijen kan aangaan. De casus van de IC laat zien dat de aard van de risico's en de daarmee samenhangende normen echter niet vooraf vast staan maar vorm krijgen gedurende het thematisch toezicht. In dit proces heeft bovendien de Inspectie geen volledige vrijheid, maar is hij afhankelijk van hoe andere partijen hiermee omgaan; naast het 'veld' gaat het dan ook om bijvoorbeeld de media en de politiek. In dit hoofdstuk gaan we daarom in op de wijze waarop in de door ons onderzochte casus dit proces van probleemsituering is verlopen: hoe en op welke wijze wordt vorm gegeven aan de risicoproblemen waar het thematisch toezicht zich op richt en wie spelen er in dit proces een rol? Om inzicht te verkrijgen op de probleemsituering staan 3 vragen centraal:

- Hoe wordt gedurende de doorloop van de case het probleem gedefinieerd?
- Door wie wordt het probleem vorm gegeven?
- Wat is de ruimte van de inspectie in dit proces en hoe verloopt de afstemming over de probleemdefinitie?

Om de probleemsituering te illustreren, wordt gebruikt gemaakt van twee casus uit het onderzoek. De eerste case is het thematisch toezicht uit 2006 'Kwaliteit huisartsenposten verbeterd sinds 2003'. Dit rapport is een follow-up rapport. Omdat dit rapport verbonden is met het rapport over telefonische bereikbaarheid en het initiële rapport over de huisartsenposten, worden die twee rapporten daar waar het van toepassing is ook meegenomen in dit onderzoek. De tweede case is het thematisch toezichtrapport 'Voorkomen van separatie van psychiatrische patiënten vereist versterking van patiëntgerichte zorg' (IGZ 2008). Aan de hand van de drie leidende vragen worden deze casus hieronder in de verschillende fasen van het thematisch toezicht geanalyseerd; achtereenvolgens de agendering, het onderzoek en de publicatie en nazorg.

4.2 Probleemsituering in de fase van agendering

Eind jaren negentig ontstonden op beweging van de huisartsen de eerste initiatieven van huisartsenposten (HAP's) en huisartsendienstenstructuren (HDS'en) als oplossing voor het relatieve tekort aan en de hoge werkdruk van huisartsen. Het ministerie van VWS en de zorgverzekeraars stimuleerden deze ontwikkeling om het capaciteitsprobleem in de huisartsenzorg op te vangen en de zorg betaalbaar te houden. De ontwikkeling van de huisartsenposten werd een soort panacee voor VWS en de zorgverzekeraars voor het betaalbaar houden van de zorg, het transparanter maken van de kwaliteit van de huisartsenzorg in de avond, nacht en weekenden en voor het oplossen van het capaciteitsprobleem.

Wat de huisartsenposten daadwerkelijk zouden betekenen voor de kwaliteit van de zorg was echter nog onbekend. Dat kwam omdat het een volledig nieuwe organisatievorm was waarvoor afspraken over verantwoorde zorg en toegankelijkheid ontbraken of in ontwikkeling waren. Ondertussen ontstonden er steeds meer huisartsenposten en dienden zich risico's aan in de huisartsenzorg in de avond, nacht en weekenden.

In 1999 waren er nog maar enkele huisartsenposten in Nederland maar het aantal nam snel toe tot ongeveer 100 huisartsenposten in 2002. Dat zijn dus 100 nieuwe instellingen in de gezondheidszorg in

3 jaar tijd. Vanwege het ontbreken van landelijke normen bracht dit de nodige risico's met zich mee. (projectleider, inspectie voor de gezondheidszorg)

In 2002 besloot de inspectie om een onderzoek te verrichten naar de toegankelijkheid en de kwaliteit van de geleverde zorg bij HDS'en (IGZ 2004). De inspectie agendeerde het onderwerp en er was overleg tussen de inspectie en de koepel (de HDS afdeling van de Landelijke Huisartsenvereniging, later de Vereniging Huisartsenposten Nederland).

En we wisten heel veel niet van de huisartsenposten hoe het werkelijk toeging. Dus een heel concrete vraag was er niet, het was een grote onbekende waarvan we meer wilde weten. Het initiatief was van de IGZ. (senior beleidsmedewerker koepel huisartsenposten)

De definiëring van het probleem geschiedde in eerste instantie binnen de inspectie door een werkgroep van zes inspecteurs (waaronder een methodoloog). Op basis van klachtbrieven onder andere van gemeenten en signalen uit de media heeft de werkgroep na een brainstorm de eerste definitie van het probleem bepaald. Daarna overlegde de inspectie met de HDS-afdeling van de LHV en de directeuren van alle bestaande huisartsenposten. Dit leidde tot een aanpassing van de probleemdefinitie (projectleider thematisch toezicht huisartsenposten). In het eerste onderzoek wilde de inspectie een antwoord geven op twee vragen. In welke mate voldoet de door de huisartsenposten geleverde zorg in avond, nacht en weekend aan de eisen voor verantwoorde zorg? En hoe staat het met de toegankelijkheid van de HAP's in Nederland.

De media, de politiek en patiëntenorganisaties waren van invloed op de agendering. Deze actoren percipieerden eenvoudige risico's die ook als zodanig in de media naar buiten werden gebracht. De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) wilde dat de inspectie onderzoek zou doen naar de toegankelijkheidsproblemen bij de huisartsenposten. Ook de Stichting Ombudsman kwam in 2003 met een rapport met een verzameling klachten over HAP's. De daarin gesignaleerde toegankelijkheidsproblemen leidde tot maatschappelijke onrust (IGZ 2004). Ook in de Tweede kamer zijn in 2002 en 2003 vragen gesteld over de algemene bereikbaarheid, spreiding en kwaliteit van de HAP's in Nederland en over de bereikbaarheidscriteria van huisartsenzorg in avond-, nacht- en weekenddiensten. In Zuid-Limburg zou volgens PvdA-kamerlid mevrouw Arib de huisartsenposten "paracetamolbrigades" worden genoemd. Daarmee refereerde zij aan medisch onverantwoord advies van de huisartsenposten (vragenuur van de Tweede Kamer op 28 oktober 2003). De IGZ erkende de problematiek maar het was de vraag of de risico's in de huisartsenzorg buiten kantooruren toe waren genomen met de ontwikkeling van de huisartsenposten. De perceptie van de inspectie op de problematiek was complexer. De inspectie zag dat de LHV met andere belanghebbenden afspraken aan het ontwikkelen was en wilde de huisartsenposten de kans geven om zich te ontwikkelen. Omdat er afspraken ontbraken en er landelijk niets bekend was over de huisartsenposten signaleerde de inspectie complexe en onzekere risicoproblemen die getemd konden worden doordat stakeholders afspraken aan het ontwikkelen waren.

In dit eerste onderzoek gaf de inspectie aan dat er een follow up zou komen naar de telefonische bereikbaarheid van de huisartsenposten en een follow up specifiek naar de voorwaarden voor verantwoorde zorg. Daarmee waren de vervolgonderzoeken geagendeerd en werd tegemoet gekomen aan de maatschappelijk geagendeerde problemen van bereikbaarheid en kwaliteit. Op basis van de discussie in de media en de Kamer werd daar een deelonderwerp aan toegevoegd, namelijk het gebruik door sommige huisartsenposten van een 0900-nummer. De inspectie zag risico's die dit met zich meebrengt zoals een barrière in verband met de gesprekskosten en de blokkering van deze nummers bij sommige bellers (projectleider huisartsenposten). Het doel van het thematisch toezicht naar de telefonische bereikbaarheid was het objectief bepalen van de telefonische bereikbaarheid en het bijdragen in een verbetering hiervan. Het derde thematisch toezicht

'Kwaliteit huisartsenposten verbeterd sinds 2003' was een follow up op de eerste twee thematische toezichten en had het doel te onderzoeken of de huisartsenposten inmiddels voldeden aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg.

Bij het eerste thematisch toezicht naar de huisartsenposten had de inspectie de ruimte om ondanks alle signalen, het thematisch toezicht niet direct te starten. Daar had zij een aantal redenen voor. Ten eerste schatte de inspectie in dat de risico's niet groter hoefde te zijn dan in de situatie van voor het ontstaan van de huisartsenposten. De inspectie had slechts een klein aantal meldingen ontvangen over calamiteiten met ernstige afloop (IGZ 2004). Daarmee had de inspectie een andere visie op de gesignaleerde risicoproblemen dan patiëntenorganisaties, de media en de Tweede Kamer. Ten tweede was de beroepsgroep (nog) bezig een koepel op te richten en kwaliteitseisen te formuleren zoals de Kritische Kwaliteits Kenmerken (KKK's). Dergelijke afspraken zou de inspectie kunnen gebruiken in haar toezicht. De inspectie had nu weinig mogelijkheden om te handhaven naar aanleiding van de signalen in de media en de Tweede Kamer. Eenvoudige risicoproblemen kunnen worden gehandhaafd als er consensus is over de risico's en over de aanpak daarvan. De problemen die in de media en door de Tweede Kamer werden aangegeven als ogenschijnlijk eenvoudig, zag de inspectie als complex, onzeker of zelfs ambigu. De inspectie realiseerde zich dat de risico's geïnventariseerd moesten worden maar ook dat een beweging gaande was om voor sommige risico's afspraken te maken om die risico's te reduceren. Daarbij begreep de inspectie dat dit een proces is dat tijd kost. Vervolgens heeft het veld de tijd nodig om de afspraken te implementeren. De inspectie zag in dat indien zij te vroeg het thematisch toezicht zou beginnen, het proces van het maken van afspraken nog niet ver genoeg gevorderd zijn. De projectleider van het thematisch toezicht naar de HAP's daarover:

Het was nog een kasplantje. Het nieuwe en goede initiatief moest wel een kans krijgen en niet direct door repressief toezichtgeweld de nek worden omgedraaid. Als wij op dat moment daar onderzoek naar hadden gedaan, dan hadden we waarschijnlijk geconstateerd dat er onvoldoende afspraken waren om de kwaliteit van zorg te garanderen. Toen het eerste thematisch toezicht begon in 2003 waren de huisartsenposten jong volwassen. Met het thematisch toezicht konden we onderzoeken of de geluiden uit de maatschappij terecht waren of niet. Ook konden we de huisartsenposten onze bevindingen van het thematisch toezicht aangeven, waar ze hun voordeel mee konden doen qua ontwikkeling en implementatie van nieuwe normen.

De ruimte van de inspectie in de case van de huisartsenposten werd in deze fase, ondanks de druk van patiënten, media en Tweede Kamer, met name bepaald door de risicoanalyse van de inspectie. Bepalend daarin was de mate van normontwikkeling die gaande was om de risico's te reduceren. Ten behoeve van de normontwikkeling werden afspraken gemaakt tussen de LHV, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de NPCF. Deze normen werden kritische kwaliteitskenmerken (KKK's) genoemd. Ook de inspectie was betrokken bij die ontwikkeling.

Separatie

Op de GGZ is de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) van toepassing waarbij het thema 'dwang' in brede zin is aangemerkt als een traditionele onderwerpkeuze voor de inspectie, maar ook een politiek gevoelig onderwerp.

De overheid voelt zich al van oudsher extra verantwoordelijk voor die patiënten die in hun rechten sowieso aangetast zijn. Er is niet voor niets specifieke wetgeving, de huidige wet Bopz, voor psychiatrische ziekenhuizen. (programmameidster GGZ, IGZ)

In de agendering van separatie heeft IGZ gefocust op de complexiteit van de problematiek. Er was op dat moment vooral bekend dat Nederland afwijkt in beleid ten opzichte van omliggende landen en dat de registratie vanuit de Wet Bopz wisselende beelden gaf vanuit

de praktijk. Aangezien Nederlandse GGZ-instellingen veel meer separeren dan de instellingen in omliggende landen was een van de uitgangspunten dat ook binnen Nederland het aantal separaties moest verminderen. Het was echter onbekend waarom er in Nederland veel meer gesepareerd werd dan in de omliggende landen. Over het risico van onnodig separeren was men het echter wel eens. Separeren moest niet worden beschouwd als een therapie en draagt daardoor dus niet bij aan het herstel van een cliënt. Mogelijk zou separatie de cliënt zelfs schade toebrengen.

De probleemdefinitie voor het thematisch toezicht was er aanvankelijk op gericht om meer inzicht te krijgen in separaties. Wat zijn de precieze aantallen en hoe kunnen die worden teruggedrongen? Het probleem is hiermee eenvoudig omdat geredeneerd lijkt te worden dat door het oplossen van het ontbreken van gegevens ook de separatiepraktijk in kaart gebracht kan worden en daardoor ook aangepakt. Deze probleemdefinitie bleek echter vanwege een aantal redenen al snel te enkelvoudig. De inspectie zocht aansluiting bij het project 'Dwang en Drang' van GGZ Nederland. GGZ Nederland zegt over dit project:

Het in gang zetten van een cultuurverandering rond het toepassen van dwang en drangmaatregelen vormt de belangrijkste pijler onder dat project. Het gaat daarbij om een verandering van het beheersen van situaties naar het voorkomen van escalaties. (GGZ Nederland 2008)

Daarbij wilde de inspectie meer inzicht verkrijgen in de keten van zorg, die uitermate complex is. In plaats van alleen te focussen op separatie verschoof de probleemdefinitie van het thematisch toezicht naar het vaststellen in hoeverre de geboden zorg vanaf de eerste minuut van binnenkomst op de opnameafdeling is toegesneden op de individuele zorgbehoeften en daarmee ook op het niet onnodig separeren van de patiënt. Daarnaast wilde de inspectie achterhalen met welke structuur- en proceskenmerken de verschillen tussen de instellingen in aantallen en duur van de separatie samenhangen:

Ligt dit aan het gevoerde beleid (w.o. de vraag in hoeverre na binnenkomst opnieuw een taxatie van de patiënt plaatsvindt), de cultuur van een instelling of afdeling (o.a. vanuit de vraag in hoeverre de afdeling aandacht besteedt aan een gastvrije ontvangst en aan een aantal eerste behoeften, zoals eten, drinken, roken en rust), aan kenmerken van de patiënten (o.a. ernstige agressie) of aan andere factoren? (IGZ 2008: 5).

De ruimte van de inspectie werd in de GGZ-case net als in de case van de huisartsenposten, in de agenderingsfase voornamelijk door de inspectie zelf bepaald, in afstemming met GGZ Nederland. In de GGZ-case was er echter in deze fase (nog) geen druk van stakeholders zoals patiëntenverenigingen, het ministerie, koepels of de Tweede Kamer.

Samenvatting

Bij aanvang van het thematisch toezicht op de huisartsenposten percipieerden de inspectie en de koepel ambigue, onzekere en complexe risicoproblemen voor met name de eisen voor verantwoorde zorg en toegankelijkheid. Er was consensus over de definitie van het probleem, namelijk dat er nog onvoldoende beeld bestond van de situatie in de praktijk van de huisartsenposten. Het publiek, de media en de politiek percipieerden die problemen echter als eenvoudig en verwachtten direct onderzoek van de inspectie. De inspectie zag de complexiteit en had de ruimte om het onderzoek nog even uit te stellen. De ruimte die de inspectie heeft, ondanks de onrust in de huisartsenpost casus, lijkt te zijn ingegeven doordat partijen—met name in huisartsenkringen—in deze fase bezig waren met het ontwikkelen van afspraken voor het reduceren van risicoproblemen. De afspraken om risico's te reduceren, sluiten aan op de risico's die de buitenwereld percipieert. De ruimte wordt ook bepaald doordat de inspectie percipieert dat de risico's niet perse groter zijn dan voor het ontstaan van de huisartsenposten.

In de case over separatie benaderde de inspectie het thema separeren aanvankelijk als een eenvoudig risicoprobleem. Al snel bleek dat de problematiek complexer was, waardoor de inspectie, in afstemming met GGZ Nederland meer de complexiteit en ambiguïteit van het probleem benadrukte in haar thematisch toezicht. De ruimte om het probleem te bepalen stond niet onder druk door andere partijen als de media en de politiek omdat daar, in deze fase van het thematisch toezicht, geen aanleiding voor was.

4.3 Probleemsituering gedurende het thematisch toezicht

In deze paragraaf wordt de probleemsituering in relatie tot de in het toezicht gehanteerde methodologie en het normenkader beschreven. Hoe wordt in deze fase het probleem gedefinieerd? Met wie en waarover wordt dit afgestemd? In de case voor de huisartsenposten is ervoor gekozen om de probleemsituering te beschrijven voor twee risicoproblemen; beschikbaarheid voldoende personeel en telefonische bereikbaarheid.

Huisartsenposten

De belangrijkste vraag van het thematisch toezicht 'Kwaliteit huisartsenposten verbeterd sinds 2003' is, in hoeverre voldoen huisartsenposten inmiddels aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg (IGZ 2006a). Om inzicht te krijgen hoe de situering van het probleem verloopt is het van belang om terug te kijken naar de eerste twee thematische rapporten 'Huisartsenposten in Nederland; Nieuwe structuren met veel kinderziekten' en 'Telefonische bereikbaarheid'. In het rapport uit 2006 is beschreven in hoeverre de aanbevelingen uit het eerste rapport zijn opgevolgd en in hoeverre de telefonische bereikbaarheid daadwerkelijk is verbeterd. Gedurende het thematisch toezicht was er nauw contact tussen de inspectie en de koepel van de huisartsenposten, de HDS-afdeling van de LHV (later de Vereniging Huisartsenposten Nederland, VHN). In het contact is onder andere het toetsingskader van de thematische toezichten over de huisartsenposten afgestemd.

Met het eerste thematisch toezicht beoogde de inspectie antwoord te geven op de vragen in welke mate de huisartsenposten voldoen aan de eisen voor verantwoorde zorg en hoe de toegankelijkheid is. Om daar antwoord op te geven is eerst het toetsingskader opgesteld. Bij het opstellen van de onderzoeksmethoden was er een methodoloog van de inspectie betrokken

Het Toetsingsinstrument Huisartsgeneeskunde is gebaseerd op wettelijke kaders zoals de Kwaliteitswet, de Wet BIG, en normen/protocollen van de beroepsgroepen van de LHV, NHG en de KNMG. Een voorbeeld is de Nota Bereikbaarheid en Beschikbaarheid waarin de norm was opgenomen dat een huisarts in HAGRO-verband gedurende de avond-, nacht- en weekenddiensten voor maximaal 20.000 inwoners waarneemt. Ook normen, standaarden, aanbevelingen en afspraken met andere instanties zoals de Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten of uit het farmacotherapeutisch overleg bulletin werden meegenomen. In het geval van de telefonische bereikbaarheid heeft de inspectie geïnventariseerd of er drempels waren en hoe de afspraken waren.

Het toetsingskader is opgesteld door de inspectie en afgestemd met de koepel. Specifieke veldnormen voor de huisartsenposten, KKK's zijn in het eerste thematisch toezicht niet meegenomen. De LHV, ZN en de NPCF waren in die fase afspraken aan het maken over de invulling van Kritische Kwaliteitskenmerken maar die waren nog niet definitief (verslag van de bijeenkomsten Kwaliteitskenmerken HDS-en van 24 februari 2004 en 16 maart 2004). Ook de inspectie was betrokken bij deze ontwikkeling.

Voor sommige risicoproblemen werden in de KKK's afspraken gemaakt door de koepel zoals voor de telefonische bereikbaarheid. Voor een ander risicoprobleem, onvoldoende beschikbaarheid van huisartsen en dokterassistenten, werd dat niet opgepakt. De inspectie

wilde de normontwikkeling op dit gebied met het rapport stimuleren (IGZ, 2004C). Toen de KKK's definitief waren heeft de inspectie in de vervolgonderzoeken deze opgenomen in het toetsingskader.

Het opstellen van de vragenlijsten is in eerste instantie door de inspectie gedaan waarbij de inspectie aansluiting zocht bij het al bestaande Toetsingsinstrument Huisartsgeneeskunde van de inspectie (IGZ 2004). Daarna is net als in de fase van agendering ook ten aanzien van het toetsingskader en de vragenlijst, afstemming gezocht met de koepel.

Dus de hele voorbereiding, de inhoud, de opzet, wat er aan de orde komt is in heel nauw overleg gedaan (Senior beleidsmedewerker VHN).

Ook de huisartsenposten voor de pilot zijn geselecteerd in overleg met koepel. Na de pilot is de vragenlijst via internet naar alle 50 HDS'en gestuurd waarna ter controle op de betrouwbaarheid 5 HDS'en zijn bezocht. Ook had de inspectie een helpdesk ingericht die te bereiken was voor huisartsenposten voor vragen over de vragenlijst.

Ook in het tweede thematisch toezicht (het toezicht naar de telefonische bereikbaarheid) is het toetsingskader opgesteld in samenwerking met de koepel. Dit thematisch toezicht is uitgevoerd in opdracht van de inspectie door TACT/Interview NSS, in samenwerking met de HDS-afdeling van de LHV. Met dit onderzoek werd met name beoogd objectief te bepalen hoe het met de kwaliteit is gesteld van de telefonische bereikbaarheid van de huisartsenposten. Het betrof net als het eerste onderzoek een inventariserend onderzoek met het doel uiteindelijk normering te ontwikkelen (projectleider thematisch toezicht huisartsenposten).

Na het inspectierapport over de telefonische bereikbaarheid huisartsenposten schreef de minister op 30 juni 2005aan de Tweede Kamer dat er ten aanzien van de KKK's een snelle implementatie het sluitstuk moest vormen' (kenmerk CZ/EZ-2594454). In dit thematisch toezicht naar de telefonische bereikbaarheid, is het kritische kwaliteitskenmerk van de koepel van de HDS'en ten aanzien van de telefonische bereikbaarheid meegenomen. Omdat de inspectie het kwaliteitskenmerk van de koepel te ruim geformuleerd vond voor het toetsingskader van het onderzoek, namen de inspectie en de koepel, na veel discussie, beide normen mee in het onderzoek naar de telefonische bereikbaarheid.

De inspectie wilde alles binnen 2 minuten weten, en wij wilden alles binnen onze eigen normen van 5 en 10 minuten en 30 seconden [voor verschillende maten van spoedeisendheid] weten. En toen hebben we allebei de normen in het onderzoek mee laten nemen (senior beleidsmedewerker VHN).

De eerste twee rapporten zijn inventariserend van aard, waarbij op procesniveau aanbevelingen worden gedaan (projectleider thematisch toezicht huisartsenposten). Het laatste thematisch toezicht had een meer toetsend karakter. De centrale vraag van dit thematisch toezicht was: voldoen de huisartsenposten inmiddels aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg? Daarbij werd getoetst in hoeverre de aanbevelingen uit het eerste rapport waren opgevolgd en in hoeverre de telefonische bereikbaarheid daadwerkelijk was verbeterd. Het onderzoek gebruikte de vragenlijst die ook voor het thematisch toezicht in 2003 was gebruikt. Enkele nieuwe onderwerpen of antwoordcategorieën waren toegevoegd aan de vragenlijst terwijl enkele andere niet meer voorkwamen. Om de vragenlijst te verbeteren hield de inspectie een delphi ronde met directeurs van huisartsenposten en de koepel. De reacties zijn in de definitieve vragenlijst op onderdelen meegenomen. Ten aanzien van het toetsingskader en de vragenlijst is veel overleg en discussie geweest met de koepel wat tot aanpassingen heeft geleid (projectleider thematisch toezicht huisartsenposten).

Invulling van het toetsingskader

In de ontwikkeling van het thematisch toezicht naar de huisartsenposten valt te constateren dat er gedurende de elkaar opvolgende thematische onderzoeken langzaam invulling wordt gegeven aan een normenkader. Hiermee migreert het probleem van de kwaliteit van huisartsenposten langzaam maar zeker van een onzeker naar een enkelvoudig of complex risicoprobleem. Dat wil echter niet zeggen dat er nu op alle punten overeenstemming is over het te hanteren normenkader of dat de speelruimte van de inspectie hierdoor groter (dan wel kleiner) wordt. Om dit te illustreren gaan we in op twee voorbeelden van verdere normontwikkeling, te weten ten aanzien van de beschikbaarheid van personeel op de huisartsenpost en de telefonisch bereikbaarheid.

Normen voor beschikbaarheid voldoende personeel

In het eerste thematisch toezicht verzocht de inspectie de koepel om een norm te ontwikkelen voor de verhouding tussen het aantal inwoners en de aantallen huisartsen en doktersassistenten waarbinnen verantwoorde zorg kan worden geboden op een huisartsenpost (IGZ 2004). Er was wel een norm maar die was voor huisartsen in avond-, nacht- en weekenduren in huisartsengroep verband. Voor de huisartsenposten ontbrak een norm. Uit het laatste thematisch toezicht is op te maken dat er geen norm was ontwikkeld. De inspectie toetste dus niet aan een norm (omdat die ontbrak) maar inventariseerde het aantal inwoners per huisarts voor visite, consult op de huisartsenpost of per telefoon, tijdens de avond-, nacht- en weekenduren. Omdat nog steeds een maat ontbrak, verzocht de inspectie in het laatste rapport (IGZ 2006) wederom de koepel om criteria te ontwikkelen voor de beschikbaarheid van huisartsen en triagisten.

Uit het interview met de senior beleidsmedewerker bij de VHN werd duidelijk dat de koepel ook risico's zag bij personele onderbezetting, maar dat zij andere afspraken wilden maken om de risico's te reduceren.

Waar we altijd een dispuut over hebben gehad met de IGZ en wat er altijd niet uit te krijgen is, is de personeelsbezetting van de huisartsenposten. De inspectie wilde dat we een norm voor de huisartsenposten maakten. Toen heb ik gezegd dat het helemaal niet zinvol is om een norm te hebben voor het aantal huisartsen op het aantal inwoners want we weten dat de zorgconsumptie zo uiteenlopend is en de geografische omstandigheden zo verschillend zijn dat we niet dit soort inputnormen willen hanteren. We wilden output normen hanteren, dan moet je zorgen dat je die haalt en hoe je dat doet is niet zo interessant. Dus als je als output hebt dat iedereen binnen zoveel tijd contact moet hebben of wachttijden bij een consult maximaal zoveel minuten mogen zijn, dan moet je dus zorgen dat je de bezetting met huisartsen en triageassistenten zodanig inricht dat je die output haalt. Het is echt niet zinvol om normen te zetten op het aantal dokters en aantal triageassistenten.

Ondanks veel overleg was er geen consensus tussen de inspectie en de VHN over de wijze waarop personeelsbezetting genormeerd zou moeten worden, cq. wat nu precies genormeerd zou moeten worden. De inputnormen die de inspectie wenst, zijn te vergelijken met gesloten normen voor personele bezetting op de huisartsenpost. Hoewel de inspectie aangeeft dat met de norm rekening moet worden gehouden met aspecten als stedelijkheid, omvang van het zorggebied en samenstelling van de populatie, vraagt zij om een maat die is gericht op de personele bezetting. De VHN geeft aan dat het niet mogelijk is een gesloten norm te ontwikkelen voor personeelsbezetting, juist omdat de lokale situaties en de omstandigheden per post zo divers zijn. Vanwege deze complexiteit wil de koepel outputnormen gebruiken. In dergelijke normen is beschreven binnen hoeveel tijd er contact moet zijn of wat de maximale wachttijd voor een consult is.

Hoewel zowel inspectie als de koepel dus beide naar een gesloten normsysteem willen, ontbreekt consensus over de aard en met name het object van de normstelling, Zolang consensus over de aanpak van het risicoprobleem ontbreekt zal het risicoprobleem niet migreren naar een eenvoudig risicoprobleem. Er is voor de inspectie in deze situatie weinig ruimte, anders dan te overwegen om de discussie over dit complexe risicoprobleem verder

te voeren tot consensus over de aanpak is verworven, tenzij het risico dermate groot is dat de inspectie over gaat tot het zelf stellen van de norm. In dit geval heeft de inspectie daar niet voor gekozen. Tot die tijd geven de voor dit onderzoek geïnterviewde posten, lokaal invulling middels een norm voor beschikbaarheid in plaats van bezetting.

Er zijn 16 verschillende diensten. Dat betekent dat het aantal mensen wordt aangepast aan hoe druk het is. Zaterdag om tien uur is het heel druk en dan zijn er zes doktersassistenten en 's middags om vier uur zitten er vier. Op het moment dat de post vindt dat de telefonische bereikbaarheid structureel onder de maat is dan komt er een doktersassistente bij. Zo heeft de HAP protocollen dat als iemand langer dan drie kwartier in de wachtkamer zit, de reserve arts wordt opgeroepen. Dat is allemaal streng gereguleerd. Als post neem je zelf maatregelen. (Directeur van een Huisartsendiensten Structuur).

De lokaal ontwikkelde norm, waarover in dit geval overeenstemming was met de verzekeraar, maakt de personeelsbezetting voor de inspectie echter tot een complex probleem waarop moeilijk is te handhaven juist vanwege het ontbreken van een landelijke consensus.

Normen voor telefonische bereikbaarheid

Ook in het geval van de telefonische bereikbaarheid was er consensus tussen de inspectie en het veld dat er sprake was van een risico dat normering vergt. Ook hier geldt echter dat over de inhoud van die norm nog veel discussie mogelijk was. Die werd ook volop gevoerd. Anders dan in het voorgaande echter koos de inspectie er in dit geval voor na constatering van het uitblijven van de gewenste normontwikkeling in het veld wel zelf tot normering over te gaan.

Net als ten aanzien van de beschikbaarheid van medisch personeel had het veld in de KKK's er voor telefonische bereikbaarheid voor gekozen uit te gaan van *targets*, in dit geval gebaseerd op het percentage telefoontjes dat binnen een bepaalde termijn werd beantwoord. De inspectie vond dit echter niet ver genoeg gaan. De projectleider van de thematische toezichten naar de huisartsenposten hierover in het interview dat wij met hem hadden:

De koepel stelde geen normen maar targets die niet eenduidig waren geformuleerd. Wij vonden dat de norm voor telefonische bereikbaarheid wel eenduidig geformuleerd moest zijn zoals de norm dat bij spoed de telefoon binnen 30 seconden moest worden opgenomen en bij niet spoed binnen 2 minuten. Dat leidde tijdens het eerste thematisch toezicht al tot veel discussie met de koepel maar bij het tweede thematisch toezicht bleek dat de KKK niet was aangepast. Toen hebben we als inspectie de norm gesteld: twee minuten voor niet spoed, dertig seconden voor spoed.

