

Toezicht in Turbulente Tijden

Liber Amicorum

**Ter gelegenheid van het emeritaat van prof.
dr. Paul Robben, bijzonder hoogleraar
'Effectiviteit van toezicht op de kwaliteit
van de gezondheidszorg'
17 maart 2017**

instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG)
Erasmus Universiteit Rotterdam

Toezicht in Turbulente Tijden

Copyright © 2017 iBMG

Druk: Pumbo.nl

Algemene Sociale Wetenschappen

ISBN 978-94-6345-072-0

NUR 741

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, door middel van druk, fotokopieën, geautomatiseerde gegevensbestanden of op welke andere wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Inhoudsopgave

Toezicht in turbulente tijden <i>Roland Bal, Ian Leistikow & Annemiek Stoopendaal</i>	5
Hoofdstuk 1 De Academische Werkplaats Toezicht en de lerende organisatie IGZ <i>Ronnie van Diemen</i>	13
Hoofdstuk 2 Nieuwe ontwikkelingen in het onderwijstoezicht <i>Frans Janssens</i>	17
Hoofdstuk 3 Toezicht houden zonder normen <i>Kor Grit</i>	29
Hoofdstuk 4 De kunst van veranderen binnen het systeem <i>Annemiek Stoopendaal & Hester van de Bovenkamp</i>	41
Hoofdstuk 5 Leve de variatie! Over diversiteit in de samenwerking tussen toezichthouders <i>Suzanne Rutz & Antoinette de Bont</i>	51
Hoofdstuk 6 Patiënten in de <i>cloud</i> van Paul <i>Renée Bouwman & Roland Friele</i>	61
Hoofdstuk 7 Twee keer twee: toezicht en wetenschap <i>Ferdinand Mertens</i>	75
Hoofdstuk 8 Is het effect van toezicht te meten? <i>Sandra Oude Wesselink</i>	89
Hoofdstuk 9 Toezicht op calamiteiten: wijsheid of werkverschaffing? <i>Ian Leistikow</i>	97

Hoofdstuk 10

Toezicht in beweging

Martin de Bree

111

Hoofdstuk 11

Europa en toezicht op zorg. Ook een zorg voor de toezichthouder?

Jan Vesseur

123

Hoofdstuk 12

Geboorte van een handelsreiziger

Een interview met Paul Robben

Tom van der Grinten & Roland Bal

131

Toezicht in turbulente tijden

Roland Bal, Ian Leistikow & Annemiek Stoopendaal

Toezicht mag zich verheugen in een groeiende belangstelling. Onze verwachtingen ten aanzien van het toezicht zijn de afgelopen jaren alsmat toegenomen. Vrijwel elk debat over de kwaliteit van dienstverlening in de Tweede Kamer eindigt inmiddels met de oproep om het toezicht te versterken, zowel door strenger toezicht te bevorderen als door de capaciteit van toezichthouders uit te breiden. Burgers zetten de toezichthouder op de 1^{ste} plaats als gevraagd wordt wie verantwoordelijk is voor de kwaliteit en veiligheid van zorg. Zorginstellingen komen pas daarna. Van toezichthouders wordt verwacht dat zij de kwaliteit van dienstverlening waarborgen — of het nu in de zorg is of op andere terreinen.

Die verwachting trekt een zware wissel op de toezichthouder. Veel van de discussies van de afgelopen jaren laten zien dat toezichthouders die verwachting niet waar kunnen maken. Daar zijn vele redenen voor. Ondanks toenemende capaciteit kunnen toezichthouders niet alle zorg, onderwijs, etc. in de gaten houden. Maar zelfs als zij dat zouden kunnen is het maar de vraag of zij dan zouden kunnen beoordelen wat ‘goed handelen’ is. Veel van onze diensten zijn immers te complex geworden om zomaar van buitenaf beoordeeld te kunnen worden. Zelfs als ze zou willen zou de IGZ niet op het hoogste kunnen zijn van alle nieuwe ontwikkelingen in de wetenschap en praktijk van de zorg. Dat betekent ook dat de toezichthouder niet alleen afhankelijk is van ondertoezichtgestelden om aan relevante toezichtsinformatie te komen, maar ook voor de beoordeling van wat goed handelen is.

Zelfs als toezichthouders *wel* alle instellingen en professionals zouden kunnen controleren is het niet gegeven dat het goed is dat ze dat zouden doen. Toezicht kan immers ook een rem op ontwikkelingen in een sector zetten; als iedereen zich voortdurend over alles moet verantwoorden in eenzelfde standaard handelingspatroon, wordt vernieuwing wel erg lastig te realiseren. Toezicht laveert tussen het Charibdis van de maatschappelijke vraag naar het waarborgen van kwaliteit en veiligheid en het Scylla van de onmogelijkheid en onwenselijkheid om die taak in de praktijk gestalte te doen geven. Dat heeft ook consequenties voor wat goed toezicht is: dat krijgt vorm in de dynamische interactie tussen de

toezichthouder, de ondertoezichtgestelden en het ‘publiek’ van maatschappelijke verwachtingen.

Het is deze interactie die centraal staat in dit boek. Daarbij wordt door verschillende auteurs verslag gedaan van nieuwe ontwikkelingen in de toezichtspraktijk en de theorie van het toezicht, en wordt ingegaan op de resultaten van onderzoek naar (de effecten van) toezicht. Het boek geeft daarmee inzicht in de discussie over toezicht en de rol van externe toezichthouders zoals die in de afgelopen jaren vorm heeft gekregen in Nederland. De notie van de ‘reflexieve toezichthouder’ – een toezichthouder die zich bewust is van en reflecteert op de consequenties van zijn eigen handelen – speelt daarbij een sleutelrol.

De ‘reflexieve’ toezichthouder

Aanleiding voor het boek is het afscheid van Paul Robben als bijzonder hoogleraar Effectiviteit van toezicht op de kwaliteit van zorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Paul Robben heeft zich in de afgelopen jaren sterk ingezet voor het onderzoek naar en door toezichthouders, met name de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Hij vormde een spilfunctie in alle initiatieven, zoals de Academische Werkplaats Toezicht, die de inspectie heeft opgezet met vier academische instellingen, en het evaluatieprogramma van de IGZ. Paul Robben heeft ook een belangrijk rol gespeeld in het verspreiden en versterken van de gedachte – en de praktijk – van onderzoek naar en binnen andere inspecties in Nederland en in het buitenland. Paul Robben staat daarmee symbool voor een beweging die de afgelopen jaren in Nederland is ingezet om het toezicht zelf tot onderwerp van onderzoek te maken. Dit past in de oproep van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) om te komen tot een ‘reflexieve toezichthouder’, die de effecten van haar eigen handelen op anderen meeweegt in strategische maar ook praktische besluitvorming en die bevindingen op de politieke en maatschappelijke agenda durft te zetten (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2013).

Deze ontwikkeling is relatief nieuw en past bij wat Ulrich Beck de ‘risicosamenleving’ heeft genoemd. Waar deze samenleving vaak in verband wordt gebracht met ons onvermogen om nog met de door onszelf geschapen risico’s om te gaan – en de daaruit voortkomende roep om meer veiligheid – is voor Beck een kenmerkend principe dat ons type samenleving zichzelf steeds meer ter discussie stelt, en dus ‘reflexief’ wordt (Beck, Giddens & Lash, 1994). Het is precies deze reflexiviteit die hoort bij de hoogmoderne (zo u wilt: post- of amoderne) periode waarin wij leven en vormt daarmee ook een breuk met de ‘moderne’ periode van daarvoor.

Ook in die moderne periode was de relatie tussen toezicht en onderzoek overigens intiem. Sterker nog: toezicht en onderzoek waren onderdeel van dezelfde beweging, die door Eddy Houwaart voor de Nederlandse situatie zo mooi beschreven is in zijn boek *De Hygiënist* (1991) en door François Ewald voor Frankrijk in zijn *l'Etat Providence* (1986) en die gestalte kreeg in de lange 19^{de} eeuw. Deze periode kenmerkte zich enerzijds door de opkomst van de statistiek, die een grote invloed had op de geneeskunde en aanleiding gaf tot wat wij sindsdien de 'sociale geneeskunde' zijn gaan noemen. Artsen gingen zich in die periode van opkomende urbanisatie en industrialisatie steeds meer bezighouden met maatschappelijke problemen en creëerden zo ook een nieuw object van geneeskundig handelen: de 'populatie'. Anderzijds kenmerkt deze periode zich als de ontwikkeling van een nieuwe rol van de staat, die steeds meer verantwoordelijkheid nam voor de gezondheid en het welzijn van zijn burgers, wat uiteindelijk zou uitmonden in de welvaartsstaat. Deze gelijk oplopende ontwikkelingen versterkten elkaar doordat via de statistiek steeds nieuwe problemen aan het licht werden gebracht die in de politiek werden opgepakt. Institutioneel werd deze verbondenheid geborgd in de opkomst van inspecties, die als taak kregen te rapporteren over de staat van de gezondheid van de bevolking en daarin in te grijpen. Het was ook de periode waarin de eerste sociale wetgeving het licht zag (vgl. Schwitters, 1991).

Waar onderzoek en toezicht dus vanaf de start nauw met elkaar verbonden zijn geweest kenmerkt de huidige periode zich doordat het toezicht *zelf* onderwerp van onderzoek wordt. Zoals Mertens terecht betoogt in zijn hoofdstuk in dit boek is dit onderdeel van een bredere beweging waarin *evidence-based policy* een dominante waarde is geworden, in navolging van *evidence-based medicine*. Het is ook niet voor niets dat het de Gezondheidsraad (2011) was die een advies uitbracht over *evidence-based* toezicht op de kwaliteit van zorg, aangezien de Gezondheidsraad een van de wegbereiders is geweest voor de *evidence*-beweging in Nederland. Waar die beweging zich primair richt op de effectiviteit van het toezicht moet deze effectiviteit overigens niet te smal worden begrepen maar als onderdeel van de 'reflexieve moderniteit' die zijn eigen handelen en bestaan ter discussie stelt en durft te stellen.

Een dergelijke beweging heeft uiteraard ook te maken met de 'last' die wij – burgers, instellingen, werknemers – inmiddels ondervinden van het toezicht en die onderdeel is van bredere veranderingen in de politiek, die met name onder de noemer van *new public management* een bedrijfsmatige aansturing van publieke diensten en de overheid zelf stimuleert en geleid heeft tot wat Michael Power (1997) een *audit society* noemt. Een dergelijke 'toezichtsamenleving' kenmerkt zich niet alleen door een toenemende druk op verantwoording door publieke diensten en organisaties, maar heeft als gevolg daarvan ook het effect dat die organisaties

zich steeds meer gaan richten op datgene waarover zij zich moeten verantwoorden. Met andere woorden, waar we toezicht voorheen nog konden beschouwen als een controle op de uitvoering van publieke diensten is toezicht zelf inmiddels leidend geworden in de *vorming* van die diensten. Peter Dahler-Larsen (2012) heeft het dan over de ‘constituerende effecten’ van toezicht, waarmee hij bedoelt dat organisaties zich steeds meer spiegelen aan de criteria die toezichthouders hanteren.

Als toezicht een dergelijk grote invloed gaat uitoefenen dan spreekt het haast vanzelf dat het ook onderwerp wordt van onderzoek en dat toezichthouders zich meer gelegen laten liggen aan de effecten die zij veroorzaken. Hier doet zich dan ook een tweede dilemma van het toezicht voor. Enerzijds dient toezicht ervoor te zorgen dat burgers worden beschermd en dat hun belangen worden geborgd – de klassieke taak van het toezicht. Maar anderzijds kan datzelfde toezicht ervoor zorgen dat publieke organisaties zich juist van de burger afwenden en zich volledig gaan richten op hetgeen de toezichthouder van ze vraagt. Als, zoals Leistikow verderop in dit boek laat zien, het incidententoezicht van de Inspectie ertoe leidt dat zorginstellingen steeds meer ‘door een hoepeltje leren springen’, dan is het maar de vraag of dit daadwerkelijk bijdraagt aan een veiliger zorg en kan de IGZ wellicht beter andere vormen van toezicht verkiezen. Dit spanningsveld maakt een reflexieve toezichthouder noodzakelijk: een toezichthouder die durft zelfkritisch te zijn en zijn eigen rol in het speelveld ter discussie kan stellen. En onderzoek vormt daar een onlosmakelijk onderdeel van.

Overzicht van de hoofdstukken

In dit boek proberen we de stand op te maken van de huidige discussie over het toezicht. We kunnen hierin uiteraard niet volledig zijn, maar we pogen toch een aantal van de fundamentele ontwikkelingen van het toezicht en het onderzoek daarnaar te belichten.

In het eerste hoofdstuk gaat Ronnie van Diemen, Inspecteur-Generaal van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, in op de rol van de Academische Werkplaats Toezicht in het functioneren van de IGZ. Zij houdt een pleidooi voor de inspectie als een ‘lerende organisatie’ waarin onderzoek een onlosmakelijke rol speelt in de praktijk van het toezicht. Frans Janssen belicht een van de andere inspecties die veel hebben geïnvesteerd in onderzoek, te weten de Inspectie voor het Onderwijs. Zijn bijdrage richt zich op de rol van toezicht in een steeds complexer wordende – ‘polycentrische’ – samenleving. Wat voor vormen van toezicht passen bij een dergelijke samenleving, waarin horizontale samenwerkingsverbanden steeds belangrijker worden? Kor Grit gaat voort op hetzelfde thema maar belicht dit vanuit een net iets andere invalshoek. In zijn bijdrage laat hij zien dat door de complexiteit van de samenleving het steeds lastiger wordt om eenduidige normen te maken

waarop het toezicht zich kan richten, of partijen te vinden die in het toezicht verantwoordelijk kunnen worden gesteld. Dit creëert een nieuwe vorm van onzekerheid waar het toezicht rekening mee moet houden. Zijn pleidooi voor responsieve, experimentele vormen van toezicht poogt hier een uitweg uit te vinden.

Annemiek Stoopendaal en Hester van de Bovenkamp gaan in hun hoofdstuk in op de vorming van een nieuw object van toezicht, te weten toezicht op 'goed bestuur'. Aan de hand van onderzoek naar verschillende projecten binnen de IGZ laten zij zien hoe 'al doende lerend' de inspectie in nauwe samenwerking met het gelaagde veld van de gezondheidszorg tot een omlijning en invulling van dit nieuwe object komt. Suzanne Rutz en Antoinette de Bont gaan juist in op samenwerking tussen inspecties. Waar samenwerking tussen inspecties vaak gezien wordt als een hoeraanpak, pleiten Rutz en de Bont juist voor een gesitueerde beoordeling van de voordelen van samenwerking. Renée Bouwman en Roland Friele betrekken in hun hoofdstuk het perspectief van de burger/patiënt. De burger/patiënt, zo laten zij zien, komt in verschillende vormen terug in het toezicht van de IGZ. Zo kan de burger/patiënt informatie aanleveren waar de toezichthouder zich op baseert, of kan zij betrokken worden in het toezicht door daarin te participeren, bijvoorbeeld als *mystery guest* of ervaringsdeskundige; ook klachten van patiënten kunnen een belangrijke bron vormen van toezicht. Burgers/patiënten kunnen daarin bovendien aandacht vragen voor andere aspecten van zorg dan waar de toezichthouder traditioneel op let, zoals kwesties die samenhangen met bejegening en met de organisatie van zorg.

Ferdinand Mertens bespreekt in zijn hoofdstuk de ontwikkeling van *evidence-based* toezicht. Terwijl hij de waarde van empirisch onderzoek hoog heeft, is Mertens wel kritisch over de beweging die onderzoek naar de effectiviteit van toezicht heeft ingeslagen. Toezicht vertegenwoordigt ook andere waarden dan alleen effectiviteit. Ook toezicht dat niet effectief is maar wel in een maatschappelijke behoefte voorziet (bijvoorbeeld van vergelding) dient een rol te hebben. Sandra Oude Wesselink pleit juist wel voor een op evidentie gebaseerde vorm van toezicht en laat in haar bijdrage tegelijkertijd zien hoe moeilijk het is om daar ook methodologisch vorm aan te geven. Toch heeft zij voor sommige toezichtactiviteiten van de IGZ wel aan kunnen tonen dat die een verbetering in de kwaliteit van zorg tot gevolg hebben.

Ook Ian Leistikow gaat in zijn hoofdstuk in op de vraag in hoeverre het toezicht bijdraagt aan de kwaliteit en veiligheid van zorg. Dat doet hij door een analyse van het incidententoezicht; een vorm van toezicht waar de IGZ zo'n beetje de helft van haar capaciteit aan besteedt maar waarover eigenlijk weinig empirische evidentie bestaat. Leistikow laat zien dat het incidententoezicht wel effectief kan zijn, mits

het instellingen en professionals er toe aanzet van incidenten te leren. Tegelijkertijd laat hij zien dat er nog veel onderzoek nodig en mogelijk is om de bijdrage van het incidententoezicht verder te ontwikkelen. Waar Leistikow zich richt op het incidententoezicht gaat Martin de Bree in op het systeemtoezicht. Hij laat zien dat door de toezichthoudende blik te richten op de kwaliteitssystemen van zorginstellingen de toezichthouder een belangrijke bijdrage kan leveren aan het versterken van het leervermogen van instellingen. Juist door (gedeeltelijk) los te laten kan de toezichthouder effectiever worden.

Jan Vesseur richt zijn bijdrage op de Europese dimensie van het toezicht. Voor een deel gaat het daarbij om grensoverschrijdende problematiek, zoals professionals die in het ene land geschorst worden om in het andere weer aan het werk te gaan. Maar daarnaast kunnen inspecties ook veel van elkaar leren waar het gaat om het toepassen van verschillende inspectiemethoden of om nieuwe risico's in de zorg. Het European Platform of Supervisory Organisations, dat Vesseur uitvoerig bespreekt, speelt een centrale rol in het organiseren van die leerervaringen.

We sluiten dit boek af met een interview met Paul Robben, gehouden door Tom van der Grinten en Roland Bal. Robben komt in dit interview naar voren als een handelsreiziger tussen wetenschap en praktijk, die op de hem kenmerkende bescheiden doch aanhoudende stijl op alle plekken waar hij heeft gewerkt in staat is geweest nieuwe praktijken te ontwikkelen en institutionaliseren. Paul is daarmee tevens de belichaming van de reflexieve toezichthouder die zich in turbulente tijden weet staande te houden.

Literatuur

- Beck, U., A. Giddens & S. Lash. 1994. *Reflexive Modernization: Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order*. Cambridge: Polity.
- Dahler-Larsen, P. 2012. *The evaluation society*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Ewald, F. 1986. *L'Etat providence*. Paris: Grasset.
- Gezondheidsraad. 2011. *Op weg naar evidence based toezicht. Het onderzoek naar effecten van toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Houwaart, E. S. 1991. *De hygiënist. Artsen, staat & volksgezondheid in Nederland 1840-1890*. Groningen: Historische Uitgeverij.
- Power, M. 1997. *The Audit Society. Rituals of Verification*. Oxford: Oxford University Press.
- Schwitters, R. J. S. 1991. *De risico's van de arbeid: het ontstaan van de Ongevallenwet 1901 in sociologisch perspectief*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. 2013. *Toezen op publieke belangen. Naar een verruimd perspectief op rijkstoezicht*. Den Haag: WRR.

Toezicht in Turbulente Tijden

Hoofdstuk 1

De Academische Werkplaats Toezicht en de lerende organisatie IGZ

Ronnie van Diemen

In de zomer van 2012 mocht ik aanwezig zijn op het symposium dat georganiseerd werd in het kader van het afscheid van Gerrit van der Wal, de toenmalige Inspecteur-Generaal. Een symposium waarin vele perspectieven belicht werden rond het thema 'goede zorg en goed toezicht'. Voor mij was het een ervaring om tussen de genodigden en vele medewerkers van de Inspectie te luisteren, hoe de verdieping steeds werd aangebracht om vraagstukken rond toezicht mede op basis van onderzoek te beantwoorden. Wat me vooral is bijgebleven is de persoon die het geheel aan elkaar praatte. Een innemende rustige man, met kennis van zaken, die door zijn wijze van optreden de sprekers en het publiek in verbinding bracht. Het beeld dat ik heb vastgehouden van deze man – zachte stem, wat warrig grijs haar, brilletje wat scheef op de neus, verdiepende en waarderende vragen stellend – is later, toen ik zelf de functie als Inspecteur-Generaal mocht invullen, volledig bevestigd. Onze kennismaking toen heeft de basis gelegd voor vele mooie gesprekken in de daaropvolgende jaren. We spraken veel over dat wat ons beiden verbindt: 'de reflexieve rol van de Inspectie versterken door goed praktijkgericht onderzoek te doen'. De Academische werkplaats Toezicht (AWT) en het Evaluatieonderzoek vormen daarvoor de basis.

De AWT, zoals Paul Robben die in 2011 heeft opgestart, en het Evaluatieonderzoek hebben in de afgelopen jaren een belangrijke bijdrage geleverd aan de onderbouwing van ons toezicht. Hoewel de IGZ geen wetenschappelijk instituut is, heeft het inbedden van kwalitatief hoogstaand onderzoek binnen de IGZ geholpen om toezichtsproblematiek beter te begrijpen en meer passende strategieën daarop te ontwikkelen. De IGZ ziet erop toe dat zorginstellingen zich ontwikkelen tot lerende organisaties. De zorg, en de invulling van wat men onder kwaliteit van zorg verstaat, is dynamisch. Om hier passend toezicht op te kunnen blijven houden, moet en wil de IGZ zich steeds aanpassen aan deze dynamiek. Toezichtstrategieën die vier jaar geleden effectief waren, hoeven dat tegenwoordig niet meer te zijn en kunnen in de toekomst zelfs contraproductief zijn. Moderne geneeskunde is

vanzelfsprekend *evidence-based*. De IGZ wil zelf ook een lerende organisatie zijn om de verbinding te houden tussen haar toezicht en de ontwikkelingen in het veld, en die waar mogelijk evidence-based toezichtstrategieën inzet. In de hoge druk van het dagelijks werk biedt juist de AWT steeds meer de reflexieve ruimte die hiervoor nodig is.

Er zijn veel voorbeelden van hoe AWT-onderzoek verbonden is aan het toezicht. Voor het toezicht op de ouderenzorg heeft onderzoek naar een nieuwe manier van observeren, de SOFI-methode, praktische handvatten gegeven hoe de inspecteurs op een cliënt-gerichte wijze kunnen oordelen over de kwaliteit van de geboden zorg. De AWT heeft met haar onderzoek belangrijk bijgedragen aan het leren luisteren naar de ervaringen en wensen van de burger inzake toezicht op de kwaliteit en veiligheid van zorg. Onderzoek naar het inzetten van *mystery guests* heeft de IGZ belangrijke inzichten gegeven over de wijze waarop het burgerperspectief in het toezicht kan worden ingebed, en geleid tot het testen van nieuwe vormen van toezicht. Onderzoek naar het toepassen van systeemtoezicht heeft, al doende, geholpen om een nieuwe vorm van toezicht te ontwikkelen en op verschillende wijze toe te passen. Onderzoek naar het gebruik van sociale media heeft geresulteerd in het inbedden van data uit ZorgKaartNederland in de basisinformatie die inspecteurs gebruiken voor het risicotoezicht. Onderzoek naar burgermeldingen heeft inzicht gegeven in de mate waarin de IGZ voldoet aan de verwachtingen van burgers en een impuls gegeven aan een betere aansluiting tussen deze twee werelden. In dit boek leest u nog vele andere voorbeelden en een volledige opsomming is terug te vinden in het Kenniscahier dat, samen met dit boek, op 17 maart 2017 is gepubliceerd.

Het structureel inbedden van een onderzoekspoot binnen de IGZ is een inspiratie gebleken voor andere toezichthouders. Anno 2017 zijn er bijzondere leerstoelen bij of indirect verbonden aan de Onderwijsinspectie, de Autoriteit Financiële Markten, de Belastingdienst, de Autoriteit Consument en Markt en de Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit, waar wetenschappelijk onderzoek wordt gedaan in relatie tot het toezicht.

Het wetenschappelijk onderbouwen van toezicht op de kwaliteit van zorg is internationaal geen gemeengoed. Collega Inspecteur-Generaals uit andere landen spreken hun waardering uit dat de IGZ hiervoor middelen beschikbaar stelt en volgen onze resultaten met veel interesse. Dit blijkt onder meer uit de agenda van

de EPSO,¹ waar AWT-onderzoek op een praktijkgerichte manier gepresenteerd wordt. Vanuit de Noorse inspectie is het initiatief ontstaan om wetenschappelijke resultaten uit te wisselen en de Zweedse inspectie exploreert of ze een soortgelijk model als de AWT kan opzetten. Omdat veel resultaten van AWT-onderzoek in internationale *peer reviewed* tijdschriften zijn gepubliceerd zijn deze toegankelijk voor onderzoekers en toezichthouders over de hele wereld. Hierdoor ontstaan contacten die de IGZ verrijken met nieuwe kennis en ervaring die zij op haar beurt weer kan toepassen.

Net als in ons werk als toezichthouder, heeft de AWT te maken met spanningsvelden en dilemma's. De spanning tussen korte termijn resultaten en duurzame oplossingen, tussen eenvoudige antwoorden en grondige analyses, tussen kwaliteit en kwantiteit. Door de verbinding tussen onderzoek en praktijk steeds voor ogen te houden, kan de AWT de juiste koers blijven varen.

Van belang voor de toekomst is dat het onderzoek praktijkgericht blijft. Het moet passend zijn bij de vraagstukken die leven in het dagelijks werk van de IGZ en haar inspecteurs. Voor de periode 2016-2019 is het Meerjarenbeleidsplan 'Gezond vertrouwen' van de IGZ gebruikt als basis voor de activiteiten die in de AWT een plaats krijgen. Daarnaast voert de IGZ-afdeling Risicodetectie & Ontwikkeling elk jaar een consultatieronde uit langs alle andere afdelingshoofden om de aansluiting op de actualiteit te borgen. Deze ronde helpt de afdelingshoofden ook om scherp te formuleren wat het beoogd effect is van het toezicht door hun afdeling. Het antwoord op die vraag leidt op een natuurlijke manier tot het stellen van vragen die kunnen uitmonden in onderzoeksvragen voor de AWT. De uitkomsten van onderzoek moeten ook bruikbaar en uitvoerbaar zijn. Inspecteurs betrekken in het onderzoekstraject voorkomt dat het onderzoek te ver afdwaalt van de praktijk en vergroot het draagvlak om de uitkomsten toe te passen. Daarbij blijft het een uitdaging om resultaten van onderzoek goed te implementeren in het dagelijks werk.

Maar bruikbaar onderzoek hoeft niet alleen direct toepasbaar te zijn. Soms helpt meer fundamenteel nadenken over het toezicht en de positie die toezichthouders innemen in het veld van de gezondheidszorg juist om op strategisch niveau tot vernieuwing te komen. Het zogeheten 'koepelproject' binnen de AWT heeft bijvoorbeeld veel inzichten opgeleverd over hoe de Inspectie zich kan verhouden tot onzekerheid over wat de juiste maatregelen zijn om tot kwalitatief

¹ European Partnership of Supervising Organisations in health and social care – zie ook het hoofdstuk van Jan Vesseur.

hoogwaardige en veilige zorg te komen (zie het hoofdstuk van Kor Grit). In de net gestarte nieuwe ronde onderzoeken wordt gekeken naar hoe gestalte kan worden gegeven aan ‘gezond vertrouwen’, het motto van het laatste Meerjarenplan.

De afgelopen acht jaar kenmerken zich door een krachtige ontwikkelijn van de AWT. Dit past bij de lerende organisatie die de IGZ wil en moet zijn als het gaat om het toezicht voor nu en voor de toekomst.

Het is Paul Robben die velen van ons, zowel binnen de IGZ als de samenwerkingspartners in het doen van onderzoek, heeft geïnspireerd om de meerwaarde te ervaren van het praktijkgerichte onderzoek. Zijn persoonlijkheid, waarin zijn kwaliteiten als onderzoeker en denker zo goed tot uiting komen, heeft geholpen om de trage vragen te durven blijven stellen die leiden tot antwoorden die echt inzicht en houvast bieden, en waarin waardering voor de ander altijd centraal staat. Zijn loyaliteit aan de zorg, aan de toezichthouder en aan het onderzoek zijn kenmerken die wij naar ik verwacht als voorbeeld in ons eigen gedrag meenemen om zo de AWT blijvend, ook na het vertrek van Paul, succesvol te laten zijn. Niet voor de Inspectie zelf maar voor de ambitie die we hebben om een bijdrage te leveren aan het continu verbeteren van de zorg – ‘zorg die je je eigen familie en naasten gunt’.

Hoofdstuk 2

Nieuwe ontwikkelingen in het onderwijstoezicht

Frans Janssens

Inleiding

Toen ik in 1974 voor de klas stond in het toenmalige lager onderwijs hadden onderwijsinspecteurs specifieke taken. Ze bezochten natuurlijk scholen, maar hadden ook een taak bij de benoeming van leraren in het openbaar onderwijs en vervulden een sleutelrol in de nieuwbouw van scholen en bij de aanschaf van leer materiaal en schoolinventarissen. Het was dus van groot belang om de inspecteur te vriend te houden. In diezelfde tijd waren inspecteurs meestal personen die hun sporen in het onderwijs hadden verdiend, als hoofd der school, rector of als voorzitter van een of andere landelijke leerplancommissie. Voor de meeste inspecteurs gold ook dat hun functie bij de onderwijsinspectie het eindstation was van hun loopbaan.

Ik herinner me ook dat wij op school een alarmsysteem hadden om elkaar te waarschuwen als de inspecteur onverwachts de school zou bezoeken. Wij wisten in welke auto hij reed en als de collega, die het lokaal had dat uitkeek op de straat, zijn auto zag aankomen werd er snel een leerling de klassen rondgestuurd met een rode pen. Zo wisten wij allemaal in een mum van tijd dat de inspecteur ons met een bezoek vereerde, renden we naar de deur want daar hing het lesrooster en switchten we snel naar het leervak dat feitelijk op het rooster stond. Want in die tijd controleerde de Inspectie of wij ons aan het lesrooster hielden. Eenmaal in de klas keek iedereen met ontzag naar die man in dat driedelig grijs die achter in de klas ging zitten. Maar niet nadat hij ook had gecontroleerd of er niet te veel stof op de rand van het schoolbord lag. Een schoon klaslokaal was toentertijd nu eenmaal een indicator van goed onderwijs. Verder keek de inspecteur een paar schriften van leerlingen na om te zien of ik het werk wel corrigeerde en of de leerlingen wel mooi schreven. Na de les kreeg je een gesprek met de inspecteur die je fijntjes wees op de zaken die beter konden. Van een collega kreeg ik te horen dat de inspecteur zelfs zijn les had overgenomen. In die tijd bepaalden inspecteurs zelf de inhoud en werkwijze van een schoolbezoek.

Sindsdien is er veel veranderd in het onderwijstoezicht. Inspecteurs gingen hoe langer hoe meer werken volgens gestandaardiseerde procedures. Er kwamen toezichtkaders met kwaliteitscriteria om scholen te beoordelen, er kwam een jaarwerkplan dat ervoor moest zorgen dat alle inspecteurs naar dezelfde onderwerpen keken en nieuwe inspecteurs werden intern intensief opgeleid. Gegevens over scholen en inspectierapporten over schoolbezoeken zijn online via de website van de onderwijsinspectie voor iedereen te raadplegen. Kortom, het werk van inspecteurs werd steeds professioneler. Maar daarmee houden de ontwikkelingen in het onderwijstoezicht niet op. Het onderwijstoezicht is voortdurend onderhevig aan politieke en maatschappelijke ontwikkelingen en past zich daarop aan. In deze bijdrage wil ik twee nieuwe ontwikkelingen in het onderwijstoezicht uit de doeken doen: het risicogerichte toezicht en het polycentrisch toezicht.

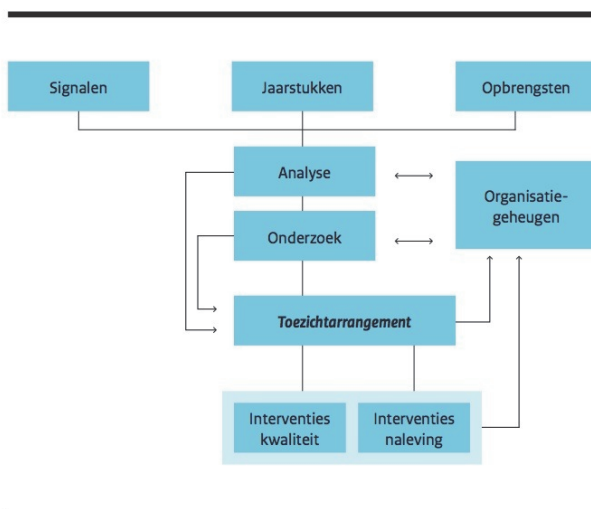
Risicogericht toezicht is een werkwijze waarbij geanalyseerd wordt of bepaalde scholen mogelijk een dalende onderwijskwaliteit hebben zonder daarvoor de scholen te bezoeken. Polycentrisch toezicht richt zich niet op het toezicht op individuele scholen maar op het netwerk waarvan scholen deel uitmaken.

Risicogericht toezicht

Tussen 2002 en 2007 gaven verschillende gebeurtenissen een krachtige impuls aan veranderingen in het toezicht in Nederland. Het kabinet Balkenende IV stuurde aan op een aanzienlijke reductie van het aantal ambtenaren en stond ook voor een verkleining van de toezichtlast. Zoals het toenmalige coalitieakkoord het formuleerde: "Onderwijsinstellingen krijgen meer mogelijkheden invulling te geven aan het onderwijs door vertrouwen te geven aan de professionals in het onderwijs, minder regels en minder toezicht." (Smeets & Verkroost, 2011) Dat sloot aan bij de visie van het ministerie van OCW, waar werd gesproken van 'verdiend vertrouwen'. Bij goed presteren zou met minder toezicht kunnen worden volstaan. Wanneer dat niet het geval was, zou de Inspectie snel en effectief optreden. Dat betekende dat het nieuwe toezicht zich zou richten op het detecteren van instellingen waar mogelijk sprake was van onvoldoende onderwijskwaliteit en/of waar sprake was van financiële risico's. Hierbij was het streven om de door de instellingen ervaren toezichtlast aanmerkelijk te verlagen. Overigens was er ook een taakstelling voor de Inspectie om te gaan werken met minder mensen (Smeets & Verkroost, 2011).

Er waren ook nog andere politieke ontwikkelingen die van invloed waren op de wijze waarop de uitvoering van het toezicht door de onderwijsinspectie veranderde. Een daarvan had betrekking op de bestuurlijke verhoudingen in het onderwijs, waarover de minister van OCW in juli 2005 haar visie gaf in de beleidsnotie 'Governance: ruimte geven, verantwoording vragen en van elkaar

leren'. De Governance-brief, zoals de notitie al spoedig werd genoemd, had als insteek dat onderwijstoezicht een aanvulling moest zijn op horizontale en interne verantwoordingsinformatie (Janssens, 2005; Janssens & Noorlander, 2010). Daarnaast werd benadrukt dat deze vormen van verantwoording niet in de plaats konden komen van verticaal toezicht door de overheid. Er zou via een risicobenadering selectief toezicht moeten komen. Cruciaal was het creëren van meer ruimte voor de eigen verantwoordelijkheid van onderwijsinstellingen. Minder en eenvoudiger regels, sober en selectief toezicht. De minister wilde leerlingen, studenten, ouders, docenten en de maatschappelijke omgeving toerusten met verantwoordelijkheden, bevoegdheden en invloed. Zo zou de interactie tussen deze actoren tot kwaliteitsontwikkeling leiden en tot bewaking van publiek geld. Er werd voor een 'lerende aanpak' gekozen: governance kon het best geënt worden op de praktijk. In de kern ging het om het waarborgen van het professionele handelen van een bestuur. De politiek breed gedragen verschuiving naar sturing door marktmechanismen, zoals versterking van de positie van gebruikers van onderwijs en inzicht in de kwaliteit van de geleverde diensten, gericht op versterking van de werking van *exit*, *voice* en *loyalty* van betrokkenen (Hirschman, 1970) is daarin goed zichtbaar.



Figuur 1: Het proces van risicogericht toezicht op scholen (Smeets & Verkroost, 2011)

Bovenstaande ontwikkelingen hebben geleid tot het al genoemde risicogestuurde onderwijstoezicht. Centraal in dit toezicht staat het risico dat een school 'zwak' of 'zeer zwak' is. Het vroegtijdig in kaart brengen van risicovolle scholen maakte het mogelijk om het toezicht sterker te richten op scholen waarvoor intensiever

toezicht noodzakelijk is. Dit betekent dat de frequentie en intensiteit van het toezicht op deze scholen groter is dan op scholen zonder risico. De invoering van dit toezicht heeft een belangrijk effect gehad op de kwaliteit van het Nederlandse onderwijs, afgemeten aan de substantiële afname van het aantal zwakke en zeer zwakke scholen in korte tijd (Corporaal & Van den Broek d'Obrenan, 2012). Figuur 1 toont het (risicogerichte) werkproces, zoals dit sinds 2007 bij de Inspectie gehanteerd wordt (Janssens & Dijkstra, 2015).

Kort samengevat kijkt de Inspectie in de risicoanalyse naar drie bronnen: opbrengsten, signalen en jaarstukken/kengetallen. Uit elk van deze kan naar voren komen dat de kwaliteit van een school mogelijk risico loopt. De combinatie van de drie bronnen is belangrijk. Elk afzonderlijk kennen de bronnen hun voor- en nadelen. Zo zijn de gemiddelde leerprestaties van leerlingen een krachtige risico-indicator. Een beperking van deze indicator is dat deze iets zegt over de kwaliteit van onderwijs in de afgelopen jaren. Er wordt teruggekeken op de prestaties van tenminste drie verschillende cohorten leerlingen die het onderwijs al hebben afgesloten. Een risico wordt pas zichtbaar als de prestaties dalen of beneden een bepaald niveau komen, en dat hoeft geen indicatie te zijn van de kwaliteit van het actuele onderwijs (Janssens, Rekers-Mombarg & Lacor, 2014). Bovendien hebben dan enkele cohorten leerlingen 'last' gehad van onvoldoende kwaliteit, zonder dat dit vroegtijdig zichtbaar was en op verbetering werd gestuurd (Janssens & Dijkstra, 2015).

Risico's worden daarentegen sneller zichtbaar via signalen, zoals klachten van ouders en onderwijsdeelnemers, klokkenluiders en berichten in sociale media. Signalen hebben vaak ook op andere onderdelen van kwaliteit betrekking, zoals sociale veiligheid en pesten. Toch hebben ook signalen vaak het nadeel van 'achteruit kijkend' toezicht (het veiligheidsincident heeft zich al voorgedaan of het signaal staat aan het eind van een langer durend, onbevredigend verlopen traject). Het nadeel van signalen is bovendien dat ze de toezichthouder niet altijd bereiken en incidenten niet noodzakelijk een indicatie van een structureel kwaliteitstekort zijn. De jaarstukken en financiële kengetallen van de school zijn een andere bron van risico-informatie. Risico's kunnen daaruit eerder naar voren komen, zodat kengetallen een 'early warning' functie kunnen vervullen. Van belang daarvoor is echter dat kengetallen de relevante informatie bevatten en op (alle) relevante terreinen betrekking hebben. Vaak is dat niet, of maar beperkt het geval.

