

De openbaarmaking van toetsingskaders door de IGJ

Een verkenning van de consequenties voor
zorgaanbieders, inspecteurs en de kwaliteit van zorg

Oktober 2019

Jan-Willem Weenink
Iris Wallenburg
Roland Bal

Colofon

© Erasmus Universiteit Rotterdam 2019

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Erasmus Universiteit te Rotterdam. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Financiering

Het onderzoek in dit rapport is gefinancierd door ZonMw binnen het programma Effectief Toezicht (projectnummer 516004611).

Auteurs

Dr. Jan-Willem Weenink is universitair docent; zijn onderzoek gaat over kwaliteit en veiligheid van zorg, en specifiek over de regulering van zorgverleners en het meten en rapporteren van performance in de zorg.

Dr. Iris Wallenburg is universitair hoofddocent; haar onderzoek gaat over de veranderende governance van zorgprofessionals en zorgorganisaties, waarbij transparantie en het kwantificeren van zorg een belangrijke plaats innemen.

Prof. dr. Roland Bal is hoogleraar Bestuur en Beleid van de gezondheidszorg; zijn onderzoek gaat over de inrichting van infrastructuren voor de governance van kwaliteit van zorg.

Klankbordgroep

Het onderzoeksproject is begeleid door een klankbordgroep die gedurende het onderzoek twee keer bij elkaar is gekomen om de voortgang van het onderzoek te bespreken en daarnaast feedback heeft gegeven op de conceptversie van het rapport. Deze klankbordgroep kende een adviserende rol en draagt daarom geen verantwoordelijkheid voor de inhoud van het onderzoeksrapport. Samenstelling klankbordgroep: Ian Leistikow (voorzitter), Diny de Bresser, Sandra Mulder, Stephan Grimmelikhuijsen, Huib Hoogendijk (tot 31 december 2018), Saskia Post (tot 30 juni 2018), Caroline Kraxner (vanaf 1 juli 2018).

Rapport citeren als:

Weenink JW, Wallenburg I & Bal RA. De openbaarmaking van toetsingskaders door de IGJ: een verkenning van de consequenties voor zorgaanbieders, inspecteurs en de kwaliteit van zorg. Rotterdam: Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM), Erasmus Universiteit Rotterdam; oktober 2019.

N.B. Bij dit rapport hoort een apart supplement dat aanvullende informatie bevat over (a) de resultaten van het literatuuronderzoek, (b) de drie onderzochte toetsingskaders, (c) details over de interviews in de casestudies, en (d) details over de focusgroep met inspecteurs.

De openbaarmaking van toetsingskaders door de IGJ

Een verkenning van de consequenties voor zorgaanbieders,
inspecteurs en de kwaliteit van zorg

Dr. Jan-Willem Weenink

Universitair docent ESHPM

Dr. Iris Wallenburg

Universitair hoofddocent ESHPM

Prof. dr. Roland Bal

Hoogleraar Bestuur en Beleid van de gezondheidszorg ESHPM

Publicatiedatum

Oktober 2019

Contactgegevens

Erasmus Universiteit Rotterdam

Erasmus School of Health Policy & Management

T +31 10 408 8555

E research@eshpm.eur.nl

W www.eur.nl/eshpm

Uitgever

Marketing & Communicatie - ESHPM

Samenvatting

Achtergrond

De Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd (IGJ) maakt steeds meer informatie openbaar, waaronder haar toetsingskaders. Hierin staan wet- en regelgeving waaronder veldnormen en professionele standaarden waaraan ze zorgaanbieders toetst. Er is echter weinig bekend over welke gevolgen het openbaar maken van toetsingskaders heeft, bijvoorbeeld voor de kwaliteit van zorg. De IGJ wil daarom inzicht in mogelijke gevolgen van openbaarmaking van toetsingskaders als input voor de verdere effectuering van haar openbaarmakingsbeleid. Het onderzoek is onderverdeeld in drie fasen. In de eerste fase maken we een quickscan van de kennis die er is over de gevolgen van openbaarmaking binnen toezicht. Deze kennis dient als input voor de tweede fase, waarin we met interviews drie casestudies uitwerken over ervaringen met openbaarmaking van toetsingskaders door de IGJ: het betreft de kwaliteit van verpleeghuiszorg, radiologie in de mondzorg, en infectiepreventie in de ziekenhuiszorg. In de derde fase integreren we de bevindingen van de casestudies en reflecteren we erop in een focusgroep met inspecteurs.

Bevindingen

Ontwikkeling van een toetsingskader

De IGJ ontwikkelt toetsingskaders op basis van beroepsnormen en wet- en regelgeving. Een toetsingskader moet daarbij behapbaar zijn, inhoudelijke speerpunten bevatten en juridisch waterdicht zijn. De mate van nuance verschilt per toetsingskader – sommige normen zijn zwart/wit terwijl andere ruimte voor interpretatie en nuance laten. Deze invulling is deels ingegeven door bestaande verhoudingen maar wordt ook bewust door de specifieke afdeling gemaakt om te sturen op kwaliteit van zorg. Het is daarnaast niet altijd duidelijk wat 'de' norm is. De IGJ hanteert veldnormen, maar als hierover geen duidelijke overeenstemming is in het veld stelt de IGJ de norm vast en worden zachte normen hard gemaakt.

Het toetsingskader is er, en dan?

De publicatie van het toetsingskader an sich lijkt weinig urgentie te geven; de aankondiging van bijbehorende inspectieronde en publicaties/maatregelen naar aanleiding van inspecties veel meer, al verschilt dit sterk per sector. Ook maakt het uit of er reeds een infrastructuur van kwaliteitszorg aanwezig is waarop het toetsingskader kan ingrijpen. In het geval van het toetsingskader voor infectiepreventie (TIP) was deze infrastructuur reeds aanwezig en heeft TIP hier verder aan bijgedragen, terwijl bij de mondzorg kwaliteit vooral nog een individuele aangelegenheid is en het aan een systematische aanpak van kwaliteitsverbetering ontbreekt. Het toetsingskader wordt vooral opgepakt door koepels en kwaliteitsmedewerkers van grotere organisaties en ketens. De 'werkvloer' neemt soms kennis van een toetsingskader via nieuwsbrieven of interne communicatie maar toetsingskaders spelen op dit niveau hooguit een indirecte rol.

Kwaliteitswerk: hoe toetsingskaders de kwaliteit van zorg beïnvloeden

Toetsingskaders lijken bepaalde kwaliteitsthema's te agenderen; er gaan middelen en aandacht heen. Dit genereert activiteiten bij zorgorganisaties. Zo vormt het toetsingskader in de verpleeghuiszorg belangrijke input en aanleiding voor interne audits binnen de sector. De uitdaging bij audits, maar ook toetsingskaders in bredere zin, is om te voorkomen dat het leveren van kwaliteit verdwijnt in protocollen zonder dat er nog nagedacht wordt over die kwaliteit. Audits dragen wel bij aan een betere voorbereiding op een mogelijk inspectiebezoek.

Ervaringen met het toetsingskader tijdens inspectiebezoeken

Het gebruik van toetsingskaders is, vooral in de ouderenzorg, tijdsintensief voor de inspecteur: niet alleen het inspecteren zelf, maar ook het vervolgens opstellen van de rapporten. In de ouderenzorg ligt de focus op de praktijk ('observeren i.p.v. vinken'); dit betekent voor de inspecteur dat ook informatie uit verschillende bronnen ('zien, horen, protocol, vragen stellen') wordt gebruikt. Het inspectiebezoek wordt door zorgverleners ervaren als een momentopname; daarnaast geven sommige normen, bijvoorbeeld over persoonsgerichtheid in de ouderenzorg, ruimte voor discussie. Respondenten geven aan behoefte te hebben aan dialoog tijdens een inspectiebezoek; die ruimte voor dialoog verschilt echter per sector.

Doorwerking van een toetsingskader

Het toetsingskader krijgt betekenis op verschillende plekken en binnen verschillende gremia, zoals het gebruik door zorgkantoren en voor certificering of keurmerken. Daarnaast is er commercialisering van het toetsingskader; consultancybureaus en adviseurs auditen zorginstellingen en gebruiken het toetsingskader als verdienmodel. Dit breder gebruik van het toetsingskader versterkt de dwingende werking die van de gedefinieerde normen uitgaat. Tegelijkertijd is de levensduur van een toetsingskader beperkt omdat de dwingende werking die ervan uitgaat na verloop van tijd afneemt.

Aanbevelingen

Op basis van onze bevindingen doen we vier aanbevelingen waarvan wij denken dat deze de IGJ verder zal helpen in het beleid rondom openbaarmaking en toezicht aan de hand van toetsingskaders:

Aanbeveling 1: Schenk aandacht aan de afstemming tussen de opzet van het toetsingskader, hetgeen de IGJ met het toetsingskader beoogt en de mogelijkheden binnen de sector.

Aanbeveling 2: Schenk aandacht aan hoe de veldnormen en het toetsingskader input geven aan kwaliteitsbeleid met daarbij aandacht voor eigenaarschap. Daarbij gaat het erom niet alleen oog te hebben voor de vraag of de zorgaanbieder voldoet aan de normen, maar ook of en hoe hierop gestuurd wordt.

Aanbeveling 3: Neem in ogenschouw hoe het toetsingskader door andere partijen dan de IGJ en zorgaanbieders wordt gebruikt en hoe dit doorwerkt binnen instellingen en de sector als geheel.

Aanbeveling 4: Investeer in de relatie met de sector waar op toezicht wordt gehouden. Een belangrijke factor die meespeelt of en hoe een toetsingskader in een sector werkt is de institutionele infrastructuur. Het is daarom belangrijk als IGJ om naast de specifiekere thematische toetsingskaders ook breder in te zetten op de ontwikkeling en het bewegen van de sector.

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
1 Achtergrond	8
2 Onderzoeksopzet	11
3 Bevindingen	16
3.1 De ontwikkeling van een toetsingskader	16
3.2 Werking van een toetsingskader	19
3.2.1 Het toetsingskader is er, en dan?	19
3.2.2 Kwaliteitswerk: hoe toetsingskaders de kwaliteit van zorg beïnvloeden	25
3.2.3 Ervaringen met het toetsingskader tijdens inspectiebezoeken	29
3.3 Doorwerking van een toetsingskader	33
4 Discussie	36
Literatuur	44

1 Achtergrond

In het kort

De Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd (IGJ) maakt steeds meer informatie openbaar, waaronder haar toetsingskaders. Hierin staan wet- en regelgeving waaronder veldnormen en professionele standaarden waaraan ze zorgaanbieders toetst. Er is echter weinig bekend over welke gevolgen het openbaar maken van toetsingskaders heeft, bijvoorbeeld voor de kwaliteit van zorg. De IGJ wil daarom inzicht in mogelijke gevolgen van openbaarmaking van toetsingskaders als input voor de verdere effectuering van haar openbaarmakingsbeleid.

In oktober 2016 stemde de Tweede Kamer in met aanpassing van de Gezondheidswet (VWS 2016). Het doel van deze wijziging is onder andere het vergroten van transparantie. Voor de Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd (IGJ) heeft de wijziging als gevolg dat ze meer informatie openbaar gaat maken. Dit vraagt inspanning om het huidige openbaarmakingsbeleid, de werkprocessen en de manier van rapportering aan te passen. Zo is de IGJ onder meer voornemens om waar dat kan haar toetsingskaders openbaar te gaan maken (IGZ 2017a). Dit laatste is aanleiding voor het huidige onderzoek.

Toetsingskaders

Onder een toetsingskader verstaat de IGJ 'een set van normen en daarbij behorende toetsingscriteria, gebaseerd op wet- en regelgeving en veldnormen, waarop de IGJ toetst' (IGZ 2017b). Met de aanwezigheid van een toetsingskader wil de IGJ bijdragen aan transparantie over haar werkwijze, het informeren van stakeholders, het bevorderen van de aandacht voor goede zorg en minder presterende zorgaanbieders aansporen tot verbetering. Uit intern onderzoek door de IGJ blijkt dat niet iedere afdeling over één of meerdere toetsingskaders beschikt, en bestaande toetsingskaders verschillen in vorm, inhoud en kwaliteit (IGZ 2016a).

Op dit moment is slechts een deel van de bestaande toetsingskaders openbaar. De IGJ verwacht dat de openbaarmaking van toetsingskaders ervoor kan zorgen dat het kwaliteitsniveau van instellingen wordt verhoogd. Daarnaast blijkt uit gesprekken binnen IGJ dat de beroepsgroep in de meeste gevallen niet kan aangeven hoe of waarop de IGJ toetst. Zorgaanbieders zoals instellingen en professionals (in toezichtjargon ook wel de 'ondertoezichtgestelden') zijn zich bijvoorbeeld veelal niet bewust dat de toetsingsgronden van de IGJ zijn gebaseerd op de normen die door de eigen beroepsgroep zijn geformuleerd. Het hebben en openbaar maken van een toetsingskader zou volgens de IGJ dan ook rechtszekerheid en duidelijkheid aan de toetsing en legitimatie van de kaders van de IGJ geven en op die manier kunnen bijdragen aan de legitimiteit van gehanteerde toetsingskaders en daarop gebaseerde besluitvorming.

Transparantie

Transparantie is al een aantal jaar een sleutelbegrip in de zorg. Het jaar 2015 werd door minister Edith Schippers zelfs uitgeroepen tot 'Jaar van de Transparantie', en ook de IGJ geeft in haar werkplan van 2017 aan veel waarde te hechten aan het bevorderen van transparantie (IGZ 2017; VWS 2015). Hoewel transparantie een containerbegrip lijkt waar ieder het zijne onder verstaat, staat in verschillende definities 'de beschikbaarheid van informatie over een organisatie/actor' centraal (Grimmelikhuijsen 2012; de Vries 2016). David Heald (2006) maakt in zijn boek 'Varieties of Transparency' daarnaast onderscheid tussen transparantie en openheid: transparantie gaat verder dan openheid in die zin dat informatie niet alleen beschikbaar is, maar ook zo toegankelijk en begrijpelijk mogelijk is. Een organisatie kan open zijn maar niet transparant als de betreffende

informatie door haar publiek als incoherent wordt ervaren. Openheid kan gezien worden als eigenschap van een organisatie, terwijl voor transparantie het ook noodzakelijk is dat externen de beschikbare informatie kunnen verwerken en begrijpen.

Er worden grofweg twee functies van transparantie in het toezicht onderscheiden. In de eerste plaats een *evaluerende of controlerende functie*, waarin het beschikbaar stellen van informatie anderen in staat stelt deze persoon of organisatie te beoordelen (van Erp 2016). Deze informatie kan betrekking hebben op het proces of de werkwijze van toezicht, en op inhoud of uitkomsten van toezicht. De toegankelijkheid van geldige beleidsregels vergroot tevens de rechtszekerheid van de personen en instellingen waarop de IGJ toezicht houdt (Legemaate et al. 2013). Voor de IGJ betekent dit dat ze met de openbaarmaking van onder andere toetsingskaders aan een breed publiek inzicht geeft in de manier waarop zij toezicht houdt. Daarnaast kent transparantie een *instrumentele functie*, waarin het beschikbaar stellen van informatie een prikkel is voor kwaliteitsverbetering of normnaleving (van Erp 2016). Transparantie dient hierbij als instrument om maatschappelijke doelen te bereiken (de Vries 2016). In het toezicht kan het gaan om het beïnvloeden van gedrag door keuze-informatie, het beïnvloeden van naleving door dreiging van reputatieschade, en het waarborgen van vertrouwen in de markt en het toezicht (Van Erp 2016). Zo probeert de IGJ met openbaarmaking van inspectieproducten bij te dragen aan het versterken van het lerend vermogen van zorgaanbieders, fabrikanten en leveranciers doordat het functioneren inzichtelijk wordt voor anderen (IGZ 2017). Het huidige onderzoek richt zich primair op deze instrumentele functie van transparantie, waarbij we kijken hoe transparantie in de zorgpraktijk werkt en doorwerkt.

Wanneer de norm bekend is bij de onder toezicht gestelde, is een belangrijke voorwaarde geschapen voor normconform gedrag. Dit houdt niet alleen verband met het bekend zijn met de norm, maar eveneens met 'procedurele rechtvaardigheid': als iemand het proces waaraan hij wordt onderworpen als rechtvaardig beschouwt, is hij eerder bereid op de daaropvolgende uitkomst te accepteren. Zo zijn individuen en bedrijven die de overwegingen van de overheid kennen, eerder geneigd de overheid te zien als legitiem en meer bereid om de regels na te leven (Tyler 2006, De Vries 2017). Zorgverleners of organisaties die weten waar de toezichthouder op zal letten kunnen daarop anticiperen. Dit wordt ook beoogd. Verondersteld wordt dat publicatie van de normen resulteert in normconform gedrag (Scholtes 2012). Tegelijkertijd is er ook veel kritische literatuur over strategisch gedrag in de transparantie- en verantwoordingssamenleving. Transparantie heeft volgens deze literatuur een 'performatieve' of 'reactieve' werking (Espeland & Sauder 2016); de aandacht wordt verlegd naar dat wat zichtbaar wordt gemaakt, en hierdoor is er minder aandacht voor die kwaliteitsaspecten die niet openbaar worden gemaakt en dus onzichtbaar blijven (Wiener 2004; Dahler Larsen 2013). Bevan & Hood (2006) beschrijven dit als 'het doel halen maar het punt missen': denk aan de huisarts die geen afspraken langer dan 48 uur van te voren inroostert, omdat een kwaliteitsindicator is of patiënten binnen 48 uur een afspraak krijgen, of de verpleegkundige op de SEH die elke patiënt binnen vijf minuten hallo zegt maar niet verder helpt, zodat men aan het doel voldoet om elke patiënt binnen vijf minuten te zien. Bij de transparantie van toetsingskaders is het daarom relevant in hoeverre en op welke manier dit doorwerkt in de zorgpraktijk als het gaat om normnaleving, en in hoeverre de aandacht komt te liggen op juist die aspecten in het toetsingskader.

Huidige onderzoek

Het is relevant om te weten of openbaarmaking van toetsingskaders effecten heeft op zorgaanbieders en op de toezichthouder zelf en zo ja, welke effecten dat zijn. Binnen de Nederlandse gezondheidszorg is hier nog weinig onderzoek naar verricht. Eerder onderzoek naar openbaarmaking door de IGJ richtte zich op de openbaarmaking van toezichtsbevindingen, zoals het openbaar maken van inspectierapporten (Van Erp 2013). Het huidige onderzoek richt zich op de voorkant van het toezicht op zorginstellingen. Het onderzoek heeft een verkennend karakter dat

erop gericht is inzicht te krijgen in ervaringen met en mogelijke consequenties van openbaarmaking van toetsingskaders door de IGJ. Daarbij richten we ons enerzijds op ervaringen en gevolgen voor het veld, zoals gevolgen voor normnaleving en kwaliteit van zorg. Anderzijds richten we ons op de gevolgen voor de IGJ en het werk van de inspecteur¹ in het uitvoeren van toezicht en interactie met de ondertoezichtgestelde. Het uiteindelijke doel van het onderzoek is om de IGJ handvatten te bieden in het beleid en besluitvorming rondom openbaarmaking. Hiertoe zijn onderstaande onderzoeksvraag en deelvragen geformuleerd.

