

Omgaan met Soft Signals in het Toezicht

Signaleren, Interpreteren en Duiden van
Risico's in de Zorg door de IGJ

Februari 2019

Iris Wallenburg
Josje Kok
Roland Bal

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	ii
Samenvatting	iii
1. Inleiding	1
1.1 Inleiding	1
1.2 Inzichten uit de literatuur	2
2. Onderzoeksopzet en Methoden	4
2.1 Onderzoeksopzet	4
2.2 Interviews	4
2.3 Observaties	5
2.4 Casestudies	5
2.5 Verantwoording en ethische kwesties	5
3. Soft signals als “Tin Openers” van risico’s	6
3.1 Soft signals als tin openers van risico’s	6
3.2 Soft signals in klachten en meldingen	6
3.3 Klachten en Meldingen: Landelijke Meldpunt Zorg en Meldpunt IGJ	7
3.4 Soft signals in inspectiebezoeken en calamiteitenrapportages	10
3.5 Informatie als registratie of ‘big data’?	11
3.6 Sense-making	13
3.7 Institutionaliseren van soft signals	14
3.8 Casus Ziekenhuis A	16
3.9 Casus Ziekenhuis B	17
4. Soft signals als sturingsinstrument	18
4.1 Soft signals als sturingsinstrument	18
4.2 Het design van de toezichtstrategie	18
4.3 Rol en positie van de IGJ	21
5. Soft signals en de institutionele effectiviteit en legitimiteit van een toezichthouder 24	24
5.1 Soft signals en de institutionele effectiviteit en legitimiteit van een toezicht- houder	24
5.2 Risicoperceptie en het ‘framen’ van incidenten	24
5.3 Institutionele effectiviteit en legitimiteit	26
6. Ervaringen uit het buitenland: de Engelse ‘Care Quality Commission’ en de ‘Danish 27	27
6.1 Ervaringen uit het buitenland: de Engelse ‘Care Quality Commission’ en de ‘Danish Patient Safety Authority’	27
6.2 Publieke opdracht, juridische bevoegdheid en taakopvatting	27
6.3 Het framen en bespreken van kwalitatieve (toezichts)informatie	28
6.4 Big data: interpreteren en gebruiken	30
7. Discussie/Conclusie	32
8. Aanbevelingen	36
9. Literatuur	38
10. Bijlagen	40
10.1 Bijlage 1: Lijst met afkortingen	40
10.2 Bijlage 2: Afwegingskader Landelijk Meldpunt Zorg	41
10.3 Bijlage 3: Interviews	42

Samenvatting

Voor het uitvoeren van haar taken is de IGJ, naast haar eigen onderzoek, afhankelijk van informatie die ze krijgt van zorginstellingen, professionals en/of burgers. De IGJ heeft een aantal formele instrumenten waarmee ze informatie kan opvragen, zoals prestatie-informatie in het kader van het risicotoezicht en rapportages over calamiteiten in het kader van het incidententoezicht. Dit gaat veelal om ‘harde’ (concrete) gegevens waarop toezicht en handhaving kunnen worden ingericht. Daarnaast zijn er ‘soft signals’; signalen die erop wijzen dat er mogelijk iets speelt binnen een zorginstelling, zonder dat daar al direct conclusies over kunnen worden getrokken. Afgelopen jaren is de aandacht voor soft signals als aanwijzing dat er mogelijk een risico voor de kwaliteit van zorg is, toegenomen – en daarmee de rol die de IGJ hierbij kan spelen. Een in het oog springend voorbeeld is de problematiek bij de KNO in het UMCU (2016) waar signalen waren van een onveilige werksituatie, en daarmee een mogelijk risico voor de kwaliteit van zorg, maar waarbij de (toen nog) IGZ de problemen niet bijtijds op tafel kreeg. Deze casus, en de nasleep hiervan voor de IGJ, vormt het startpunt voor dit onderzoek naar de rol van soft signals in het proces van toezicht en handhaving van de IGJ. Daarbij waren de volgende onderzoeksvragen leidend: *Op welke wijze en in welke mate maken soft signals onderdeel uit van de toezichtpraktijken van de IGJ? Wat kunnen we hiervan leren over de mogelijkheden en belemmering van soft signals in het toezicht?*

Soft signals, zo laat ons onderzoek zien, zijn een belangrijk en veelal impliciet instrument in het toezicht. In de eerste plaats is de IGJ ingericht op het ontvangen van soft signals: het Landelijke Meldpunt Zorg (LMZ) en het Meldpunt IGJ ontvangen dagelijks klachten en meldingen van burgers en zorgprofessionals waarbij getrainde medewerkers op een gestructureerde en betrokken manier proberen te achterhalen of er mogelijk een risico voor de patiëntveiligheid is. Dit is een intensief en zorgvuldig proces waarbij verschillende medewerkers betrokken zijn en, indien een melding na triage wordt doorgezet, ook de (senior-)inspecteurs¹.

Daarnaast halen senior-inspecteurs soft signals uit calamiteitenrapportages, bezoeken aan een zorginstelling en uit interacties met de daar werkzame zorgprofessionals en bestuurders. Zij zijn erop getraind ‘tussen de regels door’ te lezen en te luisteren en zijn voortdurend op zoek naar incongruenties in verhalen of manieren van presenteren, of ondervinden juist dat er een open sfeer is waarbinnen mag worden geleerd. Soft signals gaan dan ook over het goede: die signalen die vertrouwen geven in de competenties van een bestuurder of het lerend vermogen binnen een zorginstelling.

Het onderzoek laat zien hoe soft signals betekenis krijgen in processen van ‘sense-making’ en ‘sense-giving’. Bij sense-making gaat het om het betekenis geven aan soft signals; ze vragen om extra onderzoek en concretisering binnen een bredere context van bestaande informatie over een zorginstelling alvorens de IGJ hierop kan handelen. Vaak lukt het om

¹ In dit rapport houden we de terminologie van de IGJ aan. De aanduiding ‘inspecteur’ is onlangs veranderd in senior-inspecteur. Wij houden deze aanduidingen in dit rapport aan.

op deze manier signalen 'hard' te maken. Dit gebeurt onder meer door extra bezoeken aan een zorginstelling te brengen (bijvoorbeeld in het kader van thematisch toezicht of door reguliere onaangekondigde bezoeken) om zo beter zicht te krijgen op wat er speelt. Binnen de IGJ wordt nauw samengewerkt om dergelijke trajecten te orkestreren.

Betekenis geven aan soft signals is daarom vaak een collectief proces waarbij veel bronnen van informatie, zacht en hard, worden verbonden. Hard maken lukt niet altijd. Soms blijven signalen zacht. Deze signalen worden dan veelal nog wel meegenomen in het vervolgtraject met een instelling of bestuurder; ze spelen op de achtergrond mee en kunnen mogelijk pas later worden geduid. Dit kan er ook toe leiden dat een probleem zich alsnog en onverwacht in volle omvang presenteert, zoals in het geval van het UMCU.

Na sense-making volgt sense-giving, een proces waarbij soft signals worden ingezet in de toezichtsrelatie. Senior-inspecteurs bewegen hierbij op een continuüm van afstand en nabijheid, zo laat het onderzoek zien: afstand om de bestuurder vooral zelf het verbeterwerk te laten doen, en nabijheid om een vinger aan de pols te houden en een bestuurder 'een duwtje in de goede richting te geven'. Dit duwtje kan zowel door autoritair in te grijpen (de raad van bestuur ontbieden op het stadskantoor in Utrecht) als door een eerder ingezet geïntensiveerd toezicht stop te zetten om zo een bestuurder de ruimte te geven de problemen (verder) zelfstandig aan te pakken. Vertrouwen in de competenties van de bestuurder en diens staf spelen een centrale rol in het bepalen van de toezichtstrategie.

Soft signals brengen ook een risico met zich mee omdat door de veelheid informatie die de IGJ binnenkrijgt belangrijke signalen kunnen worden gemist, verkeerd en/of niet tijdig worden geduid. Het is in dat kader aan te bevelen dat de IGJ haar procedures rond de omgang met soft signals beter vastlegt. Mogelijk kunnen nieuwe technieken als data mining in de toekomst een helpende hand bieden, vooral in zorgvelden zoals de verpleeghuiszorg en GGZ waar beduidend meer zorgaanbieders zijn dan de cure sector en de inspectie automatisch meer op afstand staat. Dit onderzoek laat echter ook zien dat data-technieken voorlopig nog niet kunnen zonder menselijke betekenisgeving aan de patronen die worden gesignaleerd.

1. Inleiding

1.1 Inleiding

Voor het uitvoeren van haar taken is de IGJ afhankelijk van informatie die ze krijgt van zorginstellingen, professionals en/of burgers. De IGJ heeft een aantal formele instrumenten waarmee ze informatie kan opvragen, zoals prestatie-informatie in het kader van het risicotoezicht en rapportages over calamiteiten in het kader van het incidententoezicht. Daarnaast bereikt de inspectie informatie via het Meldpunt IGJ en het Landelijk Meldpunt Zorg. Tenslotte kan de IGJ zelf informatie verzamelen in het kader van thema-inspecties of door (onaangekondigd) bezoek bij zorginstellingen. Veel van de informatie die de inspectie langs deze wegen krijgt is 'hard' in de zin dat het gaat om feitelijke beschrijvingen van een toestand binnen een zorginstelling. Een deel van de informatie kan echter ook als 'zacht' worden aangemerkt in de zin dat het gaat om signalen dat er mogelijk iets speelt binnen een zorginstelling, zonder dat daar al direct conclusies over kunnen worden getrokken. Over die laatste soort informatie – hier aangeduid als soft signals – gaat dit onderzoek.

De afgelopen jaren is de aandacht voor de 'zachte kant' van de zorgverlening toegenomen, zowel in positieve als negatieve zin. Een open en rechtvaardige cultuur waarin mensen elkaar vertrouwen en mag worden geleerd van fouten bevordert de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid. Problemen in de communicatie, conflicten en gevoelens van onveiligheid werken fouten en onveilige zorg juist in de hand, ook omdat ze het leervermogen van een organisatie kunnen belemmeren (Aveling et al. 2016; Dixon-Woods et al. 2012). Dergelijke risico's, net als veel andere patiëntveiligheidsproblemen, zijn vaak echter lastig te detecteren en op waarde te schatten (Leistikow et al. 2011). Dit maakt het moeilijk voor professionals en zorgbestuurders om de problemen aan te pakken en maakt het ingewikkeld om hierop toe te zien. De casus van de problematiek bij de KNO in het UMC Utrecht, waarin medewerkers hun zorgen uitten bij de inspectie maar de inspectie er niet in slaagde de problemen boven tafel te krijgen, is hier een sprekend voorbeeld van (IGZ 2017). De UMC Utrecht casus is reeds uitgebreid onderzocht en is hier niet het object van onderzoek maar vormt het aangrijpingspunt voor een onderzoek naar soft signals bij de IGJ.

Soft signals, zo zullen we in dit rapport laten zien, zijn die signalen die ongrijpbaar of soms ogenschijnlijk onbeduidend zijn, maar kunnen wijzen op veiligheidsrisico's of misstanden in de zorg. Echter, ongrijpbare (zachte) signalen kunnen ook gaan over positieve zaken. Bijvoorbeeld als ze een gevoel opwekken van vertrouwen en/of een indruk achterlaten dat alles op orde is. Zowel positieve als negatieve soft signals spelen een rol in de handhavings- en toezichtstrategieën van een toezichthouder en in de interactie met de zorgbestuurder. Zoals de UMC Utrecht casus reeds heeft aangetoond kan het missen, verkeerd interpreteren of niet 'hard' kunnen maken van soft signals grote gevolgen hebben. De IGJ wil weten hoe zij omgaat met soft signals in het toezicht, en wat hieraan kan

worden verbeterd – maar ook welke mogelijke belemmeringen of onmogelijkheden daarbij een rol spelen.

Dit rapport doet verslag van onderzoek naar soft signals bij de IGJ. Het onderzoek is opgezet als een kwalitatief en explorierend onderzoek; we hebben niet vooraf gedefinieerd wat een soft signal is, maar hebben dit steeds opnieuw bevraagd in interviews en bij observaties die we hebben gedaan. Vervolgens hebben we onderzocht hoe soft signals de IGJ bereiken, wat daar binnen de inspectie mee gebeurt en welke acties op basis van soft signals worden ondernomen richting zorginstellingen. Daarnaast hebben we, weliswaar minder uitgebreid, onderzocht hoe zorgbestuurders omgaan met soft signals in hun zorgorganisatie en in het contact met de IGJ om zo meer zicht te krijgen op de interacties tussen de IGJ en zorgbestuurders rondom soft signals. De centrale vraag van het onderzoek luidt: *Op welke wijze en in welke mate maken soft signals onderdeel uit van de toezichtpraktijken van de IGJ? Wat kunnen we hiervan leren over de mogelijkheden en belemmering van soft signals in het toezicht?*

1.2 Inzichten uit de literatuur

In de literatuur is nauwelijks aandacht voor soft signals in relatie tot het toezicht. Bestaande literatuur gaat vooral over de rol van soft signals binnen zorgorganisaties en welke instrumenten ('soft intelligence', zie Martin et al. 2015) een rol kunnen spelen in het ontdekken van deze signalen. In de literatuur over toezicht komen thema's als 'vertrouwen' en 'responsief toezicht' het dichtst in de buurt als het gaat om de relatie tussen soft signals en toezicht.

Vertrouwen is een relationeel begrip; het hebben van vertrouwen vermindert onzekerheid en maakt uitwisseling (van materialen, kennis) mogelijk. In een onlangs verschenen essay voor de IGJ over vertrouwen beschrijven Stoopendaal en Bouman (2018) het onderscheid tussen interpersoonlijk vertrouwen en institutioneel vertrouwen. Interpersoonlijk vertrouwen is het vertrouwen tussen personen op basis van de reputatie van en kennis over de ander. Institutioneel vertrouwen is het vertrouwen op onder meer instellingen, instituties en de overheid. Een scherp onderscheid tussen beide vormen van vertrouwen, stellen Stoopendaal en Bouman leunend op Simmel, is echter niet te maken doordat er een interactie is tussen het persoonlijke en institutionele – iets wat ook in dit onderzoek over soft signals als belangrijk element naar voren zal komen.

Voor de IGJ gaat vertrouwen vooral over openheid, leren en overtuigen. Toezicht op basis van gezond vertrouwen, zoals het motto luidt in het Meerjarenbeleidsplan van de inspectie (IGZ 2016), beïnvloedt het handelen van de IGJ en schept specifieke verwachtingen van zorginstellingen. Zo moet de IGJ zorginstellingen op basis van vertrouwen ruimte bieden om problemen en risico's zelf op te lossen of aan te pakken. Het bepalen hoeveel ruimte daarvoor precies nodig is en wat daarbij verantwoord is roept meerdere dilemma's op (zie Robben 2010) en is een delicate balanceer act (Grit et al. 2018) omdat de IGJ steeds opnieuw moet overwegen wat het risico is voor o.a. de patiëntveiligheid, het vertrouwen van de samenleving in de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg, en de eigen reputatie. Als er achteraf te veel vertrouwen is gegeven ligt de vraag 'waar was de inspectie' immers op de loer (van Twist et al. 2013). In het kader van vertrouwen verwacht de IGJ van zorgaanbieders dat zij open zijn over geleverde zorg, tekortkomingen en risico's, met als doel organisaties te laten leren. Vertrouwen gaat

daarbij ook over ‘speaking up’: een medewerker moet zorgen of gesignaleerde problemen kunnen melden en daarin door een organisatie worden gesteund. Andersom wil de IGJ openheid geven over haar toezichtbeleid en -praktijken. Uitgangspunt is dat in een dergelijke open cultuur beter en meer geleerd wordt. De keerzijde van een beleid van vertrouwen is dat openheid geldt tot aan het moment dat het vertrouwen (ernstig) wordt geschaad; dan wordt ingegrepen en gestraft (IGZ 2016).

Dit naast elkaar laten bestaan van ‘overtuigen’ en ‘straffen’ wordt in de literatuur geduid als responsief toezicht; ondertoezichtgestelden volgen de regels als resultaat van een intrinsieke motivatie om ‘goed’ te doen, (gepercipieerde) externe verwachtingen en bijbehorend verlies van reputatie indien niet aan deze verwachtingen wordt voldaan in combinatie met de dreiging van ingrijpen door een toezichthoudende autoriteit als (morele) regels worden geschaad (Ayres en Braithwaite 1992; van Erp 2011). Bij responsief toezicht ligt de nadruk dus op de institutionele en sociale context waarin het handelen en het toezicht zich afspelen. De toezichthouder houdt rekening met de context waarin de ondertoezichtgestelde zich bevindt, en speelt hierop in (van Erp et al. 2018). Een mooi voorbeeld hiervan is de basisset van indicatoren van de IGJ, die zowel een representatieve functie (‘uitkomsten van kwaliteit van zorg in een ziekenhuis’) als een kwaliteit stimulerende functie heeft, al is het maar omdat de uitkomsten van de metingen jaarlijks in het Algemeen Dagblad worden gepubliceerd (Wallenburg et al. 2018). De context betreft ook de wederkerigheid in de relatie tussen de toezichthouder en ondertoezichtgestelde: zij zijn wederzijds van elkaar afhankelijk en moeten zich in voorkomende situaties (een jaargesprek, een calamiteit, een geconstateerde tekortkoming of in het geval van media aandacht) steeds opnieuw tot elkaar verhouden, als een “continuous balancing act between regulator and regulated” (Hawkins 1983). In geval van responsief toezicht staan stimuleren, meedenken, sturen en formeel ingrijpen als toezichtinstrumenten dus naast elkaar en wordt pas ingrepen met repressieve middelen als sturen en stimuleren onvoldoende effect ressembleren – of bij eerder genoemd ernstig schade van het vertrouwen (van Erp 2011). Sturen en stimuleren wordt ook wel geduid als de ‘pedagogiek’ van het toezicht (Kok et al. 2018): meer dan handhaven van wetten en regels zijn activiteiten erop gericht (zorg)organisaties te laten leren en verbeteren.