De inspectie wilde dat het veld haar norm eenduidiger zou formuleren en werd daarin gesterkt door de minister. In zijn brief van 10 september 2008 (kenmerk CZ/EKZ/2874503) schreef de minister dat hij zich schaarde achter de spoed en niet-spoed norm van de inspectie, in afwachting van de eigen normontwikkeling door de sector. De druk om tot consensus te komen over de aanpak van het probleem of tot een betere norm te komen werd daarmee opgevoerd. Volgens de senior beleidsmedewerker van de VHN, was er, ondanks het ontbreken van wetenschappelijke evidentie, snel consensus over de norm voor telefonische bereikbaarheid bij spoed tussen de VHN en de inspectie, omdat het evident was wat de risico's waren. Dit in tegenstelling tot de niet-spoed norm.

De Kwaliteitsnorm ten aanzien van bereikbaarheid bij niet-spoed van de VHN is dat 50 procent van de hulpvragen binnen 5 minuten en 100 procent binnen 10 minuten beantwoord moet worden (IGZ 2006). Net als bij de telefonische bereikbaarheid bij spoed beschouwde de inspectie ook deze KKK niet als een norm maar als een target. De KKK telefonische bereikbaarheid was volgens de inspectie bovendien niet helder en niet eenduidig (interview, projectleider thematische toezicht huisartsenposten). Omdat de koepel en de huisartsenposten volgens de inspectie ook voor dit risico onvoldoende gevolg hadden

gegeven aan de maatregelen die zij van de inspectie in 2004 moesten uitvoeren met betrekking tot de telefonische bereikbaarheid, stelde de inspectie in haar rapport van 2006 de norm op de maximale wachttijd tot de start van de triage bij niet-spoed op 2 minuten (IGZ 2006). De inspectie stelde daarmee zelf de norm, die in dit geval was gebaseerd op een onderzoek van het Midden- en Klein bedrijf naar de mate van telefonische bereikbaarheid in relatie tot de irritatie bij de beller. De VHN kon zich niet vinden in de niet-spoednorm van 2 minuten die de inspectie stelde omdat er volgens de VHN geen goede medische onderbouwing was. Het was volgens de VHN een servicenorm. Het hoofd afdeling implementatie NHG hierover:

Er is onvoldoende bekend in hoeverre deze bereikbaarheid bijdraagt aan de risico's voor de gezondheid. Ik denk dat we daar gewoon onvoldoende van weten om uitspraken daarover te kunnen doen die normstellingen rechtvaardigen. Dat gesprek komt niet verder op gang omdat die twee minuten norm gewoon is vastgezet. Punt.

Voor de huisartsenposten leidt het geschermutsel over de normen tot verwarring. Niet alleen zijn er diverse normen voor de telefonische bereikbaarheid in omloop – van de inspectie, van de koepel en van verzekeraars – ook de haalbaarheid van de verschillende normen speelt een rol:

De Inspectie heeft zijn norm, Zorgbelang Gelderland en de nationale koepels hebben weer andere normen en dan was er nog de norm van onze verzekeraars, deze waren allemaal verschillend. Daarnaast wil je ook kijken naar wat realistisch haalbaar is. Je kunt iedere norm halen als je maar genoeg mensen aan de telefoon hebt en als je accepteert dat die mensen vijftig procent van de tijd met hun duimen draaien. Dat accepteert niemand want dat betekent een enorme toename van de personeelskosten. De nieuwe VHN-norm, die in opdracht van de Inspectie is vastgesteld, gaat uit van een telefonische bereikbaarheid van 80 procent binnen twee minuten; die halen wij nu wel. Afwijkend van deze norm, stellen wij onszelf als norm om tachtig procent binnen 1 minuut te halen. Deze norm is in het verleden afgesproken met de verzekeraar en is niet strikter dan die van de Inspectie maar wel strikter dan die van de VHN. Wij denken dat deze zorg voor een hogere patiëntvriendelijkheid. Qua roostering streven we naar een bezetting waarmee we deze norm proberen waar te maken. (directeur en medisch adviseur huisartsenpost).

Omdat wetenschappelijke consensus ontbreekt over risico's van telefonische bereikbaarheid bij niet-spoed en er bovendien meerdere tegenstrijdige waarden in het spel zijn (kwaliteit van zorg en de kosten van personele bezetting) is er sprake van een complex risicoprobleem. De strategie van de inspectie om tot minimumnormen te komen – en daarmee het probleem van de telefonische bereikbaarheid tot een enkelvoudig probleem te reduceren – lijkt hier niet te werken en leidt in ieder geval niet tot draagvlak in het veld, ondanks druk vanuit de minister. Dit is anders voor de spoednorm waar, ondanks gebrek aan wetenschappelijke kennis, wel consensus ontstaat op basis van een gedeelde probleemdefinitie.

De voorbeelden van de telefonische bereikbaarheid en de personele bezetting op de huisartsenpost illustreren dat ook als sprake is van een reductie van cognitieve en normatieve onzekerheid – en risico's dus gedefinieerd worden als enkelvoudig of complex – het nog niet zo hoeft te zijn dat gesloten normen kunnen worden vastgesteld. Hierover kan nog steeds discussie bestaan. Deze discussie is wel een andere dan die welke gevoerd wordt over onzekere of ambigue risico's waar eerder de zoektocht naar en articulatie van een normenkader zelf geëntameerd wordt. Dit wordt geïllustreerd met de casus over de separatie.

Separatie

De centrale vraagstelling van het thematisch onderzoek naar separatie heeft zich toegespitst op de geboden zorg vanaf de eerste minuut van binnenkomst op de opnameafdeling en in hoeverre deze is toegesneden op de individuele zorgbehoefte. De IGZ heeft gekozen voor deze zeer specifieke vraagstelling omdat zij de behandeling van een cliënt op de eerste

opnamedag als indicatief ziet voor de geboden kwaliteit van zorg binnen een GGZ opname afdeling. De specifieke focus is tot stand gekomen na een literatuuronderzoek van inspecteurs, toezichtmedewerkers en Bopz medewerkers (Interview programmaleider GGZ).

Vooraf tussen de IGZ en GGZ Nederland en de projectgroep Dwang & Drang is veelvuldig contact geweest. Hoewel het veld bij het meerjarenplan voor het GGZ programma nauw is betrokken, geven de verschillende respondenten aan dat de IGZ vooral het (specifieke) onderwerp heeft gedefinieerd en dat het veld daarop weinig tot geen invloed heeft gehad. De vertegenwoordigster van GGZ Nederland geeft in het interview aan dat GGZ Nederland pas halverwege of zelfs later op de hoogte is gebracht van het betreffende thematisch toezicht in 2008. Hierdoor heeft GGZ Nederland ook weinig directe invloed gehad op de probleemsituering. Indirect is dat echter wel gebeurd door middel van het project Dwang & Drang. De uitgangspunten voor dit project zijn door de IGZ gebruikt om het normatief toetsingskader vorm te geven. Ook zijn de uitgangspunten gebruikt om te beslissen welke factoren potentieel van belang waren voor het onderzoek naar de oorzaak van de relatief hoge frequentie van separaties in Nederland. Daarmee was het project Dwang & Drang direct van invloed op het onderzoek naar die factoren die meegenomen werden in het thematisch toezicht.

Ten tijde van het thematisch onderzoek naar separatie was geen methodoloog betrokken bij het opstellen van de onderzoeksmethoden. Desalniettemin laat het projectplan wel een duidelijke keuze zien in onderzoeksmethodologie. Gekozen is voor een gefaseerde aanpak van het project. De eerste fase laat een aanpak zien van een eenvoudig en meetbaar probleem.

In de eerste fase van het onderzoek wordt cijfermatige informatie verzameld onder alle instellingen voor GGZ, met uitzondering van de forensische zorg, over de jaren 2005, 2006 en 2007: de frequenties waarin PAAZ'en en overige GGZ-instellingen aan de inspectie separaties melden van patiënten direct na of tijdens de eerste dag van de opname. Deze informatie wordt betrokken uit de Bopz-registratie van de IGZ. Tevens zal ter oriëntatie een aantal meldingen van separatie op de dag van opname nader worden geanalyseerd (projectplan).

In de daarop volgende fase is een steekproef van in totaal 40 opnameafdelingen (klinieken) van GGZ-instellingen in Nederland bezocht. Deze steekproef maakte het mogelijk een vergelijking maken tussen klinieken die het goed doen ('best practice') en die waar verbetering nodig is. De complexe problematiek betrof de vraag aan welke factoren het aantal separaties verbonden kan worden.

Het uitvoeren van de inspectie in de geselecteerde klinieken gebeurde aan de hand van een toetsingsinstrument. De door IGZ gehanteerde normering voor het toetsingsinstrument is gebaseerd op de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet Bopz, de Wgbo en de Wet BIG en op de daarvan afgeleide veldnormen, voor zover beschikbaar, die de beroepsverenigingen hebben ontwikkeld. Het gaat hierbij in het bijzonder om het normatieve kader zoals geformuleerd in het project Dwang & Drang van GGZ Nederland en de conceptrichtlijn Dwangopname van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). Het onderzoek bestond uit vragen en dossieronderzoek.

De samenwerking tussen de belanghebbende partijen heeft zich vooral gericht op de normstelling voor het toetsingstraject en op de nasleep van het toezichtonderzoek. In deze fase van het thematisch toezicht waarin het toetsingskader moest worden ontwikkeld, bleek dat de normering in het veld ontbrak dan wel niet multidisciplinair of volledig was. Met name multidisciplinaire consensus over omgang met cliënten in crisis ontbrak. Door een analyse van de verschillende bestaande normen op het niveau van wet en regelgeving en afspraken en richtlijnen van het veld, heeft de IGZ een normenkader ontwikkeld dat aan de basis stond

voor het toetsingskader. Bovendien werd als gezegd gekozen voor een specifieke focus op de omgang met moeilijke cliënten bij moment van eerste opname.

Het definiëren van een normatief toetsingskader is niet gemakkelijk gebleken. Ten eerste is de complexiteit van toetsing op basis van Wet Bopz registratie groot: “De wet Bopz is een uiterst complexe wet. [...] en de registraties die de inspectie al jarenlang uitvoert in het kader van de naleving op die wet is gigantisch ingewikkeld” (projectleider TT separatie). Ook de conceptrichtlijn van de NVvP, bleek moeilijk richting te geven. Enerzijds vanwege het monodisciplinaire karakter, anderzijds vanwege de complexiteit en breedte van het onderwerp, die aldus de NVvP tijdens het ontwikkelen en opstellen van de richtlijn in zijn volle omvang duidelijk is geworden. Daarnaast bleken op een aantal punten geen veldnormen aanwezig te zijn.

Nou wat we dus van te voren al wisten maar ook heel duidelijk uit die rapportage van 2008 blijkt, is dat er op een aantal punten geen veldnormen tot stand gebracht zijn. De gezondheidszorgwetgeving werkt voor een deel althans als kaderwetgeving, zeker als het de Kwaliteitswet betreft, en dan heb je inkleuring van veldnormen nodig, om precies aan te geven. Je kunt een bepaalde opvatting hebben over hoeveel verpleegkundigen moet je nu op de afdeling hebben om op een goede manier bepaalde specifieke patiëntengroepen van zorg te voorzien. Bijvoorbeeld deze patiëntengroep, een intensieve doelgroep. Maar dat vergt een zeker inkleuring vanuit het veld, waarbij je hoopt dat koepels, beroepsgroepen zelf daarin hun gedachten gaan vormen en tot een soort van *common sense* daarover komen. Dat was in de tijd, 2007/2008, nog niet echt gebeurd. (programmaleidster GGZ, IGZ)

Om toch een handvat te hebben voor het thematisch toezicht heeft de inspectie op basis van een diversiteit van bronnen zelf een toetsingskader ontwikkeld:

We hebben beleidskaders gebruikt van de koepel, van GGZ Nederland. Zij hebben heel expliciet vastgelegd dat zij ernaar streven om het separeren terug te brengen en ook aangegeven waarom ze dat vinden. Dat is de eerste bron. Een tweede bron is, de bron is die vanuit wetenschappelijk onderzoek. Ook deze geeft een bijdrage aan de ernst van het probleem van separeren. Een derde bron is dat de vereniging van psychiatrie bezig was, is, met de ontwikkeling van een richtlijn met betrekking tot separeren. Dat is er ook eentje die erop inhakt, die dus eigenlijk gewoon zegt ‘dat moet je dus zo min mogelijk doen, eigenlijk niet’. En bovendien ook duidelijk aangeeft *wat er nodig is* om te zorgen dat het niet gebeurd. En we hebben natuurlijk alle gegevens die lopen vanuit het project Dwang & Drang. Dat bevat dus ook allerlei ervaringsgegevens, enzovoort. Die hebben we als het ware bij elkaar gebracht. Dat leidt tot een soort van toetsingskader dat je gebruikt bij de bezoeken aan de instelling. (projectleider TT voorkomen van separatie, IGZ)

Het toetsingskader ging in op acht onderwerpen verwerkt in een toetsingsinstrument van zes vragen die geacht werden die proces- en structuurkenmerken van het zorgproces bloot te leggen die fundamenteel zijn voor een verantwoord niveau van zorg van psychiatrische cliënten (IGZ 2008). Deze vragen hadden betrekking op (1) de algemene beleidsvisie van de opnameafdeling ten aanzien van de omgang met psychiatrische cliënten en dwangmaatregelen, (2) de wijze waarop het voorkomen van separeren was vormgegeven in beleid en praktijk (registratie in combinatie met reflectie op geregistreerde gegevens), (3) communicatie en informatieoverdracht tussen de diverse betrokken instanties, (4) de wijze waarop cliënten in crisis worden ontvangen en hoe het personeel wordt ondersteund om dit zo goed mogelijk te kunnen doen (door vastgelegd beleid, scholing en infrastructuur), (5) het beleid ten aanzien van en de documentatie van de keuze te separeren, en als laatste (6) het beleid bij separatie en het beëindigen daarvan (bijvoorbeeld aanwezigheid separeerprotocol). Hiermee gaf het toetsingskader vorm aan de norm zoals de IGZ vond dat deze in de praktijk terug te vinden zou moeten zijn. Om er voor te zorgen dat deze norm ook door het veld als passend werd gezien is het toetsingskader met haar onderwerpen van toezicht voorgelegd aan de projectgroep Dwang & Drang van GGZ Nederland ter beoordeling en voor commentaar. Ook is het toetsingsinstrument gepilot bij een opnameafdeling die op dat moment deelnam aan het project Dwang & Drang.

Ik heb bijvoorbeeld die norm voorgelegd aan de projectgroep Dwang & Drang. Dus die mensen heb ik gewoon uitgenodigd voor een gesprekje en gezegd: dit komt eruit, wat vinden jullie er van? En op basis daarvan nog wat bijgesteld. Dus ook met de koepel, GGZ Nederland. En vervolgens hebben we een proefbezoek gebracht aan een instelling [...] die ook deelt neemt, nam, op dat moment al, aan het project Dwang & Drang. Waarbij we ook gezegd hebben: we willen graag dit eens even gaan uitproberen en ook met jullie bespreken of jullie ook denken dat we op het goede spoor zitten als we dit en dat aandacht geven. Dus dat hebben we ook gedaan, en vervolgens zijn we gestart. (projectleider TT voorkomen van separatie, IGZ)

In de derde en laatste fase zou sprake zijn van het toetsen van bevindingen uit de twee voorgaande fases tegen de achtergrond van de op dat moment beschikbaar gekomen resultaten van de indicator Dwang uit de basisset Prestatie-indicatoren voor de GGZ over het verslagjaar 2007. De implementatie van deze indicator is gekoppeld aan de implementatie van de registratie zoals ontwikkeld binnen Argus (registratiesysteem dwangtoepassingen). Deze laatste fase in de uitvoering van het thematisch toezicht komt in de gesprekken met de respondenten en de rapportage echter niet terug. Toch blijkt de Argusregistratie gezien te worden als een belangrijk onderdeel van het toetsingskader. Een van de aanbevelingen in het rapport is dat “de Argusregistratie [voortaan] in alle psychiatrische opnameafdelingen in het kader van het kwaliteitsbeleid van de instelling en als sturingsinformatie voor het klinische behandelteam” gebruikt moet worden (IGZ 2008). Dit maakt het ook mogelijk om in follow-up onderzoek meer nadruk te leggen op het meetbaar terugdringen van separaties.²

Samenvatting

In deze paragraaf hebben we beschreven hoe problemen worden gedefinieerd tijdens de uitvoering van het thematisch toezicht. Gebleken is dat hoewel het thematisch toezicht verondersteld dat er een toetsingskader aanwezig is, de inspectie veel ruimte heeft om dit gedurende het proces van het TT vorm te geven. In beide besproken casus gebeurt dit in nauwe afstemming met het veld. Wat opvalt is dat terwijl in de agenderingsfase nog een nauwe probleemconceptie bestaat, vooral bij externe partijen (de media, de politiek), de inspectie in eerste instantie de ruimte neemt om de complexiteit van de betreffende thematiek te onderzoeken. Bij de casus van de huisartsenposten wordt vervolgens gedurende een serie van drie TT's het probleem in engere zin gedefinieerd; bij de separatie lijkt dit ook te gebeuren. Inmiddels is er een follow-up van het door ons onderzochte TT beschikbaar waar inderdaad in meer enge zin naar de preventie van separatie is gekeken.

In de opeenvolgende TT's zien we dus een nadere inkadering van de problematiek plaatshebben. Daarmee worden risico's van ambigue of onzeker meer gecategoriseerd als enkelvoudig of complex. Dit maakt dat ook de discussies met het veld anders worden en meer gericht op de invulling van het normenkader. Het betekent niet dat er ook overeenstemming is over die normen, maar wel dat duidelijk wordt waar de discussie over gaat en waar de verschillen van opvatting zich op concentreren. Op dat moment lijkt ook de ruimte van de inspectie te worden begrensd, in die zin dat het gebrek aan overeenstemming grenzen stelt aan de mogelijkheden van de inspectie tot handhaving. In de conclusie van dit hoofdstuk komen we hier op terug, nadat we eerst de rapportage en nazorg in onze twee casus hebben besproken.

² In de follow-up van het TT uit 2008 zijn de Argusregistraties ook gebruikt om het aantal separaties te berekenen. Geconstateerd werd dat overall een daling van 10% is opgetreden, maar dat deze daling nog niet in alle instellingen wordt bereikt (IGZ 2010).

4.4 Rapportage

Huisartsenposten

Het eerste rapport 'Huisartsenposten in Nederland: Nieuwe structuren met veel kinderziekten' is geschreven door een werkgroep van de inspectie. De leden van de werkgroep waren geselecteerd op basis van deskundigheid op het gebied van de huisartsenzorg. Ook zaten er mensen van het RIVM in de werkgroep die een belangrijk deel van de analyse van de data hebben gedaan. Behalve de analyse schreef het RIVM de bevindingen van het onderzoek en verzorgde zij de illustratie bij de data. De conclusie, aanbevelingen en maatregelen zijn door de inspectie geformuleerd en door het RIVM op consistentie aan de bevindingen beoordeeld. Een nadeel van deze methode was dat het schrijven van het rapport lang duurde, ongeveer een jaar. Ongeveer 3 maanden voor het eerste rapport zou worden aangeboden aan de minister, is de inhoud afgestemd met de NHG en de LHV. De inspectie nam daarmee het risico dat het rapport zou uitlekken voordat het de minister zou worden aangeboden. De kritische opmerkingen van deze partijen ten aanzien van de haalbaarheid van de aanbevelingen zijn meegenomen in het definitieve rapport. Daardoor werden sommige aanbevelingen zwaarder, maar andere minder zwaar (projectleider thematische toezicht huisartsenposten).

Het tweede rapport, het rapport naar de telefonische bereikbaarheid van de huisartsenposten, heeft de projectleider van de inspectie vrijwel alleen geschreven. Er was op dat moment onvoldoende expertise bij de inspectie aanwezig om hem daarin te ondersteunen. Ook bij dit rapport is er veel afstemming geweest tussen de inspectie en de VHN. Hoewel de bevindingen voor beide partijen gunstiger waren dan aanvankelijk werd gedacht, geeft de inspectie aan dat er nog veel moest gebeuren op het gebied van de telefonische bereikbaarheid.

Het laatste onderzoek uit 2005 naar de kwaliteit van de huisartsenposten is net als het eerste onderzoek samen met het RIVM uitgevoerd. De samenstelling van de projectgroep was inmiddels anders dan 2 jaar eerder. Op de projectleider en de methodologe van de inspectie na, waren alle mensen vertrokken uit de projectgroep, inclusief de mensen van het RIVM. De kwaliteit van de analyse door het RIVM, die inmiddels door anderen binnen het RIVM werd uitgevoerd dan bij het eerste rapport, was niet naar verwachting. Daardoor voelde de projectleider zich genoodzaakt de analyse en het schrijven van het rapport uit te besteden aan een andere organisatie, te weten Tabula Rasa.

Het laatste onderzoek is volgens de koepel afgestemd in een fase dat het rapport in concept klaar was en er geen overleg meer mogelijk was over de bevindingen van de inspectie. De VHN ervoer dit als een gemis ondermeer omdat er maatregelen in het rapport waren opgenomen waaraan de VHN al voldeed. Voor de inspectie was dit echter een bewuste strategie omdat zij er huiverig voor was dat het rapport zou lekken. Dat zou waarschijnlijk tot veel commotie hebben geleid omdat er huisartsenposten met naam en toenaam werden vermeld in het rapport. Dit rapport was een van de eerste thematisch toezichtrapporten waar een *naming and shaming* strategie werd gevoerd.

In 2003 was het nog gebruikelijk om het rapport op een hoog aggregatieniveau te schrijven. En dat is het grote verschil met het laatste rapport in 2006. In die 3 jaar tijd had de inspectie zelf ook een omwenteling gemaakt in het denken over toezicht waarbij het bij naam noemen van zorginstellingen steeds meer in beeld kwam zoals in laatste rapport ook gebeurde. Het benoemen van enkele huisartsenposten bij naam, heeft bij het uitkomen van het laatste rapport de meeste negatieve reacties opgeleverd'. (projectleider thematisch toezicht huisartsenposten)

Het doel van het laatste thematisch toezicht 'Kwaliteit huisartsenposten verbeterd sinds 2003', was om te beoordelen of de huisartsenposten inmiddels wel aan de voorwaarden

verantwoorde zorg voldeden sinds het eerste thematisch toezicht naar de huisartsenposten in 2003. De inspectie beschreef in het thematisch toezichtrapport dat er een grote verbetering zichtbaar was ten opzichte van 2003 en concludeert dat de in 2003 geconstateerde kinderziekten voor een groot deel zijn overwonnen. De maatregelen zijn gericht op:

- het ontbreken van landelijke normen voor een aantal onderwerpen zoals veiligheid en infectiepreventie, een apotheekvoorziening bij de huisartsenpost, richtlijnen voor beschikbaarheid van voldoende personeel, en opleiding en vakbekwaamheid van de triagist
- het ontbreken van eenduidige normen voor telefonische bereikbaarheid
- beschikbaarheid van medische gegevens.

Hoewel er volgens de inspectie sprake is van een betere spreiding van huisartsenposten over Nederland en de verzorgingsgebieden kleiner zijn dan in 2003, geeft zij ook in het rapport aan dat zij niet kan beoordelen of hiermee voldaan wordt aan de voorwaarden voor de beschikbaarheid van verantwoorde zorg buiten kantoor tijd. Een maat om dit te beoordelen ontbreekt. Deze discussie is in de vorige paragraaf over het toetsingskader reeds uitgebreid gedocumenteerd.

Separatie

De aanbevelingen in de geaggregeerde rapportage van het thematisch toezicht 'Voorkomen van separatie van psychiatrische patiënten vereist versterking van patiëntgerichte zorg' zijn geformuleerd op basis van de bevindingen in het toezichtonderzoek. De veldpartijen hebben met betrekking tot het geaggregeerde rapport niet kunnen reageren op de aanbevelingen, dan wel kunnen meeschrijven met het geaggregeerde rapport. Op de instellingsspecifieke conceptrapportages hebben de betreffende instellingen wel een reactie kunnen geven opdat eventuele onjuistheden uit het rapport gehaald zouden kunnen worden. Dit is door de raad van bestuur van een geïnterviewde GGZ-instelling als prettig ervaren en wordt vooral ook gezien als belangrijk voor het onderhouden van een goede relatie met de IGZ.

Het schrijven van de rapportage is grotendeels gedaan door de projectleider. Feedback werd slechts ontvangen van de hoofdinspecteur (projectleider IGZ). De projectleider heeft zijn projectteam bij het schrijven van de rapportage weinig betrokken. Dat was anders bij de discussie over de inhoud en vooral de *ranking* van de instellingen. Hierover was aanvankelijk veel verschil van mening. Enerzijds vanwege de classificering van de instellingen in een bepaalde categorie – er was sprake van interbeoordelaarsvariatie. Anderzijds wat betreft de *ranking* van de instellingen op zich. Enkele projectleden waren van mening dat dit niet moest gebeuren in een geaggregeerde rapportage omdat dit het vertrouwen van de instellingen in de IGZ en in hun accounthouders zou doen verminderen. In overleg met de hoofdinspecteur heeft de projectleider besloten dat deze *ranking* er wel zou komen.

De belangrijkste conclusies van de geaggregeerde rapportage zijn dat de inbedding in beleid vaak nog te wensen overlaat. Vooral het systematisch terugdringen van separatie speelt hierin een belangrijke rol. Verder gaan de conclusies in op de eerste opvang van de patiënt en het systematisch en tijdig op de zorgbehoeften van de patiënt afstemmen van zorg. Dit laatste wordt veelal belemmerd door de combinatie van grote opnamedruk met een kwetsbare personele bezetting, het ontbreken van voldoende eerste opvang en het niet zo kort mogelijk na opname uitvoeren van een psychiatrisch, psychosociaal en verpleegkundig onderzoek. Het gevolg is dat te vaak onnodig wordt gesepareerd. De rapportage laat daarmee zien dat hoewel het terugdringen van separeren een belangrijke doelstelling moet zijn, dit niet een eenvoudig probleem is, maar een complex geheel waarin verschillende proces- en structuurkenmerken een belangrijke rol spelen. Bovendien bleken er grote verschillen te zijn tussen de diverse instellingen. Deze verschillen waren verwacht maar niet in de mate zoals dat uit het thematisch onderzoek bleek (projectleider IGZ). De verschillen

tussen de instellingen hingen samen met diverse structuur- en proceskenmerken zoals het systematisch gebruik van (Argus)registratie en feedback van verkregen informatie over frequentie en duur van separaties richting behandelaars en verpleegkundigen. Andere kenmerken betroffen een structurele scholing, de systematische intervisie, casuïstiekbesprekingen en kennisuitwisseling tussen alle medewerkers die aan het multidisciplinaire team verbonden zijn, en de kwantiteit en kwaliteit van de personele bezetting. Daarnaast waren er duidelijk verschillen in mate van en consistentie in verslaglegging rondom separaties in patiëntendossiers en gebruik hiervan voor verbetering van het separeerbeleid.

Op basis van de toetsing van de 38 geïnspecteerde opname-instellingen kwamen een drietal *best practices* naar voren. De kenmerken van deze drie *best practices* zijn naar voren geschoven als de normen waarnaar opnameafdelingen moeten gaan streven. Instellingen die niet aan alle punten voldeden werd gevraagd binnen vijf maanden een plan van aanpak te schrijven waarin zij concrete en toetsbare doelstellingen, activiteitenplannen, deadlines en toewijzing van verantwoordelijk leidinggevend en uitvoerders opnemen (IGZ 2008). In het rapport is een handhavingsbeleid opgenomen waarbij het uitgangspunt is dat alle GGZ-zorginstellingen zich voor al hun opnameafdelingen spiegelen aan de resultaten van het rapport. Het handhavingsbeleid is afgestemd op de mate van risico die een opnameafdeling loopt (van gering tot en met zeer hoog).

In de maatregelen formuleert de inspectie dat de implementatie van de (nog op te stellen) veldnormen moeten worden opgenomen in de plannen van aanpak tot zorgverbetering op de opnameafdelingen. Onderdeel hiervan zijn duidelijke afspraken over de samenstelling, kwantiteit en kwaliteit van het personeel aanwezig op de opnameafdeling. Verder moeten GGZ-instellingen een alternatieve infrastructuur voor afzondering aanwezig hebben, zorgdragen voor een systematische kennisuitwisseling op basis van onder meer (Argus)registratie en een transparante documentatie over zorgtoepassingen en in het bijzonder dwangmaatregelen waaronder separeren (IGZ 2008). De geformuleerde maatregelen hebben daarmee een relatief open karakter waarbij de *best practices* als leidraad kunnen dienen voor de exacte invulling.

Tijdens het thematisch toezicht overlijdt een cliënt in een separatiecel in Sociaal Psychiatrisch Dienstencentrum Oost (SPDC Oost) in Amsterdam. De media pikken dit op en berichten over hoe cliënten in de GGZ lijdend voorwerp zijn gemaakt van een onhumane behandelomgeving, voorbijgaand aan alle andere aspecten die van belang worden geacht door de IGZ en GGZ Nederland aan de omgang met moeilijke cliënten in de GGZ. Aanvankelijk lijkt de berichtgeving in de media te leiden tot ook een enkelvoudige benadering van de separatieproblematiek in de politiek. Het spoeddebat in oktober 2008 en de Kamervragen laten hier ook geen misverstand over bestaan: separaties moeten drastisch minder! Daarnaast is er echter ook aandacht voor de meer complexe problematiek rond separaties als onderdeel van de opvang van moeilijke cliënten. Ook GGZ-instellingen zelf lieten zich niet onbetuigd naar aanleiding van de media-aandacht. Zo gaven enkele instellingen aan te gaan streven naar het uitbannen van separaties. Andere instellingen reageerden hierop dat dit nooit gehaald kan en moet worden binnen Nederland ondermeer omdat het zou betekenen dat andere middelen zoals gedwongen medicatie ingezet zouden moeten worden. In het buitenland gebeurt dit veel vaker, maar in Nederland is hiertegen tot nu toe veel verzet. En terecht, zo betoogden deze instellingen. Deze verschillende reacties geven al aan dat ook binnen het veld geen overeenstemming is over de wijze waarop met separatie moet worden omgegaan en dat de problematiek rond separaties nog tal van ambiguïteiten kent.

Hoewel de vele aandacht voor (de omstandigheden rondom) separatie de probleemdefiniëring van de casus gedurende deze fase van het onderzoek zou kunnen hebben beïnvloed, lijkt dit niet het geval te zijn geweest. De druk op de IGZ om toezicht te

houden op dwangbehandelingen in de GGZ nam wel toe. Het thematisch onderzoek lijkt echter niet veranderd te zijn in opzet. Er is niet van het aanvankelijke projectplan afgeweken.