Onderzoeksvraag

Welke gevolgen heeft de openbaarmaking van toetsingskaders door de IGJ volgens zorgverleners, managers, bestuurders, beleidsmedewerkers en inspecteurs op de naleving van normen, kwaliteit van zorg en het toezicht door de IGJ? Wat leert ons dit over de werking van toetsingskaders voor toezicht en handhaving en het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen?

Deelvragen

- Zijn zorgaanbieders voor wie de normen gelden op de hoogte van de geldende toetsingskaders, en zo ja op welke manier zijn zij op de hoogte gekomen?
- Wat is de attitude van zorgaanbieders jegens de toetsingskaders?
- Hoe worden de toetsingskaders in de praktijk gebruikt, en welke invloed heeft dit op normnaleving en kwaliteit van zorg?
- Hoe ervaren inspecteurs de openbaarmaking van toetsingskaders en welke gevolgen ervaren zij voor hun eigen werk?
- Welke invloed heeft de opzet en wijze van formulering van het toetsingskader op bovengenoemde punten?
- Op welke verschillende manieren wordt het toetsingskader openbaar gemaakt en welke invloed heeft de wijze van openbaarmaking op bovengenoemde punten?

¹ Met 'inspecteur' verwijzen we in dit rapport naar zij die met het toetsingskader inspectiebezoeken bij zorgaanbieders afleggen. We maken hierbij voor de leesbaarheid geen onderscheid tussen verschillende functieniveaus van inspecteur.

2 Onderzoekopzet

In het kort

Het onderzoek is onderverdeeld in drie fasen. In de eerste fase maken we een quickscan van de kennis die er is over de gevolgen van openbaarmaking binnen toezicht. Deze kennis dient als input voor de tweede fase, waarin we met interviews drie casestudies uitwerken over ervaringen met openbaarmaking van toetsingskaders door de IGJ: het betreft de kwaliteit van verpleeghuiszorg, radiologie in de mondzorg, en infectiepreventie in de ziekenhuiszorg. In de derde fase integreren we de bevindingen van de casestudies en reflecteren we erop in een focusgroep met inspecteurs.

Vanwege het verkennende karakter van het onderzoek hebben we gekozen voor een kwalitatieve opzet waarmee we diepte-inzicht krijgen in processen in het veld. Bevindingen uit deze verkenning kunnen mogelijk op grotere schaal in vervolgonderzoek met kwantitatieve opzet getoetst worden.

Fase 1: Desk research

Het literatuuronderzoek neemt zowel de wetenschappelijke literatuur (peer-reviewed artikelen, wetenschappelijke boeken) als grijze literatuur (onderzoeksrapporten, niet-wetenschappelijke artikelen) in ogenschouw. Hieronder geven we een beknopte weergave van het proces. Een gedetailleerd overzicht van de gehanteerde zoektermen en geraadpleegde bronnen, en een uitgebreide beschrijving van de resultaten, is opgenomen in het supplement bij dit rapport.

Op basis van enkele bij kernartikelen op het gebied van transparantie (Shaw 2001, Van Erp 2013, Cucciniello 2017, Toffolutti 2017) is de literatuur verkend op hoofdtermen, in zowel specifieke tijdschriften als online databases. Dit leverde weinig specifieke empirische studies op over de impact van openbaarmaking van toetsingskaders. De scope van stukken is vaak breder, en met name meer gericht op openbaarmaking van toezichtresultaten (binnen en buiten de zorg) en de impact daarvan op bijvoorbeeld vertrouwen en corruptie. Sporadisch kwam in deze studies expliciet een toetsingskader aan bod. Tegelijkertijd vonden we wel veel stukken die raakvlakken hadden met openbaarmaking van toetsingskaders of beleid en regels in bredere zin. Discussie tussen de drie onderzoekers over de gevonden literatuur heeft geleid tot vier concepten die wij relevant achten voor het huidige onderzoek en ons in staat stellen het onderwerp van openbaarmaking vanuit een breder perspectief te beschouwen:

- Transparantie: het gaat hierbij enerzijds over de bekendheid en begrijpelijkheid van beleid (hier: het toetsingskader), maar ook over transparantie rondom de toepassing van beleid, de zogenoemde procedurele transparantie. In ons onderzoek betekent dit dat er gekeken wordt naar bekendheid en begrijpelijkheid van het toetsingskader, maar ook naar het gebruik van het toetsingskader bij inspectiebezoeken.
- Naleving van wet- en regelgeving: in de literatuur wordt onderscheid gemaakt tussen rationele overwegingen vanwege mogelijke gevolgen die het niet naleven van regels heeft, en morele overwegingen waarbij het naleven van regels gebeurt vanwege een intrinsieke overtuiging. Voor ons onderzoek betekent dit dat er gekeken wordt naar welke factoren en mechanismen meespelen voor zorgaanbieders om normen uit het toetsingskader na te leven.
- Strategisch gedrag: vanuit de evaluatieliteratuur kennen we veel voorbeelden van strategisch gedrag waarbij het goed scoren op een instrument (hier: het toetsingskader) een doel op zich wordt en andere 'kwaliteit' en normen mogelijk worden genegeerd. Voor ons betekent dat het belangrijk is of en op welke wijze er op een openbaar toetsingskader in de praktijk gehandeld wordt.

- **Discretionaire ruimte:** het toetsingskader beschrijft op welke normen de inspectie toezicht houdt. Vanuit de literatuur weten we echter dat er verschillen zijn in hoe individuele inspecteurs regels toepassen en welke ruimte zij nemen om hiervan af te wijken. Vraag is welke invloed een openbaar kader heeft op deze ervaren discretionaire ruimte van en door inspecteurs.

Deze vier concepten gebruiken we als bouwstenen voor het vervolg van het onderzoek. We gebruiken ze als input voor het opstellen van een interviewleidraad en reflectie op de bevindingen.

Fase 2: Interviews in drie sectoren

In de tweede fase van het onderzoek is een drietal casestudies uitgewerkt naar ervaringen en gevolgen van openbaarmaking van bestaande openbare toetsingskaders door de IGJ. Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van mogelijke gevolgen van openbaarmaking is gekozen voor maximale variëteit (Cresswell 2003). Drie toetsingskaders zijn in overleg met de IGJ geselecteerd die verschillen in context, opzet van het toetsingskader en wijze van openbaarmaking. Er is gekozen voor drie toetsingskaders die de IGJ in 2017 openbaar heeft gemaakt. We verwachten dat we hiermee zowel in het veld als binnen de inspectie ervaringen met deze openbaarmaking goed kunnen onderzoeken. Het betreft toetsingskaders voor de verpleeghuiszorg, radiologie in de mondzorg, en infectiepreventie in de ziekenhuiszorg. In de hiernavolgende kaders is de context van elk toetsingskader uitgewerkt en Tabel 1 vat deze samen. De toetsingskaders zelf zijn opgenomen in het supplement bij dit rapport.

Tabel 1: Overzicht van de drie onderzochte toetsingskaders

	MKI	KEW	TIP3
<i>Sector</i>	Ouderenzorg	Mondzorg	Ziekenhuiszorg
<i>Complexiteit (aantal betrokkenen, afstemming actoren)</i>	+	-	++
<i>Opzet toetsingskader</i>	Veelal open normen	Gesloten normen	Vermelding van de geldende richtlijnen
<i>Wijze van openbaarmaking</i>	Uitgelicht nieuwsbericht Homepage + infographic	Nieuwsbericht website	Bericht op subpagina over ziekenhuizen

Voor alle drie de casestudies geldt een vergelijkbare aanpak van de dataverzameling voor het onderzoek, waarin naast documentenanalyse interviews in het veld en met inspecteurs centraal staan.

Interviews met het veld

Voor elke casestudy zijn zorgorganisaties benaderd voor semigestructureerde interviews met bestuurders en medewerkers binnen de organisatie. Vooraf was het doel om daarbij voor elke casestudy twee organisaties te selecteren die geen bezoek van de inspectie hebben gehad, en één organisatie die wel door de inspectie bezocht is. We maken dit onderscheid wederom vanwege maximale variëteit. Bij de groep die wel bezoek heeft gehad speelt er meer dan alleen openbaarmaking van het toetsingskader en is te verwachten dat er vanwege het bezoek (extra) interactie is tussen de specifieke zorgaanbieder en IGJ. Dit heeft mogelijke consequenties voor de ervaringen met het toetsingskader en de ervaren gevolgen daarvan. In de praktijk bleek dit onderscheid in elke sector echter niet goed mogelijk. In de ouderenzorg zijn twee organisaties bezocht die in de ronde van 2017 zijn bezocht en twee die niet op de bezochte lijst stonden. Het bleek echter dat alle organisaties de inspectie al een keer aan de deur hadden gehad (in het kader

van een andere ronde of doelgericht bezoek). In de mondzorg kwam de lijst met bezochte tandartsen met grote vertraging beschikbaar (medio 2018), en had de selectie noodgedwongen al plaatsgevonden. We hebben hierdoor alleen niet bezochte tandartsen geïnterviewd. Voor TIP was het toezicht al in de derde ronde en bleek in het eerste contact met ziekenhuizen dat zij TIP al wel voldoende onderzocht achtten. Hierbij speelde mee dat de derde ronde van TIP eind 2017 reeds door het Nivel was geëvalueerd. Het betreffende rapport kwam halverwege dit onderzoek uit. Wij hebben de uitkomsten van het Nivel evaluatieonderzoek in ons onderzoek meegenomen en op basis van de uitkomsten en eerste gesprekken met de IGJ ('snow balling') relevante stakeholders (zorgverleners, koepels en inspecteurs) benaderd voor een interview. Het doel hierbij was tot verdiepende inzichten te komen over de werking en doorwerking van toetsingskaders als deze al langer openbaar en bediscussieerd zijn tussen betrokken stakeholders.

Onderwerpen die tijdens de interviews aan bod komen betreffen onder meer de kennis van het toetsingskader en hoe de instelling/respondent hiermee bekend is geraakt; de attitude jegens het toetsingskader; of en hoe men het toetsingskader gebruikt; welke gevolgen dit volgens hen heeft op normnaleving en kwaliteit van zorg in zijn geheel, de interactie met IGJ en welke invloed de opzet en formulering van het toetsingskader en de wijze van openbaarmaking hebben op eerdergenoemde punten. Aanvullend zijn de relevante beroepsverenigingen en brancheorganisaties (koepels) benaderd om hen te vragen wat zij doen naar aanleiding van de openbaarmaking van het toetsingskader (bijvoorbeeld het informeren van hun leden), hoe het veld hiermee volgens hen omgaat en welke discussies er naar aanleiding van de openbaarmaking volgens hen in het veld spelen. Hoewel er tijdens het onderzoek drie specifieke toetsingskaders centraal stonden, werden door geïnterviewden ook andere toetsingskaders aangehaald (bijv. infectiepreventie in de mondzorg en luchtbeheersing op de operatieafdeling). We hebben bevindingen over deze toetsingskaders waar relevant in ons onderzoek meegenomen maar hebben deze toetsingskaders niet in detail bestudeerd.

Interviews met inspecteurs IGJ

Voor elke casestudy zijn inspecteurs geïnterviewd van de betreffende afdeling. Centraal tijdens deze interviews stond wat de openbaarmaking van de toetsingskaders betekent voor hun werk; welke aandacht zij zelf geven aan het toetsingskader in de interactie met ondertoezichtsgestelden; welke gevolgen openbaarmaking heeft op de interactie met ondertoezichtsgestelden, op de normnaleving in het veld en kwaliteit van zorg in zijn geheel en welke andere gevolgen zij merken bij het toezicht in de praktijk.

In totaal zijn in de drie sectoren 39 personen geïnterviewd. In Tabel 2 is een beknopt overzicht gegeven van de interviews per sector. In het supplement van dit rapport is een gedetailleerd overzicht per sector opgenomen.

Tabel 2: Geïnterviewden per sector

	Ouderenzorg	Mondzorg	Ziekenhuiszorg
<i>Praktijk</i>	1 bestuurder, 2 managers zorg, 2 locatiemanagers, 2 kwaliteitsmedewerkers, 1 teamleider, 2 verpleegkundigen, 1 specialist ouderengeneeskunde, 1 adviseur consultancybureau, 4 beleidsmedewerkers koepels (Actiz, V&VN, Verenso)	3 tandartsen, 3 tandartsen met beleidsfunctie (ANT, KNMT, tandartsketen), 2 beleidsmedewerkers (KNMT, tandartsketen)	3 microbiologen, 2 ziekenhuishygiënisten, 3 beleidsmedewerkers (NVZ, FMS)
<i>Inspectie</i>	2 inspecteurs	2 inspecteurs	3 inspecteurs
Totaal	18	10	11

Analyse

Alle interviews zijn opgenomen en getranscribeerd en door twee onderzoekers gecodeerd. Allereerst zijn de transcripten aandachtig gelezen en is er open gecodeerd – dat wil zeggen labels toegevoegd aan de voor het onderzoek relevante stukken tekst. Vervolgens zijn vergelijkbare codes samengevoegd en samenhangende codes gegroepeerd. Tot slot zijn de gegroepeerde codes verdeeld in enkele kernthema's. Deze kernthema's geven input aan de structuur van hoofdstuk 3. Tijdens het codeerproces is er frequente afstemming geweest tussen de onderzoekers om de analyse op elkaar af te stemmen. Na het coderen van alle interviews zijn de eerste bevindingen allereerst met de derde onderzoeker en vervolgens tijdens een bijeenkomst van de klankbordgroep besproken. Deze bevindingen hebben voor de input van fase 3 gezorgd.

Fase 3: Focusgroep met inspecteurs

Om de overeenkomsten en verschillen tussen sectoren te kunnen duiden is een focusgroep georganiseerd met inspecteurs. Alle geïnterviewde inspecteurs zijn hiervoor uitgenodigd. Voor de verpleeghuiszorg konden beide inspecteurs niet aanwezig zijn en daarom is een andere inspecteur aangesloten. Uiteindelijk heeft de focusgroep op 28 november 2018 plaatsgevonden met de twee onderzoekers en drie inspecteurs uit de drie onderzochte sectoren. Aan de hand van de bevindingen zijn een zevental stellingen geformuleerd. Deze stellingen dienden als input voor discussie en als start van reflectie met de inspecteurs. De stellingen zijn opgenomen in het supplement van dit rapport. De focusgroep is opgenomen en getranscribeerd. Volgend op de geïdentificeerde thema's in fase 2 is het transcript gecodeerd op aanvullende en verhelderende bevindingen.

In het rapport illustreren we onze bevindingen met geanonimiseerde citaten uit de interviews en de focusgroep. Voor de leesbaarheid van het rapport is de zinsopbouw van het citaat soms iets aangepast.

Casestudy 1: Toetsingskader 'Verpleeghuiszorg' (MKI)

Context en relevantie: de verpleeghuiszorg kenmerkt zich door continue, langdurige, systematische en multidisciplinaire zorg. Het gaat om een integraal aanbod van verpleging, verzorging, behandeling, begeleiding, welzijn en wonen (Kwaliteitskader 2016). Daarbij is het doel om zo goed mogelijk bij te dragen aan de kwaliteit van leven van de cliënt, door een optimale interactie tussen cliënt, zorgverlener en zorgorganisatie (ibid.). De zorgorganisatie zorgt daarbij voor de randvoorwaarden en middelen (zoals personeel en financiën) om dit te bereiken. Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg beschrijft wat er van verpleeghuiszorg verwacht mag worden. Dit kwaliteitskader werd in januari 2017 door het Zorginstituut vastgesteld, nadat eerder werkgevers, personeel en patiëntenorganisaties er bij de formulering van een kwaliteitskader niet uit kwamen. Daarbij is het relevant om te weten dat deze discussie speelde tegen de achtergrond van een intensief toezichtstraject dat de IGJ eerder tussen 1 januari 2015 en 15 maart 2016 heeft uitgevoerd bij 150 verpleeghuiszorginstellingen (IGZ 2016a). In juli 2016 publiceerde de IGJ hierover haar eindrapport, en na vragen van de Tweede Kamer publiceerde de IGJ de lijst met namen van verpleeghuizen, die in de media al snel werd omgedoopt tot 'Zwarte Lijst'. Op de lijst stonden elf verpleeghuizen voor wie de IGJ intensief vervolgtoezicht noodzakelijk achtte omdat deze niet aan eisen voldeden, en deze lijst heeft tot veel discussie geleid (Skipr 2016a; Skipr 2016b).

Toetsingskader: Het toetsingskader van de IGJ dat sinds 12 maart 2017 wordt gebruikt, is gebaseerd op bovengenoemd kwaliteitskader. Het toetsingskader wordt daarnaast gebruikt voor de gehandicaptenzorg, en de IGJ is voornemens om deze later in 2017 ook te gebruiken bij de geestelijke gezondheidszorg en de forensische zorg. Binnen het huidige onderzoek focussen wij voor dit toetsingskader op de ouderenzorg. Het toetsingskader bestaat uit drie pijlers: persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverlener, en kwaliteit en veiligheid. Voor elke pijler staan vermeld de norm, de bron waaruit deze norm komt (bijv. richtlijn, wetgeving), en waar de inspectie onder andere naar kan kijken. Deze criteria zijn veelal open geformuleerd, met ruimte voor interpretatie (bijv. "zorgverleners maken hun professionele afwegingen over de benodigde zorg, ondersteuning en risico's op basis van de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt").

Openbaarmaking: Het toetsingskader is door de IGJ met een nieuwsbericht op 28 maart 2017 openbaar gemaakt. Naast een uitgelicht nieuwsbericht op de homepage van de IGJ-website is een infographic gepubliceerd met daarin een toegankelijke samenvatting van het toetsingskader.

Casestudy 2: Toetsingskader 'Werken met radiologie in de mondzorg' (KEW)

Context en relevantie: De tandheelkunde neemt met het gebruik van röntgenapparatuur een unieke plaats in de gezondheidszorg in. Het betreft voornamelijk eerstelijnszorg en de tandarts vervult hierbij een dubbelrol; hij/zij indiceert röntgendiagnostiek, verricht en interpreteert de röntgenopname, maar voert vervolgens ook een daaruit voortvloeiende behandeling zelf uit (Sanden 2016). In totaal maakt de sector mondzorg per jaar tussen de 7 en 9 miljoen röntgenfoto's. Vanwege het potentieel schadelijke karakter van ioniserende straling wordt het klinisch gebruik van de röntgenopname ingekaderd door klinische richtlijnen en wettelijke regelgeving. Uit onderzoek van de IGJ uit 2015 blijkt echter dat lang niet alle tandartsen die röntgenfoto's maken, hiervoor de vereiste scholing hebben gevolgd of aan de overige gestelde eisen hebben voldaan. Om deze reden heeft dit onderwerp prioriteit gekregen voor de IGJ en zal tijdens inspecties hier nadrukkelijk aandacht aan worden besteed.