De Inspectie gebruikt de risicoanalyse om inspecteurs zoveel mogelijk in te kunnen zetten op risicovolle scholen. Daarnaast gebruikt ze de risicoanalyse om de risicovolle scholen tijdig in beeld te krijgen. De risicoanalyse is dus vooral voor intern, logistiek gebruik van de Inspectie. Ook is de risicoanalyse nadrukkelijk géén

beoordeling van scholen. Een beoordeling heeft plaats na onderzoek in de school. De risicoanalyse heeft permanent plaats. Met name signalen komen doorlopend binnen. Tenminste eenmaal per jaar, wanneer gegevens over de leerresultaten beschikbaar zijn, wordt het risiconiveau voor alle scholen opnieuw bepaald.

Veel scholen merken niets van de risicoanalyse omdat het een onderdeel is van het interne werkproces van de Inspectie. Alleen wanneer sprake is van een verhoogd risiconiveau, merkt een school dit. In deze gevallen vraagt de Inspectie vaak eerst extra informatie op, wordt gesproken met het bestuur van de school of heeft er een onderzoek op de school plaats. De resultaten van de risicoanalyse worden besproken met het bevoegd gezag. Als bij een school geen risico is vastgesteld, wordt na overleg met het schoolbestuur basistoezicht toegekend zonder dat daaraan een bezoek aan de school ten grondslag ligt. Als er wel tot een risico wordt geconcludeerd, heeft er een kwaliteitsonderzoek op de school plaats (Smeets & Verkroost, 2011; Janssens & Dijkstra, 2015).

Polycentrisch toezicht

Netwerken van scholen

De laatste 30 jaar hebben diverse overheden van Westerse landen de beperkingen ingezien van hun gecentraliseerde onderwijsbeleid. Zij erkennen dat hiërarchische vormen van de coördinatie van onderwijsvernieuwingen nadelen hebben voor scholen doordat zij beperkt worden om flexibel op externe eisen in te gaan. Arvidsson (2003) wijst ook op de informatie-overladenheid voor scholen die ontstaat als het onderwijsbeleid centrale onderwijsvernieuwingen wil implementeren en monitoren. Volgens Honingh en Ehren (2013) blijkt de besturing van onderwijs in de praktijk vaak een moeilijk beheersbare aangelegenheid te zijn. Achter het begrip 'onderwijsorganisatie' gaan gelaagde, complexe configuraties schuil van allerlei soorten relaties tussen verschillende (groepen van) mensen – vaak hoogopgeleide professionals –, die niet zomaar rechttoe rechtaan te besturen en te beheersen zijn. Dit alles maakt onderwijsbestuur bepaald geen sinecure.

Gray et al. (2003) verwachten dat samenwerkingsverbanden en netwerken van scholen effectiever zijn in het creëren van een onderwijssysteem waarin scholen pro-actief op hun omgeving kunnen reageren en tot onderwijsverbetering kunnen komen. Aan netwerken als een coördinatievorm ligt de idee ten grondslag dat niet enkel de overheid de kennis heeft die nodig is om complexe dynamische onderwijsproblemen op te lossen. Dat houdt ook in dat geen enkele individuele actor in het onderwijssysteem het complete overzicht heeft om alle instrumenten te kunnen toepassen om onderwijsvernieuwingen en -verbeteringen in goede banen te leiden.

Bij het creëren van publieke dienstverlening zijn verschillende organisaties en instellingen betrokken, die allemaal sterk afhankelijk zijn van elkaar – bijvoorbeeld in het verrichten van hun dagelijkse activiteiten, routines en handelingen – maar ook bij het ontwikkelen van hun toekomstige beleid, plannen en strategieën. Afhankelijkheden zien we terug in de gezondheidszorg tussen huisartsen, medisch specialisten en zorgverzekeraars; in het veiligheidsbeleid tussen maatschappelijke organisaties, politie en inlichtingendiensten; of in de jeugdhulpverlening tussen jeugdzorg, politie en scholen. Al die wederzijdse afhankelijkheden zorgen ervoor dat organisaties en instellingen hun activiteiten moeten afstemmen en onderling moeten samenwerken.

Overheden gaan volgens Mayne et. al. (2003) steeds meer inzien dat zij niet op eigen kracht in staat zijn om complexe sociale problemen op te lossen en kiezen voor een netwerkaanpak of voor samenwerkingsverbanden om op een betere en effectievere manier openbare diensten te verlenen aan hun burgers. Voorbeelden daarvan zijn in Engeland te vinden waar het Ministerie van Onderwijs verschillende initiatieven nam om tot onderwijsverbetering te komen, zoals *'leaders of education'* – schooldirecteuren die (andere) scholen ondersteunen bij onderwijsverbetering – en consortia voor professionele ontwikkeling (*'Teaching School Alliances'*) en zogenaamde *'trusts'* in het leven riep die een keten van scholen besturen. Ook in Nederland zijn voorbeelden te vinden, zoals de Samenwerkingsverbanden die passend onderwijs moeten ondersteunen.

Polycentrisme

Dergelijke veranderingen sluiten aan bij het theoretische begrip polycentrisme dat door Ostrom, Tiebout en Warren (1961, p. 831) gedefinieerd wordt als “a structural feature of social systems (...) refer[ing] to many centres of decision making that are formally independent of each other.”

In een polycentrische opvatting over een onderwijssysteem wordt ervan uitgegaan dat daarin niet de overheid het alleenrecht heeft op sturing en regulering, maar dat ook andere actoren in dat systeem (hun eigen) verantwoordelijkheid dragen voor de onderwijskwaliteit. “Polycentric regulatory regimes are those in which the state is not the sole locus of authority, but where state and non-state actors are both regulators and regulated in highly complex and interdependent relations.” (Black, 2008, p. 1-2) In een dergelijk systeem verandert de relatie tussen overheid en scholen om de ontoereikende kennis van de overheid te compenseren van de oorzaken van en oplossingen voor problemen in het onderwijs. Deze veranderingen leiden tot een meer gedecentraliseerde besluitvorming en tot het ontdekken van nieuwe manieren om zelfregulering van scholen te bevorderen.

Polycentrisch toezicht

De veranderingen in de richting van een meer netwerk-georiënteerd onderwijssysteem hebben verstrekkende gevolgen voor het overheidstoezicht op het onderwijs. Volgens Ehren (2016) gebruiken inspecties van het onderwijs traditioneel een top down-model van (enkelvoudige) schoolonderzoeken en houden ze geen rekening met het feit dat scholen (ook) in een netwerk of samenwerkingsverband functioneren. Jenkins et al. (2003) en Gray et al. (2003) wijzen er bijvoorbeeld op dat zo'n top-down aanpak gericht op individuele scholen maar beperkte informatie oplevert voor actoren die actief in netwerken opereren om tot een efficiënte coördinatie te komen van de functie van het netwerk. Deze aanpak onderstreept vooral de individualiteit van de school en werkt daarom soms samenwerking tussen scholen tegen. Opbrengsten van netwerken komen tot stand via samenwerking en stijgen uit boven de capaciteiten van de individuele partners in een netwerk. Deze opbrengsten zijn vaak gebaseerd op fragiele compromissen tussen de netwerkpartners met diverse politieke, sociale en economische belangen, die vaak ook rekening moeten houden met conflicterende belangen van hun stakeholders. De traditionele individueel gerichte top-down aanpak van onderwijsinspecties leidt niet tot een goed beeld van de sterke en zwakke kanten van een netwerk en van de kwaliteit van de (beoogde) netwerkopbrengst (Schwartz, 2003). Hier geldt een van de zeven wijsheden van Aristoteles (384-322 v.Chr.) namelijk dat het geheel meer is dan de som der delen.

Honingh en Ehren (2013) en Ehren en Perryman (2015) beschrijven hoe de meeste Europese onderwijsinspecties overwegend gestandaardiseerde toezichtskaders gebruiken om de kwaliteit van individuele scholen te beoordelen en geen aandacht hebben voor het feit dat scholen meer en meer in netwerken functioneren. Deze kaders passen niet meer in polycentrische en gedecentraliseerde onderwijssystemen. Volgens Honingh en Ehren (2013) en Ehren en Perryman (2015) dienen deze kaders meer afgestemd te worden op netwerken van scholen en op de andere actoren die in deze netwerken verantwoordelijkheid dragen voor het functioneren van het netwerk.

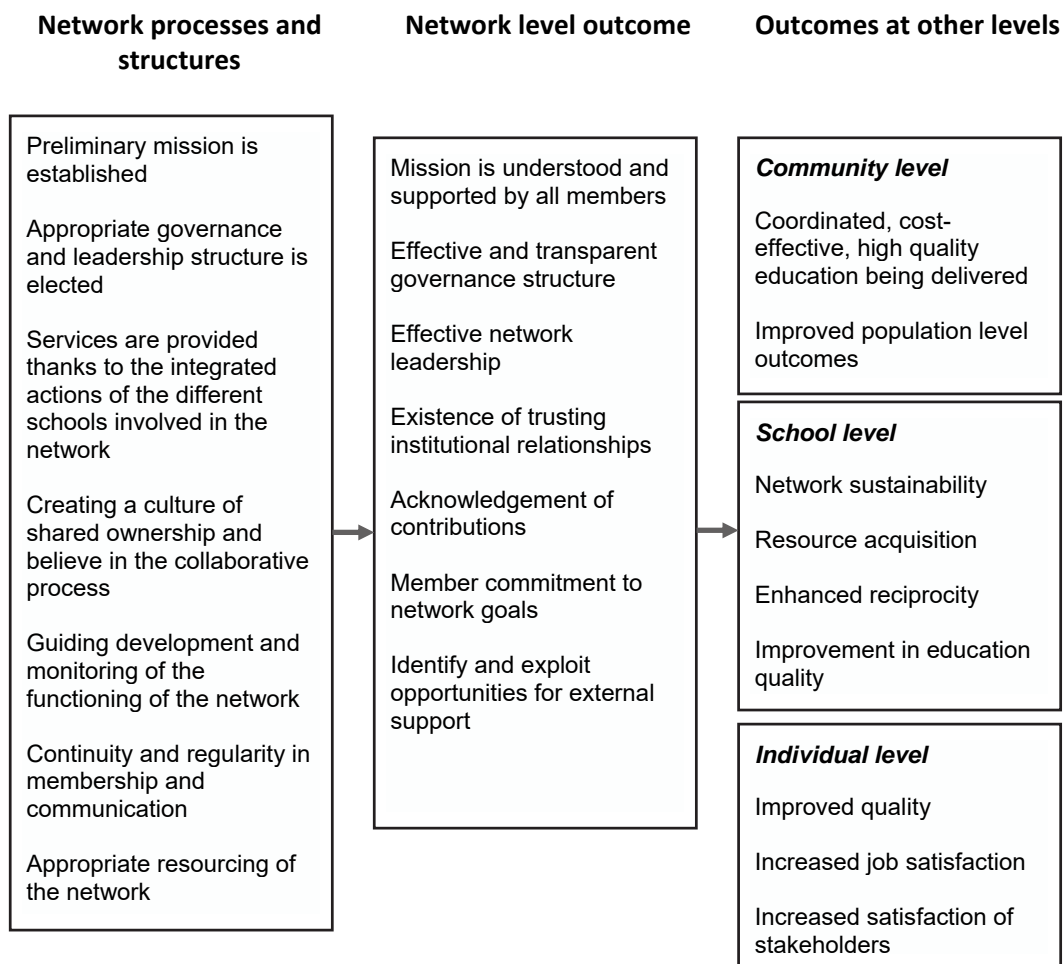
Naar een toezichtaanpak

Het houden van toezicht op netwerken is echter geen sinecure omdat netwerken gekenmerkt worden door ambiguïteit en door verschillen in onderlinge verbondenheid, doelstellingen en opbrengsten. Hierdoor wordt het evalueren van netwerken een behoorlijke uitdagende activiteit (Popp et al., 2013). De vaak complexe besluitvorming en communicatie in een netwerk maken het lastig om op netwerkniveau beoordelende uitspraken te doen over kwesties als 'wie is verantwoording schuldig aan wie en waarover dient verantwoording te worden afgelegd?' Als daarbij in ogenschouw wordt genomen dat netwerken dynamische '*moving targets*' zijn en dat het lastig is om de effectiviteit van een netwerk te

bepalen, wordt duidelijk dat netwerkevaluatie een complexe aangelegenheid is (Popp et al., 2013). Netwerkevaluatie houdt in dat onderzocht moet worden hoe besluiten worden genomen en activiteiten worden uitgevoerd in een diffuus besluitvormingsmodel. Het houdt ook in dat rekening moet worden gehouden met het gegeven dat netwerken zich in bepaalde fasen ontwikkelen.

Opgemerkt dient te worden dat de ontwikkeling in de richting van toezicht in een polycentrisch systeem meer wetenschappelijk onderzoek vereist naar de effectiviteit van netwerken en naar de betrokkenheid van stakeholders in besluitvormingsprocessen. Verschillende auteurs, zoals bijvoorbeeld Popp et al. (2013) hebben diverse operationalisering van netwerkeffectiviteit voorgesteld. Sommigen doen dat op basis van stakeholder-perspectieven, anderen weer vanuit het perspectief van de netwerkpartners, of vanuit het complete netwerk. Effectiviteit wordt de ene keer gedefinieerd als de mate waarin netwerkpartners naar tevredenheid samenwerken en de andere keer als de mate waarin het netwerk erin slaagt te voldoen aan de eisen van de doelgroep waarop het netwerk zich richt. Sommige onderzoekers definiëren effectiviteit op basis van de intrinsieke kenmerken van het netwerk, anderen doen dat weer op basis van de overleving van een netwerk in de tijd.

Figuur 2 geeft een idee van de indicatoren die een rol spelen bij het beoordelen van de effectiviteit van een netwerk (Janssens & Ehren, 2016). Hierbij wordt gekeken naar de structuur van het netwerk en de processen die zich daarin afspelen, maar ook naar de opbrengsten van het complete netwerk en op het niveau van het algemeen belang, de deelnemende scholen en de daarin participerende individuen.



Figuur 2: Componenten van een tentatief inspectie-toetsingskader om netwerken van scholen te beoordelen

Evaluatie van netwerken dient rekening te houden met het meerdimensionale karakter van netwerken en het feit dat ieder netwerk eigen doelen, structuren en processen heeft. Er is meer diversiteit en flexibiliteit nodig in inspectie-aanpakken om tegemoet te komen aan de eisen van een polycentrische evaluatiebenadering van onderwijsverbetering in een netwerk van scholen. Via een Europees project wordt door de inspecties van Engeland, Noord-Ierland, Nederland en Bulgarije onderzocht welke aanpak onderwijsinspecties kunnen volgen om toezicht te houden op netwerken van scholen (Janssens & Ehren, 2016). Hierin blijven de opbrengsten van en de wetshandhaving door individuele scholen een belangrijke rol spelen. Van iedere school wordt natuurlijk verwacht dat deze voldoet aan de

kwaliteitscriteria en zich aan de wet houdt. De polycentrische aanpak is er vooral op gericht mechanismen te ontdekken die te gebruiken zijn om via het netwerk meerdere scholen tegelijk te stimuleren tot schoolverbetering zonder alle scholen individueel te moeten bezoeken. Dat is in de eerste plaats efficiënter en in de tweede plaats effectiever omdat de stimulans tot verbetering van binnenuit het netwerk komt.

Conclusie

Het streven naar een risicogerichte benadering in het toezicht is vooral ingegeven door de wens de toezichtlast te beperken tot die situaties waarin intensief onderzoek en verbetering nodig is. Bovendien is het ook niet effectief alle scholen jaarlijks te bezoeken omdat onderwijsverbetering ook tijd vraagt. Mocht de kwaliteit tussentijds dalen dan treedt het vangnet van de risicogerichte aanpak in werking en kan het toezicht daar tijdig op worden aangepast. De polycentrische benadering laat het risicogerichte toezicht onverlet, maar heeft daarmee wel gemeen dat het toezichtlast op individuele scholen reduceert. Tegelijkertijd kan deze aanpak toch op alle scholen effect hebben omdat gebruik wordt gemaakt van mechanismen die in een netwerk gericht zijn op verbetering van het functioneren van alle deelnemende scholen.

Hoe lastig dat laatste is, wordt duidelijk uit een rapport over toezicht op netwerken in de zorg van het NIVEL en van de Academische Werkplaats Toezicht van de IGZ (Bomhoff, De Boer & Friele, 2016). Het onderzoek richtte zich op de ontwikkeling van een toezichtstrategie voor de netwerken van zorg en ondersteuning rondom kwetsbare cliënten in de thuissituatie. De onderzoekers concluderen echter dat de samenwerking van partijen in dit veld (nog) onvoldoende lijkt op die van een netwerk, zoals hier boven beschreven. De relaties zijn nog te wisselend van samenstelling en van aard, te veel gericht op slechts een of twee anderen, en de leden van de netwerken zijn te weinig op de hoogte van het totaalplaatje en nog te weinig gericht op hetzelfde doel. Dit maakt netwerken (nog) geen productieve adressant van toezicht. Een functionerend netwerk gericht op het realiseren van doelen die de afzonderlijke netwerkparticipant niet individueel kunnen realiseren, is een noodzakelijke voorwaarde om samenwerkende instanties als een netwerk te beschouwen.

Literatuur

- Arvidsson, G. (2003). Collaboration by Contract and Pooling Resources: The Implications for Evaluation. In: A. Gray, B. Jenkins, F. Leeuw, J. Mayne (Eds). *Collaboration in Public Services: The Challenge for Evaluation*. 131-155. New Brunswick: Transaction Publishers.
- Black, J. (2008). *Constructing and Contesting Legitimacy and Accountability in Polycentric Regulatory Regimes*. LSE Law, Society and Economy Working Papers 2/2008 London School of Economics and Political Science. Law Department.
- Bomhoff, M., D. de Boer, D. & R. Friele (2016). *Conceptueel kader voor de ontwikkeling van toezicht op samenwerking in de zorg en ondersteuning van kwetsbare cliënten thuis*. Utrecht. Nivel.
- Corporaal, B., & V. van den Broek d'Obrenan (2012). Effecten van toezicht op zeer zwakke scholen. In: Dijkstra, A.B. & Janssens, F.J.G. (red.), *Om de kwaliteit van het onderwijs. Kwaliteitsbepaling en kwaliteitsbevordering*. 77-92. Den Haag: Boom Lemma.
- Ehren, M.C.M. (Ed.) (2016). *Methods and Modalities of Effective School Inspections*. Dordrecht: Springer.
- Ehren, M. & J. Perryman (2015). *School inspections in a polycentric context; Ofsted and a self-improving school system*. London: UCL Institute of Education (unpublished manuscript).
- Gray, A., B. Jenkins & F. Leeuw (2003). Collaborative Government and Evaluation: The Implications of a New Policy Instrument. In: A. Gray, B. Jenkins, F. Leeuw, J. Mayne (Eds). *Collaboration in Public Services: The Challenge for Evaluation*. 1-29. New Brunswick: Transaction Publishers.
- Hirschman, A.O. (1970). *Exit, voice, and loyalty, responses to decline in firms, organisations, and states*. Cambridge: Harvard University Press.
- Honingh, M. & M.C.M. Ehren (2013). *Onderwijstoezicht in een polycentrisch sturingsmodel; Dilemma's bij het vaststellen en verbeteren van de onderwijskwaliteit*. *Bestuurskunde*, 22(4): 64-72.
- Janssens, F.J.G. (2005). *Toezicht in discussie. Over onderwijstoezicht en educational governance (oratie)*. Enschede: Universiteit Twente.
- Janssens, F.J.G. & C.W. Noorlander (Red.) (2010). *Goed Onderwijsbestuur: Opstellen over een nieuwe besturingsfilosofie van het onderwijs*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Janssens, F., L. Rekers-Mombarg & E. Lacor (2014). *Leerwinst en toegevoegde waarde in het primair onderwijs*. Rotterdam: CED-Groep.
- Janssens, F.J.G. & A.B. Dijkstra (2015). *De ontwikkeling van het overheidstoezicht op de kwaliteit van het onderwijs: Theorie en praktijk rond de Inspectie van het Onderwijs*. In: Mertens, F.J.H., Muller, E.R. & Winter, H.B.

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

Hoofdstuk 3

Toezicht houden zonder normen¹

Kor Grit

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

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

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

Problemen van normstelling

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

Ontbreken van eenduidige normen

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

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

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

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

Gebrek aan draagvlak en ontbrekende voorwaarden

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

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

Normen niet operationaliseerbaar en handhaafbaar

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

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

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

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

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

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

Denkkader voor toezicht zonder normen

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

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

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

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

Opties voor de toezichtspraktijk

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

Opties als er geen gesloten normen bestaan

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

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

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

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

Opties als er onvoldoende draagvlak bestaat

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

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

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

Opties als normen niet handhaafbaar zijn

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

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

Dialog, verbinding en ontwikkeling: geen pleidooi voor vrijblijvendheid

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

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

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

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

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

Literatuur

- Bal, R., A.M.V. Stoopendaal en H. van de Bovenkamp, H. 2015. Veerkracht en veiligheid. Hoe kan regulering van de zorg daaraan bijdragen? *NTvG*, 2015; 159: A9614.
- Bardach, E. en R.A. Kagan. 2002. *Going by the book. The problem of regulatory unreasonableness*. New Brunswick: Transaction Publishers. Original edition, 1982.
- Bomhoff, M., D. de Boer en R. Friele, R. 2016. *Conceptueel kader voor de ontwikkeling van toezicht op samenwerking in de zorg en ondersteuning van kwetsbare cliënten thuis*. Utrecht: NIVEL.
- Bonten, M. J.M., A. Friedrich, J.A.J.W. Kluytmans, C.M.J.E. Vandenbroucke-Grauls, A. Voss en M.C. Vos. 2014. 'Infectiepreventie in Nederlandse ziekenhuizen. Resultaten zeggen meer dan procesindicatoren.' *NTvG*, 2014;158: A7395.
- Van de Bovenkamp, H. en T. Zuiderent-Jerak. 2015. "An empirical study of patient participation in guideline development: exploring the potential for articulating patient knowledge in evidence-based epistemic settings." *Health Expectations*, 18(5): 942-955.
- Cook, R. 2013. Resilience, the Second Story, and Progress on Patient Safety. In Hollnagel, E., Braithwaite, J. en Wears, R.L. (eds). *Resilient Health Care*. Farnham: Ashgate Publishing. Pag 19-26.
- van Dalen, A. 2012. *Zorgvernieuwing: over anders besturen en organiseren*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- van Dijk, E., J. Voordouw, M.C. de Bruijne en C. Wagner. 2016. *Het vertalingsproces van veldnormen naar toezichtnormen en de beoordeling van handhaafbaarheid - Het belang van samenwerking en communicatie in toezichtontwikkeling door de IGZ*. Amsterdam: EMGO+ Instituut/VUmc.
- Grit, K.J., M.C. Bomhoff, R.D. Friele en R. Ba. 2016. *Toezicht in onzekere situaties. Op zoek naar een passend toezichtkader in een veranderende gezondheidszorg*. Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Grit, K.J. en J.C.F. van Oijen. 2015. *Toezicht op het medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen: het in kaart brengen van een multi-centered speelveld*. Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- IGZ. 2008. *IGZ-Handhavingkader. Richtlijn voor transparante handhaving*. Den Haag: IGZ.
- IGZ, 2016. *Gezond vertrouwen. Meerjarenbeleidsplan 2016-2019*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg, Ministerie van VWS.
- Legemaate, J., K.J. Grit, E. Plomp, M. de Die, H.M. van de Bovenkamp, T. Broer, R. Bouwman, M.C. Bomhoff, R.D. Friele en R. Bal. 2013. *Thematische wetsevaluatie - Bestuursrechtelijk toezicht op kwaliteit van zorg*. Den Haag: ZonMw.

- Mertens, F.J.H. 2011. *Inspecteren. Toezicht door inspecties*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Mertens, F.J.H. 2015. Het aangrijpingspunt van toezicht: Hoe houden we organisaties in toom? In: F.J.H. Mertens, E.R. Muller en H.B. Winter (red.), *Toezicht. Inspecties en autoriteiten in Nederland*. Deventer: Wolters Kluwer.
- Oldenhof, L. en R. Bal. 2016. *Vorbij de kloof tussen systeem- en leefwereld: een zoektocht naar nieuwe sturingsrelaties*. In: Raad voor de Volksgezondheid & Samenleving, *Verlangen naar samenhang. Over systeemverantwoordelijkheid en pluriformiteit*. Den Haag: RV&S, pp. 89-122.
- Postma, J. en T. Zuiderent-Jerak. 2014. "Volume staat niet gelijk aan kwaliteit op SEH." *Medisch Contact*: 2148-2151.
- Sabel, C.F. en J. Zeitlin. 2012. Experimentalist Governance. In Levi-Faur, D. (eds.). *The Oxford Handbook of Governance*. Oxford: Oxford University Press. Pag. 169-183.
- Stoopendaal, A. 2016. *Al doende leren. Een essay over de experimentele zoektocht naar toezicht op zorgbesturing door de Inspectie voor de Gezondheidszorg*. Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- van Schraven, T. 2012. Van informeel naar waardengericht toezicht, Een reflectie- en analysemodel over ontwikkelingsfasen van toezicht in de zorg. *Goed Bestuur*, 2: 58-59.
- WRR. 2013. *Toezen op publieke belangen. Naar een verruimd perspectief op rijkstoezicht*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Toezicht in Turbulente Tijden

Hoofdstuk 4

De kunst van veranderen binnen het systeem

Annemiek Stoopendaal & Hester van de Bovenkamp

*Ik heb een steen verlegd in een rivier op aarde
Het water gaat er anders dan voorheen*
Bram Vermeulen (1999)

Inleiding

Governance in de zorg staat al enige tijd fier op de beleidsagenda. Incidenten rondom kwaliteit en veiligheid worden in toenemende mate geanalyseerd in termen van ‘falende governance’. Daarmee wordt bedoeld dat Raden van Bestuur en Raden van Toezicht hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg onvoldoende op zouden pakken (OvV, 2008, 2011, 2014, Behr et al., 2015). Ook de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) heeft de governance van kwaliteit van zorg al meerdere jaren op de toezichtagenda staan. In 2009 identificeerde de IGZ de governance van de kwaliteit van zorg als een structureel aandachtsgebied (IGZ, 2009). Het Ministerie van VWS op haar beurt benadrukte in reactie op kwaliteitsincidenten de eindverantwoordelijkheid van de Raden van Bestuur voor de kwaliteit van zorg (Klink, 2009, Schippers & Van Rijn, 2013).

Het aanspreken van Raden van Bestuur en Raden van Toezicht op hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg vraagt veranderingen van het toezicht door de IGZ. Toezicht op de governance van zorg vereist aanzienlijke veranderingen in de toezichtspraktijk. Deze veranderingen gaan niet van de een op de andere dag, maar zijn een proces waarin actoren al doende leren (Stoopendaal, 2016). In dit hoofdstuk beschrijven we dit experimentele leerproces. We doen dat aan de hand van de bevindingen die naar voren kwamen uit een studie naar het toezicht vanuit de IGZ op de governance van kwaliteit van zorg. Tijdens deze studie werd vier jaar lang meegelopen en meegedacht in de experimentele projecten ‘systeemtoezicht’ en ‘toezicht op Goed Bestuur’. In deze projecten zocht de IGZ naar andere mogelijkheden voor toezicht. Daarin is zij *zorgbesturing* als object van toezicht gaan exploreren. Uit deze experimentele projecten is het vernieuwde toezichtkader Goed Bestuur voortgekomen waarin de IGZ en de NZa samen

uitleggen wat zij verstaan onder Goed Bestuur en wat zij verwachten van bestuur en interne toezichthouders (IGZ, 2016).

We baseren ons in dit hoofdstuk op verschillende publicaties die uit deze studie voortkwamen (Stoopendaal, 2016, van de Bovenkamp et al., 2017; Stoopendaal & van de Bovenkamp, 2015; Stoopendaal et al., 2015; Stoopendaal et al., 2014). Het hoofdstuk is als volgt opgebouwd: eerst gaan we nader in op de veranderingen in het toezicht op de governance van kwaliteit van zorg en de gelaagde context waarin deze veranderingen plaatsvinden. Deze gelaagde context vraagt om aanpassingen van het toezicht en we beschrijven hoe de IGZ haar toezicht heeft aangepast teneinde grip te krijgen op de governance van kwaliteit van zorg. Vervolgens laten we zien dat, om dit soort veranderingen van de grond te krijgen, experimenteeruimte nodig is voor zowel toezichthouders als bestuurders. We sluiten af met een conclusie waarin we betogen dat deze veranderingen vragen om personen zoals Paul Robben die, vakkundig en waar nodig, stenen in de rivier leggen om de loop daarvan een beetje te veranderen.

Ontwikkeling van toezicht op de governance van kwaliteit van zorg

In 2014 exploreerden wij de ontwikkeling van de betekenis van governance in beleid. We onderzochten welke betekenis aan het begrip wordt gegeven door verschillende actoren in de zorg, zoals bestuurders, toezichthouders, professionals en beleidsmakers. Governance betekent 'sturing', maar is in de loop van de jaren uitgegroeid tot een meer dimensionaal begrip. Het gaat zowel om sturen, als controleren en beïnvloeden en om verantwoordelijkheid dragen en verantwoording afleggen (Stoopendaal & van de Bovenkamp, 2015). Governance van kwaliteit van zorg kan op twee niveaus worden ingevuld. Ten eerste wordt in de publieke discussie vaak gewezen op de interne governance van zorginstellingen. Daarin zijn leden van Raden van Bestuur en Raden van Toezicht verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg. Deze verantwoordelijkheid dragen zij echter niet in een vacuüm. Zij moeten zich daarbij verhouden tot allerlei externe partijen die ook betrokken zijn bij het sturen, controleren en beïnvloeden van de kwaliteit van zorg. En ten opzichte van interne partijen, zoals zorgprofessionals, die van oudsher over kwaliteit van zorg gingen. Governance van de kwaliteit van zorg is daarmee, ten tweede, ook te interpreteren als de pogingen van *alle* actoren in het zorgveld om grip te krijgen op de kwaliteit van zorg. In dat kader beschreven we eerder hoe er een gelaagd stelsel gecreëerd is (Stoopendaal & van de Bovenkamp, 2015; van de Bovenkamp et al., 2017).

Kenmerk van een gelaagd stelsel is dat verschillende actoren op hetzelfde moment actief zijn en gebruik maken van hun eigen sturingsmechanismen. De introductie van een stelsel gebaseerd op gereguleerde marktwerking in de zorg betekende bijvoorbeeld niet het einde van professionele zelfregulering of het *top down* sturen

door de overheid. Deze sturingsmechanismen bestaan naast elkaar en beïnvloeden elkaar. Door de transparantie, die gepaard ging met de introductie van marktwerking, kwamen bijvoorbeeld ook meer kwaliteitsincidenten aan het licht, wat de roep om meer top down sturing door de overheid versterkte.

De consequentie van een gelaagd stelsel is dat de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg verdeeld raakt over steeds meer actoren die met behulp van verschillende instrumenten trachten grip te krijgen op de kwaliteit van zorg. Zo zijn zorginstellingen, beroepsgroepen, verzekeraars, patiëntenorganisaties, ministeries, en externe toezichthouders, waaronder de IGZ, allen bezig zicht te krijgen op de voor hen interessante onderdelen van kwaliteit van zorg. Zij gebruiken daarbij instrumenten als kwaliteitsindicatoren, richtlijnen, accreditatie, kwaliteits- en veiligheidsmanagementsystemen en keurmerken. Omdat individuele actoren niet in staat zijn de gelaagdheid te verminderen, uiten zij vaak kritiek op het steeds *gulziger* toezicht (vrij naar Trommel, 2009) en op fragmentatie die ontstaat als gevolg van gelaagdheid (van de Bovenkamp et al., 2014). Overigens is dit fenomeen niet nieuw. De befaamde essayist Michel de Montaigne (1992: 174) beschrijft al in 1572 dat hij niet gelukkig is met de toename van wetten: “in Frankrijk hebben wij immers meer wetten dan heel de rest van de wereld bij elkaar.” En hij verzucht: “*ut olim flagitiis, sic nunc legibus laboramus*” (vroeger zuchtten we onder misdaden, nu onder wetten). De grote hoeveelheid aan regels en controle leidt tot een verlangen bij alle betrokken actoren naar integratie en overzichtelijkheid, een verlangen naar minder regels. Tegelijkertijd richt het verlangen naar beter toezicht zich op aandacht voor de meervoudigheid van zorg, waar waarden botsen en moeten worden afgewogen. Het gaat dus niet alleen om een debat over meer of minder regels, maar ook over beter ‘passende regels’ (Meurs, 2014). Het probleem met de veelheid aan kwaliteitsinstrumenten is immers niet alleen de veelheid ervan; het idee bestaat ook dat ze niet bijdragen aan goede zorg. Het gaat dan om: “rules, regulations and procedures that entail a compliance burden, but do not achieve the functional objectives of the organizations.” (Bozeman, 1993, geciteerd in Bozeman & Anderson, 2016: 737-738)

In de zorg wordt vaak geprobeerd grip te krijgen op de kwaliteit van zorg door deze in onderdelen te analyseren, waarmee de rijke werkelijkheid van zorg gesimplificeerd en gereduceerd wordt tot meetbare normen. Het gevaar hiervan is dat het leidt tot verdere fragmentatie in nog meer regels en richtlijnen en daaruit voortkomende indicatoren. Veel onderdelen van de zorg worden gecontroleerd, maar de samenhang, die meer is dan de som der delen, wordt daardoor uit het oog verloren. De reductie van complexiteit in indicatoren, wordt uitgedrukt in een getal of in een vinkje (Stoopendaal, 2016). De huidige maatschappelijke kritiek op de ‘vinkjes’ is een uiting van onvrede met bovenstaande ontwikkeling die uit goede intenties is ontstaan. De vinkjes suggereren namelijk dat het in de zorg om een

eenduidige problematiek gaat terwijl ‘goede zorg’ in de praktijk een zoekproces is waarin meerdere ‘goeden’ tegen elkaar moeten worden afgewogen. De normatieve discussie en reflectie die dit vergt, wordt door de vinkjes onzichtbaar gemaakt (Bal et al., 2015).

Als er dingen fout gaan in de zorg is de reactie meestal te gaan reguleren en te gaan voorschrijven. De bovengenoemde focus op standaarden en indicatoren komt daar uit voort. Het idee is dat op deze manier kwaliteitsincidenten kunnen worden voorkomen. Dit geldt eveneens voor de nadruk die er ligt op het analyseren van calamiteiten teneinde te leren van wat er is fout gegaan. Hoewel belangrijk, is het cruciaal te realiseren dat er ook heel veel goed gaat in de zorg. Ook van wat er goed gaat kan veel geleerd worden. Analyse van goede praktijken laat bijvoorbeeld zien dat het daarin om veerkracht gaat: het vermogen te reageren op onverwachte gebeurtenissen en de organisatie daarop aan te passen. Dat vergt medewerkers die niet blind op standaarden vertrouwen, maar die zelf blijven nadenken. Het verlenen van zorg kenmerkt zich door vele unieke situaties waarop flexibel moet worden ingegaan. Het gevaar is dat met de huidige focus op standaarden, indicatoren en calamiteiten en de vinkjescultuur die daaruit is ontstaan juist die noodzakelijke veerkracht wordt tegengegaan (Bal et al., 2015)

Als gevolg van de geschetste problematiek bestaat er een roep om ander toezicht dat meer recht doet aan de complexiteit van zorg. Gecombineerd met de roep om meer toezicht op de interne governance van kwaliteit van zorg naar aanleiding van incidenten, heeft dit geleid tot een zoektocht naar vormen van toezicht op de governance van zorg die recht doet aan de complexiteit ervan. Een bestuurlijk model dat goed past bij ‘lossere’ vormen van kwaliteitsbewaking is dat van ‘experimentele sturing’. Daarin gaat het erom dat externe partijen, zoals de IGZ, niet vooraf normen definiëren en daarop controleren, maar juist reflectie in de praktijk bevorderen. Zij moeten erop toezien dat ervaringen en prestaties worden gemonitord en dat daarover verantwoording wordt afgelegd. Ook in die monitoring en verantwoording kan dan meer aandacht zijn voor wat goed gaat in zorginstellingen. De aandacht verschuift daarbij naar de invulling die Raden van Bestuur en Raden van Toezicht geven aan hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg en stelt hen de vraag te laten zien hoe zij goede zorg organiseren. Via de projecten ‘systeemtoezicht’ en ‘toezicht op Goed bestuur’ heeft de IGZ daar vorm aan gegeven. Het zoeken naar passend toezicht was geen rechtlijnig, maar eerder een rommelig proces waar nieuw denken en doen werden uitgetoet in een experimentele ‘ruimte’, zoals we in de volgende paragraaf laten zien.

Ruimte voor experimenten

Toezichthouders hebben niet alleen te maken met de complexiteit die gecreëerd wordt door het feit dat zorg meervoudig, de governance gelaagd en de druk op de

verantwoording hoog is. Ook het toezichthouden zelf is een complexe praktijk. De vraag is hoe een toezichthouder zicht krijgt op de daadwerkelijke uitvoering en resultaten van zorg. Inspecteurs met verschillende achtergronden moeten zeer uiteenlopende situaties doorgronden. Bovendien wordt van hen verwacht dat zij op een eenduidige manier oordelen. De toezichthouder moet niet alleen eenduidig oordelen, maar dit oordeel moet ook voorspelbaar zijn. Dat maakt dat niet alleen de zorg, maar ook het toezichthouden strak gereguleerd en geprotocolleerd is geworden. Veranderingen aanbrengen in deze 'doorgaande rivier' is daardoor niet zo gemakkelijk.

Proberen het handelen van de inspecteurs te veranderen door met elkaar in gesprek te gaan leidt, zo zagen we in de projecten, soms tot opheldering, maar ook tot Babylonische spraakverwarring. Zo ontstond er in het experiment met systeemtoezicht kritiek op het begrip 'systeem'. Dit kreeg juist in deze tijd een negatieve lading omdat in het discours de 'systeemwereld' van vinken en standaarden tegenover de 'leefwereld' van mensen die zorg nodig hebben werd geplaatst (Oldenhof en Bal, 2016). De zorg zou niet menselijk genoeg zijn en er zou onvoldoende recht worden gedaan aan de complexiteit daarvan. Daarom stuiten ook woorden als '*compliance-management*' en '*risicomanagementsystemen*', die gebruikt werden door Raden van Bestuur als instrumenten om kwaliteit van zorg bestuurbaar te maken, veel mensen tegen de borst.

De verandering in het toezicht werd niet alleen intern binnen de Inspectie bediscussieerd, maar omdat toezichthouden een relationeel proces is dat van meerdere kanten moet worden bekeken, werden ook experts en veldpartijen betrokken. De neiging om te eendimensionale oplossingen te omarmen werd tegengegaan door het opzetten van een dialoog tussen verschillende actoren in het gelaagde stelsel van zorg. Deze manier van werken is door ons omschreven als '*experimentalist governance*' (Stoopendaal et al., 2016). Maar door praten alleen verandert het werken en denken nog niet. Er werd daarom ruimte gecreëerd om te experimenteren met andere methoden van toezicht in de praktijk.