Samenvatting

Ook in de fase van het schrijven van de rapportage over het thematisch toezicht blijkt geregeld afstemming met het veld plaats te hebben, zij het dat de mate waarin en het moment waarop dit gebeurt verschilt. In sommige gevallen zijn er strategische redenen om afstemming te beperken, zoals bij het laatste TT over de huisartsenposten, waar de inspectie uitlekken van het rapport lijkt te vrezen vanwege de toegepaste *naming and shaming* strategie. Bij het TT over separatie blijkt het praktisch lastig om met de koepel te overleggen maar worden wel de afzonderlijke instellingen betrokken. Ook wie het rapport schrijft varieert van geval tot geval: soms is het de gehele projectgroep, soms alleen de projectleider; in sommige gevallen wordt externe hulp ingeroepen, in andere niet.

De ruimte van de inspectie in deze fase lijkt groot te zijn. De inspectie formuleert haar conclusies zelfstandig en het is ook de inspectie die bepaalt of en op welke manier het veld wordt betrokken. Indien dit wel gebeurt kan de inspectie bovendien zelf bepalen of het opmerkingen al dan niet verwerkt. Ten aanzien van de probleemdefiniëring lijkt in het proces van rapportage niet veel te veranderen; dat is zelfs het geval voor het TT over separatie, ondanks de sterk toegenomen maatschappelijke discussie. In de volgende paragraaf onderzoeken we of dit ook geldt voor de laatste fase van het proces van thematisch toezicht: de nazorg.

4.5 Nazorg en follow up

Huisartsenposten

Op de dag dat het rapport 'Kwaliteit huisartsenposten verbeterd sinds 2003' uitkwam, ging ook het persbericht van de inspectie naar buiten. Vlak daarvoor werd de VHN geïnformeerd over de inhoud van het persbericht. Dit had niet tot doel om de inhoud van het persbericht af te stemmen tussen de inspectie en de VHN. Het doel was om de VHN tijdig te informeren over wat de inspectie in de media zal berichten. De VHN maakt haar eigen persbericht. Na publicatie van het geaggregeerde rapport werd het naar de betrokken stakeholders gestuurd. Verder was het rapport geagendeerd bij de eerst volgende bijeenkomst van het bestuurlijk overleg en het bureauoverleg van het relevant gremium en werd het gepresenteerd op congressen.

Het rapport riep veel weerstand op bij de koepel en de huisartsenposten. De huisartsenposten vonden volgens de inspectie dat er na de eerste twee thematische toezichten al veel was gedaan aan kwaliteitsverbetering en voelden zich niet erkend in de inspanningen die ze hadden verricht. De inspectie gaf met het rapport aan dat de posten op de goede weg waren maar er nog niet waren. Ondanks de mildere toon, kwam er een storm van kritiek van de koepel en ook van huisartsenposten die bij naam waren genoemd in het rapport omdat zij niet aan de norm voor telefonische bereikbaarheid zouden hebben voldaan.

De reactie van de VHN was ook ingegeven door de inhoud van de brief van de minister aan de Tweede Kamer (kenmerk CZ/EZ 2735815) waarin alle conclusies van het inspectierapport waren overgenomen. Zo benoemt de minister in de brief behalve het ontbreken van de normen voor opleiding en vakbekwaamheid van de triagist voor de triage, ook de ontwikkeling en implementatie van landelijke richtlijnen op het terrein van veiligheid en infectiepreventie, schouwen van overledenen en medicijnbeheersing- en bewaking. De minister betreurt het ook dat tot op heden een maat ontbreekt om te toetsen of er voldoende huisartsen en triagisten op de posten aanwezig zijn en gaat in op het somberder beeld van

de spoedoproepen. De minister vindt het een goede zaak dat de inspectie richting de VHN zal bevorderen dat deze richtlijnen er ook binnen een jaar komen en bij de huisartsenposten geïmplementeerd zijn.

Volgens de VHN deed het rapport van de inspectie en de brief van de minister echter onrecht aan wat er inmiddels gebeurd was aan kwaliteitsverbetering in de huisartsenposten. In de lange periode tussen het onderzoek en het verschijnen van het rapport was bijvoorbeeld een trainingsprogramma voor triagisten ontwikkeld en geïmplementeerd. "Ik heb dat niet als netjes ervaren dat dat niet ergens vermeld stond", aldus de senior beleidsmedewerker van de VHN. De reactie van NPCF was van een andere orde. Hoewel er geen overleg is geweest tussen de NPCF en de inspectie over de bevindingen en de maatregelen van het onderzoek, kon de NPCF zich goed vinden in de maatregelen 'Als de inspectie vindt dat je binnen 2 minuten geholpen moet worden dan vind je dat als patiëntenbeweging een heel mooie norm' (destijds programmacoördinator NPCF).

Gezien de snelle opeenvolging van thematische onderzoeken naar de huisartsenposten besloot de inspectie geen formeel follow-up onderzoek meer in te stellen. Het toezicht ging over in incidenten toezicht en gefaseerd toezicht (projectleider thematisch toezicht huisartsenposten). Wel is er nog veel contact gehouden met de VHN omdat vanwege de reactie van de koepel de projectleider zich af vroeg of het veld de maatregelen wel adequaat zou oppakken.

Er was veel weerstand bij de koepel tegen sommige maatregelen uit het rapport, waardoor ik er niet van overtuigd was dat de koepel de maatregelen zou oppakken. Door in elk bureauoverleg te vragen naar de concrete resultaten is de ontwikkeling van de protocollen sneller verlopen en zijn ze nu grotendeels geïmplementeerd.

De koepel geeft de inspectie hiervoor 'de credits'. Volgens de senior beleidsmedewerker van de VHN zijn door de 'signaleringen' van de inspectie de onderwerpen voor protocollen zoals lijkschouwing, infectiepreventie, kindermishandeling etc hoger op de agenda gekomen. Dat ligt anders bij de norm ten aanzien van telefonische bereikbaarheid bij niet-spoed. In 2008 heeft de inspectie in samenwerking met de NPCF onderzoek gedaan naar de telefonische bereikbaarheid van (individuele) huisartsenpraktijken tijdens kantooruren bij spoed en niet-spoed (IGZ and NPCF 2008). In dit onderzoek zijn dezelfde normen gebruikt voor telefonische bereikbaarheid bij spoed en bij niet-spoed als in het onderzoek naar de huisartsenposten, respectievelijk 30 seconden en 2 minuten. De minister schrijft in zijn aanbiedingsbrief van het rapport aan de Tweede Kamer (kenmerk CZ/EKZ/2874503) dat de norm die de inspectie gebruikt in dit onderzoek ook voor de huisartsenposten dient te gelden. De sector zou deze norm moeten gaan hanteren of een 'betere' norm moet formuleren en implementeren. In reactie op de brief van de minister schrijven de NHG en de LHV in een gezamenlijke reactie verbaasd te zijn over de 2 minuten norm van de inspectie (brief NHG en LHV met kenmerk 3193/JH/ab). De norm is niet onderbouwd en men vindt het in tegenspraak met de wensen van de minister voor *evidenced based* richtlijnen. In de brief is opgenomen dat de LHV opdracht zal geven voor een analyse om te achterhalen wat de oorzaken zijn voor de matige bereikbaarheid. Daarna zal de beroepsgroep op basis van deze analyse komen met een goed onderbouwde en haalbare norm voor alle huisartsen.

Separatie

Als nazorg op het thematisch toezicht heeft de IGZ aangehaakt bij een door het veld georganiseerd congres 'Van beheersen naar voorkomen' waar de resultaten van de Dwang en Drang projecten zouden worden gepresenteerd. Volgens GGZ Nederland vormde dit congres de start voor de borging van de behaalde resultaten binnen de sector en de voortzetting van de ingezette koers. Op dit congres heeft ook de IGZ haar bevindingen gepresenteerd en heeft ook Minister Klink gesproken.

... die Meervaart conferentie [...] was in eerste instantie een conferentie van het veld zelf waar de projecten 'Dwang & Drang' gepresenteerd zouden worden. En wij hebben naar aanleiding van die rapportage van 2008 van de IGZ gezegd, laten we daar een drieluik van zien te maken. Het veld geeft aan wat ze aan het doen zijn, de inspectie geeft aan waar het nog anders en beter zou kunnen en ook VWS, want daar heb je hem, dat moet ook geen afwezige zijn in deze, geeft aan dat het haar waard is, hoe haar beleid is, hoe zij daarop wil aansluiten. (projectleider voorkomen van separatie IGZ)

De follow-up van de aanbevelingen uit het rapport wordt gedaan tijdens het halfjaarlijks overleg tussen de inspectie en de GGZ-instelling. Naast dit vervolg op de rapportages op instellingsniveau heeft de IGZ veel tijd gependend aan de verdere landing van de geaggregeerde rapportage op landelijk niveau.

Maar er stonden natuurlijk ook meer generieke aanbevelingen in. En die zijn in die drie partijen afsprakenstelsel opgenomen. GGZ *in the lead* als het gaat over de normontwikkeling, die veldnorm ontwikkeling voor de intensive care unit, met medeweten van, en met gebruikmaking van IGZ en VWS. (programmaleider IGZ)

In het vervolgonderzoek naar het (voorkomen van) separeerbeleid is door de normontwikkeling van het veld in 2009, het toetsingskader voor de IGZ duidelijker ingebed geraakt in de praktijk en vice versa.

Maar we hebben eerst die veldnormen gemaakt en nu ze min of meer die vaste vorm beginnen te krijgen, kijken we of dat het toetsingskader van de IGZ daarop aansluit. Daar staan een aantal vragen of items in, waarvan iedereen zegt: prima. Daar moet je inderdaad naar kijken en is daar niets op tegen. [...] Overigens nemen we in die veldnormen wel weer dat toetsingskaders van de inspectie mee. Ze proberen dat zoveel mogelijk op elkaar aan te laten sluiten. (Projectleider Dwang & Drang)

Ook blijkt uit notulen van een overleg begin 2009 tussen de IGZ en GGZ-verpleegkundigen dat naar aanleiding van het rapport afspraken zijn gemaakt over ondermeer de ontwikkeling van een (multidisciplinaire) richtlijn.

Naast de landing en nazorg van de bevindingen van dit thematisch toezicht bleek dat er een grote vraag was voor continuering van het toezicht op het gebruik van dwangmaatregelen in de GGZ. In feite was er geen ruimte voor het niet agenderen van vervolgonderzoek. Vooral vanuit de Tweede Kamer en het Ministerie van VWS was er grote druk om een follow-up te organiseren. Ook de IGZ zelf besepte dat verder onderzoek noodzakelijk was. Naast het vervolg geven aan de toetsing van de al geïnspecteerde instellingen en de aanwezigheid van plannen van aanpak is ook vervolgonderzoek opgezet in de vorm van een nieuw thematisch toezicht waarbij wederom een 40-tal GGZ-instellingen (andere dan in het voorgaande thematisch toezicht) werden getoetst.

In dit geval is er bij gekomen, a, dat wij zelf constateerden dat er toch relatief grote verschillen waren tussen instellingen, ondanks het feit dat de beweging al wat langer ingezet was in het veld. En dat het natuurlijk ook [...] dynamiek in de omgeving, veel aandacht genereerde rondom het onderwerp. En dat heeft ons ertoe gebracht om te zeggen, overigens mede in relatie met overleg dat de minister hierover in de Kamer heeft gevoerd, we gaan vervolg geven. (Programmaleider, IGZ)

Na afronding van het TT is in de follow-up het normatief kader als vast beschouwd. Instellingen worden nu getoetst op aanwezigheid en borging van beleid ter preventie van separatie op basis van een lijst met aspecten die aanwezig moeten zijn binnen een instelling. Bovenal wordt getoetst of instellingen voldoen aan de in het kader van het gefaseerd toezicht opgestelde norm het aantal separaties met 10% per jaar te doen dalen.

Een hoge mate van responsiviteit wordt door zowel GGZ Nederland als het programma GGZ binnen de IGZ gezien als voorwaarde voor het genereren van effecten in de dagelijkse GGZ-praktijk. Wederzijds zijn er inspanningen geweest om de toezichtrapportage (IGZ) en de

ontwikkeling van veldnormen (GGZ Nederland) op elkaar in te laten haken. Vooral in de nasleep van de rapportage op het gebied van de normontwikkeling blijkt een hoge mate van betrokkenheid en een directe wisselwerking tussen GGZ Nederland en de IGZ. Het IGZ toetsingskader wordt ingezet om vorm te geven aan de ontwikkeling van de veldnormen.

Samenvatting

Hoewel in formele zin het thematisch toezicht is afgerond met de publicatie van het rapport blijft de inspectie ook daarna op verschillende manieren actief, zowel op formele als informele wijze. In de eerste plaats worden de resultaten en aanbevelingen voortkomend uit het TT uitgedragen middels presentaties op conferenties en in gesprekken met de koepels en beroepsorganisaties. Doel hiervan is niet alleen de bekendheid van het veld met het rapport te vergroten maar vooral om het veld in beweging te brengen voor normontwikkeling op de geconstateerde problemen.

In het geval van de huisartsenposten leidt dit er toe dat op tal van deelonderwerpen richtlijnen tot ontwikkeling komen. Alleen de telefonische bereikbaarheid blijft een spanningspunt waar ondanks de druk vanuit het ministerie het veld blijft volharden in haar eerder geformuleerde standpunt en een alternatieve benadering voorstaat. Dit is ook het geval als de problematiek door de inspectie, in samenwerking met de NPCF, wordt verbreed naar huisartsenpraktijken. In dit geval scharen de NHG en de LHV zich achter het eerder door de VHN geformuleerde beleid, zij het dat in dit geval wordt aangekondigd nader onderzoek te doen om de *evidence base* voor het beleid te versterken.

Ook in de separatiecasus leidt het overleg tussen de inspectie en het veld na publicatie van het rapport tot verdere normontwikkeling. De inspectie zet hier vooral in op het overnemen door het veld van de in het TT geconstateerde *best practices*, in samenhang met de binnen het project Dwang & Drang geformuleerde normenkader.

Naast de informele overleggen hanteert de inspectie ook zijn formele toezichtsinstrumentarium om de geconstateerde problematiek blijvend onder de aandacht te brengen. In het kader van de huisartsenposten bestond dit door het uitvoeren van twee follow up thematische toezichtsprojecten. Na de laatste *follow up* is afgezien van verdere follow up, maar is een soortgelijk onderzoek herhaald bij huisartsenpraktijken. In het geval van de separatie is, mede door de maatschappelijke druk maar ook gezien de door de inspectie geconstateerde grote variatie wel voor een *follow up* gekozen, maar wordt ook gefaseerd toezicht toegepast. Bovendien is naar aanleiding van het incident in de SPDC Oost incidententoezicht ingezet.

In deze fase van het TT blijkt opnieuw de beleidsruimte van de IGZ groot te zijn, hoewel die wordt ingeperkt door de bereidheid van het veld om vervolg te geven op de geformuleerde aanbevelingen en de maatschappelijke druk op specifieke problemen. In het geval van de telefonische beschikbaarheid van huisartsenposten bij niet-spoed blijkt de inspectie, ondanks steun vanuit het ministerie, toch niet in staat het veld in de gewenste richting te bewegen. Anderzijds is de inspectie slechts ten dele in staat de ambiguïteiten rond de separatie-problematiek op de agenda te houden. Waar met de nadruk op het overnemen van *best practices* nog een zekere mate van openheid wordt gehouden, blijft anderzijds de focus op het terugdringen van separaties bestaan.

4.6 Conclusie

In dit hoofdstuk hebben we aan de hand van de casus van de huisartsenposten en het separatiebeleid in de GGZ onderzocht op welke wijze risicoproblemen gedurende het

thematisch toezicht worden gedefinieerd en welke speelruimte de IGZ hierin heeft. Drie vragen stonden centraal:

- Hoe wordt gedurende de doorloop van de case het probleem gedefinieerd?
- Door wie wordt het probleem vorm gegeven?
- Wat is de ruimte van de inspectie in dit proces en hoe verloopt de afstemming over de probleemdefinitie?

In dit hoofdstuk hebben we laten zien dat gedurende het proces van het thematisch toezicht de definitie van het risicoprobleem verandert en dat een risicoprobleem verschillend gepercipieerd kan worden door betrokkenen. Dit kan de ruimte van de inspectie beïnvloeden.

Het valt op dat in beide onderzochte casus de risicoproblemen in de agenderingsfase complex, onzeker of ambigue zijn. In de casus van de huisartsenposten was bij het eerste thematisch toezicht nog weinig bekend over het fenomeen huisartsenposten in het veld en bij koepels. Er ontbrak kennis over de risico's en de gevolgen die deze risico's hebben. Ook de normen ontbraken in deze fase nog. In de casus over separatie werd aanvankelijk nog een eenvoudig risicoprobleem geagendeerd maar voordat het thematisch toezicht daadwerkelijk werd uitgevoerd was, vanwege de complexiteit van geagendeerde onderwerp, het risicoprobleem al opgeschaald naar een complex risicoprobleem. De Inspectie heeft in beide casus afstemming gezocht met belanghebbende partijen over de definiëring van het probleem. De input van de stakeholders is geïnternaliseerd in de definiëring van het type probleem. In de GGZ casus leidde dat tot een verschuiving van het risicoprobleem.

De media en de politiek hebben in beide casus van het thematisch toezicht een andere definitie van het risicoprobleem dan de inspectie. De eenvoudige perceptie van het risicoprobleem door de media en de politiek levert druk op de Inspectie om het probleem snel op te lossen. Omdat de Inspectie in beide casus de complexiteit van het probleem erkent neemt ze en heeft ze de ruimte om die complexiteit het onderwerp van onderzoek te maken. Daarmee neemt de inspectie wel de externe signalen mee in haar onderzoek maar is het niet van invloed op de ruimte van de Inspectie om zelf het probleem te definiëren. Ook was het in de casus over de huisartsenposten niet van invloed op de ruimte van de inspectie om het momentum te bepalen voor de start van het thematisch toezicht.

In de fase daarna, de uitvoering van het thematisch toezicht, wordt op basis van de gedefinieerde risicoproblemen het toetsingskader ontwikkeld. In deze fase is het toetsingskader van het initiële thematisch toezicht gericht op het meer in beeld krijgen van de complexe, onzekere en ambigue risicoproblemen zoals die zijn gedefinieerd in de agenderingsfase. Het toetsingskader wordt afgestemd met de stakeholders en komt, hoewel door de Inspectie opgezet, in consensus tot stand. Daarmee verandert de situering van het risicoprobleem niet ten opzichte van de fase van agendering. In de follow up daarentegen valt het op dat in beide casus de problematiek nader wordt ingekaderd. Daarmee migreert het risicoprobleem wel van ambigue of onzeker naar complex of eenvoudig.

Deze vereenvoudiging van het probleem leidt er niet vanzelfsprekend toe dat er ook consensus ontstaat over de precieze normering. Wel wordt de ruimte voor discussie sterk ingeperkt. Er lijkt sprake van een *agreement to disagree* waarbij de invulling van de norm nog aan discussie onderhevig is. Dit geldt bijvoorbeeld voor de normen voor bereikbaarheid in de casus voor de huisartsenposten. De ruimte van de inspectie om in dit geval toch tot normstelling en handhaving over te gaan is zeer beperkt. De inspectie is afhankelijk van het veld om met eigen normen te komen en kan niet naar een andere instantie verwijzen die dat op zich kan nemen. Als het veld dit niet oppakt, of op een andere benadering blijft zitten dan de inspectie voorstaat, ontstaat een *sur place* die niemand kan doorbreken.

De probleemdefinitie verandert in de fase van rapportage niet veel. Wel kunnen maatregelen en aanbevelingen uit het rapport aan de oorsprong staan van de situering van het risico-probleem. Over het algemeen zijn die gericht op normontwikkeling waardoor problemen kunnen verschuiven naar complex of naar eenvoudig. In een eventueel follow up wordt onderzocht in hoeverre maatregelen zijn opgevolgd. Het probleem wordt door de inspectie vormgegeven en de inspectie heeft daar alle ruimte in. De inspectie formuleert zelfstandig de conclusie, maatregelen en/of aanbevelingen. De informatie die tot de conclusie, maatregelen en/of aanbevelingen heeft geleid (de bevindingen van het onderzoek) is in beide casus afgestemd met het veld, zij het op een andere wijze. Strategische en praktische redenen liggen daaraan ten grondslag. Ook externe druk door de politiek of de media beïnvloeden de definiëring van het probleem door de inspectie niet in deze fase en beperken daardoor de ruimte van de inspectie niet.

In beide in dit hoofdstuk onderzochte casus blijkt gedurende het proces van het thematisch toezicht, en meer nog in de elkaar opvolgende TT's een reductie van onzekerheid ten aanzien van de problemen op te treden. Terwijl de agendering van het TT steeds begint met aandacht voor een 'enkelvoudig probleem' in de media en de politieke arena, neemt de inspectie in deze eerste fase steeds een meer overkoepelende inventariserende houding, die er van uit gaat dat de gesignaleerde problemen onderdeel zijn van een complex geheel. Gedurende het eerste TT en de periode daarna wordt, in overleg met het veld, gewerkt aan een normenkader dat het mogelijk maakt meer grip te krijgen op de gesignaleerde problemen. Dat betekent niet dat alle onzekerheid wordt gereduceerd, maar wel dat problemen langzamerhand verschuiven van ambigue of onzeker naar eenvoudig of complex. Deze verschuiving maakt het mogelijk op achtereenvolgende TT's een meer specifiek normenkader te hanteren. Tegelijkertijd kunnen we constateren dat ook wanneer deze reductie van onzekerheid optreedt, dit nog niet betekent dat de specifieke normstelling ook gedeeld wordt. Wanneer het veld blijft aandringen op andere (vormen van) normstelling blijkt het lastig voor de inspectie om hier verdere stappen te ondernemen.

Dit roept de vraag op hoe de inspectie omgaat met het spanningsveld tussen responsiviteit ten aanzien van het veld en zijn eigen onafhankelijkheid als toezichthouder. Dit spanningsveld is het onderwerp van het volgende hoofdstuk.

5 Responsiviteit en onafhankelijkheid

Het vinden van een productieve balans tussen afstand en nabijheid is een praktische en pragmatische opgave die in zijn concrete uitwerking van geval tot geval verschilt. Het is in dat opzicht een bewerkelijke conclusie: gespannen afhankelijkheid moet zich in de praktijk realiseren en kan niet, zoals absolute onafhankelijkheid, de jure worden nagestreefd. Toch is het verre te prefereren boven de Tantaluskwelling van zo veel mogelijk onafhankelijkheid, omdat het de onvermijdelijke informatieasymmetrie mitigeert, de behoefte aan toezicht dempt en bijdraagt aan vitale leerprocessen (Schillemans 2008, 10)

5.1 Inleiding

In januari 2009 komt de IGZ in opspraak naar aanleiding van mogelijk traag en onvoldoende reageren op meldingen in 2000 en 2004 over het disfunctioneren van een neuroloog van het topklinisch ziekenhuis Medisch Spectrum Twente (MST). Het haperende toezicht van de IGZ op de neuroloog van het MST is aanleiding geweest voor verder onderzoek naar het functioneren van de IGZ. Diverse rapportages gaan in op het handelen van de IGZ inzake het disfunctioneren van de neuroloog. Na het *Onderzoeksverslag inspectiehandelen bij gebeurtenissen rond een neuroloog in Twente* op basis van een intern IGZ-onderzoek (Inspectie voor de Gezondheidszorg 2009) volgt op verzoek van het Ministerie van VWS een onafhankelijk advies onder leiding van professor Legemaate (2009). Dit in mei 2009 gepubliceerde advies gaat voornamelijk in op de door IGZ geconstateerde gebreken in de toetsing en handhaving van verantwoorde zorg betreffende het toezicht op de neuroloog in het MST en de daarop gebaseerde voorstellen van het IGZ tot aanpassing van het toezicht, waaronder ook wettelijke aanpassingen. Niet alleen het Ministerie van VWS heeft om een extern onderzoek gevraagd, ook de Raad van Bestuur van het MST wil openheid van zaken en besluit tot het instellen van een onafhankelijke onderzoekscommissie; de Commissie Lemstra. In september 2009 rapporteert de commissie Lemstra niet alleen aan de RvB van het MST maar ook aan Het Ministerie van VWS en de IGZ haar bevindingen (Lemstra et al. 2009).

Zowel het advies van Legemaate als de commissie Lemstra rapporteren over het voortdurend balanceren van de IGZ tussen vertrouwen en controle passend binnen de zorgsector:

Veel kan worden bereikt door middel van een open relatie met zorginstellingen en beroepsbeoefenaren. Centraal staan daarbij gezag en overredingskracht, en fungeren formele bevoegdheden en instrumenten voornamelijk als stok achter de deur. De IGZ moet het vooral hebben van alertheid, deskundigheid en gezag. Waar nodig moet de IGZ hard en formeel ingrijpen, maar van een te verregaande accentverschuiving van vertrouwen naar repressie en controle zijn meer nadelen dan voordelen te verwachten. Daarmee moet bij het formuleren van nieuw (wetgevings)beleid rekening worden gehouden. (Legemaate 2009, p.7)

Juist vertrouwen is een van de broodnodige randvoorwaarden voor een gezonde relatie tussen de IGZ als toezichthouder en de zorginstellingen en zorgverleners waarop wordt toegezien. Ook de huidige IG geeft in ons interview aan dat de basis voor elke vorm van toezicht vertrouwen is. "Als de inspectie zou uitgaan van wantrouwen wordt de informatie niet verkregen. De kunst en kunde van het inspecteren is dat de inspectie precies in de gaten heeft wanneer vertrouwen niet gerechtvaardigd is zodat de inspectie dan wat anders gaat doen dan het op basis van zelfregulering en intrinsieke motivatie overlaten." Desalniettemin is een van de bevindingen van de commissie Lemstra dat de IGZ te veel vertrouwen heeft gehad in de onderzoeksbevindingen van de MST zelf. De onafhankelijkheid van de IGZ wordt vervolgens in het rapport ter discussie gesteld.

De IGZ heeft zich al met al in deze kwestie veeleer als "sparring partner" van het MST en van Jansen

opgesteld, dan als toezichthouder en handhaver van de kwaliteit van zorg. (...) Hoewel een zekere vertrouwensrelatie tussen de RvB en de IGZ voordelen heeft is de commissie van mening dat deze niet opwegen tegen de nadelen, namelijk dat de kans bestaat dat de toezichthouder te zeer geëngageerd raakt en onvoldoende afstand bewaart om zijn toezichthoudende en handhavende taak uit te voeren (Lemstra et al. 2009, p.44 en 51).

Nauw verwant aan de balans tussen vertrouwen en controle is het voortdurend balanceren van de IGZ tussen responsiviteit en onafhankelijkheid ten opzichte van de belanghebbenden. Door het veld actief te betrekken bij het proces van thematisch toezicht verwerft de Inspectie legitimiteit vanuit het veld. Aan de andere kant is “[...] in dit veld van veel verschillende krachten [...] een onafhankelijke en onpartijdige IGZ van belang om zo objectief mogelijk het vertrouwen in kwaliteit en veiligheid te borgen.” (commissie Abeln 2001) De commissie refereert voornamelijk aan een zelfstandige werkwijze ten opzichte van de Minister van VWS en politiek, maar ook aan de positie van de IGZ ten opzichte van de zorgaanbieders. Openheid en transparantie zijn vereisten waaraan de IGZ moet voldoen om zich te kunnen verantwoorden naar betrokken partijen en de maatschappij. Daarbij houdt open en transparant ook in ‘toegankelijk’ in de zin van bereikbaar en zichtbaar. Van responsiviteit wordt niet of nauwelijks gerept door de commissie; toch lijkt de definitie van open en transparant ook in toegankelijkheid een vorm van responsiviteit te impliceren.

Dit hoofdstuk zal aan de hand van twee case studies ingaan op de wijze waarop de IGZ balanceert tussen responsiviteit en onafhankelijkheid binnen het proces van thematisch toezicht, alsook de relatie van deze balans met het probleem dat binnen het betreffende thematisch toezicht centraal staat. De eerste casus is het TT naar het preoperatieve proces, meer bekend als TOP 1. De tweede casus handelt over het lokaal gezondheidsbeleid.

De wijze waarop de balans tussen responsiviteit en onafhankelijkheid is vormgegeven wordt voor beide casus in de verschillende fasen van het proces van thematisch toezicht (zie 4.1) onderzocht en geanalyseerd. Telkenmale zal geprobeerd worden de relatie te leggen naar hoe het probleem dat centraal stond in de casus was gedefinieerd door de IGZ en de verschillende belanghebbenden en de mate van responsiviteit dan wel onafhankelijkheid van de IGZ zoals ervaren door de IGZ en de belanghebbenden.

Deze verschillende relaties met belanghebbenden heeft zijn implicaties voor de wijze waarop het toezicht wordt vormgegeven. De wijze waarop de relatie wordt aangegaan kan bepalend zijn voor de uiteindelijke effecten van het toezicht. Beide case studies hebben zo een eigen netwerk van belanghebbenden. In het geval van het TOP 1 zijn de belangrijkste actoren zoals gedefinieerd binnen het TOP-onderzoek:

- De Orde van Medisch Specialisten
- De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (Nvvh)
- De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
- De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NvA)
- De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)
- Ministerie van VWS
- De Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NPCF)

Op basis van de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet BIG kunnen deze partijen aangewezen worden als belanghebbenden in het afstemmen van verantwoorde zorg in het operatief proces. De koepels en beroepsverenigingen zijn belanghebbenden omdat zij de onder toezicht gestelden vertegenwoordigen. De NPCF is een belanghebbende omdat zij de belangen van de zorgvragers behartigt. Het Ministerie van VWS heeft haar taak van toezicht op het behouden en verbeteren van de kwaliteit van de Nederlandse Gezondheidszorg gedelegeerd naar de IGZ. In die zin is het Ministerie van VWS een relevante gesprekspartner wanneer het gaat om het afbakenen van thema's waarop kan worden toegezien en de middelen van handhaving die de IGZ ter beschikking heeft.