Toetsingskader: Het toetsingskader bestaat uit de pijlers veiligheid, deskundigheid en kwaliteit. Voor iedere pijler is beschreven een kolom Wet- en regelgeving en veldnormen en een kolom met daarin de bron ervan. Het betreffen veelal gesloten normen zonder veel ruimte voor interpretatie (bijv. "de ondernemer zorgt ervoor dat een röntgentoestel waarmee radiodiagnostische verrichtingen worden toegepast is voorzien van een diafragma of tubus met het doel de röntgenbundel te beperken tot het juiste gebied").

Openbaarmaking: In een nieuwsbericht van 11 april 2017 maakte de IGJ bekend de komende maanden een groot aantal mondzorg praktijken te bezoeken om te beoordelen of de praktijk/instelling voldoet aan de normen om röntgenfoto's te mogen maken. Bij het nieuwsbericht is het toetsingskader 'Werken met de radiologie in de mondzorg' openbaar gemaakt.

Casestudy 3: Toetsingskader 'Toezicht op Infectie Preventie' (TIP)

Context en relevantie: De wereldwijde toename van infecties veroorzaakt door bijzonder resistente micro-organismen (BRMO), wordt beschouwd als een van de belangrijkste bedreigingen voor de mens (Bonten et al. 2014). Dagelijks nemen ziekenhuizen patiënten op die drager zijn van BRMO. Het is daarom belangrijk dat alle betrokkenen in het ziekenhuis voldoende maatregelen treffen om verspreiding binnen het ziekenhuis tegen te gaan. Deugdelijke infectiepreventie en snelle detectie van BRMO (surveillance) is daarbij van belang (IGZ 2016b). De IGJ start in het voorjaar van 2017 met het vervolg van de inspectiebezoeken in het kader van het project 'Toezicht op infectiepreventie' ('TIP 3'). De IGJ is in 2013 met het project TIP gestart als 'thematisch toezicht infectiepreventie'. Het project heeft als onderwerp de infectiepreventie in algemene zin, met speciale aandacht voor het tegengaan van de verspreiding van bijzonder resistente micro-organismen (BRMO) in het ziekenhuis. In de eerste twee rondes concludeerde de IGJ dat veel ziekenhuizen nog niet genoeg doen om zorginfecties te voorkomen. Tegelijkertijd riep het toezicht ook discussie op. Zo schreef een groep microbiologen in het NTVG dat de IGJ te veel op het (volgens hen minder relevante) detail gaat zitten in de uitvoering van het dagelijks werk en daarbij voornamelijk op procesindicatoren focust en geen uitkomsten meeneemt, wat voor een discrepantie zou zorgen tussen de conclusies van de IGJ en de actuele veiligheidssituatie (namelijk dat de incidentie van ernstige ziekenhuisinfecties veroorzaakt door BRMO in Nederland tot de laagste in de wereld behoort) (Bonten et al. 2014). De IGJ heeft in 'TIP 3' meer focus op de governance van infectiepreventie.

Toetsingskader: Het toetsingskader focust op de basis hygiënemaatregelen en de extra maatregelen die moeten worden getroffen in het kader van de bestrijding van bijzonder resistente micro-organismen (BRMO). Ook wordt beoordeeld in hoeverre de implementatie van het Antibiotic Stewardship is gevorderd. Het toetsingskader bestaat uit zes thema's met daarbij vermeld welke richtlijnen er voor deze thema's gelden. Aan de hand van dit toetsingskader is een bezoekeninstrument ontwikkeld met daarin uitvoeringscriteria afgeleid van de normen uit het Toetsingskader. Dit bezoekeninstrument is niet openbaar.

Openbaarmaking: De IGJ heeft voor deze derde ronde het toetsingskader openbaar gemaakt via haar website. Dit is echter niet gebeurd met een nieuwsbericht, maar in een alinea op de pagina over ziekenhuizen waarin het extra toezicht wordt aangekondigd. De veldpartijen waren al wel op de hoogte vanwege eerdere consultatie tijdens de totstandkoming van het toetsingskader.

3 Bevindingen

3.1 De ontwikkeling van een toetsingskader

Kernbevindingen

- De IGJ ontwikkelt toetsingskaders op basis van beroepsnormen en wet- en regelgeving. Een toetsingskader moet daarbij behapbaar zijn, inhoudelijke speerpunten bevatten en juridisch waterdicht zijn.
- De mate van nuance in het toetsingskader verschilt per toetsingskader – sommige normen zijn zwart/wit terwijl andere ruimte voor interpretatie en nuance laten. Deze invulling is deels ingegeven door bestaande verhoudingen maar wordt ook bewust door de specifieke afdeling gemaakt om te sturen op kwaliteit van zorg.
- Het is niet altijd duidelijk wat 'de' norm is. De IGJ hanteert veldnormen, maar als hierover geen duidelijke overeenstemming is in het veld stelt de IGJ de norm vast en worden zachte normen 'hard' gemaakt.

Inhoud toetsingskader

De IGJ baseert haar toetsingskaders op de geldende beroepsnormen en wet- en regelgeving. Ze maakt daar echter wel een selectie in. Deze selectie is een manier om een toetsingskader behapbaar te houden. Het is immers een fysiek instrument waar de inspecteur mee op pad gaat en in de beperkte tijd die er voor een inspectiebezoek is dient het toetsingskader volledig getoetst te worden. Tegelijkertijd moet een toetsingskader relevant en legitiem zijn door die normen uit te vragen die op dat moment opportuun zijn; dat wil zeggen belangrijk voor de kwaliteit en veiligheid van zorg en waarvan wordt verwacht dat niet alle zorgaanbieders die op orde hebben. Zoals een inspecteur aangeeft over onderstaande norm rondom de verklaring omtrent gedrag (VOG), is het minder relevant om op iets te toetsen als de verwachting is dat dit over de hele sector al op orde is:

"En we zijn natuurlijk ook allemaal wel praktische doeners. Dus wij weten dat het de opdracht is om een inspectie bezoek in één dag te doen. Je kunt ook een instrument maken waar je vier dagen mee op pad gaat. Dus ja, we proberen het ook nog zo te maken dat het behapbaar blijft, en dat betekent ook dat er veel dingen weggestreept zijn. Iemand zegt van 'ja het is heel belangrijk om te vragen naar verklaring omtrent gedrag' en dan wegen we dat in allerlei dingen en dan zeggen we, ja maar goed, dat was misschien twee jaar geleden wel belangrijk maar nu is dat wel ingeburgerd." (Respondent #17: Inspecteur)

Het toetsingskader moet dus behapbaar en onderscheidend zijn, en prioriteren. Deze aspecten hangen uiteraard met elkaar samen; prioriteren is ook een manier om het behapbaar te houden. Belangrijk om te realiseren is wel dat het toetsingskader hiermee een selectie van de geldende beroepsnormen en wet- en regelgeving bevat en geen compleet overzicht bevat van al deze normen. Met andere woorden, alleen aan het toetsingskader voldoen is voor de zorgaanbieder niet voldoende – het gaat om het voldoen aan alle geldende beroepsnormen en wet- en regelgeving. Daarbij komt dat een toetsingskader leidend is bij een eventueel inspectiebezoek, maar dat ook naar andere aspecten gekeken kan worden als de inspecteur daar aanleiding voor ziet.

In de selectie en prioritering van normen zoekt de IGJ afstemming met het veld, vaak bestaande uit de beroepsverenigingen of zorgverleners die door de beroepsvereniging naar voren zijn geschoven. Deze afstemming dient vooral als controle op de geselecteerde en geprioriteerde normen. Naast

deze externe afstemming is er ook binnen de IGJ afstemming over het toetsingskader met de methodologen en juristen. Het gaat daarbij dan vooral om de vraag of de vragen en normen in het toetsingskader zo zijn geformuleerd dat ze meten wat ze beogen te meten en of deze overeenkomen met wat in de wet- en regelgeving staat, zodat ook juridisch houdbaar is dat deze normen op deze wijze worden getoetst. Juist deze juridische controle wordt als zeer belangrijk ervaren, ook omdat de interpretatie van normen tijdens een eventueel inspectiebezoek openbaar worden in de gepubliceerde inspectierapporten. Er ontstaat hier nog wel spanning tussen wat de inspecteur als nuttige informatie ziet en wat vanuit juridisch perspectief in een toetsingskader hoort te staan:

“Juridisch waterdicht wil zeggen dat je terug kan grijpen op wet- en regelgeving. Dat is juridisch waterdicht; dat niet iemand verzonnen heeft dat de prullenbakken open moeten in plaats van dicht of andersom. Dát is iets anders, maar dan hoef je toch niet precies in [wets]artikel zoveel daar en daar, dat interesseert die zorgverlener helemaal niks.” (Respondent #38: Inspecteur)

Daar waar de inspecteurs zich vooral bezighouden met de vraag of de norm inderdaad vanuit beroepsnormen of wet- en regelgeving zo is gesteld, wordt breder vanuit de IGJ gevraagd om daarbij ook te refereren naar de precieze locatie van die norm in de wettekst. Maar hier zitten, zoals bovenstaande inspecteur aangeeft, ‘zorgverleners toch helemaal niet op te wachten’? Dit voorbeeld weerspiegelt mooi de controlerende functie van transparantie waarbij de organisatie (in dit geval IGJ) controleerbaar wordt. De IGJ anticipeert hierop door alles juridisch goed te willen borgen – de inspecteurs die in contact staan met de zorgverleners willen juist aansluiten bij de belevingswereld van de professional omdat dit de meest waardevolle informatie oplevert. We komen hier later in het rapport nog op terug als we het voorbeeld bespreken van het toetsingskader van TIP waarbij er een conflict ontstond tussen de professionals en IGJ omdat de wijze van toetsing de (welwillende) zorgprofessionals juist in de weg zou zitten.

Wat is de norm?

In de door ons onderzochte toetsingskaders verschilt de eventuele score op de norm. Zo hanteert men in de ouderenzorg een gewogen score (groen, lichtgroen, geel of rood) terwijl bij de andere toetsingskaders een harde score wordt gehanteerd (voldoet wel of niet). De motivatie voor een harde ja of nee lijkt voort te komen uit het feit dat het hier vooral randvoorwaardelijke normen betreft waarbij het, zoals een inspecteur aangeeft, duidelijk is of je wel of niet voldoet. Een voorbeeld is het wel of niet onderhouden van apparatuur volgens fabrieksschema. Maar deze dichotome score lijkt ook voort te komen uit de behoefte om ‘hard’ en duidelijk te zijn, bijvoorbeeld als het gaat om het (niet) dragen van een horloge en sieraden in geval van TIP waarbij ‘voor nu en altijd’ duidelijk moest zijn dat goede persoonlijke hygiëne de norm is. De gewogen scores in de ouderenzorg geven juist ruimte om aan te geven waar iets echt niet in orde is maar ook waar iets voor verbetering vatbaar is. Dit is een bewuste keuze geweest vanuit de afdeling Verpleging en Verzorging, als antwoord op de vraag wat nu echt het veld in beweging brengt. Er is gekozen voor een meer waarderende benadering waar oog is voor de context van de organisatie:

“En wij hebben dus ook een 4-puntsschaal waarin je zegt: voldoet niet, voldoet grotendeels niet, voldoet grotendeels wel, voldoet, om daarin de nuance veel meer kenbaar te maken en ook de context van een organisatie meer mee te nemen in je oordeel. Het kan dus zijn dat twee organisaties eenzelfde beschrijving hebben bij een norm, of grotendeels dezelfde beschrijving, maar dat de één voldoet grotendeels niet en de ander voldoet grotendeels. En dat is wel erg verschillend. Dat vraagt overigens ook wel heel veel van inspecteurs om daar op de goede manier... heel veel van afstemming, bespreken van en vastleggen.” (Respondent #19: Inspecteur)

De samenstelling van het toetsingskader komt hierbij voort uit de behoefte om organisaties te stimuleren om te leren en te ontwikkelen, en om als inspectie de mogelijkheden te hebben hierop te sturen. In de afweging (en beoordeling) wordt de context van de organisatie meegenomen. Het kan zijn, zoals in het voorbeeld hierboven, dat de conclusies bij twee organisaties uiteindelijk verschillend zijn ondanks dat de beschrijving bij de norm overeenkomt. Binnen de mondzorg is ook nagedacht of een gewogen score toegepast zou kunnen worden, onder meer omdat dit de mogelijkheid geeft om nuance aan te brengen. Dit betekent echter, zoals een inspecteur aangaf, dat je vervolgens uitgebreid de tijd moet nemen om te beargumenteren hoe je tot een weging bent gekomen, en het daar ook met elkaar over eens moet zijn. Dus naast duidelijkheid over randvoorwaardelijke normen en de behoefte om soms hard en duidelijk te zijn, speelt ook pragmatiek een rol. De tijd en capaciteit is beperkt en dat maakt dat bepaalde keuzes gemaakt worden. In de mondzorg is uiteindelijk om die reden afgezien van gewogen scores.

Naast het wel of niet wegen van een norm speelt soms ook discussie over *wat* de norm eigenlijk is. Hoewel de IGJ de normen overneemt uit de beroepsnormen en wet- en regelgeving, zit hier soms wel een interpretatie aan vast. Een voorbeeld daarvan zien we bij de luchtbeheersing op de operatiekamers in ziekenhuizen. Dit is een norm die niet in het TIP toetsingskader staat, maar die tijdens de interviews in de ziekenhuiscareer wel meermaals genoemd werd. Rondom deze norm speelde in het veld erg veel discussie, die in het bijzonder ging over de mate waarin de lucht op een operatiekamer steriel moet zijn en welke techniek en apparatuur daarvoor nodig is. Hier kwamen de betrokken beroepsgroepen en experts samen niet uit, ook omdat de 'evidence' in de literatuur niet eenduidig is. Het resultaat was een compromistekst als beroepsnorm met 'mitsen en maren' waarbij lokaal (dat wil zeggen, door de betrokken beroepsbeoefenaren en bestuurders in de ziekenhuizen) een afweging kon worden gemaakt. De IGJ heeft ervoor gekozen om deze norm zonder mitsen en maren over te nemen – een onduidelijke norm werd daarmee verhard. Dit had aanzienlijke consequenties voor de ziekenhuizen die over moesten naar een veel duurder luchtbeheersingssysteem. Na veel discussie is uiteindelijk besloten dat het veld nog een keer met elkaar in discussie gaat over de norm; iets wat is belegd bij het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten. Het toetsingskader is weliswaar nog steeds van toepassing maar wordt minder streng toegepast. Dit voorbeeld laat zien dat de IGJ ruimte neemt ('normen hard maken') maar ook ruimte geeft ('tijdelijk wat soepeler omgaan met een toetsingskader in afwachting van een op handen zijnde normwijziging in het veld') om een toetsingskader legitiem en werkzaam te laten zijn. Hierop komen we later terug. Voor nu is het nog van belang op te merken dat het omzetten van een veldnorm in een element van toetsing consequenties heeft voor het formuleren van beroepsnormen. Veldpartijen geven aan dat zij soms op de doorwerking van hun professionele normen in een toetsingskader anticiperen door bijvoorbeeld in te zetten op zachte normen en verantwoordingsmechanismen.

Samengevat

De IGJ ontwikkelt toetsingskaders op basis van beroepsnormen en wet- en regelgeving, waarbij het belangrijk is dat een toetsingskader behapbaar is en speerpunten prioriteert. Er bestaan echter verschillen tussen de toetsingskaders in hoe de normen gescoord worden (gewogen scores of dichotoom) en dus in hoeverre er ruimte is voor nuance en interpretatie. Daarnaast is het niet altijd duidelijk wat 'de' norm is. Hoewel de IGJ veldnormen hanteert, stelt de IGJ soms een norm vast als er in het veld geen duidelijke overeenstemming is over de invulling van die norm. In de volgende hoofdstukken verkennen we wat die verschillen in inhoud en opzet van toetsingskaders doen in en met de zorgpraktijk.

3.2 Werking van een toetsingskader

3.2.1 Het toetsingskader is er, en dan?

Kernbevindingen

- De publicatie van het toetsingskader an sich lijkt weinig urgentie te geven; de aankondiging van bijbehorende inspectieronde en publicaties/maatregelen n.a.v. inspecties veel meer, al verschilt dit sterk per sector.
- De wijze van openbaarmaking van een toetsingskader lijkt minder relevant voor de betekenis ervan; het toetsingskader wordt vooral opgepakt door koepels en kwaliteitsmedewerkers van organisaties en ketens.
- De werkvloer neemt soms kennis van een toetsingskader via nieuwsbrieven of interne communicatie maar lijkt het weer snel te vergeten en er in dagelijkse werk niet bewust mee bezig te zijn.
- In hoeverre een toetsingskader leidt tot naleving van normen is afhankelijk van organisaties zelf maar ook van de institutionele infrastructuur van een sector.

Bekendheid

Toetsingskaders vinden de weg naar de beroepsgroep vooral via beroepsverenigingen. Zij zijn het die over een toetsingskader en eventueel aangekondigde inspectieronde communiceren naar het veld. Vaak zijn ze dan zelf al op de hoogte van de inhoud van het toetsingskader doordat ze bij de ontwikkeling ervan zijn geconsulteerd. Bij de infectiepreventie (casus 'TIP') speelde de Werkgroep Infectie Preventie ('WIP') hierbij een centrale rol. De beroepsverenigingen van de microbiologen (Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie, NVMM) en ziekenhuishygiënisten (Vereniging voor Hygiëne & Infectiepreventie in de Gezondheidszorg, VHIG) stelden in de WIP de richtlijnen vast die de IGJ vervolgens toepaste in het toetsingskader. Het toetsingskader werd vervolgens ook weer voorgelegd aan de beroepsverenigingen. Deze korte lijntjes tussen de beroepsgroepen onderling en tussen de beroepsgroepen en de IGJ maakten dat de zorgverleners goed op de hoogte waren van het toetsingskader. Hierover bestond ook weinig discussie²; het waren de beroepsnormen die moesten worden nageleefd en waarbij de zorgverleners het toezicht van de IGJ als steun in de rug ervaarden om hun beroepsnormen geïmplementeerd te krijgen in de ziekenhuizen. Bij de verpleeghuiszorg en mondzorg lijken zorgverleners niet of zijdelings op de hoogte van de toetsingskaders. Zo geven sommige tandartsen aan wel in nieuwsbrieven van beroepsverenigingen of vaktijdschriften iets te lezen over aangekondigde inspectierondes en toetsingskaders. Tegelijkertijd is men niet op de hoogte en ook niet bezig met waar de toetsingskaders eventueel te vinden zijn.