Experimenteren kan worden samengevat als 'al doende leren', waarbij reflectie en handelen iteratief leiden tot nieuwe inzichten die aan het praktisch handelen in concrete reële situaties gelieerd zijn. In dit kader wordt verwezen naar het begrip *Phronèsis*, een door Aristoteles geïntroduceerd begrip dat 'praktische wijsheid' betekent waarbij regels en werkwijzen in unieke situaties worden beschouwd en afgewogen. Actoren hebben meningen en routines. Zij zijn, zo zeggen sociale wetenschappers, geïnstitutionaliseerd in een bepaalde praktijk. Dat betekent dat zij aan die manier van doen gewend zijn, dat zij gebonden zijn aan hun eigen handels- en denkwijzen. Dat maakt dat zij zich geen andere manier van doen voor kunnen stellen. Dit wordt ook wel '*bounded rationality*' genoemd (Simon, 1972).

Routines kunnen echter alleen maar in stand blijven als zij zich kunnen aanpassen aan veranderende omstandigheden, zo leren wij van Feldman en Pentland (2003). Routines hebben daarom zowel een statische als een dynamische component. Experimenteren betekent gebruik maken van deze dynamiek. Dit werkt door een praktijk 'anders' te doen en vervolgens daarop te reflecteren en de consequenties ervan te beschouwen. Deze ervaringen en doordenkingen vormen nieuwe mogelijke denkrichtingen, doorleefde begrippen en nieuwe richtingen voor handelen.

In het project systeemtoezicht is daadwerkelijk geëxperimenteerd met een andere manier van inspecteren. Er werd in een team gewerkt, er werden andere vragen gesteld en er werd naar andere dingen gekeken. Door na elk bezoek in dit project in het projectteam na te praten werd de werkwijze al gedurende het project bijgesteld. Zo gingen inspecteurs tijdens de start van het project op zoek naar allerlei kwaliteitsinformatie om tot een oordeel te komen over de governance van kwaliteit in de instelling. Later werd dit aangepast en werden bestuurders van de bezochte instellingen gevraagd zelf te presenteren hoe zij sturen op kwaliteit. Deze verandering benadrukte de eigen verantwoordelijkheid van bestuurders – een belangrijk doel van het toezicht op de governance van kwaliteit – en schiep ruimte voor zorginstellingen om eigen keuzes te maken en deze te verantwoorden.

Experimenteren in een gelaagde omgeving waar zulke hoge verwachtingen over en weer leven, vergt moed en prudentie van zowel toezichthouders als van ondertoezichtgestelden. Bovendien vraagt het van de betrokkenen een open blik en het vermogen steeds weer te bevragen hoe effecten tot stand komen, welke invloeden meespelen en tot welke consequenties de nieuwe werkwijze leidt. Daarnaast moeten de ervaringen uit de experimenten niet alleen worden doordacht om ze robuuster te maken, maar ook overdraagbaar worden gemaakt. Anderen die niet bij het experiment betrokken waren moeten ermee in aanraking komen en er ook over kunnen gaan meedenken; anders zal de steen in de rivier door de kracht van de normale doorstroming ontwrichten en wegspoelen. In het project systeemtoezicht zagen wij dit gebeuren en duiden we als 'projectificatie'. De ontwikkelingen dreigden niet verder te komen dan het project en leken, alle geschreven rapporten ten spijt, een zachte dood te gaan sterven.

Uiteindelijk kreeg, om in de metafoor van de rivier te blijven, de stroom weer een andere richting in de vorm van het project Toezicht op Goed bestuur (Stoopendaal, 2016). Hierin werd het toezicht gericht op de besturing van zorg en dan niet alleen wanneer er een incident of calamiteit heeft plaatsgevonden, maar ook vanuit een prospectief perspectief waarin met de eindverantwoordelijken voor de organisatie van zorg wordt gesproken over hun werkwijzen, afwegingen en dilemma's. In het herziene toezichtkader Goed bestuur (2016) is dit geordend in de triade: resultaten,

gedrag & cultuur, en systemen. Kwaliteit en veiligheid in de zorg werd zo niet alleen gezien als een te meten entiteit, maar ook als een sociaal proces. Zo komt een benaderingswijze voor het toezicht naar voren waarin meerdere manieren van dataverzameling gecombineerd (getrianguleerd) worden en waarover een gesprek kan worden gevoerd om mogelijke risico's te kunnen duiden. Hierdoor ontstaat een manier van werken die recht doet aan de eerdergenoemde complexiteit van zorg. Deze nieuwe manier van toezichthouden kan gezien worden als het creëren van passende regels (Meurs, 2014). Het kan bovendien leiden tot een reductie van de toezichtlast. Immers, waar de interne systemen en governance inzichtelijk geregeld zijn en goed werken, hoeft het externe toezicht minder gedetailleerd te zijn.

Paul Robben als hoeder van het experiment

De prille scheuten die vanuit experimenten groeien hebben hoeders nodig. Paul Robben is bij uitstek de hoeder van vele experimenten geweest binnen de IGZ. Door het oprichten van de Academische Werkplaats Toezicht, bracht hij inspecteurs, onderzoekers en veldpartijen met elkaar in contact en schiep hij ruimte voor experimenten. Hij gaf daarbij het voorbeeld door zelf reflexief te zijn en bestaande praktijken te bevragen. Niet door kritiek te leveren op deze bestaande praktijken, zoals in het publieke debat vaak gebeurt, maar door te zoeken naar verbetering, rekening houdend met de complexe toezichtspraktijk en de geschiedenis daarvan. Paul Robben weet van de hoed en de rand, is zelf betrokken bij de experimenten, gelooft erin, maar durft ze ook te bevragen. Daarnaast verspreidt hij de inzichten uit de experimenten door er woorden aan te geven in artikelen, rapporten en *face-to-face* overdrachten, om zo anderen in het experimenteerproces te betrekken. Hij erkent daarbij het werk van de mensen die het experiment uitvoerden als een ware supporter. En dat alles met humor, relativiseringsvermogen, enthousiasme en door successen uitbundig te vieren. De aanpak van Paul resulteert in kleine verbeterstappen die uiteindelijk grote veranderingen bewerkstelligen. Zo heeft hij stenen in de rivier gelegd die maken dat de rivier anders stroomt dan voorheen. Daarmee heeft zijn inzet een blijvende impact gehad op het toezicht dat past bij de hedendaagse gelaagde context.

Literatuur

- Bal, R., A. Stoopendaal & H. van de Bovenkamp. 2015. Veerkracht en veiligheid. Hoe kan regulering daaraan bijdragen? *NTvG*. 159:A9614.
- Behr L., K. Grit, R. Bal & P. Robben. 2015. Framing and re-framing critical incidents in hospitals. *Health, Risk & Society*. 17(1): 81-97.
- van de Bovenkamp, H.M., M. de Mul, J. Quartz, A.M. Weggelaar-Jansen & R. Bal. 2014. Institutional Layering in Governing Healthcare Quality, *Public Administration*, 92: 208-233.
- van de Bovenkamp, H.M., A.M.V. Stoopendaal & R. Bal. 2017. [Working with layers: the governance and regulation of health care quality in an institutionally layered system](#). *Public Policy and Administration*. 32(1): 45-65.
- Bozeman, B. & D. M. Anderson. 2016. Public policy and the origins of bureaucratic red tape: implications of the Stanford yacht scandal. *Administration & Society* 48(6): 736-759.
- Feldman, M.S. & B.T. Pentland. 2003. Reconceptualizing organizational routines as a source of flexibility and change. *Administrative science quarterly*, 48(1), 94-118.
- IGZ. 2009. De vrijblijvendheid voorbij. Sturen en toezichthouden op kwaliteit. *Staat van de Gezondheidszorg 2009*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- IGZ. 2016. *Toezicht op Goed Bestuur*. Inspectie voor de Gezondheidszorg in samenwerking met de Nederlandse Zorgautoriteit. Utrecht: IGZ.
- Klink, A. 2009. *Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Meurs, P. 2014. *Van regeldruk naar passende regels. Vertrouwen, veerkracht, verantwoordelijke vrijheid*. Den Haag: VWS.
- Montaigne, M. 1992. *Essais*, samenstelling Jos Tielens. Utrecht: Het Spectrum.
- Oldenhof, L. & R. Bal. 2016. Voorbij de kloof tussen systeem en leefwereld: een zoektocht naar goede leefsysteem met experimentele governance. In: *RV&S, Verlangen naar samenhang. Over systeemverantwoordelijkheid en pluriformiteit*. Den Haag, Raad voor Volksgezondheid & Samenleving: 89-126.
- OvV. 2008. *Een onvolledig bestuurlijk proces: hartchirurgie in UMC St Radboud. Onderzoek naar aanleiding van berichtgeving op 28 september 2005 over te hoge mortaliteit*. Den Haag: Onderzoeksraad voor Veiligheid.
- OvV. 2011. *Vernieuwing op Drift: onderzoek naar aanleiding van berichtgeving in april 2009 Over calamiteiten bij maagverkleiningsoperaties in het Scheper ziekenhuis Emmen*, Den Haag: Onderzoeksraad voor Veiligheid.
- OvV. 2014. *Kwetsbare zorg: patstelling in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis*. Den Haag: Onderzoeksraad voor Veiligheid.
- Schippers E. & M. van Rijn. 2013. *Gezamenlijke agenda VWS: 'Van systemen naar mensen'*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.

- Simon, H. A. 1972. Theories of bounded rationality. *Decision and organization*, 1(1), 161-176.
- Stoopendaal, A.M.V., M.A. de Bree, P.B.M. Robben & F. Keuter. 2014. Systeemtoezicht in de Nederlandse gezondheidszorg. Een experimentele innovatie van toezicht. *Tijdschrift voor Toezicht*, 5(2), 27-46.
- Stoopendaal, A.M.V. & H.M. van de Bovenkamp. 2015. Governance: werken met de gelaagdheid van toezicht. In H. den Uijl & T. van Zonneveld (Eds.), *Zorg voor Toezicht: De maatschappelijke betekenis van governance in de zorg*. Amsterdam: Mediawerf.
- Stoopendaal, A.M.V. & H.M. van de Bovenkamp. 2015. The mutual shaping of governance and regulation of quality and safety in Dutch healthcare. *Health Service Manage Research*. 28(1-2), 9-15.
- Stoopendaal, A.M.V., M.A. de Bree & P.B.M. Robben. 2016. Reconceptualizing regulation: Experimenting with System Based Regulation in Dutch healthcare. *Evaluation*. Vol. 22(4) 394–409.
- Stoopendaal, A. 2016. *Al Doende Leren. Een essay over de experimentele zoektocht naar toezicht op zorgbesturing door de Inspectie voor de Gezondheidszorg*. Rotterdam: iBMG.
- Trommel, W. A. 2009. *Gulzig bestuur*. Oratie. Vrije Universiteit: Amsterdam.

Toezicht in Turbulente Tijden

Hoofdstuk 5

Leve de variatie! Over diversiteit in de samenwerking tussen toezichthouders

Suzanne Rutz & Antoinette de Bont

Alleen ga je sneller, samen kom je verder.

Waarom moeilijk doen als het samen kan. (Loesje)

*Together
Everyone
Achieves
More*

Hoera, we werken samen!

Als je googelt op 'samenwerking' spat het vertrouwen in samenwerking eraf. Je wordt overladen door opgewekte motto's, vrolijke kleuren en lachende poppetjes die handen vasthouden, samen een puzzel oplossen of op elkaars schouders bouwen aan een toren. Iedereen rekt erop dat samenwerking loont. Als we afgaan op Google wordt samenwerking in allerlei sectoren en domeinen positief gewaardeerd. We vinden afbeeldingen van lachende buurtbewoners in wijken, gemeenteambtenaren die elkaar vol vertrouwen puzzelstukjes aanreiken en professionals in pak die op elkaars schouders staan. Anders gezegd, samenwerking is een hoera-woord: het oogst lof en instemmende reacties.

Ook bij toezichthouders vinden we een positieve waardering van samenwerking. Zo staat op de website van de Inspectieraad dat de rijksinspecties door samen te werken beter toezicht houden, effectiever zijn en publieke belangen zoals voedselveiligheid of een schoon milieu beter kunnen waarborgen (Inspectieraad, 2017). Samenwerking verscheen op de toezichtagenda aan het begin van het nieuwe millennium. Het kabinet Balkenende II gaf samenwerking een prominente plek door het als een van de zes principes van goed toezicht te benoemen in de Kaderstellende visie op toezicht (BZK, 2005). Sindsdien is samenwerking op de agenda van toezichthouders gebleven.

Grofweg gezegd komt het stimuleren van samenwerking van toezichthouders voort uit twee wensen. De eerste heeft betrekking op het beperken van de toezichtlast voor ondertoezichtstaanden. De tweede betreft het bewerkstelligen van een integraal beeld. Hieronder werken we beide wensen verder uit, onder meer aan de hand van twee voorbeelden uit de inspectiepraktijk; de samenwerking tussen toezichthouders in de Inspectievier Binnenvaart en de samenwerking rondom toezicht op zorg en ondersteuning aan jeugdigen in het Toezicht Sociaal Domein/Samenwerkend Toezicht Jeugd (TSD/STJ). De gepresenteerde voorbeelden zijn gebaseerd op documenten die beschikbaar zijn via het internet (beleidsstukken, visiestukken, persberichten, etc.).

Minder last voor ondertoezichtstaanden

Samenwerking tussen toezichthouders is voortgekomen uit de wens om de toezichtlast voor ondertoezichtstaanden te beperken. De achtergrond is dat bedrijven en andere organisaties die onder toezicht staan klaagden over het grote aantal toezichthouders dat bij hen toezicht kwam houden. Deze toezichthouders vroegen dezelfde informatie op – of gelijkwaardige informatie die net op andere wijzen moest worden aangeleverd –, stelden verschillende eisen en gaven tegenstrijdige oordelen. Dit kreeg veel aandacht in 2006, toen een ruime meerderheid van de Tweede Kamer de motie Aptroot aannam. In deze motie vroeg de Kamer het kabinet om alle rijksinspecties samen te voegen tot één om zo teveel, onvoldoende afgestemd en dubbel toezicht te voorkomen (TK, 2006).¹ In reactie op de motie richtte het toenmalige kabinet het programma *Eenduidig Toezicht* in, dat met het motto ‘Minder, beter, duidelijker!’ beoogde de toezichtlast ingrijpend (met 25 procent) te verminderen. Een van de uitvloeisels van dit programma is de formele instelling van een Inspectieraad waarin hoofden van rijksinspecties bij elkaar komen om hun samenwerking vorm te geven (BZK, 2006).

Samenwerking om toezichtlast te beperken kent grofweg drie doelen (zie bijvoorbeeld: OECD, 2014; BZK, 2005 en 2006). Het eerste doel is het bewerkstelligen van consistentie. De samenwerking tussen toezichthouders zou ervoor moeten zorgen dat ze met één mond spreken, en dus geen tegenstrijdige oordelen geven. Ten tweede beoogt samenwerking de toezichtlast te beperken door overlap te vermijden. Samenwerking zou ertoe moeten leiden dat ondertoezichtstaanden niet twee keer dezelfde informatie hoeven te geven en dat

¹ Onlangs hebben Joustra en Van Vollenhoven als lid en ex-lid van de Onderzoeksraad voor Veiligheid ook gepleit voor de oprichting van één nationale inspectie. Zij relateerden de oprichting van een nationale inspectie niet aan het verminderen van de toezichtlast, maar aan het zeker stellen van de onafhankelijkheid van toezichthouders door ze verder van departementen te positioneren (NOS, 18 september 2016).

ondertoezichtstaanden niet twee keer voor ongeveer hetzelfde onderwerp een toezichthouder op bezoek krijgen. Het derde doel is sterk gelieerd aan de eerste twee doelen, namelijk het bewerkstelligen van efficiënter toezicht. De bedoeling is dat toezichthouders taken van elkaar overnemen, zodat een ondertoezichtstaande tijdens een toezichtbezoek op verschillende onderwerpen wordt geïnspecteerd. Hierdoor zou publiek geld voor toezicht efficiënter kunnen worden besteed, kunnen tegenstrijdige regelgeving en tegenstrijdige oordelen eerder zichtbaar worden en hoeven ondertoezichtstaanden slechts een keer informatie te geven.

Een voorbeeld van samenwerking om toezichtlast te beperken betreft de *Inspectieview Binnenvaart*, die in 2015 operationeel is geworden.¹ De *Inspectieview* vormt een onderdeel van het gezamenlijk toezicht op het vervoer over water. Dit gezamenlijk toezicht beoogt dat inspecteurs van de Inspectie Leefomgeving en Transport, Rijkswaterstaat, Nationale Politie, Havenbedrijven Rotterdam en Amsterdam, Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit, Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid en de Nationale Marechaussee samenwerken alsof ze van één organisatie afkomstig zijn en niet van afzonderlijke toezichthouders.

De *Inspectieview* voegt inspectieresultaten over binnenvaartschepen vanuit verschillende bronnen samen. Inspecteurs kunnen in het systeem informatie vinden over elk binnenvaartschip. Het idee is dat doordat de inspecteurs toegang hebben tot deze informatie binnenvaartschippers slechts één keer informatie hoeven aan te leveren. Bovendien gebruiken de inspecteurs de informatie om prioriteiten te stellen. Door het samenvoegen van informatie ontstaat een completer beeld van de naleving. Op basis hiervan maken de toezichthouders een onderscheid tussen binnenvaartschepen met een hoog risico en binnenvaartschepen met een lager risico. De binnenvaartschepen waarvan bekend is dat ze regels slechter naleven worden aangemerkt als hoger risico. Zij krijgen prioriteit in het toezicht. Goed presterende binnenvaartschepen ervaren zo minder last van het toezicht, terwijl de toezichthouders hun aandacht richten op binnenvaartschepen die dat wel nodig hebben (Samenwerkende overheidsdiensten in het scheepvaartdomein, 2016; Inspectieraad, 2016). Samengevat kan worden gezegd dat samenwerken tussen toezichthouders in de *Inspectieview* het uitwisselen van gegevens betreft om een completer beeld te krijgen van ondertoezichtstaanden en een betere risicoselectie te maken.

Het toezicht op de binnenvaart kan worden gekarakteriseerd als nalevingstoezicht. Bij nalevingstoezicht zijn er duidelijke criteria waaraan een toezichthouder een

¹ Naast de *Inspectieview Binnenvaart* bestaan ook de *Inspectieview Bedrijven* en de *Inspectieview Milieu*. Voor alle drie is het eigenaarschap belegd bij de Inspectie Leefomgeving en Transport.

ondertoezichtstaande toetst. Deze criteria vinden hun oorsprong in wet- en regelgeving. Wanneer ondertoezichtstaanden niet aan de criteria voldoen kan de toezichthouder handhaven; dat wil zeggen maatregelen treffen om ervoor te zorgen dat de criteria wel worden nageleefd (Braithwaite & Fergusson, 2013; Baldwin et al., 2012; Perryman, 2006). In het geval van samenwerking in nalevingstoezicht is het van belang dat toezichthouders binnen hun jurisdictie kunnen blijven. De wettelijke basis is namelijk hard nodig voor de handhaving (Ottow, 2015). Zo geven de toezichthouders in hun gezamenlijke programma 'Toezicht op het water' ook aan dat samenwerking niet rond alle taken mogelijk is (Samenwerkende overheidsdiensten in het scheepvaartdomein, 2016). Dat toezichthouders binnen hun jurisdictie moeten blijven heeft als consequentie dat de samenwerking zich wel kan richten op het optimaliseren van de uitvoering van bestaande taken door prioritering en afstemming, maar niet op het verbreden of veranderen van taken. Dat komt in de volgende paragraaf aan bod.

Integraal beeld bewerkstelligen

Zoals hierboven aangegeven is samenwerking tussen toezichthouders niet alleen voortgekomen uit de wens om toezichtlast te verminderen, maar ook om de focus van het toezicht te verbreden. De achtergrond is dat toezichthouders die zich ieder op ondertoezichtstaanden in een bepaalde sector richten wel uitspraken kunnen doen over de kwaliteit van de voorzieningen van afzonderlijke ondertoezichtstaanden, maar geen inzicht hebben in eventuele breukvlakken tussen voorzieningen, witte vlekken in de infrastructuur van voorzieningen en risico's die hieraan zijn gerelateerd. Het belangrijkste doel van samenwerking om een breder beeld te bewerkstelligen is dan ook het in kaart brengen van risico's die zich over sectoren, ondertoezichtstaanden en toezichthouders heen bewegen en het zoeken naar manieren om die risico's te beperken. Dat vergt een andere werkwijze dan de wijze waarop de toezichthouders toezicht uitvoeren in hun reguliere sectorale, op naleving gerichte toezicht (Perez, 2014; Gunningham, 2012).

Een voorbeeld van samenwerking om een integraal beeld te bewerkstelligen betreft Toezicht Sociaal Domein/Samenwerkend Toezicht Jeugd (TSD/STJ). Dit is een samenwerkingsverband van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Inspectie Jeugdzorg, Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Inspectie van het Onderwijs en Inspectie Veiligheid en Justitie, dat in 2003 is opgericht. Het samenwerkingsverband beoogt toezicht te houden op de kwaliteit van het totaal van zorg en ondersteuning aan jeugdigen, en onlangs is daar de doelgroep kwetsbare volwassenen aan toegevoegd (STJ/TSD, 2016). In het Sociaal Domein wordt dit 'stelseltoezicht' genoemd. Dit stelseltoezicht moet inzicht geven in de vraag of de gezamenlijke inspanningen van organisaties leiden tot passende, samenhangende en effectieve zorg en ondersteuning (BZK, 2015). In het toezicht staan risico's voor kinderen, jeugdigen en kwetsbare volwassenen centraal.

Thema's van het toezicht hebben betrekking op een maatschappelijk probleem (bijvoorbeeld thuiszitten), een bepaalde doelgroep waar veel risico's samenkomen (zoals gezinnen met geringe sociale redzaamheid) of op huishoudens waar zich calamiteiten hebben voorgedaan terwijl zorg en ondersteuning werden geboden.

Aangezien het onderwerp en de vraag in stelseltoezicht anders is dan het bepalen van de naleving van regels, waren de methoden van de sectorale inspecties niet gemakkelijk toepasbaar. Bij de oprichting van TSD/STJ hebben inspecteurs afstand genomen van hun reguliere werkwijzen (Van Eijk, 2004); ze ontwikkelden een nieuwe werkwijze die bestond uit een nieuw toezichtkader en nieuwe instrumenten. Deze instrumenten zijn in belangrijke mate gericht op het bij elkaar brengen van organisaties, het betrekken van burgers en organisaties ruimte geven om te leren (Van Eijk, 2004; STJ/TSD, 2016). Het toezichtkader en de instrumenten worden continu aangepast op basis van eerdere ervaringen, en om beter aan te sluiten op het maatschappelijk probleem, de doelgroep en het wettelijk kader. Zo is in 2016, na de decentralisatie van taken op het gebied van zorg en ondersteuning naar gemeenten, een nieuw toezichtkader opgesteld. Ook is het instrument van de levensloop – dat oorspronkelijk is ontwikkeld om in beeld te brengen wat organisaties uit verschillende sectoren voor een kind hadden gedaan (Rutz et al., 2014) – doorontwikkeld zodat het de zorg en ondersteuning aan een gezin weergeeft. Een project waarbij de zorg en ondersteuning aan gezinnen met geringe sociale redzaamheid werd beoordeeld aan de hand van dit instrument won in 2015 de innovatieprijs voor toezicht (CCV, 2015).

Een belangrijk onderdeel van de werkwijze vormt het maken van een risicoselectie (STJ/TSD, 2015). Deze risicoselectie is tweeledig. Ten eerste wordt op basis van gegevens van het TSD/STJ-toezicht, de gegevens van inspecties uit het samenwerkingsverband en de gegevens van stakeholders gekeken wat grote risico's zijn voor jeugdigen en kwetsbare burgers. Het gaat dan om risico's die niet vanuit één sector zichtbaar zijn of kunnen worden aangepakt. Ten tweede, als deze risico's zijn geïdentificeerd, wordt toezicht gehouden in gemeenten of regio's waar deze risico's het grootst zijn.

Het toezicht van TSD/STJ kan worden gekarakteriseerd als reflexief toezicht. In reflexief toezicht staat vaak een maatschappelijk probleem of risico centraal. Over dat maatschappelijk probleem of risico bestaat veel onzekerheid. Het probleem is niet duidelijk, of de meningen lopen uiteen over hoe het kan worden aangepakt en wie daarbij wat moet doen. In tegenstelling tot nalevingstoezicht is het bij reflexief toezicht dan ook niet mogelijk om eenduidige en precieze criteria op te stellen waaraan een toezichthouder ondertoezichtstaanden kan toetsen (Rutz et al., 2013). Er wordt vaak gewerkt met open criteria die kunnen worden aangepast (Overdevest & Zeitlin, 2014; Baldwin et al., 2012). Ook hebben in reflexief toezicht

verschillende partijen, en niet alleen toezichthouders, een rol om het risico en opties om het risico aan te pakken beter in beeld te krijgen en uit te proberen. Daarnaast is reflexief toezicht gericht op leren en het stimuleren van verbetering (Perez, 2011). In reflexief toezicht beslaat de samenwerking bovendien bredere taken dan waar iedere afzonderlijke toezichthouder voor verantwoordelijk is. Dit heeft als consequentie dat inspecties buiten hun jurisprudentie komen. Verbetering kan dan ook niet komen van handhaving in de klassieke zin van het woord, maar door het stimuleren van partijen om opties om het risico aan te pakken uit te proberen en zo stapsgewijs te leren het risico beter aan te pakken (Sabel & Zeitlin, 2012).

Leve de variatie!

De Inspectieview Binnenvaart en TSD/STJ zijn beide op de website van de Inspectieraad te vinden als voorbeelden van samenwerking tussen toezichthouders. De inhoud van die samenwerking is echter zeer verschillend (*zie Tabel 1 op de volgende pagina*). Die verschillen blijven grotendeels onzichtbaar als we alleen constateren dat samenwerking plaatsvindt en dat goed toezicht bestaat uit samenwerking, zonder te kijken naar wat er gebeurt en hoe die samenwerking er in de praktijk uit ziet. Het algemene geloof dat samenwerking goed is, drukt hier de diversiteit die in de praktijk is ontstaan naar de achtergrond.

De variatie in samenwerking doet ertoe. TSD/STJ heeft informatie van toezichtobjecten (en andere actoren) uit verschillende sectoren nodig om het sociaal domein te kennen. De inspecties van de Inspectieview Binnenvaart schieten er juist niet mee op om informatie te verzamelen over toezichtobjecten buiten hun sector. We leren meer wanneer we spreken over wat er in die specifieke vorm van samenwerking gebeurt dan wanneer we spreken over samenwerking *an sich*. Denk bijvoorbeeld aan hoe inspecties tegenstrijdige oordelen voorkomen, hoe de ene inspectie de taken van de andere inspectie kan overnemen, hoe inspecties hun resultaten delen om zo prioriteiten te stellen of hoe inspecties in nieuwe onderlinge verbanden nieuwe methoden ontwikkelen. Al deze invullingen van samenwerking zijn in bovenstaande tekst aan bod gekomen. Het is natuurlijk geen volledig overzicht. Er zijn allerlei andere voorbeelden van toezichthouders die samenwerken. We noemen hier samenwerking tussen IGZ en de Nederlandse Zorgautoriteit rondom het onderwerp 'Goed bestuur' en de samenwerking tussen provincie, waterschappen en gemeenten in de Friese Uitvoeringsdienst Milieu en Omgeving om milieurisico's te beperken, maar er bestaan nog veel meer voorbeelden. Wanneer we die beter zouden bekijken, vinden we ongetwijfeld vele andere manieren waarop de samenwerking vorm krijgt.

<i>Toezichtlast beperken</i>	<i>Integraal beeld bewerkstelligen</i>
Samenwerking rondom een toezichtobject	Samenwerking rondom een risico of maatschappelijk probleem
Afstemmen en stroomlijnen bestaande toezichttaken	Verbreden toezichttaken
Actoren zijn toezichthouders en redelijk vergelijkbare toezichtobjecten	Actoren zijn toezichthouders, verschillende toezichtobjecten en andere stakeholders
Een toezichtobject beter kennen door informatie over verschillende onderwerpen te combineren	Een onderwerp beter kennen door informatie te verzamelen bij verschillende toezichtobjecten
Toezichtobjecten waarvan de naleving minder goed is worden aangemerkt als hoog risico en krijgen prioriteit.	Maatschappelijke problemen die worden gerelateerd aan hoge risico's voor burgers krijgen prioriteit.

Tabel 1: De verschillen tussen beide vormen van samenwerking.

De lachende poppetjes die handen vasthouden, samen een puzzel oplossen of op elkaars schouder een toren bouwen missen niet alleen variatie maar ook precisie. Wie beter kijkt, ziet dat de mensen die elkaars handen vasthouden geen handen meer vrij hebben om iets uit te voeren. Mensen die allemaal een stuk van de puzzel hebben, maken niets nieuws; het geheel is immers al bepaald. Poppetjes die op elkaars schouders staan om torens te bouwen doen samen wat alleen niet mogelijk is: iedereen moet meedoen, want anders stort de toren in. Wij hebben echter laten zien dat toezichthouders die gericht zijn op naleving dichtbij hun eigen taken moeten blijven omdat ze anders niet kunnen handhaven. Dit kan er toe leiden dat ze besluiten taken alleen uit te voeren in plaats van samen.

Om samenwerking tussen toezichthouders te karakteriseren, zouden andere plaatjes beter passen. Zo past bij het voorkomen van tegenstrijdige oordelen een plaatje van poppetjes die één mond delen. Toezichthouders die samen een nieuwe werkwijze ontwikkelen kunnen worden weergegeven als ontdekkingsreizigers die samen op pad gaan op onontgonnen terrein (Stoopendaal, 2016). Toezichthouders die samen een risicoselectie maken zijn als artsen die niet alleen de bloeddruk van de patiënt meten, maar ook diens reflexen controleren en in zijn oren kijken.

Samengevat, hebben we laten zien dat samenwerking tussen toezichthouders onvoldoende specifiek wordt gezien. Wie dat wel doet ziet dat de invulling van

samenwerking verschillend is – en dat die variatie ertoe doet. De verschillen blijven echter onzichtbaar als we ons alleen richten op de vraag of samenwerking plaatsvindt, zonder te kijken wat die samenwerking behelst.

Als we deze conclusie toepassen op onze eigen samenwerking met Paul Robben kunnen we dus niet volstaan door te schrijven dat we fijn met Paul hebben samengewerkt. Onze samenwerking vond plaats in het kader van een promotieonderzoek naar reflexief toezicht. Paul had de rol van promotor, Antoinette was co-promotor en Suzanne was de promovendus. We hebben samen onderzoek gedaan, dat wil zeggen: we hebben samen gekozen voor de onderzoeksonderwerpen, literatuur gedeeld, elkaars interpretaties van de resultaten bevraagd en geschaafd aan zinnen en alinea's. Paul kwam met andere invalshoeken en zorgde voor relativering. Hij deelde zijn brede kennis en ervaring over toezicht en het werken in een inspectieorganisatie. Paul gaf veel ruimte voor eigen initiatief en liet ons onze gang gaan zolang hij zich kon vinden in de aanpak. We zien Paul zijn rol als ceremoniemeester bij een feest. Hij denkt mee over de invulling, faciliteert en zolang het feestje gezellig blijft en er geen ongelukken gebeuren, grijpt hij niet in. Deze manier van samenwerken was voor ons van meerwaarde en heeft resultaat gehad; het proefschrift is bijna af. Paul, we willen je bedanken voor deze inzet, het was een feest!

Literatuur

- Baldwin, R., M. Cave & M. Lodge. 2012. *Understanding Regulation. Theory, Strategy and Practice*. Oxford University Press, Oxford.
- Braithwaite, V. & S. Fergusson. 2013. Regulating for learning in the tertiary education system. In: Beddie F., L. O'Connor & P. Curtin (red.). *Structures in tertiary education and training: a kaleidoscope or merely fragments? Research readings*, 179-189. National Centre for Vocational Education Research (NCVER), Adelaide.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK). 2005. *Minder last, meer effect. Zes principes van goed toezicht* (Tweede kaderstellende visie op toezicht). BZK, Den Haag.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK). 2006. *Projectplan Eenduidig Toezicht: minder, beter, duidelijker!* BZK, Den Haag.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK). 2015. *Een kader voor het rijks-toezicht in het sociaal domein na de decentralisaties*. BZK, Den Haag.
- van Eijk, S. 2004. *12 Thema's van Operatie Jong. Plannen van Aanpak*. Operatie Jong, Den Haag.
- Gunningham, N. 2012. Regulatory Reform and Reflexive Regulation. Beyond Command and Control. In: Brousseau, E., T. Dedeurwaerdere & B. Siebenhüner (red.). *Reflexive Governance for Global Public Goods*, 85–104. The MIT Press, Cambridge.
- Samenwerkende overheidsdiensten in het scheepvaartdomein. 2016. *Toezichtplan Veilig Vervoer over Water 2016. Jaarplan samenwerkende inspectiediensten in de scheepvaartsector*. ILT, Den Haag.
- Inspectieraad. 2016. *Inspectieviews*. Den Haag.
- Inspectieraad. 2017. *Samenwerkende rijksinspecties*. Den Haag.
- OECD. 2014. *Regulatory Enforcement and Inspections. OECD Best Practice Principles for Regulatory Policy*. OECD Publishing.
- Ottow, A. 2015. *Market & Competition Authorities. Good agency principles*. Oxford University Press, Oxford.
- Overdeest, C. & J. Zeitlin. 2014. Assembling an experimentalist regime: Transnational governance interactions in the forest sector. *Regulation & Governance* 8, 22-48.
- Perez, O. 2011. Responsive regulation and second-order reflexivity: on the limits of regulatory intervention. *UBC Law Review* 44(3), 743-778.
- Perez, O. 2014. Courage, regulatory responsibility, and the challenge of higher-order reflexivity. *Regulation & Governance* 8(2), 203-221.
- Perryman, J. 2006 Panoptic performativity and school inspection regimes: disciplinary mechanisms and life under special measures. *Journal of education policy* 21(2), 147-161.

- Rutz, S.I., S.A. Adams, S.E. Buitendijk, P.B.M. Robben & A.A. de Bont. 2013. Hiding complexity, uncertainty and ambiguity: how inspectorates simplify issues to create enforceable action. *Health, Risk & Society* 15(4), 363-379.
- Rutz, S.I., A.A. de Bont, P.B.M. Robben & S.E. Buitendijk. 2014. Children's journeys through organizations: how inspectors evaluate coordination of care. *Child & Family Social Work*. doi: 10.1111/cfs.12187.
- Sabel, C.F. & J.Zeitlin. 2012. Experimentalist Governance. In: Levi-Faur D (ed.) *Oxford Handbook of Governance*, 169-183. Oxford University Press, Oxford.
- Samenwerkend Toezicht Jeugd/Toezicht Sociaal Domein. 2016. *Toezichtkader Stelseltoezicht Volwassenen in het Sociaal Domein*. STJ/TSD, Utrecht.
- Samenwerkend Toezicht Jeugd/Toezicht Sociaal Domein. 2015. *Meerjarenvisie 2016-2019*. STJ/TSD, Utrecht.
- Stoopendaal, A. 2016. *Al doende leren. Een essay over de experimentele zoektocht naar toezicht op zorgbesturing door de Inspectie voor de Gezondheidszorg*. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Rotterdam.
- Tweede Kamer. 2006. *Motie-Aptroot c.s. Kamerstuk 29362 nr. 77*, 27 februari 2006. Tweede Kamer, Den Haag.
- Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid. 2015. *Verkiezingen Handhaving en Toezicht*. Utrecht: CCV.

– waarop Renée in 2016 promoveerde. We kijken met erg veel plezier terug op die periode. Tenslotte: het onderwerp burgers en toezicht is een spannend onderwerp. Volop redenen om dit hoofdstuk ter hand te nemen.

Daar komt opeens de burger

In zijn oratie beschrijft Paul dat de burger in het toezicht tussen 2001 en 2005 vooral ontvanger was en werd geïnformeerd (Robben, 2010). De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) zet zich in voor kwaliteit en veiligheid. Burgers kunnen vertrouwen stellen in de bescherming, ook door toezicht, van publieke belangen (Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 2005). In het meerjarenbeleidsplan van de IGZ 2012-2015 is sprake van forse accentverschuivingen. De Inspectie richt zich nog steeds tot burgers, maar nu ook met openbare inspectieresultaten. Daarnaast wil de Inspectie meer gebruikmaken van burger- en patiënteninformatie en zoekt de samenwerking met burgers en patiënten in het concrete toezicht en het toezichtbeleid (IGZ, 2011). Was begin deze eeuw de burger vooral ‘klant’, iemand die informatie krijgt en op basis hiervan kan vertrouwen op de kwaliteit van de zorg, in het Inspectiebeleid van tien jaar later is de burger ook partner en medeproducent.

De meeste inspecteurs hebben een achtergrond als zorgverlener. Dat is min of meer logisch. Ze moeten immers toezien op de kwaliteit van die zorgverlening en dan is het nuttig om daar verstand van te hebben. Die achtergrond draagt ook bij aan de gewenste responsiviteit van de Inspectie. Responsiviteit, dat wil zeggen de mate waarin de Inspectie erin slaagt te anticiperen op de zorgpraktijk waarop zij toezicht houdt, is nodig omdat de besluiten en maatregelen die de inspecteurs nemen ook in de lokale zorgpraktijk moeten worden geïmplementeerd zodat deze leiden tot verbetering (Lonsdale, 2008). Inspecteurs bij de Inspectie hebben gemiddeld 12 jaar in een uitvoerende functie, het management of wetenschappelijke functies in de gezondheidszorg gewerkt voordat ze bij de Inspectie gaan werken (Kist & Hutschemaekers, 2006; Robben & Hutschemaekers, 2008). Dit betekent wel dat het medische model, dat gericht is op professionele standaarden en normenkaders van het veld, vaak een dominante rol speelt bij het reconstrueren en beoordelen van medisch vermijdbare schade, klachten, patiëntveiligheid en kwaliteit door inspecteurs.

Ook de wettelijke basis van het toezicht ligt in het houden van toezicht op professionele normen. In de Thematische wetsevaluatie bestuursrechtelijk toezicht op de kwaliteit van zorg (Legemaate et al., 2013) wordt geconstateerd dat de huidige toetsingskaders (van de IGZ) onvoldoende handvatten bieden om in de praktijk van normstelling het geluid van de patiënt te laten doorklinken. In aanbeveling 35 wordt gesteld dat het belangrijk is om naast medisch-professionele normen met betrekking tot kwaliteit ook normen ten aanzien van de kwaliteit van

de organisatie en bejegening te expliciteren en te hanteren in het kader van toezicht. Toch zien we in andere wettelijke kaders een grotere betrokkenheid van patiënten bij activiteiten die de Inspectie aangaan. Denk daarbij aan de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) waarin zorginstellingen patiënten of familie in ieder geval informeren over de uitkomsten van onderzoek naar calamiteiten. De Inspectie op haar beurt, gaat na in hoeverre zorgaanbieders patiënten of familie daadwerkelijk hebben betrokken of geïnformeerd bij een calamiteit en het onderzoek ernaar.