Binnen het thematisch toezicht naar de gemeentelijke nota's lokaal gezondheidsbeleid (kortweg TT NOTA) spelen de volgende actoren een belangrijke rol:

- Gemeenten
- Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en)
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten
- GGD Nederland
- Ministerie van VWS

Hoewel in 1995 al de eerste berichten vanuit de IGZ over de bestuurlijke betrokkenheid van gemeenten bij de preventie en bevordering van volksgezondheid naar buiten kwamen, lijkt pas met de aangepaste Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) in 2003 de Nederlandse gemeenten daadwerkelijk toegevoegd te zijn aan het arsenaal van actoren waar zij op toeziet. Vooral de toezichtonderzoeken uitgevoerd voor de Staat van de Gezondheidszorg 2005 hebben de gemeenten als onder toezicht gestelden geagendeerd. De IGZ houdt toezicht op de kwaliteit van de publieke gezondheidszorg. In de Wet Publieke Gezondheid (WPG) (voorheen WCPV) is geregeld dat de IGZ dient toe te zien op een adequate uitvoering van het gemeentelijk gezondheidsbeleid. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor het organiseren van de lokale openbare gezondheidszorg ondermeer door de aansturing van de regionale GGD'en en het vaststellen van een vier-jaarlijkse nota lokaal gezondheidsbeleid. De positie van de IGZ ten opzichte van de gemeenten is echter precair. Zo legt de WPG wel de toezichtfunctie van de IGZ vast, maar verbindt daaraan geen sanctionerende mogelijkheden zoals de Kwaliteitswet Zorginstellingen dit wel doet bij zorginstellingen die geen verantwoorde zorg leveren. Dit betekent dat de IGZ een andere verhouding heeft ten opzichte van gemeenten dan bijvoorbeeld ten opzichte van zorginstellingen. Gezien de beperkte dwang en drang die de IGZ in het geval van gemeenten kan uitoefenen is een responsieve houding in dit geval mogelijk nog belangrijker voor de effectiviteit van het toezicht.

5.2 Agendering

Preoperatief proces

In 2004 wordt het thematisch toezicht naar de veiligheid van het operatief proces binnen de IGZ geagendeerd naar aanleiding van signalen dat er te veel calamiteiten plaatsvonden op een OK en dat er een hoog risico was op fouten in het operatieve proces. Bij aanvang van het project toezicht operatief proces (TOP) wordt de rol van de Taskforce Patiëntveiligheid beschreven. Deze Taskforce is een overkoepelende werkgroep die het inspectiebrede project Patiëntveiligheid aanstuurt met als doel 'een aantoonbare vermindering van de vermijdbare schade in de gezondheidszorg' te bewerkstelligen. Het project Patiëntveiligheid is opgedeeld in een aantal deelprojecten waarvan TOP er een is. De doelstelling van het deelproject TOP is het "...zorgen voor een veiliger operatief proces met minder ongevallen bij herstel en een daling van het aantal preoperatieve fouten (zoals verwisselingen)." (IGZ 2004).

Het thema veiligheid van het operatief proces wordt verder geagendeerd in de projectgroep TOP door te beschrijven hoe het operatief proces er uit ziet en hoe dit beoordeeld dient te worden. Op basis van de beschrijving van het operatief proces wordt door de projectgroep aangegeven dat de voorkeur voor het eerste TOP-project uitgaat naar het onderzoeken van het preoperatieve proces (het zogenaamde TOP 1). Het preoperatieve proces binnen de heilkunde, zo wordt geoordeeld, is een relatief simpel proces dat elementen in zich draagt die ook representatief kunnen zijn voor de complexere preoperatieve processen.

Het vakgebied van het specialisme heilkunde biedt een brede keuze aan frequent voorkomende processen met een relatief eenduidige opbouw, waardoor goed inzicht in de basishandelingen mogelijk is. Door het onderzoek te beperken tot basishandelingen komt het fundament van de patiëntveiligheid in het operatieve proces helder in zicht. Andere vakgroepen maken evenzeer gebruik van de

basiscomponenten die ook bij de heelkunde worden toegepast. Daardoor kan het onderzoek als representatief voor andere specialismen gelden. (IGZ 2007b).

De uiteindelijke afbakening van het onderwerp is gericht op het preoperatieve proces dat de patiënt met een electief te behandelen probleem in het vakgebied van de heelkunde doorloopt. Omdat de meldingen die de Inspectie heeft ontvangen vooral betrekking hebben op de overdracht en op de communicatie op de OK wordt de focus binnen het TT hierop gelegd (IGZ 2007b). Voor de afbakening van het TT is wel gesproken met de beroepsverenigingen maar die gesprekken hebben geen invloed op de uiteindelijke keuze, die vooral door de projectleider, een voormalig chirurg, wordt gemaakt:

We zijn pas later met het veld gaan praten. We zijn begonnen vanuit mijn expertise en de focus hebben wij zelf bepaald. (respondent projectleider TOP)

Dit is opvallend omdat juist wat betreft de communicatie en informatieoverdracht in het operatieve proces weinig in richtlijnen is vastgelegd. De IGZ heeft daarmee een onzeker probleem geagendeerd, zonder intensief overleg in hoeverre het ontbreken van communicatie en informatieoverdracht in het preoperatieve proces ook daadwerkelijk betekent dat hierover consensus heerst in de praktijk.

Uit onze interviews met de koepels blijkt dat in het geval van de agendering van het operatief proces en de opsplitsing van het operatief proces in drie deelprojecten (TOP 1 tot en met 3) het niet zozeer de keuze van het onderwerp is waarover gecommuniceerd zou moeten worden vanuit de IGZ (inhoudelijke responsiviteit), maar vooral het feit dat dit onderwerp op de agenda is komen te staan (procedurele responsiviteit).

...en als je natuurlijk in zo'n stramien van kijken wat komt er voor onderzoek aan, wat voor follow ups zijn er dit jaar gepland en waar moeten wij als branche vereniging eventueel een stap in maken door contact te zoeken met de Orde of met de NFU?(...) Dat staat ook vaak in die thematische rapporten: we verwachten die en die rol. (...) Je kan niet zeggen: vandaag het rapport ontvangen en dan morgen een rol hebben. Ook wij hebben begrotingen en mensen die we moeten inzetten. Dus als wij worden geacht om in het vervolg van thematische onderzoeken te participeren, dan moeten we dat kunnen plannen. (senior adviseur NVZ).

De koepels geven aan vooral bekend te willen zijn met het thema en graag op voorhand het onderwerp te willen weten opdat zij niet overdonderd wordt door plots verschenen toezicht resultaten. Voor koepels zoals de NVZ kan het van belang zijn om tijdig, dus aan de beginfase van het onderzoek, contact te kunnen zoeken met andere koepels en brancheverenigingen.

Lokaal gezondheidsbeleid

In tegenstelling tot de agendering van TOP 1, bevindt het onderzoek naar de gemeentelijke nota's lokaal gezondheidsbeleid zich niet in de beginfase van agendering van een geheel nieuw onderwerp voor thematisch onderzoek, maar is juist onderdeel van een cyclisch proces rondom het thema openbare gezondheidszorg en preventie in het lokale (gemeentelijk) bestuur. De keuze voor het agenderen van thematisch toezicht op de 'gemeentelijke nota lokaal gezondheidsbeleid' komt voort uit een in de jaren negentig ingezette trend om volksgezondheid prominenter op de beleidsagenda te zetten van lokale overheden. De IGZ heeft al in 1995 gerapporteerd over de betrokkenheid van gemeenten bij de openbare gezondheidszorg. Het opnemen van de verplichting tot het eens per 4 jaar vastleggen van beleidsvoornemens in een gemeentelijke nota lokaal gezondheidsbeleid in de WCPV in 2003 is een gevolg van dit IGZ onderzoek. In 2005 staat zelfs de gehele SGZ in het teken van de openbare gezondheidszorg (OGZ) en wordt ondermeer gerapporteerd over het thematisch onderzoek naar de stand van zaken in de bestuurlijke betrokkenheid bij de OGZ in 2004, alsook de kwaliteit van de gemeentelijke nota's lokaal gezondheidsbeleid (onderzoek uitgevoerd door de organisatie SGB0). Het thematisch toezicht naar Bestuurlijke Betrokkenheid (TTBB) gerapporteerd in de SGZ 2005 is in feite een herhaling van het onderzoek uit 1995, aangepast naar nieuwe inzichten. In dit deelrapport van de SGZ 2005

concludeerde de IGZ dat de bestuurlijke betrokkenheid van de gemeenten is verbeterd (IGZ 2005). Kanttekeningen waren de onvoldoende mate van consistentie van het beleid, de ontoereikende aandacht voor facetbeleid alsook de geringe afstemming tussen het landelijke en lokale beleid. De rapportage over de kwaliteit van de gemeentelijke nota's lokaal gezondheidsbeleid haakt in op de gewijzigde WCPV (nu WPG) en de daaraan verbonden memorie van toelichting in 2003.

Het thematisch toezicht op de aanwezigheid van gemeentelijke nota's lokaal gezondheidsbeleid is in feite een follow-up van het thematisch toezicht Bestuurlijke Betrokkenheid uit 2005, met in de follow-up specifieke aandacht voor de aanwezigheid van een gemeentelijke nota lokaal gezondheidsbeleid en belemmeringen in de totstandkoming daarvan.

... we hebben alleen die nota's vervolgd omdat dat ook een harde wettelijke eis is. En daar is ook nog wel later een thematisch toezicht naar integraal gezondheidsbeleid opgezet, maar dat is toch wel weer als een apart TT opgezet, terwijl we het onderzoek naar de nota's steeds benaderd hebben vanuit de TT bestuurlijke betrokkenheid. (projectleider IGZ).

Waar bij het TTBB de problematiek als nog enigszins complex kan worden beschouwd—het was onbekend hoe de kwaliteit van de nota's was en hoe de verbinding tussen nationaal en lokaal beleid gemaakt werd—is in de follow-up sprake van een eenvoudige probleemdefiniëring. De aanwezigheid van een nota werd getoetst, de mogelijke belemmeringen in de totstandkoming hiervan werden hierin ook meegenomen. Het initiatief om de aanwezigheid van de nota's te gaan toetsen lag in dit geval voornamelijk bij een individuele medewerker van de IGZ. Dit initiatief is aangewakkerd doordat het eerdere onderzoek een proces in gang had gezet van contacten tussen de gemeenten en de betreffende IGZ-medewerker. Gemeenten lieten sinds het in 2005 gepubliceerd onderzoek weten wanneer hun nota vastgesteld was.

Toen in 2006/2007 was het inderdaad persoonlijk initiatief om dat te volgen. En je zet ook iets in gang hè. Als er een nota wordt vastgesteld, krijg je er ook gewoon vaak bericht van. (projectleider IGZ).

Daarnaast speelde ook de aangekondigde maatregelen in de SGZ 2005 een belangrijke rol bij de agendering van het vervolgonderzoek. De maatregelen genoemd waren het opstellen van een handhavingplan voor het toezicht op gemeenten die nog geen vastgestelde nota hadden en het organiseren van toezicht op de uitvoering van de nota's, de kwaliteit hiervan en de voorbereiding op de volgende beleidscyclus (IGZ 2005).

De inhoudelijke agendering van het thematisch toezicht naar de aanwezigheid van de gemeentelijke nota's lokaal gezondheidsbeleid lijkt daarmee niet bepaald te worden door de besproken onderwerpen in de landelijke preventienota. Ook zijn de gemeenten en GGD'en of hun vertegenwoordigers niet betrokken geweest bij de agendering van dit thematisch toezicht. Respondenten geven aan niet op de hoogte te zijn geweest van het follow-up onderzoek tot dat zij met de resultaten werden geconfronteerd dan wel met de daadwerkelijke toetsing. Ten tijde van het eerder genoemde TTBB heeft het veld wel de mogelijkheid gehad inhoudelijk bij te dragen aan de agendering van het TTBB (IGZ 2005). De agendering en de toetsing van de aanwezigheid van de nota's in de periode 2005-2007 is echter door zowel de koepel als de respondenten van de getoetste gemeenten niet als hinderlijk ervaren. Voornamelijk omdat de meeste gemeenten de aanwezigheid van de nota op orde hadden en hierdoor vanuit de IGZ geen vervolgacties hebben plaatsgehad. Indien de gemeente nog wel moest werken aan de nota, werd de agendering van het toezicht voornamelijk als extra stimulans gezien. Wel werd kritiek geuit op de invulling van het thematisch toezicht. Het slechts toetsen op de aanwezigheid van een nota, zou onvoldoende inzicht bieden in de implementatie en effectiviteit van de nota in de dagelijkse praktijk. Het probleem is niet de aanwezigheid van de nota, maar de uitvoering van een lokaal gezondheidsbeleid:

Nou ja, je kunt...als ik van de inspectie een nota moet schrijven, een nota lokaal gezondheidsbeleid. Geef me twee weken en ik heb een nota gezondheidsbeleid op papier, maar daar het gaat het niet om.

Dat wil je niet realiseren. Je wilt realiseren dat de uitvoering geschied. (Gemeentelijk beleidsmedewerker Zorg en Welzijn)

De GGD'en hadden graag bijgedragen aan een in hun ogen zinvollere invulling van het thematisch onderzoek. Anderzijds gaven zij aan in dit geval ook niet tot nauwelijks geweten te hebben van het onderzoek omdat in dit geval alleen de gemeenten zijn benaderd.

Samenvatting

De hier besproken casus laten een verschillende context zien waarbinnen het TT wordt geagendeerd. TOP 1 is het eerste van drie thematische onderzoeken naar het operationele proces. De problematiek van de veiligheid van het preoperatieve proces op basis van de communicatie en informatieoverdracht wordt voor het eerst in de vorm van thematisch toezicht geagendeerd. Het is onbekend hoe het veld denkt over de risico's rond communicatie en informatieoverdracht en de wijze waarop dit binnen het preoperatieve proces moet worden vormgegeven. Het ontbreken van kritiek op de agendering van juist deze twee elementen binnen het preoperatief proces zou mogelijk een bevestiging kunnen zijn dat deze keuze gedragen wordt door het veld. Een toetsing hiervan tijdens de agenderingsfase lijkt echter te ontbreken. In tegenstelling tot TOP 1 is het thematisch toezicht op de aanwezigheid van de gemeentelijke nota's lokaal gezondheidsbeleid niet de start van het thematisch onderzoek naar openbare gezondheidszorg bij lokale overheden, maar in feite onderdeel van een cyclus die al in 1993 is ingezet. De toezichtconsequenties zoals geformuleerd in het TTBB zijn in dit geval leidend geweest voor de agendering van het TT naar de aanwezigheid lokale gezondheidsnota's in 2007. Uit het TTBB is duidelijk geworden dat de IGZ toetst op de aanwezigheid en kwaliteit van de nota's en ook waaraan deze nota's dienen te voldoen. De rapportage uit 2007 geeft daarbij meer een van stand van zaken aan het einde van de eerste vierjarige cyclus waarbinnen gemeenten dienen te opereren. De meeste respondenten gaven dan ook dat de agendering van de gemeentelijke nota's in hun optiek logisch was. Echter, meer kritiek werd geuit op de probleemdefiniëring die veelal te simpel en niet toereikend zou zijn om daadwerkelijke implementatie van de nota in de praktijk te kunnen toetsen.

5.3 Methodologie

De wijze waarop het onderzoek wordt uitgevoerd heeft vaak ook implicaties voor de wijze waarop het onderzoek door belanghebbenden ervaren wordt. Een enquête is bijvoorbeeld afstandelijker dan een bezoek binnen een instelling. Daarnaast kan de keuze voor de ene onderzoeksmethode beter geschikt zijn om (randvoorwaarden voor) verantwoorde zorg in kaart te brengen dan een andere, afhankelijk van de context. Het betrekken van respondenten bij de keuze van de methodologie kan bijdragen aan het vergroten van de effectiviteit. De IGZ heeft recentelijk dan ook raadpleging van een methodoloog opgenomen binnen het proces van Thematisch Toezicht. In beide casus van dit hoofdstuk was dit nog niet het geval.

Preoperatief proces

De onderzoeksmethodologie voor TOP 1 is de uitkomst van een brainstorm binnen het projectteam. De brainstorm was gefocust op het bedenken van een plan van aanpak hoe het onderwerp communicatie binnen het preoperatieve proces te onderzoeken. Dit projectteam bestond uit vertegenwoordigers van elke regio binnen de inspectie. Er zijn geen vertegenwoordigers van de belanghebbenden in de vorm van een begeleidingscommissie of deelnemer aan de brainstorm sessies betrokken in deze fase van het onderzoek. De IGZ geeft in het TOP 1 rapport wel aan het screeningsmodel te hebben gepilot in 3 ziekenhuizen. Hoe deze keuze tot stand is gekomen en wat het effect is geweest op (de aanpassingen van) het screeningsmodel is in het rapport onduidelijk, maar lijkt gering.

Het toetsingsinstrument werd gevalideerd door middel van de pilot bij 3 ziekenhuizen en werd daarna minimaal aangepast. Eigenlijk was deze fase te compact want ondertussen werden bijna de lijsten al

naar de ziekenhuizen gestuurd en waren de bezoeken al gepland. Er was dus geen tijd meer voor grote aanpassingen in het toetsingsinstrument. (lid projectgroep TOP1)

Het screeningsmodel is gebaseerd op de analyse van landelijke gegevens (o.a. van Prismant) over bijvoorbeeld de aard, het aantal en de plaats van ingrepen binnen het preoperatieve proces alsook een eerste beoordeling van de richtlijnen, verenigingsstandpunten en wetgeving en de wijze waarop communicatie en informatieoverdracht hierin is vormgegeven. Het screeningsmodel is het toetsingsinstrument dat is ingezet tijdens de eerste (onaangekondigde) inspectie van 20 ziekenhuizen en de daar aanwezige patiëntendocumentatie. Vervolgens heeft deze eerste inspectie data opgeleverd voor het opstellen van een enquête aan alle chirurgische, OK- en anesthesieafdelingen van alle Nederlandse ziekenhuizen. De bevindingen van deze enquêtes hebben geleid tot een bezoekinstrument voor een tweede inspectie van de eerder bezochte ziekenhuizen. Tijdens deze inspectie is gesproken met betrokkenen zoals de vertegenwoordigers van de Raad van Bestuur van de instelling, de anesthesiologen, de chirurgen, de operatieafdeling en de afdeling opname en planning.

Binnen het TOP 1 onderzoek is niet tot nauwelijks gekozen voor een directe betrokkenheid vanuit de belanghebbenden in de vorm van consultatie of een begeleidingscommissie met betrekking tot de totstandkoming van bijvoorbeeld het normenkader (inhoudelijke responsiviteit). Het normenkader waarop de toetsing is gebaseerd is gedefinieerd door een analyse van het IGZ projectteam van richtlijnen en verenigingsstandpunten van wetenschappelijke verenigingen, verenigingen/federatie van ziekenhuizen, beroepsgroepen, wetgeving en jurisprudentie. Omdat op het punt van specifieke aandacht 'communicatie in het operatief proces' weinig was vastgelegd in richtlijnen en wetgeving heeft de IGZ zelf een norm ontwikkeld waarin samenwerking, coördinatie, overdracht en statusvoering een prominente rol spelen. De inspectie hanteerde impliciet normen als samenwerking, coördinatie, overdracht, statusvoering maar die staan niet allemaal hard zwart op wit in een richtlijn. Ze zijn gebaseerd op algemeen medisch gezond verstand zoals deze in algemene termen zijn vastgelegd in de kwaliteitswet (respondent IGZ, hoofdinspecteur). "*Die normen zijn opgeschreven, getoetst en niemand weersprak het*" aldus de hoofdinspecteur. Met het thematisch toezicht worden de normen uit het toetsingskader expliciete toezichtnormen met als doel dat deze ook als veldnorm zullen gaan worden beschouwd.

Uit de gekozen methodologie blijkt ook dat bevindingen van verschillende fasen uit het onderzoek onderdeel uitmaken van verdere inspecties en daarmee op indirecte wijze belanghebbenden mogelijk invloed hebben gehad op de verdere aanpak van het toezicht en het toetsingsinstrument. Het TOP 1 projectteam heeft gekozen voor een aanpak geschikt om zowel een groter aantal ziekenhuizen tegelijkertijd te kunnen bereiken (enquête) als het individueel bezoeken van enkele ziekenhuizen (onaangekondigde inspectie van 20 ziekenhuizen). Zo heeft de enquête veel communicatie over en weer opgeleverd tussen de secretaris van de projectgroep en de geënquêteerde ziekenhuizen. De enquête riep vragen op over hoe de IGZ iets had bedoeld of hoe iets geïnterpreteerd moest worden.

Ondanks de vormen van indirecte responsiviteit binnen de gekozen methodologie, zoals het gebruik van de enquête als input voor het bezoekinstrument, dichten sommige respondenten de IGZ toch nog een afstandelijke rol toe waarbij bedoeld wordt op een autoritaire relatie tussen de toezichthouder en de onder toezicht gestelden.

De inspectie maakt de enquête en de inspectie interpreteert de enquête. Daarnaast worden er verregaande consequenties beschreven in de rapportage waarvan niet helder is wat de methodologische hardheid is. In die zin is de aanpak een soort van black box. Is 20 ziekenhuizen bezoeken zonder dat er inzicht is in de interbeoordelingskwaliteiten wel een goede methode? Hoe zuiver is de conclusie? Daar zit ruimte voor verbetering. (Senior adviseur NVZ)

De gekozen methodologie is op een geaggregeerd niveau niet altijd bevredigend. Wel wordt de aanpak op instellingsniveau meer op prijs gesteld.

Er wordt om een plan van aanpak gevraagd, de inspectie geeft daar feedback op en de inspectie geeft de ziekenhuizen de tijd om dat te implementeren wat daarna ook wordt getoetst. (Voorzitter Raad van Bestuur ziekenhuis).

Binnen het toezicht van de geselecteerde instellingen is door de IGZ ruimte gecreëerd om feedback te geven op vragen en bevindingen. Indirect lijkt dit ook bij te hebben gedragen aan de latere effectiviteit van het TT: instellingen die niet zijn bezocht kunnen minder concreet uit de voeten met de aanbevelingen van het rapport.

Lokaal gezondheidsbeleid

Deze tegenstelling tussen het contact op instellingsniveau en op geaggregeerd niveau zou ook bij het thematisch toezicht gemeentelijke nota's lokaal gezondheidsbeleid een rol kunnen spelen. Ook hier is geen sprake van het betrekken van belanghebbenden bij de gekozen methoden in de vorm van de begeleidingscommissie. Ten tijde van het TTBB is het veld door middel van een begeleidingscommissie wel actief betrokken geweest bij de opzet van het onderzoek. Deze commissie heeft overigens niet meer bijgedragen aan de invulling van het handhavingkader of follow-up van dit thematisch toezicht. Het toezicht op de aanwezigheid van gemeentelijke nota's in 2007 getuigt wel van een intensievere relatie met die gemeenten die geen nota hebben vastgesteld.

Nee, dat [de methode] is wel besproken, maar dat was in principe wel iets wat gewoon al vastlag, hoe we dat wilden gaan doen. (Projectleider IGZ)

Het traject van de follow-up lag vast zoals beschreven in het handhavingkader dat voortkomt uit de TTBB in de SGZ 2005. In juli 2005 hebben in totaal 411 gemeenten een vastgestelde nota en zijn er 67 gemeenten zonder een vastgestelde nota. Van deze 67 gemeenten waren 5 gemeenten ook nog niet gestart met het ontwikkelen van een nota lokaal gezondheidsbeleid. Het follow-up onderzoek heeft zich gericht op die 67 gemeenten die nog geen vastgestelde nota hadden. Deze gemeenten zijn benaderd door middel van een vragenlijst. Indien niet werd gereageerd is door de IGZ nagebeld. Van de 60 aangeschreven gemeenten die de vragenlijst terugstuurden (7 gemeenten waren door herindelingen opgeheven) had 60 procent inmiddels een vastgestelde nota; 32 procent van de respondenten had een conceptnota en 8 procent had nog geen nota. De vijf gemeenten die geen vastgestelde nota hadden in 2005 zijn gevraagd om een plan van aanpak aan de IGZ toe te sturen waarin aangegeven werd hoe zij er voor zouden zorgen voor juli 2007 een vastgestelde nota te hebben. De betreffende gemeenten zijn tevens door de IGZ bezocht en begeleid in het schrijven van een nota. De belanghebbende gemeenten daarentegen hebben weinig van deze intensievere samenwerking gemerkt. Het thematisch toezicht naar integraal gezondheidsbeleid leek bijvoorbeeld sterker te leven dan het TT op de aanwezigheid van de gemeentelijke nota lokaal gezondheidsbeleid.

De interviews met het veld zijn een meerwaarde. De vragenlijsten daarentegen kunnen wel van nut zijn, maar dan dienen deze bondig en toegespitst te zijn op het uitvoeren van de wet (systeem onderzoek). Dit heeft ondermeer te maken met de enorme hoeveelheid vragenlijsten die de GGD'en gevraagd wordt om in te vullen. (Senior beleidsadviseur GGD Nederland)

De gekozen aanpak geeft onvoldoende rekenschap van de spanning tussen nationale en lokale beleidsvoornemens die bij de totstandkoming en uitvoering van de nota een belangrijke rol speelt. Niet alleen tussen de IGZ en de belanghebbenden heersen er tegenstrijdige opvattingen over hoe en waarop de nota getoetst zou moeten worden. Ook binnen de belanghebbenden is er nog geen duidelijke afstemming over de mate waarin de IGZ toe mag en kan zien op de organisatie van de OGZ. De spanning betreft het enerzijds toetsen of het systeem ten aanzien van de aanwezigheid en doorwerking van rijksbeleid op lokaal niveau functioneert en anderzijds een inhoudelijke toetsing van de vormgeving, kwaliteit, implementatie en borging van de nota's. Een van de vijf gemeenten die aangemaand werd tot het schrijven van een plan van aanpak vond de inhoudelijke en persoonlijke benadering prettig, terwijl een vertegenwoordiger van de koepelverenigingen

aangaf dat daar wel een bepaalde grens aan vast zit en de IGZ zich meer met de systematiek bezig zou moeten houden.

Samenvatting

De problematiek die in beide casus centraal staat zou leidend moeten zijn in de keuze voor methodologie om deze problematiek in kaart te brengen. Voor zowel TOP 1 als het thematisch toezicht gemeentelijke nota's lokaal gezondheidsbeleid is niet systematisch gebruik gemaakt van methodologische ondersteuning ten tijde van de formulering van het plan van aanpak. Het TOP 1 onderzoek laat zien dat input vanuit belanghebbenden wel is gezocht maar voornamelijk op indirecte wijze als inbreng voor vervolgonderzoek binnen TOP 1. Het overleg binnen het projectteam in combinatie met de inbreng van een methodoloog in een lang aanlooptraject heeft de vormgeving van het TOP 1 onderzoek bepaald. De methodologie van toetsing op de aanwezigheid van een gemeentelijke nota lokaal gezondheidsbeleid daarentegen is meer het resultaat van een incrementele ontwikkeling binnen het programma openbare gezondheidszorg. In beide gevallen zijn IGZ medewerkers beslissend geweest in de keuze van methodologie.

In TOP 1 heeft dit als consequentie gehad dat de vraag rijst of het toetsingskader en de daarin door de IGZ gehanteerde normen rondom het preoperatief proces en specifiek de communicatie en dossiervorming verfijnd of gelegitimeerd had kunnen worden door een expliciete consultatie van belanghebbenden. Gezien de onzekere problematiek en de onbekende normen, zou een zekere betrokkenheid vanuit belanghebbenden wenselijk kunnen zijn. De normen die IGZ heeft bepaald worden verondersteld leidraad te zijn voor de ontwikkeling van veldnormen. De door de IGZ geformuleerde norm als toetsingskader heeft mogelijk gevolgen voor de wijze waarop deze door het veld gedragen zal worden. In hoeverre zal de IGZ norm geaccepteerd worden als een minimum norm voor verantwoorde zorg als deze niet in consensus met het veld is bepaald? Een enquête heeft dan wel inzichtelijk gemaakt hoe en of de bevindingen binnen de geselecteerde ziekenhuizen vertaald konden worden naar algemene conclusies voor het landelijk beleid van preoperatieve processen, dit betekent echter niet automatisch dat de daaruit voortkomende aanbevelingen en normen ook geaccepteerd worden.

De discussie met betrekking tot de methodologie van het thematisch toezicht gemeentelijke nota lokaal gezondheidsbeleid is beperkt en richt zich niet op de keuze voor een vragenlijst of juist het contact tussen de IGZ en de belanghebbenden, maar vooral of rekenschap wordt gegeven in de gekozen methodiek van de politieke verhoudingen die een belangrijke rol spelen bij de totstandkoming en implementatie van de gemeentelijke nota's lokaal gezondheidsbeleid. De problematiek zoals deze door de IGZ wordt geschetst is vrij eenvoudig: is een nota aanwezig en wat zijn eventuele belemmeringen in het proces tot de vaststelling van de nota? De aandacht voor aanwezigheid van de nota wordt door allen ondersteund, echter de mogelijkheid tot implementatie wordt betwijfeld. Juist dat element zou meegenomen moeten worden in de methodologie en getuigt mogelijk van een gebrek aan inhoudelijke responsiviteit.

5.4 (Concept) rapportages

Preoperatief proces

Hoewel in TOP 1 het veld lange tijd niet is betrokken bij het onderzoek wordt ten tijde van de conceptrapportage veelvuldig contact gezocht van de diverse belanghebbende koepels en beroepsorganisaties. De IGZ realiseert zich dat haar bevindingen een grote impact zullen hebben op het veld en wil er voor zorgen dat de bevindingen gedragen worden. Hiertoe krijgen de koepels inzage in de conceptrapportage van het thematisch toezicht en de daaraan verbonden aanbevelingen en maatregelen. Echter, de reacties vanuit het veld

blijken uiteindelijk niet meegenomen te zijn in de definitieve rapportage. Dit heeft als gevolg dat door het veld niet haalbaar geachte aanbevelingen zijn geformuleerd.

In een rapport worden niet altijd reële zaken gevraagd. Zo is er de aanbeveling uit TOP1 dat in elke casus de anesthesist en operateur voor de ingreep met elkaar zouden moeten afstemmen of alles in orde is. Dat is in de praktijk onhaalbaar, vooral in de situatie waarin een operatie in dagbehandeling plaatsvindt. Dat gaat geen enkel ziekenhuis waarmaken. (Voorzitter RvB ziekenhuis)

Daarnaast geeft het veld aan dat de inspectie met de maatregelen die zij formuleert te weinig recht doet aan de complexiteit van het operationele proces. Dat leidt tot frustratie in instellingen als de inspectie daarop gaat handhaven. Het rapport is geschreven hoe het landelijk moet zijn of worden.

In het toezicht van de inspectie moet beter afgestemd worden of een ziekenhuis volledig gelateraliseerd is, met maatschappen/ vakgroepen die volledig zijn geïntegreerd. Of ziekenhuizen die slechts in het begin zitten van een fusietraject en of elke locatie nog een volledige ziekenhuisfunctie proberen te handhaven. (Lid RvB ziekenhuis)

Ook het ministerie van VWS wordt in deze fase nadrukkelijk op de hoogte gesteld van de voorlopige bevindingen van TOP 1. VWS heeft ook duidelijk aangegeven tijdig geïnformeerd te willen worden.

