

Al doende leren

Een essay over de experimentele zoektocht
naar toezicht op zorgbesturing door
de Inspectie voor de Gezondheidszorg

Dr. Annemiek Stoopendaal

Al doende leren

Een essay over de experimentele zoektocht naar toezicht op zorgbesturing door de Inspectie voor de Gezondheidszorg

Dr. Annemiek Stoopendaal

Dit essay is gebaseerd op het onderzoeksproject 'Formatief Evaluatie-onderzoek naar Systemtoezicht op kwaliteit en veiligheid in de zorg' dat op instigatie van ZonMw en de IGZ binnen de Academische Werkplaats Toezicht door het iBMG is uitgevoerd. Het onderzoek is gestart op 1 juli 2012 en na een looptijd van 48 maanden geëindigd in juli 2016.

Financiering: ZonMw dossiernummer 80-83505-98-001, projectnummer 516001001

Begeleidingscommissie:

Prof. dr. Tom van der Grinten (VZ)

Prof. dr. Roland Bal

Prof. dr. Paul Robben

Prof. dr. Cordula Wagner

Dr. Hans Kröber

Mw. Marjo Ligthart¹

Dr. Anca Ansink

Dr. Annejet Meijler

1 Ligthart, Ansink en Meijler hebben in de looptijd van het project afscheid genomen van de IGZ.

Colofon

Al doende leren
Dr. Annemiek Stoopendaal

Oplage
400

Uitgever
Marketing & Communicatie iBMG

Vormgeving
www.panart.nl

Druk Print
Van Deventer

Rotterdam, oktober 2016
www.eur.nl/bmg

“Net op tijd’, denk ik, als ik de grote witte torenflat binnen ren, waarin de inspectie voor de gezondheidszorg, afgekort de IGZ, tegenwoordig huist. Helaas, als ik de lift uitstap op de zesde verdieping, staat daar een hele rij wachtenden. Ik sluit achteraan aan en wacht ongeduldig op mijn beurt om ingeschreven en opgehaald te worden. Ik krijg een pasje aan een oranje koord. Zonder dat pasje kom ik de poortjes die de IGZ afsluiten van de rest van de wereld, niet in of uit.”

Vier jaar lang volgde ik als antropoloog de IGZ in zijn zoektocht naar mogelijkheden om toezicht te houden op de besturing van zorginstellingen. Ik mocht meekijken, en ook meepraten. Omdat ik betrokken raakte in het project, kreeg ik oog voor wat toezicht inhoudt. Ik had ook de mogelijkheid rond te kijken in de instellingen die onderwerp van toezicht waren. Antropologisch onderzoek is gebaseerd op het van dichtbij meebeleven, ervaren, zien en horen van vreemde werelden en praktijken. Als een buitenstaander meekijkt, dan ziet zij andere dingen dan de ‘natives’, vaak komen die naar voren als verwonderingen. Door deze regelmatig terug te koppelen droegen zij bij aan de zoektocht van de IGZ. In dit essay schets ik wat er geleerd is van de twee projecten die ik bij de IGZ volgde. Dat waren het project Systeem Toezicht (ST) en het project Goed bestuur (GB). Ik beschrijf hoe toezichthouden op zorgbesturing mogelijk is gemaakt door de twee projecten en beschouw welke waarde deze ontwikkeling heeft voor het toezicht op zorg.

Toezicht: waarde en last

Toezicht op zorg is waardevol, maar ook een last. Wanneer problemen in de zorg in de pers worden besproken, is de politieke reactie meestal dat het toezicht versterkt moet worden. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) krijgt dan de opdracht van de minister om strenger te zijn en nog beter en vaker te kijken naar wat er in de zorg gebeurt. Dit is een ingewikkelde opdracht om in de praktijk te brengen. De inspecteurs doen dat door te zoeken naar manieren om de kwaliteit van zorg in beeld te brengen. Omdat het veld groot en complex is, is dat nog geen sinecure. Inspecteurs kunnen niet altijd en overal toezien aanwezig zijn, daar is het veld te omvangrijk voor en de zorg te specifiek. Bovendien weten zij dat je niet altijd méér ziet door bestraffend te zijn - eerder minder, omdat bestuurders en professionals minder open zullen worden.

De realiteit is dat het toezicht niet altijd op de plek is waar ‘het’ nu juist gebeurt, het kan niet alles zien en controleren. Dat is ten eerste onmogelijk, maar ten tweede ook niet wenselijk, want zorgprofessionals hebben juist manoeuvreerruimte nodig om zorg aan te passen aan de specifieke situatie

van iedere individuele cliënt, bewoner en patiënt. Hun werk is niet in regels te vangen en zij kunnen zich niet over elke stap in het zorgproces verantwoorden omdat de uitkomst van hun handelen vaak onzeker is. Tegelijkertijd maakt de politieke realiteit die ontstaat uit onvermijdbare incidenten, die in een risicovolle sector als de zorg altijd zullen voorkomen, toezicht gulzig (vrij naar Trommel 2009). Er ontstaan meer voorschriften, meer controle, meer inspecties, terwijl alle actoren in de zorg merken dat dit niet de juiste weg is. Zij willen af van de uit de hand gelopen regels en verantwoordingsdrang, weg uit de wurggreep van de vinkenlijstjes. Die maken de zorgverleners niet alleen te druk met afleggen van verantwoording, het maakt hen ook angstig en risicomijdend in plaats van verstandig afwegend, observerend en reflecterend (Baart 2016). Daardoor wordt zorg op kleine onderdelen misschien wel beter, maar in het geheel minder veerkrachtig en minder op de specifieke situatie afgestemd, kortom minder goed. Met andere woorden: is er dus in de zorg veel kritiek op het steeds gulziger toezicht dat zich baseert op de utopie dat alles te controleren is, maar waarmee de rijke werkelijkheid van zorg gereduceerd wordt tot meetbare normen.