"Ik krijg via via wat dingen van... 'Bent u klaar voor een bezoek van de inspectie? Waar letten ze op...' En dan krijg je gewoon een pdf, dat kun je downloaden. Maar dat zij dat zelf ook op de website hebben staan, geen idee. En dat geldt voor zo'n IGJ en dat geldt voor de verzekeraars ook. Die denken dat wij achter de computer gaan zitten en een beetje gaan zitten googelen of er nog wat nieuws te bekennen is, of er nog wat nieuws op de website is. Sorry, ik heb daar geen tijd voor." (Respondent #20: Tandarts)

² Zoals gezegd was (en is) er meer discussie over de luchtkwaliteit op de operatiekamer, maar deze discussie valt niet binnen TIP.

Dus ook al vernemen zorgverleners, en dan met name de tandartsen, wel de aankondiging van het toetsingskader, het lijkt niet lang op het netvlies te blijven hangen, en zij gaan er al helemaal niet zelf naar op zoek. Hetzelfde geldt voor de zorgverleners die we in de ouderenzorg hebben gesproken. Binnen de verpleeghuizen zijn het vooral de kwaliteitsmanagers die zich bezighouden met een toetsingskader en hiervan op de hoogte raken. Zij pluizen de website van de IGJ en inspectierapporten na en communiceren dit vervolgens binnen de organisatie:

"Nou onze senior kwaliteitsmedewerkers die houden dat uiteraard in de gaten, dit soort dingen. Die weten [het als het eraan] komt [en] dan komt dat in het MT aan bod. Dan gaat het via de lijn de organisatie in en dan worden er ook meestal afspraken gemaakt van, goh dit wetende hoe gaan wij daar mee om ten aanzien van onze protocollen, onze processen." (Respondent #4: Manager Zorg)

Dit heeft binnen de ouderenzorg wel het gevolg dat de normen uit het toetsingskader door zorgverleners veelal worden gezien als een 'moetje' vanuit de inspectie en/of de kwaliteitsafdeling, ondanks dat het hier de eigen beroepsnormen betreft. Het wordt dan niet ervaren als iets van henzelf.

Begrijpelijkheid, draagvlak en urgentie

Een belangrijk aspect van transparantie is niet alleen dat iets beschikbaar is, maar ook dat het beschikbare te begrijpen is. Over die begrijpelijkheid van de toetsingskaders horen we in ons veldonderzoek verschillende verhalen. Zo wordt gewezen op de wel erg juridische verwoording van het toetsingskader in de mondzorg ('dat zijn gewoon wetteksten'). Bij de ouderenzorg is getracht het toetsingskader begrijpelijk op te stellen, en is er zelfs een 'B1 versie' voor het publiek. Maar ook hier horen we vanuit het veld een respons dat het allemaal wel wat simpeler mag. Hierbij wordt het toetsingskader in een adem genoemd met al die andere protocollen en ideeën van mensen aan de bestuurstafel:

"Ik zeg altijd je moet academicus zijn wil je het snappen. Er zitten allemaal te veel mensen met te veel verstand over dit soort plannen te denken hè. Ik zeg gewoon je moet een ringbandje hebben, daar moet in staan steunkous links, net zoals vroeger. Nu hebben we zorgplannen, doelen, acties en niemand weet hoe het moet." (Respondent #6: Bestuurder)

Dit laat ook iets zien over het draagvlak van het toetsingskader. Ondanks dat het eigen beroepsnormen zijn, zijn de mensen in de organisaties het niet altijd eens met wat er door koepels is bedacht aan normen. Dit speelt vooral bij de mondzorg. Tandartsen delen hun twijfels over het nut van alle wet- en regelgeving en de in hun ogen overvloed aan regulering. Het toetsingskader geeft volgens een van hen gelukkig wat houvast, maar tegelijkertijd verwijzen tandartsen in bredere zin naar wet- en regelgeving waarvan zij het nut niet direct inzien. Dat speelt overigens meer rondom infectiepreventie in de mondzorg dan specifiek bij radiologie.

In het geval van infectiepreventie in de ziekenhuiszorg is het draagvlak in de opeenvolgende toezichtsrondes (TIP 1-2-3) juist toegenomen. Waarbij tijdens TIP 1 veel ziekenhuizen nog niet op orde waren, hielp het toetsingskader de microbiologen en ziekenhuishygiënisten om urgentie te kweken voor de preventie van infectieziekten bij bestuurders van ziekenhuizen. Tegelijkertijd was er kritiek op de inspectie die in de ogen van de beroepsbeoefenaren veel te veel op detailniveau ging controleren of het juiste aantal millimeters schoonmaakmiddel werd gebruikt en de prullenbakken met de hand en niet met de voet moesten worden bediend. Op de daaropvolgende discussie over 'klamvochtige doekjes en prullenbakken' wordt nu met een lach en soms wat irritatie teruggekeken, maar inspecteurs en beroepsbeoefenaren zijn het erover eens dat TIP 3 de beroepsnormen goed

weergeeft. Beroepsbeoefenaren geven verder aan dat de IGJ in kennis heeft geïnvesteerd en inspecteurs goed op de hoogte zijn van lopende (wetenschappelijke) discussies, iets wat wordt gewaardeerd: 'we komen ze nu tegen op wetenschappelijke congressen!' (medisch microbioloog)

Vanuit de inspectie is het nog relevant om te melden dat men binnen de ouderenzorg op een andere manier toezicht houdt en daarover rapporteert – daar waar voorheen gerapporteerd werd over alles wat niet in orde was, is het nu een gebalanceerder rapport dat ook oog heeft voor dat wat goed gaat:

R: We hadden geen enkele aandacht voor dat wat wel goed ging. En dat doen we nu dus heel bewust wel.

I: Want merk je daar reactie op vanuit het veld?

R: Ja zeker, want dan zie je ook dat het meer gewaardeerd wordt dat er ook meer draagvlak komt... En dat is nooit onderzocht natuurlijk, maar je merkt wel dat er meer begrip is. Dat ze meer snappen. En we schrijven ook iets uitgebreider hè. (Respondent #18: Inspecteur)

Er wordt ook in het inspectierapport genoemd wat goed gaat, sterker nog, het kan zijn dat alles gewoon netjes op groen staat, maar daarnaast is er ook een uitgebreidere onderbouwing van hoe is gescoord op een bepaalde norm. Hiermee zou het voor de zorgaanbieder inzichtelijk moeten worden waarom er op een bepaalde norm nog verbetering mogelijk of noodzakelijk is.

Al met al lijkt het openbaar maken van een toetsingskader echter niet veel urgentie te geven. Twee andere zaken lijken meer aan eventuele urgentie bij te dragen; namelijk de aankondiging dat de inspectie met het toetsingskader in de 'komende periode' organisaties zal bezoeken, en de hierop volgende inspectierapporten naar aanleiding van het bezoek met het toetsingskader. Binnen verschillende sectoren geven kwaliteit- en beleidsmedewerkers aan dat zij de inspectierapporten napluizen om duidelijkheid te krijgen over de interpretatie van de norm:

"Wij houden wel altijd alle rapportages van IGJ in de gaten. Die zijn natuurlijk openbaar, dus op het moment dat er een praktijk in de mondzorg bezocht wordt, nou dan zitten wij echt met een markeerstift ieder kommaatje uit te pluizen. Want dat biedt mij eigenlijk meer informatie dan het toetsingskader." (Respondent #24: Beleidsmedewerker)

Met andere woorden, medewerkers zijn op zoek naar houvast en duidelijkheid over wanneer iets goed of niet goed is. Daarbij biedt de invulling of interpretatie van het toetsingskader zoals deze in de rapporten naar voren komt uitkomst; de toetsingskaders 'an sich' geven dat niet of onvoldoende. Kwaliteitsmedewerkers weten dat de wijze waarop het toetsingskader in de praktijk gehanteerd wordt belangrijk is.

Een aantal factoren lijkt bij te dragen aan het feit of het toetsingskader consequenties heeft op het naleven van normen in het veld. Hierbij gaat het vooral om de institutionele infrastructuur en de oriëntatie van zorgorganisaties. Die werken we hieronder uit.

Institutionele infrastructuur

De drie onderzochte sectoren verschillen qua institutionele infrastructuur. Een belangrijk aspect daarbij is in hoeverre de IGJ 'grip' heeft op de sector. 'Grip' gaat hierbij over het met elkaar in gesprek zijn en een bepaalde mate van gezamenlijkheid ervaren in het sturen op kwaliteit. Deze aspecten blijken in hoge mate van invloed op wat er met het toetsingskader in de praktijk gebeurt. Zo geven inspecteurs en ook tandartsen aan dat binnen de mondzorg niet erg leeft dat de IGJ op bezoek kan komen; er zijn immers erg veel tandartsen en er is slechts een beperkte capaciteit:

“Ze hebben nog steeds een soort gedachte van ‘ah 6000 voordeuren, wat is de kans dat ik eruit gepakt word’. Dat is het. Ze weten het wel maar of dat leidt tot... van wat is de kans dat ik gepakt word zeg maar.” (Respondent #29: Inspecteur)

De tandartsen in ons onderzoek zijn niet erg bezig met de inspectie, en verwijzen vooral naar verhalen over de inspectie die in de wandelgangen de ronde doen: tandartsen die tijdens een inspectiebezoek het vuur aan de schenen werd gelegd en in huilen uitbarstten, of verhalen dat je tijdens een inspectiebezoek vooral niet ‘ja maar’ moet roepen en moet zeggen dat je hebt nagedacht over hoe je bepaalde zaken hebt georganiseerd.

Binnen de verpleeghuiszorg is dat anders, onder meer door de opdracht voor de IGJ om de gehele sector binnen een aantal jaar in beeld te krijgen, en ook door ervaringen in de afgelopen jaren waarin de inspectie – en ook de media – veel aandacht heeft gehad voor de verpleeghuissector. Binnen de zorgorganisaties is juist erg het gevoel dat de IGJ zo maar eens voor de deur kan staan [‘we zijn een keer aan de beurt’], al lijken vooral bestuurders, managers en kwaliteitsmedewerkers daar mee bezig te zijn. Bij zorgverleners leeft dit minder. Daarnaast lijkt ook mee te spelen in hoeverre richtlijnen en visitaties al ingeburgerd zijn in de sector. Dit is voor de ziekenhuiszorg niet meer dan normaal, en ook binnen de verpleeghuiszorg raakt dit steeds gewoner. Voor tandartsen is er echter nog maar een beperkt aantal richtlijnen en is visitatie iets wat op vrijblijvende basis door een beperkte groep tandartsen wordt gedaan.³ Met andere woorden, de normen en bijbehorende toetsing horen er in de ziekenhuis- en (in mindere mate) verpleeghuiszorg nou eenmaal bij terwijl dit in de mondzorg (nog) niet het geval is.

Bij de infectiepreventie speelt dat de IGJ samen met de beroepsgroepen en de (voormalige) WIP juist een effectieve infrastructuur heeft ontwikkeld om infectiepreventie in de ziekenhuizen te verbeteren. De drie opeenvolgende toetsingskaders laten een opbouw zien van een focus op het verbeteren van algemene hygiëne (zoals handenwassen en het niet dragen van sieraden) naar veel specifiekere onderwerpen zoals antibioticabeleid. Waar in het begin nog veel aandacht ging naar basale hygiëne, wordt in TIP3 veronderstelt dat dit nu ‘gewoon op orde moet zijn’. Op verzoek van de beroepsgroepen heeft de IGJ een zero-tolerance beleid gevoerd op het dragen van horloges:

“Bij TIP 1 keken we alleen op verpleegafdelingen waar we waren, dus niet op de gang met wapperende jassen. Daar keken we niet naar of we zagen dat niet, alleen op de afdeling waar we waren. En ik weet niet, ik geloof dat we als norm hadden maximaal drie afwijkingen per afdeling zeg maar. In TIP 2 hebben we dat al iets strenger gedaan, hebben we gewoon overall gekeken. Maximaal drie was nog steeds de afwijking. En nu, en dat hadden we afgesproken met de wetenschappelijke vereniging dat ze het zelf te berde brachten en ook met onze eigen hogere regionen, hebben we gezegd: zero tolerance. Eén horloge is ‘af’. Weet je, je kan toch niet van de inspectie verwachten dat wij tot sint juttemis in die ziekenhuizen gaan vragen of ze alsjeblieft hun horloge af willen doen.” (Respondent #39, Inspecteur)

Bij infectiepreventie verschoof bovendien de focus van individuele zorgverleners naar bestuurders van ziekenhuizen; het dragen van een horloge of het niet opbinden van lange haren wordt gezien als iets dat symbool staat voor onvoldoende aandacht voor veiligheid en kwaliteit, iets wat bestuurders volgens de inspecteurs moeten uitdragen en op moeten sturen.

³ Begin 2013 gaf in een kleinschalige studie 24% van de tandartsen aan in de afgelopen vijf jaar gevisiteerd te zijn. Deelname (eens per vijf jaar) aan een basale vorm van (digitale) visitatie is per 2012 een registratie eis van het vrijwillige Kwaliteitsregister Tandartsen (KRT). Ongeveer de helft van de tandartsen is hier anno 2018 ingeschreven (bron: Staat van de Mondzorg)

De verschillen tussen de sectoren kunnen worden verklaard door de focus op kwaliteit, en dan vooral *wat* als kwaliteit wordt gezien. Bijvoorbeeld als iets waarop gezamenlijk en met behulp van protocollen en richtlijnen op moet worden gestuurd – iets wat afgelopen jaren steeds meer wordt gezien als ‘de’ kwaliteit van zorg en wat een belangrijk aangrijpingspunt is voor het toezichtinstrumentarium van de inspectie. Bij de infectiepreventie in ziekenhuizen en het kwaliteitskader in de verpleeghuissector is de IGJ nauw betrokken; de inspectie maakt gebruik van de ontwikkelde veldnormen, is in gesprek met de koepels en betreft hen bij de totstandkoming van het toetsingskader. Hoewel het in de samenwerking soms schuurt (bijvoorbeeld in de discussie rondom de klamvochtige doekjes en het daar opvolgende artikel van de medisch microbiologen tegen de werkwijze van de inspectie in het NTvG) staat de samenwerking voorop en wordt het ‘schuren’ ook als iets effectiefs gezien; het houdt elkaar scherp. In geval van de mondzorg is het veld juist verdeeld en is er veel minder aandacht voor het gezamenlijk sturen op kwaliteit van zorg. Deze gezamenlijkheid (ook als die soms gespannen is) blijkt een belangrijke kracht achter de effectiviteit van het toetsingskader.

Organisatie

Naast institutionele verschillen bestaan er ook verschillen tussen organisaties binnen de sectoren in hoe het toetsingskader wordt opgepakt en ingezet voor een naleving van normen. Binnen de mondzorg speelt een rol dat veel tandartsen zich positioneren als vrijgevestigde ondernemer. Zij doen de praktijk zelfstandig of met minimale ondersteuning van zorgpersoneel. Daar is dan geen beleidsmedewerker of administratief medewerker aanwezig. Het toetsingskader wordt hier eerder voor kennisgeving aangenomen; er wordt nauwelijks gevolg aan gegeven want er is ‘geen tijd’. Dat is anders bij tandartspraktijken die lid zijn van een tandartsketen. Deze ketens hebben wel een of meerdere beleidsmedewerkers in dienst en voeren een actief kwaliteitsbeleid voor hun praktijken. Het toetsingskader geeft hier actief input aan het kwaliteitsbeleid, en bij nieuwe praktijken die bij de keten aansluiten wordt gecontroleerd of de praktijk aan alle regelgeving voldoet alvorens deze als ketenpraktijk open kan. Hier wordt het toetsingskader van de IGJ in meegenomen:

“Dus radiologie bij [de tandartsketen] is wel echt een ding, want vanaf het moment dat er een nieuwe praktijk zich aansluit bij [de keten] moet dat echt meteen goed zijn. Dus dat betekent dat er fysiek in het gebouw soms aanpassingen gedaan moeten worden, misschien het apparaat als het verouderd is of wat dan ook. Radiologie is denk ik één van de dingen waar volgens mij bijna alle afdelingen mee te maken hebben omdat HR moet zorgen dat de papieren van de tandarts of de assistente of wie het eventueel gaat bedienen in orde zijn. We hebben mensen die bij de facilitaire dienst werken, die zorgen dat alles op de praktijk ook echt klopt...”
(Respondent #24: Beleidsmedewerker)

Dat wil overigens niet zeggen dat in praktijken waar nauwelijks iets met het toetsingskader gebeurt de zorg van mindere kwaliteit zou zijn; de zorg kan hier immers prima op orde zijn. Het laat echter wel zien in hoeverre het toetsingskader direct van invloed is op de totstandkoming van die kwaliteit en de rol die de organisatie van de zorg daarin speelt. Daar waar bij de tandartsketen het toetsingskader een actief ingrediënt is van het kwaliteitsbeleid, is dat bij de vrijgevestigde praktijken niet het geval.

Ook bij de ouderenzorg zien we de invloed van de aanwezigheid van kwaliteitsmedewerkers die actief gevolg geven aan het toetsingskader, vaak in samenwerking met de bestuurder of locatiemanager. Wel is er een verschil in wat verpleeghuizen die onderdeel zijn van een grotere organisatie (met meerdere locaties) zelf kunnen en mogen doen en wat vanuit het centrale bestuur wordt opgelegd. Dit heeft gevolgen voor hoe het toetsingskader in de praktijk gebruikt wordt. Dat

kan uiteenlopen van de centrale organisatie die bepaalt wat en hoe er aan kwaliteitsbeleid wordt gedaan, maar ook de vrijheid bij locaties zelf om binnen de locatie met medewerkers in gesprek te gaan over hoe de kwaliteit in te vullen:

“.. als ik kijk naar wat wij doen, wat teams doen hè, want ze maken een jaarplan en dat jaarplan dat wordt gemaakt uit de kaderbrief die de raad van bestuur opstelt, en die is naar aanleiding van de toetsingskaders van de inspectie van de gezondheidszorg gemaakt. Dus ja, een jaarplan maak ik samen met de leidinggevende voor de hele [verpleeghuislocatie] en zij gaan per team een aantal dingen uit dat jaarplan maken. Dus elk team heeft een eigen jaarplan. Daar staat dus kwaliteit van zorg is zus en zo, en dan zal dat op het ene team meer zijn over deskundigheidsbevordering rondom dementie en bij de andere is het veel meer omdat die expertise heeft op palliatieve zorg, en bij een derde... Dus het wordt per team uitgewerkt.”
(Respondent #11: Locatiemanager)

In bovengenoemd voorbeeld speelt het toetsingskader een belangrijke rol bij de totstandkoming van het jaarplan, waarbij vanuit de centrale organisatie (Raad van Bestuur) wordt gestuurd op zaken die in het toetsingskader staan. In dit geval heeft de locatie, en daarbij de teams binnen de locatie, verantwoordelijkheid om op basis van de kaderbrief te focussen op die aspecten die voor het team belangrijk worden geacht. Dit sluit aan bij de focus die de IGJ wil hebben voor de context van de organisatie; dat er goed wordt nagedacht wat er in een bepaalde context nodig is om de kwaliteit van zorg te bevorderen.