Het belang van VWS om te reageren op het rapport is dat het vertrekpunt van de minister voor het geven van een reactie een betere zou kunnen zijn indien VWS nog kan reageren op het rapport. (Beleidscoördinator VWS)

Met deze reactie op de rapportage doelt het ministerie vooral op de invulling van de maatregelen en de wijze van handhaven zoals deze in het definitieve rapport vermeld gaat worden. Indien deze onderdelen goed zijn ingevuld heeft de minister ook een goed verhaal naar de Kamer. Juist deze mogelijk invloedhebbende actor heeft in TOP 1 geleid tot het formuleren van termijnen voor het naleven van de aanbevelingen die weinig realistisch zijn in de ogen van het veld. Dit wordt bevestigd door een lid van de projectgroep TOP, die er aan toevoegt dat juist hier de balans tussen realistische aanbevelingen en het waarborgen van verantwoorde zorg problematisch kan zijn. Zodra de IGZ constateert dat sprake is van een acuut probleem van onverantwoorde of onveilige zorg, dan kan niet worden volstaan met een periode van twee jaar om dit aan te pakken, ondanks de complexiteit van de problematiek. De politiek en ook de maatschappij willen in zo'n geval snel resultaten zien. De aanbevelingen worden dan niet altijd afgestemd met het veld, maar juist met de politiek als vertegenwoordiger van de maatschappij. Desalniettemin is volgens de Inspectie er geprobeerd rekening te houden met de haalbaarheid en het absorptievermogen van het veld in het formuleren van conclusies, maatregelen en aanbevelingen. Bovendien konden de meeste partijen zich uiteindelijk vinden in de bevindingen van het rapport. Volgens een van die partijen was dit vooral omdat iedereen via de conceptversie van het rapport al op de hoogte was:

Dat lag voor een deel aan de informatie die al verstrekt was via de overleggen zoals het bureauoverleg en andere contacten met de inspectie. Toen het rapport uitkwam was het geen nieuwe informatie. (voormalig senior beleidsadviseur NVZ)

Lokaal gezondheidsbeleid

In het thematisch toezicht gemeentelijke nota's lokaal gezondheidsbeleid is het veld niet betrokken geweest bij de (concept) rapportage. Het is zelfs de vraag geweest binnen de IGZ of er überhaupt een rapport zou worden gemaakt of dat er gekozen zou worden voor een kortschrift. Uiteindelijk is gekozen voor een rapport omdat deze ook positief zou kunnen bijdragen aan de aandacht voor de gemeentelijke nota's lokaal gezondheidsbeleid (respondent IGZ). Wederom is er een groot verschil tussen het TTBB en de follow-up. Bij het TTBB is het veld door middel van een begeleidingscommissie actief betrokken geweest bij de opzet van het onderzoek en ook de rapportage. In het 'Plan van aanpak projectgroep TTBB' wordt expliciet aangegeven dat de becommentariëring van een eerste concept

verslag door de projectgroep (inclusief veldvertegenwoordigers) zinvol is om draagvlak te creëren. De leden van de begeleidingscommissie worden dan nog een keer betrokken en kunnen aangeven of en hoe het verslag voor hen bruikbaar is.

Ondanks deze insteek van het TTBB wordt ten tijde van de follow-up, de rapportage in zijn geheel niet ter sprake gebracht bij het veld. Uiteraard is het een afweging waard in hoeverre het veld in dit geval betrokken diende te worden bij de conceptrapportages. De normen en kennis rondom de nota kunnen bekend worden verondersteld door het voorafgaande TTBB. In dit geval is juist een onafhankelijker IGZ die de rol als toezichthouder op zich neemt wenselijk. Echter, doordat de IGZ geen sanctionerende bevoegdheid heeft binnen de gemeenten kan de rol van toezichthouder slechts in beperkte mate worden uitgevoerd. In dit geval probeert de IGZ die toezichtsfunctie te verbreden door—in lijn met het veranderende beleid binnen de Inspectie—gemeenten bij naam te noemen in het rapport. Het veld geeft aan dit zeker niet als prettig te ervaren.

Dat lijkt mij een beetje ver gaan, want dan heb je niet eens de kans om het eigenlijk recht te zetten. Want als het meteen in de krant komt, het voldoet niet, dat zou ik zelf niet op prijs stellen. Ook bij andere gemeenten was het ambtelijke capaciteit en dan denk ik van ja, er is geen sprake van onwil of zo. (Beleidsmedewerker gemeente).

Samenvatting

Tijdens de rapportage van beide casus blijkt de IGZ duidelijk te kiezen voor een verschillende balans tussen responsiviteit en onafhankelijkheid naar de belanghebbenden. Bij TOP 1 dragen de uitkomsten van het thematisch toezicht nog volop bij aan de discussie over de normen en kennis over de veiligheid van het preoperatieve proces en de bijdrage van communicatie en informatieoverdracht hieraan. Omdat tot dusver de belanghebbenden nog weinig zijn gehoord is om draagvlak te creëren in deze laatste fase voorafgaand aan de formele publicatie van het rapport actief het veld benaderd. Ook het ministerie, en op de achtergrond de politiek, is een belangrijke actor in deze fase van het thematisch toezicht. De IGZ heeft baat bij het tonen van responsiviteit naar zowel de politiek als de zorgverleners. In dit geval is het lastig balanceren tussen beiden en heeft de IGZ nadrukkelijk haar eigen positie binnen TOP 1 moeten bewaken. De positie van IGZ lijkt in het geval van het thematisch toezicht gemeentelijke nota's lokaal gezondheidsbeleid wat betreft de rapportage eenvoudiger. Omdat gekozen is voor de benadering van de gemeentelijke nota lokaal gezondheidsbeleid als een eenvoudig probleem—de nota is aanwezig of niet, en bij afwezigheid worden belemmeringen in kaart gebracht—neemt de IGZ een onafhankelijke en toetsende rol op zich. De belanghebbenden zijn niet betrokken omdat verondersteld wordt dat het toetsingskader bekend is.

5.5 Landing en nazorg

Na de rapportage van een thematisch toezicht breekt een belangrijke fase aan. De IGZ heeft haar bevindingen, conclusies, aanbevelingen en maatregelen gepubliceerd, maar dit biedt geenszins garantie voor de landing van de rapportage bij de belanghebbenden. Zo blijkt meer dan eens ook na een rapportage discussie blijft bestaan over de aard van de problematiek. De effectiviteit van het toezicht kan worden vergroot door ook zorg te bieden na de rapportage.

Preoperatief proces

In het TOP 1 onderzoek hanteert de IGZ een duidelijke mediastrategie vanaf de periode eind 2006 tot na de publicatie van het rapport in februari 2007. De inspectie hield een persconferentie over de publicatie van het rapport en ook de koepels waren vooraf al geïnformeerd zodat ze zich goed konden voorbereiden. Dat brancheverenigingen en beroepsorganisaties vooraf geïnformeerd werden biedt deze organisaties de mogelijkheid daadwerkelijk invulling te geven aan de ondersteunende rol aan de groep die zij

vertegenwoordigen. Wanneer ook actieve participatie wordt verwacht vanuit de IGZ, wordt vanuit de koepels aangegeven dat dit tijdig moet worden gecommuniceerd zodat deze rol ook kan worden ingevuld.

De inspectie is wel gemakkelijk met het uitdelen van de rollen aan koepels en verenigingen want die zijn gemakkelijk aan te spreken. Maar hebben wij die rol ook wel altijd en hoe moet die dan worden ingevuld? De inspectie is zich mogelijk te weinig bewust van de rol die een partij in het proces zou moeten nemen, financieel, organisatorisch, inhoudelijk. (Senior adviseur NVZ)

Implementatie van de aanbevelingen van de Inspectie vergt handelingen van veel partijen; die moeten dan ook in de gelegenheid zijn en worden gesteld zich daarop voor te bereiden.

De wisselwerking tussen de IGZ en het veld blijkt onder meer uit een van de relevante Sneller Beter projecten. Een respondent geeft aan dat de bevindingen van de IGZ zijn geïntegreerd binnen een van de thema's van het Sneller Beter project dat op dat moment werd uitgevoerd. Dit heeft als gevolg dat de normen zoals ontwikkeld in het toezichtproces niet alleen als input konden dienen voor de te verwachten richtlijnen met betrekking tot het preoperatieve proces, maar ook daadwerkelijk meegenomen werden in de dagelijkse praktijk. Aan de andere kant blijkt dat deze wisselwerking niet altijd even soepel loopt. Ondermeer de verplichtte richtlijnontwikkeling heeft volgens het veld bij aanvang al vertraging opgelopen omdat simpelweg de financiering van de richtlijnontwikkeling nog ontbrak. Pas toen de IGZ zich een half jaar later met de subsidiering van de richtlijnontwikkeling ging bemoeien kwam het project van de grond. De termijn zoals vermeld in de rapportage was hierdoor echter al verstreken.

Een tweede onderdeel van de nazorg betreft het toezien op de aangekondigde maatregelen. De follow-up van een thematisch toezicht heeft hierin een belangrijke rol. Hoewel het TOP 1 onderzoek is gevolgd door TOP 2 en 3 gingen deze beiden in op andere aspecten van het operationele proces. De toetsing van de naleving van de aanbevelingen en maatregelen van TOP 1 is dus een apart onderdeel van het thematisch toezicht. In juni 2008 heeft de inspectie een brief naar de ziekenhuizen gestuurd waarin zij de follow-up heeft aangekondigd evenals de methodiek (een digitale inventariserende enquête via de mail). Hoewel een landelijke richtlijn op dat moment nog ontbreekt, geeft de projectgroep aan dat de enquête ten behoeve van de follow-up wordt doorgezet maar dat deze zal worden aangepast aan de situatie op dat moment.³

Gedurende deze tijd blijft de Inspectie actief betrokken bij de richtlijnontwikkeling. Zo neemt de IGZ in december 2008 deel aan een invitational conference over de preoperatieve richtlijn. Op deze wijze kan de IGZ nagaan of alle punten die zijn genoemd in het handhavingplan ook zijn opgenomen in het concept preoperatieve richtlijn en indien nodig adviseren. Maar ook vice versa kan de richtlijn bijdragen aan het aanpassen van het toetsingskader van de IGZ. Een opvallende discussie binnen TOP betreft de norm verantwoordelijkheidstoedeling hoofdbehandelaarschap. De IGZ wil dat deze norm expliciet wordt gemaakt in een richtlijn terwijl de beroepsgroep pleit voor een handreiking. Omdat de IGZ een handreiking te 'licht' van karakter vindt geeft zij aan de handreiking te zullen benaderen als een veldnorm, waarmee hij alsnog een zwaardere status krijgt. Op deze wijze beïnvloedt de Inspectie ook de inhoudelijke discussie rond de richtlijn.

Lokaal gezondheidsbeleid

Waar de IGZ wat betreft TOP een duidelijke mediastrategie heeft gehanteerd, is het rapport 'vrijwel alle gemeenten hebben een nota lokaal gezondheidsbeleid' vrij onbekend in het veld. Er is weinig ruchtbaarheid gegeven aan de rapportage en ook de koepels zijn niet vooraf geïnformeerd over de bevindingen. Mede hierdoor heeft het rapport weinig effect gehad. De respondenten lijken echter wel meer betrokken te zijn bij het (nauw aan de

³ In januari 2010 is de betreffende richtlijn gepubliceerd. Dit viel buiten de dataverzameling van dit onderzoek.

gemeentelijke nota's verbonden) thematisch onderzoek naar integraal gezondheidsbeleid. Dit thematisch toezicht en ook het eerdergenoemde TTBB is niet alleen via rapportage, maar ook via andere wijzen aan de verschillende doelgroepen kenbaar gemaakt aan het veld. Mogelijk heeft de schaalgrootte van het project hier mee te maken. Waar het TTBB vrij groot van opzet was en samenviel met andere onderzoeken ten aanzien van de OGZ ten behoeve van de Staat van de Gezondheidszorg 2005, is de follow-up het resultaat van het bijhouden en opvragen van gegevens door één IGZ-medewerker.

Op basis van de bevindingen van de respondenten met betrekking tot het integraal gezondheidsbeleid of het TTBB blijkt dat het onderwerp gemeentelijke nota's lokaal gezondheidsbeleid wel degelijk leeft binnen gemeenten en GGD'en. Hieruit blijkt dat de follow-up zoals uitgevoerd weinig respons heeft opgeleverd omdat deze niet aansluit bij de ervaren problematiek in het veld. Zo wordt door de respondenten aangegeven dat een nota wellicht is vastgesteld, maar dit niet altijd iets zegt over de inhoud daarvan, noch over de implementatie in de praktijk. In het actieprogramma bij de preventie-nota ligt de focus op het ontwikkelen van handleidingen voor lokaal gezondheidsbeleid, terwijl een vertaling naar implementatie en uitvoering van (effectieve) interventies op lokaal niveau ontbreekt. Dit is een noodzakelijke stap om de beleidsnota's uit de kast te krijgen en daadwerkelijk te realiseren. Er lijkt behoefte aan een stimulerende rol van de IGZ in de nazorgfase.

Wat ik heel erg sterk vind is ondersteuning bieden. Echt ondersteuning bieden, want dan bereik je wat. Bijvoorbeeld een workshop voor... dat er bij gemeentes waar geen nota's zijn niet alleen een brief wordt gestuurd 'er is geen nota'. Maar de afdelingshoofden uitnodigen en dan kijken van ... bijvoorbeeld daar een workshop voor het belang er van. En hoe het zou kunnen, dat soort dingen. (Gemeentelijk beleidsmedewerker Zorg en Welzijn).

Ook het veld zelf—in dit geval toch de aangewezen partij—neemt echter niet dit soort initiatieven.

Een ander belangrijk element is dat het toezicht op de gemeenten door de IGZ niet in strijd mag zijn met afspraken over vermindering van toezicht. Het effect van toezicht op gemeenten hangt in grote mate af hoe omgegaan wordt met het spanningsveld tussen enerzijds de beleidsvrijheid van de gemeenten en anderzijds de vorm van toezicht door de IGZ. De wettelijke kaders bieden de IGZ geen handvatten tot sanctioneren, wel tot dringende verzoeken.

Maar dit is ook binnen de inspectie best wel een ingewikkelde tak van sport hoor, want die gemeenten, die hebben gewoon een enorme beleidsvrijheid. Die zijn heel erg autonoom, en dat maakt gewoon het toezicht daarop heel ingewikkeld. Wij kunnen heel veel vinden, maar zij hoeven daar totaal geen boodschap aan te hebben. (Projectleider IGZ)

De aanwezigheid van een nota mag dan een vrij eenvoudig probleem zijn, de implementatie ervan en toezicht hierop is veelal complexer. De IGZ kan weinig anders dan de stimulerende gesprekspartner zijn van gemeenten en dringende adviezen geven aan gemeenten daadwerkelijk de verplichting tot het hebben van een nota na te leven. Het zwaarste handhavingmiddel dat de IGZ ter beschikking heeft is het publiekelijk noemen van die gemeenten waar de lokale gezondheidszorg een lage prioriteit heeft. Maar juist dit soort *naming and shaming* acties kan de toch al precaire relatie tussen de IGZ, de gemeenten en de VNG op gespannen voet zetten. Enerzijds dragen dit soort lijstje bij aan een incentive om actie te ondernemen. Echter, wanneer een stringenter vorm van toezicht dan deze wordt toegepast verwachten de respondenten dat gemeenten niet langer het gesprek aan zullen gaan met de IGZ. Deze mogelijkheid hebben de gemeenten door de grote beleidsvrijheid die zij hebben.

Samenvatting

Beide casus laten zien hoe het einde van de onderzoekfase niet per definitie ook het einde is van de probleemsituering en de rol die de IGZ dient aan te nemen ten opzichte van de belanghebbenden. In beide casus is sprake van een toename van wederzijds contact en

uitwisseling van informatie na de rapportage van het thematisch toezicht. Het thematisch toezicht gemeentelijke nota's lokaal gezondheidsbeleid heeft niet zozeer een vorm van nazorg dat zich richt op de promotie van de bevindingen, maar heeft vooral betrekking op haar relatie met andere thematische toezichtprojecten alsook het spanningsveld tussen handhaving als onafhankelijk toezichthouder en responsiviteit ten opzichte van het veld. Hieruit blijkt dat het probleem van de nota's niet zozeer zit in wel of niet kunnen vaststellen, maar vooral in de mogelijkheid van toezicht op de implementatie hiervan. Ook binnen TOP 1 lijkt het probleem van gebrekkige communicatie en informatieoverdracht in het preoperatieve proces na de rapportage een nieuwe wending te krijgen. De discussie richt zich nu vooral op de termijn van naleving van aanbevelingen en maatregelen (procedurele responsiviteit), alsook in hoeverre sprake kan zijn van minimum- en streefnormen (inhoudelijke responsiviteit). In deze afbakening van normen binnen de richtlijn is een responsieve houding van de IGZ noodzakelijk. Dat deze responsieve houding niet eenvoudig is blijkt wel uit de druk vanuit het Ministerie van VWS om bijvoorbeeld concrete handhavingstermijnen te stellen.

5.6 Thematisch toezicht en de balans tussen responsiviteit en onafhankelijkheid

De agendering van (het vervolg op) thematische toezichten worden elk jaar bepaald tijdens het maken van het werkplan. De inspectie beoordeelt de wensen die er liggen vanuit de politiek, vanuit beleid, vanuit wetten, regelgeving etc. Vervolgens wordt er binnen de inspectie zelf geïventariseerd welke wensen er zijn op basis van signalen rondom problematiek en ook de haalbaarheid van thematisch toezicht. In toenemende mate worden ook belanghebbenden zoals beroepsorganisaties en brancheorganisaties betrokken bij de agendering van thematisch toezicht. In de interactie met deze laatste partijen is de inspectie vrijer dan met het Ministerie van VWS. Met het departement treedt de inspectie in overleg om aan te geven waar zij haar prioriteiten ziet. Op die manier wordt de onafhankelijkheid ten opzichte van de politiek bewaakt. Toch komt het ook voor dat de inspectie onder druk komt te staan, bijvoorbeeld door een belofte van de bewindspersonen om een onderzoek te doen. De agendering is daarmee deels een expliciet en deels een impliciet proces. De inspectie maakt een werkplan dat gebaseerd is op de risico's voor de patiëntenzorg, de wensen van de minister en de capaciteit van de inspectie.

Afhankelijk van het type probleem binnen de verschillende fases van het thematisch toezicht is er ook sprake van een daaraan gelieerde balans tussen onafhankelijkheid en responsiviteit van de IGZ ten opzichte van de belanghebbenden. In gesprek met de (hoofd) inspecteurs blijkt dat de IGZ bekend is met het creëren van draagvlak enerzijds en het borgen van de onafhankelijke positie als toezichthouder ten opzichte van de onder toezicht gestelden.

Het begint met vast te stellen wat verantwoorde zorg is. Dus een product of een document, 'wij denken als inspectie dat verantwoorde zorg voor dit probleem er als volgt uit ziet'. Tweede is een verslag van een conferentie waarin je aannemelijk maakt dat je model wat je hebt voldoende draagvlak heeft om het veld mee in te gaan. Dat je niet uitgelachen wordt als je daar op gaat toetsen. Een derde is vaak een vorm van stimulerend toezicht, dat je het veld ingaat, met het veld analyseert 'hoe ver staat u nu van het ideaalmodel af en wie moet in beweging komen om daar naar toe te gaan' en ... de belofte van de partijen dat ze ook die kant op gaan bewegen. Nou, dat kan je een paar keer interactief doen, dat hangt ook af van de complexiteit. Maar op een gegeven moment komt er ook een toetsing. Dat je zegt 'oké, nu zijn we uit gestimuleerd, nu vinden we ook dat u het moet doen. [...] Maar dat, ja, dat is de laatste fase, dan ga je er op toetsen en afdwingen. (Hoofdspecteur IGZ).

Toch blijkt in de praktijk deze balans moeizamer te vinden dan in theorie bedacht. Uit de casus blijkt bijvoorbeeld dat juist bij thematische toezichten waarbij niet bekende of erkende risico's zijn zoals TOP 1 bewustwording en agendering belangrijk zijn. Responsiviteit is dan een karakteristiek die de IGZ als toezichthouder op zich zou kunnen nemen. Dit betekent dat

niet alleen tijdens de rapportage fase, maar ook tijdens de agenderingsfase belanghebbenden betrokken kunnen worden bij het thematisch toezicht.

Ook leren de casus dat vooral tijdens de totstandkoming van het toetsingskader het van groot belang is dat de IGZ zich inhoudelijk responsief toont ten opzichte van het veld in het geval dat het onzekere of ambigue problematiek betreft zoals bij TOP 1. Bij het thematisch toezicht gemeentelijke nota's lokaal gezondheidsbeleid was geenszins sprake van onzekerheid over de normen met betrekking tot de aanwezigheid van een nota. Hierdoor was een responsieve houding ten opzichte van de gemeenten minder noodzakelijk. Wel blijkt achteraf dat tijdens de agendering het mogelijk wijs was geweest het veld te raadplegen. Het thematisch toezicht gemeentelijke nota's lokaal gezondheidsbeleid heeft nauwelijks of geen effect gehad op het beleid van gemeenten omdat de rapportage inhoudelijk niet aansloot bij de problematiek in de praktijk. Een uitzondering hierop vormen de vijf gemeenten waarbij was geconstateerd dat deze nog geen nota hadden en die door middel van het maken van een plan van aanpak en begeleiding vanuit de IGZ binnen de door IGZ gestelde termijn alsnog aan de verplichting van een vastgestelde nota hebben voldaan.

Ook tijdens de landing en nazorg van thematisch toezichten kan het verstandig zijn om (pro)actief betrokken te blijven bij het thema. Met name in gevallen waar nog sprake is van richtlijnontwikkeling en waar de consensus met betrekking tot de normen voor verantwoorde zorg nog niet is vastgesteld, kan de IGZ inhoudelijk bijdragen aan de stimulering van de normontwikkeling en de implementatie. Tegen het eind van de ontwikkeling van richtlijnen door het veld zou de IGZ meer procedureel moeten gaan afstemmen wat de toetsingsmomenten van de inspectie op verantwoorde zorg zijn en inhoudelijk wat nu een relatieve norm is en wat een absolute of veiligheidsnorm. Vooral dit laatste aspect, de verschillende type normen, zou mogelijkerwijs bijdragen aan een spoedige ontwikkeling van een richtlijn en de daarbij passende toetsing- en handhavingkader voor de IGZ.

De balans tussen responsiviteit en onafhankelijkheid lijkt daarmee samen te hangen met het type probleem dat aan de orde is. Naarmate onzekerheden ten aanzien van het probleem kunnen worden gereduceerd is een meer onafhankelijke opstelling van de Inspectie mogelijk; bij meer onzekerheid of ambiguïteit lijkt juist een responsieve opstelling effectiever te zijn. Problemen enkelvoudig definiëren (bijvoorbeeld de aan- of afwezigheid van een nota) kan echter ook voorbij gaan aan een meer complexe achterliggende realiteit (in dit geval de implementatie van die nota's) waardoor voor een onafhankelijke houding wordt gekozen terwijl meer responsiviteit op zijn plaats zou zijn geweest.

De ruimte van de inspectie wordt echter niet alleen bepaald door de relatie met de onder toezicht gestelden, maar bevindt zich ook in een keten van verantwoording ten opzichte van het Ministerie van VWS en de politiek. De IGZ moet er voor waken dat zij niet een verlengstuk wordt van de politieke leiding.

Het staatstoezicht is een instrument van de Staat en is niet een instrument van een lokale of centrale overheid. Met het toezicht moet de burger worden geïnformeerd over hoe dingen zijn. Niet over hoe dingen moeten zijn. Dat is politiek. (Oud Inspecteur-generaal IGZ).

In het bijzonder in de agenderings- en rapportagefase kan de politiek van zich doen spreken. Juist dan moet het voor de IGZ mogelijk zijn om onafhankelijk onderzoek te blijven doen. Het TOP 1 project leert dat dit niet altijd mogelijk is. Het Ministerie van VWS wil bijvoorbeeld graag inzage in de (concept) rapportages om te kunnen oordelen of de invulling van de maatregelen en de wijze van handhaven zoals deze in het definitieve rapport vermeld gaat worden passend zijn. Dit maakt een goede beleidsreactie naar bijvoorbeeld de Tweede Kamer mogelijk. Hiermee wordt de mogelijkheid om—gezien de aard van de risico's—een goede balans te vinden tussen responsiviteit en onafhankelijk dus verder ingeperkt.

Een element dat in voorgaande bespreking van de cases nog niet afdoende naar voren is gekomen is de relatie van het thematisch toezicht tot andere toezichtvormen. De integraliteit van toezichtprojecten en het bereiken van effecten kan alleen wanneer de IGZ responsief is met betrekking tot de hoeveelheid toezichtlast die onder toezicht gestelden voor hun kiezen krijgen.

Het volume [aan toezichtlast] wat de inspectie vraagt is soms zodanig dat het niet helemaal meer bij te benen is. (Voorzitter RvB ziekenhuis)

De beroepsgroep heeft het op dit moment moeilijk omdat er heel veel wordt verwacht. De kwaliteits-indicatoren, het minimale invasieve proces, Medirisk, Niaz, TOP1 tot en met 3. De professional ziet soms door de bomen het bos niet meer. (Anesthesioloog en bestuurslid NvA)

Binnen het TOP project is wel gekeken hoe de verschillende deelprojecten elkaar opvolgden. Zo heeft de IGZ de aanlevering van de plannen van aanpak van TOP 2 door de ziekenhuizen drie maanden opgeschort omdat de preoperatieve richtlijnen 1 maart 2008 klaar zou zijn. De inspectie had aanvankelijk verzocht de plannen van aanpak aan te leveren voor 1 januari maar heeft de vaststelling van de preoperatieve richtlijnen willen afwachten. Dat is toen nog een keer met een maand door de inspectie opgeschoven maar toen de richtlijn op 1 april nog niet klaar was is de termijn niet nog eens opgeschoven. Het toezicht op de gemeentelijke nota's lokaal gezondheidsbeleid kent eenzelfde problematiek. GGD'en worden in hun optiek overspoeld met diverse toezichtvormen en beginnen de waarde van bijvoorbeeld thematisch toezicht te devalueren tot bijvoorbeeld slechts een zoveelste enquête. Gemeenten hebben niet zozeer last van een grote hoeveelheid toezicht vanuit de IGZ, maar geven vooral aan dat het vierjarig tijdspad waarbinnen de totstandkoming, uitvoering en borging van een nota moet gebeuren te snel is.

Ik vind een cyclus zelf gebaseerd op het landelijke heel prettig, maar als je om de vier jaar nieuwe thema's gaat benoemen dan lukt je dat niet. Dan lukt je niet om daar het veld warm voor te krijgen, maar ook in te zetten en te borgen. Want dat wil je uiteindelijk. En daar heb je tijd en ruimte voor nodig. Maar als je alles er door heen ramt, ja, dan krijg je geen borging. Dan laat iedereen het los 'ja, het is wel goed wat het rijk wil maar dit redden wij niet.' Dat is wel jammer. (Gemeentelijk beleidsmedewerker Zorg en Welzijn).

Ondanks de inzet van de IGZ om het veld direct of indirect te betrekken bij thematisch toezicht beleven belanghebbenden de informatiestroom van de inspectie verschillend. Bovendien geven onze respondenten aan dat het afhankelijk is van de persoon van de inspecteur of er over een thematisch toezicht wordt geïnformeerd en wanneer. Dit is geen structureel beleid. Bijvoorbeeld met betrekking tot TOP 1 geeft de ene partij aan wel tussentijds geïnformeerd te zijn maar een andere belanghebbende partij niet. Deze laatste partij werd door de inspectie weer geïnformeerd toen de bevindingen van het onderzoek waren opgesteld. In het thematisch toezicht gemeentelijke nota's lokaal gezondheidsbeleid waren de respondenten unaniem, zij waren niet geïnformeerd over het thematische toezicht totdat om een plan van aanpak werd gevraagd.

De discussie rondom responsiviteit en onafhankelijkheid binnen de twee casus lijkt ook te draaien om de rol die de IGZ beoogt te vervullen. Is de IGZ de strenge toezichthouder die controleert of juist de stimulator van verbetering van de kwaliteit van zorg? Afhankelijk van het type probleem zou een en ander wellicht kunnen verschuiven. Echter bij zowel TOP 1 als bij de nota is het exacte probleem niet volkomen duidelijk. Belangrijk is dat hoewel de nota een vrij eenvoudig probleem lijkt te zijn dit eenvoudige probleem direct gerelateerd is aan een veel complexere problematiek in de relatie tussen rijksbeleid, IGZ, GGD en gemeenten.

Er is behoefte aan consultatieve functie van de inspectie. Nu krijgt een instelling niet of moeilijk de juiste inhoudsdeskundige te pakken bij de inspectie bij vragen naar aanleiding van het rapport. Dat leidt tot frustratie. De inspectie kan ook aangeven wat de best practice is. (Voorzitter RvB ziekenhuis)

De vraag is wel of dit een reële verwachting is ten aanzien van de IGZ of dat dit de balans dan laat doorslaan naar een te responsieve toezichthouder waarbij de legitimiteit van het toezicht verloren gaat. Mogelijk is niet het probleem dat de IGZ onvoldoende een consultatieve functie op zich neemt, maar dat de IGZ onvoldoende responsiviteit vertoont ten aanzien van het toezichtsonderwerp.

6 Leren als effect

6.1 Inleiding

Op 28 september 2006 breekt er brand uit op de OK van het Twenteborg ziekenhuis in Almelo. De meeste aannemelijk reden voor het incident is dat door een disfunctionerende anesthesiezuil zuurstof is vrijgekomen die vervolgens brand heeft gevat. De patiënt die op dat moment op de operatietafel ligt komt te overlijden. Het incident wordt breed uitgemeten in de lokale en landelijke media en leidt tot een onderzoek van de Inspectie. Die concludeert dat het onderhoud aan de anesthesiezuil onvoldoende was en dat er bovendien werkzaamheden aan de zuil zijn verricht zonder een adequate risico-analyse. Bovendien zijn volgens de Inspectie de verantwoordelijkheden voor veiligheid op de OK en, in meer algemene zin, met betrekking tot medische technologie in het ziekenhuis onvoldoende helder belegd, waardoor niemand zich verantwoordelijk voelde voor de patiëntveiligheid (IGZ 2008).