Zorgaanbieders betwisten de legitimiteit van het oordeel van de externe toezichthouders wanneer zij op deze manier toezien. Veel onderdelen van de zorg worden gecontroleerd, maar de samenhang, die meer is dan de som der delen, wordt daardoor uit het oog verloren. Zorgprofessionals betwisten of de indicatoren, vaak uitgedrukt in een getal of in een vinkje, wel representatief zijn voor de complexe werkelijkheid van zorg. Daarbij wordt door de publiekelijke nadruk op incidenten vaak vergeten dat er ook heel erg veel goed gaat in de zorg. Niet alleen van incidenten kunnen we leren, maar we leren juist ook van dat wat er goed gaat. In de literatuur krijgt deze nieuwe stroming om vanuit 'wat er goed gaat' te denken over veiligheid in de zorg, de naam Safety 2 (Hollnagel e.a. 2013; Bal e.a. 2015).

Het moet anders

Naar aanleiding van bovenbeschreven problematiek wordt er vanuit het veld, maar ook door de commissie Behoorlijk Bestuur onder leiding van Femke Halsema (2013), de WRR (2013) en zorg-ethicus Andries Baart (2016), gepleit voor niet **meer en strenger** toezicht, maar voor een **ander** toezicht op zorg. Dit andere toezicht zou zich meer moeten richten op leren en recht moeten doen en ruimte moeten bieden aan de complexe zorgpraktijk. Daarbij moeten we zoeken naar mogelijkheden om de toezichtlast voor zowel onder toezichtgestelden als toezichthouders te beperken.

De oplossingen die in de literatuur worden gegeven om tot ander toezicht te komen, zijn divers maar liggen wel in elkaars verlengde. Ten eerste wordt gepleit voor het laten ontstaan van een meer open bestuurscultuur,

waarin met elkaar, in dialoog, over de besturing (governance) van zorg wordt gepraat. Vanuit deze gesprekken kunnen geconstateerde weeffouten in de sector worden hersteld (Halsema 2013). In Nederland is vanaf 1996 wettelijk geregeld dat zorginstellingen zelf de kwaliteit van de zorg systematisch moeten bewaken, beheersen en verbeteren. Bestuurders en raden van Toezicht zijn in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg in hun instelling, waarbij zij zorgdragen voor passende procedures en cultuur. De IGZ treft bij inspecties op verschillende locaties van grotere zorginstellingen vaak dezelfde ernstige problemen in de kwaliteit en veiligheid van de zorg aan. Opschaling naar de raad van bestuur is dan wenselijk. Ook is een aantal van de landelijk bekende incidenten na uitgebreide analyse door onderzoekscommissies en de Raad voor de Veiligheid geduid als probleem in de governance (Behr e.a. 2014). Dit maakt dat zorgbesturing als mogelijk object van toezicht meer in beeld is gekomen. Het wordt steeds duidelijker dat het nodig is vanuit het toezicht de verantwoordelijkheid van bestuurders voor kwaliteit en veiligheid te benadrukken en in het toezicht te betrekken. Daarvoor moeten zij niet alleen regelgeleid, maar juist procesgericht en adaptief kunnen werken in hun eigen situatie (Gilad 2011).

Ten tweede is meer aandacht voor de betekenis van complexiteit van de zorgpraktijk nodig in het oordeel van de toezichthouder. Een oordeel waarin zorgprofessionals en degenen die de zorg organiseren zich kunnen herkennen en waarin erkend wordt dat zorg bestaat uit het afwegen van verschillende, vaak tegenstrijdige waarden (Oldenhof e.a. 2014).

Ten derde zouden we juist moeten uitgaan van de onmogelijkheid van volledige controle, beheersing en overzicht. Door het toelaten van ervaringskennis naast objectieve kennis, en het werken met redelijkheid en bruikbaarheid in plaats van rationaliteit en optimaliteit, zou toezicht meervoudiger, betekenisvoller, verfijnder en lichter kunnen zijn (Noordegraaf en De Wit 2012).

Ten vierde moet toezicht zich ook bekommeren om de verwachte en onverwachte effecten van datzelfde toezicht. Toezicht beïnvloedt het veld en zou daarom juist op de eigen rol moeten reflecteren. De toezichthouder wordt dan meer bescheiden, eerder meezoekend dan alwetend (Dahler-Larsen 2012).

Kortom: het toezicht op zorg moet veranderen van een gefragmenteerd beeld bestaande uit verschillende meetpunten (ook wel getypeerd als 'kijken door meerdere rietjes'), naar een meer geïntegreerd en daardoor meer valide en stimulerend oordeel over de kwaliteit en veiligheid van de zorg

(te typeren als 'het waarde(n)volle oordeel). Een oordeel dat uitgaat van de eindverantwoordelijkheid van zorgbestuurders, dat ruimte biedt om te leren en dat contextueel is ingebed. In deze nieuwe manier van toezicht wordt kwaliteit en veiligheid niet alleen als een te meten entiteit, maar ook als een sociaal proces gezien.

Zoeken naar mogelijkheden tot verandering

De IGZ trekt zich de kritiek uit het veld aan en zoekt naar een concrete invulling van andere mogelijkheden voor toezicht. Dit heeft ertoe geleid dat de IGZ zorgbesturing als object van toezicht is gaan exploreren. De IGZ stelt zich nu de vraag of de risico's op slechte zorg beter en meer pro-actief in beeld gebracht zou kunnen worden indien toezicht zich richt op de besturing van zorgorganisaties. En of dat minder toezichtlast zal opleveren voor zowel toezichthouder als voor de zorgorganisaties. Immers, waar de interne systemen en governance goed geregeld zijn en bestuurders zelf zicht houden op kwaliteit en veiligheid, zou het externe toezicht op zorg een minder gedetailleerde en een meer geïntegreerde vorm kunnen krijgen.

De IGZ geeft invulling aan de kritiek uit het veld die wel een richting aangeeft waarin gezocht moet worden, maar nog niet duidelijk maakt welke vorm het toezicht dan precies moet krijgen. Door een pragmatische aanpak waarbij kennis zich al doende ontwikkelt in de praktijk, is op een experimentele manier, zonder dat de uitkomst van tevoren vaststond, gezocht naar een vorm van toezicht die zich niet alleen richt op de resultaten, maar ook op de organisatie van zorg. De IGZ zette hiertoe twee achtereenvolgende projecten op: het project systeemtoezicht (ST) en het project toezicht op goed bestuur (GB).