Samengevat

De openbaarmaking van het toetsingskader en de wijze waar op dit gebeurt, lijken minder relevant voor de bekendheid met het toetsingskader. Koepels en beleidsmedewerkers zijn vaak al op de hoogte van het toetsingskader en zijn degenen die het verder naar de werkvloer verspreiden. Overigens is die werkvloer minder bewust bezig met de inspectie en haar toetsingskaders. De infrastructuur binnen en de organisatie van de sector zelf lijken van belangrijker invloed of een toetsingskader wordt opgepakt in het veld. In het volgende hoofdstuk verkennen we wat er met een toetsingskader gebeurt als het wordt opgepakt en hoe dit de kwaliteit van zorg beïnvloedt.

3.2.2 Kwaliteitswerk: hoe toetsingskaders de kwaliteit van zorg beïnvloeden

Kernbevindingen

- Toetsingskaders lijken bepaalde kwaliteitsthema's te agenderen; er gaan middelen en aandacht heen. Dit genereert kosten voor zorgorganisaties.
- Het toetsingskader vormt belangrijke input en aanleiding voor interne audits binnen de ouderenzorg. Dit leidt soms tot interne powerplay binnen een organisatie om het resultaat van een audit te sturen.
- Bijvangst van een audit is het 'gewend raken' aan een inspectie. De organisatie en zorgverleners zijn zo beter voorbereid op een mogelijk inspectiebezoek.
- De uitdaging bij deze audits, maar ook toetsingskaders in bredere zin, is het voorkomen dat het leveren van kwaliteit verdwijnt in protocollen zonder dat er nog nagedacht wordt over die kwaliteit.

Bij het verkennen van mogelijke consequenties van openbaarmaking van toetsingskaders is het relevant om te kijken of en in hoeverre de kwaliteit van zorg beïnvloed wordt. Verschillende mechanismen lijken hierbij een rol te spelen.

Betekenisgeving aan kwaliteit

Openbare toetsingskaders en bijbehorende inspectierondes agenderen een bepaald thema of onderwerp binnen zorgorganisaties. Een duidelijk voorbeeld is de infectiepreventie binnen de ziekenhuizen. In de periode dat hier door de IGJ naar is gekeken is dit thema duidelijk sterker op de agenda gekomen van bestuurders binnen die zorgorganisaties. Het zorgt ervoor, zo hebben we eerder al laten zien, dat er binnen de organisaties middelen en aandacht naar toe gaan. Hetzelfde zien we binnen de ouderenzorg; daar heeft het toetsingskader het thema kwaliteit (en wat daaronder verstaan wordt) verder geagendeerd. Dat zien we bijvoorbeeld dat het toetsingskader, en breder het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, (periodiek) aandacht vraagt voor bepaalde kwaliteitsthema's. Zoals een locatiemanager aangeeft is het toetsingskader reden om zo nu en dan, als het gevoel leeft dan het weer eens nodig is, aandacht te vragen voor een bepaald subthema zoals medicatieveiligheid of de patiëntendossiers:

"Ja daar durf ik mijn hand voor in het vuur te... Ik denk wel dat het gros echt wel... Als ik zie hoe onze EVV'ers, die doen dat vooral, werken. Dan denk ik dat er echt wel een groot aantal goed in orde zouden zijn hoor. Maar nu door die controles wil iedereen ook wel gewoon zorgen dat die, als die eruit gepikt wordt, dat die het ook goed doet." (Respondent #11: Locatiemanager)

Het controleren aan de hand van het toetsingskader lijkt daarbij het verantwoordelijkheidsgevoel van zorgverleners te sturen. Enerzijds werkt het preventief in die zin dat zorgverleners goed voor de dag willen komen en dit is een reden om wellicht extra nauwkeurig te werk te gaan of zaken extra te controleren. Anderzijds is het ook correctief in die zin dat als het werk weer iets verslonst of bepaalde zaken de aandacht verliezen, dit naar voren komt en daarna door zorgverleners wordt opgepakt.

Naast met dat er tijd en middelen door aandacht in het toetsingskader naar deze kwaliteitsthema's gaat, is er ook een spanning op de werkvloer dat het regelen van deze kwaliteit tijd en middelen kost. Een veelgehoorde zorg van medewerkers en zorgverleners, die ook bredere gevoelens in de zorg weerspiegelt, is dat het op orde hebben van alle normen uit het toetsingskader veel tijd kost en veel registratie in beslag neemt. Dit appelleert aan de regeldrukdiscussie. Al het registreren in de

ouderenzorg wordt door sommigen als kwalijk ervaren; liever spenderen zorgwerkers de tijd die dat kost aan bed en met de patiënt. Daarbij ontstaat ook een spanning tussen wat er op papier staat en wat er in de zorgpraktijk gebeurt. Dit speelt bijvoorbeeld bij het vastleggen van een zorgleefplan in de verpleeghuiszorg waarin o.a. de voorkeuren van een patiënt staan opgenomen. Zoals een zorgverlener aangeeft: "Je kunt heel goed weten wat een patiënt wil en kan, maar als je het niet opschrijft dan doe je het 'volgens de inspectie' niet goed. Terwijl je die behoeftes en voorkeuren van een patiënt prachtig kunt noteren maar dat dit niet betekent dat in de praktijk hier ook naar gehandeld wordt." Een locatiemanager zei daarover:

"De IGJ ziet dat het goed gaat maar zegt dan van jullie hebben het niet opgeschreven. Kijk en ik snap best wel dat je iets moet opschrijven maar weet je... dat is waar die werkvloer heel erg zegt van ja maar we doen het toch goed. Ja, jullie doen het ook goed maar jullie schrijven niet op dat jullie het goed doen... nou ja dat blijft toch een soort van schizofreen gedrag vind ik dat. Ik zie dat jullie het goed doen, maar ja je hebt het niet opgeschreven. Dus formeel doe je het niet goed. Ja... Je doet het goed of je doet het niet goed." (Respondent #1: Locatiemanager)

Vooraf voor zorgverleners (en in mindere mate overige medewerkers) geeft dit een scheef beeld; die willen immers goede zorg leveren en hebben het gevoel dat ze dat doen als ze bijvoorbeeld goed rekening houden met persoonlijke voorkeuren, ook al wordt dit dan niet opgeschreven. Ook is er het financiële plaatje. Het regelen van kwaliteit kost geld. Zoals een locatiemanager van een verpleeghuis aangeeft, lijken er aan de uitgavenkant voor de organisatie steeds meer zaken bij te komen maar zijn die niet te compenseren aan de inkomstenkant. Die tarieven staan immers vast. Ook bij tandartsen speelt het financiële aspect, des te meer omdat de meeste tandartsen financiële verantwoordelijkheid dragen voor de organisatie. In deze sector lijkt de financiële afweging om in bepaalde aspecten van het toetsingskader te investeren sterk aanwezig:

"Maar nog steeds is het natuurlijk wel, hoor je vooral ook het verhaal, dat ligt ook in die richtlijn zelf [richtlijn infectiepreventie], dat investeringen die nodig zijn om het allemaal goed te doen, volgens de inspectie dus, volgens de richtlijn goed te doen, dat die wel fors zijn. Dan kom je weer op het financiële plaatje. Bij tandartsen komt het heel snel op het financiële plaatje. Dat is eigenlijk het hele verhaal zoals ik dat als, nou ik ben natuurlijk niet helemaal een buitenstaander want ik werk ook gewoon, of wij hebben ook onze eigen praktijk, maar dat is wat ik van een klein afstandje met een klein stapje naar achter zie, en binnen de radiologie is dat vergelijkbaar. Alleen iets minder heftig." (Respondent #25: Tandarts)

Deze tandarts geeft aan dat die financiële afwegingen vooral bij infectiepreventie spelen, en in mindere mate bij de radiologie. Het gaat hier om investeringen waar het nut dan niet gelijk wordt ingezien omdat de evidente impact op kwaliteit en veiligheid van zorg niet wordt erkend of in ieder geval miniem wordt ingeschat.

Interne audits

In de ouderenzorg heeft de publicatie van het toetsingskader geleid tot het organiseren en afnemen van interne audits binnen de verpleeghuizen. Het controleren van het toetsingskader wordt hier dus geformaliseerd en gestructureerd in het kwaliteitsbeleid van de organisatie. Met de audits beoordelen instellingen aan de hand van het toetsingskader of de kwaliteit op orde is. Voor deze audits wordt soms een extern adviesbureau ingehuurd (soms ook op advies van de IGJ, zie hieronder) maar er zijn ook instellingen die de audit door zorgverleners en medewerkers zelf laten doen. Hier zien we een verschil in hoe het toetsingskader wordt ingezet. Enerzijds wordt het als een diagnose-instrument ingezet, namelijk ter controle op wat er binnen de organisatie op orde is en wat er nog moet verbeteren. Anderzijds wordt het als een reflexief instrument ingezet om

zorgverleners bij elkaar te laten kijken en te laten reflecteren op hoe de kwaliteit is georganiseerd en wat beter kan. Bij de eerste variant schuilt wel het risico dat het toetsingskader en de geformuleerde normen als een checklist worden gebruikt, zoals een inspecteur aangeeft:

“... ik krijg wel signalen en dan zie ik bijvoorbeeld adviseurs van de sector die zeggen we gaan uw praktijk inspectie-proof maken en dan zie je allemaal soorten checklisten, ons toetsingskader of wat ze er allemaal zelf bij hebben gedaan en lijstjes af te vinken. En zoals een toetsingskader, als ik daar maar vele malen aan voldoe dan ben ik safe. Hoef ik niet meer na te denken...” (Respondent #29: Inspecteur)

Aan de ene kant geeft dit protocolleren van een toetsingskader een risico, juist omdat het kwaliteitskader en daaropvolgend het toetsingskader ruim zijn opgesteld zodat wordt nagedacht over de invulling van bepaalde kwaliteitsnormen. Anderzijds, en dit kwam in onze focusgroep met inspecteurs ook naar voren, is het ‘vinken’ soms een noodzakelijke eerste stap binnen een instelling om de basis op orde te krijgen alvorens er reflexiever over kwaliteit kan worden nagedacht. Vinken als zogenoemde voorwaarde op te vonken:

“Door te vinken, vonken ze in feite wel! Je kan het ook positief benaderen hé. Ik zorg dat ik alles goed heb, dan was het in ieder geval beter dan voorheen. Dat is toch zo.” (Respondent #38: Inspecteur)

Een belangrijk onderscheid is daarbij wel wat je protocollert en kan protocolleren, zoals een tandarts in onze studie aangaf. Zogenoemde randvoorwaardelijke normen, denk aan periodiek onderhoud en veiligheidsmaatregelen, kun je prima in een checklist vangen. Maar zodra het gaat om bepaalde keuzes in het behandelproces, dan heeft het protocolleren mogelijk tot gevolg dat de tandarts zelf stopt met nadenken. De kwaliteit zoals gedefinieerd door de protocollen wordt dan buiten het primaire proces geplaatst:

“En daar zit volgens mij ook een grote valkuil, tenminste dat zie ik vooral bij de grotere praktijkketens. Die hebben gewoon kwaliteitsmanagers of zulk soort benamingen, mensen erop zitten die feitelijk een praktijk of hun keten optimaliseren naar zo’n vinkenlijstje. Nou, dan gaat er niemand meer serieus nadenken over waarom het moet, maar wordt er gewoon gezorgd van nou het voldoet aan de vinkjes en ja zo moet het en niet anders.” (Respondent #25: Tandarts)

Vanuit inspecteurs werd dit in de mondzorg ook zo ervaren, waarbij zij aangegeven dat ‘het lijstje voor de tandarts nadenkt’. En dit gaat ook deels over eigenaarschap, namelijk wie zorgt ervoor wat en hoe de normen in een checklist worden gevangen om de organisatie op orde te krijgen. Sommige verpleeghuizen maken dit, zoals hierboven aangegeven, expliciet iets van de zorgverleners zelf. Dit heeft als doel om enerzijds bij een andere afdeling in de keuken te kijken om zo te leren van hoe het op andere afdelingen is geregeld, en anderzijds dwingt het tot nadenken over de invulling van bepaalde normen. Tot slot geven interne audits ook een soort gewenning aan wat er verwacht kan worden als de IGJ op bezoek komt. Hoewel dit binnen de organisaties niet het doel is van een interne audit geeft het volgens een van de kwaliteitsmedewerkers in de ouderenzorg een mooie bijvangst.

“Je leert er ook gewoon mee om gaan, en inderdaad van hoe voer je ook het gesprek hè, dat op het moment als de inspectie komt dat je niet gelijk helemaal dichtslaat bij wijze van spreken. Of de verkeerde dingen gaat zeggen, maar dat is niet het primaire doel hoor. Dat is meer een bijvangst. Het primaire doel waarom het hier heel duidelijk was gedaan, nou we willen gewoon een paar keer per jaar op een afdeling gewoon een onafhankelijke toets. Gewoon kijken hoe,

met wel door de ogen van een IGJ bril naar onze zorg gekeken wordt.” (Respondent #4: Manager Zorg)

Het gebruik van het toetsingskader voor een interne audit kan echter ook spanningen binnen de organisatie opleveren. Zo geeft een kwaliteitsmedewerker van een ouderenzorgorganisatie met meerdere locaties aan hoe dit tot een interne (vervelende) discussie leidde tussen hem en een locatiemanager. De interne audit van de locaties werden binnen deze organisatie door de centrale kwaliteitsafdeling gedaan. Nadat een bepaalde norm op geel (dus onvoldoende) werd gezet, ontstond er een onaangenaam gesprek tussen locatiemanager en kwaliteitsmedewerker. De locatiemanager wilde deze norm toch echt op lichtgroen hebben (want ‘het is maar in enkele gevallen niet op orde en dat zou in de komende weken allemaal verholpen zijn’). Hier zat achter dat men ook naar het bestuur wilde laten zien dat alles op orde was. In dit geval verwordt het toetsingskader dus van een reflexief instrument om over kwaliteit na te denken tot een verantwoordingsmiddel binnen de hiërarchische lijn in de organisatie.

Samengevat

Toetsingskaders lijken bepaalde kwaliteitsthema’s te agenderen en binnen de ouderenzorg vormt het belangrijke input en aanleiding voor interne audits. De uitdaging bij deze audits, maar ook toetsingskader in bredere zin, is het voorkomen dat het leveren van kwaliteit verdwijnt in protocollen zonder dat er nog nagedacht wordt over die kwaliteit. Daar waar sommige instellingen de interne audit gebruiken als een reflexief instrument om met en van elkaar te leren, zijn er ook voorbeelden waarbij de audit als een verantwoordingsmiddel wordt ingezet en dit levert soms interne spanningen op. Een bijvangst van de audit is dat men mogelijk wat beter voorbereid is op een inspectiebezoek. In het volgende hoofdstuk gaan we verder in op hoe het toetsingskader wordt toegepast en hoe dit door betrokkenen wordt ervaren.

3.2.3 Ervaringen met het toetsingskader tijdens inspectiebezoeken

Kernbevindingen

- Het feit dat een toetsingskader openbaar is lijkt geen gevolgen te hebben voor de ervaringen van inspecteurs bij het toepassen van de toetsingskaders tijdens inspectiebezoeken.
- Het toezicht aan de hand van het toetsingskader is tijdsintensief voor de inspecteur: niet alleen het inspectiebezoek zelf, maar ook het vervolgens opstellen van de inspectierapporten.
- Het inspectiebezoek wordt door zorgverleners ervaren als een momentopname; daarnaast geven sommige normen, bijvoorbeeld over persoonsgerichtheid in de ouderenzorg, ruimte voor discussie. De ruimte voor dialoog verschilt per sector.

Naast het feit dat het toetsingskader bij publicatie wordt opgepakt door het zorgveld, wordt het primair door de inspectie gebruikt bij inspectiebezoeken. Aan de hand van het toetsingskader wordt immers de zorgorganisatie beoordeeld. De toepassing van deze toetsingskaders in de praktijk wordt door zorgaanbieders en inspecteurs binnen de sectoren op verschillende manier ervaren. We beschrijven enkele aspecten die ons in de drie sectoren opvielen.

Gevolgen van openbaarheid toetsingskader

Individuele inspecteurs lijken geen gevolgen te ervaren van het feit dat het toetsingskader nu openbaar is. Het toetsingskader biedt, ook als deze openbaar is, volgens hen nog voldoende mogelijkheid om zaken buiten het toetsingskader mee te nemen tijdens een inspectiebezoek mocht daar aanleiding voor zijn, en geen van de inspecteurs die wij hebben gesproken ervaren grote verschillen in hun benadering en uitvoering van werk nu een toetsingskader openbaar is. Wel geven zij aan dat de zorgaanbieder het toetsingskader soms al bij de hand heeft wat het gesprek wat makkelijker maakt; beide partijen weten immers waar men het over heeft.

Tijdsintensief

Het inspecteren van een zorgorganisatie aan de hand van een toetsingskader en daarop volgende verslaglegging wordt door sommige inspecteurs als tijdsintensief ervaren. Vooral in de ouderenzorg is dit door een nieuwe methode van observeren (SOFI: Short Observational Framework for Inspection), waarbij inspecteurs langere tijd (1.5 uur) in een huiskamer aanwezig zijn en daarna gesprekken voeren over wat ze hebben gezien. Maar naast het bezoek zelf kost vooral het schrijven van het rapport veel tijd. Vooral bij die normen die interpretatie nodig hebben, dus niet zwart wit zijn, kost de duiding ervan tijd en wordt met collega's, ook tijdens het schrijfproces, nauwgezet afgestemd.