In zekere zin kan het incident in Almelo worden gezien als het ‘falen’ van het thematisch toezicht rond medische technologie in ziekenhuizen dat de Inspectie in de jaren daarvoor heeft gepubliceerd.⁴ In 2002 constateert de Inspectie al dat het toenemend gebruik van steeds complexere medische technologie leidt tot risico's voor de kwaliteit van zorg en dat ziekenhuizen hierop beter moeten (leren) inspelen (IGZ 2002). De Inspectie beveelt ziekenhuizen ondermeer aan Plannen van aanpak te ontwikkelen met betrekking tot de aanschaf, het onderhoud en het gebruik van medische technologie. In het follow-up onderzoek van 2005 constateert de Inspectie dat veel ziekenhuizen dit inmiddels wel, zij het vaak pas laat, hebben gedaan maar dat dit in veel gevallen nog niet heeft geleid tot een daadwerkelijk betere omgang met medische technologie (IGZ 2005). In de circulaire, die de Inspectie na het incident in Almelo gezamenlijk met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) in mei 2008 aan alle Nederlandse ziekenhuizen verstuurt, worden ziekenhuizen dan ook ondermeer opgeroepen hernieuwde aandacht aan de problematiek van medische technologie te besteden.

In dit hoofdstuk staat de vraag centraal of en door wie er van thematisch toezicht wordt geleerd. In het theoretisch kader hebben we onderscheid gemaakt tussen verschillende typen leren, in de eerste plaats 1^{ste} en 2^{de} orde leren. Eerste orde leren heeft betrekking op het beter leren uitvoeren van een taak. Gezondheidswerkers zijn hier goed in, zoals in de literatuur vaak is betoogd. Zo geven Anita Tucker en Amy Edmondson het voorbeeld van de verpleegkundige die bij het opmaken van een bed ontdekt dat er te weinig lakens zijn (Tucker en Edmondson 2003). Omdat zij haar taak wil volbrengen haalt ze snel een stel lakens van een naburige afdeling. De taak is daarmee volbracht, maar het onderliggende probleem uiteraard niet. De volgende keer kan het weer voorkomen dat er onvoldoende lakens zijn en bovendien heeft de 1^{ste} orde oplossing van deze verpleegkundige mogelijk gezorgd voor een gebrek aan lakens op de naburige afdeling. Tweede orde leren is gericht op het oplossen van de onderliggende oorzaak: niet alleen wordt het 1^{ste} orde probleem opgelost—het bed moet immers wel gedekt—maar onze verpleegkundige bespreekt het probleem nu ook met haar leidinggevende die op haar beurt afstemming zoekt met de wasserij om te zorgen voor een beter gecoördineerde aanvoer van beddengoed.

⁴ Toen wij aan het begin van dit onderzoek de Inspectie vroegen naar voorbeelden van succesvolle en falende voorbeelden van thematisch toezicht werd de casus medische technologie in ziekenhuizen in deze laatste categorie geplaatst, waarschijnlijk met het incident in Almelo in het achterhoofd. Verderop laten we zien dat hier genuanceerd over gedacht kan worden.

Niet alleen is 2^{de} orde leren gericht op de onderliggende processen van een probleem, er zijn ook andere actoren bij betrokken. In het geval van ons lakenprobleem is dat naast de verpleegkundige haar baas en de contactpersoon bij de wasserij. De 2^{de} orde oplossing leidt bovendien tot aanpassingen in afspraken tussen de afdeling en, als het goed is, tot nieuwe organisatorische routines. Daar kan nog aan worden toegevoegd dat ook het resultaat van de verschillende leerprocessen anders is. Eerste orde leren leidt tot de oplossing van een probleem—in dit geval een gedekt bed—terwijl 2^{de} orde leren als het goed is daarnaast bijdraagt aan het voorkómen van het ontstaan van dat probleem. Thematisch toezicht zal over het algemeen proberen om 2^{de} orde leereffecten in zorginstellingen te bewerkstelligen, aangezien deze zijn gericht op het verankeren van kwaliteit en veiligheid in de zorginstellingen.

Om de leereffecten van thematisch toezicht te analyseren hebben we aan 1^{ste} en 2^{de} orde leren niet genoeg. Thematisch toezicht richt zich immers niet alleen op het leren van zorginstellingen maar ook van de inspectie zelf en, in bredere zin, van het 'systeem' van de gezondheidszorg. Leereffecten die bij de Inspectie kunnen optreden hebben enerzijds te maken met het vergroten van inzicht in het voorkomen van kwaliteitsproblemen in de gezondheidszorg, maar anderzijds in ieder geval ook op de articulatie van risicoproblemen (zoals we hebben laten zien in hoofdstuk 4) en de positie van de Inspectie ten opzichte van het veld en andere betrokken actoren (zie hoofdstuk 5). In hoofdstuk 2 hebben we daarom ook een vorm van 'systeempleren' of 'beleidsleren' onderscheiden, die we in navolging van Peter Hall 3^{de} orde leren hebben genoemd (zie ook WRR 2006). Derde orde leren richt zich daarmee dus op de leereffecten die optreden *tussen* organisaties en in meer algemene zin betrekking hebben op het 'systeem' van de gezondheidszorg.

Of, in welke mate, en op welke manier verschillende typen leren optreden als gevolg van thematisch toezicht is uiteraard een empirische vraag die we in dit hoofdstuk onderzoeken aan de hand van twee casus van thematisch toezicht, te weten het thematisch toezicht met betrekking tot medische technologie in ziekenhuizen (IGZ 2002, 2005) en dat met betrekking tot de kwaliteit van verpleeghuiszorg (IGZ 2004, 2005, 2006, 2008). In vergelijking tot de andere hoofdstukken kent dit hoofdstuk een meer samenvattend karakter; voor een uitgebreide behandeling van de casus medische technologie in ziekenhuizen verwijzen wij graag naar de scriptie van Joanna Baank (Baank 2009).

6.2 Casusbeschrijvingen

Centraal in de casus *Medische technologie in ziekenhuizen* staat de notie van 'risicomanagement' rond medische technologie. Het betreft een aanpak van mogelijke kwaliteitsproblemen rond medische technologie waarin aanschaf, onderhoud en gebruik geïntegreerd worden.⁵ Medische technologie, zo blijkt al snel in het TT, is een ondergeschoven kindje in ziekenhuizen en krijgt weinig aandacht van bijvoorbeeld de Raad van Bestuur—anders dan in financiële zin. Met het TT probeert de Inspectie het onderwerp beter te verankeren in het ziekenhuisbeleid. Onderdeel daarvan is de positie en kwaliteit van de technische diensten in ziekenhuizen, die tot dan toe vrijwel onzichtbaar is en in de meeste ziekenhuizen alleen een rol speelt in het onderhoud. Zoals een lid van de werkgroep Coördinatie Instrumentatie Beheer Ziekenhuizen (CIBZ) van de Vereniging van Ziekenhuis Instrumentatietechnici (VZI) het formuleert:

Een jaar of 10, 20 geleden zaten de instrumentele diensten ergens in een oud werkhok onder in een kelder en dat was het dan. Het was niet voldoende geïntegreerd op alle niveaus in het ziekenhuis.

⁵ Zoals ook uit de techniek- en organisatiesociologie steeds duidelijker wordt dienen veiligheidskwesties rond (medische) technologie 'integraal' benadert te worden. Risico's van medische technologie worden vaak pas duidelijk in het gebruik, cq. door de interactie tussen technologie en gebruiker(s), vaak in complexe omstandigheden. Zie ondermeer (Balka et al. 2007; Law 2003; Wynne 1988).

Gezien de toenemende complexiteit van medische technologie (steeds meer *high tech* apparatuur, die steeds vaker onderling verbonden is en verweven met informatietechnologische applicaties) is een 'kwaliteitsslag' nodig. Aanleiding voor het TT vormen verschillende incidenten die zich voordoen en signalen van inspecteurs uit het veld.

In het eerste TT uit 2002 opereert de Inspectie redelijk eenzelve. Het projectteam, waarin ook een methodoloog zitting had, leidt zelf een set van normen af uit bestaande richtlijnen (met name de PACE normen) en stelt een methodologie op (vragenlijst en bezoeken). Ziekenhuizen worden betrokken in het proces doordat zij bevestigd worden en ook de NVZ hoort pas van het TT als het al gestart is. Wel wordt de vragenlijst gepilot in twee ziekenhuizen. Na de enquête worden 20 *at random* geselecteerde ziekenhuizen bezocht ter validering van de resultaten en om verdere verdieping te geven. Dit thematisch toezicht had met opzet een exploratief karakter om inzicht te krijgen op de wijze waarop met medische technologie in brede zin werd omgegaan in de ziekenhuizen, of en op welke wijze hierop beleid was geformuleerd en hoe de processen van aanschaf, onderhoud en gebruik in dit beleid waren geborgd. Daarnaast werd aandacht geschonken aan de positie van de technische dienst en de bredere verdeling van verantwoordelijkheden rond medische technologie.

Bij publicatie van het TT wordt een bijeenkomst georganiseerd met de NVZ, de Vereniging van Ziekenhuis Instrumentatietechnici (VZI) en de Nederlandse Vereniging van Klinisch Fysici (NVKF). Belangrijkste aanbevelingen uit het eerste TT zijn dat Raden van Bestuur zich meer met het onderwerp medische technologie moeten gaan bezighouden, dat zij een vorm van risicomanagement moeten ontwikkelen en implementeren en dat zij hiervoor een Plan van aanpak moeten opstellen.

Het veld, en dan met name de werkgroep Coördinatie en Instrumentatie Beheer Ziekenhuizen (CIBZ) van de VZI en de Werkgroep Instrumentatie Beheer Academische Ziekenhuizen (WIBAZ), nemen daarop het initiatief om tot een 'conceptueel kader' en een werkboek voor het risicomanagement rond medische technologie te komen, waarin ze samen werken met de NVZ. Vanuit het veld en dan met name vanuit de klinisch fysici is echter ook veel kritiek op het TT, dat een te beperkte blik zou hebben en belangrijke verschillen, bijvoorbeeld tussen perifere en academische ziekenhuizen, zou negeren. Bovendien zou het TT stimuleren tot 'ritual compliance' en gaan ziekenhuizen wel aan de slag met Plannen van aanpak maar de implementatie daarvan blijft onderbelicht en de onderliggende thematiek van het risicomanagement komt niet uit de verf. Ziekenhuizen leren daarmee vooral te voldoen aan de voorwaarden die de Inspectie stelt, maar niet hoe zij nu op een goede manier om moeten gaan met risico's van medische technologie.

De nadruk op de Plannen van aanpak komt sterk naar voren uit het follow-up rapport dat daar met name op is gericht. De follow-up bestaat uit het opvragen en vervolgens beoordelen van die Plannen van aanpak. Het blijkt dat de meeste ziekenhuizen inmiddels een Plan van aanpak hebben, maar dat deze nog niet in alle gevallen en ten aanzien van alle onderwerpen goed zijn uitgewerkt. Met name het *gebruik* van medische technologie blijft onderbelicht.

De indruk bestaat dat pas na het incident in Almelo instellingen serieuzer aandacht gaan besteden aan Medische technologie, waarbij overigens opnieuw, aldus veldrespondenten, veel ritual compliance te onderkennen is, met name gericht op onderhoud ('stickeren') van anesthesiezulen; een maatregel waartoe de Inspectie de ziekenhuizen oproept en waarvoor ook in de media de aandacht groot is. Of deze maatregel daadwerkelijk bijdraagt aan een verhoging van de patiëntveiligheid wordt met name door klinisch fysici overigens betwist.

Kwaliteit van verpleeghuizen

De casus *Kwaliteit van verpleeghuiszorg* kent een geheel andere dynamiek dan die over medische technologie. In de eerste plaats is in deze casus vanaf het begin een intensieve samenwerking tussen de Inspectie, VWS en de branchevereniging (toen Arcares, nu: ActiZ), beroepsgroepen (V&VN, Sting) en cliëntenorganisaties (het LOC) te zien. Bovendien kenmerkt de casus zich door de breedte van de aanpak, niet alleen in de zin dat de gehele kwaliteitszorg van verpleeghuizen op de agenda wordt gezet, maar ook door de breedte van de initiatieven. Vanuit de Inspectie wordt in de eerste plaats een groot scala aan toezichtsinstrumenten ingezet, waarvan het TT er slechts een is. Daarnaast wordt in samenwerking met het veld vormgegeven aan de 'normen voor verantwoorde zorg' en wordt met VWS gewerkt aan de stimulering van kwaliteit, ondermeer door het kwaliteitsprogramma *Zorg voor Beter*. De druk is ook groot, in de eerste plaats door het algemeen gevoelde beeld dat de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen 'door de bodem is gezakt', en daarnaast door de druk vanuit de politiek en de media, ondermeer in de context van een reeks van affaires, bijvoorbeeld met betrekking tot 'versterving' en 'pyjamadagen'.

De werkwijze van de Inspectie zelf richtte zich vooral op het beoordelen van instellingen op basis van de normen voor verantwoorde zorg en de 'tien alarmbellen'. Voor de verschillende onderzoeken is weinig contact geweest met het veld, en is vrij algemeen het gevoel dat er teveel is gelet op het al dan niet hebben van protocollen en richtlijnen en te weinig op de praktijk van de zorg. Respondenten uit het veld geven aan dat dit inmiddels is veranderd en dat de Inspectie meer aandacht heeft voor de praktijk van zorg. Wel is er rond de publicatie van de verschillende rapporten steeds veel overleg geweest met zowel VWS als het veld, zodat alle partijen zich konden voorbereiden op de soms harde boodschappen uit de rapportages en de daaruit volgende media-aandacht. De Inspectie zelf is in de loop der tijd, ondanks dat forse kritiek bleef op de kwaliteit van de zorg, ook een mildere toon aan gaan slaan, zoals ondermeer blijkt uit de ondertitel van het laatste rapport: 'kwaliteitsslag is gaande'.

Ontegenzeggelijk hebben de activiteiten van de Inspectie er toe geleid dat de kwaliteitszorg in verpleeghuizen hoog op de agenda is komen te staan bij alle betrokken partijen. Dit heeft zowel geleid tot meer aandacht voor 'eenvoudige' risico's zoals decubitus, ondervoeding en vallen, als voor meer complexe en ambigue risico's zoals het systeem voor kwaliteitszorg. Ook is het ontegenzeggelijk dat de kwaliteit van zorg in veel instellingen is verbeterd, al bestaat hier nog steeds wel discussie over. Dit is ook het geval voor de vraag in hoeverre de Inspectie zelf nu meer greep heeft op deze problematiek. Zo concludeerde de Algemene Rekenkamer in 2009 dat de Inspectie nog teveel leunt op de instellingen zelf waar het gaat om inzicht in de kwaliteit van zorg (Algemene Rekenkamer 2009). Registratie van kwaliteitsgegevens is in de ouderenzorg bovendien een notoir probleem.

6.3 Conclusie

In casus Medische technologie in ziekenhuizen ligt de nadruk op 1^{ste} orde leren, waarbij na het incident in Almelo meer 2^{de} orde leren is te constateren. Tot op zekere hoogte is beleidsleren (3^{de} orde) opgetreden, maar dit blijft moeizaam gezien de druk op definiëring van risico's in enkelvoudige zin, met name gericht op onderhoud. Lastiger onderwerpen zoals het gebruik van medische technologie blijft grotendeels buiten beeld. In de ziekenhuizen is medische technologie in beperkte mate een 'normaal' onderwerp geworden en is evenzeer in beperkte mate de positie van de technische diensten versterkt. Wel zijn er vanuit de veldpartijen veel initiatieven genomen om risicomanagement rond medische technologie te bevorderen.

In de casus verpleeghuizen is duidelijker te zien dat er op alle niveaus is geleerd: meer aandacht voor kwaliteit in de instellingen, zowel ten aanzien van 1^e als 2^e orde leren en 3^e orde leren door een duidelijker integratie van kwaliteit in het algemene beleid binnen de sector en de ontwikkeling van een groot aantal instrumenten om dit te bevorderen (normen voor verantwoorde zorg, prestatie-indicatoren, CQ index, accreditatie). Dit relatieve succes (relatief omdat er nog steeds tal van vragen zijn over het niveau van de kwaliteit van zorg) is mede te danken aan de intensieve samenwerking tussen Inspectie, VWS en veldpartijen.

7 Discussie

De rol en de werking van het thematisch toezicht is onderzocht middels zes case studies, en door middel van interviews en documentenanalyse met betrekking tot opvattingen en ervaringen ten aanzien van thematisch toezicht in meer algemene zin. De case studies hebben daarbij een goed inzicht gegeven in het proces van uitvoering van het thematisch toezicht en in hoeverre dit proces bijdraagt aan een effectief toezicht zoals ervaren door het veld en de IGZ zelf. Het bespreken van thematisch toezicht in meer algemene zin of op een meer geaggregeerd niveau met de verschillende belanghebbenden heeft echter ook thema's op de agenda gezet die op andere wijze raken aan de aspecten probleemsituering, responsiviteit en leren als onderdeel van effectief toezicht. Hieronder volgt een samenvatting van de bevindingen uit de empirische hoofdstukken in combinatie met de geaggregeerde bevindingen ten aanzien van de besproken thema's van effectief toezicht: probleemsituering, de balans tussen responsiviteit en onafhankelijkheid en het genereren van leervermogen. Allereerst zullen we antwoord geven op de onderzoeksvragen zoals geformuleerd in hoofdstuk 2. Vervolgens worden enkele thema's dieper aangesneden.

7.1 Onderzoeksvragen

Op welke wijze wordt de agendering van het thematisch toezicht bepaald; hoe worden te agenderen problemen gedefinieerd en wat is de rol van het veld hierin?

Agendering van thematisch toezicht lijkt per programma en per thema op een andere wijze tot stand te komen. Het ene programma formuleert een meerjarenplan waarin de verschillende onderwerpen voor thematisch toezicht geagendeerd worden op basis van interne signalen alsook gesprekken met belanghebbenden (zie bijvoorbeeld 'voorkomen van separatie'). Het andere programma heeft een minder systematische aanpak, maar neemt desalniettemin een risico-overweging op basis van literatuuronderzoek en interne en externe signalen mee in de overweging tot het agenderen van thematisch toezicht. Thematisch toezicht wordt verkozen boven gefaseerd of incidenten toezicht wanneer verwacht wordt dat een bepaalde problematiek zich niet in enkele zorginstellingen voordoet, maar onderdeel is van een sectorbrede problematiek. Vaak worden risicoproblemen geagendeerd die vooralsnog ongekend zijn dan wel weinig onderkend worden door de zorgsector. Hoewel externe signalen afkomstig uit de zorgpraktijk vaak wel meegenomen worden in het agenderen van een specifiek thema, zijn deze externe signalen veelal niet de aanleiding tot thematisch toezicht. Aanleiding is veeleer maatschappelijke onrust gebaseerd op incidenten, of historiciteit van het onderwerp (cyclisch karakter), of signalen en interesses van IGZ-medewerkers zelf. Belanghebbenden lijken vooralsnog marginale input te hebben in de agendering van onderwerpen voor thematisch toezicht.

Op welke wijze wordt het (risico)probleem dat centraal staat in het thematisch toezicht gedefinieerd gedurende het gehele proces van het thematisch toezicht?

De probleemsituering lijkt in alle zes casus veranderlijk van aard te zijn. Dit heeft niet alleen te maken met het procedurele karakter van thematisch toezicht, maar ook met de veelvoud aan belanghebbenden en daaraan gelieerde perspectieven op wat verantwoorde zorg is. Veelal wordt gedurende de agenderingsfase en het schrijven van een plan van aanpak geëxploreerd wat precies de problematiek moet zijn dat centraal staat in het thematisch toezicht. Hoewel de huidige roep om transparantie vraagt om eenduidig geformuleerde problematiek, blijkt thematisch toezicht vooral gebruikt te worden voor de articulatie van meer complexe, onzekere en/of ambigue risicoproblemen. Gedurende het thematisch toezicht wordt vervolgens door middel van het formuleren van een toetsingsinstrument, een normenkader en vervolgens een handhavingkader getracht de complexiteit van de problematiek enerzijds te duiden en anderzijds te positioneren in werkbare handhavingdoelstellingen op basis van een vereenvoudiging van de problematiek. Vooral de discussies met betrekking tot het normatief kader tussen de IGZ en de verschillende

belanghebbenden geven blijk van uiteenlopende opinies over de juiste probleemdefiniëring. Indien hierover geen consensus is dan wel raadpleging heeft plaatsgevonden lijkt de effectiviteit van het toezicht na de rapportage geringer. De onder toezicht gestelden reageren dan veelal nog op het in hun ogen onjuiste normenkader in plaats van dat zij bezig zijn de toezichtresultaten te verwerken in het zorgproces. Ook de nazorg van een thematisch toezicht rapportage blijkt vaak van cruciaal belang. De IGZ krijgt hiermee signalen binnen of de zorgpraktijk actief bezig is met het verbeteren van de kwaliteit van zorg op basis van de bevindingen en/of dat de IGZ hierin nog een stimulerende rol kan spelen.

Hoe wordt vormgegeven aan de balans tussen responsiviteit en onafhankelijkheid ten opzichte van de belanghebbenden gedurende het thematisch toezicht?

Het onderzoek heeft vooralsnog geen concrete criteria opgeleverd op basis waarvan het veld tot op heden wel of niet is betrokken bij thematisch toezicht. Variabelen die hierin in ieder geval een rol lijken te spelen zijn ten eerste de grootte van het project. Grotere projecten zoals TTBB ten behoeve van de SGZ 2005 en TOP lijken eerder gebruik te maken van begeleidingscommissies. Kleine projecten en/of follow-up toezichten daarentegen lijken hier minder gebruik van te maken. Ten tweede speelt de expertise van de projectleider een rol. Wanneer de projectleider zelf deskundig is op het onderwerp van thematisch toezicht wordt minder gebruik gemaakt van externe expertise. Informele contacten met koepels, brancheorganisaties en VWS daarentegen lijken veelvuldig plaats te hebben. Tijdens deze contacten worden de specifieke thematische toezichten niet altijd afzonderlijk geagendeerd, maar komen bijvoorbeeld tijdens rondvragen naar boven. Tijdens deze contacten met de belanghebbenden vindt wederzijdse informatie-uitwisseling plaats over de problematiek die centraal staat in het thematisch toezicht. Hierdoor kunnen onderzoeksvragen worden aangescherpt en risicoproblematiek verder gearticuleerd. Wat betreft gebruikte onderzoeksmethoden lijkt vooralsnog nauwelijks overleg plaats te hebben. Enkele vragenlijsten en toetsingsinstrumenten worden wel gepilot maar dat heeft vaak weinig gevolgen voor de wijze waarop deze verder worden ontwikkeld. Daar waar de IGZ zich actief mengt (door aanwezigheid, facilitatie of ook inhoudelijke bijdragen) in de discussie met betrekking tot de risicoproblematiek en daaraan verbonden normen wordt de IGZ als toezichthouder niet alleen gerespecteerd, maar ook haar bevindingen meer gewaardeerd en legitiem bevonden.

Naast een inhoudelijke responsiviteit komt in de gesprekken met belanghebbenden vaak ook (het gebrek aan) procedurele responsiviteit aan bod. Vooral de koepels en brancheorganisaties van onder toezicht gestelden geven aan dat er weinig gecommuniceerd wordt dat een thema is geagendeerd. Een ander aspect waar vaak op gewezen is, betreft de termijn waarop aanbevelingen en maatregelen die door de IGZ worden geformuleerd ook uitgevoerd kunnen worden. De IGZ, mede onder druk van politiek en maatschappij, wordt verweten onrealistische termijnen te hanteren voor bijvoorbeeld richtlijn ontwikkelingen. Ook de veelvoud aan verschillende toezichten (niet alleen vanuit de IGZ, maar ook vanuit andere inspecties) kunnen zorgen voor een ervaren toezichtslast. Ook toezichthouders zelf hebben hier niet altijd zicht op. Een GGD medewerkster gaf bijvoorbeeld aan dat bij het beantwoorden van het zoveelste vragenlijstje zij de IGZ niet langer geloofwaardig vond in haar bevindingen omdat deze weinig blijk van inzicht toonde ten opzichte van eerdere toezichten.

Toch dient de IGZ te waken voor een al te responsieve houding ten opzichte van de verschillende belanghebbenden. Zodra de problematiek en methoden zijn geformuleerd voor een thematisch toezicht moet de IGZ onafhankelijk de inspecties uitvoeren. Het moet daarbij niet zo zijn dat belanghebbenden de oordelen van de IGZ inhoudelijk kunnen bijsturen tenzij daar gegronde redenen voor zijn. Incidenten vooraf en tijdens het thematisch toezicht kunnen een dergelijke maatschappelijke en politieke onrust veroorzaken dat zij een druk uitoefenen op de IGZ om de problematiek te focussen op enkele aspecten en daarbij de gehele context en complexiteit van een thema versmallen (zie de casus Medische Technologie en Voorkomen van Separatie). Ook tegen het einde van een thematisch

toezicht waarin de uiteindelijke toezichtbevindingen in de rapportage en de daaraan te verbinden maatregelen dienen te worden geformuleerd toont de IGZ veelal haar onafhankelijkheid door wel conceptrapportages voor te leggen aan belanghebbenden ten behoeve van een betere landing, maar daaraan niet te verbinden dat rapportages ook gewijzigd of niet gepubliceerd worden. Belangrijk is wel dat niet uit het oog verloren wordt in de rapportages te getuigen van zowel inhoudelijk inzicht en mogelijk ook procedurele responsiviteit.

Het belang van de verschillende vormen van responsiviteit lijkt daarmee samen te hangen met de fase waarin het (thematisch) toezicht zich bevindt. In de voorbereiding van het thematisch toezicht is inhoudelijke responsiviteit cruciaal: worden de juist problemen geagendeerd en, vooral, worden deze op de juiste manier gedefinieerd. Overeenstemming hierover lijkt van groot belang om het draagvlak en daarmee uiteindelijk ook de doorwerking van het toezicht te garanderen. Procedurele responsiviteit lijkt daarentegen met name aan het einde van het toezichttraject van belang, waar het gaat om bijvoorbeeld de termijn waarop de aanbevelingen dienen te worden nageleefd.

Op welke wijze wordt gedurende het thematisch toezicht rekening gehouden met de verschillende vormen van leren en het genereren van toezichteffecten bij de belanghebbenden?

Het instrument van het thematisch toezicht lijkt in eerste instantie vooral toegesneden te zijn op het genereren van 2^{de} en 3^{de} orde leereffecten, dat wil zeggen: leren ten aanzien van het zodanig inrichten van organisaties dat kwaliteitsproblemen voorkomen kunnen worden, en beleids- of systeemleren. Thematisch toezicht biedt de gelegenheid om kwesties rond de kwaliteit van zorg nader te articuleren, kennis en informatie te vergaren met betrekking tot de stand van zaken rond specifieke kwesties en van daaruit strategieën met betrekking tot de omgang met kwaliteit in en tussen instellingen te ontwikkelen.

Op basis van de casestudies kunnen we concluderen dat 2^{de} en 3^{de} orde leereffecten lang niet in alle gevallen van thematisch toezicht worden bereikt. Dit heeft in de eerste plaats te maken met de gevolgde methodologie in het thematisch toezicht. De vragenlijst is voorsnog de meest voorkomende onderzoeksmethode binnen het thematisch toezicht. Daarnaast worden vaak inspecties uitgevoerd bij een steekproef van het totaal aantal zorgaanbieders dat betrokken is bij een specifiek thema. Hoewel sinds korte tijd een methodoloog wordt betrokken bij het thematische toezicht, lijkt de keuze voor de methoden in de onderzochte zes casus voornamelijk gebaseerd op de ervaring van IGZ-medewerkers met bepaalde onderzoeksinstrumenten zoals de enquête en inspecties op basis van toezichtinstrumenten (vaak ook vooraf geformuleerde toezicht vragenlijsten). Een expliciete link met het voorliggende thema en type (risico)problematiek wordt voorsnog niet of nauwelijks gemaakt. De onderzoeksinstrumenten worden voornamelijk ontwikkeld met het oog op het toekomstig handhavingkader. Doelstellingen als het stimuleren van reflectie op het eigen zorgproces door middel van een keuze in het onderzoeksinstrument komen hierdoor niet aan bod.

Hetzelfde geldt voor de formulering van de aanbevelingen en maatregelen. Veelal zijn deze dusdanig geformuleerd dat zij duiden op een eenvoudige probleemdefiniëring die daaraan ten grondslag zou liggen. Deze aanbevelingen moeten vervolgens worden geïmplementeerd in een setting waarbij eerder sprake is van een complexe, onzekere of ambigue problematiek. Dit mondt mogelijk uit in spanningen tussen enerzijds de gewenste aanpassingen ten aanzien van verantwoorde zorg vanuit de IGZ en anderzijds de zorgpraktijk waarin deze aanbevelingen niet leiden tot het gewenste effect en verandering van kwaliteit van geleverde zorg. Mogelijk leidt dit zelfs eerder tot een vorm van 'ritual compliance' in plaats van een verkenning en verbetering van het eigen zorgproces op basis van de aanbevelingen. De landing en nazorg van thematisch toezicht is derhalve van belang in het thematisch toezicht. Het geeft een soort vinger aan de pols effect en draagt bij aan

een tijdige bijsturing of stimulans van activiteiten van de verschillende belanghebbenden opdat het lerend vermogen van de betrokken actoren wordt geactiveerd.

In enkele gevallen is wel sprake van 3^{de} orde leren. Dit is met name het geval bij de casus over de kwaliteitszorg in verpleeghuizen. Hier is door een intensieve samenwerking tussen de IGZ, VWS en veldpartijen en door de inzet van een grote variëteit aan toezichts-instrumenten—waaronder thematisch toezicht—een meer integrale visie op kwaliteit van zorg ontstaan, waarbij tevens beter inzicht is gekomen in de aard van de risicoproblematiek in de sector. Tegelijkertijd is, als gevolg hiervan, de IGZ wel sterk afhankelijk geworden van het veld waar het gaat om informatie over de beoordeling van de kwaliteit van zorg, zoals ook de Algemene Rekenkamer constateert. Het is dan ook de vraag of na de intensieve samenwerking een periode is aangebroken waarin de Inspectie een meer onafhankelijke rol ten aanzien van het veld kan spelen.

Welke effecten hebben rapporten op het handelen van zorgprofessionals?