Bovenstaande theoretische inzichten nemen we mee als sensitizing concepts voor de analyse van het gebruik van soft signals in het toezicht van de IGJ. Het rapport is als volgt opgebouwd: na een korte bespreking van de onderzoeksopzet en gebruikte methoden (hoofdstuk 2) wordt in hoofdstuk 3 uiteengezet hoe soft signals bij de IGJ binnen komen en hoe deze vervolgens worden geduid (‘sense-making’). In hoofdstuk 4 wordt beschreven hoe soft signals actief worden ingezet als toezicht- en handhavingsinstrument (‘sense-giving’). We baseren ons hierbij op interviews met senior-inspecteurs en bestuurders, en verdiepen de inzichten aan de hand van twee casestudies waarin soft signals een rol hebben gespeeld. We gaan daarbij expliciet in op de interactie tussen de IGJ en bestuurders waarbij ook de kant van de bestuurder wordt belicht. Hoofdstukken 5 en 6 bespreken respectievelijk inzichten vanuit andere Nederlandse toezichtdomeinen en internationale zorgtoezichthouders. Het rapport eindigt met een discussie waarin wordt gereflecteerd op de bevindingen en enkele aanbevelingen worden gegeven.

2. Onderzoeksopzet en Methodes

2.1 Onderzoeksopzet

In lijn met het explorerende karakter van de onderzoeksvragen is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksopzet. Een belangrijk voordeel van het uitvoeren van een kwalitatief onderzoek is de mogelijkheid om inzicht te krijgen in het verloop van (sociale) processen en vormen van betekenisgeving, welke, zoals in de inleiding van dit rapport reeds toegelicht, een belangrijke rol spelen bij het gebruik van (zachte) signalen in toezicht.

Het onderzoek bestond uit een inventariserend, verdiepend en vergelijkend deel uitgevoerd in de periode februari tot en met september 2018. Dit leverde diepte-inzicht op in hoe de IGJ omgaat met soft signals en ook zelf soft signals inzet in het toezicht. Dit laatste riep de vraag op hoe bestuurders de soft signals in de interactie met de IGJ duiden. Om hier inzicht in te krijgen zijn nog interviews afgenomen met drie bestuurders van drie verschillende ziekenhuizen (in de resultatensectie aangeduid met ziekenhuizen 1-3 en niet te verwarren met de casestudies over ziekenhuizen A en B). Een vierde interview met een bestuurder werd op het laatste moment afgezegd omdat het betreffende ziekenhuis nog met de afwikkeling van een toezichtstraject bezig was en het niet opportuun werd gevonden op dat moment op de situatie te reflecteren, iets wat ook de gevoeligheid van de interactie tussen de inspectie en een ziekenhuis(bestuurder) weergeeft; een thema dat we in dit rapport verder uitdiepen.

2.2 Interviews

In de inventariserende fase zijn verkennende interviews afgenomen met diverse IGJ-medewerkers (teamcoördinatoren, afdelingshoofden, inspecteurs en senior-inspecteurs), werkzaam binnen verschillende toezichtdomeinen (medisch specialistische zorg, maatschappelijke zorg, jeugd en juridische zaken). Tijdens deze interviews is met de respondenten geïnventariseerd wat zachte en harde signalen zijn en hoe deze hun plek hebben en weg vinden binnen de organisatie. Voortbouwend op de inzichten uit de eerste inventarisatie, zijn vervolgens verdiepende interviews afgenomen met IGJ-accounthouders en ziekenhuisbestuurders.

Naast deze verdiepingsslag is een vergelijkende exploratie uitgevoerd om inzicht te krijgen hoe soft signals en in andere Nederlandse toezichts-sectoren (onderwijs, voedsel en waren) en internationale gezondheidszorg toezichthouders (de Engelse Care Quality Commission en de Danish Patient Safety Authority) een plek hebben en worden gebruikt. Hoewel er verschillen zijn tussen de landen is de taak van de toezichthouder min of meer vergelijkbaar met die van de IGJ in Nederland.

In totaal zijn 26 semi-gestructureerde interviews afgenomen met 34 verschillende respondenten. Sommige senior-inspecteurs werden vaker gesproken omdat zij ook een rol speelden in de casestudies. Twee keer vond een tweede interview plaats omdat het eerste interview te weinig tijd bood om alle onderwerpen die op tafel kwamen te

bespreken. Alle interviews vonden face-to-face plaats, met uitzondering van de interviews met de Deense en Engelse inspectie, welke telefonisch zijn afgenomen. Gemiddeld duurde de interviews een uur en zijn met toestemming van de respondenten opgenomen en getranscribeerd. Een geanonimiseerde lijst met geïnterviewde staat in Bijlage A.

2.3 Observaties

Als aanvulling op de interviews is een observatie uitgevoerd bij het Landelijk Meldpunt Zorg (LMZ). De observatie had tot doel meer inzicht te krijgen in de type klachten en inlichtingen dat de IGJ van burgers ontvangt, alsmede de interne praktische en procesmatige verwerkingstrategieën van deze klachten. De observatie is verwerkt in een observatierapport en gebruikt in de analyse.

2.4 Casestudies

Daarnaast zijn twee casestudies verricht, waarin op basis van de boven genoemde interviews en documenten-analyses, reconstructies van twee handhavingstrajecten in twee verschillende ziekenhuizen zijn gemaakt. In deze reconstructies is specifiek gekeken hoe zachte en harde signalen een rol hebben gespeeld in besluitvormingsprocessen en welke andere factoren hieraan hebben bijgedragen. De casestudies zijn uitgewerkt aan de hand van een documenten analyse: o.a. verslagen van jaargesprekken, reguliere/thematische toezichtrapporten, vastgestelde rapportages van (on)aangekondigde bezoeken, calamiteiten afhandelingsbrieven en overige correspondentie, welke door de IGJ beschikbaar is gesteld. Met het bestuur en betrokken medewerkers van een van de casestudies heeft een interview plaatsgevonden. De casus zijn opgetekend in uitgebreide omschrijvingen, ofwel thick descriptions (Geertz, 1973) waaruit wordt geput in het resultaten hoofdstuk. De casus zijn niet representatief maar leggen wel mechanismen en factoren bloot die in andere toezichtsituaties ook kunnen spelen. De casestudies zijn geanonimiseerd en in kaders opgenomen in hoofdstuk 3.

2.5 Verantwoording en ethische kwesties

Alvorens de resultaten te bespreken is het van belang om te vermelden dat er gedurende het onderzoek veelvuldig contact is geweest met de IGJ om de onderzoeksactiviteiten af te stemmen en casus te selecteren. Als kwaliteitswaarborging hebben de onderzoekers naast deze afstemming meerdere tussentijdse reflectiebijeenkomst gehad om de voortgang, initiële resultaten en analyse te bespreken en hierop te reflecteren. Voor dit onderzoek heeft de IGJ toestemming gegeven voor de analyse van interne documenten. Ook hebben de respondenten met de onderzoekers vertrouwelijke informatie gedeeld van soms nog lopende dossiers. Gezien de gevoelige aard van dit onderzoek hebben de onderzoekers een geheimhoudingsverklaring ondertekend. Om de privacy van de respondenten en de bij de casus betrokkenen te waarborgen is de data geanonimiseerd en onherleidbaar gemaakt.

3. Soft signals als “Tin Openers” van risico’s

3.1 Soft signals als tin openers van risico’s

De empirische bevindingen ten aanzien van de wijze waarop binnen de IGJ met soft signals wordt omgegaan worden in twee hoofdstukken besproken. In dit hoofdstuk gaan we in op signalen die ‘aan de voorkant’ binnenkomen bij de IGJ en een rol spelen in het waarnemen van (mogelijke) risico’s en misstanden in de zorg. In het volgende hoofdstuk kijken naar wat er binnen de IGJ met die signalen gebeurt en hoe ze door (senior-) inspecteurs worden ingezet in het controleren van en sturen op kwaliteit van zorg. Bij het bespreken van de resultaten maken we gebruik van twee casestudies (‘Ziekenhuis A’ en ‘Ziekenhuis B’) welke aan het eind van dit hoofdstuk worden gepresenteerd in twee kaderteksten.

3.2 Soft signals in klachten en meldingen

Wat een soft signal is, is niet eenduidig en wordt binnen de IGJ op verschillende manieren geduid. Tijdens de interviews werd een soft signal omschreven als een (soms concrete) aanwijzing voor een risico of tekortkoming, maar ook als iets wat ‘niet pluis’ voelt; een oneffenheid in een verhaal of een onverwachte wending in een gebeurtenis. Senior-inspecteurs, maar ook medewerkers van het Landelijk Meldpunt Zorg (LMZ) en inspecteurs van het Meldpunt IGJ, zoals we hieronder zullen laten zien, zijn alert op het detecteren van dergelijke signalen. Zoals een senior-inspecteur het verwoordde:

“We zijn daar alert op (...) wij ondernemen actie als er een zorgelijk signaal is. Dan kijken we daar goed naar. En een beetje afhankelijk van wie het komt en wat het inhoudt gaan we zelf... doen we een onaangekondigd bezoek, spreken we een bestuurder, een dokter... Dus dat doen we wel. Ook omdat, als je dat negeert, of niet boven water krijgt en het ontploft, je daar zelf ook veel last van hebt.” (IGJ accounthouder 1).

De bovenstaande uitspraak is illustratief voor andere interviews. Soft signals zijn signalen van mogelijke misstanden in de zorg, en als ze gemist of genegeerd worden kan dit schade veroorzaken bij de patiënt, de zorginstelling en de IGJ. Overigens gaven bestuurders een soortgelijke boodschap af: als een (concreet) signaal binnen de instelling niet wordt gemeld en vervolgens treedt een calamiteit op “dan sta ik op achterstand bij de IGJ in het onderzoek.” (bestuurder 2). Soft signals zijn vaak diffuus; ze zitten ‘verstopt’ in een verhaal of een rapportage, en het is aan de ontvanger van de boodschap om dit signaal te herkennen en te concretiseren. De senior-inspecteur, en tevens accounthouder², in bovenstaande quote verwoordt wat we herhaaldelijk in de interviews tegenkwamen: soft signals zijn ‘tin openers’; ze zijn het startpunt van een zoektocht naar en een afwegingsproces van het detecteren van mogelijke risico’s bij een zorgaanbieder.

² Een Accounthouder is een senior-inspecteur met een vaste relatie met een zorginstelling.

Soft signals zijn ook diffuus in de manier waarop ze binnenkomen bij de IGJ: burgers kunnen zich met klachten melden bij het LMZ, en professionals kunnen misstanden of zorgen melden bij het Meldpunt IGJ. Het laatste is in geval van ontslag bij disfunctioneren en als er sprake is van geweld in de zorgrelatie (bijvoorbeeld seksueel overschrijdend gedrag) volgens de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) verplicht. Soft signals zitten verder ook in calamiteitenrapportages ('tussen de regels door lezen') en komen naar voren tijdens inspectiebezoeken. Soft signals kunnen toevalstreffers zijn, maar blijken veelal (ook) een optelsom van eerdere bevindingen. In het eerste deel van dit hoofdstuk bespreken we de verschillende wijzen ('ingangen') waarop soft signals bij de IGJ binnenkomen en wat daar vervolgens mee wordt gedaan.

3.3 Klachten en Meldingen: Landelijke Meldpunt Zorg en Meldpunt IGJ³

Het LMZ en het Meldpunt IGJ vormen de toegang tot de IGJ. Burgers, professionals, bestuurders en media kunnen hier vragen stellen en klachten melden. Het LMZ is er speciaal voor klachten van de patiënt/burger. Hier komen per jaar ongeveer 6.000 klachten binnen. Het Meldpunt IGJ vormt de toegang voor professionals, bestuurders, media en burgers met algemene vragen over de zorg. Bij het Meldpunt IGJ komen ongeveer 10.500 meldingen per jaar binnen. De meldingen beslaan een breedspectrum aan vragen, klachten en meldingen; professionals die zich zorgen maken over mogelijke misstanden bij collega's, calamiteiten meldingen of bestuurders die willen weten of een bepaalde gebeurtenis een calamiteit is die moet worden gemeld, maar ook vragen over de IGJ zelf. Zowel het LMZ als het Meldpunt IGJ hebben tot doel signalen op te vangen en mogelijke misstanden te detecteren. Daarnaast hebben zij de taak vragen aan de IGJ te beantwoorden. Zij hebben als het ware een poortwachtersfunctie tot de senior-inspecteurs, al hebben zorgaanbieders soms ook een directe lijn met een accounthouder of senior-inspecteur – iets wat we hieronder verder zullen belichten.

Het LMZ is opgericht in antwoord op het rapport "Geen gehoor bij de IGZ" (2012) waarin de Nationale Ombudsman concludeerde dat de toenmalige IGZ tekortschoot in haar zorgplicht naar de burger. Het rapport stelde dat de IGJ onvoldoende toegankelijk was voor de burger en dat burgers met klachten over de zorg zich in de kou voelden staan. De oprichting van een landelijk meldpunt voor burgers past in een bredere internationale trend om de belangen en zorgen van patiënten meer centraal te stellen (Goodwin 2018; Walshe en Higgins 2002). Het LMZ werd eerst ondergebracht bij het CIBG maar is inmiddels onderdeel van de IGJ. Burgers kunnen zich telefonisch of via de website met klachten wenden tot het LMZ. De aard van de klachten is zeer divers, van mantelzorgers die klagen over het menu in het verpleeghuis ('mijn moeder krijg steeds bietjes en lust die niet!') tot een vermoeden van seksueel misbruik of een zorginstelling die een poging tot zelfmoord niet serieus lijkt te nemen. Iedere klacht wordt uitgebreid aangehoord en administratief verwerkt. Het LMZ heeft de taak klachten uit te vragen en daarbij de burger te helpen de klacht op de daarvoor bestemde plek te krijgen (bijvoorbeeld de klachtencommissie van een zorginstelling) en daarbij een vinger aan de pols te houden wat betreft de afhandeling van de klachten zoals vastgesteld in de Wkkgz (worden klachten in behandeling genomen, worden daarbij de vastgestelde wettelijke termijnen aangehouden, ook door de IGJ?). Naast het begeleiden van een patiënt of naaste met een klacht heeft het LMZ de taak om via de ontvangen klachten tekortkomingen of misstanden in de zorg te signaleren en door te zetten naar de senior-inspecteurs van de IGJ.

³ De informatie die bij het LMZ binnenkomt wordt in eerste instantie beschouwd als een klacht. Pas als de klacht ter triage wordt doorgezet naar het Meldpunt IGJ voor nader onderzoek wordt gesproken van een melding. Zie voor nadere toelichting bijlage 2.

Deze signalerende functie geldt ook voor het Meldpunt IGJ; professionals die bellen over mogelijke misstanden bij collega's worden uitgevraagd en als daarbij een verdenking ontstaat wordt bij de beller aangedrongen op het maken van een melding. Pas als een signaal een melding is kan deze op casusniveau door de IGJ in behandeling worden genomen; overige signalen worden als achtergrondinformatie meegenomen in het risicotoezicht. Medewerkers gaven aan heel vasthoudend te zijn bij een signaal rondom patiënt(on)veiligheid: "Ik haal dan alles uit de kast om de beller te laten melden." (medewerker toezicht 2) Als medewerkers de indruk hebben dat er 'iets aan de hand is' nemen zij er geen genoegen mee als een beller zich terugtrekt; het wordt in de organisatie of met een senior-inspecteur besproken en indien mogelijk wordt met de beller contact opgenomen om in gesprek te blijven en uit te zoeken welke mogelijkheden er zijn om het afgegeven signaal verder te ontrafelen. In enkele gevallen, waarin de melding zorgelijk is en wijst op een direct gevaar voor de veiligheid van zorg, wordt een melding intern al doorgezet en wordt parallel daaraan geprobeerd de melder te overtuigen de klacht officieel te melden. Daarbij wordt getracht, indien gewenst, de anonimiteit van de melder te beschermen. Dit wordt echter niet gegarandeerd. De veiligheid van de patiëntenzorg staat voorop.