What's new?

Om te kunnen duiden wat er nieuw is in de projecten ST en GB, is het eerst goed om te weten hoe de IGZ gewoonlijk inspecteert. Het toezicht door de IGZ is vastgelegd in een vijftiengestig wetten, waarvan voor het toezicht op zorgbesturing de Kwaliteitswet Zorginstellingen (in 2016 samen met de Wet klachtrecht cliënten zorgsector omgevormd tot de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, de Wkkgz) de belangrijkste is. Het onderliggende idee van deze verzamelwet is dat zorgaanbieders niet alleen zelf verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit en veiligheid van de door hen geleverde zorg, maar ook dat zij door te leren van klachten en incidenten betere zorg leveren. In artikel 7 van de wet staat dat de zorgaanbieder zorg draagt voor bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg. Dat moet gedaan worden door het op systematische wijze verzamelen en registreren van

gegevens over de kwaliteit van de zorg, het vervolgens toetsen of de uitvoering leidt tot goede zorg en het zo nodig veranderen van de wijze waarop zorg wordt gegeven.

Naast wetgeving zijn er normen die meestal door experts uit het veld zijn opgesteld. Deze normen zijn gericht op delen van de zorg en vaak uitgewerkt in indicatoren: meetbare elementen van de zorgverlening die functioneren als een mogelijke aanwijzing voor de kwaliteit van zorg.

De IGZ verzamelt naast indicatoren zoveel mogelijk informatie over de zorgaanbieders en beoordeelt of de zorg die zij leveren voldoet aan de wetten en richtlijnen. De IGZ hanteert **risicotoezicht**, waarbij de periodiek verzamelde informatie (zoals data van meldingen en bezoeken, gegevens uit jaardocumenten, sociale media en aan te leveren indicatoren) wordt geanalyseerd om mogelijke risico's op onveilige of onverantwoorde zorg te ontdekken. De risico's die naar voren komen, worden door middel van een inspectiebezoek geverifieerd. Daarnaast gebruikt de IGZ **incidententoezicht**. Dat is gebaseerd op de meldingen door de zorgaanbieders van incidenten en calamiteiten, maar ook van meldingen die burgers kunnen doen. Bij een melding onderzoekt de zorgaanbieder zelf de oorzaak en stelt verbetermaatregelen in. De IGZ beoordeelt het onderzoeksrapport en doet zo nodig zelf aanvullend onderzoek.

Als er structurele problemen naar voren komen (soms ook doordat er juist niet gemeld wordt door organisaties) of als vanuit het risicotoezicht naar voren komt dat de zorg niet voldoet, wordt er een passende interventie gekozen: extra toezicht of een (bestuursrechtelijke) maatregel. Bevindingen en de handhaving daarop worden door de IGZ openbaar gemaakt. Wanneer er strafbare feiten worden vermoed, kan worden overgegaan tot opsporing en eventueel aangifte bij het OM.

Toezicht op zorgbesturing: twee projecten

Beide projecten waren gericht op de besturing van de zorgorganisaties, maar hun focus verschilde. De focus van het toezicht in het eerste project – systeemtoezicht, hierna: ST – lag op het inspecteren van de opzet en werking van het kwaliteit- en veiligheidssysteem in de zorgorganisaties. Het tweede project – goed bestuur, ofwel: GB – richtte zich op het formuleren van een omvattend en generiek, binnen alle zorgsectoren te gebruiken, toezichtkader voor de besturing van zorgorganisaties.

1. **Systeemtoezicht**

De veronderstelling is dat wanneer zorginstellingen hun verantwoordelijkheid nemen, het publieke toezicht beperkt kan worden tot toezicht op (de werking van) het 'systeem', om kwaliteit en veiligheid te borgen en risico's te beheersen. Deze manier van inspecteren wordt systeemtoezicht genoemd.

In een experimenteel project heeft de IGZ methoden en voorwaarden ontwikkeld voor ST: toezicht op opzet, reikwijdte en werking van (kwaliteit) systemen en bedrijfsprocessen in zorgorganisaties. In het project ST is een instrument ontwikkeld dat door middel van proefinspecties aan de praktijk is getoetst. Het project is uitgevoerd in 2012-2013 in drie deelsectoren van de gezondheidszorg, te weten de geestelijke gezondheidszorg, ziekenhuizen en langdurige zorg. Het inspectiebezoek, dat een dag duurde, startte met de presentatie van het kwaliteit- en veiligheidssysteem van de organisatie, vervolgens werden gesprekken gevoerd met sleutelfiguren uit verschillende 'lagen', werd dossieronderzoek gedaan en een bezoek gebracht aan enkele risicovolle afdelingen. Door de focus op de opzet en werking van de eigen instellingssystemen voor kwaliteit en veiligheid werd duidelijk waar onwenselijke 'ontkoppelingen' tussen beleid en uitvoering voorkwamen.

De conclusie van het project was dat ST de IGZ kansen geeft om haar toezicht effectiever aan te laten sluiten bij ontwikkelingen van het veld. De wetgeving bood voldoende ruimte om ST toe te passen. De ontwikkelde methode en instrumentering bleken geschikt om in korte tijd relevante informatie te verzamelen over de opzet en werking van de (risico) managementsystemen. ST geeft de IGZ de mogelijkheid om alle informatie over een zorgorganisatie te verbinden en dat maakt een integraal oordeel over die zorginstelling mogelijk. Vernieuwend was de audit-achtige vorm waarbij een team van deskundigen de organisatie inspecteerde. Vooral de open manier van inspecteren waarin aan de bestuurders werd gevraagd hun eigen kwaliteit- en veiligheidssysteem te presenteren, was nieuw. De meerwaarde hiervan is dat de bestuurder wordt aangesproken op haar/zijn verantwoordelijkheid voor goede zorg en dat er ook oog is voor wat goed gaat. Dat maakt 'inspectie-maatwerk' mogelijk. Het project ST stimuleerde de IGZ zelf te reflecteren op haar eigen manier van werken. Tijdens de laatste bijeenkomst met de deelnemers aan het ST project, formuleerde de projectleider ST dat zo:

"We zijn heel druk bezig geweest om te kijken naar wat we zelf als IGZ moeten organiseren om het goed te regelen. Ondertussen merken we dat wijzelf door de hele pilot, en doordat we dat hebben uitgedragen binnen diverse sectoren, al op een andere manier zijn gaan denken en zijn gaan toezien in het bestaande toezicht, het incidententoezicht en het risicotoezicht. We praten veel meer over compliance, we praten veel meer over governance, we praten veel meer over andere grote begrippen. We gaan meer naar meta-toezicht en niet alleen maar op de uitkomsten zitten. We kijken meer naar hoe de instelling het zelf geregeld heeft: kunnen we daar wat aan overlaten, kunnen we wat meer op afstand toezien? Dat heet nog geen systeemtoezicht, maar we merken wel dat het een soort trend binnen de IGZ is, die dit heel erg gaat stimuleren." Bron: observatie maart 2014

Maar niet alleen de IGZ leert van de projecten. Door systemen van kwaliteit en veiligheid als object van toezicht te kiezen in de inspectie, worden organisaties daadwerkelijk aangezet deze te verbeteren. Het bespreken van de keuzes die gemaakt zijn, het gezamenlijk zoeken naar verbeterpunten en het vergelijken van organisaties uit verschillende sectoren leverde in deelnemende organisaties een leerprikkel op. In casestudies die na afloop van het project ST in de betrokken zorgorganisaties zijn gedaan, bleek dat alle organisaties gewerkt hadden aan het verbeteren van de opzet en werking van hun kwaliteitssystemen. Het project is ervaren als een 'vliegwiel'. Volgens een beleidsmedewerker uit een van de GGZ organisaties:

"Er is een beweging op gang gekomen, en daar heeft deze pilot absoluut een bijdrage aan geleverd. Maar we zijn parallel daaraan ook met ons hele veiligheidsbeleid aan de slag gegaan, en in dat kader hebben we drie of vier andere GGZ-instellingen bezocht, met de vraag: hoe doen jullie dat nou? En dan maak je beweging en dan gaat er van alles gebeuren." Bron: interview 16 april 2014

De deelnemende organisaties waren ten tijde van het project bij de IGZ bekend als goedlopende en graag lerende organisaties. Er is niet onderzocht hoe minder goed functionerende organisaties zouden reageren op ST.

2. Toezicht op goed bestuur

Juist de minder goed presterende organisaties zijn echter belangrijk vanuit het oogpunt van het risico op onverantwoorde en onveilige zorg: dat is de basis van risicotoezicht. Om die reden heeft de IGZ het project in 2015-2016 voortgezet in het project Toezicht op Goed Bestuur (GB) dat zich juist richtte op minder goed presterende zorgorganisaties.

Ook dit project had als uitgangspunt dat bestuurders en raden van toezicht zelf verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van zorg in hun instelling. Omdat in de besturing van zorg financiële afwegingen worden gemaakt, en zorg vanuit publieke middelen betaald wordt, heeft in het project GB de IGZ samengewerkt met de Nederlands Zorgautoriteit (NZa). De projectgroep kreeg de opdracht een nieuw toezichtkader te ontwikkelen passend bij het beleidskader Goed Bestuur van het ministerie van VWS. De uitdaging was de samenhang van IGZ en NZa een plaats te geven en te zoeken naar een modus waar alle partijen zich in konden vinden. Omdat andere inspecties (Inspectie voor het Onderwijs, De Nederlandse Bank, Autoriteit Financiële Markten) ook zoeken naar mogelijkheden toe te zien op besturing van organisaties, is kennis en ervaring tussen deze sectoren uitgewisseld.

De opdracht vanuit het management van de IGZ aan de projectgroep was het toezicht op GB zo vorm te geven, dat het paste in het risicotoezicht. De IGZ neemt onder andere slechte scores op indicatoren en incidenten als aanleiding voor vervolgonderzoek dat gericht is op de besturing van de zorgorganisatie. Zij bespreekt bij onvoldoende resultaat dan met bestuurders, en zo nodig met interne toezichthouders, het kwaliteit- en veiligheidssysteem van de organisatie en onderzoekt de formele en informele cultuur: de drie-eenheid **resultaten-systemen-cultuur**. Het kader Toezicht op Goed Bestuur werd, in een moderne digitale vormgeving, in juli 2016 gepubliceerd.²

Door het instellen van een gebruikersgroep met inspecteurs uit verschillende afdelingen van de IGZ, is het zich ontwikkelende toezichtkader getoetst op bruikbaarheid en is, op grond van een deelonderzoek naar de uitvoering en effecten, een generiek instrument, het 'bestuursgesprek' ontwikkeld. Hiermee kunnen de verschillende afdelingen van de IGZ op een eenduidige manier richting bestuurders acteren. Ook werd een scholing georganiseerd

2 http://www.igz.nl/Images/Toezicht%20op%20goed%20bestuur%20IGZ-NZa%202016%20def_tcm294-376751.pdf
https://www.nza.nl/1048076/1048181/Toezicht_op_goed_bestuur_IGZ_NZa_2016.pdf

voor inspecteurs, om feeling te krijgen met het concept organisatiecultuur. Toezicht op GB vraagt een meer flexibele manier van inspecteren, ook voor inspecteurs is dat een nieuwe uitdaging.

Het kwaliteit- en veiligheidssysteem, de resultaten van zorg die gemeten worden met indicatoren, de algemene informatie uit documentanalyse, en de formele en informele cultuur van de zorgorganisatie maken nu onderdeel uit van het toezicht op GB. Door samenwerking met de NZa wordt ook de financiële kant van zorgbesturing en de risico's die daaruit voort kunnen komen voor kwaliteit en veiligheid belicht.