Dat die burger belangrijker wordt in het werk van de IGZ staat niet op zich. Er is sprake van politieke druk en van een, hiermee samenhangende, bredere maatschappelijke stroom. De ontwikkelingen binnen de IGZ zijn daar een uitvloeisel van. Denk aan de roep vanuit de Tweede Kamer om lekeninspecteurs, ervaringsdeskundigen of *'mystery guests'* in te zetten bij het toezicht in de ouderenzorg (Adams, et al., 2015; Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2016; Paul & Adams, 2013; Stoopendaal, 2015). Parallele ontwikkelingen zien we bij andere toezichthouders, hoewel niet allemaal even synchroon.

In dit hoofdstuk gaan we nader in op de relatie burger-toezicht. We gaan vanuit verschillende perspectieven op deze relatie in. Allereerst vanuit een theoretische invalshoek, waarbij we nader analyseren welke rollen burgers kunnen spelen bij het toezicht, zoals de rol van 'klant' of die van 'medeproducent'. Daarna maken we een uitstapje naar de Inspectie voor het Onderwijs – die zich expliciet neerzet als de vakbond voor leerlingen – patiënten zelf en we kijken naar de Nationale Ombudsman.

De achtergrond van het burgerperspectief

De Inspectie baseert haar beleid mede op de theorie van *'responsive regulation'* (Ayres & Braithwaite, 1992). Deze theorie wordt door toezichthouders gebruikt voor de ontwikkeling van hun beleid en strategieën. In deze theorie komen we beide rollen van de burger tegen: die van klant en die van medeproducent.

De theorie geeft een onderbouwing voor de inrichting van de relatie tussen toezichthouder en ondertoezichtstaanden en de bepaling van of en welke maatregelen moeten worden genomen door toezichthouders in het geval van slechte kwaliteit. Het idee achter deze strategie is dat het merendeel van de ondertoezichtstaanden te vertrouwen is en intrinsiek gemotiveerd is om het goede te doen en te handelen in het belang van de burgers/gebruikers. Kwaliteit van de dienstverlening is de verantwoordelijkheid van de aanbieders, die dat in veel gevallen ook waarmaken. Wantrouwen ondermijnt de professionele motivatie en verantwoordelijkheid en brengt hoge toezichtlasten met zich mee. Volgens de theorie van responsive regulation, zijn toezichtstrategieën flexibel en gebaseerd op

dialogo met de ondertoezichtstaanden. Deze strategie legitimeert een doelmatige, in dit geval selectieve en zuinige inzet van toezichtmiddelen, waarbij wel het doel gerealiseerd wordt: verantwoord vertrouwen in de zorg. Deze toezichtstrategie richt zich primair tot de zorgaanbieder. De primaire verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid ligt bij die zorgaanbieder. De patiënt speelt hier de rol van 'klant' en 'betaler' omdat hij erop kan rekenen dat de toezichthouder op een effectieve en doelmatige manier zijn werk doet.

Een ander belangrijk element in de theorie van responsive regulation is het begrip 'tripartisme'. Tripartisme is een democratisch mechanisme om burgers een stem te geven in toezicht. Het idee achter tripartisme is dat een derde groep die de belangen van burgers behartigt aansluit bij het onderhandelingsproces tussen toezichthouder en ondertoezichtstaande, bijvoorbeeld een groep patiënten of consumenten. Zij nemen daarbij plaats aan de vergadertafel. Tripartisme zou 'capture' (inkapseling) van inspecteurs of toezichthouders kunnen voorkomen. Bij 'capture' is sprake van een verminderde afstand tussen toezichthouder en ondertoezichtstaande, waarbij de toezichthouder teveel beïnvloed wordt door de ondertoezichtstaande en daarbij het publieke belang uit het oog dreigt te verliezen. Bovendien kan door tripartisme het belang en het perspectief van de consument worden ingebracht in het toezicht. Hier komt de burger als 'participant' naar voren, die als 'medeproducent' bijdraagt aan de kwaliteit en effectiviteit van het toezicht.

In onderzoek naar service-kwaliteit en consumentengedrag bestaat de overweging dat mensen actief deelnemen aan de openbare diensten die ze gebruiken, en hun voorkeuren en perspectieven uiten zodat de diensten kunnen inspelen op hun behoeften. Mensen geven met hun reactie – opstappen (*exit*) of hun stem verheffen (*voice*) – aan hoe de zaak verbeterd moet/kan worden (Hirschman, 1970). In de gezondheidszorg speelt de exit-strategie een bescheiden rol. Het onderzoek naar service-kwaliteit introduceert een belangrijk onderscheid tussen twee elementen in de rol van de consument als beoordelaar van de kwaliteit van dienstverlening. Klassiek is de rol als informatieverstrekker: consumenten geven informatie over de ervaren kwaliteit van een dienst. Verdergaand is de rol als bepaler van de agenda; dan bepalen consumenten de aspecten van de dienstverlening die er volgens hen toe doen. Een combinatie van beide benaderingen zien we in sommige onderzoeken naar patiënten-ervaringen in de zorg, zoals de CQ-index, waarbij patiënten enerzijds gevraagd wordt welke aspecten van de zorgverlening voor hen van belang zijn en waarbij patiënten anderzijds wordt gevraagd naar hun ervaringen op deze aspecten (van Campen et al., 1995). Bij de vaststelling van het oordeel over de kwaliteit worden items die patiënten belangrijk vinden zwaarder gewogen dan items die patiënten minder belangrijk vinden. Een volwaardige invulling van de rol van patiënten als medeproducent houdt in dat niet alleen wordt gevraagd naar hun ervaringen, maar

dat ook wordt nagegaan welke thematiek voor patiënten van belang is en dat hiermee rekening wordt gehouden.

Tenslotte is er nog een vrij specifieke manier waarop toezichthouders worden geconfronteerd met de ervaringen van patiënten: de meldingen van klachten door burgers. Burgers hebben de mogelijkheid om klachten over de gezondheidszorg te melden bij de Inspectie. Er zijn echter verschillen in de rol die klachten vervolgens kunnen spelen bij het toezicht op kwaliteit van zorg. In Finland bijvoorbeeld, kunnen patiënten klachten bij de toezichthouder indienen over de kwaliteit van de gezondheidszorg, die vervolgens de legitimiteit van de klacht beoordeelt (Hiivala, Mussalo-Rauhamaa, & Murtomaa, 2015; Valvira, 2011). We noemen dit 'individuele klachtbehandeling', die gericht is op het bieden van een vorm van rechtvaardigheid aan de persoon met een klacht. In andere landen zoals het Verenigd Koninkrijk, Australië en Nederland, is klachtenbehandeling niet de primaire taak van de toezichthouder. Die taak ligt bij de individuele zorgaanbieder. Signalen afkomstig van klachten kunnen door de Inspectie wel worden gebruikt om de prestaties van individuele zorgverleners te monitoren (Adams, van de Bovenkamp, & Robben, 2013; CQC, 2015; Walton et al., 2012). Deze manier van omgaan met klachten is niet gericht op de persoon met een klacht. Het gaat om de informatie die uit klachten te halen is, op grond waarvan de Inspectie beslissingen kan nemen over haar toezicht. De Inspectie legt dit uit aan klagers, door aan te geven dat zij alleen ingaat op klachten die verwijzen naar een structureel probleem, waarbij wellicht ingrijpen van de Inspectie nodig is.

Voor mensen die een klacht indienen is dit lastig te begrijpen. Er is een discrepantie tussen wat klagers willen bereiken door hun klacht te melden en het beleid van de Inspectie. Veel patiënten met een klacht vinden dat hun klacht betrekking heeft op een structureel probleem van een zorgaanbieder dat andere patiënten ook kan raken, terwijl de Inspectie de meeste klachten niet als structureel ziet en ze dus niet in behandeling neemt (Bouwman, Bomhoff, & Friele, 2014; Bouwman et al., 2015). Het onbegrip dat klagers mede hierdoor hebben ervaren heeft in de jaren 2009-2013 geleid tot verschillende onderzoeken, allereerst van de Nationale Ombudsman en later ook geïnitieerd door het Ministerie van VWS (De Nationale Ombudsman, 2009, 2011a, 2012; van der Steenhoven, 2012; Sorgdrager, 2012).

Met deze begrippen gaan we in de volgende paragrafen aan de slag: de patiënt als klant, als bron van informatie, als medebepaler en als aanbrenger van klachten.

De rol van burgers bij het toezicht op de kwaliteit van het onderwijs

Tijdens het, mede door Paul georganiseerde, symposium *Burger en Toezicht* op 21 December 2016 aan *Tilburg University* ging Arnold Jonk, hoofdinspecteur Primair en (voortgezet) Speciaal Onderwijs in op de plek van leerlingen in het toezicht van

de Inspectie van het Onderwijs (verder: Onderwijsinspectie). De inhoud van deze paragraaf is aan deze inleiding ontleend.

De Onderwijsinspectie ziet zich, aldus Jonk, als vakbond voor de leerling. De Inspectie heeft voor deze benadering gekozen, omdat de positie van leerlingen en ouders niet sterk is in het Nederlandse onderwijs. Juridische wegen om als kind of ouder 'je recht' te halen zijn erg onaantrekkelijk en de uitkomst ongewis. Het beleidsdomein wordt goeddeels gedomineerd door volwassenen; vooral schoolbestuurders, organisaties van leraren, deskundigen en politici. Daarom kiest de Onderwijsinspectie ervoor de vakbond voor leerlingen te zijn.

Vergelijkbaar met de IGZ ontvangt de Onderwijsinspectie individuele klachten, maar behandelt ze deze klachten niet. Daarvoor zijn aparte onafhankelijke klachtencommissies. De Onderwijsinspectie ziet in de klachten wel een belangrijke bron van informatie die mede sturend is voor het werk van de Inspectie, voor de vormgeving van risicoanalyses en het onderzoek. Net als bij de IGZ constateert de Onderwijsinspectie dat het lastig is uit te leggen aan mensen met een klacht dat zij geen individuele klachten behandelt maar de informatie wel gebruikt. Vanuit het perspectief van de Onderwijsinspectie is de behandeling van individuele klachten een zwak punt in het Nederlandse onderwijsstelsel.

Daarnaast kent de Onderwijsinspectie twee vormen van toezicht: instellingstoezicht en stelseltoezicht. Voor het instellingstoezicht geldt dat oordelen altijd, mede, gebaseerd worden op onderzoek naar de ervaringen van leerlingen. Leerlingen zijn hier dus leverancier van voor de Inspectie essentiële informatie. Bij moeilijke besluiten is het leerlingenbelang doorslaggevend, zo wordt gesteld. De oordelen van de Inspectie zijn allemaal openbaar. Leerlingen en ouders zijn daarbij ook 'klant' van toezichtinformatie. Bij het stelseltoezicht zoekt de Inspectie naar thema's die van belang zijn voor leerlingen, maar de individuele school overstijgen. Jonk plaatste daarbij de kanttekening dat de informatie over scholing niet gezien moet worden als een 'campinggids'.

De Onderwijsinspectie ontwikkelt ook nieuwe manieren om het perspectief van leerlingen meer tot zijn recht te laten komen. Een voorbeeld is het document '*De staat van de leerling 2016*', gemaakt door leerlingen, met inspirerende verhalen van leerlingen over wat voor hen een school een 'droomschool' maakt (Inspectie van het Onderwijs, 2016).

In het werk van de Onderwijsinspectie is de burger in dit geval vooral de leerling. De leerling is bron van informatie en klant. De leerling als producent is ook aanwezig in het beleid van de Inspectie: oordelen worden altijd, mede, gebaseerd op onderzoek naar de ervaringen van leerlingen. Daarnaast zien we ook een

ontwikkeling dat leerlingen medebepaler worden, in *'De staat van de leerling 2016'*. Dit is een recente ontwikkeling (Inspectie van het Onderwijs, 2016).

De patiënt over het patiëntenperspectief

Nederlandse burgers hechten een groot belang aan de Inspectie, maar weten tegelijk weinig van het werk van de IGZ. De Inspectie is voor hen een *'low interest good'* (Bouwman et al., 2015; Brabers, Reitsma, & Friele, 2013), waar wel heel veel van wordt verwacht. Op de vraag wie primair verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de gezondheidszorg, zetten burgers de Inspectie op de eerste plaats, gevolgd door de professionals in de zorg, de Minister, de Europese unie, en ze zetten zichzelf op de laatste plaats. Deze ambivalentie is ook geobserveerd in ander onderzoek. Wanneer mensen niet goed geïnformeerd zijn of emotioneel betrokken zijn, kiezen ze voor een grote rol van de overheid (Boutellier, 2013).

Nederlanders vinden het daarbij wel belangrijk dat de Inspectie patiënten actief betreft bij het toezicht op de kwaliteit van zorg (Bouwman, Reitsma, & Friele, 2015), niet zozeer door henzelf maar eerder via een patiëntenorganisatie. Die patiëntenorganisatie treedt dan op als hun vertegenwoordiging en draagt thema's aan die patiënten belangrijk vinden. Gesprekken met patiëntenorganisaties kunnen daarmee bruikbaar zijn voor de Inspectie, om zo meer inzicht te krijgen in de onderwerpen die patiënten belangrijk vinden.

De Inspectie is ook op zoek gegaan naar andere manieren om patiënten bij haar werk te betrekken (van de Bovenkamp & Adams, 2012; Stoopendaal, 2015). Zo verkende de Inspectie mogelijkheden om sociale media en waarderingssites hiervoor in te zetten. Vooral ZorgKaartNederland.nl bleek een bruikbare informatiebron voor het toezicht, in tegenstelling tot Facebook en Twitter (Kleefstra, 2016). Ook burgers denken dat websites als Twitter en Facebook geen goede plekken zijn voor de Inspectie om naar ervaringen van patiënten te zoeken. Zij zien net als de Inspectie meer in het gebruik van informatie van ZorgKaartNederland.nl of patiëntenfora. Ook zijn veel mensen terughoudend met het delen van negatieve ervaringen met de gezondheidszorg op internet (Bouwman et al., 2015).

Mensen zijn sowieso terughoudend met het delen van negatieve ervaringen over de zorg. Uit onderzoek blijkt dat klachten in de zorg, of die nou gemeld zijn bij de zorgaanbieder of bij de Inspectie, vaak maar het topje van de ijsberg zijn (Wessel et al., 2012). In de ouderenzorg bijvoorbeeld, ervaren mensen drempels om hun klacht te melden, omdat zij niet als 'moeilijk' willen worden gezien (Bomhoff, Paus, & Friele, 2013). Ook al zijn gemelde klachten maar een klein gedeelte van het daadwerkelijk aantal negatieve ervaringen in de zorg, deze kunnen wel een waardevol inzicht geven. De thematiek die patiënten melden bij de Inspectie is

breed. Naast de klinische aspecten spelen ook organisatorische factoren en het contact met de zorgverlener een rol. Ook zijn er verschillen tussen zorgsectoren in de onderwerpen die patiënten bij de Inspectie aandragen. Zo ervaren patiënten in de verpleging en verzorging vaker organisatorische problemen, en komen in de geestelijke gezondheidszorg vaker problemen omtrent patiëntenrechten voor (Bouwman, 2016). Wanneer we het patiëntenperspectief op kwaliteit van zorg vergelijken met dat van de Inspectie, dan zien we verschillen. Voor de Inspectie blijken vooral klachten over klinische aspecten relevant bij het beoordelen van de kwaliteit van zorg, terwijl patiënten andere percepties hebben van kwaliteit van zorg. De verschillen in perspectieven sluiten aan bij eerder onderzoek: de mismatch tussen de 'biomedische agenda' van gezondheidssystemen en -instituten en de 'leefwereld' van patiënten (Greenhalgh, Robb, & Scambler, 2006). De problemen die mensen ervaren in de zorg, en de verschillen tussen zorgsectoren, zouden wel aanleiding kunnen zijn voor de Inspectie om haar agenda op baseren.

De Nationale Ombudsman over het patiëntenperspectief

De Inspectie is vaak onderwerp van onderzoek geweest van de Nationale Ombudsman. Mensen die een klacht hebben over het handelen van een overheidsorgaan, zoals de Inspectie, kunnen bij de Nationale Ombudsman terecht. De casus baby Jelmer, ook behandeld door de Ombudsman (Nationale Ombudsman, 2011a), heeft zelfs tot onderzoek geleid dat begeleid werd door Paul Robben (Bouwman, 2016).

De adviezen van de Ombudsman richting Inspectie op het gebied van omgaan met burgers richten zich vooral op het bieden van *een luisterend oor*. De Inspectie dient zich 'behoorlijk te gedragen'. Hierbij speelt het belang van procedurele rechtvaardigheid, dat als basis dient voor de behoorlijkheidsnormen die de Nationale Ombudsman toepast op overheidshandelen. Procedurele rechtvaardigheid wordt door betrokkenen ervaren wanneer voldaan wordt aan elementaire eisen van goede omgang met elkaar: dat je gehoord wordt, dat je met je inbreng de procedure en de uitkomst ervan kunt beïnvloeden. Er zijn aan procedurele rechtvaardigheid twee belangrijke effecten verbonden: de autoriteit die uiteindelijk beslist verkrijgt ermee legitimatie, wat wil zeggen dat de genomen beslissing aanvaard wordt. Bovendien ontstaat vertrouwen in het juiste handelen van de autoriteit. Juist bij het nemen van negatieve beslissingen heeft procedurele rechtvaardigheid een sterke werking. Betrokkenen aanvaarden negatieve beslissingen op voorwaarde dat ze serieus genomen zijn, met respect behandeld zijn en de overtuiging hebben dat hun belangen en zienswijze meegenomen zijn in het besluitvormingsproces (Nationale Ombudsman, 2011b; Tyler, 2000).

De Nationale ombudsman gelooft erin dat het perspectief van burgers geborgd moet worden in alles wat de overheid doet, en vindt het van belang dat

Rijksinspecties open en duidelijk zijn richting de burgers over wat zij wel en niet kunnen verwachten. De burger heeft behoefte aan een luisterend oor en wil graag dat de Inspectie begrip heeft voor zijn emotie; ook als de Inspectie zijn zaak niet individueel kan behandelen (Nationale Ombudsman, 2016).

Conclusie

In vrijwel alle publicaties van Paul Robben komt het onderwerp ‘burgers’ aan de orde. In zijn oratie gaat hij in op de ontwikkelingen binnen de Inspectie over de rol van de burger bij het toezicht (Robben, 2010). In deze bijdrage hebben wij drie vormen waarin de burger terugkeert in het toezicht op een rijtje gezet.

De burger als klant

De oudste rol van de burger, zoals Robben die ook signaleert, is die van klant. De toezichthouder draagt er met haar toezicht aan bij dat de burger erop kan vertrouwen dat de gezondheidszorg veilig is en van goede kwaliteit. Dat doet de Inspectie door ‘er te zijn’ maar ook door inzicht te geven in de ‘staat van de zorg’. Deze rol zien we ook terug bij de Inspectie voor het Onderwijs. Deze Inspectie gaat zo ver dat zij over elke school in een openbaar rapport haar bevindingen rapporteert.

Paul Robben wijst in dit verband wel op het bestaan van een informatieparadox. De Inspectie maakt toezichtsinformatie openbaar om zich te verantwoorden naar de burger, de patiënt te informeren en instellingen aan te zetten tot verbetering. Die informatievoorziening zou moeten bijdragen aan het beoogde doel van de Inspectie: gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg. Toch zit hier ook het risico in dat deze communicatie anders uitpakt, in de vorm van ‘*namings and shaming*’ (van Erp, 2009). Zeker als de aandacht uitgaat naar die zorgaanbieders die onder verscherpt toezicht staan. Dan kan deze vorm van handavingscommunicatie, mede door aandacht voor incidenten door de media, juist bijdragen aan het wantrouwen onder burgers over kwaliteit van de zorg en over de Inspectie (Robben, Bal, & Grol, 2012). Ook door de Onderwijsinspectie wordt een kanttekening geplaatst bij de burger als klant: de rapportages over scholen moeten niet gezien worden als ‘camping-gids’.

De burger in de rol als klant van de toezichthouder is de meest traditionele rol. De invulling van deze rol is echter niet vanzelfsprekend. Ontwikkelingen in andere domeinen, zoals de grote aandacht voor incidenten in de media en de opkomst van allerlei keuze gidsen – zoals een campinggids – brengen met zich mee dat, bij gelijk blijvende inhoud, de betekenis van toezichtsinformatie voor burgers verandert en daardoor mogelijk niet meer aansluit bij waar deze aanvankelijk voor bedoeld is.

De burger als medeproducent

In zowel het werk van de IGZ als de Onderwijsinspectie hebben ervaringen van patiënten of leerlingen een belangrijke plaats. De IGZ neemt onderzoek van patiëntenervaringen mee in haar werk en de Onderwijsinspectie stelt met zoveel woorden dat ze geen oordeel vormt zonder de ervaringen van leerlingen onderzocht te hebben.

Beide Inspecties geven ook aan dat zij informatie uit klachten van burgers betrekken in hun werk. Op welke manier die meldingen precies doorwerken is niet duidelijk. Wel is duidelijk dat Inspecteurs min of meer selectief winkelen in de meldingen die zij binnenkrijgen. Voor de IGZ gold, in 2015, dat vooral meldingen met een louter klinisch probleem veel vaker worden opgepakt dan meldingen met organisatorische of communicatieproblemen. Hier lijkt nog een wereld te winnen. Het is dan ook niet voor niets dat het, mede door Paul Robben begeleide proefschrift de titel draagt *'The patient's voice as a game changer in regulation'*. Het lijkt erop dat inspecties deze weg wel willen inslaan, zoals blijkt uit *'De staat van de leerling 2016'* van de Onderwijsinspectie en een recente blog van Ronnie van Diemen (Inspecteur-Generaal van de gezondheidszorg) waarin zij reageert op het proefschrift van Renée Bouwman: "Het onderzoek maakte ons duidelijk dat wij beter moeten vertellen wat we doen en wat burgers van ons kunnen verwachten. Ook willen we meer begrijpen van de ervaringen en verwachtingen van mensen." (Skipr, blog van 30 januari 2017)

Behoeftte aan een luisterend oor

De Ombudsman benadrukte in zijn onderzoek naar de manier waarop de IGZ omgaat met meldingen van klachten het belang van procedurele rechtvaardigheid. Overheidsorganisaties zijn het aan hun burgers verplicht om zich behoorlijk te gedragen. Uit onderzoek onder mensen die een klacht meldden bij de IGZ bleek inderdaad dat zij die rechtvaardigheid belangrijk vinden (Bouwman, 2016). Tegelijk bleken zij over de manier waarop de IGZ met hun klacht omging over het algemeen goed te spreken. Zo vonden de meeste mensen dat zij door de IGZ met respect zijn behandeld, dat zij hun verhaal konden doen en dat de IGZ snel heeft gereageerd. Echter, dat was voor deze mensen niet genoeg. Ze wilden niet alleen een luisterend oor, maar zij wilden ook weten wat er met hun klacht gebeurt. Dit legt de bal toch weer bij de IGZ: maak duidelijk wat de invloed is op de agenda van de IGZ van de bijdrage die burgers leveren via meldingen of andere mechanismen.

Het patiëntenperspectief in het werk van de IGZ heeft dus een zekere gelaagdheid. De patiënt is en blijft klant, die erop wil kunnen vertrouwen dat de IGZ haar werk zo goed doet, samen met de zorgaanbieders, dat de zorg veilig en van goede kwaliteit is. Daarenboven vinden patiënten het van belang dat hun perspectief ook wordt meegenomen in de oordeelvorming van de IGZ. Door naar patiënten te

Toezicht in Turbulente Tijden

luisteren: naar hun ervaringen en naar wat zij belangrijk vinden. Op die manier kan de IGZ bijdragen aan een gerechtvaardigd vertrouwen in ook die aspecten van de zorg die voor patiënten vitaal zijn.

Literatuur

- Adams, S. A., H. van de Bovenkamp & P.B. Robben. 2013. Including citizens in institutional reviews: expectations and experiences from the Dutch Healthcare Inspectorate. *Health Expectations*, Published online first: 24 September 2013. doi:10.1111/hex.12126
- Adams, S. A., K.T. Paul, C. Ketelaars & P. Robben. 2015. The use of mystery guests by the Dutch Health Inspectorate: Results of a pilot study in long-term intramural elderly care. *Health Policy*, 119(6), 821-830. doi:10.1016/j.healthpol.2015.02.008
- Ayres, I., & J. Braithwaite. 1992. *Responsive regulation: transcending the deregulation debate*. Oxford: Oxford University Press.
- Bomhoff, M., N. Paus & R. Friele .2013. *Niets te klagen: onderzoek naar uitingen van ongenoegen in verzorgings-en verpleeghuizen*. Utrecht: NIVEL.
- Boutellier, H. 2013. Besprekingsartikel: Op de stoep bij de burger Bespreking van SCP-rapport - Een beroep op de burger: minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid? *Mens en maatschappij*, 88(3), 324-329. doi:10.5117/MEM2013.3.BOUT
- Bouwman, R. 2016. *The patient's voice as a game changer in regulation*. NIVEL, Utrecht.
- Bouwman, R., M. Bomhoff, J. de Jong, P.B. Robben & R. Friele. 2015. The public's voice about healthcare quality regulation policies. A population based survey. *BMC Health Serv Res*, 15(325).
- Bouwman, R., M. Bomhoff & R. Friele. 2014. *Burgers die melden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ): verwachtingen en ervaringen van burgers die een klacht over de gezondheidszorg melden bij de IGZ*. Utrecht: NIVEL.
- Bouwman, R., M. Bomhoff, P.B. Robben & R. Friele. 2015. Patients' perspectives on the role of their complaints in the regulatory process. *Health Expectations*, Volume 19(2), 483-496. doi:10.1111/hex.12373
- Bouwman, R., M. Reitsma & R. Friele. 2015. *Patiëntenverenigingen volgens burgers een belangrijke bron van informatie voor het toezicht op kwaliteit van zorg door de Inspectie voor de Gezondheidszorg*. Utrecht: NIVEL.
- van de Bovenkamp, H. & S. Adams. 2012. *Doelgericht deelnemen. Achtergrondstudie naar burgerparticipatie bij het toezicht* (2012.02). Retrieved from Rotterdam:
- Brabers, A., M. Reitsma & R. Friele. 2013. Het beeld van zorggebruikers over de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL.
- van Campen, C., H. Sixma, R. Friele, J. Kerssens & L. Peters. 1995. Quality of care and patient satisfaction: a review of measuring instruments. *Medical Care Research and Review*, 52(1), 109-133.

- CQC. (2015). Guidance on sharing your experience with us. Retrieved from <http://www.cqc.org.uk/share-your-experience/guidance-sharing-your-experience-us>.
- van Erp, J. (2009). *Naming en shaming in het markttoezicht*. Amsterdam: Boom.
- Greenhalgh, T., N. Robb & G. Scambler. 2006. Communicative and strategic action in interpreted consultations in primary health care: A Habermasian perspective. *Social Science & Medicine*, 63(5), 1170-1187.
- Hiivala, N., H. Mussalo-Rauhamaa & H. Murtooma. 2015. Can patients detect hazardous dental practice? A patient complaint study. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 28(3), 274-287.
- Hirschman, A. 1970. *Exit, Voice, and Loyalty; Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. Cambridge: MA: Harvard UP.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. 2011. Meerjarenbeleidsplan 2012-2015. Utrecht: IGZ.
- Inspectie van het Onderwijs. 2016. *De staat van de leering 2016*. Retrieved from <https://www.destaatvanhetonderwijs.nl/documenten/rapporten/2016/04/13/de-staat-van-de-leerling-2016>.
- Kist, S., & G.J.M. Hutschemaekers. 2006. *Beroep inspecteur in de gezondheidszorg*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Kleefstra, S. M. 2016. Hearing the patient's voice: The patient's perspective as outcome measure in monitoring the quality of hospital care. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Legemaate, J., K. Grit, E. Plomp, M. de Die, H. van de Bovenkamp, T. Broer, R. Bouwman, M. Bomhoff, R. Friele & R. Bal. 2013. Thematische wetsevaluatie bestuursrechtelijk toezicht op de kwaliteit van de zorg. Den Haag: ZonMw.
- Lonsdale, J. (2008). Balancing Independence and Responsiveness: A Practitioner Perspective on the Relationships Shaping Performance Audit. *Evaluation*, 14(2), 227-248.
- Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport. 2016. *Kamerbrief over de inzet van ervaringsdeskundigen*. Den Haag: VWS.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. 2005. Minder last meer effect: Zes principes van goed toezicht. *Kaderstellende visie op toezicht*. Den Haag: BiZa.
- Nationale Ombudsman. 2009. De Inspectie voor de Gezondheidszorg: een papieren tijger? Onderzoek naar het toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg op de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Den Haag: De Nationale Ombudsman.
- Nationale Ombudsman. 2011a. Onverantwoorde zorg UMCG, Onverantwoord toezicht IGZ. Openbaar rapport over een klacht betreffende het UMCG en de IGZ te Utrecht. Den Haag: De Nationale Ombudsman.

- Nationale Ombudsman. 2011b. Soorten rechtvaardigheid en hun invloed op een mediation. *Tijdschrift Conflictantering*, 4, 23-25.
- Nationale Ombudsman. 2012. Geen gehoor bij de IGZ. Den Haag: De Nationale Ombudsman
- Nationale Ombudsman. 2016. Verkenning: burgerperspectief op rijksinspecties. Retrieved from https://www.nationaleombudsman.nl/system/files/bijlage/2016_Verkenning_burgerperspectief_inspecties_0.pdf
- Paul, K. T. & S.A. Adams. 2013. *Dichterbij de dagelijkse praktijk? Evaluatieonderzoek naar het inzetten van mystery guests als instrument van toezicht in de ouderenzorg*. Rotterdam: iBMG.
- Robben, P. B. M. 2010. *Toezicht in een glazen huis. Effecten van toezicht op de kwaliteit van de gezondheidszorg*. Rotterdam: iBMG.
- Robben, P. B. M., R. Bal & R.P.T.M. Grol. 2012. Overheidstoezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Webpublicatie nr. 62*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR).
- Robben, P. B. M., & G.J.M. Hutschemaekers. 2008. Een nieuw beroepsprofiel voor de inspecteur. *Kwaliteit in Zorg*, 1, 16-18.
- Sorgdrager, W. 2012. Van incident naar effectief toezicht. Onderzoek naar de afhandeling van dossiers over meldingen door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Retrieved from http://www.igz.nl/Images/Dossieronderzoek_IGZ_'Van_incident_naar_effectief_toezicht'_tcm294-335956.pdf
- van der Steenhoven, K. 2012. DOORPAKKEN! Organisatieonderzoek naar de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Stoopendaal, A. 2015. Mystery Guests 2. Begeleidend evaluatie onderzoek naar het vervolgproject in inspectie ouderenzorg. Rotterdam: iBMG.
- Tyler, T. R. 2000. Social Justice: Outcome and Procedure. *International Journal of Psychology*, 35(2), 117-125.
- Valvira. (2011). Complaints procedure. Retrieved from http://www.valvira.fi/web/en/healthcare/complaints_procedure.
- Walton, M., J. Smith-Merry, J. Healy & F. McDonald. 2012. Health complaint commissions in Australia: Time for a national approach to data collection. *Australian Review of Public Affairs*, 11(1), 1-18.
- Wessel, M., N. Lynoe, N. Juth & G. Helgesson. 2012. The tip of an iceberg? A cross-sectional study of the general public's experiences of reporting healthcare complaints in Stockholm, Sweden. *BMJ Open*, 2(1), e000489.

Hoofdstuk 7

Twee keer twee: toezicht en wetenschap

Ferdinand Mertens

Toezicht is in de rijke geschiedenis die het kent relatief gezien beperkt gezegend geweest met aandacht van de wetenschap. Bij de opkomst van de sociale- en bestuurswetenschappen richtte de aandacht zich veel meer op nieuwe instituties die met behulp van ‘nieuwe kennis’ een bijdrage aan de ontwikkeling van de samenleving zouden leveren dan aan de verandering van bestaande. Althans, bij het toezicht werkte dat naar mijn waarneming zo uit. Gelukkig is daar verandering in gekomen mede op basis van het gegroeide inzicht dat de ‘oude instituties’ zo gek nog niet waren. Dat heeft geleid tot meer aandacht van de wetenschap en het onderzoek voor fenomenen als de overheidsinspecties. Het heeft er ook toe geleid dat er onderzoekers van het onderwerp uit het werk van het toezicht voortkomen. Paul Robben is er één van. Een paar reflecties geïnspireerd door onze ontmoetingen.¹

Theoretische voormannen: Braithwaite en Sparrow

In het toezichtdebat dat we in Nederland nu zo ongeveer vijftien jaar voeren heeft het werk van twee buitenlandse wetenschappers de aandacht getrokken. Sinds 2000 wordt Sparrow (2000) aangehaald, opgevoerd en – waarschijnlijk – ook gelezen; in zijn kielzog, en in het bijzonder door zijn interventiepiramide, is (Ayres en) Braithwaite (1992) onder de aandacht gekomen. De piramide sprak tot de verbeelding zodat op dit moment elke toezichthouder wel op de een of andere manier een variant van die piramide onderdeel gemaakt heeft van de eigen werkwijze. Braithwaite’s omvangrijke werk is evenwel nog beperkt waargenomen, tenminste als ik mag afgaan op de verwijzingen in de literatuur die we gezamenlijk in Nederland produceren. Het werk van Braithwaite is omvangrijk maar ook moeilijk, zeker voor degenen die politiek bestuurlijk minder theoretische en conceptuele kennis hebben. Meer dan Malcolm Sparrow is John Braithwaite een

¹ De hier gegeven overwegingen heb ik in essentie uitgesproken op het VIDE-congres van 2015, waar Paul Robben ook sprak. Zie ook Mertens, 2016.

politieke denker en plaatst hij regulering in de context van de maatschappelijke en economische ontwikkeling van ons soort samenleving: de democratisch geordende kapitalistische samenleving. In die samenleving wordt de staat erkend als degene die regels stelt en daarmee het gedrag van organisaties bewaakt en stuurt. De productieve activiteiten vinden plaats in organisaties en die organisaties wordt een door regelgeving geordend speelveld geboden. Braithwaite drukt zich uit in termen van regulering en de naleving en handhaving daarvan is voor hem daarin besloten. Bij Braithwaite is dan ook bij voortduring de vraag naar de aard van de regulering aan de orde. Sparrow stelt zich veel meer op als een technicus die vanuit een aantal uitgangspunten in maatschappelijke situaties intervenueert en de effectiviteit van die interventies als belangrijkste probleem ziet. Meer dan Sparrow is Braithwaite gericht op de marktorganisaties, de private sector en daarmee is het niet altijd even duidelijk wat voor waarde zijn werk voor de omvangrijke niet-marktsector die we in Nederland kennen, heeft. Maar in elk geval is zijn aandacht voor het responsieve karakter van het toezicht, dat betekent dat de toezichthouder zijn werkwijze in dialoog en interactie in de gemeenschappen waarin hij functioneert ontwikkelt, door velen overgenomen. Braithwaite's toezicht is interactief en wordt ontwikkeld in samenspraak. Waar Sparrow de context meer als gegeven beschouwd begint Braithwaite met de vormgeving van die context in samenspraak met alle betrokkenen – voor zover dat kan. Sparrow's pleidooien voor effectiviteit en probleemoriëntatie zijn aangekomen en kunnen nu in het Nederlandse toezicht beschouwd worden als 'gezonken cultuurgoed'. En misschien dat we kunnen zeggen dat Sparrow meer een man is van het toezicht door inspecteren en Braithwaite het heeft over een arrangement als onderdeel van de regulering van een bepaalde sector. Braithwaite en zijn medeonderzoekers kennen we nog minder goed en het zou goed zijn het nog meer over zijn werk te hebben.

In het Nederlandse toezichtdebat valt op dat de toezichthouders, in het bijzonder de Inspecties, gericht zijn op de techniek van naleving en handhaving. De regulering in meer algemene zin nemen zij als een gegeven en wordt derhalve weinig geproblematiseerd. Regulering is iets van beleid en het toezicht beweegt zich in de gegeven regulering. Dat toezicht meer is dan inspecteren is bij de Inspecties geen vanzelfsprekendheid en het toezicht wordt daarmee al gauw een technische aangelegenheid en begrippen als politiek, macht en regulering vallen daarbij weg.¹ Vanuit die benadering is het ook een kleine stap om toezicht te zien als een vorm van onderzoek en interventie – wat het óók is – en nog even verder, als een vorm van wetenschappelijk onderzoek. Sommigen in onze kring hebben bijvoorbeeld een

¹ In dit verband is het interessant vast te stellen dat Ruimschotel's boek 'Goed Toezicht' over toezicht gaat en ook meer de overkoepelende vraag aanspreekt dan ik deed in mijn boek van 2011 dat immers 'Inspecteren' als titel heeft.

'evidence-based' toezicht¹ bepleit en willen een *'toezicht theorie'*. Deze toezichtdenkers stellen als eis dat de effecten van het toezicht gekend moeten zijn of in elk geval dat er *'naar gezocht wordt'*. Maar ook dat het toezicht volgens een wetenschappelijke systematiek is ingericht, vooral daar waar het gaat om de *'kennisverwerving'*. Het is noodzakelijk om hierover verder te spreken omdat de eis van de *'evidence-base'* van het toezicht een niet-realistische is en derhalve gemakkelijk benut kan worden als een *'eis te stellen aan toezicht'* waaraan niet voldaan wordt en waardoor het toezicht zichzelf diskwalificeert. Het *'evidence-based'* uitgangspunt veronderstelt dat voor de complexe toezichttaak een wetenschappelijke benadering verlangd kan worden die uit empirische resultaten gebleken is. Natuurlijk is een verantwoord werkende toezichthouder gehouden zich in een concrete casus aan de empirie te houden en bij het ontwerpen van toezichtarrangementen maakt hij gebruik van de kennis die er is. Die eis mag (en moet) gesteld worden – maar niet het omgekeerde: de toezichthouder refereert aan beschikbare empirie, maar de beschikbare empirie is niet ook de grens aan het toezicht!

Het begrip *'evidence-based'* heeft in de geneeskunde een bijzondere geschiedenis. Geneeskunde was lang het domein van beroepsbeoefenaren en opleiders met sterke opvattingen, meestal wel geschraagd door ervaringen maar weinig kritisch bevraagde ervaringen. Met de opkomst van de natuurwetenschappelijke benadering en het ontstaan van een medische wetenschap worden niet-wetenschappelijk gefundeerde opvattingen geweerd. Maar ook met de opkomst van de wetenschappelijke geneeskunde kon de wetenschap niet alle handelingen en benaderingen die onder de noemer *'medisch verantwoorde zorg'* worden toegepast, evalueren en had de professional veel ruimte. Die ruimte is in de laatste 50 jaar teruggebracht doordat werkwijzen in richtlijnen zijn vastgelegd. De richtlijnen zijn veelal gebaseerd op de gebleken effectiviteit, al dan niet met wetenschappelijk onderzoek onderbouwd. Over de *'evidence base'* van medisch handelen is aanhoudend debat en is er sprake van voortschrijdend inzicht. Er kan wel als eis gesteld worden dat medische beroepsbeoefenaren handelen naar de *'stand van de wetenschap'*. Met name in de curatieve zorg is deze benadering dominant. Het overige deel van de zorg is veel complexer waardoor er geen vaste algemene inzichten bestaan. In het algemeen kan worden gezegd *'hoe meer fysiek, hoe eerder er sprake kan zijn van 'evidence base''*.