De vasthoudendheid en bereidheid om signalen scherp te krijgen komt verder naar voren in de observaties en in de interviews. Klachten worden tot in detail uitgevraagd: medewerkers zijn getraind in het ontrafelen en categoriseren van een klacht en doen daarbij een eerste schifting om te bepalen of er sprake is van een mogelijke tekortkoming in de kwaliteit van de zorg. Medewerkers zijn getraind in 'het luisteren tussen de regels door'; ze vragen naar feiten en gebeurtenissen en zijn ondertussen ook gericht op woordgebruik en intonatie: "Het is de intonatie in combinatie met het woordgebruik, een soort tussen de regels doorlezen (...), het zijn de toonhoogte en de pauzeringen." (IGJ teamcoördinator 3).

De telefoongesprekken nemen vaak enige tijd in beslag (soms meer dan een uur) en indien er dan nog onduidelijkheden zijn wordt de melder later teruggebeld, of wordt gedurende het gesprek een collega geconsulteerd. Medewerkers zijn er niet alleen op getraind zelf een gesprek te voeren, maar ook om mee te luisteren met andere gesprekken en zo nodig aan te vullen of (onmerkbaar voor de beller) in te breken op een gesprek. Op deze manier wordt zoveel mogelijk kennis gemobiliseerd en wordt een collectief geheugen gevormd dat actief kan worden gebruikt om (bij) te sturen. Klachten over eenzelfde zorgaanbieder kunnen bijvoorbeeld gaan opvallen, en vormen op zichzelf een signaal voor een mogelijke tekortkoming. Van alle gesprekken worden aantekeningen gemaakt die worden opgeslagen in een database waartoe ook de senior-inspecteurs toegang hebben.

Klachten die bij het LMZ binnenkomen worden getoetst aan een afwegingskader (zie bijlage 2). Medewerkers geven aan dat zij dit afwegingskader goed vinden werken. Ze benadrukken dat het prettig is dat in geval van 'een persisterende klager' en een 'niet-pluis gevoel' klachten kunnen worden doorgezet. Ze ervaren hierbij geen belemmeringen en zijn tegelijkertijd waakzaam een klacht niet te snel door te zetten. Er vindt veel intern overleg plaats om de betekenis van een klacht of het doel van een klager helder te krijgen. Ongeveer 20% van de ruim 6000 meldingen die per jaar binnenkomen wordt doorgezet voor triage. Dit gebeurt in eerste instantie door een medewerker van het Meldpunt IGJ; de medewerker van het Meldpunt IGJ doet vervolgens een voorstel voor triage op basis van een beoordelingsstramien. Op basis daarvan wordt vastgesteld of een melding al dan

niet verder moet worden onderzocht. De triage-inspecteur (een senior-inspecteur die namens het MO beoordeelt) doet vervolgens een tweede beoordeling. Waar nodig vindt nog verdere afstemming plaats tussen het Meldpunt en de triage-inspecteur. Dan volgt de triage beslissing. Deze beslissing wordt door het Meldpunt per brief meegedeeld aan de melder. De helft van de doorgezette klachten komt na de triage bij een senior-inspecteur terecht. De klager krijgt hiervan schriftelijk bericht. In het geval van een afwijzing van de klacht (“de IGJ neemt het niet in behandeling”) volgt een ‘zachte landingsgesprek’ waarbij een medewerker van het LMZ de melder belt om de brief toe te lichten en eventuele teleurstellingen of frustratie op te vangen.

Het contact tussen het LMZ en de senior-inspecteurs loopt via het Meldpunt IGJ; er is weinig direct contact tussen het LMZ en de senior-inspecteurs. Medewerkers van het Meldpunt IGJ voorzien een melding ‘van context’ voordat de melding naar de triage-inspecteur wordt doorgezet. Hierbij wordt bekeken in welke zorginstelling de klacht of melding zich afspeelt, of er meer meldingen zijn geweest over de betreffende zorgaanbieder, mogelijke beïnvloedende factoren zoals de actualiteit, etc.

Het Meldpunt IGJ verwerkt de klachten van het LMZ en ontvangt daarnaast klachten en meldingen van niet-burgers. Zij hebben hiervoor, in tegenstelling tot het LMZ, geen strak afwegingskader. Medewerkers van het Meldpunt IGJ geven aan dat de vragen, klachten en meldingen die zij ontvangen zich lastig laten categoriseren. Medewerkers zijn getraind om door te vragen en staan in nauw contact met elkaar om binnenkomende vragen, meldingen en klachten te beoordelen. Hierbij geldt een ‘better safe than sorry’ principe: er wordt veelvuldig overlegd en bij twijfel wordt een senior-inspecteur geraadpleegd. Benadrukt wordt dat de lijntjes kort zijn. In sommige gevallen leidt het afwijzen van een klacht tot ontevredenheid en keert de boosheid van de klager zich (ook) tegen de IGJ. Dit zijn splende en tijdsintensieve processen.

Opvallend is de arbeidsintensiviteit (en dus tijd en geld) die met de meldingen en klachtenafhandeling gepaard gaat. Bij een klacht die voor triage in behandeling wordt genomen zijn zeker zes medewerkers betrokken: een medewerker van het LMZ die de klacht aanhoort aan de telefoon, bespreking met een collega, eerste triage Meldpunt IGJ, triage door een senior-inspecteur, de brief die door het Meldpunt IGJ wordt opgesteld en terug naar het LMZ waar telefoongesprek wordt ingepland, en tenslotte het telefoongesprek zelf, bij voorkeur door de medewerker die ook de klacht heeft geregistreerd bij het eerste contact. Als een melding verder moet worden onderzocht wordt in geval van de ziekenhuizen ook de accounthouder betrokken, en in bijna alle gevallen ook de senior-inspecteurs van het Landelijk Meldingen Overleg (LMO) (zie onder) – het aantal betrokken medewerkers is dan dus nog groter.

Tijdens de interviews en observaties waren een aantal senior-inspecteurs kritisch over de functie van het LMZ. Zij gaven aan dat het niet de taak van de IGJ is of zou moeten zijn om patiënten/burgers wegwijs te maken in het klachtensysteem van de Nederlandse gezondheidszorg of hen te begeleiden bij hun klachten over de zorgverlening in instellingen. Dit zou een taak zijn van de zorginstelling zelf. Anderen vinden juist dat klachten en meldingen waardevolle informatie kunnen opleveren en dat de IGJ er direct voor de burger moet zijn. Daarnaast zou de grote hoeveelheid aan binnenkomende informatie (“big data”) het mogelijk moeten maken patronen te herkennen in informatie om daarmee beter inzicht te krijgen in de risico’s en tekortkomingen in de zorg; welke vormen van zorg, en welke (categorieën van) zorgverleners vormen een risico? De discussie wat de rol van de IGJ hierin is lijkt zich vooral tussen medewerkers af te spelen:

is de IGJ een centrale speler in de zorg, of houdt zij toezicht vanaf de zijlijn en positioneert zij de spelers? Hier komen we op terug in het volgende hoofdstuk. Het onderwerp van registreren en big data bespreken we hieronder.

3.4 Soft signals in inspectiebezoeken en calamiteitenrapportages

Naast klachten en meldingen vormen inspectiebezoeken en calamiteitenrapportages een belangrijke bron van soft signals. Bij inspectiebezoeken voeren senior-inspecteurs gesprekken met de Raad van Bestuur en doen zij onderzoek binnen de zorgorganisaties. Signalen zijn van velerlei aard. In de interviews werden bijvoorbeeld genoemd de kleding van de professionals (hygiëne), de openheid (of niet) waarmee een senior-inspecteur ontvangen wordt, dossieronderzoek, het gebruik van prestatie-indicatoren, de mate waarin het verhaal van de bestuurder overeenkomt met hetgeen leeft op de werkvloer, maar ook de samenstelling van het team dat de terugkoppeling van de senior-inspecteurs in ontvangst neemt: is er openheid, is er een cultuur van overleg en feilbaarheid? Een senior-inspecteur had het over ‘prikken in de organisatie’: wat gebeurt er, wat leeft er, hoe is de sfeer, zijn verhalen congruent? Soms komt de IGJ daarbij voor verassingen te staan. In een van de twee casestudies die we meer in de diepte hebben bestudeerd voor dit onderzoek (Ziekenhuis A) kwam de senior-inspecteur er tijdens een bezoek achter dat de beoogde fusiepartner niet op de hoogte was van het toezichtstraject dat van toepassing was op het betreffende ziekenhuis. Dit werd beschouwd als een belangrijk signaal dat er door het bestuur onvoldoende openheid was, wat het bestaande gebrek aan vertrouwen bij de IGJ in de bestuurder verder versterkte.

Naast inspectiebezoeken vormen calamiteitenrapportages een bron van signalen afkomstig van een zorginstelling. Calamiteitenrapportages worden opgesteld door een zorginstelling na een calamiteit en beoordeeld door de IGJ. De calamiteitenrapportages worden besproken in het LMO. Rapportages worden beoordeeld op de kwaliteit van het onderzoek, de conclusies die hieruit worden getrokken en de verbetermaatregelen die worden voorgesteld. Aangegeven wordt dat de rapportages soft signals bevatten ten aanzien van de leerbereidheid en leercapaciteiten van een zorginstelling (wordt begrepen waar het over gaat, is men in staat om verbetermaatregelen te formuleren en uit te voeren?), en ook of een bestuurder ‘in control’ is. Hiervoor lezen zij ‘tussen de regels door’: worden zaken goed uitgewerkt, wordt er mogelijk iets achter gehouden, speelt er misschien wat anders? Als een calamiteit bijvoorbeeld wordt uitgedrukt maar sommige aspecten nauwelijks zijn beschreven, ‘dan zit daar mogelijk iets’. Op deze informatie kan worden geacteerd, maar dat gebeurt lang niet altijd meteen. Het wordt ook gebruikt om een beeld te vormen van een bestuurder en een ziekenhuis:

“We zien het, we nemen het mee in hoe we lezen wat er staat. Maar we houden niet een lijstje bij met ‘deze (bestuurder) is altijd kort door de bocht, deze geeft altijd anderen de schuld’ (...). Dat doen we niet, maar we nemen het wel mee. We zien het, het valt ons op.” (IGJ senior-inspecteur MSZ 2)

In voorkomende gevallen bellen senior-inspecteurs van het LMO met de betreffende zorginstelling of geven het, in geval van de ziekenhuizen, door aan de accounthouder die vervolgens contact opneemt. Een senior-inspecteur van het LMO gaf tijdens een interview een voorbeeld waarbij tijdens het lezen van de begeleidende brief bij een calamiteitenrapportage het vermoeden ontstond dat er problemen waren bij een bepaalde vakgroep. Bij nabellen bleek dit inderdaad het geval te zijn. Daarnaast komt het

voor dat een medisch specialist in een rapportage de zwarte piet krijgt toegespeeld en ‘rijp gemaakt wordt voor de slacht’ zoals het werd uitgedrukt. In dergelijke gevallen speelt vaak een arbeidsconflict en is de calamiteitenrapportage onderdeel van het aantonen van disfunctioneren. Hier is de IGJ alert op. Dergelijke signalen worden op twee parallelle wijzen opgepakt: 1) aan het betreffende ziekenhuis wordt teruggekoppeld dat de calamiteitenrapportage niet aan de maatstaven voldoet, bijvoorbeeld omdat het probleem onvoldoende in de context is uitgediept (want gespeeld op de persoon en niet op de context waarin de calamiteit zich heeft voorgedaan), en 2) de accounthouder wordt op de hoogte gesteld dat er in het ziekenhuis ‘iets speelt’. Het geven van feedback over de kwaliteit van de rapportage is onderdeel van de formele rol van het LMO, en breder van de IGJ; de IGJ handhaaft aan de hand van opgestelde criteria en toezichtkaders. Dit is voornamelijk gebaseerd op feitelijke (‘harde’) bevindingen. Feitelijke bevindingen zijn cruciaal omdat een rapport of brief van de IGJ “de toets van de bestuursrechter moet kunnen volstaan.” (IGJ jurist 1)

Het doorgeven van het signaal aan de accounthouder is van een andere orde, en veelal onderliggend aan de feitelijke bevindingen – waarbij de ‘feiten’ mogelijk pas later aan het licht komen als een signaal verder is uitgediept. Een soft signal is iets waar de IGJ vaak niet meteen wat mee kan, en, zo werd veelvuldig benadrukt, ook niet meteen wat mee moet willen doen want ‘dan is het eind zoek’. Een dergelijk signaal maakt wel alert en stuurt de aandacht. Deze signalen worden meestal niet vastgelegd in rapportages naar de zorginstelling, maar zijn onderdeel van een puzzel die nog moet worden gelegd. Het is iets dat de senior-inspecteurs met zich meenemen in het vervolg, als onderdeel van het collectieve geheugen van de inspectie. Daarbij gaat het bijvoorbeeld over de cultuur in een bepaald ziekenhuis, de problematiek die (mogelijk) bij een vakgroep speelt of de persoonlijkheid van een bestuurder, zowel positief als negatief. Dergelijke indrukken spelen een rol in het proces van sense-making ‘nu en in de toekomst’ waarbij signalen verder worden geduid, onderzocht en onderdeel gaan uitmaken van het proces van toezicht en handhaving. Op dit proces van sense-making gaan we hieronder dieper in, maar eerst beschrijven we hoe verkregen informatie wordt opgeslagen en verwerkt.

3.5 Informatie als registratie of ‘big data’?

De IGJ krijgt voortdurend informatie binnen over zorgverleners en zorginstellingen. Deze informatie wordt geregistreerd in twee verschillende databases: TopDesk voor het LMZ en WPM voor het Meldpunt IGJ en de senior-inspecteurs. WPM bevat informatie over meldingen, calamiteitenrapportages, brieven, toezichtrapportages en antwoorden van het ziekenhuis en registraties van bezoeken. Daarnaast is er een dashboard ontwikkeld (‘IRIS’) waarin belangrijke informatie over een zorginstelling wordt gepresenteerd onder de thema’s kwaliteitsindicatoren, calamiteitenmeldingen, life events, toezichtrapportages en ZorgKaartNederland (ZKN). ZKN is toegevoegd om (informatie van) patiënten meer actief te betrekken bij het toezicht (Kleefstra et al. 2016). Het dashboard wordt gevuld via een algoritme (ZKN wordt bijvoorbeeld gescreend op nieuwe reviews en informatie wordt automatisch toegevoegd) en doordat senior-inspecteurs (en dan vooral de accounthouders) zelf aantekeningen maken in het dashboard.

Met de ontwikkeling van het dashboard is een stap gezet om de binnenkomende informatie te verwerken en te duiden. Het is zowel de uitkomst van processen van sense-making als een start van sense-giving; het gevolg geven aan de informatie in het proces van toezicht en handhaving (zie volgende hoofdstuk). Sommige medewerkers zijn van mening dat meer met de informatie (‘big data’) kan en moet worden gedaan in het sturen van de aandacht van de IGJ:

Met big data kunnen we lijntjes ontwaren in het toezicht. Het wordt wel allemaal geregistreerd, al die verhalen van patiënten, informatie over incidenten... We hebben een enorme database met allemaal verhalen en dat zit vol met informatie. Daar doen we eigenlijk niks mee. Ik zou er heel graag meer uithalen; niet alleen op het niveau van de zorgverlener, maar ook de grotere lijnen: Wat zien we nou eigenlijk gebeuren? Is dat regionaal? Of is dat sector bepaald? Of kun je bepaalde relaties zien? Heeft het te maken met ouderdom van de zorgverlener? Of met wat voor een opleiding die heeft?" (IGJ afdelingshoofd 1)

Anderen vinden dat de registratie van informatie belangrijk is, als naslagwerk, en om uit te vinden wat er in een ziekenhuis speelt. Zij vinden dat het betekenis geven aan de informatie vooral het werk van de senior-inspecteur is die actief de puzzel legt:

"Registratie is informatie zonder interpretatie. Betekenissen voeg je actief toe. (...) Het is geen knikkerbak maar het zijn legosteentjes waarbij je voortbouwt op het werk dat er al is en keuzes maakt. Je maakt verbindingen in de signalen en bevindingen die je hebt. Achteraf zie je het." (IGJ team coördinator1)

Het bovenstaande debat binnen de IGJ weerspiegelt de bredere big data discussie: big data wordt gezien als een oplossing om te komen tot nieuwe inzichten en antwoorden op complexe problemen. Anderen zijn meer kritisch en stellen dat hoe data wordt geïnterpreteerd altijd wordt ingegeven door de keuzes die worden gemaakt: een algoritme haalt inzichten uit de data, maar waar het niet op gericht is laat het ook niet zien (Michael en Lupton 2015). Het leidt tot een specifieke vorm van interpretatie van de data en story-telling: het algoritme (en daarachter; degenen die het algoritme opstellen) bepalen welk verhaal wordt verteld (Jasanoff 2017). Een onlangs uitgevoerde studie bij de Engelse CQC laat de complexiteit zien van het genereren van toezichtinformatie ('sturing') uit de kwaliteitsinformatie van indicatoren van ziekenhuizen. Uit deze studie blijkt dat intelligent monitoring, waarbij algoritmen 'zoeken' naar ziekenhuizen die onderpresteren de verwachtingen niet waarmaakt: alleen excellent presterende ziekenhuizen worden zichtbaar gemaakt. De onderzoekers geven als mogelijke verklaring het ontbreken van voldoende gevoelige indicatoren, maar stellen ook de vraag of dergelijke informatie wel uit de data te filteren is gezien de complexiteit en gelaagdheid van medisch werk (Griffiths et al. 2016). Tegelijkertijd heeft de CQC nog altijd hoge verwachtingen van de mogelijkheden om beter overzicht (en inzicht) te krijgen in risico's middels data-analyse en zijn nieuwe initiatieven genomen om dergelijke instrumenten te ontwikkelen, iets wat we in hoofdstuk 5 zullen beschrijven waarin de CQC aan het woord komt.