"Nou ja, ik vind dat dit toetsingskader ook eigenlijk veel meer energie kost voor de inspecteur in de bezoeken omdat, ja ik roep wel eens het is topsport, ik wil niet overdrijven maar je moet wel echt fit zijn omdat je eigenlijk gedurende de hele dag probeert op al die normen informatie te verzamelen en eigenlijk ook steeds intern met jezelf bezig bent en hoe duid ik dat dan en dat ga je dan overleggen. Je gaat ook wel eens aan het einde van de middag [weg] dat je denkt ik weet het eigenlijk gewoon niet en dat is, dat is natuurlijk een heel interessant proces want op een gegeven moment ga je dan schrijven en dan langzaam maar zeker wordt het beeld wel duidelijk. Dus dit kost inderdaad meer, het schrijven kost veel meer tijd en meer energie, en de dag ook." (Respondent #17: Inspecteur)

Vooral bij een toetsingskader dat nog nieuw is betekent dit dat er veel overleg plaatsvindt, en leest er ook iemand mee die niet bij het bezoek betrokken is geweest. Bij de ouderenzorg, waar

verschillende bronnen van informatie wordt gebruikt en aan elkaar worden gerelateerd, speelt ook dat er nog een analyse van de data moet plaatsvinden. Dit gebeurt achteraf in een proces van (gezamenlijk) schrijven en herschrijven. Dit vraagt dus veel van de capaciteit van een afdeling. Bij de mondzorg is het inspectiebezoek zelf, mede door de gestructureerde en zwart-witte normen, minder tijdsintensief. Met een digitale versie van het toetsingskader op de iPad zijn alle normen makkelijk en snel aan te vinken als 'voldoet (niet)'. Overigens gaat het rapport nadat de inspecteurs dit onderling hebben besproken en geschreven vervolgens nog de organisatie van de IGJ in, waarbij er vanuit de verschillende managementlagen naar wordt gekeken. Ook hier is dus een flinke tijdsinvestering, dat niet per se lijkt voor te komen uit het hanteren van toetsingskaders maar gevolg lijkt van de organisatiecultuur binnen de inspectie. Het risico bestaat echter dat de framing in het rapport zoals deze door de inspecteurs is neergezet verandert of meervoudig wordt door aanpassingen vanuit deze managementlagen. Vooral in de ouderenzorg, waarbij juist getracht wordt aan te sluiten bij de context van de zorgaanbieder en de boodschap aan te laten sluiten bij wat de organisatie nodig heeft voor kwaliteitsverbetering, kan dit een discrepantie opleveren tussen wat de inspecteurs beoogd hebben en hoe dit uiteindelijk in het rapport komt te staan.

In de ouderenzorg vragen de ruim opgezette normen die ruimte laten voor interpretatie van de inspecteur dat deze informatie uit meerdere bronnen haalt en doorvraagt. Het gaat hierbij om observeren, maar ook om dat wat gezien wordt te controleren door bijvoorbeeld te spreken met zorgverleners of dossiers erbij te pakken. Een mooi voorbeeld over persoonsgerichtheid wordt gegeven door een teamleider.

"...hoe weet ik nou of die mevrouw met dementie die boterham lekker vindt met pindakaas of dat ze toch liever een boterham met kaas had gewild. Hoe zie ik dat? Nou daar vragen ze ook naar. Er is dan een huiskamer assistent die zegt van ja deze boterhammen staan klaar voor die mevrouw. Oh zegt die meneer dat is een boterham met pindakaas, maar die mevrouw wil vandaag misschien wel een boterham met kaas, dat heb je niet gevraagd. Nee zegt ze dat weet ik, maar dat kan die mevrouw ook niet benoemen door de dementie. Ik weet dat ze die boterham lekker vindt. Hij zegt hoe weet je dat dan? Ze zegt: 'nou omdat die mevrouw gaat stralen als ik haar help met de boterham, glimlacht, en die boterham in een mum van tijd op heeft'. Weet je, nou zo testen ze er één." (Respondent #8: Teamleider)

In dit voorbeeld beschrijft een teamleider uit de ouderenzorg hoe een inspecteur acteert tijdens een inspectiebezoek en door middel van de methode van 'humble inquiry' (Schein 2013) een verzorgende bevraged over zijn/haar zorgverlening. Zonder dit doorvragen had de inspecteur kunnen concluderen dat patiënten boterhammen krijgen voorgeschoteld zonder te hebben kunnen aangeven waar zij trek in hebben. Deze verzorgende laat zien naar de patiënt te kijken en vandaaruit haar voorkeuren af te leiden die zij zelf niet meer kan uitspreken. Hier lijkt dus sprake van persoonsgerichte zorg. Dit 'meedenken' met de praktijk – in plaats van het hanteren van een afvinklijst – zagen we ook in de andere casus. Bij TIP liepen zorgverleners er bijvoorbeeld tegenaan dat de schoonmaakmiddelen die zij willen gebruiken in de praktijk niet mogen worden gebruikt omdat ze niet overeenkomen met de regelgeving. Inspecteurs worstelen hiermee, ook omdat ze zien dat zorgverleners weloverwogen omgaan met het schoonmaakbeleid om de kans op het overbrengen van infectieziekten te verminderen:

"Ja, mag dit... En zeg maar een desinfectantia die moet een toelating van het CTBG hebben. Dan is het toegelaten en krijg je een N-nummer. In het verleden deden de fabrikanten niet de virusclaim. Want dat is extra onderzoek en dat is heel duur. Wij in Nederland zijn de enige die dat CTBG hebben. Wat in Duitsland gewoon zo verkocht mag worden, mag hier niet. Want er staat geen N-nummer op. En dan kom je in hele lastige situaties. Want jullie [zorgverleners in

het ziekenhuis] gebruiken het voor virussen maar daar heeft het helemaal geen claim voor. Het is niet toegelaten. Maar de fabrikant verkoopt het. Vanuit Duitsland, vanuit België. Dus het werkt, en ik heb rapporten waarin het werkt. (...) Soms gebruikten ze alcohol, nou ja dat mag dan, maar niet bij grote oppervlakten. Dus als je chloor als reservemiddel hebt, dus wanneer heb je nou een hele grote plas bloed. Hou dat dan als reserve en dan mag je dat daarvoor even gebruiken en ja. En dan zit je echt in een spagaat. Want je wil meedenken, maar het kan niet, want het dilemma is als wij zeggen gebruik nu een merk zonder N-nummer, ja is goed.” (Respondent #38, Inspecteur)

Deze inspecteur worstelt met het gebruik van schoonmaakmiddelen; het werkzame product zonder N-nummer kan de inspectie niet goedkeuren omdat het ingaat tegen Nederlandse wet- en regelgeving. Het gebruik van chloor is ook niet meer toegestaan vanuit het belang van de arbeidsomstandigheden en regels daaromtrent. Deze inspecteur erkent en begrijpt het probleem en probeert hierin mee te denken. Ook hier lijkt sprake van humble inquiry; het doorvragen en meedenken staat in deze voorbeelden op de voorgrond bij de toepassing van het toetsingskader.

Momentopname

Een veelgehoorde opmerking vanuit het veld is dat het inspectiebezoek slechts een momentopname is, en dat dit betekent dat je ‘net pech’ kunt hebben als de inspectie langskomt. Veel zorgverleners komen met de ‘oplossing’ dat de IGJ een week mee moet lopen om echt gevoel te krijgen bij hoe het binnen de organisatie eraan toe gaat, al realiseert men zich ook dat het erom gaat een balans te vinden tussen capaciteit en mogelijkheden enerzijds, en een zo goed mogelijk beeld krijgen van de organisatie anderzijds:

“Ja het is natuurlijk, het blijft hoe dan ook altijd spannend eventjes. Het is natuurlijk altijd een momentopname vaak. Dus je zal net eventjes een paar dingetjes hebben of er gebeurt net iets op een afdeling waarvan je denkt, ja dit is gewoon echt pech.” (Respondent #7: Manager Zorg)

Binnen de ouderenzorg speelt dat bijvoorbeeld rond het thema persoonsgerichte zorg. Hiervan geven zorgverleners aan dat je dit niet in een moment kunt zien. Een voorbeeld wordt gegeven van de mevrouw die slapend aan tafel zit en waarvan je zou kunnen denken dat die altijd maar ligt te slapen en dat er niks gebeurt – maar waarvan de verpleegkundige dan zegt dat “je niet kunt zien dat ik net een kwartier met die mevrouw heb lopen pim-pam-petten.” Aan de andere kant werd in de TIP-casus aangegeven dat het dragen van sieraden ‘niet – nooit niet’ mag, en dat het wellicht pech is dat een inspecteur iemand ‘snapt’, maar dat het ook gewoon niet meer mag gebeuren. Tegelijkertijd geven inspecteurs in bredere zin aan dat het in een organisatie nooit 100 procent op orde is en dat ze dit meenemen in hun oordeelsvorming. Daarnaast worden toezichtmethoden ook aangepast aan de aard van de norm: is die zwart-wit dan kan ‘vinken’ op elk willekeurig moment een passende vorm van toezicht zijn; gaat het om zoiets als persoonsgerichte zorg dat worden juist meer ‘humble’ methoden zoals SOFI ingezet.

Ruimte voor dialoog

Zorgverleners en medewerkers in de sectoren ervaren in verschillende mate dat er ruimte is voor dialoog met de inspecteur tijdens het bezoek. Die behoefte is er wel sterk – men wil uitleggen waarom aspecten op een bepaalde manier zijn geregeld, vooral als blijkt dat niet aan de norm wordt voldaan maar hier wel een volgens hen heldere reden achter zit of zelfs een bewuste keuze. Of er ruimte is tot dialoog volgt deels uit het toetsingskader; bij mogelijke interpretatie of duiding van een norm is er meer ruimte dan bij strakke zwart-wit normen. Ook ligt dit aan de inspecteur en ontvankelijkheid voor dialoog en onderbouwing.

"Omdat de inspecteur echt van de oude stempel was en... Om een voorbeeld te noemen een discussie die ik met hem had, en ik ga dan gewoon de discussie aan hoor, temperatuurcontrole koelkast, van de medicatiekoelkast. Dat gebeurde bij ons altijd in de avond. En hij deed dat 's middags en constateerde dat de temperatuur niet goed was. En de dag ervoor 's avonds was de temperatuur wel goed, dus dat was een tekortkoming. En nou daar ben ik het niet mee eens. Nee, wij controleren hem. Hij zegt jullie hebben er geen aandacht voor. Ik zeg wij controleren iedere avond en gisteravond, kijk maar op de temperatuurlijst, was het nog in orde. Heel vervelend, maar dit zouden we vanavond pas geconstateerd hebben met de temperatuurcontrole. Nou, dat was dus echt een vette tekortkoming. En dat soort andere dingen dat je niet eens een discussie... Nou, dat was gewoon niet bespreekbaar. Terwijl nu met die in 2016 die we gehad hebben dat was al echt een verbetering dat ze echt open stonden en gewoon dingen wilden zien en niet meteen van hup hup mis. En vorig jaar, ja met dat observeren dat was gewoon heel prettig om mee te maken." (Respondent #5: Kwaliteitsmedewerker)

Zorgverleners en managers willen in discussie kunnen laten zien hoe zij bezig zijn met kwaliteit van zorg, ook in gevallen dat ze op dat moment niet precies aan de norm voldoen. Het huidige toetsingskader in de ouderenzorg laat hier meer ruimte voor. Dit wordt als positief ervaren. De meer stringente aanpak bij TIP ('een horloge is uit') laat weinig ruimte voor discussie, hoewel we hier ook zien dat rondom andere thema's zoals schoonmaken de inspecteurs zich wat ruimer opstellen. Dit meedenken en meebewegen wordt gewaardeerd, en ook inspecteurs zijn hier positief over; het is onderdeel van hun professionaliteit. Hoewel, zoals we eerder al aangaven, dit hen binnen de IGJ soms weer discussie oplevert. Het is per sector ook anders. Bij de mondzorg lijkt er nog weinig ruimte voor dit soort inhoudelijke discussies. Daar staat men nog veel meer aan het begin van het komen tot een kader om het gesprek aan te gaan over (sturen op) kwaliteit. Voor de mondzorg is het de vraag hoe kan worden geleerd van de ervaringen uit andere sectoren – iets waar we in de discussie op terugkomen.

Samengevat

Het gebruik van toetsingskaders is tijdsintensief voor de inspecteur: niet alleen het inspectiebezoek zelf, maar ook het vervolgens opstellen van de rapportage. Dit speelt vooral binnen de ouderenzorg, waar de focus ligt op het observeren van de praktijk en waarbij de inspecteur informatie uit verschillende bronnen ('zien, horen, protocol, vragen stellen') haalt. Door zorgverleners wordt een inspectiebezoek ervaren als een momentopname; daarnaast geven sommige normen ruimte voor discussie maar de ruimte voor dialoog over die normen verschilt per sector. Nu we in de voorgaande drie paragrafen hebben gekeken naar de werking van het toetsingskader in de praktijk, verkennen we in het volgende hoofdstuk, tot slot, de doorwerking van toetsingskaders in andere contexten.

3.3 Doorwerking van een toetsingskader

Kernbevindingen

- Het toetsingskader krijgt betekenis op verschillende plekken en binnen verschillende gremia, zoals het gebruik door zorgkantoren en voor certificering of keurmerken. Daarmee is er ook commercialisering van het toetsingskader; consultancybureaus en adviseurs die auditen a la IGJ en het toetsingskader gebruiken als verdienmodel.
- Dit breder gebruik van het toetsingskader versterkt de dwingende werking die van de gedefinieerde normen uitgaat.
- De doorwerking van het toetsingskader radiologie in de mondzorg is vooralsnog beperkt omdat de institutionele infrastructuur hiervoor onvoldoende is georganiseerd.

We hebben kunnen zien dat de toetsingskaders een werking hebben in de praktijk. Ze brengen in meer of mindere mate het zorgveld in beweging. Naast die werking op het zorgveld en het toezichtproces, zien we echter in ons onderzoek ook dat de toetsingskaders doorwerken in andere contexten, buiten de directe relatie tussen inspectie en zorgaanbieder om.

Gebruik van toetsingskaders door externe partijen

Een belangrijke speler die een rol speelt in de betekenis van het toetsingskader is de zorgverzekeraar of het zorgkantoor, die het kwaliteitskader ook gebruikt als inkoopvoorwaarde of voor hun materiele controle.

“Nou en zo werkt het door. Terwijl je echt denkt van ja waar zijn we mee bezig, en dan zou ik wel een keer van zo'n bestuurder willen weten die dan op een gegeven moment tegen die zorgverzekeraars zegt van 'jongens we doen er niet meer aan mee'. Ik bedoel, bewijs maar dat we slechte zorg leveren, want jij kijkt alleen maar of er een handtekening ergens staat. Nou dat heeft helemaal nergens... dat bepaalt helemaal niet of je goede zorg hebt gegeven.”
(Respondent #1: Locatiemanager)

Bovenstaande quote betreft een specifiek voorbeeld over een handtekening voor een periodiek MDO-overleg. Ook hier zien we de eerdergenoemde spanning terug van de geleverde zorg in de praktijk en dat wat op papier staat. Doordat de locatie zich moet verantwoorden (en daar ook financiële consequenties van kan ondervinden) wordt dat wat op papier staat erg belangrijk, ondanks het feit dat in de praktijk de geleverde zorg voldoet aan de norm. Maar ook keurmerken en certificeringstrajecten lijken de toetsingskaders in acht te nemen bij hun toetsing.

“Dus Prezo heeft zijn systematiek al gebaseerd op het Kwaliteitskader. Dus dan weet je precies wat je behaald hebt en wat je niet behaald hebt.” (Respondent #6: Bestuurder)

Het toetsingskader wordt dus 'hard' gemaakt doordat andere actoren deze gaan toepassen zonder de blik van de inspectie die ook naar de zorgcontext kijkt waarin het toetsingskader wordt gebruikt. Dit wordt door de bestuurders en managers als onwenselijk ervaren. Dit speelt niet alleen binnen de inkoop van zorg, maar ook bij het gebruik door commerciële partijen die hun legitimiteit (en 'markt') (deels) aan het toetsingskader ontleen. Dit komt het meest duidelijk naar voren bij adviesbureaus die aanbieden om de zorgorganisatie "inspectieproof" te maken. Het toetsingskader (en breder, het toezicht op zorg) krijgt hiermee dus ook een commercieel karakter. De betreffende adviesbureaus spitten net als kwaliteitsmedewerkers de inspectierapporten door om de interpretatie van de norm helder te krijgen (wanneer is iets geel, wanneer is iets lichtgroen?). Deze verder uitgewerkte normen

worden dan op de zorgorganisatie gelegd. Hiermee wordt de ruimte die inspecteurs nemen—bijvoorbeeld via de ‘humble’ methoden die we in de vorige paragraaf hebben gezien—niet altijd meegenomen. De inspecteurs die wij hebben gesproken tijdens onze focusgroep zien hier overigens niet altijd het probleem van in:

“Er zijn een paar adviesbureaus waarvan ik zeg: als die op een instelling zitten, weet ik dat het goed komt. Ik ken die persoonlijk, dat klinkt verkeerd, maar ik weet wat voor werk ze afleveren. Dan denk ik: daar heb ik vertrouwen in, dan kan ik dat ook eerder loslaten want ik weet eigenlijk wel dat het goed komt.” (Respondent #29: Inspecteur)

Het inschakelen van een (goed) adviesbureau geeft hierbij de zekerheid dat een organisatie de boel snel weer op orde heeft. Naast deze geruststelling die de betrokkenheid van externe bureaus af en toe geeft, adviseert de IGJ soms zelfs om een adviesbureau in de hand te nemen:

“Over dat in de arm nemen van die adviesbureaus, dat doen wij op twee manieren: wij vinden het mooi dat iemand dat proactief heeft gedaan, maar wij leggen het ook dwingend op. We zeggen ook: u dient onder begeleiding van een adviesbureau tot een verbeteractie te komen of je dient dat te rapporteren over een half jaar, we zien dat als instrument.” (Respondent #29: Inspecteur)

Het uiteindelijke doel is om de kwaliteit en veiligheid in de zorg te waarborgen, en dat kan een organisatie niet altijd op zichzelf. Het dwingende advies om een externe partij in de hand te nemen wordt hierbij dus gebruikt als instrument om tot kwaliteitsverbetering te komen. Bij de discussie over de luchtkwaliteit op de operatiekamer kreeg de industrie wél de zwarte piet toegespeeld, zowel door zorgprofessionals als de IGJ. Hier had de industrie een rol gespeeld in het opschrijven van de normen voor luchtkwaliteit toen zij als expert had deelgenomen aan de WIP. Dit levert discussie op over welke rol de industrie in de toekomst moet vervullen in het formuleren van kwaliteitsnormen; hoewel de expertise van deskundigen werkzaam in de industrie gewenst is, is men zich ook zeer bewust van het commerciële belang.

Toetsingskader genereert nieuwe afhankelijkheden

Ook binnen de mondzorg en infectiepreventie is een belangrijke rol weggelegd voor de industrie omdat veel van de hygiëne en veiligheidsmaatregelen ook zitten in de juiste apparatuur en afstelling en onderhoud daarvan. Hierdoor ben je als zorgaanbieder afhankelijk van deze externe partijen in het voldoen aan de normen uit het toetsingskader. Andere medisch specialisten, en ook de medisch microbiologen waren hier kritischer over.