We kunnen concluderen dat de twee projecten een aanzet hebben gegeven voor de IGZ om toezicht te kunnen houden op zorgbesturing. Er is een kader opgesteld, er zijn instrumenten ontwikkeld om zicht te krijgen op de kwaliteit en veiligheidssystemen, en er zijn afspraken gemaakt over het gebruik van het bestuursgesprek binnen de IGZ. Het resultaat is dat de bestuurder een veel belangrijkere gesprekspartner van de IGZ is geworden aan wie vaker verantwoording wordt gevraagd. Ook de rol van de raden van toezicht is meer in beeld bij IGZ; zij worden actief aangesproken. De meer open manier van inspecteren die is voortgekomen uit het project ST, wordt nu IGZ-breed meer toegepast als onderdeel van de gereedschapskist van de inspectie. Ook zijn door de hernieuwde aandacht voor scholing straks meer inspecteurs in staat om het gesprek over de besturing van de organisatie te kunnen voeren.

Zoals de projectleider GB zei: "Het lijken allemaal kleine dingen, maar het toezicht is de afgelopen 4 jaar enorm veranderd en beide onderzoeken hebben hier een behoorlijke steen aan bijgedragen."

Laveren tussen spanningen

Maar het was niet allemaal rozengeur en maneschijn. De projecten leverden ook kritiek en interne spanningen op waar de IGZ zich toe moest verhouden. De kritiek op ST zat vooral in de naamgeving en in de technocratische opzet. Het begrip systeem kreeg juist in deze tijd een negatieve lading omdat systeemwereld tegenover de leefwereld van zorg werd geplaatst (Oldenhof en Bal 2016). Geven managementsystemen wel een representatief beeld van zorg? Zou het niet zo kunnen zijn dat organisaties prachtige systemen hebben maar belabberde zorg leveren? De focus op management en op risico werd geïnterpreteerd als het toevoegen van nog meer toezicht. Het gebruik van woorden als compliance-management en risicomanagementsystemen stuitte veel mensen, die vooral willen dat zorg menselijker wordt, tegen de borst. Hierdoor raakte het project betwist en

geïsoleerd. Binnen de IGZ haakte het project niet genoeg aan de bestaande manier van toezichthouden, het was onduidelijk of ST nu past in het risico- of het incidententoezicht. Dat informatie uit beide manieren van toezichthouden werd gebruikt, was lastig in deze tijdsperiode waarin de twee manieren juist uit elkaar werden gehaald. Betwist werd of systemen een representatie zijn van de complexe werkelijkheid van zorg en er werd getwijfeld aan de competenties van de inspecteurs om de validiteit van de informatie hierover te beoordelen. De onderliggende aanname dat ST minder toezichtlast zou opleveren werd bevestigd noch ontkend. Dat de focus op de zelfregulatie van zorgorganisaties tot een sterker besef van de eigen verantwoordelijkheid van bestuurders voor kwaliteit van zorg leidt, leek een belangrijke bevinding, maar deze bevinding was nog niet hard genoeg.

Waar ST te los van de IGZ-praktijk functioneerde, werd GB ingepast in de bestaande werk- en denkwijzen van de IGZ. Het project richtte zich op samenhang en betrok vele partijen binnen en buiten de IGZ waardoor het gedachtengoed verspreid werd, maar waarin tot een compromis moesten worden gekomen (tussen IGZ, NZa en VWS) wat leidde tot een minder vernieuwend consensusproduct. GB werd verankerd in het risicotoezicht. Daardoor bleef de focus in het bestuursgesprek gericht op 'dat wat niet goed gaat' en sloot het niet aan bij de nieuwe denkwijze van Safety 2. Het idee van het bestuursgesprek, dat het veld omarmde, omdat het meer mogelijkheid biedt voor uitleg en nuance, kreeg een strenge en bestraffende invulling. Natuurlijk kwam als reactie uit het veld ook de vraag naar voren of alle inspecteurs wel competent genoeg zijn om over zorgbesturing te oordelen.

In het project GB moest steeds weer de neiging worden bevochten om te eendimensionaal te kijken naar het complexe geheel van zorgbesturing. Zorgbesturing is meer dan alleen checken of men aan de governance-code voldoet. Ook was de neiging sterk tot instrumenteren, om tot een gelijkgesteld oordeel te kunnen komen. Terecht is objectiviteit natuurlijk een doel voor een inspectie, maar het leidt vaak tot de alom verguisde vinkenlijsten. Toezicht op GB vraagt een meer flexibele manier van inspecteren in een grijs, in plaats van zwart /wit gebied. Het vraagt om erkenning dat objectieve oordelen niet mogelijk zijn—en de ontkenning daarvan leidt tot (schijn)standaarden zoals vinkenlijstjes.

Het project ST paste door de open vraagstelling beter in het gedachtengoed van Safety 2, waarbij vooral geleerd wordt van wat goed gaat. Het was echter voor de IGZ een paradigmatische stap te ver om ST als uitgangspunt voor inspectie te nemen. Waar het project ST vernieuwend was door de open opzet van de inspectie, is de uitkomst van het project GB conventioneel

doordat het bestuursgesprek voortkomt uit gesignaleerd risico. Het idee om de verslagen van de bestuursgesprekken openbaar te maken past weliswaar bij een transparante inspectie, maar kan ook een angstcultuur in het veld in de hand werken. Dan kan transparantie leiden tot minder openheid en ontkoppeling tussen kwaliteitssystemen en daadwerkelijke zorgverlening.

De sterke koppeling tussen GB en risicotoezicht maakte het project minder vernieuwend. Het ontwikkelde toezichtkader laat echter zeker ruimte voor een invulling die meer op Safety 2 gebaseerd is, wanneer gesprekken over de besturing niet alleen maar gevoerd worden wanneer er 'iets aan de hand is'.

Wordt toezicht door de focus op zorgbesturing waarde(n) voller?