Ook in de zorg is toezicht geen medisch, maar bestuurlijk handelen. Toezicht is geen *'behandeling'*. Het begrip *'evidence-based'* zal daarmee een eigen, en dus andere betekenis krijgen dan in de curatieve medische zorg. Zo wordt in de toelichting van

¹ Zie: Gezondheidsraad, 2011.

het begrip door de OECD (2014) benadrukt dat het toezicht op reële en gedocumenteerde problemen gericht moet zijn “deciding what to inspect and how should be grounded on data.” Problemen waarover een zekere ‘evidence’ bestaat, bijvoorbeeld gebleken uit risicobeoordelingen, maar ook kennis over hoe zo’n probleem in toezicht behandeld kan worden lijken daarvoor in aanmerking te komen. Aandacht voor de gevolgen van het toezicht, waaronder de effecten, ligt voor de hand, waarbij de ambities verstandig, en dat betekent bescheiden, geformuleerd moeten zijn.¹ Het streven naar ‘evidence’ in het toezicht is onomstreden zinvol. Het stellen van de eis dat toezicht ‘evidence-based’ zou moeten zijn is, gelet op de complexiteit van interacties waarin het toezicht functioneert, onmogelijk en dus ook ongewenst. Het kan dus geen ‘norm’ worden! De drang om ‘evidence-based’ te zijn kan gemakkelijk leiden tot een gerichtheid op ‘overzichtelijke’ en dus veelal minder ‘grote’ vraagstukken. Bovendien kan de natuurlijke tegenpartij van het toezicht de eis van de ‘evidence-base’ naar zich toe halen door, vooral bij een onwelgevallige uitkomst, de grondslag van het toezicht in twijfel te trekken. Wanneer ‘evidence-based’ gekoppeld wordt aan een bepaalde vorm van wetenschappelijk onderzoek is, zoals we uit ervaringen op andere terreinen weten, de kans niet denkbeeldig dat er problemen geselecteerd worden die zich met de methodologie van het sociaal-wetenschappelijk onderzoek laten behandelen. De kans dat dit dan ‘kleine problemen’ zijn is hierbij groot. Een toezichthouder kan zijn handelen slechts gedeeltelijk en vaak beperkt op wetenschappelijke inzichten baseren, gewoon omdat relevante wetenschappelijke kennis er maar beperkt is.

Een soortgelijk probleem doet zich voor wanneer we het hebben over toezicht en vakmanschap – het is tegenwoordig ‘bon ton’ om te zeggen dat toezicht ‘een vak’ is. Maar wat bedoelen we dan? Juist met de wetenschappelijke doordringing van het inspecteren wordt toezicht houden steeds meer een gedisciplineerde en gesystematiseerde activiteit die eigenlijk zoveel mogelijk het persoonlijk oordeel of de persoonlijke aanpak van een inspecteur tracht te elimineren. Het vakmanschap wordt dan steeds meer het vermogen om je vooral aan de systematiek te houden en volgens de regels te werken. Maar dat is een invulling van vakmanschap waar we juist niet aan denken wanneer we zeggen dat toezicht houden ‘een vak’ is. Bovendien, wanneer we even boven het niveau van inspecteren denken dan hebben we het over toezicht en een toezichtarrangement. In dat toezichtarrangement wordt bepaald hoe het toezicht uitgevoerd wordt en welke

¹ Sparrow (2000); zie zijn classificatie van effecten (pg. 119, Table 8-1). Zijn Tier 1 is daarbij het meest ingewikkeld en leent zich ook het minst om door de toezichthouder – als belanghebbende - zelf behandeld te worden.

rol bijvoorbeeld inspecteren daarbij heeft. Dat toezichtarrangement is geen zaak van een uitvoerende inspecteur, anders dan dat hij daarover meepraat in de organisatie die het toezicht uitvoert. Het toezichtarrangement voor een bepaalde sector of probleemstelling wordt ontworpen en beredeneerd op een 'hoger niveau' in de organisatie, op het ontwerp niveau. In dat ontwerp worden verschillende deskundigheden benut en het heeft plaats op basis van de regels van het ontwerpen. In dat ontwerpen wordt empirische kennis zoveel mogelijk benut en in zoverre is het 'evidence based'; maar meestal is die kennis volstrekt onvoldoende om een ontwerp op te baseren. We moeten het dan doen met intuïtie, ervaring, common sense en redeneren. Zoals in alle ontwerpprocessen.

Methodologie van het toezicht

Tot nu toe heb ik het over twee wetenschappers uit de actualiteit – Sparrow en Braithwaite. Om mijn punt nog wat verder te articuleren voer ik twee mannen – wetenschappers – uit het verleden op. De twee belichamen een spanning waarmee ik in mijn toezichtervaring voortdurend geworsteld heb – beide mannen leerde ik kennen aan het begin van mijn loopbaan. De een leefde toen nog, en werd mijn promotor; de ander was reeds overleden. Ik heb het dan over Abraham Flexner en Adriaan de Groot.

In de geschiedenis van het inspecteren en accrediteren is het werk van Abraham Flexner (1866 – 1959) een voorbeeld waarmee enkele persistente vraagstukken van toezicht en handhaving goed geïllustreerd kunnen worden (Chapman 1974; Floden 1980). In 1910 kon op het gezag van één man – Flexner – het hele medische onderwijs in de VS heringericht worden. Het was Flexner die in opdracht van de Carnegie Foundation een rapport opstelde over de medische opleidingen in de VS. In die opleidingen zat op dat moment geen lijn, in elk geval geen gedeelde lijn, zowel naar inhoud van het vak als naar de theoretische fundering van hetgeen er geleerd werd. Flexner beoordeelde de kwaliteit van de opleidingen en scheidde het 'kaf van het koren'. Het rapport dat Flexner daarover maakte had een grote impact, ondanks heftige disputen, en leidde tot navolging van zijn opvattingen en daarop gebaseerde conclusies. Het was het begin van een 'ordelijk' kwaliteitsbewakingproces. Flexner's algemene deskundigheid was de basis van zijn autoriteit maar ook zijn vlijmscherpe en dus duidelijke beoordelingen die hij over de afzonderlijke instellingen gaf, die hij allemaal persoonlijk inspecteerde. Hij was niet bang te laten zien wat hij aantrof en wat hij daarvan vond. Flexner definieerde op 'zijn eigen houtje' wat kwaliteit was en legde de 'werkelijkheid' langs die persoonlijke meetlat. Kennelijk had hij een zo goede keuze gemaakt dat zijn benadering op meer instemming dan op weerstand zou stuiten. Over Flexner en zijn werk wordt in de VS nog steeds met respect gesproken. Hij stond aan de wieg van wat we nu kennen als 'accreditatieprocedures' en die zijn zo gesystematiseerd dat ze in elk geval één ding niet zijn en dat is de uitdrukking van de opvatting van

één beoordelende persoon. Wij vinden het nu vanzelfsprekend dat beoordelingen plaatsvinden op basis van ‘overeengekomen’ normen en dat beoordelingen plaatsvinden op een wijze waarbij de ‘individuele uitdrukking’ van een beoordelaar zoveel mogelijk geëlimineerd is. We noemen dat ‘intersubjectiviteit’. En zo denken noemen we professioneel, want systematisch en zo onpersoonlijk mogelijk. Het begrip professioneel past niet direct bij de wijze van werken van Flexner maar misschien is zijn werk wel te typeren als werk van een vakman.¹ Een persoon die het kaf van het koren kan scheiden en dat ook durft.

Ik las over Flexner in de tijd – 1980 – dat ik mij voor het eerst gedachten vormde over toezicht door inspecties. De inspecteurs die ik toen ontmoette waren eerder varianten op Flexner dan dat ze behoorden tot degenen die zich iets aan ‘interbeoordelaarsbetrouwbaarheid’ gelegen lieten liggen. Hun kwaliteit zagen zij in termen van vakmanschap en niet in die van professionaliteit. Het woord professionaliteit werd in die jaren overigens minder frequent in de mond genomen dan vandaag het geval is. Het opmerkelijke van de benadering van Flexner is dat hij zijn eigen oordeel op zijn vakmanschap als ‘onderwijzer’ baseerde maar dat hij juist van de medische professie verlangde dat die zich strikt binnen de kaders die door de wetenschap gegeven waren zouden bewegen. Niet daarbuiten – strikt daarbinnen. De medische professie diende een natuurwetenschappelijke grondslag te hebben en dus, zouden wij nu zeggen, ‘evidence-based’ te zijn. Dat was in de jaren van Flexner nog minder vanzelfsprekend dan het nu is.

In de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw waren de sociale wetenschappen vol beloften en op basis van die beloften in hoog aanzien gestegen. Oordeelsvorming bijvoorbeeld zou wetenschappelijk moeten en kunnen en de benadering die dat mogelijk moest maken werd aangeduid als ‘evaluatie’ – wetenschappelijke evaluatie, al is dat al bijna dubbelop. Bij de beoordeling van de werking van sociale systemen, bij het beoordelen van beleidsinterventies in de samenleving – overall werden er mogelijkheden gezien voor de systematische evaluatie: programma-evaluatie, effect-evaluatie, allerlei soorten evaluaties van ex post naar ex ante, van formatief naar summatief enz. werden bedacht en ‘evaluatietheorie’ groeide uit tot een evaluatiepraktijk. Een aantal handboeken en standaarden is het resultaat. Veel nieuws is er sinds die tijd niet meer bedacht. Ik

¹ Flexner beoordeelde van een instelling de volgende componenten in samenhang: financiële- en materiële mogelijkheden, deskundigheid kernpersoneel, kenmerken van de studentenpopulatie en opvatting over werkwijze en doel van het onderwijs. Voor hem waren deze componenten condities die het resultaat van het onderwijs in belangrijke mate determineren.

beschouw Prof. Adriaan de Groot (1923 – 2006) voor de Nederlandse ontwikkeling als belangrijk referentiepunt.

Was Flexner een man van de eerste helft van de 20^{ste} eeuw; toen hij overleed stonden de 60er jaren op aanbreken en was het vertrouwen in wetenschap en de potenties daarvan tot grote hoogte gestegen. Maar er was gelijktijdig een heftige strijd over de methoden van wetenschapsbeoefening in relatie tot de maatschappelijke benutting ervan.

Het operationalisme in het toezicht

De wetenschappelijke onderbouwing van het toezicht, vooral in de zogeheten Kwaliteitsinspecties,¹ is waar het de methodologie betreft sterk gebaseerd op de empirisch-analytische wetenschapstraditie. Voor de sociale werkelijkheid leidt dit tot een uitwerking die ik in een aantal publicaties (Mertens, 2011a en b) aangeduid heb als operationalisme.² Het operationalisme heeft als kenmerk:

- Wetenschappelijke verantwoorde kennis onderscheidt zich van andere kennis omdat ze tot stand komt in een expliciete en gekende procedure. Die procedure is herhaalbaar en daarmee is de uitkomst tot welke die procedure leidt losgekoppeld van de onderzoeker. De benadering voldoet aan de eis van betrouwbaarheid en is dus ‘betrouwbaar’.
- Onze wereld, onze taal is vol algemene beweringen en vage concepten en begrippen. De begrippen moeten ‘handen en voeten’ krijgen en dus moeten ze ‘geoperationaliseerd’ worden. Dit operationaliseren is een bepaalde manier van definiëren.

¹ Hiermee bedoel ik de inspecties die niet strikt op handhaven van regels gericht zijn maar die de kwaliteit van het resultaat in relatie tot het primaire proces van een instelling beoordelen. Tot nu toe waren dat vooral inspecties als Jeugdzorg, Gezondheidszorg, Onderwijs, Politie en Brandweer. Momenteel zien we dat in de traditionele handhavingsinspecties steeds meer de vraag aan de orde komt naar de organisatie als geheel en dat dan dus ook een veel algemenere norm leidend wordt. Te denken valt hier bijvoorbeeld aan de vraag of een onderneming ‘veilig’ werkt in plaats van of de onderneming de regels naleeft.

² De operationalistische benadering herleid ik altijd naar het basiswerk van Prof. A.D. de Groot, die in Nederland beschouwd kan worden als de man die dit denken hanteerbaar gemaakt heeft o.a. door zijn basisboek *Methodologie*, dat door duizenden Nederlandse academici in de jaren 1960 – 1990 bestudeerd is en dat nu mag worden opgevat als ‘gesunkenes Kulturgut’.

- Het operationele definiëren herleidt een begrip tot samenstellende delen die op zichzelf beter hanteerbaar moeten zijn dan het eerdere begrip omdat ze omgezet kunnen worden in 'waarneembare' handelingen. Die samenstellende delen worden vaak indicatoren genoemd.
- Het herleiden van het algemene begrip geschiedt niet willekeurig maar op een valide wijze: de uitwerking moet het 'begrip-zoals-bedoeld' representeren. De operationele definitie moet dus voldoen aan de eis van validiteit.
- Voor het waarnemen van die handelingen worden eventueel instrumenten ontwikkeld en met die instrumenten kan dan worden 'gemeten'. In die instrumenten moet de subjectieve factor zoveel mogelijk geëlimineerd worden.
- De meetinstrumenten worden zo ingericht dat er numerieke kenmerken aan verbonden worden en vervolgens kan met die numerieke duiding 'gerekend' worden.

De operationalistische benadering is in het toezicht het meest consequent uitgewerkt in de wijze van werken van de Inspectie van het Onderwijs; de Inspectie voor de Gezondheidszorg is er sinds 2005 mee bezig; ook bij de Inspecties voor de jeugdzorg, veiligheid en justitie zien we de benadering terug. De operationalistische benadering is een effectieve methode om de subjectieve en individualistische werkwijze van het traditionele toezicht via inspecteurs om te buigen in een meer intersubjectieve, en daarmee meer overtuigende werkwijze. In zekere zin is de werkwijze contrair aan de inspectiebenadering. Die was immers gebaseerd op een persoonlijk oordeel van een gezaghebbend individu (Mertens, 2011a: 143). De benadering is overwegend wat met 'evidence based' bedoeld wordt.

De operationalistische benadering heeft als kenmerk dat naar de mate waarin ze meer in het inspectiewerk wordt toegepast, het 'toezicht houden' steeds meer vervangt door 'onderzoeken'. De inspecteur wordt een 'onderzoeker' die data ophaalt die in een algoritme verwerkt worden tot een oordeel. Het oordeel volgt uit een (groot) aantal bewerkingen en is vervolgens een 'gegeven'.

Aan de operationalistische benadering zijn, naast voordelen, natuurlijk ook bezwaren verbonden. Bezwaren die zich de laatste tijd breed in de samenleving doen gevoelen onder de toenemende afkeer van de 'meten is weten' benadering. In elk geval in het onderwijs en dus ook in het onderwijstoezicht, lijkt het erop dat er sprake is van een ommekeer. De Inspectie van het Onderwijs werkt aan een herziening van het toezicht waarin het persoonlijke oordeel van de inspecteurs

weer een grotere plaats gaat krijgen, overigens zonder dat men de operationalistische werkwijze afzweert.¹ Als de belangrijkste bezwaren zie ik:

- Er ontstaat een grote mate van uniformiteit in de waarneming en beoordeling (dat is goed) maar tegelijkertijd wordt de onder toezicht gestelde in het schema van de toezichthouder ondergebracht; de verstandige onder toezicht staande zal zich al gauw naar het toetsingskader van de toezichthouder gaan gedragen. Afwijkingen zijn riskant geworden en de omgang met variëteit wordt voor de toezichthouder erg lastig
- Het operationalisme leidt altijd tot een reductie; die reductie wordt bepaald door de meetbaarheid. Niet alles is op eenzelfde manier meetbaar en daarom worden aspecten of delen noodzakelijkerwijs weggelaten. Reduceren is niet persé verkeerd, maar veel onderzoekers – en toezichthouders gedragen zich steeds meer als onderzoekers – weten wel dat ze reduceren maar ze vergeten dat vaak bij het eindinzicht, het eindoordeel. Dan wordt al gauw geconcludeerd als was ‘de hele werkelijkheid’ waargenomen. Methodologen noemen die veel voorkomende fout ‘*operationalism in reverse*’: je weet aan het begin dat je benadering beperkt is maar als het op concluderen aankomt wordt die beperking vergeten.
- Voor dit operationalisme bestaat eigenlijk geen alternatief; teruggaan naar een expertoordeel vergroot de onvergelykbaarheid van oordelen en is daardoor niet aanvaardbaar in een streng, classificerend toezichtstelsel (Mertens, 2011a; Standaert, 2014).
- Operationalisme leidt tot steeds verdergaande detaillering; die detaillering leidt tot informele regulering omdat elke uitwerking in operationele zin ook een ‘regel’ is die moet worden nageleefd. Die naleving geeft aanleiding tot bureaucrativering omdat registraties noodzakelijke empirische en betrouwbare bewijzen zijn.
- De benadering leidt tot juridificering omdat ongunstige of voor de onder toezicht staande ongewenste uitkomsten worden aangevochten in het

¹ De vraag is of deze ommekeer kan omdat de inspecteurs zich in de laatste twintig jaar aan deze werkwijze hebben aangepast. Vaak hebben inspecteurs van het onderwijs zelf geen directe eigen onderwijservaring en werken ze dus helemaal in een geprecodeerde systematiek. Daarbuiten kunnen deze inspecteurs niet.

model en dat leidt meestal dan nog tot verfijningen en tot juridische procedures.

- Het operationalisme leidt tot een *'downgrading'* van de inspecteur waardoor een zelfonderhoudend systeem ontstaat: voor het 'eenvoudigere onderzoekwerk' worden lager geschoolde/ervaren inspecteurs aangesteld die vervolgens niet meer zonder 'instrumenten' kunnen. Dat is een duivelskring!
- Het operationalisme is autoritair van aard; het veronderstelt een 'ware' procedure en een exclusieve kennis.
- In de samenleving bestaat een toenemende weerzin tegen deze *'managerial'* en technische benadering in de besturing van organisaties waar immers ook het toezicht toe gerekend moet worden.

De operationalistische benadering werd in de kwaliteitsinspecties ook nog verbonden met het begrip 'kwaliteit' – en die kwaliteit was dan de 'hoedanigheid van de verleende dienst'. Daarmee kon bereikt worden dat de toezichthouder zich niet zou bekommeren om de condities waaronder een resultaat tot stand gebracht werd. Zo gaat het in een verpleeghuis uiteindelijk om de kwaliteit van zorg die eigenlijk opgevat kan worden als 'levensgeluk' bij de bewoner. Het uiteindelijke doel van de zorg in een verpleeghuis is 'gelukkig zijn' en omdat dat geluk niet zo meetbaar is worden daar *proxi's* voor gezocht. In het onderwijs ging het vooral om de kwaliteit die in de leerling neergeslagen is en die zich ook uitdrukt in gedragskenmerken van de leerling. De aard van het proces dat door de school geleverd wordt werd daarmee even buiten haakjes gezet. De operationalistische benadering leidt tot vermindering van de aandacht voor de organisatorische en bestuurlijke inrichting terwijl juist in de kenmerken en eigenschappen van de organisatie de belangrijkste condities liggen voor het leveren van een hoogwaardig product

Alternatieven: meer aandacht voor *'common sense'* en *'desk research'*

Hoe overtuigend de kritiek op de operationele benadering ook is, er is niet zomaar een alternatief voor. In het toezicht kunnen we in de huidige tijd niks meer beginnen met de subjectiviteit van een individuele inspecteur – zeker niet als we in de beschouwing betrekken dat het toezicht van met name de zogeheten kwaliteitsinspecties in toenemende mate gericht is op de instellingen/organisaties die voor een bepaalde activiteit verantwoordelijk zijn. Een ziekenhuis, een verpleeghuis is verantwoordelijk voor 'verantwoorde zorg', zo heet het in de wet, en dat is een passende en fraaie formulering. Onderwijs wordt al tweehonderd jaar voornamelijk in scholen gegeven – in organisaties dus – en het toezicht dient gericht

te zijn op de vraag of de organisatie in staat is haar opdracht waar te maken: nu, in de nabije toekomst en in het licht van het recente verleden. Toezichthouders hebben met organisaties te maken, die organisaties worden bestuurd en die bestuurders behoren te weten wat het resultaat van hun werk is. Zeker daar waar met collectieve middelen gewerkt wordt is een verantwoording vanuit de instelling een vanzelfsprekendheid. Er zal meer dan in het verleden in het toezicht gewerkt moeten worden met de verantwoording vanuit de instellingen – daar ligt het vertrekpunt en de toezichthouder neemt daar kennis van, beoordeelt die verantwoording en fundeert daarmee een gedachtewisseling tussen toezichthouder en de instelling. De insteek van de toezichthouder is gericht op de organisatie als ‘een geheel’ en natuurlijk moet dat geheel dan weer in delen uiteen gelegd worden omdat het geheel als zodanig niet hanteerbaar is. Een technische – en populaire – benadering die hier voor gekozen wordt is het zogeheten ‘dashboard’: is de organisatie als geheel uiteen te leggen in bijvoorbeeld de universele componenten: financiën, technologie, personeel, diensten en gebouwen.

De ‘kunst’ van het op instellingen gerichte toezicht is om de juiste maat te vinden voor de algemeenheid en de specificiteit. Daarbij zal het zo moeten zijn dat deze vorm van toezicht voldoende in kennis gefundeerd is. Dat hoeft niet alleen wetenschappelijke kennis te zijn maar vooral ook *‘practical wisdom’* en misschien wel *‘common sense’*. De kracht van de benadering op het niveau van een instelling is de comparatieve benadering. De nationale toezichthouder heeft een groot kennisvoordeel boven alle anderen: ze kent het hele veld en weet wat verwacht kan worden onder de in Nederland geldende randvoorwaarden. De verschillen in *‘performance’* van de instellingen kunnen gebruikt worden voor oordeelsvorming en voor interventie. De performance zou in beeld gebracht kunnen worden met bijvoorbeeld Sankey-diagrammen (zie Wikipedia), waarmee dan weer instellingen vergeleken kunnen worden in de tijd en met elkaar.

Instellingen en ondernemingen behoren vrijwel altijd tot een systeem, een stelsel. De plaats van de instelling of onderneming in een verzameling kan belangrijke informatie opleveren voor de toezichthouder – die immers als geen ander het ‘geheel’ kent. Analyse van het systeem waarbinnen een toezichthouder werkt, de ontwikkelingen die zich daarin voordoen, de regels die er gelden zijn andere grootheden waarmee een toezichthouder al veel kan weten over de werking van een systeem en soms ook van de afzonderlijke instelling. Dergelijke kritische analyses kunnen veel inzicht geven en kunnen bijdragen in het re-vitaliseren van

verantwoordelijkheden in de relevante systemen. Zeker in een door Braithwaite geïnspireerd toezicht kunnen dergelijke analyses een belangrijke rol vervullen.¹

Toezicht en wetenschap

Toezicht is géén wetenschap, maar een vorm van indirect bestuur in een stelsel. Wat het effect van dit bestuur is, is moeilijk herleidbaar tot de 'actor' de toezichthouder. Interventies dienen op de pragmatiek beoordeeld te worden waarbij 'plausibiliteit' een belangrijke maatstaf is.

'Evidence-based' toezicht is een begrip dat tot misverstanden leidt en is dus niet handig om als begrip te gebruiken. Het kan gemakkelijk gehanteerd worden als een eis te stellen aan goed toezicht die vervolgens aan het toezicht een onmogelijk eis oplegt. Het toezicht wordt hierdoor eerder verzwakt dan versterkt.²

Van een professioneel werkende toezichthouder mag verwacht worden dat bij het ontwikkelen (ontwerpen) van toezichtarrangementen houdbare wetenschappelijke kennis die er is benut wordt. Het toezicht dient 'geïnformeerd' te zijn en te voldoen aan de actuele staat van de (wetenschappelijke) kennis. Die kennis dient multidisciplinair te zijn want het meeste toezicht gaat over 'de wereld' en niet over een 'wereldje'. Afzonderingen naar sectoren en disciplines lijkt mij daarbij niet bevorderlijk.

Toezicht zal het blijvend moeten hebben van 'common sense', van beoordeling in een grotere context en van ervaring. Aan het ontwerpen en beproeven van toezichtarrangementen³ dient meer aandacht besteed te worden dan veelal het geval is. Ontwerpen is iets anders dan wetenschappelijk onderzoek maar in het ontwerpproces kan onderzoek een onderdeel zijn.

¹ Zo maakte de Inspectie van het Onderwijs in 2014 een analyse van het promotiestelsel aan de Nederlandse universiteiten en liet ze zien dat ze ook uit een ander vaatje dan het operationalisme kan tappen. In een zeer korte tijd ontstond er door goed gebruik te maken van beschikbare kennis en door betrokkenen in de analyse te betrekken snel een grondig inzicht over hoe het gaat met het promoveren waarbij elke betrokken instelling wel kan afleiden wat haar te doen staat. In een volgende fase kan de inspectie daar weer op aansluiten (Inspectie van het Onderwijs, 2014).

² In de volksmond noemt men dit 'in de eigen voet schieten'.

³ Een goed recent voorbeeld hiervan zie ik in de experimenten waarover Stoopendaal (2016) bericht.

Bij het ontwerpen van toezicht moet niet het 'onmogelijke' nagestreefd worden maar het praktische en haalbare. Het onmogelijke moet ook onderkend worden.¹

Tot slot

Zeker in een biografie van het werk van Paul Robben komen de genoemde issues allemaal terug. Paul maakte in de loop van de tijd daarin andere keuzen dan die ik gemaakt zou hebben. 'That's all in the game.' Maar welke keuze Paul ook maakte, hij was daarin een stevige discussiepartner die het gesprek en debat zeker niet schuwde. Voor het toezicht is dat onontbeerlijk want ook al is toezicht een waardevolle maatschappelijke activiteit, het is niet 'heilig' en vanzelfsprekend. Wanneer wetenschap opgevat mag worden als 'criticisme' dan is er nog ruimte en kan de wijsheid en ervaring van Paul Robben de komende jaren nog van grote betekenis zijn. Een van de passies die ik deel met Paul Robben, naast de niet afnemende belangstelling voor wat er in het heden gebeurt, is zijn grote belangstelling voor de historische ontwikkeling van het overheidstoezicht en de rol die personen daarin gespeeld hebben. Zeg maar mannen zoals Abraham Flexner! Maar misschien dat die studie van de historie ons ook leert dat het toezicht zoals we dat nu nog steeds kennen een uitvinding is uit de 19^e eeuw en dat de huidige wereld misschien wel meer radicaal vraagt om andere mechanismen (Mertens, 2015). Er is nog genoeg te doen!

¹ Zo wordt bijvoorbeeld in de financiële sector de integriteit van personen beoordeeld; verbazingwekkend is dat de toezichthouders die dit uitvoeren zeggen daar geen moeite mee te hebben. Mijns inzien is het een eis die niet handhaafbaar is, anders dan door evident en gebleken niet-integer gedrag.

Literatuur

- Ayres, I. & J. Braithwaite (1992) *Responsive Regulation. Transcending the Deregulation Debate*. New York/Oxford, 1992.
- Chapman, C.B. (1974) The Flexner report by Abraham Flexner. *Daedalus*, 103(1)
- Floden, R.E. (1980) Flexner, Accreditation and Evaluation. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, (2): pg. 35-46.
- Gezondheidsraad (2011). *Op weg naar evidence-based toezicht. Het onderzoek naar effecten van toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Inspectie van het Onderwijs (2014) Promoveren aan de Nederlandse universiteiten. Utrecht: Inspectie van het Onderwijs.
- Mertens, F.J.H. (2006) *Toezicht in een polycentrische samenleving*. Oratie TU Delft.
- Mertens, Prof. Dr. F.J.H. (2011a) *Vriendelijk converseren en krachtig optreden (II). Over de duivelskring van professionalisering*. Afscheidsrede TU Delft.
- Mertens, F.J.H. (2011b) *Inspecteren. Toezicht door Inspecties*. Den Haag.
- Mertens, F.J.H. (2015) Is een nieuwe dramaturgie voor het onderwijstoezicht gewenst? In: R. in 't Veld (red.) *De echte dingen/essays over de kwaliteit van het onderwijs*. Amsterdam: Gopher: 195-207.
- Mertens, F.J.H. (2016) Liefdevolheid van de zorg als aangrijpingspunt voor toezicht. *Tijdschrift voor Toezicht*, 6(60): 61.
- OECD (2014) *Best Practice principles for improving regulatory enforcement and inspections*. OECD, Paris.
- Ruimschotel, D. (2014) *Goed Toezicht. Principes van professionaliteit, democratie en good governance*, Amsterdam.
- Standaert, R. (2014) *De becijferde School*, Antwerpen.
- Sparrow, M.K. (2000). *The Regulatory Craft: Controlling Risks, Solving Problems, and Managing Compliance*. Brookings Institution Press.
- Sparrow, M.K. (2008). *The Character of Harms: Operational Challenges in Control*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stoopendaal, A. (2016) *Al doende leren. Een essay over de experimentele zoektocht naar toezicht op zorgbesturing door de Inspectie van de gezondheidszorg*. Rotterdam: instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, EUR.

Hoofdstuk 8

Is het effect van toezicht te meten?

Sandra Oude Wesselink

Als toezichthouder in ‘turbulente tijden’ kun je het nooit goed doen. Deze stelling passeerde regelmatig de revue in de afgelopen jaren waarin Paul Robben, Johan Mackenbach, Hester Lingsma en ik werkten aan mijn promotieonderzoek naar het meten van de effecten van toezicht in de gezondheidszorg (Oude Wesselink, 2015). Zorginstellingen willen minder toezichtlast, de politiek houdt de toezichthouders en haar budgetten scherp in de gaten en de consument of patiënt eist maximale veiligheid en de hoogste kwaliteit van zorg. Er wordt dus van de toezichthouder gevraagd om met minder toezicht toch de kwaliteit en veiligheid van de gezondheidszorg te controleren en te verbeteren.

De kwaliteit van zorg verbeteren kan op verschillende manieren. Eén manier is het aanstellen van een onafhankelijke en externe partij die toezicht houdt op de kwaliteit van zorg, zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). De IGZ is een overheidsinstantie die onafhankelijk toezicht houdt op ongeveer 40.000 instellingen en bedrijven, waar zo’n 1,3 miljoen personen werken. De IGZ formuleert gezondheid en kwaliteit van zorg ook als haar doel: het bevorderen van de volksgezondheid door effectieve handhaving van de kwaliteit van zorg (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2015). Daarvoor gebruikt de IGZ drie soorten toezicht: thematoezicht, risicotoezicht en incidententoezicht. Dit hoofdstuk gaat over thematoezicht.

De IGZ wil en dient dus de kwaliteit van zorg te verbeteren, maar lukt dat ook in de praktijk? Uit onderzoek bleek dat er bijna geen bewijs was gebaseerd op waarnemingen, zogenaamd empirisch bewijs. De Gezondheidsraad (Gezondheidsraad, 2011) en de OECD (OECD, 2014) bevelen aan om toezicht wetenschappelijk te onderbouwen. Daarom was het doel van mijn promotieonderzoek het verkrijgen van empirisch bewijs over de effecten van toezicht door de IGZ op kwaliteit van zorg en meer specifiek op gezondheidsuitkomsten. Inzicht in de effecten van toezicht kan de IGZ helpen bij het nemen van beslissingen en het verder verbeteren van toezichtmethoden.

Wetenschappelijk onderzoek kan daarnaast ook de samenleving informeren over hoe succesvol toezichtprogramma's zijn geweest.

Om kwaliteit van zorg te meten gebruikten we zogenaamde indicatoren: meetbare aspecten van kwaliteit van zorg. Daarbij maakten we onderscheid tussen structuur-, proces- en uitkomstindicatoren (Donabedian, 1988). Structuurindicatoren zijn de kenmerken van de situatie waarin de zorg wordt verleend. Bijvoorbeeld de instrumenten die een huisarts beschikbaar heeft en het opleidingsniveau van de zorgverleners in de huisartsenpraktijk. Procesindicatoren beschrijven welke zorg wordt verleend door zorgverleners. Bijvoorbeeld de huisarts die de diagnose stelt en daarna de behandeling uitvoert. Uitkomstindicatoren beschrijven de gezondheidstoestand van patiënten en populaties. Een voorbeeld is sterfte of de lichamelijke conditie van een patiënt, maar ook de patiënttevredenheid met betrekking tot de zorgverlening.

We hebben het effect van toezicht op kwaliteit van zorg onderzocht aan de hand van twee programma's van de IGZ: toezicht op diabeteszorggroepen en toezicht op stoppen-met-rokenbegeleiding door verloskundigen. Diabetes Mellitus type 2 is een chronische stofwisselingsziekte, waarbij de insuline die aanwezig is in het lichaam niet (voldoende) kan worden gebruikt. Na verloop van tijd kan diabetes het hart, bloedvaten, ogen, nieren en zenuwen beschadigen. Dit type diabetes ontwikkelt zich langzaam en wordt vaak op latere leeftijd ontdekt (WHO, 2014). Roken tijdens de zwangerschap is schadelijk voor moeder en kind. Eerstelijns verloskundigen kunnen rokende zwangere vrouwen helpen bij het stoppen met roken. Op dit moment rookt ongeveer 9% van de zwangere vrouwen, maar onder laagopgeleide vrouwen is dit percentage veel hoger – ongeveer 22% (Lanting et al., 2015).

Wat is er gevonden in dit onderzoek?

Laten we beginnen met het beschrijven van de twee toezichtprogramma's van de IGZ en het onderzoek naar het effect van de twee programma's op kwaliteit van zorg, meer specifiek op gezondheidsuitkomsten. In het eerste programma hield de IGZ toezicht op de kwaliteit van verschillende schakels van zorgverleners voor diabetespatiënten in zorggroepen, dit wordt ook wel ketenzorg genoemd. In een experiment hebben we onderzocht wat het effect is van dit toezichtprogramma op kwaliteit van zorg. In dit programma werd eerst het toezicht aangekondigd, vervolgens werd een willekeurig deel van de zorggroepen bezocht door de Inspectie en na het inspectiebezoek ontvingen de zorggroepen een individueel rapport met specifieke aanbevelingen voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg in hun zorggroep.

In ons onderzoek hebben wij geen effect van dit toezichtprogramma kunnen aantonen op kwaliteit van zorg. Dat betekent echter niet dat dit toezicht geen effect heeft gehad. We hebben aanwijzingen voor beperkingen in het onderzoek die kunnen verklaren waarom we geen effect konden aantonen. Een beperking zou kunnen zijn dat ons onderzoek niet lang genoeg heeft geduurd. Zorggroepen konden verbeteracties inzetten na het toezicht. Dus eventuele verbeteringen kunnen na ons onderzoek alsnog zijn opgetreden. Daarnaast was het verschil in toezicht tussen geïnspecteerde en niet-geïnspecteerde zorggroepen relatief klein. In de gehele groep van onderzochte zorggroepen vond een verbetering plaats in structuurindicatoren, maar dit is niet zonder meer toe te schrijven aan het toezichtprogramma. Twee andere ontwikkelingen kunnen invloed hebben gehad op de kwaliteit van de diabeteszorg, namelijk benchmarking en contracten met zorgverzekeraars. Zowel benchmarking tussen zorggroepen als het onderhandelingsproces met zorgverzekeraars ontwikkelden zich sterk in dezelfde periode als het toezicht (mondelinge en schriftelijke persoonlijke communicatie). Tenslotte zijn de verbeteringsuggesties van de IGZ deels gebaseerd op elementen uit richtlijnen die niet wetenschappelijk zijn onderbouwd (Oude Wesselink et al., 2015a).

Het andere toezichtprogramma, gericht op stoppen-met-rokenbegeleiding door verloskundigen, bestond uit meerdere delen: 1) het afnemen van een toezichtvragenlijst bij een groep willekeurige verloskundigenpraktijken en het sturen van een individueel rapport met specifieke aanbevelingen; 2) het bezoeken van verloskundigenpraktijken en het sturen van een individueel rapport met aanbevelingen; 3) het afspreken van een uiterste datum waarop alle verloskundigenpraktijken de richtlijnen moeten opvolgen; en 4) het opnieuw bezoeken van een deel van de praktijken en het sturen van een individueel rapport met aanbevelingen. Ons onderzoek laat zien dat dit toezichtprogramma waarschijnlijk wel effect heeft gehad op kwaliteit van zorg.

We hebben gebruik gemaakt van zowel kwantitatief onderzoek als kwalitatief onderzoek. In het kwantitatieve onderzoek vonden we bijvoorbeeld dat de verloskundigenpraktijken die een vragenlijst hebben moeten invullen voor de IGZ en daarna individuele aanbevelingen van de IGZ ontvingen, vaker stoppen-met-rokenbegeleiding boden dan de praktijken die geen vragenlijst hebben moeten invullen en dus ook geen individuele aanbevelingen kregen. Bovendien vonden we in een periode van twee jaar belangrijke verbeteringen in stoppen-met-rokenbegeleiding bij veel verloskundigenpraktijken. Deze periode viel samen met de periode waarin de IGZ dit programma uitvoerde. Ondanks de beperkingen van dit onderzoek, is het waarschijnlijk dat het toezichtprogramma heeft bijgedragen aan de verbeteringen in stoppen-met-rokenbegeleiding voor zwangere vrouwen (Oude Wesselink, et al., 2015b).

In het kwalitatieve onderzoek hebben we semigestructureerde interviews gehouden met geïnspecteerde en niet-geïnspecteerde verloskundigen. We hebben de verloskundigen ook gevraagd waarom zij hun stoppen-met-rokenbegeleiding verbeterden. De verloskundigen gaven aan dat zij door het IGZ toezicht bewust zijn geworden van het probleem van roken tijdens de zwangerschap en de mogelijkheid van het geven van stoppen-met-rokenbegeleiding. Het feit dat deze begeleiding van de IGZ moest worden gegeven was een extrinsieke motivator om dit daadwerkelijk te gaan doen. In dit onderzoek was het echter niet mogelijk exact aan te geven welk deel van het toezichtprogramma deze verbetering heeft veroorzaakt en hoe groot het aandeel van de IGZ daarin was. Ook de verloskundigen zélf en andere organisaties, zoals de beroepsorganisatie KNOV en voormalig tabaksontmoedigingsorganisatie STIVORO wilden de begeleiding verbeteren. Omdat het toezichtprogramma van de Inspectie één van de factoren was die een rol speelde, is de verbeterde begeleiding tenminste gedeeltelijk toe te schrijven aan het toezichtprogramma (Oude Wesselink, 2015).

Wat heeft het onderzoek opgeleverd?

We hebben onderzocht wat de effectiviteit van twee toezichtprogramma's op kwaliteit van zorg was (Oude Wesselink, 2015). Op basis van onze bevindingen en de methodologische beschouwing, concluderen we dat het toezichtprogramma op stoppen-met-rokenbegeleiding in de verloskundigenpraktijk waarschijnlijk effectief was in het verbeteren van kwaliteit van zorg. We hebben geen bewijs dat het programma voor diabetes ketenzorg ook de kwaliteit van zorg heeft verbeterd. Echter, gezien de methodologische beperkingen, kunnen we ook niet uitsluiten dat het toezichtprogramma een effect had op structuren en processen van zorg.