3.6

Sense-making

Signalen zijn vaak niet meteen duidelijk; de puzzel wordt door de tijd heen stukje voor stukje gelegd en daarbij wordt het beeld ‘opeens’ zichtbaar. Tijdens een interview stelde een senior-inspecteur (en tevens accounthouder) treffend dat ‘tijd comprimeert’:

“Ziekenhuis X, dat was er één van terugkijken; dachten we ‘dit past erbij, en dat, en dat, en dat...maar we hadden niet het idee met een puzzel bezig te zijn. Dat zie je pas achteraf.” (IGJ accounthouder 3)

Signalen zijn vaak een optelsom van situaties, afwijkende gebeurtenissen, emoties en confrontaties (bv. hoe een bestuurder reageert bij een bezoek van de IGJ); aspecten die ieder voor zich ook als een ‘signaal’ kunnen worden geduid maar vaak nog te onbeduidend, alledaags of algemeen zijn om een probleem zichtbaar te maken. Signalen hebben ‘haakjes’ nodig om als signaal van een risico of misstand te kunnen worden gezien. Dergelijke haakjes (bijvoorbeeld gesignaleerde onachtzaamheid in combinatie met het niet nakomen van formele afspraken om kwaliteit van zorg te borgen zoals in Casus Ziekenhuis B) maken het voor de inspectie mogelijk om te acteren.

Dit zichtbaar maken en verbinden van gesignaleerde risico’s en problemen zijn onderdeel van een proces van sense-making (Weick 1995). Sense-making is een dagelijkse activiteit, gevolgd door ‘sense-giving’: de vervolgvactiteiten die de IGJ inzet naar aanleiding van een signaal. Dit beschrijven we in het volgende hoofdstuk. Bij sense-making gaat het over het beter begrijpen van het signaal en de betekenis hiervan. Die betekenis is er niet meteen. Een signaal krijgt betekenis door het in een context te plaatsen. De IGJ gebruikt hiervoor reeds aanwezige kennis over een casus of zorginstelling – is het een ziekenhuis waar al langer problemen spelen en dat te boek staat als een ‘zwak ziekenhuis’; kennen we de betrokken personen, zijn over de situatie meldingen binnengekomen bij de IGJ? – en door aanvullend onderzoek te doen: bellen met de bestuurder, gebruik maken van reeds geplande inspectiebezoeken (bijvoorbeeld in het kader van thematisch toezicht), berichtgeving in de (lokale) media en/of door een (onaangekondigd) bezoek aan de zorginstelling.

Sommige accounthouders houden ‘hun’ ziekenhuizen in de gaten door meldingen binnen WPM en IRIS te volgen, anderen zijn meer reactief en gaan op onderzoek uit als er concrete signalen zijn dat er wat aan de hand is. In sommige gevallen hebben accounthouders een directe lijn met een bestuurder, en is het de bestuurder die laagdrempelig de telefoon pakt om de accounthouder op de hoogte te stellen van ontwikkelingen of problemen. Dergelijke acties zijn weer een signaal op zichzelf: is het een bestuurder die open en transparant is; is er vertrouwen? Hoe de bestuurder reageert, is ook een signaal. In interviews werd gesproken over bestuurders die het probleem bij de IGJ proberen neer te leggen, of zichzelf en het ziekenhuis als slachtoffer positioneren. Dit is voor de IGJ een signaal dat de bestuurder niet ‘in control’ is en dat maakt de zorgen die er zijn over een ziekenhuis groter. Een bestuurder die open is, zonder daarbij alle details op tafel te leggen, en een oplossing presenteert zendt juist het signaal uit ‘in control’ te zijn. De IGJ kan dan in eerste instantie volgend zijn en is minder geneigd verder onderzoek in te zetten. Daarbij speelt ook weer het verleden (en daarmee het collectief geheugen) een rol: kan deze bestuurder dealen met ingewikkelde kwesties, is het iemand met gezag, is het een ziekenhuis met een kwaliteit bevorderende en open cultuur? Andersom, als er weinig vertrouwen is in een bestuurder en een medewerker in wie de

IGJ wel vertrouwen heeft vertrekt is dit een teken dat het niet goed zit. Zorgbestuurders zijn zich veelal bewust van dergelijke beeldvorming:

“Want ik vraag niet ‘zal ik het zo of zus doen’, of hoe moet ik het doen, ik zeg tegen hen: ‘ik ga het zo doen, het is maar dat je het weet’.” (Bestuurder 1)

Deze bestuurder begrijpt ‘het spel’ met de IGJ: openheid en het tonen van controle zijn belangrijk om vertrouwen en daarmee speelruimte te krijgen – de IGJ blijft dan op afstand. Als dit vertrouwen er niet is krijgt het spel een andere vorm. Een in het oog springend voorbeeld hiervan is de casus van Ziekenhuis B waarin de IGJ een risico voor de patiëntveiligheid signaleerde en de bestuurder dit niet meteen (h)erkende. De situatie was een tijdelijke – een fusie lag in het vooruitzicht – en de IGJ was welwillend om de periode te overbruggen. Door het frequent uitvoeren van onaangekondigde bezoeken aan de het ziekenhuis, het monitoren van de patiëntgegevens en het in gesprek blijven met de betrokken medisch specialisten en bestuurders hield de inspectie vertrouwen in de aanpak van het ziekenhuis. In dit proces van sense-making worden signalen dus hard gemaakt; de kwaliteit moest geborgd én verantwoord.

Onaangekondigde bezoeken spelen een belangrijke rol in het verzamelen van informatie over een ziekenhuis. De IGJ beschikt over een grote hoeveelheid informatie. Deze informatie wordt verzameld in databases (het eerdergenoemde WPM, het dashboard IRIS), toezichtrapportages en verslagen van gesprekken. Een deel hiervan is openbaar. Respondenten geven aan dat de informatie beschikbaar is, maar ook dat het een grote brei is waarin een senior-inspecteur zelf een lijn moet zien te ontdekken. Soms worden toezichtbezoeken ingezet om meer zicht te krijgen op wat speelt; bijvoorbeeld het thematisch toezicht rondom het Convenant Medische Technologie dat werd ingezet omdat een accounthouder het vermoeden had dat in een ziekenhuis het kwaliteitssysteem niet op orde was. Het toezicht op het convenant maakt dan deel uit van het onderzoeken en het concretiseren of ‘hard maken’ van signalen.

3.7 Institutionaliseren van soft signals

Het bespreken van en betekenis geven aan signalen is geïnstitutionaliseerd in verschillende overlegstructuren. Sinds een aantal jaar organiseert het team van senior-inspecteurs multidisciplinaire overleggen (MDO’s) waarbij alle senior-inspecteurs die betrokken zijn bij een ziekenhuis samenkomen: wat is er in dit ziekenhuis aan de hand? MDO’s worden georganiseerd rondom een ziekenhuis waarbij de accounthouder(s) het gevoel hebben dat er wat speelt maar het probleem nog niet scherp hebben. Een MDO biedt de gelegenheid bevindingen en ervaringen (alook de zogenaamde onderbuikgevoelens als ‘pluis-niet pluis’) samen te brengen en uit te diepen in een gezamenlijke activiteit van sense-making waarbij signalen worden geconcretiseerd en samen wordt nagedacht over mogelijke strategieën. Deze delibratiesessies worden door de betrokkenen als waardevol ervaren.

Daarnaast is er een periodiek overleg, waarin in een jaar alle ziekenhuizen minstens één keer aan de orde komen en waarbij accounthouders (preventief) gezamenlijk het dashboard (IRIS) voor een ziekenhuis doorlopen: wat speelt er in het ziekenhuis, hoe doen ze het? Beide bijeenkomsten hebben tot doel informatie samen te brengen en bestaande (expliciete en impliciete) kennis over een ziekenhuis te mobiliseren en te verdiepen. Hierbij spelen soft signals niet alleen een rol, maar worden ze ook ‘hard

gemaakt'; ze worden gestaafd door feiten en ervaringen die worden gekoppeld aan de activiteiten van de IGJ. Soms kunnen signalen niet hard gemaakt ('bewezen') worden en komt men collectief tot het besluit niet tot actie over te gaan. Daarnaast bieden de genoemde overleg- en afstemmingsstructuren leidinggevenden bij de IGJ een platform om zicht te hebben op het gesitueerde werk van de accounthouders in de ziekenhuizen.

Sense-making is dus een intensief en collectief proces waarin signalen betekenis krijgen doordat ze worden getoetst aan de realiteit; een realiteit die steeds diepgaander wordt onderzocht en beschreven doordat de IGJ het ziekenhuis onder de loep neemt. Signalen worden hierbij 'hard gemaakt': ze verworden tot aantoonbare gegevens over een ziekenhuis waarop de IGJ actie kan ondernemen. Dit proces kan worden beschreven als sense-making: de interpretatie en betekenisgeving die leiden tot toezicht- en handhavingsstrategieën en activiteiten. Dit is het onderwerp van het volgende hoofdstuk.

3.8

Casus Ziekenhuis A

De IGJ start in 2015 een intensief toezichttraject. Aanleiding is de 'chaotische situatie' die de IGJ aantreft bij een onaangekondigd bezoek op een afdeling van Ziekenhuis A. Deze afdeling staat, onder meer vanwege een aantal calamiteiten, in de belangstelling van de IGJ. Het zijn niet alleen de calamiteiten zelf, maar ook de behandeling daarvan die de senior-inspecteurs zorgen baart. De calamiteitenrapportages worden door de IGJ als kwalitatief onvoldoende bevonden: de analyses zijn te mager en voorgestelde verbetermaatregelen volstaan niet. Dit heeft al eens geleid tot een gesprek met het senior-inspecteurs van het LMO waarbij de IGJ probeert het lerend vermogen n.a.v. calamiteiten in het ziekenhuis te vergroten. Deze ondersteunende interventie staat naast de handhavende interventies die de IGJ toepast, zoals de onaangekondigde bezoeken en de strenge rapportages met aanbevelingen die daarop volgen.

In 2015 wordt de IGJ getriggerd doordat de bestuurder de risico's in het ziekenhuis onvoldoende kent. De IGJ signaleert dit omdat ze hetgeen de bestuurder vertelt op de werkvloer verifieert; hieruit blijkt een discrepantie. De IGJ intensiveert daarop het toezicht. Als onderdeel van dit intensieve toezicht dient de Raad van Bestuur maandelijkse voortgangsrapportages op te stellen en vinden onaangekondigde bezoeken plaats met het doel gegevens te verzamelen.

De IGJ ervaart in het proces een stroeve samenwerking waarin de bestuurder zich welwillend toont, maar de invulling van afspraken lang voor zich uitschuift. Na een jaar vindt er een bestuurswissel plaats. De nieuwe bestuurder richt zich onder meer op het herstel van vertrouwen van de IGJ. Het ziekenhuis voert in een hoger tempo verbeteringen door, waarna de IGJ het geïntensiveerde toezicht beëindigt.

3.9

Casus Ziekenhuis B

De casus betreft een fusie van twee ziekenhuizen waarbij met name in de acute as van het ziekenhuis een verandering (en verschuiving) van zorgaanbod wordt voorzien. Tijdens een onaangekondigd bezoek constateert de IGJ dat op één van de betreffende afdelingen niet alle voorwaarden voor goede zorg aanwezig zijn; het personeel voldoet niet (meer) aan de opleidings- en bezettingsnormen en gemaakte samenwerkingsafspraken met een andere afdeling (voor kwaliteitsborging) worden onvoldoende nageleefd.

De bestuurders en de zorgverleners van Ziekenhuis B onderkennen in eerste instantie niet de urgentie van het probleem dat de IGJ constateert. Zij zijn van mening dat afdoende (informele) kwaliteitssystemen zijn georganiseerd, zoals een laagdrempelige consultatie bij een ander ziekenhuis, en verpleegkundigen die in vrije tijd terugkomen om bij te springen. Dit moet volstaan om de tijd te overbruggen tot de fusie een feit is, stelt de Raad van Bestuur. De IGJ voert de druk op en nodigt de bestuurders uit op haar kantoor. De IGJ stelt daarbij de bestuurders voor de keuze: de personele bezetting en het bredere kwaliteitssysteem op orde brengen, of versnelt het zorgprofiel aanpassen. De Raad van Bestuur laat daarop een haalbaarheidsstudie uitvoeren en komt tot de conclusie dat afschalen van het zorgaanbod de enige oplossing is. Voor de verpleegkundigen wordt een opleidingstraject opgezet en uitgevoerd. Het ziekenhuis kiest ervoor bepaalde zorgfuncties te behouden omdat deze niet op korte termijn op een andere locatie kunnen worden ondergebracht. Voor het verlenen van de betreffende zorg wordt echter beschreven welke randvoorwaarden in principe aanwezig moeten zijn. Het ziekenhuis wil beargumenteerd afwijken van die norm. De IGJ is van oordeel dat er met de gekozen oplossing geen sprake kan zijn van goede zorg. De IGJ stelt voorts dat het onwenselijk is voor zowel de patiënt als het ziekenhuis wanneer de betreffende zorg niet meer op de betreffende locatie kan worden geleverd. Daarop wordt ervoor gekozen om onder scherpe voorwaarden de betreffende zorg toch in stand te houden.

De IGJ stelt hierbij een geïntensiveerd toezicht in waarbij zij regelmatig (onaangekondigde) bezoeken brengt aan het ziekenhuis en in het bijzonder de acute as. Daarnaast wordt het ziekenhuis verplicht patiëntenstromen te monitoren en hierover maandelijks de IGJ schriftelijk te informeren. Uit de documenten en de interviews blijkt dat er in de 20 maanden tot de fusie zeer frequent contact is tussen de Raad van Bestuur en de IGJ, en dat de bestuurder op eigen initiatief de IGJ informeert over zaken die spelen rondom de fusie die consequenties (kunnen) hebben voor de patiëntenzorg. De gespannen relatie van het begin maakt plaats voor een samenwerkingsrelatie waarin Raad van Bestuur en IGJ ieder een eigen rol vervullen en beide partijen met tevredenheid op terug kijken.

4. Soft signals als sturingsinstrument

4.1 Soft signals als sturingsinstrument

Soft signals spelen een belangrijke rol in het toezicht en handhaving. Ze zijn, zo laten we in dit hoofdstuk zien, (mede) richtinggevend voor de strategie van toezicht en handhaving die wordt ingezet richting het ziekenhuis. Daarbij spelen verschillende afwegingen een rol: de ingeschatte mogelijkheden van de zorginstelling (en meer specifiek die van de bestuurder), de rol en positie van de IGJ zelf, en de boodschap – of: meer toepasselijk, ‘het signaal’ – dat van de ingezette strategie uitgaat naar de zorgaanbieder. De zorgaanbieder geeft hier vervolgens ook weer betekenis aan in de aansturing van het ziekenhuis én in de interactie met de IGJ. Deze thema’s zullen we in dit hoofdstuk achtereenvolgens bespreken.

4.2 Het design van de toezichtstrategie

Nadat signalen zijn geduid en met feiten onderbouwd (‘sense-making’) volgt het geven van betekenis aan die signalen in het ontwerp van de toezichtstrategie. Dit onderwerp kreeg in de interviews minstens zoveel aandacht als de soft signals zelf. Een senior-inspecteur merkte tijdens een interview op:

“We voerden een handhavingstraject uit. De bestuurder belde na het ontvangen van een visitatierapport: ‘Wat gaat de inspectie nu doen?’ Dat hele handhavingstraject gaat terug naar die opmerking.” (senior-inspecteur 1)

Bij het beoordelen van signalen en het onderzoek dat daarop volgt spelen de competenties van de bestuurder een cruciale rol. Bij de IGJ staat leren en het leervermogen van het ziekenhuis voorop: kwaliteitsverbeteringen moeten plaatsvinden in de zorginstelling zelf en de inspectie probeert hierop te sturen. Dit is terug te zien in het format en de beoordeling van calamiteitenrapportages: het is aan de instellingen om de gebeurtenis te analyseren en (toetsbare) verbetermaatregelen te formuleren (Grit et al. 2018). Daarbij is het voor de beoordeling door de IGJ van belang dat een bestuurder lerend vermogen laat zien, iets wat in bovengenoemde casus niet het geval leek te zijn: de bestuurder nam niet zelf het initiatief om waargenomen tekortkomingen in de zorg te verbeteren maar probeerde hiervoor de inspectie in te schakelen. Dit wordt beschouwd als een normatieve fout (Bosk 1979)⁴ en laat gebreken in de competentie van een bestuurder zien, iets dat wordt meegenomen in de afweging van de inzet van toezicht- en handhavinginstrumenten.