Wanneer vinden we toezicht eigenlijk waardevol? Als het niet te gulzig is, als het een zorgorganisaties niet beperkt, maar juist tot leren en verbeteren aanzet, maar dat het tegelijkertijd ook waarborgt dat de kwaliteit van zorg aan de gestelde normen voldoet en het publieke belang behartigt (Schakel 2016). Als het slecht presterende organisaties aanpakt maar tegelijkertijd flexibel is, gesitueerd en adaptief (Black & Baldwin 2012). En als het de verzamelde informatie bijeenbrengt en integreert in een valide beeld van de zorg dat meer is dan de som der delen.

Een lastige en complexe opdracht. Daarom is reductie van complexiteit een eerste stap die toezichthouders, maar ook het veld zelf, maken. Dat gebeurt door het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren op grond van normen en standaarden voor onderdelen van de zorg waar dit mogelijk is. Hiermee wordt eerst de zorgverlening op onderdelen eenduidig gemaakt en vervolgens dienen de indicatoren om te zien of er volgens de standaarden wordt gewerkt. Zo wordt, dat is de aanname, een beeld van de basiskwaliteit gevormd en kunnen slechte prestaties, op grond van het niet volgen van de standaard, worden blootgelegd. Maar omdat er steeds meer onderdelen zijn waar we een norm voor kunnen stellen, komen er steeds meer normen en richtlijnen en worden juist die, in hun veelheid, het probleem. Door steeds maar meer delen van zorg te meten wordt het geheel uit het oog verloren, en ontstaat er een behoefte aan overzicht, zich uitend in woorden als integraliteit en holisme. Toezicht op al die kleine onderdeeljes waaruit zorgverlening bestaat, geeft zeker een beeld van de kwaliteit van zorg, maar het is een gefragmenteerd beeld. Daar komt dan nog bij dat de betrouwbaarheid van die indicatoren vaak te wensen overlaat: indicatoren geven dus ten dele een schijnzekerheid (Beaussier e.a. 2016; Griffiths e.a. 2016). Om te komen tot een beeld dat meer is dan de som der delen, dat de context in acht neemt, is het een goed idee toezicht te houden

op zorgbesturing. Door zorgbesturing als focus van toezicht te nemen wordt, zo zagen we in beide projecten, de informatie die de IGZ verzamelt, bijeengebracht en geïntegreerd. Door **de resultaten, de systemen en de organisatiecultuur** in het onderzoek te betrekken, kan de IGZ komen tot een 'dikkere beschrijving' (Geertz 1994), waar de zorgorganisatie zich beter in kan herkennen.

Daarbij laten zowel ST als GB de verantwoordelijkheid daar waar hij moet zijn. Vaak is in vergaderingen in de instellingen te horen dat iets moet van 'de inspectie'. Door het benadrukken van de eindverantwoordelijkheid van de raden van bestuur voor de kwaliteit van de geleverde zorg, wordt deze niet 'omhoog geschoven', maar zelf genomen (Van de Bovenkamp e.a. 2016). Zorgbestuurders daarop aanspreken betekent dat zij deze verantwoordelijkheid ook steeds meer gaan invullen en dat zij, wanneer zij dat niet doen, daarover verantwoording afleggen. Besturen kunnen hierdoor aan kracht winnen om samen met hun professionals en interne toezichthoudende organen verantwoorde keuzes te maken aangaande de verschillende vaak tegenstrijdige waarden die de kwaliteit van zorg bepalen (Oldenhof e.a. 2014). Dat eigen proces en die geëxpliciteerde keuzes is dan het uitgangspunt van toezicht. Zorgbesturen hebben veel kennis over hun eigen organisatie en verzamelen zelf veel informatie om zicht te houden op de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Daarbij zijn zij ook op zoek naar manieren om alle informatie bijeen te brengen in overzichten en dashboards. Wanneer de IGZ hierop aansluit, door te onderzoeken hoe gestuurd wordt op kwaliteit en veiligheid, door bij grote organisaties niet alleen met bestuurders en interne toezichthouders te spreken, maar ook met de ondernemings- en de cliëntenraad om de invloed van alle partijen te bevestigen, zou het toezicht minder last kunnen veroorzaken en juist ondersteunend zijn om nog verder te kunnen verbeteren.

Toezicht is, zo leerde ik, sterk vergelijkbaar met het doen van wetenschappelijk onderzoek. Een specifiek object – een organisatie of een specifiek veld of een risicovol thema – wordt onderzocht door middel van alle mogelijke passende onderzoeksmethoden. Net als in wetenschappelijk onderzoek wordt validiteit bereikt door het vergelijken van de resultaten uit die diverse methoden. Wanneer de toezichthouder niet alleen meet en vinkt, maar ziet, ruikt en meebeleeft en bovendien meerdere gesprekken voert met een diversiteit aan betrokkenen, zou een rijker en meer valide en legitiem oordeel over de zorg gegeven kunnen worden (Baart 2016). Dit combineren van meerdere methoden en verschillende databronnen om tot een valide oordeel te komen, wordt ook wel triangulatie genoemd. Het analyseren en interpreteren van gegevens is vaak een gezamenlijke aangelegenheid. In onderzoek is een oordeel meer valide wanneer membercheck is toegepast;

een gesprek waarin de bevindingen worden voorgelegd aan en besproken met betrokkenen, maakt het oordeel robuuster. Hierdoor kan een uitspraak of een oordeel worden onderbouwd en gezocht worden naar een advies, of bij de IGZ naar een passende interventie. Net als in onderzoek is het in toezicht nodig om zowel **zooming in** (het detail) als **zooming out** (de context) te gebruiken en met elkaar te verbinden om tot een beter begrip van het te onderzoeken object in zijn specifieke context te kunnen komen (Nicolini 2009). Duidelijk is dat hoe meer de inspecteur of onderzoeker weet van een specifiek terrein, des te meer hij ook daadwerkelijk ziet. In de literatuur wordt dit **skilled vision** genoemd (Grasseni 2010). Daarmee bedoelen we een getrainde blik die gevormd wordt vanuit doorleefde ervaringen door het ingebed zijn in de specifieke praktijk van toezicht. Skilled vision is gebaseerd op de mogelijkheden van het menselijk oog dat op ingenieuze wijze verbonden is met het brein waar ook informatie vanuit andere sensorische systemen binnen komt. Door deze informatie met elkaar te verbinden en te interpreteren, kan een eindeloze variatie aan oordelen en passende handelingen/handhavingen naar voren komen. Daarmee wordt toezicht flexibel, gesitueerd en adaptief. Baldwin & Black (2008) noemen dat **Really Responsive Regulation** en Scrivens (2005) beschrijft dat als **intelligent auditing**.