Ons onderzoek was één van de eerste onderzoeken waarin empirisch bewijs werd verzameld over een mogelijk effect van toezicht op de kwaliteit van zorg en meer specifiek op gezondheidsuitkomsten. Daarom kunnen we aanbevelingen doen voor vervolgonderzoek naar de effecten van toezicht. Het is mogelijk gebleken een 'gerandomiseerd' experiment uit te voeren, waarbij een deel van de zorgverleners onder toezicht staan (de 'interventiegroep') en een ander deel niet (de 'controlegroep'), en deze groepen op basis van toeval worden bepaald. Echter, er moet voldoende verschil in de mate van toezicht zijn tussen de twee groepen. Het is gebleken dat dit behoorlijk lastig is. In Nederland zijn zorgverleners goed georganiseerd op een lokaal en nationaal niveau. Een 'spillover'-effect kan optreden als zorgverleners hun kennis en ervaringen uitwisselen. Daarmee verdwijnt het contrast tussen de interventie- en controlegroep en faalt de onderzoeksofzet. Het zou kunnen dat onder bepaalde omstandigheden het mogelijk is om een vergelijking te maken tussen groepen die niet met elkaar zijn verbonden. We achten het onwaarschijnlijk dat dit mogelijk is in een klein en geconcentreerd land als Nederland. Bovendien is het verborgen houden van

inspectie-optreden niet het doel van de toezichthouder, zij probeert juist een zo groot mogelijke groep zorgverleners te bereiken en nationale programma's op te zetten. In de praktijk zal randomisatie dus moeilijk blijven.

Bij complexe toezichtprogramma's is het bovendien lastig te bepalen of geobserveerde veranderingen ook echt een gevolg zijn van het toezicht. In dat geval kan een gecombineerde methodiek van onderzoek, waarbij kwantitatief onderzoek wordt aangevuld met kwalitatief onderzoek helpen om de resultaten te interpreteren.

In ons onderzoek zijn we met een aantal problemen geconfronteerd in onze poging tot het aantonen van het effect van toezicht. De Gezondheidsraad (2011) heeft criteria opgesteld die overwogen moeten worden als het effect van toezicht wordt onderzocht. Gebaseerd op onze ervaringen in dit type onderzoek, bevelen we aan om extra criteria toe te voegen (cursief):

- Beschrijving probleem, doel, interventie en effecten: zijn (kunnen) het probleem, doel, de inhoud van de toezichtinterventie en de beoogde effecten helder (worden) beschreven?
- Werkingsmechanisme: is er een beschrijving van de keten van toezichtactiviteit naar effect, of kan deze achteraf beschreven worden; is het beoogde werkingsmechanisme plausibel en is de toezichtinterventie niet te complex?
- Controlegroep: kan er een controlegroep gecreëerd worden die voldoende geïsoleerd is van de interventiegroep en die geen of minder toezicht toegewezen heeft gekregen?
- Vergelijking interventie en referentie/ controlegroep randomisatie: in hoeverre kunnen de interventie- en controlegroep gerandomiseerd worden, is het aantal eenheden voor randomisatie groot genoeg, is het ethisch-politiek en financieel haalbaar om te randomiseren? In hoeverre zijn de groepen vergelijkbaar?
- Statistische power (onderscheidend vermogen): zijn er genoeg zorgverleners toegewezen aan de interventie- en controlegroep om een analyse uit te voeren met voldoende statistische power?
- Effectmaten: in hoeverre zijn (kunnen) de effectmaten betrouwbaar worden gemeten, zijn de metingen afkomstig uit een onafhankelijke databron, zijn ze gemeten door een onafhankelijke onderzoeker? Zijn structuur- en procesmaten gemeten? Zijn de effectmaten nauw gerelateerd aan het doel van het toezichtprogramma? Zijn de effectmaten gemeten op een geschikt moment in de tijd (niet te vroeg om een effect te verwachten en niet te laat wanneer het effect te sterk verdund is)?
- Voor-na vergelijking/trend data: zijn er gegevens over de effectmaten beschikbaar om een voor-na vergelijking uit te voeren, of kunnen deze gegevens

verzameld worden, zijn er meerdere meetmomenten voor- en na de toezichtactiviteit beschikbaar?

- Bias (vertekening): is er betrouwbare informatie beschikbaar over ‘verstorende’ variabelen die een mogelijk effect van de toezichtactiviteit op de effectmaten zouden kunnen verklaren, of kan deze informatie verzameld worden?

Naast deze aanvulling op de criteria, kunnen we ook aanbevelingen doen aan de IGZ. Hiermee kan toezicht in ‘turbulente tijden’ verder worden verbeterd. In de eerste plaats zou de IGZ voor het verhogen van de effectiviteit in elk thematoezicht moeten nagaan wat de mogelijkheden zijn voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Een gebruikelijke werkwijze in toezicht is het beoordelen van de risico’s in kwaliteit van zorg. Het reduceren van risico’s hoeft echter niet een effectieve methode te zijn om kwaliteit van zorg als geheel te verbeteren, bijvoorbeeld als het risico maar zelden optreedt. In plaats daarvan kan het effectiever zijn om te kijken naar problemen die een grote potentie hebben om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Daarom bevelen we aan om in het projectplan van elk thematoezicht te analyseren wat het potentieel voor verbetering is.

In de tweede plaats zou de IGZ geen richtlijnen moeten handhaven die niet wetenschappelijk onderbouwd zijn, want dat beperkt waarschijnlijk de effectiviteit van het toezicht. Als wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen worden gehandhaafd, moet niet te veel waarde worden toegeschreven aan het al dan niet verbeteren van gezondheidsuitkomsten in de praktijk, omdat de relatie tussen verbeterde structuur en processen van zorg en verbeterde gezondheidsuitkomsten vaak moeilijk vast te stellen is in een observationele setting. In de laatste plaats kan de IGZ wetenschappelijk onderzoek eenvoudiger maken door toezichtprogramma’s aan te passen. Deze aanpassingen richten zich op het formuleren van concrete doelstellingen, het uitvoeren van een gedegen probleemanalyse, het uitvoeren van zorgvuldig geplande programma’s en het mogelijk maken van dataverzameling voor onderzoek.

Onze aanbevelingen en aangescherpte criteria kunnen ook worden gebruikt door andere inspecties en inspecties in andere landen, en ook daar bijdragen aan wetenschappelijk onderbouwd toezicht.

Als initiatiefnemer van dit onderzoek was de bijdrage van Paul Robben onmiskenbaar groot. Hij had de moed om dit onderzoek te starten, terwijl de invloed van het onderzoek op de reputatie van de IGZ ongewis was. Cruciaal was zijn inbreng bij het opzetten van het onderzoek, het mogelijk maken van de uitvoering ervan op de werkvloer bij de IGZ en het formuleren van constructieve conclusies. Ook het onderzoek kende turbulente tijden, maar dankzij Paul hebben die geen belemmering gevormd voor het uiteindelijke slagen van het onderzoek. Meer weten? www.oudewesselink.net/proefschrift

Literatuur

- Donabedian A. 1988. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748.
- Gezondheidsraad. 2011. Op weg naar evidence based toezicht. Het onderzoek naar effecten van toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Retrieved from Den Haag:
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. 2015. Over ons. Retrieved from <https://www.igz.nl/organisatie/>
- Lanting, C. I., J.P. van Wouwe, P. van Dommelen, K.M. van der Pal-de Bruin, S. de Josselin de Jong, M. Kleinjan & M. van Laar, M. 2015. *Roken tijdens de zwangerschap - Percentages over de periode 2001-2015*.
- OECD. 2014. *Regulatory enforcement and inspections, OECD best practice principles for regulatory policy*. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208117-en>
- Oude Wesselink, S. F. 2015. *Towards Evidence-based Government Supervision in Healthcare*. Erasmus University Rotterdam, Rotterdam.
- Oude Wesselink, S. F., H.H. Lingsma, C.A.J. Ketelaars, J.P. Mackenbach & P.B.M. Robben. 2015a. Effects of Government Supervision on Quality of Integrated Diabetes Care - A Cluster Randomized Controlled Trial. *Medical Care*. 53(9), 784-791.
- Oude Wesselink, S. F., L.F. Lingsma, P.G. Reulings, H.R. Wentzel, V. Erasmus, P.B.M. Robben & J. P. Mackenbach. 2015b. Does government supervision improve stop-smoking counseling in midwifery practices? *Nicotine & Tobacco Research*. 17(5), 572-579.
- WHO 2014, November. Diabetes factsheet. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>

Toezicht in Turbulente Tijden

Hoofdstuk 9

Toezicht op calamiteiten: wijsheid of werkverschaffing?

Ian Leistikow

Draagt calamiteitentoezicht bij aan kwaliteit van zorg? De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) zet ongeveer de helft van haar capaciteit in voor toezicht op calamiteiten. Zorginstellingen die met een calamiteit te maken krijgen, investeren fors in het proces van melden, onderzoeken en rapporteren aan de IGZ. Het melden en onderzoeken van calamiteiten is wettelijk verplicht op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Dus het moet, maar heeft het ook zin?

In deze bijdrage ontleed ik het toezicht op calamiteiten tot zeven onderdelen en ga ik per onderdeel in op wat hierover bekend is. Gaandeweg ontwikkel ik een agenda voor verder onderzoek naar het calamiteitentoezicht.

1. De definitie van ‘calamiteit’

Toezicht op calamiteiten begint met de vraag wat een ‘calamiteit’ is. In artikel 1 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is een calamiteit gedefinieerd als “een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van een cliënt of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid.” Deze definitie bestaat uit vier elementen:

- een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis;
- de kwaliteit van zorg;
- een relatie (“betrekking”) tussen deze twee;
- de dood van of een ernstig schadelijk gevolg.

Alle elementen bieden ruimte voor interpretatie. Vaak wordt een ongewenste uitkomst als ‘complicatie’ geduid omdat deze niet ‘onverwacht’ was; deze uitkomst is vaker gezien bij dergelijke ingrepen en de kans hierop is vooraf met de patiënt besproken. Om te kunnen concluderen dat er geen sprake is van een calamiteit moeten onderzocht worden of de ongewenste uitkomst betrekking had op de

kwaliteit van zorg. Bijvoorbeeld: een naadlekkage is een bekende complicatie bij gastro-intestinale operaties, dus weliswaar een ernstig schadelijk gevolg maar niet onverwacht. Als er echter in de kwaliteit van zorg iets niet goed is gegaan wat betrekking heeft op het ontstaan van de naadlekkage (antibiotica niet op tijd, arts onbekwaam, OK team ongedisciplineerd, informatieverlies in overdracht postoperatief) dan is er wel sprake van een calamiteit. Ook als operatief correct is gehandeld, maar de naadlekkage is te laat herkend door problemen met betrekking tot de kwaliteit van zorg (onervaren verpleging, geen goed gebruik *Early Warning* scores, communicatieproblemen tussen verpleging en artsen) is er sprake van een calamiteit. Regelmatig moet een ziekenhuis de gebeurtenis eerst onderzoeken voordat zij kan vaststellen of er al dan niet sprake is geweest van een calamiteit. Binnen andere sectoren is het niet anders. Zeker in de ouderenzorg is het vaak erg lastig om vast te stellen of het overlijden van een cliënt betrekking heeft gehad op de kwaliteit van zorg.

Het hanteren van een definitie voor 'calamiteit' is een internationaal erkend probleem. Dat heeft, naast bovenstaande elementen, ook te maken met het feit dat de maatschappelijke waarden die onderliggend zijn aan begrippen als 'kwaliteit van zorg' en 'schade' verschuiven over de tijd (Vincent & Amalberti, 2015). Wat we anno 2017 verstaan onder 'schade' is anders dan in 1997 en zal in 2037 weer anders zijn. De IGZ heeft in 2016 middels dialoogsessies geprobeerd om duidelijkheid te verschaffen aan het veld. De uitkomsten van deze sessie zijn verwerkt in een brochure. Gezien bovenstaande zal een dergelijke brochure echter nooit alle onduidelijkheid wegnemen.

De vraag is of dat noodzakelijk is. Het antwoord daarop hangt af van het doel dat een dergelijke definitie beoogt. Als het doel melden is, dus dat alle calamiteiten gemeld worden, dan is een limitatieve definitie van belang. Dit doel is gericht op de uitkomst, namelijk dat alle situaties die binnen die definitie vallen aan de IGZ worden gemeld. In Engeland heeft de National Health Service (NHS) om deze reden zogenoemde 'never events' gedefinieerd, een lijst van scherp omschreven situaties die altijd gemeld moeten worden, onafhankelijk van de uitkomst. Om de zoveel tijd wordt deze lijst gereviseerd (zie: <https://www.england.nhs.uk/patientsafety/never-events/>). Als het doel echter 'leren van ongewenste uitkomsten' is, dan is het vooral van belang dat de zorgverleners kunnen differentiëren tussen situaties waar wel of niet van geleerd kan worden. Of die situaties passen binnen de kaders van de definitie, bijvoorbeeld de ernst van de schade, is dan van ondergeschikt belang. Het doel van de definitie is dan het op gang brengen van een proces: het intern bespreken en duiden van ongewenste uitkomsten. Een scherpomlijnde definitie is hierbij van minder groot belang. De keuze van het doel bepaalt dus hoe scherp de definitie moet zijn en welke toezichtstrategie hierbij past.

Begin 2017 probeert de IGZ beide doelstellingen te verenigen. In haar beleid is zij gericht op de uitkomst dat alle calamiteiten worden gemeld. Dit wordt versterkt door artikel 30 van de Wkkgz op grond waarvan de IGZ bevoegd is een bestuurlijke boete op te leggen aan instellingen die een calamiteit niet, of niet tijdig, gemeld hebben. In haar Meerjarenbeleidplan stelt de IGZ echter dat zij het lerend vermogen van zorgaanbieders als uitgangspunt heeft (IGZ, 2016). Deze twee doelstellingen kunnen conflicteren. Dat leidt tot dilemma's voor inspecteurs, bijvoorbeeld wanneer deze een boete moeten opleggen voor het niet tijdig melden van een calamiteit in een situatie waarvan zij inschatten dat de boete een averechts effect zal hebben op het lerend vermogen van de betreffende zorgaanbieder.

2. De waarde van calamiteitmeldingen

Het melden van calamiteiten wordt algemeen gezien als een belangrijke methode voor het verbeteren van de patiëntveiligheid en veel landen hebben een nationaal systeem opgezet om deze meldingen te verwerken (Vincent, 2010). De daadwerkelijke waarde van deze systemen staat echter toenemend ter discussie (Mitchell et al., 2015). Zowel lokale als nationale meldsystemen lopen vast in het grote aantal meldingen dat ze te verwerken krijgen en schieten tekort in hun impact op de patiëntveiligheid. "We collect too much and do too little." (Macrae, 2015) De IGZ loopt hier ook tegen aan. Zij beschikt over een enorme database met calamiteiten maar kan deze tot nu toe niet vertalen naar algemene lessen voor zorgaanbieders. Ook meldingencommissies van grote zorginstellingen hebben moeite om uit hun enorme hoeveelheid meldingen generieke en praktisch toepasbare verbetermaatregelen te destilleren. Een onderliggend probleem hierbij is de keuze voor de taxonomie. Veel bestaande taxonomieën hebben twee problemen: de categorieën overlappen en inter-waarnemer variatie beïnvloedt de betrouwbaarheid. De IGZ heeft in 2006 het Eindhovense Classificatie Model ingevoerd als taxonomie voor de basisoorzaken van calamiteiten gemeld door ziekenhuizen (Habraken 2005). Doel was om de oorzaken van calamiteiten beter in beeld te krijgen. Hoewel deze werkwijze lijkt te hebben bijgedragen aan een diepgaandere analyse van calamiteiten door inspecteurs, is het beoogde overzicht van basisoorzaken nooit gekomen. In de praktijk bleek het voor inspecteurs belastend om de oorzaken structureel te registreren en hadden inspecteurs weinig vertrouwen dat de geregistreerde oorzaken een betrouwbare afspiegeling van de werkelijkheid waren. Om de basisoorzaak goed in beeld te krijgen, is gedegen analyse ('waarom is het gebeurd') van de calamiteit nodig. De kwaliteit van de analyses in de calamiteitenrapportage die de ziekenhuizen aanleverden was zeer wisselend, waardoor de genoemde basisoorzaken weinig vertrouwen wekten. Het project stierf een stille dood.

In 2016 is opnieuw gestart met een taxonomie voor calamiteiten uit ziekenhuis, ditmaal niet gericht op de basisoorzaken maar op het onderscheidende kenmerk

van de gebeurtenis. Inspecteur Jolien van Dijk ontwikkelde, samen met het team dat de calamiteitenmeldingen van ziekenhuizen beoordeelt, een nieuwe taxonomie gericht op de zogenoemde ‘topgebeurtenis’. Dat wil zeggen, het eerste moment in het zorgproces waarin het misging en wat de cascade in gang zette die tot de ernstige uitkomst leidde. De topgebeurtenis is niet de (basis)oorzaak van de calamiteit, dus het classificeren is niet afhankelijk van de analyse. Het kunnen duiden is wel afhankelijk van de reconstructie van de calamiteit (‘wat is er gebeurd’). De reconstructie hebben onderzoekscommissies beter in de vingers dan de analyse (‘waarom is het gebeurd’), waardoor inspecteurs vaker vertrouwen dat de informatie waarover zij beschikken klopt. Bijzonder aan deze indeling is dat er geen overlap in categorisering mogelijk is omdat een topgebeurtenis altijd slechts één moment is. Ook de inter-waarnemer variatie lijkt tijdens de pilot verwaarloosbaar klein. Interessant genoeg komt uit de eerste 380 geanalyseerde calamiteitenrapportages niet medicatie, maar ‘onderzoek & diagnostiek’ als grootse categorie uit de bus. Binnen deze groep is ‘vertraagde diagnose’ de grootse subgroep. Hoewel de indeling slechts iets zegt over wat er gemeld is, en niet representatief hoeft te zijn voor wat er aan onveiligheid plaatsvindt, biedt deze taxonomie perspectief op een manier om de patiëntveiligheid te verbeteren met behulp van data uit calamiteitsmeldingen.

De waarde van meldingssystemen zou ook kunnen liggen in het melden zelf. De mogelijkheid voor zorgverleners om ongewenste situaties te kunnen melden kan op zichzelf al bijdragen aan het bewustzijn dat deze situaties zich voordoen en daarmee aan de herkenbaarheid ervan. Ook het doen van een melding zou kunnen bijdragen aan het besef dat de gemelde situatie ongewenst en afwijkend was. Toen het melden van incidenten in ziekenhuizen begin 2000 een thema werd, was de reactie van veel zorgverleners “nou, dan kan ik de halve dag meldingsformulieren gaan zitten invullen.” Er was een zekere berusting opgetreden dat dingen nou eenmaal vaak fout gaan en dat dit erbij hoort: “waar gehakt wordt vallen spaanders.” Het zou kunnen dat de meerwaarde van het melden van calamiteiten niet alleen maar gelegen is in de kennis die hiermee opgedaan wordt over de calamiteiten zelf, maar juist ook in de impact die het heeft op bewustwording van onveiligheid in de zorg.

3. De waarde van calamiteitenonderzoek

Onderzoek naar het melden van incidenten in een Canadees ziekenhuis leerde dat de meeste zorgverleners problemen die ze zelf kunnen oplossen niet melden: “fix and forget”(Hewitt, 2015). Het wel melden en vervolgens analyseren van deze situaties maakt zogenoemd tweede orde leren mogelijk (Tucker, 2002). Dat wil zeggen, het identificeren van de onderliggende oorzaken om die te kunnen mitigeren. Voor het adequaat identificeren van die oorzaken is gedegen calamiteitenonderzoek essentieel. De IGZ is in 2013 begonnen met het beoordelen

van de kwaliteit van calamiteitenrapportages van ziekenhuizen volgens een nieuwe systematiek (Leistikow et al., 2016). Calamiteitenrapportages krijgen een cijfer tussen de 0 en 100%, afhankelijk van de mate waarin ze voldoen aan criteria die door de WHO zijn opgesteld (WHO, 2012). De scores worden bijgehouden in een database waarmee de IGZ het betreffende ziekenhuis over de tijd volgt en met soortgelijke ziekenhuizen vergelijkt. De gemiddelde score van calamiteitenrapportages is gestegen van 63% halverwege 2013, tot 85% eind 2016. iBMG onderzoeker Josje Kok bestudeerde de werkwijze van het IGZ team dat de calamiteitenrapportages van ziekenhuis beoordeelt. Uit haar onderzoek bleek dat dit team steeds, in pedagogische zin, weegt welke interventie het beste leereffect in het ziekenhuis geeft (Kok et al., 2017). Inmiddels wordt de nieuwe werkwijze overgenomen door andere teams binnen de IGZ. De gedachte achter deze werkwijze is dat de kwaliteit van verbetermaatregelen gerelateerd is aan de kwaliteit van het onderliggend onderzoeksproces. Pas als het proces van de totstandkoming van de verbetermaatregelen op orde is, heeft het zin op deze verbetermaatregelen toe te zien.

Er zitten echter wel een paar aannames achter deze werkwijze die nog onvoldoende uitgezocht zijn. Zo is het de vraag of de kwaliteit van de calamiteitenrapportage een reëel beeld geeft van de kwaliteit van het calamiteitenonderzoek. De IGZ baseert haar oordeel op de calamiteitenrapportage, dus per definitie op een papieren werkelijkheid. Hoewel de criteria waarop de IGZ oordeelt het moeilijk maken goed te scoren zonder ook daadwerkelijk onderzoek te hebben gedaan, kan een zorgaanbieder desondanks een positiever beeld schetsen van de calamiteitenonderzoek. Zo kan er geschreven staan dat er gesproken is met de nabestaanden, waardoor de IGZ dit criterium als 'goed' beoordeelt, terwijl het gesprek zelf geen recht deed aan wat de nabestaanden hadden willen inbrengen.

Daaronder ligt de vraag of calamiteitenonderzoek een reëel beeld geeft van wat er gebeurd is. Het doel van calamiteitenonderzoek is te reconstrueren wat er gebeurd is en te analyseren hoe dat kon gebeuren. Omdat de meeste handelingen in de zorg niet automatisch worden vastgelegd, zoals bijvoorbeeld in de zwarte doos van een vliegtuig, is de reconstructie grotendeels afhankelijk van wat zorgverleners zelf hebben vastgelegd en het geheugen en de openheid van de betrokkenen. De calamiteitonderzoekers zijn daarmee in sterke mate afhankelijk van de direct betrokkenen. Een voorbeeld waarin dit niet goed ging, was een calamiteitenonderzoek dat door de IGZ als goed werd beoordeeld, maar waarbij enige tijd later bleek dat één van de betrokkenen niet de waarheid had verteld. Het ziekenhuis heeft dit zelf bij de IGZ bekend gemaakt en een hernieuwd onderzoek uitgevoerd waaruit andere conclusies voortkwamen dan de oorspronkelijke. Dergelijke situaties zijn voor de IGZ vrijwel onmogelijk om te herkennen.

Daarnaast hebben de ervaring en deskundigheid van de calamiteitenonderzoekers zelf ook invloed. Als een onderzoeker geen inhoudelijke kennis heeft van het zorgproces waarin de calamiteit plaatsvond, zal deze makkelijker belangrijke details over het hoofd zien of voor de duiding te afhankelijk zijn van de direct betrokkenen. Deze situaties zijn beter te herkennen, omdat de deskundigheid van de onderzoekers in de rapportage staat. De ervaring van de calamiteitenonderzoeker met calamiteitenonderzoek lijkt ook invloed te hebben op de kwaliteit van de calamiteitenrapportage zoals de IGZ deze beoordeelt. Uit een steekproef van calamiteitenrapportages uit de verpleging & verzorging en gehandicaptenzorg bleek de kwaliteit van de rapportages significant gestegen na het aanstellen van een externe voorzitter (De Kam et al., 2016). Tenslotte zijn er aanwijzingen dat bestuurders de conclusie van calamiteitenrapportages soms aanpassen. Wanneer dit uit strategische overwegingen gebeurt, zou het de betrouwbaarheid van het calamiteitenonderzoek kunnen beïnvloeden.

Nog fundamenteler is de vraag of calamiteitenonderzoek wel een reëel beeld kan geven van wat er gebeurd is. Sidney Dekker stelt dat basisoorzaken van calamiteiten niet worden geïdentificeerd, maar gereconstrueerd. Op basis van de informatie die de onderzoekers ter beschikking staat, maken zij assumpties van hoe het moet zijn gegaan. Daarin speelt 'hindsight bias' volgens Dekker altijd een rol. Volgens deze redenering is het probleem van calamiteitenonderzoek dus niet dat het afhankelijk is van de medewerking van de betrokkenen en de deskundigheid van de onderzoekers, maar dat het inherent tekortschiet om daadwerkelijk te achterhalen hoe de calamiteit kon plaatsvinden. Dekker en anderen pleiten om de aandacht te verschuiven van wat er gebeurd is, naar wat de betrokkenen nodig hebben om verder te kunnen; een verschuiving van 'retributive justice' naar 'restorative justice' (sidneydekker.com/just-culture; zie ook Dekker 2007).

Onderzoek naar de gang van zaken rondom enkele grote Nederlandse calamiteiten toonde daarnaast aan dat 'framing' de uitkomst van calamiteitonderzoek beïnvloedt. Deze 'framing' was afhankelijk van het tijdsgewricht waarin het onderzoek plaatsvond. Lonneke Behr onderzocht drie casus die in 2001, 2005 en 2009 plaatsvonden. Hoewel de casus op veel vlakken vergelijkbaar waren, werd de casus uit 2001 geduid als een professioneel probleem, die uit 2005 als een bestuurlijk probleem en die uit 2009 als een governance probleem. Dit suggereert dat de tijdsgeest invloed heeft op welk 'reëel beeld' het calamiteitenonderzoek geeft van de calamiteit (Behr et al., 2015).

4. Het effect van calamiteitenonderzoek

Het doel van calamiteitenonderzoek is te komen tot verbetermaatregelen. Het beoogd effect hiervan is de kans op herhaling van soortgelijke calamiteiten te verkleinen. Tot nu toe is dit effect in de zorg niet aangetoond. Recent Amerikaans

onderzoek naar 302 calamiteitenrapportages over een periode van 8 jaar toonde aan dat vergelijkbare calamiteiten, zoals het achterblijven van operatiemateriaal in de patiënt, bleven voorkomen ondanks herhaald calamiteitenonderzoek. De onderzoekers constateren als een van de oorzaken dat de kwaliteit van de verbetermaatregelen vaak zwak is. Paragraaf 5 gaat verder in op dit thema.

In Nederlandse ziekenhuizen zijn ook voorbeelden bekend van calamiteiten die zich herhalen ondanks calamiteitenonderzoek. Zo was er een ziekenhuis waar binnen één jaar tweemaal rustgevende medicatie (benzodiazepinen) werden toegediend op initiatief van een verpleegkundige zonder voorschrift van de arts. De eerste patiënt overleed, de tweede moest gereanimeerd worden. De eerste calamiteit vond plaats op de intensive care, de tweede op de hartafdeling (CCU). Na de eerste calamiteit besteedde het ziekenhuis veel aandacht aan de calamiteit en nam maatregelen om herhaling te voorkomen. Kennelijk waren deze maatregelen onvoldoende of reikten deze niet tot de CCU. Het is aannemelijk dat er in de periode tussen deze twee calamiteiten meerdere keren zonder voorschrift medicatie is toegediend, zonder ernstige gevolgen voor de patiënt. Het zou immers wel heel toevallig zijn als net die twee keer dat dit gebeurde zulke ernstige gevolgen had.

Calamiteitenonderzoek kan, naast het verkleinen van de kans op herhaling van soortgelijke calamiteiten, ook andere gevolgen hebben voor het lerend vermogen. Zo zijn er anekdotisch aanwijzingen dat zorgverleners die ervaring opdoen in calamiteitenonderzoek op een andere manier naar hun werk kijken. Zij voelen zich beter in staat om onveilige situaties te herkennen en op te lossen voordat deze leiden tot schade aan de patiënt. Sommige wetenschappers stellen dat de het proces waarin een calamiteitenrapportage tot stand komt, belangrijker is dan de rapportage zelf (Macrae, 2014). Het onderzoeksproces draagt bij aan het verbeteren van de cultuur, omdat men het minder bedreigend leert vinden om open te zijn over onveiligheid en feilbaarheid. Een studie naar het toepassen van SIRE als methode voor incidentanalyse toonde aan dat 80% van de SIRE-onderzoekers dacht dat SIRE de kans op herhaling van soortgelijke incidenten had verkleind en 75% dacht dat SIRE een positief effect had op de cultuur (Leistikow, 2010: 222). Wellicht dat het effect van calamiteitenonderzoek niet zozeer gelegen is in de uitkomst van het onderzoek (de verbetermaatregelen), maar in het impact die het heeft op de zorgverleners die aan het onderzoeksproces deelnemen.

5. Kwaliteit en uitvoering van verbetermaatregelen

Paragraaf 4 beschreef de mogelijk invloed die de kwaliteit van de verbetermaatregelen heeft op het effect van calamiteitenonderzoek. Uit andere sectoren is kennis beschikbaar over de waarschijnlijkheid dat een verbetermaatregel effectief zal zijn. Administratieve maatregelen zoals het aanpassen van een protocol zijn zwakker dan fysieke maatregelen, zoals het

verwijderen van materiaal dat niet aan de voorschriften voldoet. De IGZ heeft geen overzicht van de kracht van de verbetermaatregelen die uit calamiteitenonderzoek voortkomen. Wanneer het onderzoeksproces in ziekenhuizen op orde is, zou een logische volgende stap voor de IGZ zijn om de focus te verleggen van het onderzoeksproces naar de uitkomst van dat proces: de kwaliteit van de verbetermaatregelen die uit het calamiteitenonderzoek voortkomen. De IGZ zou, in plaats van feedback te geven op het onderzoeksproces, feedback kunnen geven op de beoogde verbetermaatregelen.

Verbetermaatregelen moeten wel uitgevoerd worden om effectief te kunnen zijn. Onderzoek naar data van een Universitair Medisch Centrum in de periode 2004-2006 toonde aan dat 62% van de 69 verbetermaatregelen die uit calamiteitenonderzoek voortkwamen daadwerkelijk was uitgevoerd (Leistikow, 2010: 224). Overigens was 7% van de aanbevelingen niet concreet genoeg om vast te kunnen stellen of het was uitgevoerd. Toezien op de implementatie van verbetermaatregelen is een bestuurlijke verantwoordelijkheid. De wijze waarop de bestuurder daar invulling aan geeft in de calamiteitenrapportage, of in de begeleidende brief, is mede bepalend voor het oordeel dat de IGZ over de calamiteitenrapportage geeft. Veel ziekenhuisbestuurders geven aan dat ze de uitvoering opvolgen in hun periodieke gesprekken met divisie- of afdelingshoofden. Dit beschouwt de IGZ dan als voldoende geborgd.

Systeemtoezicht zou een passende strategie kunnen zijn voor de IGZ om toe te zien op de implementatie van verbetermaatregelen uit calamiteitenonderzoek. Systeemtoezicht richt zich op de vraag in hoeverre een instelling de structuren op orde heeft om te borgen dat de kwaliteit en veiligheid op orde zijn en dat voornemens tot verbeteringen ook daadwerkelijk worden uitgevoerd. Op die manier zou de IGZ de uitvoering van elke verbetermaatregel niet apart hoeven te controleren, maar kan zij zich richten op de structuren die een instelling heeft om erop toe te zien dat verbetermaatregelen worden uitgevoerd. Dit vereist expertise bij de IGZ om deze structuren goed te kunnen beoordelen en niet te varen op een papieren werkelijkheid (Zeitlin, 2013). In de periode 2012-2013 is op grond van een experimenteel project waarbij systeemtoezicht in drie sectoren in de zorg werd toegepast geconcludeerd dat de in het project toegepaste methode geschikt was om in korte tijd relevante informatie te verzamelen over de opzet en werking van de managementsystemen en de mate van risicobeheersing (Stoopendaal et al., 2014). Een dergelijke werkwijze zou een brug slaan tussen de twee belangrijkste vormen van toezicht die de IGZ toepast: het Incidententoezicht (IT) en het Risicotoezicht (RT).

6. Verspreiden van lessen tussen zorginstellingen

Er is een toenemend vraag aan de IGZ om lessen uit calamiteiten te delen met het veld. Ervan uitgaande dat de verbetermaatregelen die uit een calamiteitenonderzoek komen zinvol zijn, ligt het voor de hand om die verbetermaatregelen ook met anderen dan de direct betrokken zorginstelling te delen. Zo zouden die andere zorginstellingen soortgelijke calamiteiten kunnen voorkomen. De Amerikaanse *Joint Commission* stelt '*Sentinel Event Alerts*' op waarin belangrijke lessen uit geaggregeerde data gedeeld worden met het veld (jointcommission.org). Dat doet ze twee tot driemaal per jaar. Ook het Engelse NHS stelt '*Patient Safety Alerts*' op. Dat doet ze bijna maandelijks. De NHS-instellingen moeten aangeven wanneer ze de aanbevelingen uit deze alerts hebben overgenomen. Uit de data blijkt dat de overgrote meerderheid van de ziekenhuizen de aanbeveling niet binnen de gestelde termijn van een jaar hebben uitgevoerd (improvement.nhs.uk/resources). Paragraaf 2 beschreef dat het de IGZ nog niet gelukt is om data uit calamiteiten te vertalen naar algemene lessen voor zorgaanbieders. Daarbij komt dat het verspreiden van kennis niet automatisch leidt tot het toepassen van die kennis. In Ierland start in 2017 een nationaal onderzoek naar hoe dit beter georganiseerd kan worden. Wellicht leiden alternatieve formats, zoals *story-telling* of filmpjes gericht op zorgverleners tot betere integratie van lessen uit calamiteiten dan aanbevelingen gericht op ziekenhuisbestuurders.

7. Rol van de patiënt

Als een rode lijn door alle bovenstaande punten loopt de rol die de patiënt/cliënt of diens familie/nabestaanden kan spelen. Patiënten hanteren vaak een andere invulling voor 'calamiteit' dan de Wkkgz hanteert. Internationaal wordt het probleem ook herkend dat het medische perspectief dominant is in de duiding van wat schade in de zorg behelst en dat dit niet aansluit bij de beleving van patiënten (Canfield, 2013). Dit zien we ook bij de keuzes die de IGZ maakt. Onderzoek door Renée Bouwman naar meldingen die burgers bij de IGZ doen toonde dat 61% van deze meldingen niet door de IGZ wordt onderzocht. Uit haar onderzoek blijkt dat patiënten relationele aspecten van hun meldingen aan de IGZ vaak belangrijker vinden dan de klinische aspecten, terwijl het juist de meldingen zijn met klinische aspecten die het vaakst door de IGZ onderzocht worden (Bouwman et al., 2017).

Sinds 2013 stimuleert de IGZ dat ziekenhuizen de patiënt of diens nabestaanden betrekken bij het onderzoek naar calamiteiten. In 2013 gebeurde dit bij ongeveer 15% van de calamiteiten, eind 2015 was dit ongeveer 70%. De IGZ heeft echter weinig zicht op de consequenties die het betrekken van patiënten heeft op bijvoorbeeld de meldingsbereidheid of het onderzoeksproces zelf. Onderzoek door Josje Kok suggereert dat de ziekenhuizen de input van de patiënt vooral bezien vanuit het perspectief van wat relevant is voor het ziekenhuis, niet vanuit het perspectief van de patiënt zelf (een artikel hierover is in voorbereiding).

Bovenstaande suggereert dat patiënten mogelijk andere aspecten van zorgprocessen belangrijk vinden dan die waar calamiteitenonderzoek zich op richt. Dat zou betekenen dat de aanbevelingen die uit calamiteitenonderzoek komen mogelijk niet aansluiten op wat de patiënt belangrijk vindt.

Er is weinig bekend over de rol die patiënten zouden kunnen spelen bij de implementatie van verbetermaatregelen. Het betrekken van de patiënt of diens nabestaanden zou bij kunnen dragen aan een gevoel van urgentie of zingeving. Een voorbeeld hiervan is de *'Mary L McClinton Patient Safety Award'* van het Amerikaanse ziekenhuis Virginia Mason. Deze prestigieuze prijs, vernoemd naar een patiënte die bij een calamiteit overleed, wordt jaarlijks uitgereikt aan een kwaliteitsproject dat duurzame impact heeft gehad op de patiëntveiligheid (Macrae, 2016). Patiënten kunnen ook een actieve rol spelen in het verbeteren van de patiëntveiligheid. Een voorbeeld is *'experienced based co-design'*, waarbij patiënten betrokken worden bij het herontwerpen van zorgprocessen (Vennik et al. 2015). Een ander voorbeeld is de patiëntveiligheidskaart. Omstreeks 2005 heeft de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, in samenwerking met enkele veldpartijen, een kaart uitgebracht die in zes cartoons uitbeeldt hoe patiënten kunnen bijdragen aan patiëntveiligheid (patientenfederatie.nl). De cartoons stellen situaties voor die gerelateerd zijn aan het ontstaan van calamiteiten. Deze kaart – “help mee aan uw veilige behandeling” – wordt nog steeds door veel ziekenhuizen gebruikt.

8. Conclusies

Is het toezicht op calamiteiten wijsheid of werkverschaffing? Er zijn veel aanwijzingen dat het doen van onderzoek naar calamiteiten, en daarmee ook het toezien daarop, wijs is. Het mechanisme waardoor dit bijdraagt aan kwaliteit van zorg lijkt echter minder eenvoudig dan vaak wordt verondersteld en er zijn veel onbeantwoorde vragen over mogelijke neveneffecten. De afgelopen jaren heeft de IGZ de fundamenteen gelegd om onderzoek naar de consequenties van calamiteitentoezicht mogelijk te maken. Onder meer door betere dataverzameling en het expliciteren van het beoogd effect. De AWT heeft onderzoek in gang gezet waardoor een aantal onderzoeksvragen is beantwoord. De IGZ verwacht dat het lopend onderzoek een volgende verdiepingsslag zal bieden. Het wetenschappelijk onderzoek dat gekoppeld is aan het toezicht op calamiteiten blijkt geen werkverschaffing te zijn maar een bron van wijsheid die, vertaald naar praktisch toepasbare inzichten, de IGZ helpt om de effectiviteit van het calamiteitentoezicht te blijven verbeteren.

Nawoord: Toezicht – wijsheid, werkverschaffing of wetenschap?

Ik ontmoette Paul Robben toen hij mij bij de IGZ uitnodigde om mijn proefschrift over de rol van de bestuurder bij patiëntveiligheid te bespreken. Het was een

verassing voor mij dat de IGZ wetenschappelijk onderzoek deed naar haar eigen werk. Dat vergt moed. Onderzoek kan immers ook als uitkomst hebben dat je niet effectief bent, of zelfs schadelijk. Dat leek me een lastige situatie voor een staatstoezichthouder. Toen ik enige tijd later zelf bij de IGZ ging werken, merkte ik hoe belangrijk dit onderzoek juist is. De IGZ heeft enorme impact op zorgaanbieders, zowel op de individuen als op hun organisaties. En daarmee heeft de IGZ impact op de zorg die patiënt en cliënten ondergaan. Als de IGZ zichzelf niet tegen het licht zou houden, zou de kans op ongewenste effecten op kwaliteit van zorg groot zijn. Het onderzoek is dus noodzakelijk, maar daarmee niet minder moedig en moeilijk. Het is Paul Robben gelukt om in acht jaar een bloeiend onderzoeksimperium op te bouwen, met de juiste balans tussen academisch en praktisch. Hiermee is de droom om toezichtstrategieën te baseren op wetenschappelijke inzichten een stap dichterbij gekomen. Paul Robben bewees daarmee niet alleen de IGZ een enorme dienst, maar ook de zorgaanbieders, cliënten en patiënten.