⁴ Bosk maakt in zijn onderzoek naar de medische opleiding onderscheid tussen technische en normatieve fouten; technische fouten, zoals het niet goed hechten van een wond van een patiënt, worden volgens hem in de opleiding minder bestraft dan normatieve; in het laatste geval gaat het bijvoorbeeld om het niet tonen van begaandheid met de patiënt of het niet informeren van een collega. De inspectie hanteert een soortgelijk onderscheid als zij zegt: “Fouten maken is onvermijdelijk; er niet van leren is onacceptabel.” (Meerjarenbeleidsplan 2016-2020).

Het inzetten van de instrumenten voor toezicht en handhaving is aan voorwaarden verbonden en wettelijk geborgd, welke zijn vastgelegd in het handhavingkader (IGZ 2013). Het handhavingkader beschrijft de maatregelen en instrumenten die de IGJ kan inzetten: strafrechtelijke maatregelen, tuchtrechtelijke maatregelen, bestuurlijke maatregelen (bijvoorbeeld een bevel of aanwijzing), corrigerende maatregelen (zoals verscherpt toezicht), en advies- en stimuleringsmaatregelen. Het handhavingkader heeft tot doel de transparantie en voorspelbaarheid van de IGJ bij de inzet van maatregelen en instrumenten te vergroten. Tegelijkertijd geeft de IGJ aan dat de inzet hiervan afhankelijk is van de specifieke context. Senior-inspecteurs hebben discretionaire ruimte bij het inzetten van maatregelen en instrumenten (IGZ 2013). Uit dit onderzoek blijkt dat zij hier niet lichtvoetig mee omgaan. Signalen en de context van een ziekenhuis worden uitgebreid onderzocht en besproken in het team van accounthouders en betrokken senior-inspecteurs (zoals het eerdergenoemde multidisciplinaire overleg). Daarbij wordt gekeken naar de ernst van de situatie (is de patiëntveiligheid in gevaar?) maar vooral ook of het ziekenhuis, en in het bijzonder de bestuurder, de urgentie van het probleem onderkent en in staat lijkt deze het hoofd te bieden.

Dit kan worden geïllustreerd aan de hand van de twee casestudies (zie kaderteksten in het vorige hoofdstuk). Bij Ziekenhuis A werd het vertrouwen van de IGJ in de bestuurder beschadigd; de accounthouder werd geconfronteerd met een discrepantie tussen het verhaal van de bestuurder ('een glooi en victoria verhaal') en hetgeen op de werkvloer werd aangetroffen (communicatieproblemen, een kwaliteitssysteem dat niet op orde was, chaos op een afdeling waar al zorgen over waren. In geval van Ziekenhuis B erkende de bestuurders in eerste instantie (ook) niet de door de IGJ geconstateerde tekortkomingen in de zorg, maar draaiden zij snel bij en kwamen zelf tot ingrijpende maatregelen om de veiligheid van zorg te verbeteren: het locatieprofiel werd aangepast en patiëntenstromen- en opnames werden gemonitord en gegevens maandelijks overlegd met de IGJ. De directbetrokkenen uit het ziekenhuis in deze casus gaven aan dat de uitkomst ten aanzien van het locatieprofiel er een was die uit onderhandeld is met de IGJ: de inspectie zag het liefst dat een bepaalde zorgfunctie werd overgenomen door het grotere ziekenhuis. Dit was voor het ziekenhuis geen haalbare en wenselijke kaart. Zij wilden de samenwerking wel intensiveren en de zorg afschalen. De IGJ ging akkoord als maandelijks patiëntengegevens werden overlegd, en daarnaast intensiverde zij het toezicht, o.a. door vaker langs te gaan in het kader van thematisch toezicht en zo een thermometer in de organisatie te kunnen houden gedurende het fusietraject. Op dit 'spel' van afstand en nabijheid, en controle en samenwerking gaan we hieronder verder op in.

In beide casus koos de IGJ voor geïntensiveerd toezicht; een (eigenlijk niet bestaande want niet formeel omschreven) vorm van toezicht waarbij de IGJ intensief contact onderhoudt met de bestuurder en (onaangekondigde) bezoeken brengt om de kwaliteit van zorg te monitoren. Anders dan een verscherpt toezicht dat openbaar gemaakt wordt en door zorginstellingen als belastend wordt ervaren omdat het tot wantrouwen onder patiënten leidt en reputatieschade genereert, speelt een geïntensiveerd zich in de meeste gevallen buiten het publieke gezichtsveld af. In de twee casestudies werd hier om verschillende redenen voor gekozen: in Ziekenhuis B omdat de IGJ de bestuurlijke situatie van het ziekenhuis, dat zich in een fusiefase bevond, kwetsbaar achtte en het ziekenhuis tegelijkertijd naar de mening van de IGJ adequate maatregelen had genomen. Bij Ziekenhuis A speelde dat de problemen op verschillende niveaus tegelijkertijd speelden en de IGJ het niet wenselijk achtte hiervoor de verantwoordelijkheid toegeschoven te krijgen:

“Bij intensief toezicht gaan we [IGJ] al harder werken, en bij verscherpt toezicht gaan we nog harder werken. En wij willen eigenlijk dat de bestuurder gaat werken.” (IGJ accounthouder 2)

Het verschil tussen een verscherpt toezicht en geïntensiveerd toezicht is niet enkel ingegeven door de ernst van de situatie, maar ook door het signaal dat de IGJ wil uitzenden of de beweging die in gang moet worden gezet:

“Kijk, een VT [Verscherpt Toezicht] heeft weinig zin als niemand daar iets mee kan omdat die bestuurder gewoon niet competent is bijvoorbeeld. Bij een VT verwacht je dat een bestuurder met een duw in de rug er toch gewoon wat van gaat maken.” (IGJ accounthouder 3)

Een geïntensiveerd toezicht gaat gepaard met andere stimulerende en controlerende maatregelen gericht op patiëntveiligheid, maar zendt ook een signaal uit naar de bestuurder en andere betrokkenen om hen te stimuleren een kwaliteit bevorderende beweging in gang te zetten. Het bestuur van Ziekenhuis B werd bijvoorbeeld op het kantoor van de IGJ uitgenodigd ‘voor een stevig gesprek’; dit geeft een ander en vooral sterker signaal af dan wanneer de senior-inspecteur in de bestuurskamer van het ziekenhuis op bezoek komt. Dit wordt, zo bleek tijdens de interviews, ook door de bestuurders zo ervaren: twee bestuurders hadden in hun loopbaan een keer een uitnodiging voor een bezoek aan de inspectie gekregen en konden zich dit nog levendig herinneren. Het was voor hen een teken dat er echt iets moest gebeuren.

Bestuurders zijn niet altijd op de hoogte van het geïntensiveerd toezicht: een van de geïnterviewde bestuurders kwam daar pas achter toen de accounthouder het eind van het geïntensiveerde traject aankondigde. De andere bestuurder had dit nooit zo met de IGJ besproken. De vele bezoeken van de accounthouders aangevuld met de thematisch onderzoeken waren door de IGJ geduid als ‘toeval’, al waren het er volgens de betreffende bestuurder wel ‘opvallend veel’; iets wat eerder storend dan behulpzaam werd ervaren omdat het kwaliteitsproces waarin men zat al zoveel aandacht en inzet vergde. De geïnterviewde bestuurders en ziekenhuis medewerkers hadden begrip voor de rol van de inspectie en benadrukten het politieke vergrootglas waaronder de IGJ ligt maar hadden tegelijkertijd moeite met de extra administratieve registratielast, bijvoorbeeld tijdens een periode van geïntensiveerd toezicht: “Dat kost tijd en geld.” (medisch manager Ziekenhuis B)

Tijdens de interviews vertelden senior-inspecteurs over andere interventies om ziekenhuizen tot verbeteren aan te zetten, zoals het ontbieden van de Raad van Toezicht in het Stadskantoor (het hoofdkantoor van de IGJ in Utrecht) om de interne toezichthouder te wijzen op haar controlerende rol en tegenwicht te bieden aan een bestuurder. Benadrukt werd dat deze stap zelden wordt gezet, maar de keren dat dit gebeurde dit wel effectief was omdat het leidde tot het aanpakken dan wel vervangen van de bestuurder. De IGJ beschouwt interventies met een dergelijke uitkomst als succesvol omdat het uiteindelijk de bestuurder en interne toezichthouders zijn die leiding moeten geven aan een zorgorganisatie, en niet de inspectie.

Paradoxaal genoeg kan interveniëren ook gebeuren door afstand te nemen. Tijdens de

interviews kwam verschillende casuïstiek langs, waaronder een ziekenhuis dat onder geïntensiveerd toezicht stond en waarbij de IGJ, na verschillende ‘pittige gesprekken’ te hebben gevoerd tot de conclusie kwam dat de nieuw aangestelde bestuurders inzicht hadden in de bestaande problematiek en hiervoor een adequate aanpak hadden opgesteld. De IGJ besloot daarop afstand te nemen:

“Wij denken dat je die bestuurder dus meer in het zadel helpt door hem de kans te geven zelf wat te gaan doen. Op het moment dat je hem dat zit te souffleren, indirect via een maatregel, dan maak je hem afhankelijk en dan krijgt hij dus ook dat imago mee.”
(IGJ accounthouder 3)

In deze specifieke casus, waarbij de senior-inspecteurs een geïntensiveerd toezicht besloten te beëindigen, wilde de IGJ ruimte geven aan de nieuwe bestuurder om de problemen zelf aan te pakken en daadkracht te tonen richting de eigen organisatie. Daarbij bleef de inspectie wel op de achtergrond aanwezig om zo nodig weer een stapje naar voren te zetten. Deze pedagogische houding (Kok et al. 2018) met als doel zelfstandigheid te stimuleren en leren te bevorderen hangt nauw samen met de rol en positie van de IGJ zelf, iets wat hieronder verder wordt uitgediept.

4.3

Rol en positie van de IGJ

Een centraal aspect (en instrument) van de IGJ is haar institutionele effectiviteit (Legemaate et al. 2013): het louter hebben van een inspectie die de publieke waarden vertegenwoordigt en beschermt genereert een externe druk om kwaliteit van zorg te borgen. Het geeft autoriteit en daarmee zeggenschap aan de kant van senior-inspecteurs; een autoriteit die weliswaar geïnstitutionaliseerd is, maar ook voortdurend aandacht en bevestiging vraagt. In de literatuur wordt dit geduid als ‘institutioneel werk’: het werk dat wordt verricht om instituties te creëren, beschermen en veranderen (Lawrence en Suddaby 2006; Wallenburg et al. 2016). Dit was duidelijk zichtbaar in het onderzoek. Van bestuurders wordt verwacht dat zij de autoriteit van de IGJ respecteren en publiekelijk bevestigen, bijvoorbeeld door act-de-préséance te geven als een bestuurder wordt uitgenodigd voor een gesprek. Als dit niet gebeurt volgen repercussies: de bestuurder moet op het matje komen. Hoewel een dergelijke interactie onderdeel uitmaakt van de interactie in het kader van soft signals (richting de bestuurder: ‘de zorgen zijn serieus’ en ‘actie is nu nodig’) overstijgt de interventie ook deze directe interactie en betreft het (de bescherming van) de institutionele autoriteit van de inspectie die onderliggend is aan de kracht van de inzet van soft signals in het toezicht en handhaving. Door soft signals serieus te nemen en ze zelf te gebruiken bekrachtigt de inspectie haar positie in het veld. Bestuurders maken daar ook weer gebruik van:

“Dan zeg ik [tegen een manager of zorgprofessional]: ‘luister, ik ga hierover dadelijk de IGJ informeren, weet dat en weet ook dat je dan de boel echt op orde moet hebben. Gaan we dat redden? Ik ga de IGJ straks niet vertellen dat we het niet op orde hebben.’”
(Ziekenhuisbestuurder 3)

Bestuurders zetten de institutionele rol van de toezichthouder dus ook in om ‘in huis’ iets gedaan te krijgen; het gezag van de IGJ geeft doorzettingsmacht, en het effect hiervan is dat de institutionele effectiviteit van die rol van de IGJ wordt bekrachtigd. Dit blijkt ook iets wat bestuurders actief uitdragen. Zij gaven aan een senior-inspecteur in hun ziekenhuis niet af te vallen, ook als zij kritiek hadden op het optreden van die inspecteur of het niet eens waren met een maatregel. Dat was iets dat ze met de IGJ zelf opnamen.

Het ‘in huis’ afvallen van de inspectie helpt niet om een opgelegde verbetering tot stand te brengen. Daarnaast hebben bestuurders een belang bij een krachtige IGJ, zoals we eerder al lieten zien; het aanhalen van de (macht van de) inspectie helpt ook om iets in beweging te krijgen.

De institutionele autoriteit van de IGJ speelt een rol bij het ontwerp van de toezichtstrategie. De bestuurder is (wettelijk) verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg, en – zoals we hierboven betoogden – de IGJ is waakzaam deze rol niet (deels) over te nemen, ondanks de politieke druk om streng op te treden. Het onderzoek laat zien dat er een samenspel plaatsvindt tussen de inspectie en de bestuurder. In geval van Ziekenhuis B trok de IGJ met het bestuur op om een kwetsbare periode te overbruggen: een groep van senior-inspecteurs was nauw betrokken bij het ingezette beleid en monitorde voortdurend de uitkomsten hiervan. Het ziekenhuis moest informatie over patiëntenstromen maandelijks aan de IGJ overleggen en het ziekenhuis werd frequent bezocht vanuit het thematisch toezicht, waarmee een extra vinger aan de pols werd gehouden. Door het ziekenhuis werd dit, naast ondersteunend aan het transitieproces waarin zij zaten, ook als belastend ervaren: het in kaart brengen en documenteren van de patiënten haalde aandacht en tijd weg bij het intensieve fusieproject waar men ook mee bezig was. Tegelijkertijd leek het een oplossing voor een verschil van mening over de beste oplossing in de overgangsfase waarin men zich bevond. Volgens het ziekenhuis wilde de IGJ graag een specifieke zorgfunctie op één locatie concentreren of de samenwerking tussen de beide locaties intensiveren. Het eerste was geen haalbare kaart voor beide ziekenhuizen. Zij waren van mening dat ze met de genomen maatregelen en de bestaande samenwerkingscultuur de kwaliteit van zorg voldoende konden waarborgen. De IGJ ging daar uiteindelijk in mee, weliswaar binnen de kaders van het geïntensiveerd toezicht – iets waar de bestuurders zich op dat moment overigens niet bewust van waren.

De IGJ steunde met deze aanpak een situatie waarin het ziekenhuis weliswaar niet meer aan de gestelde kwaliteitsnormen voldeed maar waarin zij het vertrouwen had dat de bestuurder en betrokken professionals in staat waren de patiëntveiligheid afdoende te borgen. Hiermee werd de beschikbaarheid van zorg in de regio gegarandeerd en kon het ziekenhuis de fusieperiode doorstaan. Dit was niet zonder risico voor de IGJ zelf:

“Je moet wel goed blijven uitleggen. Stel dat er toch iets misgaat. Er gaat iemand dood (...) of iemand maakt een misser (...). Maar als je in zo’n traject zit met iets en er gaat iemand dood dan denken ze [de maatschappij] allemaal dat komt omdat het ziekenhuis in dat traject zit. Terwijl het anders misschien wel had kunnen gebeuren... Je hebt gewoon veel meer uit te leggen.” (IGJ accounthouder 4)

Door tijdelijk ruimte te bieden aan een niet-alledaagse zorgsituatie door middel van toezicht, neemt de IGJ een risico voor de eigen organisatie: als het misgaat, kan ook de inspectie kritiek en reputatieschade oplopen, of heeft op z’n minst ‘wat uit te leggen’. Tegelijkertijd ziet de IGJ het als haar taak de kwaliteit van zorg te bevorderen. Tijdens de interviews benadrukten senior-inspecteurs regelmatig dat er in de zorg altijd wel wat misgaat, en dat je dit als bestuurder, noch als inspectie kunt voorkomen. Je kunt alleen de onnodig risicovolle of gevaarlijke situaties aanpakken. Echter, als de inspectie actief betrokken raakt in een zorgsituatie en dit in het geval van een incident ook publiekelijk bekend raakt roept dit op zijn minst vragen op over de rol van de IGJ.

Deze casus illustreert hoe toezicht zich beweegt op een continuüm van afstand en nabijheid. Of, zoals een bestuurder uit het ziekenhuis aangaf: “toezicht moet altijd een beetje schuren.” (bestuurder 2). Hoewel de IGJ probeerde het ziekenhuis te steunen door niet hard in te grijpen en geen maatregel op te leggen die het toezichtstraject publiek zou maken, creëerde zij tegelijkertijd ook afstand en controle door overzichtsrapportages te eisen en het ziekenhuis veelvuldig te bezoeken op verschillende thema’s (zoals een medewerker het uitdrukte: “en dan kwamen ze weer voor een biochemische aanval, en dacht ik: doe dat even lekker ergens anders!” (ziekenhuismedewerker ziekenhuis 2).