De thematische toezichtrapportages worden, afhankelijk van de mate van betrokkenheid van de zorginstellingen en andere belanghebbenden (ministerie, overige toezichthouders, media, patiëntenorganisaties, professionele verenigingen, brancheorganisaties), voornamelijk positief ontvangen. Een veel gehoorde reactie is dat thematische toezichtrapportages vaak getuigen van meer inzicht van de complexiteit van zorg dan dat bijvoorbeeld gefaseerd toezicht doet. Kanttekeningen hierbij zijn wel dat een zogenaamd 'effectief toezicht' vaak ook werd toegedicht aan de communicatie kwaliteiten en de ervaren toegankelijkheid van de betrokken IGZ-medewerkers. Wanneer rapportages meer kritiek ontvangen wordt veelal gereageerd op het normenkader of de probleemsituering van het thema dat geen recht zou doen aan de realiteit.

De thematische toezichtrapporten dragen vooral bij aan veranderingen in de zorg wanneer zorginstellingen zelf ook al bezig waren met de betreffende problematiek. Een voorbeeld hiervan is het toezicht op voorkomen van separatie. Veelal die zorginstellingen die al actief bezig waren met het project Dwang en Drang maakten dankbaar gebruik van de bevindingen van de IGZ in zowel de geaggregeerde als instellingsspecifieke rapportages. Het thematisch toezicht versterkt in dat geval een reeds in gang gezet verbeteringstraject. Ook incidenten, voorafgaand, tijdens of zelfs na afronding van het thematisch toezicht lijken de effectiviteit van het toezicht te versterken. Enerzijds kan hieruit de conclusie worden getrokken dat niet het thematisch toezicht, maar het incident de effecten genereert. Anderzijds lijkt juist de aanwezigheid van een thematisch toezicht ten tijde van een incident een proces in gang te zetten dat de articulatie van de risicoproblematiek in al haar gekende en ongekende facetten faciliteert, ondersteunt en stimuleert tot vernieuwingen en verbeteringen in de zorg (zie ook de casus Medische technologie en Voorkomen van separatie). De aanwezigheid van conceptuele kader om het risico te articuleren (zoals het 'risicomanagement' bij de casus Medische technologie), draagt dan bij aan kwaliteitsverbeteringen in de instellingen. Thematisch toezicht biedt als het ware een model waarbinnen het incident een plek krijgt en juist de vereenvoudiging van problematiek door maatschappelijke en politieke druk kan tegengaan waar nodig. Niet alleen de zorginstellingen die direct zijn betrokken bij het thematisch toezicht, maar ook die zorgaanbieders die buiten de steekproef vallen en andere belanghebbenden zoals koepels en brancheorganisaties worden door het sectorbreed agenderen van een specifieke risicoproblematiek gestimuleerd tot het gebruik maken van de toezichtbevindingen en daaruit voortvloeiende verbeterpraktijken.

Bovenstaande antwoorden op de vijf deelvragen vormen tesamen een goed beeld van het effect en de neveneffecten van het thematisch toezicht op het beleid van zorginstellingen en het gedrag van zorgprofessionals en de wijze waarop de uitvoering van het thematisch toezicht heeft bijgedragen aan de ervaren effectiviteit van het thematisch toezicht. Desalniettemin zijn er enkele thema's die nog verdieping verdienen. Deze thema's betreffen

onder meer de balans tussen onderzoek en handhaving, hoe methodologische keuzes potentieel kunnen bijdragen aan het genereren van lerend vermogen van belanghebbenden en hoe de samenhang tussen de verschillende toezichten van belang is voor een effectief toezichtorgaan.

7.2 Verhouding onderzoek en handhaving

Het thematisch toezicht blijkt niet gemakkelijk af te bakenen. Vooral de vraag ‘wanneer houdt thematisch toezicht op?’ werd door de IGZ en de belanghebbenden niet eenduidig beantwoord. Deze vraag mondde voornamelijk uit in een discussie over de verhouding tussen onderzoek en handhaving. Wanneer thematisch toezicht zich voornamelijk richt op het onderzoek staan vragen als ‘wat is het probleem’ en ‘hoe wordt hier mee omgegaan’ centraal. In het verleden hebben thematische toezichten regelmatig dit karakter gehad en het is opvallend dat onze respondenten bij de Inspectie regelmatig de woorden ‘onderzoek’ en ‘toezicht’ als synoniem gebruiken. Dit wordt echter door de IGZ momenteel beschouwd als onwenselijk omdat onderzoek te weinig elementen van toezicht in de zin van handhaving in zich zou houden. De nadruk op betere methoden van onderzoek komt dan ook niet voort uit een kennisbehoefte als zodanig, maar eerder uit de noodzaak om een meer op handhaving gericht toezicht beter te kunnen legitimeren. Zoals een hoofdinspecteur het uitdrukt:

Als je het mij zou vragen is er geen verschil [tussen onderzoek en toezicht]. We gaan steeds meer naar toezicht. Zoals de leiding van de inspectie het altijd zegt ‘we zijn geen toeristisch onderzoek aan het doen.’ Dus niet alleen maar kijken ‘goh, wat is er aan de hand’, nee wat we doen moet ook altijd gevolgen hebben in termen van maatregelen. (...) En de methodologische kant daarvan proberen we ook steeds beter te borgen, dus dat we ook het onderzoek kunnen verantwoorden.

Toch levert thematisch onderzoek ook kennisontwikkeling op voor mogelijke beoordelingsnormen die gehanteerd kunnen worden voor handhaving. Bij handhaving wordt verondersteld dat de normen bekend zijn en wordt getoetst in hoeverre zorgaanbieders aan deze normen voldoen. Het thematisch toezicht is ten opzichte van bijvoorbeeld gefaseerd toezicht uniek omdat onderzoek en handhaving zich vermengen. Het thematisch toezicht wordt door de IG toegelicht als “het in kaart brengen van, inventariseren van de toestand in bepaalde risicogebieden. En, afhankelijk van wat je aantreft, een handhavingstraject of handhavingmaatregelen inzetten.” Juist de verhouding tussen het ‘in kaart brengen’ van verantwoorde zorg en daaraan handhaving verbinden blijkt in alle drie de besproken thema’s te leiden tot spanningen in de uitvoering van het toezicht. Zo wordt veelal door hoofdinspecteurs en de IG gepleit dat thematisch toezicht geen exploratief onderzoek kan en mag zijn en hieraan te allen tijde een vorm van handhaving aan verbonden dient te worden.

Toezicht heeft een toegevoegde waarde; het is een oordeelsvorming en daarmee een verander potentie. En als ik die niet kan definiëren begin ik er niet aan. Omdat die verandering zo lastig is, omdat we in een veld zitten waar we nauwelijks een toezichtrelatie mee hebben over het probleem of de objecten, is het lastig om die verandering vast te houden en voor ogen te houden. Dus ik heb een voortdurende strijd met mijn inspecteurs die terug proberen te glijden in ‘hoe is het gesteld met...?’ (Hoofdinspecteur IGZ)

Echter, dit uitgangspunt leidt mogelijk tot problemen, bijvoorbeeld in het te formuleren toetsingskader (open versus gesloten normen), voor de verschillende thematische toezichten in combinatie met de responsiviteit ten opzichte van belanghebbenden. Door handhaving centraal te stellen als doel van thematisch toezicht worden keuzen in het toezichtstraject gericht op deze handhaving. Echter, thematische toezichten richten zich veelal op ongekende of niet erkende problemen binnen een bepaalde zorgsector waarbij risico’s ontstaan voor de veiligheid van de patiënt. Vaak ontbreekt nog een normatieve consensus over wat verantwoorde zorg is en is er weinig tot geen, of zelfs discussie over de

relevante *evidence* over het nut van bepaalde maatregelen. Met als gevolg dat niet alleen de onder toezicht gestelden, maar ook inspecteurs van de IGZ zelf worstelen met de balans tussen het enerzijds formuleren van een normatief toetsingskader op basis waarvan de IGZ kan oordelen over de mate van verantwoorde zorg en anderzijds het waarborgen dat dit toetsingskader ruimte laat voor bijvoorbeeld open normen en leren van de onder toezicht gestelden. Voor handhaving zijn gesloten of veiligheidsnormen noodzakelijk. De IGZ is dus gebaat bij een concrete en afgebakende formulering van het toetsingskader. Het veld daarentegen pleit veelal voor open normen en vaak ook streefnormen op basis waarvan zij (te zijner tijd) beoordeeld wensen te worden.

De huidige procesmatige aanpak stuurt aan op het handhavingdoel van een thematisch toezicht en kan mogelijk leiden tot inflexibiliteit ten aanzien van problematiek die gedurende het thematisch toezicht van karakter veranderd (van simpel naar onzeker). Dit maakt voorts ook dat 'ambigue' problemen eigenlijk buiten beeld blijven. In die gevallen ontbreekt namelijk een toetsingskader. Dit brengt ook risico's met zich mee. Een eerste risico is dat door onvoldoende responsiviteit ten aanzien van de probleemsituering het veld zich tegen de IGZ kan keren. In feite creëert de IGZ dan zijn eigen weerstand. Een tweede risico is dat hierdoor maar een beperkte categorie problemen meegenomen kan worden in een thematisch toezicht, namelijk die problemen waarop ook gehandhaafd kan worden. Dit houdt overigens niet in dat onder toezicht gestelden nooit voor heldere normen en eenvoudige probleemdefiniëringen zullen pleiten. Verschillende van onze casus laten zien dat het veld juist vaak helderheid beoogt en wil weten waarop wordt gehandhaafd. Het punt dat hier ter discussie staat is wanneer deze normen en probleemdefiniëringen vastgesteld dienen te worden en wat de rol van het thematisch toezicht daarin is. Mogelijk zou de doelstelling van thematisch toezicht moeten zijn om uiteindelijk een normen- en handhavingkader te formuleren en niet daar vanuit te vertrekken.

Interessant is dat dit in de meeste van onze casus ook feitelijk zo gebeurt, zij het dat dit niet altijd de intentie is en pas na publicatie van het eerste thematisch toezicht in overleg met het veld leidt tot een nadere articulatie van problemen en formulering van normen. Een voorbeeld betreft de casus medische technologie waar gedurende het TT de notie van 'risicomanagement' langzaam komt bovendrijven en het veld initiatieven ontplooit om hier nadere invulling aan te geven. Interessant is om te zien dat de Inspectie enerzijds die ontwikkeling steunt, maar anderzijds toch grotendeels op een 'enkelvoudige' risicodefinitie blijft zitten. In de casus van de separatie in de GGZ en de kwaliteit van de verpleeghuiszorg is meer aandacht voor de onzekerheden en ambiguïteiten in de praktijk en is de Inspectie beter in staat over een aantal onderzoeken heen tot gezamenlijke probleemarticulatie en normontwikkeling te komen die ook duidelijk tot leereffecten leiden in de sector.

Een tweede aspect gerelateerd aan de afbakening van het thematisch toezicht en de verhouding tussen onderzoek en handhaving is de verhouding tussen verschillende toezichtsinstrumenten die de IGZ ter beschikking staat. Waar het thematisch toezicht vooral geschikt lijkt te zijn voor probleemarticulatie en normontwikkeling dient tegelijkertijd uiteraard toezicht te zijn op de naleving van die normen. Zoals de Inspecteur-Generaal het verwoord:

Wij zijn een handhavingorganisatie. Dat betekent dus altijd dat er een of andere vorm van follow up zou moeten zijn die bewerkstelligt dat er naleving plaatsvindt. Dat je net zolang doorgaat tot die naleving er is. Dan vraag je om herhaling. (Inspecteur-generaal IGZ)

De vraag is echter of het thematisch toezicht hiervoor ook de meest geschikte vorm is. Niet alleen is dit een vrij intensieve vorm van toezicht houden; ook lijkt het karakter van het thematisch toezicht zodanig dat dit beter past bij complexere problemen. Daarnaast wordt een explorerende en handhavende stijl gecombineerd in één toezichtsvorm slecht gewaardeerd binnen het veld (Helderman & Honingh 2009). Met andere woorden, de noodzaak van probleemarticulatie, normontwikkeling en handhaving vraagt om een bredere reflectie op de bijdrage van de verschillende toezichtsinstrumenten, waarbij naast het

thematisch toezicht ook het incidententoezicht en het gefaseerd toezicht worden betrokken. Zo kunnen bevindingen uit bijvoorbeeld het thematisch toezicht worden gebruikt in gefaseerd toezicht. Het thematisch toezicht leidt dan tot een handhavingkader dat in gefaseerd toezicht meegenomen kan worden. Wanneer de IGZ dus kiest voor een follow-up van thematisch toezicht is het wijs om te bekijken welke vorm van toezicht hiertoe het meest geschikt is.

7.3 Responsieve onderzoeksmethoden en het genereren van leereffecten

Ook de door IGZ gemaakte keuzes in de methode van toezicht heeft zijn invloed op de wijze waarop het lerend vermogen van zorgaanbieders wordt gestimuleerd. Het thematisch toezicht leent zich uitstekend voor onderzoeksmethoden als onaangekondigde bezoeken aan de werkvloer, begeleidingscommissies met experts die kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van het toetsingsinstrument in combinatie met bijvoorbeeld vragenlijsten. Dit maakt een thematisch toezicht niet alleen arbeidsintensief, maar opent ook de mogelijkheid tot zeer responsieve ontwikkeling van onderzoeksmethoden die passen bij de context waarin het thematisch toezicht plaatsheeft. Daar waar de thematische toezichtprojecten hebben nagelaten de belanghebbenden te raadplegen over de onderzoeksmethode en het toetsingsinstrument, blijkt vaak dat deze niet als passend werden ervaren of inhoudelijk niet altijd de juiste elementen bevatten. Dit heeft consequenties voor de legitimiteit van het toezicht in de praktijk en daarmee ook voor de effectiviteit van het toezicht. Het risico is dat slecht aansluitende aanbevelingen leiden tot *ritual compliance* met op zijn best weinig tot geen effecten op de werkvloer.

Het type risicoprobleem en de doelstelling van thematisch toezicht speelt dus een belangrijke rol in de keuze van onderzoeksmethoden. Wanneer de doelstelling van een thematisch toezicht probleemarticulatie is dan kan een veelgebruikt instrument zoals een vragenlijst hiertoe mogelijk niet afdoende zijn. Hoewel een vragenlijst goed kan helpen in het beschrijven van de stand van zaken, gaat deze veelal ook uit van specifieke veronderstellingen ten aanzien van de onderwerpen die aan bod komen. Met andere woorden een nadeel van een vragenlijst is dat deze de dingen teveel 'vast zet'. In het geval van ambigue problemen liggen bijvoorbeeld meer mixed methods vormen van onderzoek voor de hand waarbij vragenlijsten aangevuld of vervangen worden door bijvoorbeeld etnografische kwalitatieve onderzoeksmethoden zoals observaties. Dat goed ontwikkelde onderzoeksinstrumenten wel kunnen bijdragen aan de motivatie van zorgaanbieders om te reflecteren op hun eigen handelen bewijst de casus rond het operatief traject. Het onderzoeksinstrument ontwikkeld door de IGZ voor het operatieve traject (TOP 2) is door de NFU overgenomen als onderdeel van de beoordeling van operatieve trajecten van de UMC's met als doelstelling hiervan te leren en aan te passen waar nodig.

7.4 Keuze van toezichtvorm op basis van capaciteit en expertise

De keuze van de wijze van uitvoering van het toezicht is niet alleen gerelateerd aan de potentiële leereffecten in het veld, maar ook gerelateerd aan bijvoorbeeld de capaciteit en expertise van de IGZ om een bepaald type toezicht uit te kunnen voeren. Niet alleen moet de IGZ effectief zijn in haar toezicht, ook de efficiëntie van haar toezicht is van belang. Thematisch toezicht neemt een behoorlijke capaciteit van de IGZ in beslag en kan daarom slechts in een beperkt aantal per jaar per programma worden uitgevoerd. Dit houdt in dat ook elk jaar keuzes gemaakt dienen te worden welke thema's het meest geschikt zijn voor thematisch toezicht. Een goed voorbeeld hiervan is het programma GGZ.

Wat wij in het kader van die herijkingen voor het toezicht op de GGZ 'Sterk van Geest' ook gedaan hebben, is überhaupt nagedacht over de vraag 'hoe willen we nu onze thematisch toezicht rondes gaan inkleden?' Dat heeft ertoe geleid dat we zeggen 'we willen een paar dingen doen.' Één, we willen niet alles tegelijk, want voor je het weet vindt, ik noem het nu even gechargeerd, vindt de hele wereld dat de IGZ van alles en nog wat moet onderzoeken, en zie je door de bomen het bos niet meer, en verzuip je in alles wat om voorrang strijd. Dus wij hebben gezegd: 'we gaan proberen om elk jaar twee grote

thema's te agenderen.' Één voor de GGZ algemeen, en één specifiek gericht op die met dwang en drang bedreigden, omdat dat zo'n hele specifieke doelgroep is. (Programmaleider IGZ))

Het is niet altijd mogelijk om die vorm van toezicht in te zetten die het meeste effect genereert. De IGZ is immers een organisatie die ook moet letten op haar ander verplichtingen en capaciteit voor de uitvoering van het toezicht.

Wij zeggen denk ik wel eens om efficiency redenen, ik zou me goed kunnen voorstellen dat we zeggen: we gaan niet volgend jaar weer diezelfde 20 onderwerpen, bij de IC bijvoorbeeld. Want we moeten onze mensen elders inzetten en er zijn andere thema's die om thematisch onderzoek vragen. (Inspecteur-generaal IGZ)

Dit houdt ook in dat de IGZ goed moet overwegen wiens verantwoordelijkheid het is om de kwaliteit van zorg te verbeteren en waarborgen. Hoewel dit rapport zich richt op de effectiviteit van thematisch toezicht, speelt efficiëntie zeker ook een rol. Eerder onderzoek heeft reeds aanbevelingen opgeleverd voor de structurering van het thematisch toezicht proces (Tuijn 2007). Dit onderzoek kan aan de discussie over effectief en efficiënt toezicht bijdragen door een indicatie te geven hoe een thematisch toezicht inhoudelijk gestructureerd kan worden opdat het meest waarschijnlijk effect zal genereren. Daarbij kan gekeken worden naar het type risico, de beschikbare menskracht en de opbrengst die gedacht wordt te bereiken met het thematisch toezicht. Naast de capaciteit is ook het soort van expertise dat benodigd is om een goed thematisch toezicht uit te voeren van belang. Eenvoudige problemen vragen wellicht niet zozeer om inhoudelijke expertise, echter complexe, onzekere en ambigue problemen vragen in toenemende mate om mensen die echt gevoel hebben voor de problematiek. De inspecteurs die thematische toezichten betreffende bijvoorbeeld onzekere problemen uitvoeren moeten een zekere voeling met het veld hebben bijvoorbeeld door zelf zorgprofessional te zijn geweest. Naast inhoudelijke expertise is ook het gevoel voor kwalitatieve onderzoeksmethoden van belang. Vastgestelde vragenlijsten zullen zoals eerder aangegeven onvoldoende beeld geven van onzekere en ambigue risicoproblemen en de expertise van kwalitatief onderzoekers lijkt daarmee een vereiste. In de procedures die de Inspectie hanteert voor het thematisch toezicht zou hier beter rekening mee kunnen worden gehouden door expliciet aandacht te besteden aan de vraag welk type expertise aanwezig dient te zijn in de projectgroep voor het thematisch toezicht.

Van belang lijkt daarbij ook vooral te investeren in de agenderingsfase. Welke onderwerpen op de agenda komen en vooral de wijze waarop die worden gedefinieerd lijkt cruciaal te zijn voor de latere doorwerking. Kwalitatieve onderzoeksmethoden zoals focus groepen, interviews en observaties kunnen in deze fase—naast literatuuronderzoek—een belangrijke bijdrage leveren aan een goede definiëring van risicoproblemen. Indien de agenderingsfase goed wordt doorlopen kunnen in de feitelijke onderzoeksfase beter gerichte kwantitatieve instrumenten worden ingezet.

7.5 Integraliteit van toezicht

Thematisch toezicht vindt veelal plaats binnen een dwarsdoorsnede van een bepaald zorgdomein en gecentreerd rondom een specifieke problematiek. Deze problematiek heeft uiteraard ook verbanden met andere vormen van zorg waar ook toezicht op plaatsheeft. Een goed voorbeeld is het thematisch toezicht naar de kwaliteit van verpleeghuiszorg. Het thematisch toezicht was daar onderdeel van een keten van verschillende toezichtsvormen. De IGZ heeft allereerst Gefaseerd toezicht uitgeoefend, i.e. de IGZ heeft op basis van een schriftelijke vragenlijst aan de instellingen de risico's op onverantwoorde zorg in kaart gebracht en op basis daarvan bepaald welke instellingen bezocht moesten worden (Ross-van Dorp 2005). Daarnaast is de IGZ in 2004 begonnen met extra thematisch onderzoek bij de verpleeghuizen: zestig verpleeghuizen zijn beoordeeld op basis van de veiligheidsnormen, ook wel 'tien alarmbellen' genoemd (ibid.). Als gevolg van dit laatste onderzoek heeft de toenmalige staatssecretaris de IGZ opgelegd voor eind 2006 alle

verpleeghuizen en verzorgingshuizen met een verpleeghuisunit te onderzoeken op basis van Gefaseerd toezicht (ibid.). Het komt vaker voor dat thematisch toezicht onderdeel is van een keten van toezicht of dat het thematisch, incidenten en gefaseerd toezicht door elkaar lopen. Enkele rapporten geven zelfs als doel van het thematisch toezicht aan dat deze moet leiden tot de ontwikkeling van indicatoren op basis waarvan in het vervolg gefaseerd toezicht uitgevoerd kan worden (bijvoorbeeld SGZ 2005).

Een ander voorbeeld betreft het toezicht op lokaal gezondheidsbeleid zoals uitgevoerd door gemeenten en GGD'en en betreft een vraag naar meer inhoudelijke responsiviteit. Diverse thematische toezicht projecten en gefaseerd toezicht leken in deze casus voor de onder toezicht gestelden door elkaar te lopen. Bij de vraag hoe het thematisch toezicht op de aanwezigheid van gemeentelijke nota's lokaal gezondheidsbeleid was ervaren werd veelal ingehaakt op het toezicht op integraliteit van bestuur en de indicatoren die hiervoor worden ontwikkeld. De betreffende hoofdinspecteur gaf aan dat juist voor het domein Volksgezondheid de integraliteit van toezicht niet alleen typerend maar ook enorm belangrijk is. Daarbij moest niet alleen binnen de IGZ gekeken worden naar relevante verbanden voor het toezicht, maar ook contacten gezocht worden met collegae inspecties zoals die van Onderwijs. Een kanttekening bij de vraag naar integraliteit van toezicht is dat deze vooralsnog redelijk specifiek geldt voor het domein volksgezondheid. Het volksgezondheidsdomein is een redelijk uniek, maar ook groot domein binnen de IGZ dat in de afgelopen jaren de integrale benadering van volksgezondheid heeft geadopteerd. De context van keten en integraliteit van toezicht lijkt echter ook van belang voor de effectiviteit van toezicht in andere domeinen. Alom waardeerden respondenten het wanneer toezicht op de juiste wijze relevante thema's met elkaar verbindt. Een veelheid aan toezicht werd ervaren als administratieve last en ook de wijze van benadering doet daarin veel goed (of kwaad). Thematisch toezicht wordt vaak als oprechte interesse en stimulerend ervaren terwijl gefaseerd toezicht het zoveelste anonieme vragenlijstje of indicatorenset is. Een veelheid aan thematisch toezicht binnen een korte tijd wordt overigens ook als *overload* gezien, hetgeen het belang van een goede agendering van het toezicht nogmaals beklemt.

7.6 Onafhankelijkheid IGZ ten opzichte van de politiek

Zoals we hebben gezien in de case studies vraagt ook de relatie met het ministerie van VWS en de Tweede Kamer om een zorgvuldige afweging vanuit de IGZ. Onlangs werd deze balans door Schellekens, naar voorbeeld van Inspecteur-generaal van de Wal, nog getypeerd als een zandloper met de IGZ in het smalle tussenstuk.

De inspectie is dan het smalle gedeelte ingeklemd tussen twee partijen: enerzijds—van bovenaf—de druk van pers en Tweede Kamer die het veld niet vertrouwen en de Minister die (te) ambitieuze doelstellingen binnen 4 jaar wil bereiken, meestal als reactie op ernstige incidenten. En anderzijds—van onderaf—het veld met zijn professionals en zorginstellingen en dito brancheorganisaties, die vinden dat ze toch zo hun best doen, maar wel in eigen tempo en volgens eigen prioriteiten, en van mening zijn, dat de inspectie door haar toezichtdruk en het publiceren van steeds weer negatieve bevindingen het vertrouwen van de burger in de zorg ondermijnt. Hoe onafhankelijk kan de inspectie zijn tussen deze twee hete vuren. Het is het voortdurend balanceren tussen vertrouwen (waar het veld om smeekt) en controle (geëist door pers, Kamer, Minister). (Schellekens 2010)

De druk vanuit bijvoorbeeld het Ministerie van VWS om bepaalde thema's te agenderen kan behoorlijk groot zijn. Daar komt bij dat in de politiek en in de pers veelal uitgegaan wordt van een enkelvoudige probleemdefinitie. Dit zagen we in onze casus bijvoorbeeld bij de separaties in de GGZ en de bereikbaarheid van huisartsenposten. Opvallend in deze gevallen is dat de Inspectie goed in staat bleek deze druk te weerstaan, door weliswaar aandacht te besteden aan deze problematiek maar in het feitelijk toezicht een meer complexe of onzekere probleemdefinitie te hanteren en in overleg met het veld te komen tot nadere probleemdefiniëring.

Anderzijds kan juist het politieke momentum bijdragen aan een verhoogde effectiviteit van thematisch toezicht. De ogen van de politiek en maatschappij zijn gericht op het door de politiek geagendeerde thema. Dit houdt voor de onder toezicht gestelden in dat zij de uitkomsten van een IGZ onderzoek niet ongemoeid kunnen laten maar hier daadwerkelijk mee aan de slag moeten gaan. Dit is bijvoorbeeld terug te zien in het thematisch toezicht naar de HAP waarin de minister de maatregelen van de IGZ overneemt in zijn brief aan de Tweede Kamer. Veel is daarna wel opgepakt maar twee onderwerpen zijn blijven liggen zoals de telefonische bereikbaarheid bij niet-spoed en een maat voor personele bezetting van een huisartsenpost. De ruimte die de IGZ heeft ten aanzien van de invulling van een thematisch toezicht lijkt echter nog vrij groot. Ook hier doet de politiek af en toe van zich gelden, bijvoorbeeld door een aanwijzing te geven dat in een vervolgonderzoek alle zorginstellingen (en niet alleen een steekproef) bezocht moeten worden. Echter, waar de IGZ een andere mening heeft ten aanzien van het toezicht is zij in staat gebleken replek te kunnen geven en bijvoorbeeld compromissen te sluiten door een zo minimaal doch zo doeltreffend mogelijk onderzoek op te zetten. Juist in het geval van politieke druk is het van belang zo efficiënt mogelijk te werk te gaan en afhankelijk van het type problematiek en de mogelijkheid om daadwerkelijk te inspecteren de keuze voor de invulling van het thematisch toezicht te maken.

Niet alleen op de agendering van thematisch toezicht wordt druk uitgeoefend door zowel het veld als de pers, Tweede Kamer en het Ministerie van VWS, maar ook de vorm van toezicht lijkt niet vrij van discussie. De roep om transparantie is niet aan de Nederlandse overheid voorbijgegaan en dientengevolge legt het Ministerie van VWS druk op transparantie van toezicht. Daarbij lijkt zij een meerwaarde te zien in indicatoren (gefaseerd toezicht) en niet in thematisch toezicht. Ook andere belanghebbenden lijken nu en dan moeite te hebben met de mate van transparantie van het thematisch toezicht. Doordat de getoetste risicoproblematiek vaak complex of onzeker is, er meerdere belanghebbende partijen zijn en thematisch toezicht op verschillende wijzen uitgevoerd kan worden is niet alleen het proces maar ook de inhoudelijke vormgeving en wetenschappelijke fundering van het thematisch onderzoek weinig inzichtelijk voor de buitenwereld. Indicatoren (gefaseerd toezicht) daarentegen organiseren een directe interactie tussen overheid en werkpraktijken op een eenduidige wijze, die van controle instrument. Exact deze controlemodus ontnemt het veld en de IGZ echter de mogelijkheid tot leren (Bal, 2008). Thematisch toezicht heeft potentieel een inherent leerkarakter doordat zij de ervaringen die tijdens toezicht in het veld worden opgedaan terugkoppelt naar zowel het beleid als de praktijk. De probleemgerichte benadering maakt het mogelijk deze ervaringen ook daadwerkelijk in het veld op te doen en inhoudelijk draagvlak te creëren voor de vertaling van deze ervaring in aanbevelingen en maatregelen naar belanghebbenden. De kritiek op een gebrek aan transparantie blijft daarbij belangrijk en moet dan ook worden meegenomen in de vormgeving van het thematisch toezicht. Niet alleen in de vormgeving van het proces (zoals reeds is aanbevolen door Tabula Rasa) maar ook op inhoud waarbij gedacht moet worden aan bijvoorbeeld transparantie ten aanzien van de totstandkoming van het normatief toetsingskader en transparantie in en argumentatie voor belanghebbenden die betrokken worden in het toezicht (bijvoorbeeld in de vorm van een begeleidingscommissie). De IGZ zal dus in haar keuze voor thematisch toezicht bedacht moeten zijn op enerzijds het waarborgen van voldoende procedurele en inhoudelijke transparantie—bijvoorbeeld in het hanteren van procedures en de ontwikkeling van de normenkaders—en anderzijds over het soort problemen waar het thematisch toezicht op is gericht en de samenhang met andere vormen van toezicht.

7.7 Inhoudelijke responsiviteit

Het denken over responsiviteit heeft tot nu toe in de toezichtliteratuur twee dominante vormen aangenomen. In de eerste plaats is gewezen op de noodzaak om rekening te

houden met de mogelijkheden van onder toezicht gestelden om aanbevelingen en aanwijzingen van de toezichthouder op te volgen (Hertogh 1997; Lonsdale 2008). Door vroegtijdig onder toezicht gestelden te betrekken kan, zoals wij ook in dit onderzoek hebben laten zien, het toezicht beter aansluiten bij de praktijk en daardoor ook effectiever zijn. Het gaat hier dan met name om wat wij eerder noemden *procedurele* responsiviteit, waarin bijvoorbeeld rekening wordt gehouden met de tijd die benodigd is om gewenste maatregelen te nemen, bijvoorbeeld om procedures op te stellen, personeel te scholen etc. alsmede de capaciteit die nodig is om aan specifieke eisen te kunnen voldoen. Een tweede vorm van responsiviteit die in de literatuur is besproken betreft het rekening houden met het *gedrag* van de onder toezicht gestelden. Het gaat hier vooral om de mate waarin onder toezicht gestelden gebleken hebben vertrouwenswaardig te zijn in het opvolgen van aanwijzingen; naarmate dit meer het geval is kunnen minder intensieve vormen van toezicht worden gehanteerd (Ayres and Braithwaite 1992).