Literatuur

- Behr, L., K. Grit, R. Bal & P. Robben. 2015. Framing and reframing critical incidents in hospitals. *Health, Risk & Society*. DOI:10.1080/13698575.2015.1006587.
- Bouwman, R., M. Bomhoff, P. Robben & R. Friele. 2017. Is there a mismatch between the perspectives of patients and regulators on healthcare quality? A survey study. Submitted.
- Canfield, C. 2013. It's a matter of trust: a framework for patient harm. Unpublished manuscript.
- Dekker, S. 2007. *Just culture: Balancing safety and accountability*. Aldershot: Ashgate.
- Habraken, M. & T. van der Schaaf. 2005. Beter analyseren van incidenten. *Medisch Contact*, 60(22):940-3.
- Hewitt, T.A. & S. Chreim. 2015. Fix and forget or fix and report: a qualitative study of tensions at the front line of incident reporting. *BMJ Qual Saf*. May;24(5):303-10.
- IGZ. 2016. *Gezond Vertrouwen. Meerjarenbeleidsplan 2016-2019*. Utrecht.
- de Kam, D., K. Grit & R. Bal. 2016. *Calamiteittoezicht in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg. Een evaluatie van een beleidswijziging in de care-sector per 1 oktober 2015*. Rotterdam: iBMG. December 2016.
- Kellogg, K.M., Z.Hettinger, M. Shah M, et al. 2016. Our current approach to root cause analysis: is it contributing to our failure to improve patient safety? *BMJ Qual Saf*. Dec 9. doi: 10.1136/bmjqs-2016-005991.
- Kok, J., I.P. Leistikow & R. Bal. 2017. Enacting learning: sentinel events and the pedagogy of regulation in healthcare. Under review at Regulation & Governance.
- Leistikow I. 2010. *Patiëntveiligheid, de rol van de bestuurder*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Leistikow, I.P., S.M. Mulder, J. Vesseur & P.B.M. Robben. 2016. Learning from incidents in healthcare – the journey, not the arrival, matters. *BMJ Qual Saf* doi:10.1136/bmjqs-2015-004853.
- Macrae C. 2014. *Close calls: managing risk and resilience in airline flight safety*. London: Palgrave.
- Macrae C. 2015. The problem with incident reporting. *BMJ Qual Saf* Sep 7. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004732.
- Macrae C. 2016. Remembering to learn: the overlooked role of remembrance in safety improvement. *BMJ Qual Saf*. Nov 18. doi: 10.1136/bmjqs-2016-005547.
- Mitchell, I., A. Schuster, K. Smith, P. Pronovost & A. Wu. 2015. Patient safety reporting: a qualitative study of thoughts and perceptions of experts 15 years after 'To Err is Human'. *BMJ Qual Saf* 2015 Jul 27. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004405.

- Stoopendaal, A., M. de Bree, F. Keuter & P. Robben. 2014. Systeemtoezicht in de Nederlandse gezondheidszorg. Een experimentele innovatie van toezicht. *Tijdschrift voor Toezicht*. (5);2:27-46.
- Tucker, A.L., A.C. Edmondson & S. Spear. 2002. When problem solving prevents organizational learning. *J Organ Chang Manag*;15:122–37.
- Vennik, Femke D., et al. 2015. Co-production in healthcare: rhetoric and practice, *International Review of Administrative Sciences*, 82 (1), 150-68.
- Vincent C. 2010. Reporting and learning systems. In: Vincent C (ed). *Patient Safety*. 2nd edn. Chichester: Wiley Blackwell, 75-95.
- Vincent C., & R. Amalberti. 2015. Safety in healthcare is a moving target. *BMJ Qual Saf* Jul 6. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004403.
- World Health Organization. 2012. *Concise Incident Analysis. Draft methodology*. October 25, 2012.
- Zeitlin J. 2013. Towards governance-based regulation? *Tijdschrift voor Toezicht*. (4);4:10–15.

Hoofdstuk 10

Toezicht in beweging

Martin de Bree

Nog heel goed weet ik dat Paul en ik op het parkeerdek op de Woudestein campus een gesprek hadden over vernieuwingen in het toezicht. We kwamen op het idee om de ervaringen die in de chemische industrie waren opgedaan met systeemtoezicht te testen in de gezondheidszorg. Ik herinner me het gesprek vooral goed omdat we – in mijn ervaring – een jongensachtig enthousiasme voelden bij de gedachte dat dat wel eens prima zou kunnen gaan werken! Paul toonde zich een visionair met gevoel voor de praktijk. Hij regelde een bijeenkomst met het managementteam van de IGZ. In deze bijdrage grijp ik regelmatig terug op het pilotproject dat hieruit voortvloeide.

Regels, regels en nog eens regels

Mijn fascinatie met de uitwerking van regels en ondernemen komt voort uit de vijftien jaar die ik in de afvalsector heb gewerkt. Na de nodige schandalen waarbij met afval werd gesjoemeld (Uniser, EMK, Zegwaard, TCR) werden er strenge regels door de overheid opgesteld. Niet alleen kwamen er veel regels. De meeste regels waren ook strafbaar gesteld zodat een overtreding direct grote gevolgen kon hebben. In die tijd werd dan ook gezegd dat je als directeur van een afvalbedrijf altijd met één been in de gevangenis stond. Het bracht me er toe me te gaan verdiepen in de relatie tussen regulering en ondernemerschap. Ik dacht aanvankelijk dat de afvalbranche de enige sector was waar zoveel regels waren. Inmiddels weet ik beter. Je zou kunnen zeggen dat de illusie van de maakbare samenleving haar sporen heeft nagelaten in veel meer sectoren dan alleen de afvalsector. En wat in de afvalsector al eerder aan de orde was, zie ik in meer en meer bedrijfstakken. Al die regels zijn voor zowel toezichthouders en bedrijven en instellingen bijna niet meer te behappen. Een enigszins gedateerde inventarisatie leert dat we in Nederland 1.883 formele wetten, 2.307 Koninklijke besluiten en 5.378 ministeriële regelingen hebben, dus in totaal zo'n 10.000. Dat is nog zonder de gemeentelijke en provinciale regelingen en verordeningen. Daar komen de Europese regels nog eens bij en dat zijn er momenteel 34.132. Velen daarvan zijn

verordeningen, richtlijnen en beschikkingen.¹ Al die regels kennen is al onbegonnen werk, laat staan de inhoud begrijpen én dan nog eens omzetten in acties.

Als de hoeveelheid regels zo groot is, is het niet zo vreemd dat het aantal overtredingen ook groot is en dan hebben de regels weinig onderscheidend vermogen. Gechargeerd gesteld, als iedereen de regels overtreedt, waar ligt dan het onderscheid tussen goed en minder goede bedrijven? Als er een incident is en de regels blijken overtreden te zijn, wordt er vaak fors gereageerd door media en politiek. Overhaast generaliseren doet de rest: de hele sector zal wel niet deugen. De afgelopen jaren zijn naast de afvalsector, de bouw, de chemische industrie, de financiële wereld, de woningcorporaties, het onderwijs en de zorg op soortgelijke wijze minder aangenaam in het nieuws gekomen. De standaardreactie vanuit het politieke en ambtelijke apparaat bestaat dan vaak uit het stellen van nog meer regels. Deze lossen logischerwijs het probleem niet op maar maken het alleen maar groter. Een mallemolen die op sommige plekken welhaast Kafkaïens aandoet.

In dit hoofdstuk ga ik in op de problemen met regulering en toezicht. Ik stel hierbij dat de problemen worden veroorzaakt door een achterhaald discours en dus vragen om ingrijpende veranderingen. Ik laat enkele voorbeelden zien van een vernieuwende aanpak en sluit af met een blik vooruit.

Met paard en wagen naar mars

Hoe is het zover gekomen dat we in deze situatie verzeild zijn geraakt? In deze paragraaf doe ik een poging om een antwoord op deze vraag te vinden. Mij lijkt het legitiem te stellen dat het denken over regulering en toezicht lange tijd gedomineerd is geweest door een juridisch-economisch discours. Regulering en toezicht zijn zowel in de wetenschappelijke wereld als in de praktijk het domein van juristen, economen en criminologen. Twee van de bekendste en door toezichthouder geprezen wetenschappers zijn Malcolm Sparrow en John Braithwaite, respectievelijk oud-politieman en criminoloog. Het juridisch-economische discours dat zich heeft ontwikkeld, heeft ons veel gebracht maar kent ook nogal wat beperkingen. Het belangrijkste probleem is dat het uitgaat van veronderstellingen en ficties waarvan de geldigheid heden ten dage discutabel is.

Ten eerste zijn regulering en toezicht gebaseerd op lineair processen. De wetgever stelt de wet vast in de veronderstelling dat door het uitvoeren van die wet het beoogde doel wordt gerealiseerd. De burgers en bedrijven leven de wet na en als zij dit niet doen zorgt de toezichthouder voor handhaving. Dit lineaire proces schiet

¹ Bron: Prof. Dr. W.J.M. Voermans tijdens het RSM symposium regels, compliance en toezicht, 4 oktober 2012, Den Bosch

in een aantal opzichten tekort. Ondanks pogingen om derde partijen invloed te geven via consultatierondes en dergelijke wordt er impliciet van uitgegaan dat de wetgever alle kennis in huis heeft om effectieve regels te formuleren. Ook wordt ervan uitgegaan dat de regels effectief en uitvoerbaar zijn. Bij de geldigheid van deze veronderstellingen kunnen vraagtekens worden gezet. Dat is de reden waarom innovatieve organisaties niet sequentieel (stap voor stap) werken, maar simultaan. Met andere woorden: het ontwerpproces is zo georganiseerd dat alle kennisdragers gelijktijdig en gelijkwaardig bijdragen aan het ontwerp.

Het lijkt erop dat het ontwerpproces van regels niet optimaal is en dit heeft gevolgen voor de kwaliteit van de regels. Er is een ingesloten proces van regels produceren dat wordt getriggerd bij incidenten en dat volgens achterhaalde ontwerpprincipes verloopt. Geen wonder dat we met te veel regels zitten die ook nog eens van bedenkelijke kwaliteit zijn.

Ten tweede houdt dit juridisch-economische discours geen rekening met de mogelijkheid dat burgers en bedrijven zich ethisch gedragen. Afschrikking is nog steeds het dominante instrument bij toezicht terwijl we weten dat de meeste mensen andere motieven hebben dan het vermijden van straf. Talloze onderzoeken laten zien dat straffen op zichzelf in veel gevallen niet effectief is, zeker niet als burgers en bedrijven van goede wil zijn. We gaan er bij de afschrikingsbenadering vanuit dat burgers en bedrijven 'er onder' gehouden moeten worden en dat de dreiging van sancties hét middel is om dit te bereiken. Veel burgers en bedrijven die van goede wil zijn ervaren dit als ongepast, frustrerend en soms beledigend. Een ander effect is dat burgers en bedrijven bij opgelegde regels snel lui worden en zelf niet meer nadenken over het doel van de regels.

Het basisprobleem is dat we een manier van denken hanteren die achterhaald is maar intussen wel gestold is in onze staatsinrichting. Het sequentiële proces van regels opstellen is sterk geïnstitutionaliseerd met een vaste volgorde van processtappen. Natuurlijk zijn er allerlei vormen van inspraak en input van derden zoals in consultatierondes, maar het basisproces is nog steeds stapsgewijs en het is de overheid die een dominante stem heeft in het ontwerpen van regels. Innovatieve ideeën over een ander ontwerpproces van regels lijken nog erg ver weg van toepassing (Voermans, 2009). Het mechanisme van afschrikking is keurig juridisch geregeld. Het strafrecht is er om te straffen en werkt volgens eigen autonome processen. De vraag of het strafrecht effectief is in een bepaalde situatie, komt niet of nauwelijks meer aan de orde. Met andere woorden, met het oude discours in nieuwe omstandigheden proberen we met paard en wagen naar mars te reizen.

En de toezichthouder...hij ploeterde voort

Veel van de problemen die als gevolg van de bovengenoemde incident-regel reflex¹ ontstaan komen op het bord van de toezichthouder. De toezichthouder staat voor een lastige opgave. Deze opgave wordt nog lastiger doordat de toezichthouder met een dubbele opdracht op pad wordt gestuurd. Enerzijds is zijn mandaat beperkt tot het handhaven van regel naleving. Handhaven op de letter van de wet wordt met het toenemen van de regels alsnar lastiger. Echter, als er problemen zijn in de sector, kijkt iedereen naar de toezichthouder, ook al zijn deze niet het gevolg van regel overtredingen.² Als de toezichthouder probeert terug te grijpen op een achterliggend doel dan wordt hij al snel teruggefloten.³

Het komt er dus op neer dat de toezichthouder in een spagaat kan komen door het probleem van inconsistenties tussen maatschappelijk doel (zoals veiligheid) en regels die dit doel moeten helpen realiseren maar steeds meer afgedreven zijn van dit doel. Het valt de meeste toezichthouders zwaar om steeds maar weer de gebeten hond te zijn. De Wetenschappelijk Raad voor het Regeringsbeleid pleit voor reflectief toezicht. De WRR roept toezichthouders op niet alleen toezicht te houden op de naleving van de wet, maar ook terugkoppeling te geven aan de wetgever over eventuele risico's die nog niet gereguleerd zijn. Maar hoe dit structureel ingepast moet worden in de bestaande processen is nog verre van duidelijk.

Er zijn ruwweg twee benaderingen in toezicht: afschrikking en samenwerking. Al enige tijd woedt een discussie over de vraag wat de beste aanpak is. Afschrikking blijkt in een flink aantal gevallen niet te werken en daar waar het werkt, werkt het vooral indirect (Wingerde, 2012). Samenwerking lijkt soms te werken, maar 'free rider' gedrag en 'capture' liggen op de loer. Toezichthouders zijn in het verleden nogal eens te goed van vertrouwen geweest als een sector zelfregulering beloofde. Het resultaat is een soort *trial-and-error* werkwijze die we kennen van de modellen van Ayres en Braithwaite: escaleren tot het gewenste effect wordt bereikt.

Het beeld dat zich opdringt is dat toezichthouders de sector of de organisaties waarop ze toezicht houden zien als een 'black box'. De effecten van de interventies van toezichthouders op het toekomstig gedrag van de doelgroep is in grote mate

¹ Prof Dr. J.A. Knottnerus (WRR) heeft er op gewezen dat dit een beter passende term is voor dit verschijnsel dan de veel gebruikte term risico-regel reflex omdat het een reflex is als gevolg van een incident en niet van een risico (tijdens symposium "Regels, compliance en toezicht" 4 oktober 2012, Den Bosch).

² Zie de verwijten die de DNB en de AFM ten deel vielen na de financiële crisis en de golf van kritiek over de formele opstelling van de ILT bij de Fyra enquête.

³ Zie de discussie rond de doelstelling van de ACM waarin het welzijn van de burger centraal staat.

onduidelijk. De conclusie die voor de hand ligt is dat toezichthouders veel meer moeten begrijpen van hoe de onder toezicht staande organisaties zich gedragen en welke factoren hierop invloed hebben. Dan kunnen ze deze kennis aanwenden voor het bedenken van effectieve strategieën. Het gaat hierbij met name om kennis over de vraag hoe een toezichthouder kan beoordelen of gewenst gedrag door een organisatie is geborgd en wat een toezichthouder kan doen om gewenst gedrag te bevorderen.

Nieuwe wegen

Welke opties zijn er voor verbeteringen? Een combinatie van twee richtingen ligt voor de hand. Enerzijds lijkt het zaak om maximaal gebruik te maken van het zelfregulerend vermogen dat uitgaat van *governance*, oftewel van niet publieke krachten die ethisch gedrag kunnen bevorderen. Dat lijkt een harde noodzaak te zijn, gelet op de beperkte capaciteit. Je kunt immers niet achter elke burger een toezichthouder zetten. Anderzijds lijkt het van belang dat ruimte komt in het verstikkende regelwoud. Nu zitten uitvoerende partijen te veel vast aan detailregels die generiek zijn bepaald en te weinig ruimte laten om per situatie te optimaliseren. De partijen die de regels uitvoeren zouden situationeel meer af moeten kunnen wijken van de letter van de wet onder de voorwaarde dat het achterliggende maatschappelijke doel wordt gehaald (Vos, 2016).

Er wordt veel discussie gevoerd over de vraag of zelfregulering kan werken. Tegenstanders voeren voorbeelden aan van de financiële crisis, olierampen, explosies, misstanden bij woningcorporaties enzovoorts om aan te tonen dat zelfregulering niet werkt. Tegelijkertijd zien we dat op veel plaatsen waar het overheidstoezicht niet continu aanwezig is, het toch meestal wel goed gaat. Gebouwen storten niet massaal in terwijl het bouwtoezicht minimaal is. Veel chemische fabrieken staan nog steeds overeind terwijl de toezichthouder toch maar een fractie van de bedrijfstijd op het terrein is. Operaties verlopen doorgaans goed terwijl de Inspectie niet op de vingers van de chirurg kijkt. Kennelijk is er een potentieel voor zelfregulering dat ervoor zorgt dat zaken goed gaan zonder directe overheidsbemoediging. Een duidelijk voorbeeld dat laat zien hoe zelfregulering kan werken is de commerciële luchtvaart. Al sinds de Tweede Wereldoorlog werkt men in deze sector aan een wereldwijd stelsel dat is gebaseerd op zelfregulering. Commerciële luchtvaart is inmiddels 100 maal veiliger dan autorijden en 10.000 keer veiliger dan motorrijden. Het is dus niet de vraag of zelfregulering kan werken, want dat is wel duidelijk. Het is de vraag onder welke condities zelfregulering kan bijdragen aan de bescherming van publieke belangen. Het antwoord op deze vraag is nog niet duidelijk.

De discussie vanuit het achterhaalde discours gaat over meer of minder (zelf)regulering. Dit lijkt een te platte manier van denken te zijn. Als Malcolm

Sparrow zegt dat risicobeheersing onder bepaalde omstandigheden kan worden overgedragen aan de private sector, betekent dat niet dat de overheid helemaal geen rol meer hoeft te spelen. Zoals de luchtvaartcasus suggereert, betekent het dat de overheidstoezichthouder op een andere manier toezicht zal moeten gaan houden. De publieke autoriteiten realiseren zich dat de beste plek om de risico's te managen bij de bedrijven zelf is. Die zijn verantwoordelijk voor risicobeheersing. Het overheidstoezicht is daar niet zo zeer een technisch vraagstuk meer ('zitten die bouten wel vast?'), maar een sociaal vraagstuk ('hoe heeft het bedrijf georganiseerd dat die bouten altijd goed vast zitten?') (Sparrow, 2012). De toezichthouder beoordeelt wat de kwaliteit van de zelfregulering is en controleert of en hoe het bedrijf de risico's identificeert, analyseert en beheerst. Daar hoort bij dat wordt beoordeeld of hiertoe de vereiste competenties aanwezig zijn, of het proces goed verloopt, of de beheersmaatregelen goed worden geïmplementeerd en of het bedrijf zichzelf hierop controleert en corrigeert. De toezichthouder in de luchtvaartsector deelt hoegenaamd geen straffen uit omdat de sector dat ontgroeid is, het heeft geen zin. Er is een lerend systeem ontstaan waar informatie vrij kan stromen juist door het verlaten van het afschrikingsmechanisme en daardoor wordt het veiliger. Ook interessant is dat het aantal toezichthouders zeer beperkt is. Er is dus een grote mate van veiligheid met minimale inspanning van overheidskant doordat de toezichthouder op een andere manier werkt en bedrijven hier positief op reageren.

Een pilot bij zes instellingen in de gezondheidszorg toont aan dat deze werkwijze ook in de zorg kan werken (Stoopendaal, 2016). Natuurlijk zijn de omstandigheden in de zorg anders dan in de luchtvaart en dus ook de risico's. Maar doordat het toezicht wegdrijft van een technisch vraagstuk naar een sociaal vraagstuk, kan ruwweg dezelfde aanpak worden gevolgd. De raad van bestuur van een zorginstelling werd de vraag gesteld hoe zij kwaliteit en veiligheid waarborgen en kreeg de gelegenheid dit uit te leggen. De Inspectie gaf terugkoppeling op de manier waarop de instelling risicobeheersing en naleving had georganiseerd. De zorginstellingen reageerden positief en gingen aan de slag om structurele verbeteringen in het waarborgen van verantwoorde zorg door te voeren.

Door deze aanpak kunnen twee dingen worden bereikt. Ten eerste kan de Inspectie zich een oordeel vormen over de kwaliteit van de interne beheersing. Dit oordeel heeft voorspellende waarde omdat een tekortschietende beheersing betekent dat de instelling langs het randje loopt en te grote risico's neemt die zich nog niet als incidenten hebben gemanifesteerd. Het biedt daarmee de raad van bestuur de mogelijkheid om in te grijpen voordat zaken echt misgaan. Ten tweede kan de Inspectie door bevindingen terug te koppelen aan de instelling een verbeterproces entameren. Instellingen gingen een grondige risicoanalyse uitvoeren (in de zorg een

‘prospectieve risicoanalyse’ genoemd) en noodzakelijke verbeteringen aanbrengen.

Om te kunnen ondernemen en in fysieke werkelijkheid een organisatie te runnen moeten er niet allerlei regels in de weg zitten. Risico’s verschillen per situatie en vragen dus ook om ruimte die het toelaat per situatie de beste oplossingen te vinden. Als regels te detaillistisch op algemeen niveau worden vastgesteld, staan ze een optimale risicobeheersing in de weg. Zowel de toezichthouder als de gereguleerde organisatie moeten speelruimte hebben om voor die situatie de beste oplossing te vinden, gegeven de maatschappelijke en private belangen (Perezts, 2014).

Voor meer ruimte is meer vertrouwen nodig dat de individuele toezichthouder in elke situatie de juiste aanpak kiest om de maatschappelijke belangen optimaal te dienen. Zonder deze ruimte kan de toezichthouder eenvoudigweg zijn werk niet goed doen en vervalt al snel in vinkjes zetten. Mèt de ruimte kan de toezichthouder per situatie vanuit zijn eigen professionaliteit en moraliteit zich inzetten om maatschappelijke belangen optimaal te dienen. Dit vertrouwen zal niet vanzelf komen, de ruimte moet worden verdiend. Zowel individueel als op organisatieniveau zullen toezichthouders moeten aantonen dat dit vertrouwen gerechtvaardigd is. Van het management van toezichthoudende organisaties mag worden verwacht dat zij de ruimte bij hun opdrachtgevers bevechten op basis van hun *state-of-the-art* beleid en hun mensen steunen in hun professionele oordeel en aanpak.

Knelpunten

Om ruimte te geven aan nieuwe wegen zijn er belangrijke knelpunten op te lossen. Het eerste knelpunt is dat veel toezichthouders, hun bestuurders en politieke opdrachtgevers niet lijken in te zien dat een individueel incident niet automatisch betekent dat een stelsel of systeem niet deugt. Een instelling waar zich een probleem manifesteert kan het qua risicobeheersing veel beter voor elkaar hebben dan een instelling waar geen incident is. Effectieve zelfregulering impliceert niet dat er nooit fouten worden gemaakt, maar dat eventuele fouten worden opgemerkt, gecorrigeerd en worden aangewend om van te leren. Vertegenwoordigers van het oude discours hebben doorgaans grote moeite met deze redenering. Toch zijn er in binnen- en buitenland hoopvolle signalen dat deze risico-gebaseerde blik begint post te vatten bij de publieke toezichthouders. Naast het al genoemde voorbeeld van toezicht in de luchtvaart zijn er verschillende voorbeelden van toezichthouders die zich realiseren dat zij soms niet direct primair moeten reageren op een incident. Zo is in de Amerikaanse federale strafrechtlijnen te lezen dat het optreden van een enkel incident niet betekent dat het managementsysteem van een bedrijf niet goed functioneert. De Provincie Noord-Brabant is terughoudend met optreden als het

bedrijf bij een incident vanuit een goed werkend managementsysteem zelf adequate actie neemt (Provincie Noord-Brabant, 2011).

Omgekeerd betekent de afwezigheid van incidenten niet dat er sprake is van een goede risicobeheersing. Het is mogelijk dat de organisatie grote risico's neemt en dat het wachten is op een groot incident. Ook dit vergt anti-intuïtief optreden van de toezichthouder: ingrijpen ondanks het ontbreken van incidenten, maar op grond van geconstateerde tekortkomingen in de risicobeheersing. Dat dit niet vanzelfsprekend is blijkt uit de Odfjell casus waar er media-aandacht aan te pas moest komen voordat de toezichthouders stevig gingen optreden.

Het tweede knelpunt manifesteert zich in het verlengde van het eerste. Het oplossen ervan vereist meer kennis van de doelgroep en de specifieke activiteiten. Bedrijven en instellingen neigen ernaar om veel te beloven, maar dit niet te vertalen in concrete acties en resultaten, door wetenschappers ook wel '*decoupling*' genoemd. Het heeft doorgaans voordelen om als bedrijf symbolisch een bepaald beleid te voeren, bijvoorbeeld door het onderschrijven van een governance code waarin allerlei zaken zijn geregeld op het vlak van *compliance* en risicobeheersing. De voordelen liggen in de sfeer van het vergroten van de legitimiteit bij stakeholders. Echter, het daadwerkelijk implementeren van dat beleid is nogal eens een probleem. Zo kan een ont koppeling ontstaan tussen het formele beleid dat naar buiten toe wordt uitgedragen en de fysieke werkelijkheid.

Bij opzettelijke decoupling spreken we ook wel van 'free rider' gedrag omdat de organisatie wel de voordelen heeft van het beleid, maar niet de lasten van implementatie en daar bewust op aanstuurt. Decoupling kan ook onopzettelijk zijn als implementatie lastiger of duurder is dan aanvankelijk gedacht. Dit verschijnsel zorgt er wel voor dat de toezichthouder die bereid is om rekening te houden met zelfregulering, niet kan afgaan op de papieren werkelijkheid zoals verwoord in governance codes, certificatie standaarden, gedragscodes, beleidsverklaringen en dergelijke. Het gemak waarmee in deze documenten beloftes worden gedaan over compliance en risicobeheersing is opvallend en vaak niet erg realistisch. Bij de pilot in de zorg bleek bijvoorbeeld dat geen enkele instelling een goed overzicht had van de regels¹ en dat er het nodige te verbeteren was op het vlak van risicobeheersing. De toezichthouder zal dus informatie moeten hebben over de vraag of het formele beleid ook daadwerkelijk in de praktijk gestalte krijgt en resultaat oplevert.

¹ Dat er desondanks door deze instellingen heel behoorlijke zorg werd geleverd toont de beperkte waarde van regels en de potentie van zelfregulering des te meer aan.

Toezicht wordt meer en meer een sociale uitdaging en vraagt om maatwerk vanuit een goed begrip van de doelgroep. In een effectieve aanpak kunnen zowel straf als samenwerkingsvormen worden toegepast die recht doen aan de intenties en competenties van de onder toezicht staande organisaties. Hoewel *responsive regulation* voorstelt dat de toezichthouder zijn interventie afstemt op het gedrag van de gereguleerde organisatie, geeft het weinig of geen houvast met betrekking tot begrip hoe zelfregulering werkt. Ayres & Braithwaite stellen voor eerst ‘lichte’ interventies toe te passen en als dit niet het gewenste resultaat heeft, op te schalen naar ‘zwaardere’ interventies. Het is dus in wezen een *‘trial and error’* strategie. Het gevaar hiervan is dat de kans groot is dat niet tijdig de meest geschikte interventie wordt toegepast met risico’s voor incidenten als gevolg. Meer begrip over factoren die een rol spelen bij zelfregulering is nodig om ervoor te zorgen dat een toezichthouder direct al een effectieve interventie kan kiezen. Ook kunnen dan nieuwe interventies worden toegepast die gericht zijn op de versterking van de zelfregulering binnen de organisatie, zoals het aanzetten tot verbetering van risicobeheersing of borging van regelnaleving.

Afsluitend

De manier waarop we reguleren is aan vernieuwing toe. Wat vroeger goed werkte, voldoet niet meer omdat de omstandigheden zijn veranderd. Vasthouden aan oude gewoonten gaat ons niet verder helpen, want we wentelen ons dan in schijnbaar comfortabele ficties van volledige controle. Het is duidelijk dat de nieuwe wegen vragen om leiderschap. Er zijn leiders aan publieke én private kant nodig die de moed hebben duidelijk te maken dat een risicoloze samenleving niet bestaat en dat die illusie verbeteringen in de weg staat. Er is een betere aanpak dan de huidige, ook al is die niet perfect. De Provincie Noord-Brabant heeft hierin bijvoorbeeld stappen gezet door vertrouwen in plaats van wantrouwen als uitgangspunt te nemen en op basis daarvan de samenwerking met het bedrijfsleven aan te gaan. De Inspectie voor de Gezondheidszorg experimenteert met systeemtoezicht en toezicht op besturen en heeft de moed om liefdevolle zorg op de agenda te zetten, ook al is nog niet helemaal duidelijk hoe dat er in de praktijk precies uitziet. Het zijn pogingen om het oorspronkelijke doel van regulering weer dichterbij te brengen.

Toezichthouders kunnen meer dan ooit van elkaar leren. Doordat toezicht steeds meer een sociale component krijgt naast de traditioneel technische, ontstaan er meer overeenkomsten in het toezicht. Een risicomanagement systeem van een chemische fabriek of een luchtvaartmaatschappij is in wezen niet heel veel anders dan dat van een ziekenhuis of een kerncentrale. Kennis over veiligheid en kwaliteitsborging en de invloed hierop van cultuur en gedrag is relatief sectoronafhankelijk. Dat betekent dat toezichtarrangementen van de ene sector beter toepasbaar worden in de andere sector. Met het ontwikkelen van een volwassen relatie tussen toezichthouders en bedrijven en instellingen is het zaak

om van beide kanten stappen te zetten in professionaliteit en moraliteit. Leiderschap bij toezichthouders kan ervoor zorgen dat leiderschap in de sectoren de ruimte krijgt. Het toelaten van de mogelijkheid van vertrouwen en een open dialoog over wat hiervoor nodig is, kan ervoor zorgen dat er betere prestaties worden geleverd en dat ook nog tegen lagere kosten. Daar hoort ook bij dat een toezichthouder hard en slagvaardig optreedt als dat nodig is om de samenleving te beschermen tegen risico's van ongewenst gedrag. Maar daar waar het haalbaar is en in de sector relatief veel organisaties actief zijn die er blijk van geven dat zij bereid en in staat zijn tot effectieve zelfregulering, zou de toezichthouder moeten overschakelen naar een model dat op professionaliteit en moraliteit van de betrokkenen is gebaseerd.

Terugdenkend aan het gesprek dat Paul en ik hadden op het parkeerdek zie ik dat we in de afgelopen paar jaren veel hebben geleerd over modern toezicht. Eens te meer is me duidelijk dat de praktijk weerbarstig kan zijn maar dat het geen reden is om geen nieuwe wegen uit te proberen. Innovatie is een proces waarin je ideeën en dromen pas gestalte krijgen als je ze in de praktijk moedig ten uitvoer brengt, wetend dat je soms tegen onbekende hobbels en belemmeringen aan loopt. Ik ben erg blij dat we dat gesprek hebben gehad.

Literatuur

- Downer, J. 2010. Trust and technology: the social foundations of aviation regulation, *The British Journal of Sociology*, Volume 61 Issue 1, 83-106.
- Perezts, M., S. Picard. 2014. Compliance or Comfort Zone? The Work of Embedded Ethics in Performing Regulation. *Journal of Business Ethics*, Vol. 131, Issue 4: 833-852.
- Provincie Noord-Brabant. 2012. Beleidskader systeemgericht toezicht.
- Sparrow, M.K. 2012. Crime reduction through a regulatory approach; Joining the Regulatory Fold. *Criminology & Public Policy*. American Society of Criminology, Volume 11, Issue 2.
- Stoopendaal, A., M.A. de Bree & P.B.M. Robben. 2016. Reconceptualizing Regulation: Formative Evaluation of an Experiment with System-Based Regulation in Dutch Health Care. *Evaluation*, Vol. 22(4), 394-409.
- Voermans, W.J.M. 2009. Zelf Wetgever Worden, *Regelmaat*, 24(5).
- Vos, R.O. & M.A. de Bree, M.A. 2016. Meer Zuurstof in het Systeem, *Tijdschrift voor Public Governance, Audit & Control*, 2, 4.
- Van Wingerde, C.G. 2012. *De Afschrikking Voorbij*, Nijmegen, Wolf Legal Publishers.

Hoofdstuk 11

Europa en toezicht op zorg. Ook een zorg voor de toezichthouder?

Jan Vesseur

Mede dankzij Paul Robben heeft het Europese netwerk van toezichthouders in de zorg in de laatste tien jaar een belangrijke ontwikkeling doorgemaakt. Hij heeft ervoor gezorgd dat er een permanent secretariaat werd opgezet en daarmee een belangrijke basis gelegd onder de continuïteit van het netwerk. In die jaren heeft hij als bestuurslid mede inhoud gegeven aan de activiteiten van het netwerk. In deze bijdrage meer over het toezicht in de zorg in Europa, het netwerk van toezichthouders, het ontstaan ervan, de inhoud en ontwikkelingen.

Context

Met het verdrag van Maastricht werd in 1992 met het subsidiariteitsprincipe duidelijk gemaakt dat zorg niet zo'n groot Europees onderwerp zou worden. De wijze waarop de Europese landen hun gezondheidszorg vorm zouden geven, de financiering ervan zouden regelen, maar ook de kwaliteit en veiligheid ervan zouden waarborgen, zouden vooral aangelegenheden worden van de lidstaten zelf. Het toezicht daarop dus ook. Dat neemt niet weg dat lidstaten veelal worden geconfronteerd met soortgelijke problematiek, die zich soms ook grensoverschrijdend voor kan doen. Het was bijvoorbeeld Jitze Verhoeff, de hoofdinspecteur Volksgezondheid, die, toen in 1996 Nederland het voorzitterschap van de EU vervulde, tijdens de bijeenkomst van de hoogste ambtenaren Volksgezondheid van de lidstaten het probleem van disfunctionerende beroepsbeoefenaren in een internationale context plaatste. Ieder land had te maken met disfunctionerende beroepsbeoefenaren en het lag voor de hand dat ook aanpak en oplossingen van het probleem in ieder land met dezelfde problemen te maken had. Daarbij kwam het probleem dat sommige disfunctionerende beroepsbeoefenaren zich in een ander land vestigden waardoor de problemen uit het ene land geëxporteerd werden naar het andere land. Instanties uit de verschillende landen die met het probleem van deze beroepsbeoefenaren moesten omgaan zouden meer met elkaar moeten kunnen samenwerken, aldus Verhoeff. Hij nam op de bijeenkomst in Noordwijk het initiatief om een platform op te zetten

van de toezichthouders uit de Europese lidstaten. Het doel was dat de toezichthouders kennis zouden nemen van elkaars werkwijzen, van de problemen waar zij mee te maken kregen en te streven naar een laagdrempelig contact tussen de toezichthouders om uitwisseling van informatie mogelijk te maken. Dat bleek echter nog niet zo eenvoudig.

Het toezicht in de verschillende Europese landen

Ieder land heeft centraal een ministerie van Volksgezondheid, verantwoordelijk voor de inrichting en het beleid op het gebied van de gezondheidszorg. De wijze waarop die inrichting en dat beleid verder worden ingevuld verschilt echter in hoge mate. Allerlei factoren spelen daarbij een rol. Zo is de mate waarop de centrale overheid stuurt afhankelijk van de organisatie van het land. Landen met een decentrale, veelal federatieve structuur, zoals Duitsland, Spanje, Italië en ook wel Frankrijk kennen grote verschillen ten opzichte van de landen met een centrale structuur zoals de Scandinavische landen, Nederland, België, het Verenigd Koninkrijk en Portugal. Het toezicht in de landen met een decentrale structuur is veelal op het decentrale niveau belegd, terwijl de landen met een centrale regie ook het toezicht centraal georganiseerd is. Ook de wijze waarop de zorg wordt gefinancierd maakt uit. Zo hebben landen met een structuur van de *National Health Service*—Engeland, de Scandinavische landen—het toezicht op een andere manier geregeld dan landen met een sociaal verzekeringssysteem, zoals Duitsland en Nederland (Ngo et al., 2008). Daarnaast is ook de wijze waarop de beroepsorganisaties en de verzekeraars zijn ingebed in de organisatie van de gezondheidszorg in een land bepalend voor de waarborging van de kwaliteit en veiligheid van de gezondheidszorg van dat land. Zo is in het ene land het toezicht op de kwaliteit van de beroepsbeoefenaren volledig een centrale overheidstaak terwijl in andere landen de beroepsorganisaties een belangrijke rol spelen in publiek-private arrangementen. In sommige landen beperkt de bewaking van de kwaliteit en veiligheid van de zorg zich tot het bewaken van de kwaliteit van de beroepsbeoefenaren terwijl in andere landen ook de zorginstellingen op zich onder het toezicht van de toezichthouder vallen.

Het toezicht op geneesmiddelen en medische hulpmiddelen is, in tegenstelling tot het toezicht op (het functioneren van) beroepsbeoefenaren en het toezicht op zorginstellingen, in hoge mate Europees geharmoniseerd. Dat ligt ook voor de hand, want geneesmiddelen en medische hulpmiddelen worden wereldwijd geproduceerd en verhandeld en houden zich niet aan grenzen tussen landen. Zowel voor geneesmiddelen als voor medische hulpmiddelen bestaat Europese regelgeving die ook het toezicht regelt. Op het gebied van geneesmiddeltoezicht wordt ook goed samengewerkt tussen de verschillende toezichthouders. Gezamenlijke toezichtsactiviteiten zorgen voor uniformiteit. Voor medische hulpmiddelen is dat (nog) niet het geval. Zo kon een in Nederland toegepast

medisch hulpmiddel, een zogenoemde ‘*mesh*’, streng gereguleerd en gecontroleerd zijn, terwijl in een ander land bleek dat men daarvoor een zogenoemd mandarijnennetje aanbood dat door de lokale toezichthouder ten onrechte werd toegelaten. Het AVRO/TROS-programma *Radar* besteedde daar op 14 september 2015 uitgebreid aandacht aan. Kortom, er is grote diversiteit in de toezichtsarrangementen in de verschillende landen. Deze grote diversiteit maakte het niet eenvoudig een netwerk van toezichthouders in de zorg op te starten. Bovendien was het de vraag welke organisaties hieraan zouden moeten deelnemen?

Het European Partnership of Supervising Organisations (EPSO)

Ondanks de complexiteit besloten enkele landen om toch een netwerk op te zetten. De landen die zich als eerste aansloten waren Portugal, Noorwegen, Zweden, Denemarken en Nederland. Ook België sloot zich snel aan. Toen het Verenigd Koninkrijk zich oriënteerde op een meer centrale rol van de overheid op het bewaken van de kwaliteit van de gezondheidszorg als geheel, trad het ook toe tot het netwerk. Deze landen kennen allen een centrale aansturing van de organisatie en het beleid in de gezondheidszorg. Het netwerk kreeg de naam *European Partnership of Supervising Organisations* (EPSO). EPSO startte met het uitwisselen van elkaars organisatiestructuur en elkaars werkwijzen. Al snel bestond de behoefte aan meer inhoudelijke uitwisseling. De Scandinavische landen, inclusief Finland, kenden al langer een samenwerking gericht op kennisuitwisseling en kennisontwikkeling op het gebied van toezicht. Heel concreet was dat op het gebied van informatie-uitwisseling over disfunctionerende beroepsbeoefenaren. Een disciplinaire maatregel werd doorgegeven aan de andere landen zodat het ontvangend land voorbereid was wanneer de desbetreffende beroepsbeoefenaar daar aan de slag wilde.