Binnen de IGJ wordt ook discussie gevoerd over afstand en nabijheid: hoever moet en kan de inspectie gaan bij het begeleiden van ziekenhuizen? En, hoe toon en geef je zorginstellingen vertrouwen? Uit de interviews bleek dat accounthouders daar op verschillende manieren invullingen aan geven. Sommige senior-inspecteurs staan op het standpunt dat de inspectie een toezichthouder op afstand is. Anderen zijn meer gericht op het strategisch sturen op goed gedrag en veiligheid en vinden dat de senior-inspecteurs zich verder in deze coachende rol moeten bekwamen. Een voorbeeld hiervan is het werk van het LMO waarin calamiteiten niet alleen worden besproken en geëvalueerd, maar door de IGJ ook terugkoppeling wordt gegeven aan een ziekenhuis over de kwaliteit van de reflectie die zij geven en mogelijke verbeterpunten. Leren wordt dan actief bevorderd. In de praktijk blijken beide toezichtstrategieën vaak naast elkaar te bestaan: de IGJ toont zich streng en afstandelijk en coachend en dichtbij tegelijkertijd, vaak in de vorm van de inzet van andere senior-inspecteurs. Soms is dit doelbewust en gaat een accounthouder bijvoorbeeld niet mee met een confronterend bezoek om later de band weer te kunnen aanhalen en naar oplossingen te zoeken. Dit kan voor ondertoezichtgestelden als niet eenduidig of verwarrend ervaren worden.

Soft signals, zo hebben we in dit hoofdstuk laten zien, maken onderdeel uit van de toezichtpraktijk- en strategie. In processen van ‘sense-making’ worden signalen ingezet, zoals het uitnodigen van een Raad van Bestuur op kantoor bij de IGJ, of het vroeg(er) beëindigen van een traject van geïntensiveerd toezicht. Dergelijke signalen worden gebruikt om een boodschap af te geven aan een ziekenhuis en actoren in stelling te brengen – iets wat door bestuurders soms ook als bemoeizuchtig wordt ervaren. Soft signals maken onderdeel uit van de pedagogiek van het toezicht; ze worden gebruikt om te laten leren, en staan soms naast meer strenge vormen van toezicht. Voor de IGJ betekent dit een intensief proces van afwegen en uitproberen ‘wat werkt’, waarbij ook de eigen institutionele positie voortdurend wordt bewaakt.

5. Soft signals en de institutionele effectiviteit en legitimiteit van een toezichthouder

5.1 Soft signals en de institutionele effectiviteit en legitimiteit van een toezichthouder

In de vorige hoofdstukken hebben we laten zien dat het betekenis geven en verlenen aan soft signals een intensief, vaak tijdrovend en soms onvoorspelbaar proces is waarbij ‘de werkelijkheid’ vaak pas achteraf helder is – en dit is veelal het moment waarop de buitenwereld haar oordeel velt. Veelal ook over de rol van een inspectie. Hiervoor kan de institutionele effectiviteit en legitimiteit van de inspectie in het geding komen. Dit spanningsveld zal mede aan de hand van inzichten die zijn opgedaan bij de Nederlandse Inspectie van het Onderwijs (IvHO) en de Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit (NVWA) in dit hoofdstuk worden uitgewerkt.

5.2 Risicoperceptie en het ‘framen’ van incidenten

In Nederland is het de taak van de NVWA om toe te zien op de naleving van wet- en regelgeving door bedrijven en organisaties met het oog op de veiligheid van voedsel en consumentenproducten, de gezondheid van planten en dieren, het welzijn van dieren en natuurbehoud (Havinga et al. 2015). De IvHO is belast met de bewaking van de kwaliteit van het Nederlandse onderwijsstelsel; van kinder-, voor- en naschoolse opvang, primair, speciaal, voortgezet en beroepsonderwijs, evenals de veiligheid van kinderen en jongeren op scholen. De NVWA en IvHO hanteren risico gestuurd toezicht, waarbij middelen worden ingezet daar waar de risico’s het groots zijn. Ook hebben de NVWA en IvHO, net als de IGJ, een bestuurdersgerichte aanpak waarbij bestuurders van scholen (in het geval van de IvHO), organisaties en bedrijven (in het geval van de NVWA) primair zelf verantwoordelijk worden gesteld voor het naleven van wet- en regelgevingen, het waarborgen van de kwaliteit van de geproduceerde en geleverde producten/diensten en aanpakken van risico’s.

Wat de grootse risico’s zijn wordt door de toezichthouder, vaak in samenspraak met het veld, bepaald en vastgelegd. Signalen die bij de toezichthouders binnenkomen, hard en zacht, worden binnen deze risicokaders gewogen en geïnterpreteerd. Het is voor de NVWA en de IvHO, net als voor de IGJ, een zoektocht – en vaak ook logistieke uitdaging – om soft signals zo bijeen en op de juiste plek binnen de eigen organisatie te brengen opdat er op een adequate manier op kan worden gehandeld. Gezien de grote publieke en politieke aandacht voor inspecties, vooral naar aanleiding van incidenten en ongelukken (Mertens et al. 2015), kan een toezichthouder zijn toezicht niet volledig toespitsen op de grootste risico’s. Signalen die binnenkomen over problemen die niet heel grootschalig zijn maar waarbij het risico op maatschappelijke onrust wel aanzienlijk is, vragen aandacht. Klachten en meldingen die van burgers binnenkomen bij de IvHO worden bijvoorbeeld op ernst

geclassificeerd waarbij de graad van mogelijke maatschappelijke onrust een belangrijk onderdeel is:

“Er zijn signalen waar in elk geval een vermoeden is dat er iets mis is, dus echt iets wat niet wordt nageleefd of met de kwaliteit [van het onderwijs] niet in orde is. En dan hebben we nog een hogere graad en dat zijn signalen die eventueel ook een politieke betekenis hebben, dus die in de media komen of desnoods waar Kamervragen over kunnen worden gesteld. Signalen waar dus nog grotere alertheid bij moet worden getoond.” (Inspecteur IvHO)

Voorbeelden van dergelijke signalen zijn kinderen die thuis zitten omdat er geen passend onderwijs wordt geboden of vermoedens van fraude. “Je weet zeker dat daar Kamervragen over komen.” (Inspecteur IvHO) Risico’s worden dus niet door alle partijen op dezelfde wijze gedefinieerd en geclassificeerd. Een toezichthouder houdt hier rekening mee, zeker in de eerder besproken ‘sense-making’ processen van ongrijpbare of soms ogenschijnlijk onbeduidende soft signals.

Eenzelfde mechanisme komt naar voren rondom de framing van incidenten. De politiek, burgers en media geven op verschillende manieren betekenis aan incidenten en dit kan de handelingsmogelijkheden en acties van een toezichthouder beïnvloeden. Het grote publiek kan uitdagingen, risico’s of incidenten groter maken dan ze daadwerkelijk (voor een toezichthouder) zijn. Tegelijkertijd kunnen, wat voor de toezichthouder grote dossiers of incidenten zijn, voor de buitenwereld stilletjes passeren. Zo leggen inspecteurs van de NVWA uit:

“Een incident kan zijn een kermisattractie waar iemand uitvalt (...). Het kan ook volgelgriep zijn of meldingen over dierenwelzijn. (...) En er kunnen ook incidenten zijn wat [volgens de NVWA] niet eens per se een incident is, maar in de media als incident wordt beschouwd. Politiek gevoelige zaken zoals meerlingen [de registratie van meerling kalveren] is eigenlijk geen incident, maar wordt tot incident gemaakt. We hebben een hele grote casus gehad met sesamzaad, waar salmonella in zat en het bedrijf is pas twee jaar later vrijgegeven. (...) De media komen er niet achter en dan is het ook [voor de samenleving] geen incident.” (NVWA inspecteurs)

Deze werkelijkheid van uiteenlopende risicopercepties, de diverse manieren waarop incidenten worden geframed en de wisselende allocatie van verantwoordelijkheid hierbij (wie was hier (mede)verantwoordelijk?) is voor een toezichthouder belangrijk omdat het zijn institutionele effectiviteit en legitimiteit beïnvloedt. In het volgende deel van dit hoofdstuk gaan we hier verder op in.

5.3 Institutionele effectiviteit en legitimiteit

Er zijn hoge verwachtingen van het overheidstoezicht op de gezondheidszorg, voedsel, waren en scholen (Legemaate et al. 2013; Mertens et al. 2015; Havinga et al. 2015). Ook is het verantwoordingsklimaat voor toezichthouders de laatste jaren veel kritischer geworden (Mertens et al. 2015). De institutionele effectiviteit en legitimiteit van toezichthouders staat in de publieke belangstelling. In het kader van deze effectiviteit en legitimiteit is de reputatie van de toezichthouder van belang. Onderzoek heeft aangetoond dat een legitieme en effectieve toezichthouder over voldoende gezag en vertrouwen dient te beschikken (Mertens et al. 2015; Grit & van Ooijen 2015).

In de beoordeling van en handelen op soft signals uit het veld houden toezichthouders dus steeds rekening met het mogelijke risico voor de maatschappij, hoe het signaal door de buitenwereld kan worden geduid en geframed, en wat het afbreukrisico is voor henzelf. Een inspecteur van de IvhO lichtte toe:

“Op het moment dat het in de pers komt [een signaal waar door de IvhO niet of in de ogen van het publiek verkeerd op is geacteerd] dan is het eigenlijk al te laat. Dan zou, theoretisch, het beeld kunnen ontstaan dat je je werk niet goed hebt gedaan.”
(Inspecteur IvhO)

Publiekelijk verantwoording afleggen en open zijn over het eigen handelen is niet problematisch maar de onrust die kan ontstaan, zoals een beeld dat er niet goed is gehandeld, is beschadigend voor inspecties zoals de NVWA, IvhO en IGJ. Publieke reacties op de Fipronil affaire in de pluimveesector (2017), de grootschalige examenproblemen op een VMBO school in Maastricht (2018) evenals de UMC Utrecht casus (2016) zijn hier treffende voorbeelden van. De toezichthouders liggen onder vuuren vanuit de politiek en maatschappij wordt (opnieuw) gepleit voor meer, beter en strenger toezicht. Vooral de oproep naar meer en strenger toezicht is een uitdaging voor een toezichthouder die op basis van vertrouwen op bestuurders toeziet en zich richt op de eigen verantwoordelijk en het leervermogen van organisaties.

Het maatschappelijke en politieke klimaat, zoals we in dit hoofdstuk hebben laten zien, hebben grote invloed op de manier waarop toezichthouders risico's wegen en signalen interpreteren. Zeker soft signals, die vaak ambigue en moeilijk tastbaar zijn brengen voor de toezichthouder extra risico's mee voor haar institutionele effectiviteit en legitimiteit. In het volgende hoofdstuk bespreken we hoe soft signals hun weg vinden binnen de toezichtspraktijk van twee internationale zorg toezichthouders, de Engelse Care Quality Commission en Deense Patient Safety Authority.

6. Ervaringen uit het buitenland: de Engelse ‘Care Quality Commission’ en de ‘Danish Patient Safety Authority’

6.1 Ervaringen uit het buitenland: de Engelse ‘Care Quality Commission’ en de ‘Danish Patient Safety Authority’

Ook buiten Nederland is de aandacht voor de ‘zachte kant’ van zorg en zorgverlening toegenomen en dit heeft invloed op de rol van toezichthouders en de manier waarop toezichtprogramma’s en modellen worden vormgegeven. Als verdiepingsslag in onze exploratie zijn daarom twee buitenlandse toezichthouders op de gezondheidszorg benaderd om te onderzoeken hoe soft signals een plek hebben in hun toezicht en hoe deze worden gebruikt – als wel de beperkingen hiervan. Er zijn interviews afgenomen met managers en programmacoördinatoren van de Engelse Care Quality Commission (CQC) en de Danish Patient Safety Authority (DPSA).⁵ De meest in het oog springende bevindingen en inzichten worden in dit hoofdstuk besproken.

6.2 Publieke opdracht, juridische bevoegdheid en taakopvatting

De DPSA is eind 2015 opgericht en is daarmee in vergelijking met de IGJ en CQC een nieuwe toezichthouder. Deze jonge leeftijd is relevant omdat de gebruikte toezichtsmodellen en daaraan gekoppelde inspectieactiviteiten nog volop in ontwikkeling zijn. Wel is duidelijk dat de modellen die worden ontwikkeld zich sterk richten op het inzichtelijk maken van en handhaven op welomschreven risico’s met betrekking tot patiëntveiligheid. De Deense politiek heeft de DPSA de opdracht gegeven om binnen drie jaar een volledig “risk-based inspection system” vorm te geven. De door de DPSA gedefinieerde risico’s worden beschreven als ‘harde data’. Risico’s zijn gebaseerd op in de literatuur en richtlijnen beschreven risico’s en de risico’s zoals gedefinieerd door deskundigen, bijvoorbeeld door ervaren medisch specialisten. DPSA’s visie is het creëren van een “veilige en lerende gezondheidszorg sector” (DPSA, 2018)⁶ en ze zet zich actief in om risico’s binnen de sector inzichtelijk te maken en geleerde lessen te delen middels (geageerde) publicaties die zich richten op zorginstellingen.

⁵ Zoals toegelicht in het Methoden hoofdstuk is de keuze voor de DPSA en CQC ingegeven door de verwachte verschillen in toezichtstrategieën. De beschrijvingen zijn vooral bedoeld om meer inzicht te krijgen in hoe soft signals in het toezicht worden geïnterpreteerd en hoe soft signals in verschillende (nationale) contexten onderdeel uitmaken van het toezicht. We voeren geen internationale vergelijking uit; daarvoor is de omvang van dit deel van het onderzoek te beperkt.

⁶ DPSA website: Styrelsen for Patientsikkerhed/ Danish Patient Safety Authority <https://stps.dk/en/>. Laatst bezocht: 23 augustus 2018.

Ook de CQC verspreidt degelijke rapporten maar richt zich veel sterker op de (individuele) burger. Zo lichtte een manager toe:

“In de Health & Social Care Act uit 2008 is er voor de CQC een verplichting opgenomen. We hebben eigenlijk maar drie taken en een daarvan is dat we als organisatie een juridische verplichting hebben om oog te hebben voor de meningen en ervaringen van mensen die gebruik maken van [gezondheidszorg] diensten.”

De Engelse burger staat centraal in het toezichtmodel. De ervaring van de burger wordt actief meegenomen in het bepalen en beoordelen van veiligheidsrisico's. Op allerlei platforms worden Engelse burgers door de CQC uitgenodigd om hun ervaringen te delen; een “Share Your Experience” tool heeft een prominente plek op de CQC website en ook op Twitter worden burgers opgeroepen ervaringen publiekelijk te uitten (CQC, 2018).⁷

De publieke taak die door de politiek wordt meegegeven aan een toezichthouder lijkt bepalend voor de waarde die wordt toegekend aan de meningen, ervaringen en verhalen van de verschillende actoren in de gezondheidszorg. Tevens heeft de publieke taak invloed op de juridische bevoegdheid om bijvoorbeeld gegevens van burgers (en hun ervaringen) te verzamelen, bewaren en gebruiken. Waar de IGJ gegevens van ZKN heeft geïntegreerd in haar risicodashboard (Kleefstra et al. 2016), gebruikt de CQC nog veel meer vergelijkbare websites om haar toezichtsystemen te voorzien van informatie en is actief op zoek om deze input verder uit te breiden (Twitter, Facebook enz.), hoewel privacywetgeving dit soms lastig maakt. De DPSA maakt (nog) geen gebruik van dergelijke publiek toegankelijke informatie en het huidige informatiesysteem laat het ook (nog) niet toe om door de DPSA verzamelde kwalitatieve informatie, zoals burgerklachten, op geageerd niveau te categoriseren of filteren.

6.3 Het framen en bespreken van kwalitatieve (toezichts)informatie

Eerder in dit rapport (hoofdstuk 3) is reeds besproken dat de definitie van een soft signal niet eenduidig is en door IGJ-medewerkers op verschillende manieren wordt gedefinieerd. Dit kwam ook naar voren bij de internationale toezichthouders. Binnen de CQC wordt alle kwalitatieve data als ‘zacht’ bestempeld omdat het gaat om teksten die niet kunnen worden gekwantificeerd of in statistieken kunnen worden gevat. Zelfs als een kwalitatief verhaal over iets ‘hards’ (iets tastbaars of concreets) gaat zoals bijvoorbeeld een vermijdbaar sterfgeval of seksueel geweld in de zorgrelatie, wordt dit als ‘zacht’ bestempeld omdat:

“Wanneer je een grote hoeveelheid tekst hebt is het vaak moeilijk om erachter te komen waar je specifiek op moet letten, wat belangrijk is. (...) [En] het grootse deel van de problemen die je leest in kwalitatieve tekst gaan meestal niet over dat specifieke probleem dat op het papier staat.”

⁷ CQC website: Care Quality Commission <https://www.cqc.org.uk> laatst bezocht: 23 augustus 2018.