In dit rapport hebben wij laten zien dat er nog een derde vorm van responsiviteit kan worden onderscheiden, betrekking hebbend op de *aard van de problematiek*. Hiertoe hebben we, op basis van ondermeer rapporten van de WRR, een onderscheid gemaakt tussen enkelvoudige, complexe, onzeker en ambigue risicoproblemen, die zich laten onderscheiden op basis van een toenemende cognitieve, sociale en normatieve onzekerheid. Waar enkelvoudige en tot op zekere hoogte ook complexe problemen zich nog enigszins laten vangen in een klassieke opvatting van regulering en toezicht—met name gericht op het opstellen en handhaven van eenduidige normen—geldt dit in veel mindere mate voor onzekere en ambigue problemen. Voor die laatste gevallen dient een meer explorerende en consultatieve houding te worden aangenomen, gericht op probleemarticulatie (WRR 2006, Bijker, Bal en Hendriks 2009). Op basis van de in dit rapport onderzochte casus hebben we kunnen constateren dat zowel de aard en mate van responsiviteit als het type leerprocessen dat wordt gezocht middels toezicht afhangen van het type probleem waarop toezicht wordt gehouden.

Uit onze case studies blijkt dat de probleem gestuurde benadering van thematisch toezicht niet ophoudt bij het centraal stellen van een probleem als onderwerp van toezicht, maar dat ook verdere probleemsituering gedurende het toezichtstraject van wezenlijk belang is voor een effectief toezicht. Gerelateerd aan deze probleemsituering zijn de keuzen die gemaakt kunnen worden met betrekking tot de mate van responsiviteit in balans met onafhankelijkheid van de IGZ ten aanzien van de belanghebbenden. Ten tweede kan aan een goede probleemsituering ook de wijze van stimuleren van lerend vermogen worden gerelateerd. Dit betekent dat bij onzekere, complexe en/of ambigue problematiek een responsieve toezichtvorm kan worden ingezet waar nodig, alsook hantering van een stimulerend handhavingmiddel. Daar waar een transformatie tot eenvoudige risicoproblematiek heeft plaatsgevonden, en er consensus is over zowel de feiten als de normen, kan ook een meer onafhankelijke IGZ getoond worden met een focus op controle. Het thematisch toezicht leent zich uitstekend voor meer complexe problematiek omdat deze de inspectie op processen van zorg mogelijk maakt. Bijvoorbeeld ten aanzien van ingevoerde protocollen en richtlijnen kunnen inspecteurs niet alleen in gesprek gaan over de mate waarin dergelijke protocollen en richtlijnen zijn ontwikkeld, maar kunnen zij ook op afdelingen gaan kijken hoe concrete werkprocessen daaromheen waren georganiseerd (borging) en hoe hiervan geleerd kan worden voor zowel de toezichthouder als andere zorgaanbieders. De effectiviteit van thematisch toezicht wordt bovendien niet alleen door het proces van toezicht bepaald, maar ook door de bewustwording en agendering die het toezicht stimuleert. Om niet het momentum te verliezen is het van belang dat daadwerkelijk nazorg plaatsheeft met betrekking tot thematisch toezicht. De ontwikkeling van instrumentaria die leiden tot zelfreflectie en het organiseren van fora waarin normarticulatie gestalte kan krijgen is daarmee van groot belang.

8 Conclusie

In dit rapport hebben we de effectiviteit van het thematisch toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) onderzocht. Het betrof een verkennend onderzoek waarbij niet zozeer de vraag centraal stond of het thematisch toezicht effectief is, maar dat gericht was op de voorwaarden waaronder thematisch toezicht effectief kan zijn. Het theoretisch kader dat wij hebben gehanteerd gaat ervan uit dat er een relatie is tussen de mogelijke effectiviteit van het thematisch toezicht en de wijze waarop de IGZ zich positioneert met het betrekking tot de aard van de problematiek waarop toezicht wordt uitgeoefend. Afhankelijk van deze aard—die wij in navolging van de WRR hebben getypeerd als enkelvoudig, complex, onzeker of ambigue—dient de IGZ een andere positie in te nemen ten opzichte van het veld. Naarmate risicoproblemen zowel in cognitieve als sociale en normatieve zin meer complex en onzeker worden dient de IGZ, zo was de veronderstelling, meer op lerende en onderzoekende vormen van toezicht in te zetten en minder op controlerende en handhavende.

In een serie van zes case studies en door documentenanalyse en interviews met betrekking tot het thematisch toezicht in meer algemene zin hebben wij de op basis van de literatuur geformuleerde veronderstellingen onderzocht. Daarbij is gebleken dat er inderdaad een relatie is tussen de effectiviteit van het thematisch toezicht aan de ene kant en de responsiviteit van de inspectie ten aanzien van de aard van de risicoproblematiek aan de andere. Naarmate er een betere match is tussen de stijl van toezicht en de aard van de problematiek werkt het toezicht beter door in het gedrag van de onder toezicht gestelden en, omgekeerd, naarmate dit minder het geval is, is toezicht minder effectief maar treedt bijvoorbeeld vooral *ritual compliance* op. De positionering van de IGZ ten opzichte van het veld heeft dan bijvoorbeeld betrekking op de balans tussen procedurele responsiviteit (het betrekken van het veld in het toezicht zelf en het afstemmen van het toezicht en de conclusies daaruit op de mogelijkheden die het veld heeft) en onafhankelijkheid. Naarmate problemen als meer enkelvoudig kunnen worden gedefinieerd kan een meer onafhankelijke opstelling van de toezichthouder worden verwacht.

Thematisch toezicht lijkt vooral geschikt voor juist meer complexe en onzekere risico-problemen. Via het thematisch toezicht kunnen risicoproblemen beheersbaarder worden gemaakt doordat er kennis wordt verzameld over het voorkomen en de effecten van bepaalde risico's en omdat er gewerkt kan worden aan de verdere normatieve articulatie van risico's. Effectief thematisch toezicht heeft als uitkomst dat normenkaders helderder worden geëxpliciteerd en dat er draagvlak is in het veld om deze risicoproblemen ook aan te pakken. Naarmate dit proces succesvoller is kan de Inspectie in latere fasen een meer onafhankelijke—handhavende—positie innemen.

De effectiviteit van het thematisch toezicht moet daarom ook gezien worden in het licht van een toezichtsketen waarin, naast het thematisch toezicht, ook gebruik kan worden gemaakt van bijvoorbeeld incidenten- en gefaseerd toezicht. In de praktijk van het toezicht blijkt dit overigens ook te gebeuren, zij het lang niet altijd planmatig en als onderdeel van een toezichtsstrategie. Hierdoor kan het voorkomen dat verschillende vormen van toezicht elkaar in de praktijk in de weg gaan zitten of dat onvoldoende gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheden van de strategische positionering die de Inspectie ter hand staat.

Een voor de hand liggende constatering is dat de effectiviteit van het thematisch toezicht staat of valt met een goede voorbereiding. De fase van agendering van het thematisch toezicht—over welk probleem wordt thematisch toezicht gehouden en hoe wordt dit probleem gedefinieerd—is hierin cruciaal. Juist in deze fase is het van belang goede aansluiting bij de inhoudelijke belevingswereld van de adressanten van het toezicht te

vinden. Hiervoor kunnen meer kwalitatieve onderzoeksmethoden worden ingezet, zoals interviews, focus groepen en observaties. Bovendien is inhoudelijke bekendheid van inspecteurs met de onderhavige problematiek juist in deze fase van groot belang. Afhankelijk van de probleemdefinitie (hoe onzeker of ambigue is het probleem waarover een thematisch toezicht is gehouden) blijft inhoudelijke deskundigheid een belangrijke bijdragende factor. Juist aan de start van het thematisch toezicht is dit belang zeer groot.

Hoewel onderzoek naar de effectiviteit van toezicht in belang groeit is het vaststellen van effectiviteit en met name het attribueren van effectiviteit aan het toezicht een lastige onderneming. Dit wordt niet alleen veroorzaakt door het ontbreken van nul-metingen of onafhankelijke databanken, maar ook doordat het toezicht vaak samenhangt met allerlei andere bewegingen die er in het veld en in de politiek optreden. Zo wordt thematisch toezicht vaak geagendeerd naar aanleiding van maatschappelijke en politieke druk als gevolg van incidenten. Of effectiviteit dan het gevolg is van het thematisch onderzoek dan wel van de politieke en maatschappelijke druk is niet uit te maken. In onze case studies is juist gebleken dat een combinatie van beiden de effectiviteit bevordert. Het is in dit soort situaties overigens wel van belang dat de Inspectie een onafhankelijke opstelling ten opzichte van de maatschappelijke en politieke druk in neemt en deze niet één-op-één doorvertaald naar het veld. Zoals uit de case studies is gebleken slaagt de Inspectie daar goed in.

Bijlage

Lijst van respondenten

Naam	Voornaam	Titulatuur	Professie
Barendse	de heer (G.A.M.)	Drs.	Anesthesioloog en lid stafbestuur
Been	Marjorie de	Drs.	Afdelingsmanager
Bennema	Marlies	Drs.	Adviseur
Berg	Jan Maarten van den	Drs.	Senior Inspecteur
Berg	Marijke van den	Dr.	Bestuurder
Bijstra	Peter		Afdelingshoofd sociale zaken
Blanken	Gerard van	Drs.	Projectlid en projectleider follow-up
Bolle	Francis (F.J.J.)	Drs.	senior beleidsadviseur
Borghuis	Marion (M.E.)		Directeur
Boshuizen	Trudy (G.J.)	Mr.	senior adviseur kwaliteit
Camstra	Wil (W.)	Mr.	Hoofd juridische zaken
Davids	Ton	Drs.	Huisarts / voorzitter bestuur
Derksen	Anne (A.)	MA	beleidsmedewerker Sport en Publieke Gezondheid Senior beleidsmedewerker directie curatieve zorg
Doorn	Sjef van (J.A.M.)	Drs.	Bestuurder
Dzolic	Misa (M.)	Dr.	Ex Hoofdinspecteur Curatieve zorg
Edgar	Patrick (P.A.W.)	Drs.	Senior adviseur
Essen	Matthijs van (M.)	Drs.	
Go	de heer (P.M.N.Y.H.)	Dr.	Voorzitter richtlijn commissie
Hansen	Josee (J.M.M.)	Drs.	Hoofdinspecteur Geneesmiddelen en Medische Technologie
Hemrika	Douwe (D.J.)	Dr.	Voorzitter raad van bestuur
Hobert	Marjoke (M.J.)	Drs.	Beleidsmedewerker
Hoeven	Hannie van der (H.J.M.)	Ir.	Destijds programma coördinator NPCF
Holla	Sibert (S.W.A.)	Drs.	Medisch adviseur
Hulsbosch	Stephanie (S.A.)	Drs.	Projectleidster
Jansen	Martin		Controller
Jonker	Leendert	Drs.	Medisch fysisus
Jonkers	Anja (A.M.M.)	Drs.	Inspecteur
Kingma	Herre	Prof. dr.	voorzitter RvB, voormalig Inspecteur-generaal IGZ
Klaasen	Meike	Drs.	Domeinsecretaris
Kleijn	Tom (T.)	Drs.	Psychiater / directeur behandelzaken
Klein	Jan (J.)	Prof. dr.	Anesthesioloog en bestuurder
Kliphuis	Leo (L.)	MPH	Ex hoofd extramurale zorg en acute zorg
Koornstra	Anja (A.)	MPH	Senior beleidsmedewerker
Kouwenhoven	Henk (H.J.)	Drs.	manager kwaliteit en innovatie
Krapels	Fred (F.J.)	Drs.	hoofd van de afdeling eerste lijn en ketenzorg
Lamers	Paul (P.A.Q.M.)	Drs.	projectleider
Lansbergen	Michael (M.D.I.)	MTD, ir.	Medisch fysisus
Laterveer	Marthijn (M.)	Drs.	Plaatsvervangend directeur
Maas	Ad	Dr.	Medisch fysisus
Magermans	Karel		Manager OK
Niekerk	Jan van	Dr.	Anesthesioloog

Noltes	Jacqueline (J.A.)	Drs.	Directeur
Nugteren	Willem	Dr.	Projectleider TOP 1 Coördinerend Inspecteur/Hoofd analyse unit O&I
Ouden	Lya den (A.L.)	Dr.	
Pels	Thomas	MA	Beleidsmedewerker
Pilon	Siewert		hoofd Onderwijs, Zorg en Welzijn
Rest	Eugenie van (E.J.M.)	Drs.	Projectleider Dwang en Drang
Reulings	Petra	Dr.	Programm leidster Promotie Volksgezondheid
Robben	Paul	Prof. dr.	Directeur
Rompelberg	Jeanine		Beleidsmedewerker sociale zaken
Ronde	Wijnand de	Drs.	Anesthesioloog en lid stafbestuur
Sardeman	Rob	Drs.	Projectleider thematisch toezicht huisartsenposten
Schellekens	Wim	Drs.	Hoofdinspecteur curatieve zorg
Schippers	Monique	Mr. drs.	Programm leidster GGZ
Schmidt	Meindert	Drs.	voorzitter RvB
Schoemaker	Ed		Inspecteur
Schoormans	Marius (M.J.M.)		Hoofd stafbureau volksgezondheid en plaatsvervangend directeur
Segaar	Robert (R.W.)	Dr.	Beleidscoördinator directie curatieve zorg
Sibbel	Betty (H.B.H.)	Drs.	Beleidsmedewerker
Spaan	Willy (W.J.M.)	Prof. dr.	voorzitter RvB
Speksnijder	Jannie	Drs.	Inspecteur
Steenbakkers	Mieke (M.)	Drs.	Senior beleidsadviseur
Stomph	Eric	Drs.	projectleider Kwaliteitsborging medisch apparatuur
Vaartjes	Ron (S.R.)	Drs. ir.	medisch fysicus
Veld	Kees in 't (C.J.)	Drs.	Huisarts / voorzitter bestuur
Verbugt	Joep (J.W.M.)	Drs.	voorzitter RvB
Verrips	Rob	Drs.	Ex Senior Beleidsadviseur
Vree	de heer	Dr.	Secretaris kwaliteit
Vugt	Christel van (C.J.)		Senior beleidsmedewerker directie curatieve zorg
Wal	Gerrit van de	Prof. dr.	Inspecteur-generaal
Wijngaarden	Jan van	Drs.	Hoofdinspecteur Volksgezondheid
Willaert	Barbara (B.)	Mr.	beleidsadviseur volksgezondheid en jeugdgezondheidszorg
Zweekhorst	Pauline (P.M.)	Drs.	kwaliteitsmanager

Literatuur

- Algemene Rekenkamer. 2009. *Implementatie kwaliteitswet zorginstellingen*. 's-Gravenhage: Sdu Uitgevers.
- Argyris, C, and D.A. Schön. 1978. *Organizational learning: A theory of action perspective*. Reading, MA etc.: Addison-Wesley.
- Ayres, Ian, and Jeffrey Braithwaite. 1992. *Responsive regulation: Transcending the deregulation debate*. Oxford: Oxford University Press.
- Baank, J. (2009). The Effectiveness of the Thematic Supervision on Quality Assurance of Medical Devices in Hospitals. MSc Thesis, Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam.
- Bakker, W, and K. Yesilkagit. 2005. *Publieke verantwoording: Regimes van inzicht en rekenschap bij de uitvoering van publieke taken*. Amsterdam: Boom.
- Bal, R. 2008. *De nieuwe zichtbaarheid: Sturing in tijden van marktwerking*. Oratiereeks Erasmus MC. Rotterdam: Erasmus MC.
- Bal, R., W.E. Bijker, and R. Hendriks. 2002. *Paradox van wetenschappelijk gezag: Over de maatschappelijke invloed van adviezen van de gezondheidsraad*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Balka, Ellen , Madeleine Doyle-Watersa, Dorota Lecznarowicz, and J. Mark FitzGeraldad. 2007. Technology, governance and patient safety: Systems issues in technology and patient safety. *International Journal of Medical Informatics* Volume 76 (Supplement 1): S35-S47.
- Beck, Ulrich. 1992. *Risk Society: Towards a New Modernity*. London, etc.: Sage Publications.
- Beetham, D. 1991. *The legitimation of power*. Issues in political theory. Atlantic Highlands, NJ: Humanities Press International.
- Bevan, G., and C. Hood. 2006. Have targets improved performance in the english NHS? *BMJ* 332 (7538): 419-422.
- Bevan, Gwyn, and Richard Hamblin. 2009. Hitting and missing targets by ambulance services for emergency calls: Effects of different systems of performance measurement within the UK. *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)*, 172 (1): 161-90.
- Bijker, Wiebe E., Roland Bal, and Ruud Hendriks. 2009. *The paradox of scientific authority. The role of scientific advice in democracies*. MIT Press.
- Boonstra, Jaap J. 2000. *Lopen over water: Over dynamiek van organiseren, vernieuwen en leren*. Oratiereeks. Amsterdam: Vossiuspers AUP.
- Commissie Abeln. 2001. *Op weg naar gezond vertrouwen. Advies over de strategie voor de IGZ*. Den Haag: IGZ.
- de Bont, A., S. Jerak-Zuiderent, T. Zuiderent-Jerak, R. Bal, and P. Meurs. 2009. *Veiligheid in de zorg. Achtergrondstudie bij de staat van de gezondheidszorg 2009*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, .
- Boutelier, Hans. 2002. *De veiligheidsutopie. Hedendaag onbehagen en verlangen rond misdaad en straf*. Amsterdam: Boom Juridische Uitgeverij.
- den Breejen, E., and R. Bal. 2009. Toezicht 'Wet Marktordening gezondheidszorg'. In *Evaluatie Wet Marktordening gezondheidszorg.*, ed. R. D. Friele. Den Haag: ZonMW.
- Dorbeck-Jung, B. R., M. J. Oude Vrielink-van Heffen, and G. H. Reussing. 2005. *Open normen en regeldruk. een onderzoek naar de kosten en oorzaken van irritaties bij open normen in de kwaliteitszorg*. Enschede: Universiteit Twente, Faculteit Bedrijf, Bestuur en Technologie.

- van Eijk, S.R.A. and A.E. Timmermans. 2008. Brief NHG en LHV aan de minister. *Telefonische bereikbaarheid huisartsenzorg* (3193/JH/ab))
- van Egmond, Stans, Marleen Bekker, Roland Bal, and Tom van der Grinten. 2007. De VTV als infrastructuur voor evidence-based policy. Een spel van distantie en betrokkenheid. *TSG* 85, (8): 399-406.
- van Everdingen, Jannes J.E., Gert Jan Scheffer, and Johan Legemaate. 2009. Morgen gebeurt het. Reactie op de wijze van normstelling door de inspectie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 153 (11):480-482.
- Gezondheidsraad. 2008. *Voorzorg met rede*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2008/18.
- van Gunsteren, M. 2010. *Procesbeschrijving richtlijn TT*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Hall, Peter A. 1993. Policy Paradigms, Social Learning, and the State: The Case of Economic Policy Making in Britain. *Comparative Politics* 25:275-296.
- Helderman, J. K., and M. E. Honingh. 2009. *Systeemtoezicht. Een onderzoek naar de condities en werking van systeemtoezicht in zes sectoren*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen Faculteit der Managementwetenschappen, Center for Policy Analysis.
- Hertogh, M. L. M. 1997. *Consequenties van controle. de bestuurlijke doorwerking van het oordeel van de administratieve rechter en de nationale ombudsman*. Den Haag: Vuga.
- Hoogervorst, H. 2004. Brief van de minister aan de tweede kamer van 28 mei 2004 (kenmerk CZ/EZ-2475987)
- Hoogervorst, H. 2005. VWS-standpunt op IGZ rapport ‘Telefonische bereikbaarheid huisartsenposten. 30 juni 2005 (kenmerk CZ/EZ-2594454))
- Hoogervorst, H. 2006. Brief van de minister aan de Tweede Kamer betreffende toezicht huisartsenposten (kenmerk CZ/EZ-2735815).
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. 2010. *Staat van de Gezondheidszorg. Meer effect mogelijk van publieke gezondheidszorg*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- . 2010. Rapportage van de Inspectie voor de Gezondheidszorg over het Thematisch Toezicht op het separeren in 2009 waarover aan de Minister is gerapporteerd. Den Haag: IGZ.
- . 2009. *Onderzoeksverslag inspectiehandelen bij gebeurtenissen rond een neuroloog in Twente*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- . 2008. *Telefonische bereikbaarheid huisartsen moet sterk verbeteren*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- . 2008. Onderzoek naar aanleiding van de brand in operatiekamer 8 van het Twenteborg ziekenhuis te Almelo op 28 september 2006. Den Haag: IGZ.
- . 2008. Verpleeghuiszorg op de goede weg. Resultaten van vervolfbezoeken aan de 149 meest risicovolle instellingen voor verpleeghuiszorg in 2006/2007. Den Haag: IGZ.
- . 2008. *IC-afdelingen van niveau 1: op weg naar verantwoorde zorg*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- . 2008. Voorkomen van separatie van psychiatrische patiënten vereist versterking van patiëntgerichte zorg. Den Haag. Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- . 2007. *Werkplan 2008; Transparant en veilig*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg
- . 2007a. *Meerjarenbeleidplan 2008-1011. voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, .
- . 2007b. *Preoperatief traject ontbeert multidisciplinaire en gestandaardiseerde aanpak en teamvorming*. Den Haag: IGZ.
- . 2007c. *Vrijwel alle gemeenten hebben een nota lokaal gezondheidsbeleid vastgesteld*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, .
- . 2006. *Werkplan 2007; Risico's eerst*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg

- . 2006. *Kwaliteit Huisartsenposten verbeterd sinds 2003*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg
- . 2006. *Verpleeghuiszorg: kwaliteitsslag is gaande*. Den Haag: IGZ.
- . 2005. *De gemeenten zijn veel meer betrokken bij de openbare gezondheidszorg, ze moeten nu meer zelf uitvoeren. Resultaten van het toezicht op de gemeentelijke betrokkenheid 2004. Deelrapport staat van de gezondheidszorg 2005*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, .
- . 2005. *Telefonische bereikbaarheid huisartsenposten*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg
- . 2005. *Intensieve zorgen: capaciteit- en transportproblemen bij IC in kaart gebracht. Deel 1: Intensive care voor volwassenen*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg
- . 2005. *Kwaliteitsborging van medische apparatuur in ziekenhuizen: nog steeds onderschat. Follow-up van het onderzoek uit 2002*. Den Haag: IGZ.
- . 2005. *Ondergrens van de zorg in verpleeghuizen beter bewaakt*. Den Haag: IGZ.
- . 2004. *Concept projectplan 'preoperatief traject ontbeert multidisciplinaire en gestandaardiseerde aanpak en teamvorming' 16 februari 2004*. Den Haag: IGZ.
- . 2004. *Verpleeghuizen garanderen minimale zorg niet*. Den Haag: IGZ.
- . 2004. *Huisartsenposten in Nederland: Nieuwe structuren met veel kinderziekten*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg
- . 2002. *Kwaliteitsborging van medische technologie in ziekenhuizen: verbeteringen noodzakelijk*. Den Haag: IGZ.
- IGZ, en NPCF. 2008. *Telefonische bereikbaarheid huisartsen moet sterk verbeteren*. Den Haag: IGZ.
- Jasanoff, S. 2003. *Technologies of humility: Citizen participation in governing science*. *Minerva*, 41(3): 223-244.
- Jerak-Zuiderent, Sonja, and Roland Bal. 2010. *Locating the worths of performance indicators. Performing transparencies and accountabilities in health care*, In *By the Very Act of Counting. On the co-construction of society, numbers, and their subjects and objects*, edited by A. Rudinow Sætnan, H. Mork Lomell and S. Hammer. London: Routledge.
- Law, John. 2005. *Ladbroke Grove, or how to think about failing systems*. Centre for Science Studies Lancaster University 2003 [cited 6 September 2005]. Available from <http://www.comp.lancs.ac.uk/sociology/papers/Law-Ladbroke-Grove-Failing-Systems.pdf>.
- Leeuw, F. L., J. S. Kerseboom, and R. Elte, eds. 2007. *Turven, tellen, toetsen. Over toezicht, inspectie, handhaving en evaluatie van hun maatschappelijke betekening in Nederland*. Den Haag: Boom Juridische Uitgeverij.
- Legemaate, J. 2009. *Verantwoordelijkheid nemen voor kwaliteit. advies naar aanleiding van de aanbevelingen van de inspectie voor de gezondheidszorg in haar rapport over de zaak van de Twentse neuroloog*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam, .
- Lemstra, W., J. Hamel, R. S. Kahn, S. S. Rijpma, Ph Scheltens, and M. W. Lint. 2009. *En waar was de patiënt...? Rapport over het (dis)functioneren van een medisch specialist en zijn omgeving*. Enschede: Medisch Spectrum Twente.
- Lonsdale, Jeremy. 2008. *Balancing independence and responsiveness: A practitioner perspective on the relationships shaping performance audit*. *Evaluation* 14, (2) (April 1): 227-48.
- Klink, Ab. 2008. *Brief van de minister aan de tweede kamer van 10 september 2008 (kenmerk CZ/EZ-2874503)*
- Klink, Ab. 2009. *Brief van de minister aan de tweede kamer van 9 november 2009*.

- Mertens, F. 2006. *Toezicht in een polycentrische samenleving*. Delft: Technische Universiteit Delft, faculteit Techniek, Bestuur en Management.
- Meurs, P., and T. Schraven, eds. 2006. *Naar stimulerend en slim toezicht*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Miller, P., and N. Rose. 2008. *Governing the present: Administering economic, social and personal life*. Cambridge ;Malden, MA: Polity.
- Neefjes, F. 2008. *Thematisch toezicht inspectie voor de gezondheidszorg. een globale beschrijving van het proces van thematisch toezicht bij de IGZ*. Unpublished manuscript. Den Haag.
- Ngo, D., E. Breejen, K. Putters, and R. Bal. 2008. *Inspecting the quality of care in changing healthcare systems. An international comparison*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, .
- Pierre, Jon, and B. Guy Peters. 2000. *Governance, politics and the state*. Political analysis. New York: St. Martin's Press.
- Power, Michael. 2007. *Organized uncertainty: Designing a world of risk management*. Oxford etc.: Oxford University Press.
- . 1997. *The audit society: Rituals of verification*. Oxford etc.: Oxford University Press.
- Pressman, J. L., and A. Wildavsky. 1973. *Implementation. How great expectations in Washington are dashed in Oakland. Or, why it's amazing that federal programs work at all, this being a saga of the economic development administration as told by two sympathetic observers who seek to build morals on a foundation of ruined hopes*. Oakland project series. Berkeley etc.: University of California Press.
- Robben, Paul. 2010. Toezicht in een glazen huis. Effecten van het toezicht op de kwaliteit van de gezondheidszorg. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Schellekens, W. and G. van der Wal. 2009. Intensive care; minimum normen voor de zorgverlening. In *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 153(11): 483-484.
- Schellekens, W. 2010. *Uit de dagelijkse praktijk*. Column hoofdinspecteur op intranet IGZ 18-01-2010.
- Schillemans, T. 2008. Onafhankelijkheid als tantaluskwelling. Pleidooi voor 'gespannen afhankelijkheid' bij verantwoording. *Bestuurskunde*, 18 (2): 73-83.
- . 2007. *Verantwoording in de schaduw van de macht. Horizontale verantwoording bij zelfstandige uitvoeringsorganisaties*. Den Haag: Lemna.
- Sluis, E.M. and A. Janse. 2002. *Normen voor patiëntvriendelijkheid in ziekenhuizen. Een beschouwing over het gebruik van normen om patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen aan te toetsen*. Utrecht. Nivel.
- Tabula Rasa. 2007. *Tekstkwaliteit inspectierapporten: Verbeteringen zichtbaar, maar optimalisering gewenst*. Den Haag: Tabula Rasa.
- Tucker, Anita L., and Amy Edmondson. 2003. Why hospitals don't learn from failures: Organizational and psychological dynamics that inhibit systems change. *California Management Review* 45 (2):55-72.
- Tuijn, S. 2007. *Effectiviteit IGZ beperkt door matige kwaliteit van rapporten. Onderzoek naar de kwaliteit van IGZ-rapporten en knelpunten bij het schrijven van een rapport*. Utrecht: Kenniscentrum Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Tweede Kamer. 2005. *Handhaven en gedogen: Rapport van de algemene rekenkamer*. Den Haag: vergaderjaar 2004–2005, 30 050, nrs. 1–2.
- van Waarden, Frans. 2006. Werk in een wantrouwende wereld. *Beleid & Maatschappij* 33 (4):232-251.
- Walshe, K. 2002. The rise of regulation in the NHS. *BMJ* 324, (7343).

- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. 2008. *Onzekere veiligheid: Verantwoordelijkheden rond fysieke veiligheid*. Rapporten aan de regering. Vol. 82. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- . 2006. *Lerende overheid: Een pleidooi voor probleemgerichte politiek*. Rapporten aan de regering. Vol. 75. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Willemsen, F., and F. Leeuw. 2007. Maatschappelijke effecten van toezicht en inspectie. effectevaluaties uit de praktijk. In *Turven, tellen, toetsen. over toezicht, inspectie, handhaving en evaluatie van hun maatschappelijke betekening in Nederland.*, eds. F. L. Leeuw, J. S. Kerseboom and R. Elte. Den Haag: Boom Juridische Uitgeverij.
- Wynne, Brian. 1988. Unruly Technology. *Social Studies of Science* 18:147-167.
- Zuiderent-Jerak, T., S. Jerak-Zuiderent, and R. Bal. 2010. *Veiligheidsnormen in richtlijnen. kansen en valkuilen voor het besturen van kwaliteit*. Rotterdam: instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.



Erasmus University Rotterdam

INSTITUTE OF HEALTH, POLICY & MANAGEMENT

Visiting address

Burgemeester Oudlaan 50
3062 PA Rotterdam

Postal address

P.O. Box 1738
3000 DR Rotterdam
The Netherlands

Telephone +31 10 408 85 55
Fax +31 10 408 90 94
Internet www.bmg.eur.nl
E-mail research@bmg.eur.nl

ISBN 978-94-90420-15-4

ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM

INSTITUTE OF
HEALTH POLICY & MANAGEMENT 