Omdat het lastig bleek het netwerk organisatorisch bij elkaar te houden nam Nederland en in het bijzonder Paul Robben samen met een Noorse collega in 2008 het initiatief een secretariaat op te zetten om EPSO meer continuïteit te geven. Daarna zijn er tweejaarlijks conferenties gehouden, telkens in een ander deelnemend land. Inmiddels zijn er 24 organisaties uit 20 landen lid van EPSO. De leden hebben een rol in het toezicht op gezondheid(szorg), geestelijke gezondheid(szorg), maatschappelijke zorg en/of jeugdzorg. Behalve door middel van de conferenties zijn ook werkgroepen actief om invulling te geven aan de uitwisseling. De belangrijkste motieven om deel te nemen aan EPSO zijn: het uitwisselen van ideeën en ervaringen, het identificeren van procedures en processen (de ‘*best practices*’) en het voeren van discussies onder vakgenoten (‘*peer discussions*’).

EPSO kent een bestuur en een secretariaat en heeft een klein kantoor in Den Haag. Het secretariaat heeft het mogelijk gemaakt dat EPSO kon uitgroeien tot wat het nu is. Meer informatie over het netwerk is te vinden op de website www.epsonet.eu.

Peer evaluations

Een interessant initiatief van de Noorse inspectie (*Norwegian Board of Health Supervision = Statens Helsetilsyn*) gaf een nieuwe impuls aan de gedachteontwikkeling over het toezicht op zorg in een Europese context. Zij vroeg aan EPSO of zij de Noorse toezichthouder wilden evalueren. Het zou een evaluatie onder 'peers' moeten worden. Men wilde een beoordeling of de Noorse toezichthouder volgens 'the state of the art' werkte en of er verbeteringen mogelijk waren. De bevindingen en aanbevelingen zouden worden aangeboden aan de Noorse inspectie en het Ministerie van Volksgezondheid. Een team van inspecteurs uit Finland, Denemarken, Engeland, Wales en Nederland voerde in 2011 en 2012 een evaluatie uit door middel van interviews en de bestudering van documenten en dossiers. Het meest lastige was het vaststellen van een norm. Daartoe nam het evaluatieteam verschillende standaarden voor het uitvoeren van audits en toezichthouden als uitgangspunt, waaronder als belangrijkste over het uitvoeren van audits van de *International Society for Quality in Healthcare* (ISQua) en over toezichthoudende organisaties in het algemeen de ISO/IEC-standaard 1720:1998. Met de ervaring en expertise van de inspecteurs-teamleden werd de norm aangepast zodat zij naar hun visie geschikt was om een toezichthouder in de zorg te beoordelen. In feite was hiermee een uniek instrument geboren. Uit vijf landen hadden inspecteurs nagedacht over wat een zorginspectie een goede zorginspectie maakt en dit vastgelegd. Deze norm en de beoordeling van de Noorse inspectie zijn vastgelegd in een document, te vinden op de website van EPSO onder 'peer evaluations'.

In 2014 vroeg het Deense Ministerie van Volksgezondheid aan EPSO om een vergelijkbare beoordeling van de Deense inspectie. Het doel was een andere dan die van de Noorse inspectie. In Denemarken waren in de media vragen gerezen over de effectiviteit van de Deense inspectie. Om die reden wilde de Deense overheid een beoordeling of de toezichthouder volgens 'the state of the art' werkte. In 2014-2015 werd aan de hand van dezelfde norm als die in Noorwegen was gehanteerd door een team van inspecteurs uit Ierland, Noorwegen, Engeland, Wales en Nederland de evaluatie uitgevoerd. De aanbevelingen kregen door het andere doel een andere lading. Waar het bij de Nooren meer ging om aangrijpingspunten voor verbetering lag de nadruk bij de Denen meer op conformiteit aan normen. Bij de Noorse inspectie leidde het rapport van het evaluatieteam tot aanpassing in werkwijzen, bij de Deense inspectie leidde het

rapport tot veel onrust in de media en een grootschalige reorganisatie bij de Inspectie. Het rapport over de Deense inspectie is ook vinden op de EPSO-website.

Uit de evaluaties kwamen belangrijke elementen naar voren die voor alle toezichthouders relevant zijn. Dat betreft in willekeurige volgorde: de onafhankelijkheid van de toezichthouder ten opzichte van het ministerie, de transparantie van procedures en van rapportages, de communicatie tussen de verschillende onderdelen van de toezichthouder (bijvoorbeeld tussen centrale en decentrale onderdelen) en de (on)duidelijkheid over bevoegdheden. In toenemende mate speelt de informatievoorziening een rol en zal *eHealth* een onderwerp zijn waar iedere toezichthouder mee te maken krijgt en zich in zal moeten bekwamen.

Grensoverschrijdende gezondheidszorg

Op 25 oktober 2013 werd een Europese richtlijn van kracht die, op grond van het vrije verkeer van personen, regelt dat EU-ingezetenen rechten hebben bij grensoverschrijdende zorg (2011/24/EU). Het gaat daarbij vooral om de mogelijkheid de kosten van de behandeling in een andere EU-lidstaat vergoed te krijgen via de eigen ziektekostenverzekering, maar ook dat de kwaliteit van die zorg gewaarborgd is. Artikel 4 van de richtlijn regelt dat de kwaliteit gegarandeerd wordt en dat het toezicht er op geregeld is. Ieder EU-land heeft een zogenoemd contactpunt opgezet waar de EU-burger alle informatie moet kunnen verkrijgen om zijn recht op goede zorg in een ander land te kunnen realiseren. In Nederland is het CAK het nationale contactpunt voor grensoverschrijdende zorg. Omdat de nadruk vooral uitgaat naar het informeren van de burgers over de (financiële) rechten en plichten en minder over de kwaliteit van de zorg hebben tot nu toe de bepalingen uit de richtlijn niet geleid tot speciale grensoverschrijdende activiteiten gericht op de kwaliteit. In EPSO verband gaat men er vooralsnog van uit dat de burger moet rekenen met de kwaliteit die in het land geldt waar de zorg wordt gezocht.

Disfunctioneren

Terwijl het de aanleiding was om een Europees netwerk van toezichthouders op te starten is de problematiek van het uitwisselen van informatie over disfunctionerende beroepsbeoefenaren niet zo eenvoudig op te lossen. Enkele schandalen hebben ertoe geleid dat veel meer aandacht ontstond voor disfunctionerende beroepsbeoefenaren die op grond van het vrije verkeer van professionals binnen de Europese Unie gemakkelijk in een ander land aan de slag konden terwijl zij in het oorspronkelijk land voor problemen hadden gezorgd. De toezichthouders zouden, veelal volgens burgers en media, maar in enkele gevallen ook door officiële onderzoekscommissies, hun werk niet goed gedaan hebben en niet hebben voorkomen dat die disfunctionerende beroepsbeoefenaar in een ander land weer aan de slag kon gaan. De problematiek bleek zich vooral te richten

op de wijze van beoordeling van het disfunctioneren, het vastleggen van beperkingen in het functioneren en de openbaarheid van die gegevens, maar ook in hoeverre deze informatie uitgewisseld zou moeten worden met andere lidstaten. Toezichthouders hebben alleen bevoegdheden in het eigen land en uitwisselen van informatie die nog niet geleid heeft tot rechtsmaatregelen bleek op grond van privacyregelgeving niet zo eenvoudig. De Nederlandse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Sport heeft tijdens het voorzitterschap van Nederland van de EU in voorjaar 2016 speciale aandacht en activiteiten besteed aan een betere informatie-uitwisseling tussen de lidstaten over disfunctioneren beroepsbeoefenaren. Voor een door haar gewenste 'zwarte lijst' kon zij onder haar collega's geen meerderheid vinden. De inmiddels gerealiseerde betere informatie-uitwisseling tussen registratie-autoriteiten maakt het nu wel mogelijk voor de bevoegde autoriteiten, *in casu* de toezichthouders, om sneller in te grijpen. Privacyregelgeving blijft het ingewikkeld maken informatie tussen toezichthouders uit te wisselen wanneer de rechter of de bevoegde instantie nog geen uitspraak heeft gedaan over het (vermeende) disfunctioneren.

Hulp aan nieuwe toetreders

Nieuwe toetreders tot de Europese Unie hebben verschillende activiteiten moeten ondernemen om hun wetgeving in overeenstemming te brengen met EU-regelgeving. Dat gold ook voor regelgeving die zich richt op de waarborging van de kwaliteit van de zorg. Vanuit het netwerk van toezichthouders kon op verschillende onderwerpen steun geboden worden aan sommige landen. In een enkel geval kon een land geholpen worden bij de opzet van een toezichthouder in de zorg die volgens de 'state of the art' het toezicht uit zou kunnen gaan voeren. In een ander geval werd een land met inspecteurs uit verschillende landen en met verschillende achtergronden geholpen het toezicht op vrijheidsbeperking in de psychiatrie, langdurige zorg en gehandicapten zorg in te richten.

Samenvattend

Het toezicht op de zorg in Europa is een aangelegenheid van de individuele lidstaten. Op Europees niveau richt regelgeving met de betrekking tot gezondheidszorgaspecten zich op de kwaliteit en veiligheid van de geneesmiddelvoorziening en de kwaliteit en veiligheid van de medische hulpmiddelen. Ook heeft de Europese Commissie regels vastgesteld voor het grensoverschrijdend gebruik maken van zorg door Europese ingezetenen. Het vrije verkeer van professionals geldt ook voor de gezondheidszorg. De jurisdictie van de toezichthouders blijft echter beperkt tot die van het eigen land. Dat neemt niet weg dat toezichthouders geïnteresseerd zijn in de praktijk en in de werkwijze in andere landen. Door middel van een netwerkorganisatie van toezichthouders in Europa (EPSO) wordt voorzien in een mogelijkheid om informatie uit te wisselen en gebruik te maken van elkaars ervaringen en deskundigheid. Deskundigheidsbevordering

Toezicht in Turbulente Tijden

wordt in toenemende mate een aspect wat in het netwerk van belang is. Paul Robben heeft met zijn betrokkenheid bij EPSO mede bijgedragen aan een netwerkorganisatie die ertoe doet en waar veel toezichthouders veel inspiratie voor hun werk opdoen.

Literatuur

Ngo, D., E. den Breejen, K. Putters en R. Bal. 2008. *Inspecting the Quality of Care in Changing Healthcare Systems. An International Comparison*. Rotterdam: iBMG.

Hoofdstuk 12

Geboorte van een handelsreiziger

Een interview met Paul Robben

Tom van der Grinten & Roland Bal

We zitten in een flexruimte van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in Utrecht en kijken terug op de periode waarin Paul Robben zo'n stimulerende kracht is geweest voor het onderzoek naar toezicht – in de zorg maar ook in bredere zin – met de Academische Werkplaats Toezicht (AWT) als culminatiepunt. Die AWT is *het* bundelpunt geworden voor onderzoek naar het toezicht op de kwaliteit en veiligheid in de gezondheidszorg in Nederland met inmiddels ook een flinke internationale uitstraling. In het gesprek gaan we terug in de tijd om te achterhalen hoe het zo ver is gekomen en komen we erachter dat Paul een ware institutenbouwer is geweest – werkend als een soort handelsreiziger tussen wetenschap en praktijk. Maar laten we beginnen bij de AWT zelf.

De Academische Werkplaats Toezicht

Het lijkt er op dat de AWT een sleutelonderdeel in je carrière is geweest.

Ja, ik denk zelf dat de AWT een groot succes is. Veel meer dan ik had gedacht. Het begon voor mij met het onderzoek dat ik samen met Annemiek Huisman deed naar suïcide. We spreken over 2008-2009. De komst van Gerrit van der Wal als nieuwe Inspecteur-Generaal werd hier aangekondigd. Hij was hoogleraar sociale geneeskunde en ik vreesde dat hij het onderzoek misschien zelf zou willen overnemen. Dus ik dacht: "ik ga naar hem toe", naar de VU waar hij zijn spullen al had ingepakt. Hij zei: "Paul, maak je geen zorgen, dat onderzoek ga ik helemaal niet doen. Ik ga het stimuleren en jij doet het maar. Ik ga me er niet mee bemoeien want ik zal er geen tijd voor hebben." Toen Gerrit kwam wilde hij meer van dit soort onderzoek, zoals de suïcide-meldingen, "want daar wordt het toezicht beter van." Toen zei hij, en dat was voor mij een enorme verrassing, "volgens mij moeten we een leerstoel gaan inrichten en dat moet jij doen."

Ik viel van mijn stoel van verbazing, maar vond het ook meteen superleuk, eervol. Hij heeft er vervolgens ook alles aan gedaan om dat in gang te zetten. Dat was binnen een jaar met het iBMG geregeld. Maar het werd me ook al snel duidelijk dat ik daar in mijn eentje met een promovendus nog geen deuk in een pakje boter kon slaan. Als het misloopt dan heb je niks, als het goed gaat is het leuk, maar dat is nog geen onderzoekslijn. Toen sprak ik Jan van Wijngaarden en die zei “weet je wat je moet doen, je moet de Raad voor Gezondheidsonderzoek om advies vragen.” Dus ik bel naar de voorzitter, Paul van der Maas, en die was er meteen voor in. Hij stelde een mooie commissie samen, voorgezeten door Johan Mackenbach, die met het fraaie advies kwam een academische werkplaats te stichten, om het toezicht *evidence-based* te maken. Zo heet het rapport ook: ‘Op weg naar evidence-based toezicht’.

Daar moest geld voor komen. Gerrit, zo voortvarend als hij is, stapte naar VWS en in 2011 was het rond. Mijn rol was vooral een van regelen op de achtergrond, want anders duurt het allemaal eindeloos. Het is wel een beetje ongemakkelijk want je hebt het gevoel dat je je begeeft in bestuurlijke circuits waar je formeel weinig te zoeken hebt. Maar het werkte wel.

Kortom, de AWT is iets waarvan jij het gevoel hebt dat jij daar een belangrijke bijdrage aan hebt geleverd?

Zeker, de AWT is een hoogtepunt, maar vooral een vehikel om tot evidence-based toezicht te komen. Waar we nu echt trots op kunnen zijn is, dat dit begrip wortel heeft geschoten; onder andere in het WRR-rapport en in de andere academische werkplaatsen toezicht, het zijn er inmiddels zo’n stuk of zes, en ook internationaal bijvoorbeeld in de adviezen van de OECD over regulation.

Maar dit is niet het enige. Ik heb denk ik in mijn loopbaan twee grote dingen gedaan. De AWT is er een van. Mijn andere hoogtepunt was de sociale geriatrie. Dat was vóór ik bij de Inspectie kwam. Ik was toen directeur van de divisie ouderenpsychiatrie van Altrecht, het toenmalige Willem Arntzhuis. Daar hebben we de sociale geriatrie ontwikkeld.

Huisarts

Voordat we hier verder op ingaan, vertel eerst nog eens iets over het begin, je opleiding als arts, je eerste schreden in de gezondheidszorg.

Het meest vormende van mijn opleiding heb ik uiteindelijk de huisartsenopleiding gevonden, bij Jan van Es, hoogleraar huisartsgeneeskunde in Utrecht en bij Ben Kam, mijn praktijkopleider in Zwolle en oprichter van een van de eerste groepspraktijken in Nederland. Dit was zo anders dan de daaraan voorafgaande

medische studie. Die doktersopleiding speelt zich natuurlijk voor een groot deel in het ziekenhuis af; mensen in bed. Terwijl het bij de huisarts gaat om mensen thuis die bij jou komen, of jij gaat er naar toe. Je komt op vreemde plekken terecht en je ziet ook vreemde dingen die je helemaal niet kent. Mensen die zich extreem vervuilen bijvoorbeeld; die heb ik later natuurlijk wel veel meer gezien, in de ouderenzorg, maar daar wist ik het bestaan gewoon niet van. Dat vond ik heel bijzonder.

Na dat opleidingsjaar, ik ben in 1978 afgestudeerd, kon ik daar blijven. Daar heb ik echt wel over nagedacht maar toch besloten het niet te doen. Ik voelde: dit is het toch niet, dag in dag uit met individuele patiënten in gesprek of in de weer. Ik wilde toch iets anders, maar wat?

Sociale geriatrie

Eerst ben ik een tijdje (huis)arts geweest op de Paaz van het Overvechtziekenhuis, bij Ed Werlemann. Dat was een hele bijzondere man. Die wilde geen enkele andere psychiater om zich heen. Hij was ook de enige psychiater met een grote opnameafdeling en een behandelcentrum waar de klinisch psychologen het voor het zeggen hadden. Net als Ed verdroegen ook zij niet nóg een psychiater, maar als niet-gespecialiseerd arts werd ik gedoogd.

Daarna heb ik nog een jaar in een verpleeghuis gewerkt en waargenomen als huisarts en toen ben ik uiteindelijk, in 1982 denk ik, naar de sociaalpsychiatrische dienst in Utrecht gegaan, bij Jan van Staveren. Ik kwam terecht in de sociale geriatrie, waar we veel samenwerkten met de afdeling voor ouderenspsychiatrie van Altrecht.

Wat deed je daar precies?

Wat ik heel concreet deed is met mijn auto de hele provincie Utrecht doorrijden, bij oudere mensen op bezoek; kijken wat de problemen waren en wat er opgelost kon worden, en als het helemaal niet ging begeleidden we die mensen naar een verpleeghuis of naar de psychiatrie.

Maak eens de verbinding met jouw wetenschappelijke belangstelling. Wanneer is die gekomen?

Nou, eigenlijk, toen ik bij de sociaalpsychiatrische dienst met die wachtlijsten in de weer was. Die hielden we bij op een typemachine en elke week moest dat opnieuw getikt worden. En daar stonden dan 150 tot 300 mensen op. Dat ging over 10 verpleeghuizen in de provincie. En dan was er altijd gedoe. Trokken we mensen niet voor? Hoe wegen we de ernst van de situatie? En ik dacht, "daar moeten we eens over schrijven." Nou, zo is het eigenlijk begonnen.

Hebben mensen je hierin gestimuleerd? Of was het meer 'het hoeft niet, maar het mag wel'?

Nee, het hoefde niet, maar het werd wel gewaardeerd. Zeker. Ik wilde zelf gewoon laten zien hoe wij dag in dag uit aan het modderen waren met die wachtlijsten. Mijn eerste publicaties hierover verschenen in *Medisch Contact*, en hier heb ik ook mijn eerste voordracht over gehouden. Jan Stoop, directeur van een verpleeghuis in Utrecht vroeg me of ik over mijn onderzoek een verhaal wilde houden. Dat vond ik heel spannend. En potverdorie sta ik daar, mijn eerste praatje, zit daar Jan Stoop, de pionier van de verpleeghuisgeneeskunde in Nederland, vooraan in het publiek te slapen. Ik dacht "ben ik nou zo saai, is het zo'n stom verhaal, wat is hier aan de hand?" En ik kon mijn ogen er haast niet van af houden. Dan ben je ongeïmproviseerd en wordt je daar helemaal door in beslag genomen. Een slapende man, en dan ook nog degene die je heeft gevraagd.

Promotie

Ben je daar ook gepromoveerd?

Dat is vooral te danken aan Chiel Hutschemakers en Paul Schnabel van het Nederlands Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid, het latere Trimbosinstituut. Ik had in die tijd veel contacten op het Trimbos, omdat wij ook onderzoek lieten uitzetten naar de oudenrenpsychiatrie. Ik had inmiddels ook al flink wat gepubliceerd en Chiel stimuleerde me om op al die kennis te promoveren. Dat mondde uit in iets – wat ik in het begin nog niet door had – een historisch-sociologische beroepenstudie naar het fenomeen dat we in Nederland vier specialismen hadden die allemaal claimden dat zij goed waren voor ouderen; dat zij *de* geschikte partij waren om problemen bij ouderen op te lossen. Heel bijzonder.

Ik had met Chiel al een heel traject achter de rug, met geloof ik zes Nederlandse publicaties over het onderwerp. Maar ja, toen moest het een proefschrift worden en dan worden er andere eisen gesteld. Het ingewikkelde was de beslissing over het type publicatie. Op artikelen was lastig, want we hadden dan wel die zes artikelen maar die waren nog niet van topkwaliteit wetenschappelijk gezien, het was ook nog geen afgerond verhaal en er was nog geen kader. Daar kwamen we niet goed uit en Chiel stelde voor om Paul Schnabel erbij te vragen. Die zei "je moet er een Nederlandstalig boek over schrijven, dan wil ik wel meedoen, een jaar lang, met eens per maand een afspraak en dan is het klaar." En toen was het ook klaar. In 2000 ben ik gepromoveerd.

De IGZ

En hoe kwam je dan bij de Inspectie?

Simpel eigenlijk. Vanwege een fusie. Dat zie je altijd, dan ontstaat er een dikke bovenlaag van bestuurders en directeuren onder de Raad van Bestuur. In die laag zat ik als een van de divisiedirecteuren. Je kan je voorstellen hoe dat ging, dat directie-overleg. Altijd ruzie en gesodemierter. Helemaal niet efficiënt. Er werd een heel circus opgetuigd en toen boden ze mij iets aan, directeur projectbureau, waarvan ik even dacht “dat lijkt me wat”, maar mijn vrouw Edith hielp me snel uit de droom: “je bent stom als je het doet want dat wordt helemaal niets.” Het was zo’n bureau waar mensen die weggesneden worden terecht komen. Zoals bij VWS de ‘*boulevard of broken dreams*’, zoals de afdeling daar in de wandelgangen wordt genoemd. Dus het was duidelijk, dat moet ik gewoon niet doen.

In die periode was er veel aandacht voor somatische problemen bij psychiatrische patiënten, diabetes met schizofrenie, dat soort problemen. Ook daar had ik iets over geschreven op grond waarvan ik was gevraagd om voor de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie een verhaal te vertellen. En daar kwam ik Jacques Lucieer tegen.

Die werkte toen bij de Inspectie?

Ja, hij was hoofdinspecteur Geestelijke Gezondheidszorg en Gehandicaptenzorg. Ik kon het op die dag goed met hem vinden en vertelde dat ik om me heen aan het kijken was. Zijn reactie: “dan kom je toch bij ons werken.” Zo ging dat.

In wat voor functie ben je toen terecht gekomen?

Clustercoördinator. Ik gaf leiding aan een groep inspecteurs, een stuk of 12, en we deden de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en gehandicaptenzorg in Utrecht en Noord-Holland. Dat heb ik zo’n vier jaar gedaan.

Vond je dat wel leuk, weer een lijnfunctie?

Ja, maar het leukste was toch dat het weer heel erg leek op mijn werk als huisarts; ik was de hele dag op pad. Ik moest wat coördineren, maar ja, 12 man. Bij Altrecht had ik 300 man. Dat was overigens nog wel even een overweging, deze teruggang in verantwoordelijkheid.

En toen ben je 4 jaar clustercoördinator geweest. Waarom ben je daarmee gestopt?

Nou dat moet jij nog weten Tom, want we moesten in het kader van de reorganisatie na het advies van de Commissie Abeln, opnieuw solliciteren bij een

interne sollicitatiecommissie en daar was jij voorzitter van. Het idee was ook een kenniscentrum op te zetten en ik dacht toen “ik kan nog eens 4 jaar zo doorgaan, maar ik heb wel weer zin in wat anders; laat ik daarop solliciteren.”

Het Kenniscentrum

Wat vond jij van dat kenniscentrum?

Het viel mij altijd wel op dat binnen de Inspectie en zeker binnen de tak Volksgezondheid, veel gepromoveerde mensen rondliepen. Die mensen hadden mooi werk geleverd, bijvoorbeeld promotieonderzoek over hoe de Inspectie toezag op Electroshock behandeling. Maar daar werd dan weinig mee gedaan. Die mensen konden hun ei niet kwijt. Dus ik dacht “we moeten veel meer van die kennis gebruik maken.” Over de ins- en outs van het toezicht zelf werd nauwelijks gesproken. Hoewel de term kenniscentrum daarin niet voorkomt, komen de ideeën hierachter wel uit de commissie Abeln, bijvoorbeeld met het pleidooi voor een kennisintensieve organisatie en een academie voor inspecteurs.

Jij hebt dat kenniscentrum dus feitelijk opgebouwd, mensen aangetrokken, mogelijk ook mensen naar de zijkant geduwd...

Tsja, ik kreeg wel een erfenis mee. Net als elders bij de overheid, kwamen er ook binnen de Inspectie veel mensen mee, soms gefrustreerd in hun ambitie, die allemaal een plekje moesten krijgen in dat kenniscentrum. Dus de eerste periode zijn we echt wel bezig geweest om mensen een goede plek te geven. Sommige zijn ook weggegaan.

Wat waren de thema's van het kenniscentrum, wat heb je er in kunnen doen waar je trots op bent? Ik weet nog in die tijd, toen je bij ons in Rotterdam kwam, dat je vaak verwees naar het rapport dat je met Chiel gemaakt hebt over het beroep inspecteur.

Ja, dat was super, dat onderzoek hebben we al in 2005 uitgevoerd, helemaal aan het begin van onze samenwerking. Dat is ook gelukt dankzij de steun van Herre Kingma, de toenmalige Inspecteur Generaal, en voormalig cardioloog. Overigens een lastige man, je kon moeilijk met hem overleggen, maar als je een dokter was ging het nog wel.

Hij mocht jou wel?

Ja, want toen ik tegen hem zei “we weten eigenlijk helemaal niet wie die inspecteurs zijn, wat ze denken, waar ze vandaan komen en wat ze nu eigenlijk willen” en voorstelde om daar eens onderzoek naar te laten doen, was hij meteen

enthousiast. En ik naar Chiel toe en binnen de kortste keren lag er een voorstel op tafel...

Je kreeg dit voor elkaar bij Herre, en later ook bij Gerrit ... wat is het dat het je steeds weer lukt om je doelen te realiseren?

Nou, ik denk een mix van waardering voor hun werk en vasthoudend zonder bedreigend te zijn. Ik heb me altijd happy gevoeld op de plekken waar ik heb gezeten en had echt niet zoiets van "ik moet IG worden of hoofdinspecteur." Ik was veilig voor ze. En bovendien had ik het geluk dat ze allemaal 'onderzoeksminded' waren. Bij Herre bijvoorbeeld. Die was bezig met de geschiedenis en de positie van zijn familiegeslacht in Friesland. In die historische interesse vonden we elkaar. Zelf had ik al vroeg het boek van Querido over de geschiedenis van de Inspectie gelezen. Ik kon daar met Herre over praten en dat vond hij geweldig.

Dat rapport met Chiel is een belangrijke schakel in de discussie over de professionaliteit van de inspecteurs, maar ook over de centralisatie van de IGZ. Wat voor rol heeft het kenniscentrum gespeeld in dit soort discussies?

Die centralisatie, dat speelde al die tijd dat ik hier was en ik deed dat vanuit het kenniscentrum...niet zozeer "we zijn voor of tegen die centralisatie." Ik heb daar zelf wel een opvatting over, maar het ging mij er om, dat... ik snap ook wel dat die inspecteurs niet allemaal hun eigen plan moesten trekken, maar dat die in een organisatie werken en namens een organisatie werken. Dus procedures en regels, dat kan allemaal veel beter, maar het moeten wel mensen zijn die kunnen en willen nadenken en die zelf beslissingen durven nemen en ook dat spel kunnen spelen: "ik ben deel van de IGZ en ik spreek namens de IGZ maar in dit geval neem ik die beslissing en ik kan het ook nog wel uitleggen ook." En die beroepshouding versterken en onderbouwen is wat we in het kenniscentrum hebben gedaan en wat in de academische werkplaats is overgegaan. Dat vind ik uiteindelijk het belangrijkste van die werkplaats.

De reflexieve toezichthouder, die zich gebonden weet aan kaders en regels maar ook zelfbewuste, reflexieve professionals heeft die vanuit die regels de vertaling kunnen maken naar de praktijken waar ze toezicht op houden en hun bevindingen weer terug kunnen vertalen naar de regels.

Ja, en gebruik maken van de kennis die er over toezicht is. Dat werd ingewikkeld toen Ronnie van Diemen als Inspecteur-Generaal aantrad. Niet door Ronnie, maar door de situatie waarin ze terecht kwam. Van de minister kreeg ze te horen "ik ben het helemaal zat, dat gelazer daar en je zorgt maar dat het wordt opgelost, dat ze jou gehoorzamen. Jij geeft de leiding en niks geen gedoe meer."

Dat was in de periode dat de Inspectie zelf onder grote druk kwam te staan.

Ja, door fouten bij Baby Jelmer en Jansen Steur, allebei casus die ook extern onderzocht zijn met als conclusie “die inspectie maakt er een zootje van.” Of dat waar was of niet, dat was het beeld en Ronnie is met de opdracht binnengekomen om dit op te lossen. Daar was ze denk ik niet helemaal gelukkig mee, omdat het ook leidde tot nog meer richtlijnen, meer afspraken, minder bewegingsruimte. En ik heb vaak tegen Ronnie gezegd “pas op dat het niet doorschiet, want straks zitten we hier met allemaal gedweë mensen, wat helemaal niet goed is voor het werk. Je moet mensen intellectueel wat bieden en ruimte geven.” En dit is denk ik wat we in de werkplaats en het kenniscentrum hebben gedaan.

En hoe was dan je relatie met VWS?

Tot VWS heb ik altijd een beetje afstand gehouden. Dat zat ook in de manier waarop ik mijn functie opvatte. Ik dacht “laat de Hoofdinspecteurs en de IG dat maar doen” en dat is denk ik ook goed geweest. Want als Ronnie bijvoorbeeld met Schippers in gesprek was, in de beginperiode van de academische werkplaats, werd dit onderwerp helemaal niet aangeroerd om de vrijbuitersplek wat uit de aandacht te houden.

Maar bij de Wetsevaluatie Toezicht van ZonMw, waar VWS de opdracht voor moest verlenen ben jij toch buitengewoon stimulerend geweest? Vertel eens over jouw rol daarin...

Ik denk dat ik Maarten Slijper tegenkwam en hij vertelde me over de Commissie Evaluatie Regelgeving van ZonMw waar hij secretaris van is en die zei toen “we hebben hier nog steeds het plan om naar toezicht te kijken maar dat komt er maar niet van want VWS wil dat niet.” Mij leek dat juist belangrijk dus ben ik naar Gerrit gegaan en die was meteen voor. Die zag dat helemaal zitten. Want wat kun je nog beter hebben als toezichthouder dan dat je fundamenten bekeken worden? Dus ik weer naar Maarten, maar die zei “prima, maar er is niet voldoende geld voor” en toen hebben wij gezegd “dan betalen wij er een derde deel van” en dat was wel grappig, want hier intern regelde je dat gewoon. Dat is ook wel leuk van zo’n organisatie dat dat gewoon kan.

Interessant hoe jij je steeds weet in te leven in de mogelijkheden van degenen die de beslissingen moeten nemen, en dan meedenkt om, waar het jou om gaat te realiseren...

Ja, maar dan is er toch ook nog de praktijk. We hebben bijvoorbeeld in 2013 met Guy Widdershoven en Bert Molenwijk van de VU een mooi onderzoek gedaan naar moreel beraad voor inspecteurs. Nou, prachtig onderzoek, mooi rapport, diverse

publicaties. Iedereen geweldig enthousiast, maar er gebeurde helemaal niks mee. Om de paar maanden trok ik aan de bel van “jongens wat gaan we hiermee doen, komt er nog wat van.” Dat heeft 2,5 jaar geduurd, tot de commissie Bleichrodt, die de kwestie Tuitjenhorn onderzocht heeft, zegt “jullie moeten een moreel beraad organiseren.” En toen was het er binnen een maand... Alle inspecteurs kunnen er gebruik van maken en in de opleiding zit het nu ook. Dus je moet niet te snel gefrustreerd raken.

Wenkbrauw gesprekken en persoonlijk gezag

Herre is in mijn herinnering begonnen met het systematisch toepassen van criteria en indicatoren in het toezicht. Dit is nu een hoeksteen van jullie werk. Ronnie zet nu sterk in op vertrouwen, de ‘lerende organisatie’. Jij overziet deze hele ontwikkeling. Hoe kijk je er tegenaan en welke rol heb jij daarin gespeeld? Zijn er momenten geweest waarvan je zegt “dat gaat voor mij te ver”?

Om met het laatste te beginnen, ik heb er eigenlijk helemaal niks mee, met indicatoren. Dat ligt niet aan het werk hier maar dat spreekt me gewoon niet zo aan. Het idee dat je de werkelijkheid in maat en getal kunt vangen en daar ook weer allerlei dingen mee kunt doen, in rangordes en zo.

Hè? Je zit in een organisatie die hier zo ongeveer van leeft ...

Nou, dat vind ik niet. Maar goed, ik heb het over mijn persoonlijk affiniteit. Waar ik wel voor gezorgd heb is de wetenschappelijke onderbouwing van dat systeem, dat functioneert nu vele malen beter dan 10 jaar geleden. We hebben bijvoorbeeld in 2011 het onderzoek van het Nivel naar het risicotoezicht gedaan en het is nu een belangrijk onderwerp voor de Academische Werkplaats. We hebben iemand in Nijmegen zitten bij IQ Healthcare, Ine Borghans, die is daar ook op gepromoveerd, maar het is persoonlijk niet mijn ding.

Dat is wel bijzonder, je zegt “ik heb er niks mee, maar ben wel loyaal...”

Ja, natuurlijk. Vanzelfsprekend.

En wat is persoonlijk dan wel jouw ding?

Ehm... wenkbrauw-gesprekken, gezag. Uiteindelijk is dat mijn ding. Een inspecteur die gezag heeft. De persoon van de inspecteur. Dat vind ik veel interessanter. En uiteindelijk gaat het daar ook om. Die indicatoren, ja. Als daar een stoethaspel over gaat praten met de Raad van Bestuur, dan gebeurt er niks.

Trek dit eens door naar de toekomst. Indicatoren, richtlijnen die belangrijker worden, maar ook de noodzaak van kunnen leren, vertrouwen geven. Hoe zie jij dit zich ontwikkelen?

Mag ik beginnen met de Academische werkplaats? Die gaat door, is weer veiliggesteld voor de komende jaren. Dit geldt ook voor de leerstoel. Fijn, maar we zouden internationaal een grotere rol kunnen spelen, wetenschappelijk gezien. Ik denk dat we het echt heel goed doen en dat er niet zo'n een centrum is waar zoveel onderzoek naar toezicht plaatsvindt, zeker niet naar de zorg. Ik ben daar zelf altijd een beetje terughoudend in geweest, misschien ook wel een beetje drempelvrees, weet ik niet, maar ik denk dat we veel te bieden hebben als het gaat over toezicht, en dan niet alleen vanuit de zorgsector, maar toezicht als domein van onderzoek in het algemeen. Het zoeken van aansluiting internationaal, dat zou ik zelf heel mooi vinden als dat zou gebeuren.

Onderzoekers kunnen internationaal mooi aan de weg timmeren over 'experimentalist governance', 'responsive governance'...en dat doen we ook, maar dat hoeft niet persé ten goede te komen aan de Inspectie, hoe zie je dat?

Ik vind dat beide er moeten zijn, kennisontwikkeling buiten én binnen de IGZ. Maar over dat laatste hoor ik intern natuurlijk wel vaak "we zijn hier geen wetenschappelijk instituut, geen promotiefabriek." Ik zeg dan "jongens daar heb je gelijk in maar we kunnen niet goed adviseren over praktische zaken als er niet een stabiele kennisbasis is en die ontstaat niet vanzelf, daar moeten we echt in investeren."

Handelsreiziger in wetenschappelijke kennis

Jij hebt het belang van wat je hier zegt altijd met succes verkocht buiten en binnen de IGZ. Jouw belangrijkste bijdrage lijkt wel, dat jij als een soort handelsreiziger wetenschappelijke kennis hebt opgezocht, als die er niet was mee hebt ontwikkeld en deze vervolgens hebt verspreid in de eigen organisatie.

Ja, maar wat er niet goed is gegaan is de verbinding met de opleiding. Ik vind dat we een opleiding hebben van inspecteurs die minimaal is op het ogenblik. We hadden een opleiding, die heb ik zelf nog gevolgd, die leek op mijn huisartsenopleiding. Vier dagen werk en een dag opleiding met dezelfde groep. Super. En dan leer je ook van elkaar. Ik heb nog steeds contact met een aantal mensen uit die groep. Dat is helemaal weg. Het is nu modulair opgebouwd, sterk gericht op individuele competenties. Hoe je een interview doet, dat soort dingen. Er zit nauwelijks nog theorie in. Dus we missen een belangrijk vehikel om al die kennis die we ontwikkeld hebben kwijt te kunnen. Het is wel te begrijpen hoe het gekomen is, maar het is wel heel jammer. Ik merk dat bij nieuwe medewerkers die ik les geef.

Allemaal mensen die hongerig zijn naar kennis, die vinden dat allemaal super interessant.

Toch nog even. De academie, het kenniscentrum, dat was vroeger allemaal intern. Is het zo dat juist de dingen waar jij je mee verbonden voelt steeds meer buiten de Inspectie plaatsvinden en dat de weg van de kennis terug naar de Inspectie, de inspecteurs, moeilijker wordt?

Nee, zo zie ik dat niet. Ik denk wel dat er gezocht moet worden, en daar zijn we voor een deel ook mee bezig, naar minder traditionele manieren van kennisoverdracht binnen de IGZ. Ik vind dat zelf wel ingewikkeld en weet niet of ik er helemaal in meekan, en dat hoeft gelukkig ook niet meer...

Overigens zijn de traditionele vormen nog allerm minst verdwenen. Kijk bijvoorbeeld naar de succesvolle kenniscachiers. Het grappige is, Ronnie heeft de boekjes hiervan in de kast staan en die gebruikt ze hartstikke veel. En dan wordt in de tussentijd wel geroepen van "met dat schrijven moet je eens stoppen je moet gewoon korte filmpjes maken", maar voor elke lezing wordt toch weer naar zo'n boekje gegrepen. Hoe dan ook, we moeten blijven zoeken naar nieuwe wegen om alles wat we aan kennis hebben over te dragen om daar met inspecteurs over te reflecteren. We hebben nu het colloquium, dat is heel succesvol, maar je ziet hoe dat gaat, daar komen 50 tot 80 man. Daar zitten onderzoekers, inspecteurs, er komen mensen van VWS, en die praten over heel interessant onderzoek dat gepresenteerd wordt en dan wordt hier gezegd "ja, dat colloquium daar moeten we toch eens vanaf." Ik zeg "jongens, dit is het enige moment dat we samen reflecteren." Maar dat blijft een discussie; er zitten daar 80 man, anderhalf uur. Dat is een flinke investering en er hoeft maar *dit* te gebeuren en het is weg.

Dat betekent dat jouw opvolger daar ook waakzaam op moet zijn...

Jazeker. Volgens mij is de rol van zoals jij het noemde – 'handelsreiziger' in kennis – heel belangrijk. Dat is een hele mooie term.