Er moet door inspecteurs ‘tussen de regels door’ gelezen of geluisterd worden om deze achterliggende problemen of risico’s, bijvoorbeeld met betrekking tot een onveilige cultuur, eruit te filteren. Ondanks deze sterke koppeling tussen kwalitatieve bronnen en soft signals waren de geïnterviewde CQC-medewerkers van mening dat een groot risico schuilt in het gebruik van het label ‘soft’ omdat een dergelijk label kwalitatieve verhalen als ondergeschikt kan positioneren ten opzichte van kwantitatieve (‘harde’) data:

“Kwalitatieve toezichtsinformatie moet als gelijkwaardig worden gezien als kwantitatieve toezichtsinformatie. (...) Het is heel makkelijk om het belang van een individu’s verhaal of zorg te onderschatten, door deze niet als harde data te beschouwen.”

Het is interessant om te benoemen dat er in het verschil van duiding ten aanzien van soft signals ook een culturele component lijkt te zitten. Bijvoorbeeld, daar waar IGJ inspecteurs het verdacht vinden als een bestuurder of zorgprofessional zich niet toegankelijk, open, lerend en toetsbaar opstelt jegens de toezichthouder, wordt dit in Denemarken niet als een negatief soft signal gezien. Volgens de DPSA-medewerker hebben zorgprofessionals, vooral artsen, vaak een negatieve houding naar DPSA inspecteurs tijdens inspectiebezoeken, maar hier wordt verder niks achter gezocht en dit is niet noodzakelijk problematisch omdat het ‘des-dokters’ is:

“Zorgprofessionals, vooral artsen, hebben van oudsher een professionele cultuur waarin ze het niet gewend zijn om zich toetsbaar op te stellen of verantwoording dienen af te leggen aan externe ‘niet-professionals’. (...) Dit is normaal gedrag. (...) Artsen waren ook de aanjagers van de afschaffing van ons accreditatie systeem, zoals in Denemarken in ziekenhuizen is geïntroduceerd in 2007 tot 2015 en nu ook gefaseerd wordt doorgevoerd in huisartspraktijken. Ik denk dat artsen dus een oprechte afkeer hebben voor externe controle.”

In de opleiding van Deense inspecteurs wordt aandacht besteedt aan de vraag hoe er ondanks zo’n houding toch een constructief gesprek kan worden gevoerd waarin risico’s worden besproken. Tijdens het interview werd aangegeven dat deze typische ‘des-dokters’ houding op termijn mogelijk gaat veranderen en door de toezichthouder in de toekomst dan wel als een zacht zorgelijk signaal zal worden beschouwd. Zo werd er in het interview opgemerkt dat bestuurders, managers en zorgverleners uit de Deense ouderenzorg, die als sector al veel langer te maken hebben met inspectiebezoeken, een veel positievere opstelling hebben richting de DPSA inspecteurs.

Met betrekking tot het bespreken van zachte toezichtsinformatie is het opvallend om te noemen dat DPSA inspecteurs tijdens inspectiebezoeken een strikte scheiding aan brengen tussen het bespreken van “hard controls” en “soft dialogue points”. Hard controls of ‘checkpoints’, zoals bijvoorbeeld scores op indicatoren, worden tijdens een gesprek met een zorgbestuurder of zorgverlener altijd als eerste aangekaart. Een gespreksverslag over deze ‘hard controls’ wordt openbaar gemaakt, vergelijkbaar met een IGJ visitatierapport. Vervolgens worden er tijdens een gesprek “soft dialogue points” ingebracht:

(kwaliteits)situaties of kwesties die tijdens het bezoek worden gesignaleerd en die niet direct relateren aan de lijst met risico's waarop de inspecteurs controleren maar waarover wel het gesprek wordt aangegaan. Dit laatste deel van het gesprek wordt niet vastgelegd. Deze strikte scheiding is aangebracht omdat de zachte punten, die vooraf niet aangekondigd zijn als gespreksonderwerp, juridisch niet openbaar (mogen) worden gemaakt. Dit zorgt soms wel voor wat onnatuurlijke gesprekken, aldus de DPSA medewerker, en men is zoekende naar een manier waarop alle vormen van toezichtsinformatie op een natuurlijke wijze kunnen worden besproken en geïntegreerd.

6.4 Big data: interpreteren en gebruiken

Zoals in dit rapport eerder benoemd verzamelt CQC veel kwalitatieve data. Klachten, meldingen en ervaringen van burgers maar ook zorgen geuit door zorgprofessionals en (lokale) partner instellingen, zoals HealthWatch England. Als toezichthouder heeft CQC de ambitie om al deze bronnen van informatie (steeds effectiever) te integreren in een toezichtmodel opdat het kan worden gebruikt in het signaleren van risico's en adresseren van problemen, bijvoorbeeld tijdens inspectiebezoeken. Meer dan de IGJ en de DPSA zet de CQC data-analyses ('big data') in als instrument van toezichthouden. Er is inmiddels vier jaar ervaring opgedaan door CQC data-analisten om via tekst-mining programma's risico's uit grote hoeveelheden tekst te distilleren. De geïnterviewde inspecteurs waren enthousiast over deze ontwikkeling. Zij stelden dat een aantal van de modellen die intern zijn ontwikkeld inmiddels zeer succesvol zijn. Recente literatuur (tevens over de CQC) laat echter ook de beperkingen hiervan zien (Griffiths et al. 2016). Menselijke ogen blijven nodig voor de interpretatie.

Een belangrijke les dat de afgelopen jaren binnen CQC is opgedaan is dat, als de weg van data-mining wordt ingeslagen, men eerst moet bepalen welke informatie nuttig is voor inspecteurs om te hebben en hoe dit vervolgens ook kan worden gebruikt 'in het veld' in combinatie met andere vormen van toezichtinformatie zoals harde indicatoren. Dit moet synchroon gebeuren:

“Inspecteurs zijn geen getrainde analisten, ze moeten geholpen worden om het belang van de informatie te snappen en weten hoe ze het kunnen duiden.”

Tenslotte dient er door een toezichthouder die de ambitie heeft transparant te zijn – zoals geldt voor de CQC, DPSA en IGJ, – ook te worden nagedacht over hoe er naar het publiek verantwoording kan worden afgelegd over het gebruik van alle data, zacht en hard, die intern wordt verzameld en gemanaged. Dit geldt in het bijzonder voor informatie die wordt ingewonnen bij burgers, zoals in Nederland bij het Landelijk Meldpunt Zorg. In Engeland kan dit nog beter, aldus een CQC programmacoördinator:

“Wanneer het publiek informatie met ons [CQC] deelt of wanneer patiëntvertegenwoordigers dat doen, dan verwachten ze van ons dat wij hen vertellen wat het belang van deze informatie is en hoe wij dit hebben gebruikt. Ik denk dat we daar nog veel werk van moeten maken, omdat dit vertrouwen bouwt, wanneer we kunnen zeggen ‘We hebben hier niet op geacteerd voor deze en deze redenen en hier wel op vanwege dat.’ Op het moment moeten we daar nog veel aandacht aan besteden en beter in worden. Ik vind dit van kritiek belang om het vertrouwen dat het publiek in ons heeft verder op te bouwen. Vertrouwen dat ze in ons moeten hebben.”

Dit hoofdstuk laat zien dat verschillende toezichthouders op andere manieren omgaan met soft signals. Zowel de DSPA als CQC erkennen het belang van soft signals. De DSPA probeert de dialoog aan te gaan over de signalen die zij tijdens een bezoek aanbrengt, maar legt deze niet vast omdat dit niet binnen haar takenpakket en toezichtinstrumenten past. Ook lijkt de legitimiteit voor een meer sturende rol zoals we bij de IGJ zien te ontbreken. De CQC is juist sterk gericht op het vastleggen van informatie en probeert softe informatie door middel van tekst-miming ‘hard’ te maken. De CQC legt nadruk op (big)data-analyse. Meer dan bij de IGJ en de DSPA richt de CQC zich hierbij op de informerende rol van de burger en wordt social media gebruikt om deze informatie te verkrijgen.

7. Discussie/Conclusie

Dit rapport heeft een licht laten schijnen op de rol van soft signals in het toezicht. We hebben laten zien hoe soft signals onderdeel worden gemaakt van processen van handhaven en toezicht. Daarbij stond de volgende vraag centraal: Op welke wijze en in welke mate maken soft signals onderdeel uit van de toezichtpraktijken van de IGJ? Wat kunnen we hiervan leren over de mogelijkheden en belemmering van soft signals in het toezicht?

Het onderzoek laat in de eerste plaats zien dat soft signals een centrale rol hebben, zowel in het detecteren van mogelijke problemen als in het bepalen van de toezichtstrategie en in de interactie met een zorginstelling en meer specifiek met zorgbestuurders. Het onderzoeken en het inzetten van signalen in het toezicht zijn een intensief en gelaagd proces waarbij veel verschillende medewerkers betrokken zijn. Het is zowel een expliciete activiteit – het LMZ en het Meldpunt IGJ zijn ingericht op het ontvangen, uitzoeken en doorzetten van signalen van patiënten en professionals uit het zorgveld – als een impliciete activiteit zoals het lezen tussen de regels door van een calamiteitenrapportage of een gesprek. Hoewel dit een belangrijk onderdeel is van de wijze waarop de inspectie vorm geeft aan haar toezicht, is het omgaan met soft signals geen uitgekristalliseerd thema binnen de IGJ en bestaat er ook geen eenduidig beleid op. Sommige geïnterviewden gaven aan dat dit onderzoek hen hielp beter zicht te krijgen op hoe zij, en hun collega's, in het dagelijks werk omgaan met de soft signals die zij in hun toezichtswerk oppikken en toepassen. De focus ligt in het dagelijkse vooral op het concretiseren ('hard maken') van de signalen, want dat is iets waarop de inspectie kan handelen en publiekelijk verantwoording over kan afleggen.

Soft signals, zo laat het onderzoek zien, hebben niet gelijk een betekenis en staan niet op zichzelf. Ze krijgen betekenis in processen van sense-making (wat gebeurt hier, wat speelt er?) en sense-giving (besluitvorming over hoe er wordt/moet worden gehandeld). Zowel bij sense-making als bij sense-giving processen speelt de institutionele en sociale context een rol. Inspecteurs plaatsen een signaal in de context waarin de ondertoezichtgestelde zich bevindt en maken daarbij gebruik van kennis die er al is, maar ook de context waarin de inspectie zich bevindt kan van belang zijn in deze afweging. Sense-giving, zo hebben we laten zien, gaat over het concretiseren van de signalen, maar dat lukt lang niet altijd. Soms blijven signalen zacht en ondefinieerbaar, of zijn ze niet hard genoeg om op te handelen. Daarmee kunnen ze – soms noodgedwongen – terzijde worden geschoven ('dit laten we nu voor wat het is'). Echter, vaak blijven ze ook onderdeel van een collectief geheugen; formeel in de verschillende datasystemen en informeel in het geheugen van IGJ medewerkers, opdat er op een later moment op kan worden teruggekomen ('hadden we al niet eerder het idee dat daar wat speelt?'). Op andere momenten wordt juist hard

op een signaal doorgezet als het lijkt dat er iets ernstigs aan de hand is; medewerkers van het Meldpunt IGJ zijn dan volhardend om het mogelijke probleem concreet te maken en onder de aandacht te brengen van senior-inspecteurs.

Het ontwikkelen van een collectief geheugen wordt gezien als een groot maar tegelijkertijd kwetsbaar goed: wat leg je wel en niet vast, hoe wordt het onthouden en door wie, en wat wordt vergeten? Er zijn verschillende methoden ontwikkeld om signalen te registreren, en ook in het buitenland (bijvoorbeeld de CQC) zijn databases en algoritmen ontwikkeld om risico's te detecteren, maar vooralsnog zit dit vooral in een stadium van uitproberen en maken inspecteurs op verschillende manieren en in verschillende mate gebruik van deze instrumenten. Deliberatie, het samen bespreken en nadenken over signalen en hoe daar op te acteren, zoals bijvoorbeeld het APK overleg, wordt als meest waardevol genoemd. Dat dit een intensief proces is bleek ook tijdens de interviews: geïnterviewden konden vele voorbeelden aandragen uit het recente en verdere verleden die hen nog levendig bijstonden. Gezamenlijk betekenisgeven aan een signaal en beslissen wat daar dan vervolgens mee te doen vindt altijd plaats tegen een achtergrond van meerdere, soms complexe, overwegingen. Niet alleen de inhoud van het signaal, de eerder besproken context en het (mogelijke) risico voor de patiëntveiligheid zijn van invloed, maar ook het afbreukrisico, de eigen reputatie en daarmee samenhangende institutionele effectiviteit en legitimiteit spelen mee tijdens de processen van sense-making en sense-giving.

De IGJ heeft de afgelopen jaren flink geïnvesteerd in het ontvangen en verwerken van soft signals, ingegeven door zowel eerdere kritiek dat de (toenmalige) IGZ onvoldoende gehoor gaf aan klachten en vragen van patiënten als de maatschappelijke (en politieke) druk om het toezicht te verscherpen. De IGJ is hiermee (nog meer) een centrale speler geworden in de zorg; ze staat met haar toezicht niet aan de zijlijn. Het onderzoek laat zien dat de IGJ niet alleen soft signals ontvangt en analyseert, maar deze ook actief inzet in de toezichtstrategie. Senior-inspecteurs bewegen daarbij op een continuüm van afstand en nabijheid: afstand om de bestuurder vooral zelf het verbeterwerk te laten doen, en nabijheid om een vinger aan de pols te houden en bestuurders 'een duwtje in de goede richting te geven'. Dit 'duwtje' kan zowel door autoritair in te grijpen (de raad van bestuur ontbieden op het stadskantoor in Utrecht) als door een eerder ingezet geïntensiveerd toezicht stop te zetten om zo een bestuurder de ruimte te geven de problemen (verder) zelfstandig aan te pakken. Soft signals gaan ook over het goede: die signalen die vertrouwen geven in de competenties van een bestuurder of het lerend vermogen binnen een ziekenhuis. Vertrouwen in de competenties van de bestuurder en diens staf spelen een centrale rol in het bepalen van de toezichtstrategie. Ook hierbij spelen soft signals weer een rol; in toezichtsbezoeken, calamiteitenrapportages en andere interacties met bestuurders en het ziekenhuis proberen senior-inspecteurs uit te vinden of de bestuurder de organisatie onder controle heeft en of er bijvoorbeeld een open sfeer heerst waarin leren en verbeteren mogelijk is. Toezicht houden is een sensitief en politiek proces. De geïnterviewde zorgbestuurders hebben weliswaar begrip voor deze politiek en de 'spagaatpositie' van de IGJ maar tegelijkertijd levert het soms ook frustratie op.

Het geïntensiveerd toezicht – een formeel niet bestaand toezichtsinstrument – is hierbij een interessante, ook omdat dit voor bestuurders niet altijd duidelijk is dat de IGJ een dergelijke stap heeft gezet. Geïntensiveerd toezicht wordt vooral ingezet als er vertrouwen is dat een zorgbestuurder een geconstateerd risico voor de kwaliteit van zorg kan aanpakken en/of als het publiek maken van het ingrijpen van de IGJ de situatie in een ziekenhuis/ kwaliteit van zorg in de regio niet dient. Het besluit om geïntensiveerd toezicht in te stellen wordt door senior-inspecteurs niet lichtvoetig genomen. Ook omdat het een afbreukrisico voor de inspectie met zich meebrengt, bijvoorbeeld als er een ernstige calamiteit optreedt. Het veelvuldig in de organisatie aanwezig zijn en maken van scherpe afspraken over te behalen doelen maakt dan ook onderdeel uit van deze vorm van toezicht. De IGJ is daarbij voorzichtig niet op de stoel van de bestuurder te gaan zitten, al ervaren bestuurders het ingrijpen soms wel als bemoeizuchtig en wordt deze bemoeienis niet altijd even effectief gevonden. De vele bezoeken en verslaglegging vergen veel middelen en capaciteit van een ziekenhuis.

Zowel bestuurders als de senior-inspecteurs stellen dat toezicht ‘moet schuren’. De tegenstellingen tussen inspectie en bestuurders en breder ‘het ziekenhuis’ helpen de IGJ om afstand te houden en bestuurders zelf het werk te laten doen, en de bestuurder om doorzettingsmacht in het ziekenhuis te organiseren. Dit onderzoek heeft laten zien hoe dit samenspel wordt georkestreerd. Daarbij is ook kritiek. Sommige senior-inspecteurs zijn van mening dat de IGJ te dicht op de zorgpraktijk zit en meer de formele rol van toezichthouder op afstand zou moeten aannemen. Dit geldt ook voor de verwerking van soft signals: sommige senior-inspecteurs vinden dat het niet de taak van de IGJ is om vragen en klachten van burgers in behandeling te nemen. Anderen vinden dat er juist meer met die informatie zou kunnen wordengedaan omdat er nu veel blijft liggen. Ervaringen vanuit de CQC, welke al enkele jaren ervaring heeft met het analyseren van kwalitatieve data middels data-mining, leren dat het mogelijk is om risico’s te distilleren vanuit burgermeldingen of online platformen zoals ZKN, maar dat men goed moet bepalen welke informatie nuttig is voor senior-inspecteurs en hoe dit dient te worden gebuikt en geïnterpreteerd in het kader van de toezichtstaak. Voor de IGJ ligt hier een vraag naar wat het effect van het werk van het LMZ en het Meldpunt IGJ is op het toezicht, en hoe dit kan worden verbeterd. Dit onderzoek laat zien dat de verwerking van meldingen een zorgvuldig en arbeidsintensief proces is maar dat het gebruik van deze data, en het vastleggen hiervan, divers is en grotendeels stoelt op de inzet van individuen om informatie verder te brengen of op te pakken. De vraag is daarmee of dit effectief is en of er manieren zijn om de effectiviteit te vergroten.