Van controleren naar stimuleren

In de twee hier beschreven projecten is door samenwerking tussen veld, ministerie, wetenschap en inspectie een samenhangend concept van zorgbesturing ontwikkeld, bestaande uit **resultaten-systemen-cultuur**. Er zijn stappen gezet om zicht te krijgen op systemen en culturen en zijn mogelijkheden gevonden deze in een meer open en geïntegreerde vorm te kunnen inspecteren. De bestuurder is een belangrijke gesprekspartner van de IGZ geworden. De rol van de raad van toezicht is beter in beeld en deze wordt ook vaker actief aangesproken. Het verantwoord door de bestuurder wordt nu IGZ-breed meegenomen in het uitoefenen van de inspectietaken. Het is de bedoeling dat meer inspecteurs straks in staat zullen zijn om een gesprek over de besturing van de organisatie te voeren. Al doende lerend hebben beide projecten en de wisselwerking met het veld, incrementeel, in kleine stappen, al veel teweeg gebracht en is het toezicht op zorgbesturing mogelijk gemaakt.

Echter, wanneer van de toezichthouders verwacht wordt dat zij bestuurders zo disciplineren dat aan alle regels wordt voldaan, is dat voor beide partijen een onmogelijke opdracht. Er zijn erg veel regels, en zij zijn soms inherent tegenstrijdig. Het uitoefenen van al die regels zou eerder slechtere zorg opleveren dan betere zorg. Zorgbesturing is meer dan

alleen maar zorg dragen voor regelnaleving, het zou moeten gaan over organisatieontwikkeling, innovatie, veerkracht en creatieve destructie om tot goede, menselijke en passende zorg te komen. Wanneer de toezichthouder zich sterk richt op een controle van het naleven van regels zal het veld zich daarnaar vormen. Het veld houdt zich dan strikt aan de regels of doet-alsof het zich aan de regels houdt. Het doel van de IGZ is breder dan alleen regelnaleving, het doel is goede, veilige en menselijke zorg te bewerkstelligen voor alle Nederlanders. Dat lukt beter in veerkrachtige en innovatieve zorgorganisaties die door een gepast stimulerende en controlerende toezichthouder gezien worden in al hun nuance. Daarbij past een lichter type bestuursgesprek dat wederzijds informierend en proactief gericht is. Door te experimenteren binnen de mogelijkheden heeft de IGZ een nieuwe richting aan het toezicht gegeven. Onderzoek is hierbij ondersteunend geweest door mee te zoeken naar nieuwe wegen. Ook het veld, betrokken bij de experimenten, liet zich niet ontmoedigen door de poortjes van de IGZ. Ik lever mijn pasje aan het oranje koord weer in.

References

- Baart, A. (2016) *Over de nieuwe regels, gehoorzaamheid en verstandigheid. Reflecties bij het kwaliteitskader ouderenzorg in ontwikkeling*. Utrecht: Stichting Presentie
- Bal, R.A., Stoopendaal, A.M.V. & Bovenkamp, H.M. van de (2015). Veerkracht en Veiligheid: hoe kan regulering van de zorg daaraan bijdragen? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 159 (A9614). doi: <https://www.ntvg.nl/artikelen/veerkracht-en-veiligheid>
- Baldwin, R. & Black, J. (2008) Really responsive regulation. *Modern Law Review*, 71 (1). pp. 59-94. ISSN 0026-7961. doi: 10.1111/j.1468-2230.2008.00681.x
- Behr, L. 2014 Grit, K., Bal R. & Robben P. (2015) Framing and reframing critical incidents in hospitals, *Health, Risk & Society*, doi:10.1080/13698575.2015.1006587
- Beaussier, A., Demeritt, D., Griffiths, A. & Rothstein, H. (2016) Accounting for failure: risk-based regulation and the problems of ensuring healthcare quality in the NHS. *Health, Risk & Society*. doi: 10.1080/13698575.2016.1192585.
- Bovenkamp, H.M. van de, Stoopendaal, A.M.V. & Bal, R.A. (2016). Working with layers: the governance and regulation of health care quality in an institutionally layered system. *Public Policy and Administration*. doi: 10.1177/0952076716652934
- Hollnagel, E., Braithwaite, J. & Wears, R. L. (Eds.). (2013). *Resilient health care*. Ashgate Publishing, Ltd.
- Dahler-Larsen, P. (2012). *The evaluation society*. Stanford University Press.
- Geertz, C. (1994). Thick description: Toward an interpretive theory of culture. *Readings in the philosophy of social science*, 213-231.
- Halsema, F., Februari, M., Kalleveen, M. V. & Terpstra, D. (2013). *Een lastig gesprek: Advies Commissie Behoorlijk Bestuur*. Den Haag: Commissie Behoorlijk Bestuur.
- Nicolini, D. (2009). Zooming in and out: Studying practices by switching theoretical lenses and trailing connections. *Organization Studies*, 30(12), 1391-1418.
- Noordegraaf, M., & Wit, B. D. (2012). *Van maakbaar naar betekenisvol bestuur-63*.
- Oldenhof, L., Bal, R. (2016). *Voorbij de kloof tussen systeem en leefwereld: een zoektocht naar goede leefsysteem met experimentele governance*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid & Samenleving.
- Oldenhof, L., Postma, J., & Putters, K. (2014). On justification work: How compromising enables public managers to deal with conflicting values. *Public Administration Review*, 74(1), 52-63.
- Gilad, S. (2011) Process-oriented regulation: conceptualization and assessment. In: Levi-Faur (ed) *Handbook on the Politics of Regulation*. Edward Elgar: Cheltenham
- Grasseni, C. (Ed.). (2007). *Skilled visions: between apprenticeship and standards* (Vol. 6). Berghahn Books.