“Oh ja één ding maar daar kon de tandarts ook niets aan doen, dat was dat OPG-apparaat, dat is dat ding wat zo om je heen zoekt voor zo’n panorama opname, die moet gekalibreerd worden bij het jaarlijkse onderhoud, en niet ieder bedrijf die het onderhoud doet had dat op zijn netvlies staan. Ja, snap ik ook niet helemaal, maar dan komen wij dus en dan kijken wij naar het document, [die] zien er ook overal weer verschillend uit. Dan hadden wij geconstateerd dat onderdeel is niet gedaan. Had iemand dus echt, er waren echt mensen die hadden het hele KEW-dossier op orde inclusief de niveau drie deskundige, alleen dat onderdeel niet. Dus daar heb ik discussie mee gehad met JZ van hoe kan ik nou die tandarts verwijten dat die dat niet op orde heeft. Het ligt bij die ander. Toen zei ze, ja, maar het voldoet niet.” (Respondent #28: Inspecteur)

In dit voorbeeld had een tandartsenpraktijk de kwaliteit niet op orde omdat een ander (onderhouds) bedrijf niet leverde wat het had moeten leveren. De tandarts, als centrale en verantwoordelijk speler

in de eigen zorgpraktijk, wordt hierop aangesproken. Tandartsen ervaren dat zij 'aan steeds meer eisen moeten voldoen'. Het laat zien hoe tandartsen afhankelijk van anderen raken om aan kwaliteitseisen te voldoen. Dit is deels een verklaring waarom steeds meer tandartspraktijken zich vaker aansluiten bij een keten waarin dit wordt geregeld. Interessante vraag is of en hoe deze trend zich in de nabije toekomst gaat doorzetten en wat dit betekent voor (het toezicht op) de mondzorg. Enerzijds ervaren tandartsen de noodzaak om zich meer te organiseren en zich te richten op kwaliteit op een meer gestructureerde manier ingebed in de zorgorganisatie. Anderzijds is de druk vanuit de eigen beroepsverenigingen beperkt, niet in de laatste plaats doordat de betreffende beroepsverenigingen soms moeite hebben onderling overeenstemming te bereiken. De achterban zit ook niet op meer regelgeving te wachten. De institutionele infrastructuur die bij de medisch specialisten en huisartsen (en ook de verpleeghuiszorg) heeft geleid tot meer regelgeving, zowel vanuit de eigen beroepsgroep als de inspectie (ook in onderlinge samenhang) ontbreekt grotendeels. Daarbij speelt mee dat de kans geïnspecteerd te worden klein is. De dwingende noodzaak te werken aan georganiseerde kwaliteitsverbetering is daardoor nauwelijks aanwezig.

Samengevat

Naast de invloed die een toetsingskader heeft op de zorgpraktijk krijgt het ook betekenis op verschillende andere plekken en binnen verschillende gremia buiten de directe relatie tussen inspectie en zorgaanbieder, zoals zorgverzekeraars en keurmerken. Er vindt ook commercialisering van het toetsingskader plaats, bijvoorbeeld in het gebruik van het toetsingskader door externe adviesbureaus in eerder beschreven audits of verbeterprocessen. Het gebruik van het toetsingskader buiten de directe relatie tussen inspectie en zorgaanbieder versterkt de dwingende werking die van de gedefinieerde normen uitgaat.

4 Discussie

Aanbevelingen

- Schenk aandacht aan de afstemming tussen de opzet van het toetsingskader, hetgeen de IGJ met het toetsingskader beoogt en de mogelijkheden binnen de sector.
- Schenk aandacht aan hoe het toetsingskader en de veldnormen input geven aan kwaliteitsbeleid met daarbij aandacht voor eigenaarschap.
- Neem in ogenschouw hoe het toetsingskader door andere partijen dan de IGJ en zorgaanbieders wordt gebruikt en hoe dit doorwerkt binnen instellingen en de sector als geheel.
- Investeer in de relatie met de sector waarop toezicht wordt gehouden en werk daarbij in samenwerking met het veld aan de institutionele infrastructuur.

In dit hoofdstuk bespreken we de centrale bevindingen uit het onderzoek in relatie tot de literatuur en recente ontwikkelingen, en gaan we in op de implicaties van onze bevindingen. We starten het hoofdstuk met een samenvatting van onze belangrijkste bevindingen in de drie onderzochte casus. Vervolgens gaan we in op onze belangrijkste conclusies over de sectoren heen, waarbij we soms refereren naar specifieke casus.

In Tabel 3 zijn onze bevindingen in de drie casus samengevat. Er valt een aantal dingen op. Allereerst dat er een verschil is tussen de toetsingskaders wat betreft de opzet van de normen en de mate van doorontwikkeling van het toetsingskader. Daarnaast zagen we in ons onderzoek dat de urgentie die gekweekt wordt met de toetsingskaders sterk verschilt. Dit hangt nauw samen met de institutionele infrastructuur in de drie sectoren. In het geval van het toetsingskader voor infectiepreventie (TIP) was deze infrastructuur reeds aanwezig en heeft TIP hier verder aan bijgedragen. In het geval van de verpleeghuiszorg sluit het toetsingskader aan op de kwaliteitsslag die de sector aan het maken is. Bij de mondzorg is kwaliteit vooral nog een individuele aangelegenheid en ontbreekt een systematische sectorbrede aanpak van kwaliteitsverbetering. Dit verschil tussen sectoren zien we vervolgens ook terug in hoe de toetsingskaders (al dan niet) bijdragen aan het kwaliteitsbeleid binnen de sector en individuele instellingen. Daar waar in de verpleeghuiszorg interne audits worden georganiseerd en binnen de ziekenhuiszorg tijd en middelen naar de infectiepreventie gaan, lijkt in de mondzorg het toetsingskader nauwelijks bij te dragen aan het sectorale kwaliteitsbeleid.

Hieronder volgt eerst een bespreking van de zes belangrijkste conclusies naar aanleiding van het onderzoek. Vervolgens gaan we in op de aanbevelingen die uit het onderzoek voortkomen.

Tabel 3: Samenvatting van de belangrijkste bevindingen bij de drie onderzochte toetsingskaders

	Kwaliteit verpleeghuiszorg (MKI)	Radiologie mondzorg (KEW)	Infectiepreventie ziekenhuizen (TIP)
3.1 Ontwikkeling van het toetsingskader			
<i>Normen</i>	Bewust open normen om te sturen op verbetering van kwaliteit van zorg met oog voor leren en verbeteren en context van de organisatie.	Bewust gesloten normen waarbij feitelijk wordt gekeken of men voldoet of niet.	Vermelding van richtlijnen en in de praktijk strakke hantering van harde normen.
<i>Doorontwikkeling</i>	Eerste ronde met toetsingskader. Evaluatie toezichtsronde door IGJ met raadpleging veld heeft geleid tot aanbevelingen voor onderbouwing in inspectierapport.	Eerste ronde met dit toetsingskader, voor bewuste toezichtsronde op dit thema.	Derde TIP-ronde waarbij aandacht is verschoven van basale hygiëne naar specifiekere onderwerpen, en van individuele zorgverlener naar bestuurder.
3.2 Werking van het toetsingskader			
<i>Urgentie</i>	Creëert urgentie binnen verpleeghuizen, met name opgepakt door bestuurders en kwaliteitsmedewerkers.	Lijkt weinig urgentie te geven. Rapporten binnen ketens nog wel waardevol, maar individuele praktijken lijken hier niet mee bezig.	TIP heeft urgentie van infectiepreventie en antibioticaresistentie in ziekenhuizen versterkt, staat nu op de agenda van bestuurders.
<i>Institutionele infrastructuur</i>	Met komst van kwaliteitskader is er een gezamenlijke richting voor actoren. IGJ wil sector in paar jaar in beeld krijgen, daardoor voelt de sector de 'hete adem' van IGJ en is in beweging, veel aandacht voor kwaliteit binnen de sector.	IGJ heeft weinig grip op de sector, ontwikkeling van richtlijnen komt beperkt op gang (recentelijk kennisinstituut opgericht), onderlinge regulering van praktijken op vrijwillige basis (visitatie), veld nauwelijks in beweging en verdeeld.	Ontwikkeld. Veel ervaring binnen sector met ontwikkeling van richtlijnen en toetsen op normen.
<i>Betekenisgeving aan kwaliteit</i>	Toetsingskader geldt als belangrijke input voor het organiseren van interne audits binnen verpleeghuizen.	Voor praktijkketens lijkt het toetsingskader input te geven aan kwaliteitsbeleid, voor vrijgevestigde tandartsen niet.	Toetsingskader en bijbehorend toezicht hebben eraan bijgedragen dat het onderwerp op de agenda van bestuurders is gezet; er gaan tijd en middelen heen.
<i>Ervaringen met inspecties (tijd, capaciteit en ruimte voor dialoog)</i>	Tijdsintensief vanwege observatiemethode (SOFI) en onderbouwing in het schrijven van het inspectierapport. Dialoog maakt onderdeel uit van de inspectie.	Inspectiebezoeken kunnen snel aan de hand van toetsingskader op iPad, echter weinig capaciteit dus betreft klein deel van alle praktijken. Ruimte voor dialoog lijkt miniem door strakke hantering van harde normen.	Toetsingskader geeft weinig ruimte voor dialoog, wel stellen inspecteurs zich meedenkend en ondersteunend op.
3.3 Doorwerking van het toetsingskader			
<i>Gebruik door externe partijen en nieuwe afhankelijkheden</i>	Toetsingskader (of breder kwaliteitskader) wordt door keurmerken, zorgkantoren, en adviesbureaus gebruikt.	Tandartsen afhankelijk van externe bedrijven voor onderhoud (bijv. kalibratie OPG).	TIP heeft vooral rol gespeeld in voormalige Werkgroep Infectie Preventie (WIP).

Conclusie 1. Niet de openbaarmaking van toetsingskaders maar de institutionele infrastructuur bepaalt de werking van een toetsingskader

De wijze van openbaarmaking verschilde voor de drie onderzochte toetsingskaders. Toch lijkt dit geen invloed te hebben op de mate waarin beroepsgroepen en sectoren op de hoogte zijn van een toetsingskader of wat er vervolgens met een toetsingskader gebeurt. Niet de openbaarmaking van het toetsingskader op zich, maar de infrastructuur waarin dit belandt, lijkt bepalend te zijn voor de werking van de toetsingskaders. Het toetsingskader komt vaak via koepels en kwaliteitsmedewerkers tot de praktijk. De koepels zijn dan al op de hoogte van het toetsingskader omdat zij zijn geconsulteerd in de ontwikkeling ervan. De wijze waarop de betreffende zorg is georganiseerd speelt vervolgens een rol in wat er met de toetsingskaders gebeurt. Grotere organisaties zoals verpleeghuizen, ziekenhuizen en ketens van tandartsenpraktijken hebben kwaliteitsmedewerkers in dienst die de website van de IGJ nauwlettend in de gaten houden en toetsingskaders en uitspraken van de IGJ vertalen naar de werkvloer. Kleine organisaties of zelfstandig gevestigden zorgverleners doen dit niet. Ook speelt de grip van de IGJ op een sector een belangrijke rol. Wat er met een toetsingskader gebeurt, lijkt af te hangen van de mogelijke gevolgen die zorgaanbieders verwachten bij het niet naleven van de normen uit het toetsingskader. In de ouderenzorg, die een geschiedenis kent van zwarte lijsten van verpleeghuizen in de media, lijken deze mogelijke gevolgen een belangrijke reden te zijn om met het toetsingskader aan de slag te gaan. Binnen de mondzorg lijken die mogelijke gevolgen echter niet of nauwelijks bij te dragen aan het naleven van de normen. De kans dat de IGJ voor de deur staat wordt door tandartsen niet als waarschijnlijk ervaren (en is dat in feite ook niet), terwijl een bezoek van de IGJ in de ouderenzorg en ziekenhuiszorg min of meer een gegeven is. Daarbij komt tot slot dat het bezig zijn met kwaliteitsbeleid, en het daarop toetsen en leren en verbeteren in die laatste twee sectoren gangbaar is, terwijl in de mondzorg het lang niet voor alle tandartsen vanzelfsprekend is om daarmee bezig te zijn.

De institutionele infrastructuur speelt dus een belangrijke rol in of en wat een toetsingskader in de praktijk doet. Vanuit de theorie weten we dat er verschillende motivaties kunnen meespelen bij het wel of niet naleven van normen, namelijk zij die zich laten leiden door eventuele consequenties van (niet) naleven en zij die intrinsieke verplichting voelen om het goede te doen (Tyler 2006). In ons onderzoek lijkt juist die eerste een belangrijke rol te spelen. De normen in het toetsingskader worden soms gezien als iets dat van de IGJ moet, ondanks dat het veldnormen betreft, en het naleven wordt sterk gestuurd door de angst voor eventuele gevolgen van het niet naleven. Voor de IGJ betekent dit dat nagedacht moet worden over wat de doelstelling binnen en met een sector is om te bereiken. Als de IGJ de sector in beweging wil krijgen, dan is enkel een toetsingskader binnen de mondzorg niet de oplossing. Dit vraagt om een bredere en fijnmazigere institutionele infrastructuur van sturen op kwaliteit waarin ook de beroepsgroep zelf een rol moet spelen. De ziekenhuissector en de ouderenzorg bieden daarvoor goede voorbeelden.

Conclusie 2. De openbaarmaking van een toetsingskader en discussie die dit vervolgens genereert, verrijkt het toetsingskader en draagt bij aan de effectiviteit en legitimiteit van het toezicht

Een toetsingskader is, zoals de IGJ maar ook individuele inspecteurs in ons onderzoek aangeven, 'nooit af' (IGJ 2018). Het toetsingskader wordt op basis van de ervaringen van inspecteurs verder aangepast, maar ook vanuit het veld wordt input gegeven en invloed uitgeoefend op de inhoud van het toetsingskader. Dat betekent dat de geschiedenis van toetsingskaders en van de relatie tussen IGJ en beroepsgroep medebepalend is voor de werking ervan. Toetsingskaders bevatten een selectie van veldnormen en dit leverde bij de infectiepreventie van de ziekenhuiszorg eerder al kritiek op; de conclusies zouden niet overeenkomen met de actuele veiligheidssituatie in ziekenhuizen door een eenzijdige focus op procesindicatoren en een te grote focus op de details in de uitvoering (Bonten et al. 2014). Deze eerste ronde van TIP heeft effect gehad op de verdere ontwikkeling van het toetsingskader en op de relatie tussen de IGJ en de beroepsgroep (zo is de IGJ meer gaan

investeren in kennisontwikkeling), hetgeen heeft geleid tot meer overeenstemming over de toetsingskaders en de wijze waarop dit in het toezicht wordt gebruikt. In ons onderzoek zien we dat een toetsingskader enerzijds tijd nodig heeft om te landen in de praktijk en iets te doen. Dat is ook zichtbaar in de ouderenzorg, waarbij volgend op het nieuwe kwaliteitskader allerlei ontwikkelingen plaatsvinden zoals de interne audits op basis van dit kader. Een toetsingskader raakt tegelijkertijd uitgewerkt. Bij TIP is de verwachting vanuit inspecteurs en vanuit het veld dat het doel na drie rondes bereikt is en daarmee de urgentie is verdwenen. Binnen de ouderenzorg zien we vanuit het veld een behoefte om het kader een tijd zo te laten want 'we zijn er eindelijk aan gewend', terwijl vanuit IGJ telkens wordt nagedacht wat nodig is om een veld (opnieuw) in beweging te krijgen.

De IGJ dient zich steeds de vraag te stellen: doet het toetsingskader (nog) wat het moet doen? Eerder onderzoek liet al zien dat transparantie van toezichtsinformatie (in ons geval de toetsingskaders) vanuit het veld vragen oproept over het toezicht waardoor verantwoording noodzakelijk wordt (Bokhorst & Van Erp 2017). Dit ontwikkelingspatroon van transparantie via verantwoording naar responsiviteit zien we terug in de casus over infectiepreventie waarin de aandacht is verschoven van toezicht op procesnormen naar toezicht op hoe vorm en inhoud wordt gegeven aan infectiepreventie en zorgbestuurders worden aangesproken op het scherp houden van hun medewerkers en het dragen van verantwoording voor benodigde technische voorwaarden. De openbaarmaking van of transparantie over het toetsingskader, en de daaropvolgende discussie, kan dus gevolgen hebben voor datzelfde toetsingskader. Van een responsieve, lerende toezichthouder mag verwacht worden dat toetsingskaders steeds worden opgesteld op basis van een inschatting over wat de betreffende sector nodig heeft om een volgende stap te maken, ook als dat betekent dat er soms even een stap op de plaats wordt gemaakt.

Conclusie 3. Niet de normen in de toetsingskaders maar de interpretatie van deze normen door IGJ zijn van belang voor het veld

Voor zorgaanbieders zijn vooral de interpretatie van de normen door IGJ in de toetsingskaders relevant. Het gaat daarbij dus niet alleen om welke normen in het toetsingskader zijn opgenomen; het is voor zorgaanbieders vooral van belang om inzicht te krijgen in hoe normen door de IGJ worden ingevuld. Het toetsingskader zelf geeft hier geen handvatten voor. Voor deze interpretatie zijn de inspectierapporten relevant, omdat de IGJ daarin toelicht hoe op een bepaalde norm is gescoord en waarom. In ons onderzoek kwam naar voren dat kwaliteits- en beleidsmedewerkers deze inspectierapporten met markeerstift doornemen om grip te krijgen op de toepassing van het toetsingskader in de praktijk. Er is een sterke behoefte aan verduidelijking van deze interpretatie en toepassing vanuit het veld, en dan vooral vanuit kwaliteits- en beleidsmedewerkers die het toetsingskader gebruiken om invulling te geven aan kwaliteitsbeleid om zo aan de gestelde normen te voldoen. In de literatuur onderscheidt Heald (2007) verschillende vormen van transparantie, namelijk procedurele transparantie die gaat over de regels en het beleid dat een organisatie hanteert in het publieke domein (hier: het toetsingskader), en operationele transparantie die gaat over de toepassing van die regels in een specifieke casus. Juist die operationele transparantie wordt vanuit het veld sterk verlangd omdat het toetsingskader alleen hen onvoldoende handvatten geeft om helder te krijgen hoe aan bepaalde normen wordt voldaan. Hierbij speelt ook dat in het gebruik van een toetsingskader een bepaalde (gezamenlijke) ontwikkeling zit; TIP kent al drie edities waarin de normen, in afstemming met 'het veld', steeds verder zijn verfijnd en zijn meegegroeid met urgente ontwikkelingen in de zorg (namelijk de toenemende dreiging van antibiotica resistentie) en het toenemend bewustzijn in het veld dat hygiëne belangrijk is. De normen in het toetsingskader zijn hierop aangepast. Dit maakt ook dat TIP nu lijkt uitgewerkt; de normen zijn grotendeels overgenomen door het veld. Binnen de ouderenzorg is juist een beweging zichtbaar dat normen vanuit het toetsingskader verder worden ingevuld en aangescherpt; binnen de mondzorg lijkt een dergelijke beweging – met uitzondering van grotere ketens – nog niet aan de orde.