Afsluitend is het van belang te noemen dat de praktijk uitwijst dat het vaak voorkomt dat er geen hard of direct bewijs is voor slechte of onveilige zorg. Problemen rondom patiëntveiligheid zijn niet altijd goed zichtbaar en dragen een hoog niveau van ambiguïteit; oorzaak-gevolg relaties kunnen meestal niet worden gelegd (Leistikow et al. 2011). En juist omdat de problemen niet altijd hard en vaak ambigu zijn, zijn soft signals voor de IGJ van belang. Soft signals zijn, naast harde signalen, nodig om meer context te geven aan een toezichtspraktijk of om (nieuwe) risico’s/problemen op het spoor te komen. Zelfs als soft signals niet kunnen worden hard gemaakt geven zij senior-inspecteurs, al dan niet op collectief niveau in het LMO of de APK’s, handelingsruimte om in het kader van ‘gezond vertrouwen’ afwegingen te maken over wanneer een ondertoezichtstaande wat meer of

minder ruimte krijgt om te verbeteren en te leren. Helaas is het onvermijdelijk dat hierbij een keer een verkeerde inschattingen zal worden gemaakt; net zoals hardwerkende zorgmedewerkers en bestuurders zijn ook toezichthouders niet onfeilbaar.

8. Aanbevelingen

Soft signals zijn van groot belang voor de toezichts- en handhavingspraktijken van de IGJ. De praktijk hiervan lijkt redelijk goed ontwikkeld met meerdere, in elkaar grijpende vormen van dataverzameling en formeel en informeel overleg. Deze praktijk is nog weinig vastgelegd. Deels is dat de kracht; het maakt dat signalen of opvallende gebeurtenissen worden overgedragen en er een gezamenlijk wakend oog is. Hierin stoppen medewerkers tijd en energie, en het geeft een beeld van betrokkenheid. Tegelijkertijd is deze praktijk lastig over te dragen en bestaat het gevaar dat met het vertrek van ervaren senior-inspecteurs en medewerkers praktijken van sense-making en sense-giving (al dan niet tijdelijk) verloren gaan. Bovendien, als het dan toch 'mis' gaat is het lastig om hier verantwoording over af te leggen. Het is aan te bevelen praktijken van sense-making en sense-giving meer expliciet vast te leggen. Niet om hier een nieuw protocol van te maken (daarmee gaat de kracht van de in dit rapport beschreven praktijken mogelijk deels juist weer verloren) maar om deze praktijken bespreekbaar te maken en momenten van reflectie in te bouwen. Dit rapport draagt hieraan bij.

Een tweede aanbeveling is om te bezien hoe de praktijken van het onderzoeken van klachten en meldingen, en de processen van sense-making en sense-giving zoals die plaatsvinden binnen het toezicht op de Medisch Specialistische Zorg van betekenis kunnen zijn voor bijvoorbeeld de verpleeghuiszorg, GGZ en de tandartsen waar een veelvoud aan zorgaanbieders (en bestuurders) zijn met wie inspecteurs niet of nauwelijks persoonlijk contact hebben. Hoewel datatechnieken en als onderdeel hiervan datamining veelbelovend lijken, laat dit onderzoek juist ook het belang van persoonlijk contact en het opbouwen van een collectief geheugen zien. Het verzamelen van klachten en meldingen bij het LMZ en het Meldpunt IGJ en het analyseren van deze informatie is hier mogelijk nog belangrijker dan bij de ziekenhuizen, en een start in plaats van een eindpunt in het contact met de zorgaanbieders. Overigens zijn hiertoe afgelopen jaren ook al andere instrumenten voor ontwikkeld, zoals het Afwegingskader Vertrouwen. Van belang bij het verder ontwikkelen van datamining technieken is dat die goed aansluiten bij de kennis en ervaring van (senior-)inspecteurs en ingebed zijn in een proces van sense-making en sense-giving. Zoals uit ervaringen bij de CQC is gebleken is het gevaar dat dit soort technieken anders losgezongen raken van de inspectiepraktijk en dan hun praktisch nut verliezen.

De derde aanbeveling betreft de rol van informatieverzameling zoals die door het LMZ en hieraan verbonden Meldpunt IGJ. Dit onderzoek laat zien dat de IGJ ontvankelijk is voor klachten en meldingen van burgers en breder 'het veld'. Uit dit rapport is ook gebleken dat het LMZ en het Meldpunt IGJ een belangrijke rol spelen waar het gaat om processen van sense-making en sense-giving van soft signals. Ook leveren klachten jaarlijks waardevolle meldingen op waar senior-inspecteurs mee aan de slag kunnen en/of moeten. Het aan-

bieden van een luisterend oor, informatie en advies en het actief verzamelen en registreren van klachten kan echter bij burgers en zorgprofessionals de verwachting scheppen dat de IGJ ook haar problemen kan oplossen. Dit is lang niet altijd het geval en veelal ook niet wenselijk omdat het de zorgaanbieders zelf zijn die verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van zorg en het afleggen van verantwoording hierover. Het is voor de IGJ aan te bevelen strategisch na te denken over zowel de verwachtingen die zij hiermee schept als de mogelijkheden om data te verwerken en om te zetten in toezichtstrategieën. Dit onderzoek, zowel bij de IGJ als het Engels CQC, laat zien dat 'enkel' 'big data' (voorlopig) het antwoord niet is maar samenhangt met menselijke processen van sense-making en -giving. Welke rol data verkregen vanuit het LMZ hierbij kunnen spelen hebben wij in het kader van dit onderzoek slechts beperkt kunnen analyseren. Nadere reflectie hierop en onderzoek hiernaar is aan te bevelen.

9. Literatuur

Aveling, E. L., Parker, M., & Dixon-Woods, M. (2016), 'What is the role of individual accountability in patient safety? A multi-site ethnographic study', *Sociology of Health & Illness*, 38 (2), 216-32.

Ayres, I. & Braithwaite, J. (1992), *Responsive regulation: transcending the deregulation debate* (Oxford: Oxford University Press).

Bosk, C. L. (1979), *Forgive and remember: managing medical failure* (Chicago and London: The university press of Chicago Press).

Dixon-Woods, M., McNicol, S., & Martin, G. (2012), 'Ten challenges in improving quality in healthcare: lessons from the Health Foundation's programme evaluations and relevant literature', *BMJ Quality & Safety*, 21, 876-84.

Goodwin, D. (2018), 'Cultures of caring: healthcare 'scandals', inquiries, and the remaking of accountabilities', *Social Studies of Science*, 48 (1), 101-24.

Griffiths, A., et al. (2016), 'Intelligent monitoring? Assessing the ability of the Care Quality Commission's statistical surveillance tool to predict quality and prioritise NHS hospital inspections', *BMJ Quality & Safety*, 1-11.

Grit, K., et al. (2018), 'Kennissynthese calamiteitentoezicht', (Rotterdam: Erasmus University Rotterdam).

Grit, K., & Ooijen, J. van (2015) *Toezicht op het medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen: het in kaart brengen van een multi-centered speelveld*. Rotterdam: iBMG.

Havinga, T., Verbruggen, P., Waele, H. De (eds.) (2015) *Toezicht tegen het licht. Kernwaarden, kansen en knelpunten*. Deventer: Wolters Kluwer.

Hawkins, K. (1983), 'Bargain and bluff: compliance strategy and deterrence in the enforcement of regulation', *Law & Policy*, 5, 35-73.

IGZ (2013), 'IGZ-handhavingkader: Richtlijn voor transparante handhaving', (Den Haag: Inspectie voor de Volksgezondheid).

--- (2016), 'Gezond vertrouwen. Meerjaren beleidsplan 2016-2019', (Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg).

--- (2017), 'Goed bestuur en veilige cultuur; vereisten voor goede zorg. Raad van betsuur UMC Utrecht teveel op afstand', (Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg).

Jasanoff, S. (2017), 'Virtual, visible, and actionable: data assemblages and the sightlines of justice', *Big Data & Society*, 1-15.

Kleefstra, S.M., et al. (2016), 'Investigating the potential contribution of patient rating sites to hospital supervision: Exploratory results from an interview study in the Netherlands', *J Med Internet Res*, 18 (7), e201.

- Kok, J., Leistikow, I., & Bal, R. (2018), 'The pedagogy of regulation: strategies and instruments to supervise learning from adverse events', *Regulation & Governance*, in press.
- Lawrence, T. B. & Suddaby, R. (2006), 'Institutions and institutional work', in S. R. Clegg, et al. (eds.), *Handbook of organization studies* (2nd; London: Sage), 215-54.
- Leegemaate, J., et al. (2013), 'Thematische wetsevaluatie: Bestuursrechtelijk toezicht op de kwaliteit van zorg', (Den Haag: ZonMw).
- Leistikow, I. P., Kalkman, C. J., & de Bruijn, H. (2011). 'Why patient safety is such a tough nut to crack', *BMJ: British Medical Journal* (Online), 342.
- Martin, G.P., McKee, L., & Dixon-Woods, M. (2015), 'Beyond metrics? Utilizing 'soft intelligence' for healthcare quality and safety', *Social Science & Medicine*, 142, 19-26.
- Mertens, F.J.H., Muller, E.R., Winter, H.B. (eds.) (2015) *Toezicht Inspecties en autoriteiten in Nederland*. Deventer: Wolter Kluwer.
- Michael, M. & Lupton, D. (2015), 'Toward a manifesto for the public understanding of big data', *Science Technology & Human Values*.
- Nationale Ombudsman. (2012), 'Geen gehoor bij de IGZ: Signalen over de Inspectie voor de Gezondheidszorg'.
- Robben. P. (2010). 'Toezicht in een glazen huis'. Oratie (Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam)
- Stoopendaal, A. & Bouwman, R. (2018), 'Ruimte voor vertrouwen', (Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam).
- van Erp, J. (2011), 'Naming without shaming: the publication of sanctions in the Dutch financial market', *Regulation & Governance*, 5, 287-308.
- van Erp, J., Wallenburg, I., & Bal, R. (2018), 'Performance regulation in a networked healthcare system: From cosmetic to institutionalized compliance', *Public Administration*.
- van Twist, M., J. Scherpenisse, N. Chin-A-Fat & M. van der Steen. (2013), *Ibn Ghaldoen. Verhaal achter een bijzonder inspectiebezoek*. Den Haag: NSOB.
- Wallenburg, I., Quartz, J., & Bal, R. (2016), 'Making hospitals governable: performativity and institutional work in ranking practices', *Administration & Society*.
- Wallenburg, I., et al. (2018), 'Onderzoek naar risicoselectie met de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen: op weg naar verantwoorde keuzes', (Amsterdam: Amsterdam Public Health) [in press].
- Walshe, K. & Higgins, J. (2002), 'The use and impact of inquiries in the NHS', *BMJ*, 325, 895-900.
- Weick, Karl E. (1995), *Sensemaking in Organisations* (London: Sage).

10. Bijlagen

10.1 Bijlage 1: Lijst met afkortingen

CIBG	Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg, uitvoeringsorganisatie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
CQC	Care Quality Commission, Engelse zorgtoezichthouder
DPSA	Danish Patient Safety Authority, Deense zorgtoezichthouder
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
IC	Intensive Care
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg (voormalige naam van de inspectie)
IRIS	Inspectie Risico Informatie Systeem
Ivho	Inspectie van het Onderwijs
KNO	Keel-, Neus- en Oorheeskunde
LMO	Landelijk Meldingen Overleg
LMZ	Landelijk Meldpunt Zorg
MC	Medium Care
MDO	Multidisciplinair overleg
MSN	The Microsoft Network, chatdienst van Microsoft
MSZ	Medisch Specialistische Zorg
NIAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg
NVOG	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
NVWA	Nederlandse Voedsel en Waren Autoriteit
PACU	Post Anesthesia Care Unit, 'uitslaapkamer' van de anesthesie
UMC	Universitair Medisch Centrum
VMBO	Voortgezet Middelbaar Beroepsonderwijs
VT	Verscherpt Toezicht
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
ZKN	ZorgKaartNederland

10.2 Bijlage 2: Afwegingskader Landelijk Meldpunt Zorg

Bron: IGJ

Het LMZ spreekt in eerste instantie niet over een melding, maar over een klacht. LMZ medewerkers bepalen op basis van onderstaande afwegingen of een klacht kan worden aangeduid als melding en dient te worden voorgelegd bij een senior-inspecteur voor triage:

1. Er is mogelijk sprake van een calamiteit.
Definitie calamiteit in art. 1 Wkkgz: “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.”
2. Er is mogelijk sprake van een structurele tekortkoming
Art. 8.20 lid 1 sub a Uitvoeringsbesluit Wkkgz:
“De melding wijst of kan wijzen op een situatie die voor de veiligheid van cliënten of de zorg een ernstige bedreiging betekent of kan betekenen”
3. Er is mogelijk sprake van geweld in de zorgrelatie, conform Wkkgz.
4. Er is mogelijk sprake van seksueel misbruik waarbij een patiënt, cliënt of hulpverlener van de instelling is betrokken. Onder seksueel misbruik wordt verstaan: seksueel grensoverschrijdend gedrag waarbij sprake is van lichamelijk, geestelijk of relationeel overwicht.
5. Er is mogelijk sprake van een onzorgvuldige klachtenprocedure. Dit is het geval wanneer de zorgaanbieder niet (geheel) voldoet aan de eisen van de Wkkgz.
6. Er is mogelijk sprake van een (duidelijke) wetsovertreding van een wet waarop de IGJ toezicht houdt. Dit criterium moet terughoudend gebruikt worden. Wanneer hier sprake van lijkt te zijn dan volgt er altijd intercollegiaal overleg.
7. Er bestaat na intercollegiaal overleg twijfel over de beslissing om de klacht al dan niet voor te leggen. Bij twijfel geldt: voorleggen
8. Er is sprake van een persisterende burger.

10.3 Bijlage 3: Interviews

Interview nr.	Respondent(en)	Organisatie
1	IGJ Afdelingshoofd 1	IGJ
2	IGJ Jurist 1	IGJ
	IGJ Jurist 2	IGJ
3	IGJ Senior-inspecteur MSZ 1	IGJ
4	IGJ Afdelingshoofd 2	IGJ
	IGJ Teamcoördinator 1 / Contactpersoon	IGJ
	IGJ Senior-inspecteur MSZ 2	IGJ
5	IGJ Teamcoördinator 1 / Contactpersoon	IGJ
6	Adviseur / Lid Raad van Toezicht Ziekenhuis D	Ziekenhuis D & overige ziekenhuizen
7	IGJ Senior-inspecteur V&V 1	IGJ
8	IGJ Afdelingshoofd 2	IGJ
9	IGJ Accounthouder 1	IGJ
10	IGJ Teamcoördinator 2	IGJ
11	Inspecteur Onderwijsinspectie	Onderwijsinspectie
12	IGJ Senior-inspecteur V&V 2	IGJ
	IGJ Senior-inspecteur V&V 3	IGJ
13	Accounthouder	IGJ
14	IGJ Accounthouder 2	IGJ
	IGJ Accounthouder 3	IGJ
15	IGJ Teamcoördinator 3	IGJ
16	IGJ Accounthouder 4	IGJ
17	IGJ Teamcoördinator 1 / Contactpersoon	IGJ
18	IGJ Senior-inspecteur Jeugd	IGJ
19	IGJ c 1	IGJ

	IGJ Senior-inspecteur 2	IGJ
20	IGJ Accounthouder 2	IGJ
	IGJ Accounthouder 3	IGJ
21	Bestuurder Ziekenhuis C	Ziekenhuis C
22	IGJ Accounthouder 4	IGJ
23	NVWA Inspecteur 1	NVWA
	NVWA Inspecteur 2	NVWA
24	DPSA Afdelingshoofd	DPSA
25	CQC Afdelingshoofd	CQC
	CQC Inspecteur	CQC
26	Bestuurder Ziekenhuis	Ziekenhuis E
27	Bestuurder Ziekenhuis B	Ziekenhuis B
	Arts/(voormalig)Medisch Manager	Ziekenhuis B
	Medewerker Kwaliteit & Veiligheid	Ziekenhuis B

Erasmus University Rotterdam
Erasmus School of Health Policy & Management

Bayle gebouw

Burgemeester Oudlaan 50

3062 PA Rotterdam

T 010 408 8555

E communicatie@eshpm.eur.nl

W www.eur.nl/eshpm