Griffiths, A., Beaussier, A., Demeritt, D. & Rothstein, H. (2016) Intelligent Monitoring? Assessing the ability of the Care Quality Commission's statistical surveillance tool to predict quality and prioritise NHS hospital inspections. *BMJ Quality & Safety*. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004687.

Schakel L., Stoopendaal A. & Bal R. (2016) Publieke belangen in de zorg: Wie borgt ze, wie vult ze in? *Tijdschrift voor Toezicht* 2016 (7) 2: 10-28 doi: 10.5553/TvT/187987052016007002003

Scrivens, E. (2005). *Quality, risk and control in health care*. Open University Press, McGraw-Hill Education (UK).

Stoopendaal, A. (2015). Mystery Guests 2. Begeleidend evaluatie onderzoek naar het vervolgproject in inspectie ouderenzorg. iBMG/EUR: Rotterdam

Trommel, W. A. (2009). Gulzig bestuur. Oratie. Vrije Universiteit: Amsterdam

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) (2013). Toezien op publieke belangen: naar een verruimd perspectief op rijkstoezicht. Amsterdam University Press: Amsterdam

Wilt u meer lezen over dit onderzoek:

Stoopendaal, A.M.V. & Bree, M.A. de (2014). *Evaluatieonderzoek Stysteemtoezicht op kwaliteit en veiligheid in de zorg; Fase 1. Ontwikkeling van het instrumentarium en eerste ervaringen*. (External report), IBMG/EUR

Stoopendaal, A.M.V., Bree, M.A. de, Robben, P.B.M. & Keuter, F. (2014). Stysteem Toezicht in de Nederlandse gezondheidszorg. Een experimentele innovatie van toezicht. *Tijdschrift voor Toezicht*, 5 (2), 27-46.

Stoopendaal, A.M.V. & Bovenkamp, H.M. van de (2015). *Governance: werken met de gelaagdheid van toezicht*. In H. Den Uijl & T. van Zonneveld (Eds.), *Zorg voor Toezicht: De maatschappelijke betekenis van governance in de zorg*. Mediawerf.

Bal, R.A., Stoopendaal, A.M.V. & Bovenkamp, H.M. van de (2015). Veerkracht en Veiligheid: hoe kan regulering van de zorg daaraan bijdragen? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 159 (A9614). doi: <https://www.ntvg.nl/artikelen/veerkracht-en-veiligheid>

Stoopendaal A.M.V. & Bovenkamp H.M van de (2015). The mutual shaping of governance and regulation of quality and safety in Dutch healthcare. *Health Service Manage Research*. 28(1-2), 9-15. doi:10.1177/0951484815607542

Bovenkamp, H.M. van de, Stoopendaal, A.M.V. & Bal, R.A. (2016). *Working in an institutionally layered system on patient safety and quality*. In K. Aase (Ed.), *Researching Patient Safety and Quality in Healthcare: A Nordic Perspective*. Ashgat

Bovenkamp H.M. van de, Stoopendaal A.M.V. & Bal. R.A. (2016). Working with layers: The governance and regulation of healthcare quality in an institutionally layered system. *Public Policy and Administration*, 0(0) 1–21. doi: 10.1177/0952076716652934

Stoopendaal, A.M.V., Bree, M.A. de & Robben, P.B.M. (2016). *Reconceptualizing regulation: Experimenting with System Based Regulation in Dutch healthcare*. Evaluation. Vol. 22(4) 394–409. doi:10.1177/1356389016667889

Dankwoord

Dit essay is tot stand gekomen op grond van een intensieve samenwerking tussen de onderzoeker en de IGZ. De openheid waarmee de IGZ een onderzoek naar en op het eigen werkterrein tegemoet is getreden, is moedig. Zonder de IGZ-projecten 'Systeemtoezicht' onder leiding van Franske Keuter en 'Toezicht op Goed Bestuur' onder leiding van Rian Vos-Ceelen was dit onderzoek niet tot stand gekomen. In deze projecten is met veel verschillende zorgorganisaties samengewerkt en is contact gelegd met andere inspecties, brancheorganisaties, bestuurders, toezichthouders, inspecteurs, onderzoekers en adviseurs. Martin de Bree heeft zijn brede kennis van systeemtoezicht ruimhartig gedeeld en is altijd bereid tot kennisverruiming.

Het onderzoeksproject is ingebed in de Academische Werkplaats Toezicht (AWT) waardoor resultaten regelmatig zijn besproken in het Colloquium van de IGZ. Wetenschappelijk is dit onderzoek ingebed in de sectie Health Care Governance van het iBMG alwaar verschillende versies van papers zijn besproken en becommentarieerd. De begeleidingscommissie heeft vanaf de zijlijn wijs en kundig geadviseerd over de richting die het onderzoek op zou kunnen gaan.

Het essay is een gezamenlijke tocht geweest. Ik dank Hans Kröber, Cordula Wagner, Tom van der Grinten, Paul Robben, Roland Bal, Rian Vos-Ceelen, Marianne van Bochove, Pauline Meurs, Hester van de Bovenkamp en Lieke Oldenhof voor hun kritische blik en steun. Chiara Soldati legde de laatste hand aan de leesbaarheid.



Annemiek Stoopendaal werkt als universitair docent aan het instituut voor Beleid & Management Gezondheidszorg, in de sectie Health Care Governance. Zij is organisatie-antropoloog en promoveerde in 2008 op een onderzoek naar zorgbesturing. Sindsdien combineert zij onderwijs en onderzoek (o.a. evaluatieonderzoeken Zorg voor Beter en Innovatie in Revalidatie). Sinds 2012 is zij betrokken bij de coördinatie van de Academische Werkplaats Toezicht en verricht zij etnografisch onderzoek bij de IGZ.

Erasmus University Rotterdam

instituut Beleid & Management Gezondheidszorg

Bayle (J) Building

Burgemeester Oudlaan 50

3062 PA Rotterdam, The Netherlands

T +31 10 408 8878

E communicatie@bmg.eur.nl

W www.eur.nl/bmg