Conclusie 4. Toetsingskaders geven op verschillende wijze input aan kwaliteitsbeleid; als verantwoordingsinstrument om grip te krijgen op kwaliteit en als reflexief instrument om te leren en verbeteren

Daar waar het toetsingskader aanzet tot verandering, zien we verschillen in hoe die verandering tot stand komt en waar dat toe leidt. Dit gaat deels over eigenaarschap; in sommige organisaties wordt een toetsingskader vooral door bestuurders en kwaliteitsmedewerkers gebruikt om grip te krijgen op de afdeling en als verantwoordingsmechanisme. Binnen andere organisaties is het toetsingskader een instrument dat aan de professionals op de werkvloer wordt gegeven om de kwaliteit in kaart te brengen en vooral na te denken hoe deze verder verbeterd kan worden. In het eerste geval zagen we in ons onderzoek dat dit spanningen kan opleveren, bijvoorbeeld als een manager in de ouderenzorg aan het bestuur van de zorginstelling wil laten zien dat alles in orde is, en zo de score op kwaliteit (in dit geval een 'groene norm') belangrijker wordt dan die kwaliteit zelf. De spanning die ontstaat bij het gebruik van toetsingskaders als input voor kwaliteitsbeleid is dat de achterliggende gedachte van het leveren van kwaliteit verdwijnt in protocollen zonder dat er nog na wordt gedacht over wat die kwaliteit dan behelst. Zoals een van de tandartsen in ons onderzoek aangaf, is het belangrijk dat de zorgverlener die de kwaliteit moet leveren niet stopt met nadenken. Tegelijkertijd gaven inspecteurs in ons onderzoek ook aan dat daar waar de kwaliteit niet op orde is, het 'afvinken' van een toetsingskader een goede stap kan zijn om de basis op orde te krijgen. Het zogenoemde 'vinken' wordt dan een voorwaarde om later te kunnen 'vonken'. Bij andere ouderenorganisaties zagen we juist dat een toetsingskader en daarop gebaseerde audits werden omarmd als iets van de zorgprofessionals om hiermee op het eigen handelen te reflecteren, leren en te verbeteren. Ook hier geldt dat de kwaliteit in orde moet zijn, maar het proces van leren en verbeteren staat voorop. Dit uit zich bij deze organisaties bijvoorbeeld bij de interne audits, die niet door de afdeling kwaliteit worden gedaan maar door zorgverleners van een andere afdeling. Het kijken in de keuken bij een andere afdeling beoogt de dialoog tussen afdelingen en zorgverleners te stimuleren over wat goede kwaliteit is en hoe je dat als professionals organiseert.

In de literatuur is veel beschreven over de onbedoelde effect van systemen die performance meten (Dahler-Larsen 2013, Espeland & Sauder 2016). De aandacht wordt verlegd naar dat wat zichtbaar wordt gemaakt, iets wat volgens inspecteurs in onze studie niet erg hoeft te zijn want het schenkt wel aandacht aan benodigde kwaliteit. Tegelijkertijd wordt in het eerdere voorbeeld performance data bewust aangepast en komt deze niet overeen met de zorgpraktijk. Voor de IGJ zal dit minder gevolgen hebben – immers bij een inspectiebezoek zullen zij zelf de normen toetsen – maar voor de aandacht die aan kwaliteit van zorg wordt gegeven binnen de organisatie lijkt dit niet gewenst. Men is meer bezig om goed voor de dag te komen naar de Raad van Bestuur dan dat men bezig is om de zorg voor de patiënt te verbeteren. Toezichthouders zullen zich bewust moeten zijn van deze dynamiek en waar nodig toetsingskaders, dan wel hun stijl van toezicht, aanpassen aan de wijze waarop organisaties met normen omgaan.

Conclusie 5. Andere partijen in de zorg kunnen een openbaar toetsingskader gebruiken; het is belangrijk om oog te hebben voor wat dit met het kwaliteitsbeleid van instellingen doet

Het feit dat een toetsingskader nu openbaar is betekent ook dat anderen deze kunnen gebruiken. Respondenten geven aan dat dit ook gebeurt, onder andere door instellingen die keurmerken afgeven (zoals het PREZO keurmerk) en zorgverzekeraars binnen de verpleeghuiszorg. We hebben binnen dit onderzoek niet gekeken op welke wijze zulke partijen dit doen, maar dit kan mogelijk spanningen opleveren en invloed hebben op hoe een toetsingskader door zorgaanbieders wordt gebruikt. Zo is het in de ouderenzorg, waar de IGJ haar conclusies sterk laat afhangen van de context, de vraag of dit bij gebruik door derden ook zo gebeurt. Mocht het toetsingskader door externe partijen repressiever worden gebruikt dan staat dit mogelijk het doel van de IGJ, namelijk een focus op leren en verbeteren, in de weg. Uit de literatuur is bekend dat de 'gelaagdheid' van toezicht leidt tot een verharding van normen (van de Bovenkamp et al. 2014). Dit zou een

aandachtspunt kunnen zijn voor de IGJ bij publicatie van de toetsingskaders. Het gebruik van een toetsingskader door derden kan namelijk gevolgen hebben voor of en hoe de zorgaanbieder het toetsingskader in de praktijk gebruikt. Voor de IGJ is het interessant om te onderzoeken hoe een toetsingskader of audit proces wordt ingericht. Niet enkel de vraag of het toetsingskader wordt gebruikt zou daarbij interessant zijn, maar vooral op welke wijze dit gebruikt wordt. Binnen de ouderenzorg is het kwaliteitskader bijvoorbeeld erg gericht op het leren en verbeteren – het zou dan relevant zijn om te zien of deze en het bijbehorende toetsingskader ook als dusdanig worden ingezet binnen organisaties.

Conclusie 6. Het veld heeft behoefte aan dialoog tijdens een inspectiebezoek; de opzet van een toetsingskader kan de ruimte voor deze dialoog bevorderen

Respondenten geven in ons onderzoek aan sterk de behoefte te hebben om tijdens inspectiebezoeken de dialoog aan te kunnen gaan en te laten zien waarom bepaalde keuzes worden gemaakt of bepaalde zaken op dusdanige wijze worden georganiseerd. Binnen de ouderenzorg lijkt dit te werken doordat dialoog onderdeel uitmaakt van het toezichthouden, waarbij de inspecteur vragen stelt over hoe en waarom er op bepaalde wijze zorg wordt verleend. De opzet van het toetsingskader, met open normen en een graduele beoordeling, lijkt deze dialoog ook te bevorderen. Deze gradatie geeft ruimte voor nuance en het rekening houden met context, maar roept tegelijkertijd ook vragen op vanuit het veld naar de precieze invulling en beoordeling op de norm (zie Conclusie 4). Bij hardere normen, zoals de horloges in de ziekenhuizen (casus TIP), voldoet de zorgaanbieder wel of niet. Hier is weinig ruimte voor dialoog, mede omdat die dialoog niet verwerkt kan worden in de beoordeling op de norm – een horloge in de ziekenhuiszorg is immers onacceptabel zo stelt de norm. Het praten over waarom er dan toch een horloge wordt gedragen, lijkt niet zinnig omdat dit geen invloed zal hebben op de beoordeling op de norm. Hier lijkt ook een relatie te zijn met het doel van een toetsingskader; harde normen nodigen uit tot repressiever gebruik terwijl open normen uitnodigen tot dialoog en meer gericht lijken op leren en verbeteren. Bij het meenemen van de dialoog en daaraan gerelateerd context van de organisatie is het voor IGJ daarnaast wel belangrijk dat de onderbouwing in het inspectierapport duidelijk is. Het kan immers zijn, zo laat ook ons onderzoek zien, dat de eindbeoordeling van twee organisaties verschilt ondanks dat deze hetzelfde lijken te scoren op de normen. In een eerder onderzoek gaven zorgverleners aan dat de toetsing volgens de toetsingskaders een inconsistente indruk maakte (Van Erp 2013). Tegelijkertijd is de vraag vanuit het veld ook niet eenduidig: enerzijds vragen zorgaanbieders om standaardisatie en anderzijds verlangen zij maatwerk (ibid.). In ons onderzoek zien we dat bij de ouderenzorg gekozen is voor een waarderende benadering waarbij de context van de organisatie wordt meegenomen. Hoewel dit voor de individuele zorgaanbieder zou kunnen bijdragen aan het leren en verbeteren van kwaliteit (zo is de gedachte), zou dit voor de IGJ als organisatie echter kunnen bijdragen aan een beeld van inconsistentie. Immers, de conclusies bij twee organisaties kunnen verschillen ondanks dat de beschrijving bij de norm vergelijkbaar is. De onderbouwing van de conclusies is daarom belangrijk. Uit de eerste evaluatie van het nieuwe toetsingskader blijkt dat dit nog verbeterd kan worden; de IGJ wil dat inspecteurs meer handvatten krijgen voor het toelichten van het oordeel en hoe dit tot stand is gekomen, en er komt aandacht voor een begrijpelijke uitleg richting de ondertoezichtgestelden (IGJ 2018). De spanning tussen maatwerk en de klacht van ongelijke behandeling zien we ook in andere debatten in de gezondheidszorg en is inherent aan een situationele benadering.

Methodologische reflectie

Het huidige onderzoek geeft een verkenning van de consequenties van openbare toetsingskaders. De bewuste variëteit aan sectoren en organisaties geeft inzicht in de verschillende mechanismen die kunnen plaatsvinden. Voorzichtigheid is geboden om deze bevindingen te generaliseren, zowel binnen als tussen sectoren. Daarnaast is het binnen het onderzoek niet gelukt om binnen elke sector

respondenten te vinden die wel en niet door IGJ zijn bezocht. Vooral binnen de mondzorg bleek het een uitdaging om zorgverleners bereid te vinden voor een interview. Uiteindelijk is alleen met tandartsen gesproken die geen directe ervaringen hadden met de IGJ, en die tevens actief waren op het gebied van kwaliteitsontwikkeling, visitatie en/of intervisie. Wij verwachten dat als er iets met het toetsingskader zou gebeuren, dit vooral bij deze groep tandartsen zou gebeuren en niet bij tandartsen die niets of minder doen op deze gebieden. We verwachten daarom niet dat we belangrijke bevindingen uit deze casus missen. Tot slot komen uit de drie casestudies verschillende inzichten naar voren. Het onderzoek is echter nadrukkelijk niet opgezet als vergelijkende analyse van drie sectoren en de bevindingen moet derhalve ook niet zo geïnterpreteerd worden. Het onderzoek laat wel verschillende mechanismen zien die spelen bij de openbaarmaking van toetsingskaders en consequenties daarvan in het veld, en deze mechanismen zullen binnen sectoren in meer of mindere mate aanwezig zijn.

Aanbevelingen

Het onderzoek geeft verschillende inzichten in de werking van toetsingskaders in de gezondheidszorg. Wij doen enkele aanbevelingen waarvan wij verwachten dat deze de IGJ verder zal helpen in het beleid rondom openbaarmaking en toezicht aan de hand van toetsingskaders:

Aanbeveling 1: Schenk aandacht aan de afstemming tussen de opzet van het toetsingskader, hetgeen de IGJ met het toetsingskader beoogt en de mogelijkheden binnen de sector. Voor sommige sectoren of thema's kan een openbaar toetsingskader een veld in beweging krijgen, terwijl in andere gevallen een toetsingskader en toezichtronde weinig uithaalt voor de kwaliteit en veiligheid in de gehele sector.

Aanbeveling 2: Schenk aandacht aan hoe de veldnormen en het toetsingskader input geven aan kwaliteitsbeleid met daarbij aandacht voor eigenaarschap. Daarbij gaat het erom niet alleen oog te hebben voor de vraag of de zorgaanbieder voldoet aan de normen, maar ook of en hoe hierop gestuurd wordt. De formulering van normen in het toetsingskader kan bijdragen aan de governance van de kwaliteit van zorg. Zo laten meer open geformuleerde normen meer initiatief bij zorgaanbieders, maar dan is het wel van belang dat in het veld de infrastructuur is om hier op een adequate manier mee om te gaan.

Aanbeveling 3: Neem in ogenschouw hoe het toetsingskader door andere partijen dan de IGJ en zorgaanbieders wordt gebruikt en hoe dit doorwerkt binnen instellingen en de sector als geheel. Als het doel van de IGJ is om leren en verbeteren te stimuleren, dan kan het repressief gebruik van een toetsingskader door derden mogelijk het leren en verbeteren in de weg staan.

Aanbeveling 4: Investeer in de relatie met de sector waar op toezicht wordt gehouden. Een belangrijke factor die meespeelt of en hoe een toetsingskader in een sector werkt is de institutionele infrastructuur. Het is daarom belangrijk als IGJ om naast de specifiekere thematische toetsingskaders ook breder in te zetten op de ontwikkeling en het bewegen van de sector. Betrekken van brancheorganisaties in de ontwikkeling van toetsingskaders is hierbij belangrijk, omdat deze een belangrijk mechanisme vormen voor de doorwerking van toetsingskaders binnen de betreffende sector. Daarnaast is het opbouwen van kennis over de organisatie van de sector en de praktijk van het werk van belang, omdat dit het mogelijk maakt dat de IGJ tot een onafhankelijk oordeel komt dat ook legitiem is binnen de sector.

Tot slot

Het huidige onderzoek geeft inzicht in wat er met openbare toetsingskaders in de zorgpraktijk gebeurt, langs welke mechanismen zij hun invloed uitoefenen en welke mogelijke consequenties

hier op volgen voor zorgaanbieders, inspecteurs en de kwaliteit van zorg. Het betreft een verkennend onderzoek dat het thema van openbare toetsingskaders, in ieder geval voor de Nederlandse gezondheidszorg, als eerste in de diepte verkent. Tegelijkertijd roepen de bevindingen ook weer nieuwe vragen op. Vragen over de prevalentie van onze bevindingen (bijvoorbeeld 'hoeveel zorgaanbieders op welke manier gebruik maken van het toetsingskader als input voor kwaliteitsbeleid') die in kwantitatief onderzoek getoetst kunnen worden. En daarnaast vragen over specifieke sectoren (bijvoorbeeld 'hoe krijgen we als inspectie grip op de mondzorg?') die in verder verdiepend kwalitatief onderzoek kunnen worden beantwoord. Het huidige onderzoek kan daarom gezien worden als een belangrijke eerste opstap naar brede wetenschappelijke kennis en input voor de praktijk van de inspectie als het gaat om het publiceren en gebruiken van openbare toetsingskaders in het toezicht op de Nederlandse gezondheidszorg.

Literatuur

- Bevan, G. & Hood, C. (2006). What's measured is what matters: targets and gaming in the English public health care system. *Public Administration*, 84(3):517–38.
- Bokhorst, M. & van Erp, J. (2017). *Van transparantie naar responsiviteit. Ontwikkeling van de omgevingsgerichtheid van toezichthouders*. Utrecht: Utrechtse School voor Bestuur en Organisatie.
- Bonten, M.J.M., Alexander Friedrich, J.A.J.W. Kluytmans, C.M.J.E., Vandenbroucke-Grauls, Andreas Voss, & Margreet C. Vos. (2014). Infectiepreventie in Nederlandse ziekenhuizen. Resultaten zeggen meer dan procesindicatoren. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 158:A7395.
- van de Bovenkamp, H., de Mul, M., Quartz, J., Weggelaar-Jansen, A.M. & Bal, R. (2017). Institutional layering in health care quality policy: introducing regulated competition. *Public Administration*, 91 (1):208-223.
- Cresswell, J. (2003). *Research Design: qualitative, quantitative, and mixed method approaches* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Cucciniello, M., Porumbescu, G.A. & Grimmelikhuijsen, S. (2017). 25 Years of Transparency Research: Evidence and Future Directions. *Public Administration Review*, 77: 32-44.
- Dahler-Larsen, P. (2013). Constitutive effects of performance indicators. *Public Management Review*, 16 (7):969-986.
- van Erp, J. & Mein, A.G. (2013). *Evaluatie actieve openbaarmaking toezichtrapporten IGZ*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- van Erp, J. (2016). *Transparantie in het Toezicht* [online college]. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Espeland, W. & Sauder, M. (2016). *Engines of anxiety: academic rankings, reputation, and accountability* (1st ed). New York: Russel Sage Foundation.
- Grimmelikhuijsen, S.G. (2012). *Transparency and trust. An experimental study of online disclosure and trust in government*. Utrecht: Utrecht Universiteit.
- Heald, D. (2007). Varieties of Transparency. In: Hood, C. & Heald, D. (red.). *Transparency: The Key to Better Governance?* Oxford: Oxford University Press, p. 25-43.
- IGZ (2016a). *Lijst 150 verpleeghuisinstellingen*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- IGZ (2016b). *Infectiepreventie in ziekenhuizen kan echt nog beter*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- IGZ (2017a). *IGZ werkplan 2017*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- IGZ (2017b). *Nota taxonomie openbaarmaking* [interne communicatie]. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- IGJ (2018). *Hoe bevalt het nieuwe toezicht ouderenzorg en gehandicaptenzorg?* Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.
- Legemaate, J., Grit, K., Plomp, E., Die, M. de, Bovenkamp, H. van de, Broer, T., Bouwman, R., Bomhoff, M., Friele, R., & Bal, R. (2013). *Thematische wetsevaluatie Bestuursrechtelijk toezicht op de kwaliteit van zorg*. Den Haag; ZonMW.
- Sanden, W.J.M. van der, Kreulen, C.M. & Berkhout, W.E.R. (2016). Scholing in de tandheelkundige Radiologie. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde*. 123: 211-218.
- Schein, E.H. (2013). *Humble inquiry: the gentle art of asking instead of telling*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.
- Scholtes, E. (2012), *Transparantie, icoon van een dolende overheid*. Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers.
- Shaw, C. (2001). External assessment of health care. *British Medical Journal*. 7;322(7290):851-4. Review.

Skipr (2016a). *ActiZ blij met lijst slechte verpleeghuizen* [nieuwsbericht]. Via <http://www.skipr.nl>, 5 juli 2016.

Skipr (2016b). *Verpleeghuizen weigeren medewerking aan nieuwe zwarte lijst* [nieuwsbericht]. Via <http://www.skipr.nl>, 5 oktober 2016.

Toffolutti, V., McKee, M, & Stuckler, D. (2017). Evidence Points To 'Gaming' At Hospitals Subject To National Health Service Cleanliness Inspections. *Health Affairs*. 1;36(2):355-361.

Tyler, T. (1990). *Why people obey the law?* New Haven CT: Yale University Press.

Vries, F. de. (2016). *Leidt transparantie tot meer vertrouwen in de toezichhouder?* Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

VWS (2015). *Kamerbrief 'Het jaar van de transparantie'*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

VWS (2016). *Kamerbrief over actieve openbaarmaking stukken naleving regelgeving Gezondheidswet en Jeugdwet*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Wiener, C.L. (2004). Holding American hospitals accountable: rhetoric and reality. *Nursing Inquiry*. 11 (2):82-90.

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