

# “Het goede gesprek”

Een dialoog over dilemma's in de zorg en het overheidstoezicht

Juli 2014

Drs. Jannine van Schothorst – van Roekel

Prof. Dr. Paul B.M. Robben

Prof. Dr. Pauline L. Meurs

## Voorwoord

Zowel in de zorg als in het toezicht vinden grote veranderingen plaats. Voorbeelden zijn ingrijpende wetswijzigingen waarin decentralisatie van verantwoordelijkheden naar gemeentes voor jeugdzorg en ondersteuning van kwetsbare mensen thuis, centraal staan. De snelle ontwikkelingen op het gebied van geneesmiddelen en medische technologie vraagt continue alertheid niet alleen landelijk maar ook in mondiale samenwerkingsverbanden. Daarnaast vragen de ontwikkelingen rond de positie van de medisch specialist, de veranderende financieringsstromen en kwaliteitseisen in ziekenhuizen om extra aandacht voor governance aspecten in de zorg. Verantwoordelijkheden worden steeds meer geformaliseerd en Raden van Bestuur en Toezicht worden nadrukkelijker aangesproken op kwaliteit en veiligheid. Het thema de patiënt als partner is nu echt op de agenda gekomen en stuurt mede de ontwikkelingen. Voor de IGZ vraagt deze transitie dat scherp wordt toegezien of alle betrokkenen hun verantwoordelijkheid op een juiste wijze nemen en burgers het vertrouwen kunnen hebben in veilige en goede zorg.

Juist in deze fase is het essentieel met betrokken partijen in gesprek te blijven, ervaringen en beelden te delen, en van elkaar te leren om het gemeenschappelijke doel van veilige zorg te realiseren. Dit is voor mij de aanleiding geweest om bestuurders, kwaliteitsfunctionarissen en, patiëntenvertegenwoordigers uit de verschillende sectoren uit te nodigen voor een goed gesprek. Doel is om de IGZ als toezichthouder een spiegel voor te houden; hoe wordt het toezicht in de praktijk ervaren? Om zelf ook actief deel te kunnen nemen aan de gesprekken heb ik het Erasmus Centrum voor Management Development in de Zorg (Erasmus Universiteit Rotterdam) gevraagd deze bijeenkomsten te leiden en te evalueren.

Op deze manier in gesprek gaan, in een open sfeer ons een spiegel laten voorhouden door mensen die onder ons toezicht staan of patiëntenvertegenwoordigers en die een beeld geven waar het toezicht zijn verantwoordelijkheid dient te nemen, voelde als een experiment. We hebben ervaren, hoe waardevol dergelijke gesprekken zijn om begrip te krijgen voor de dilemma's die inherent zijn aan zorg verlening en het daarbij passende toezicht in Nederland.

De opbrengst van de dialoog gebruik ik in mijn vele contacten met het veld. De ervaringen die we hebben opgedaan met het 'goede gesprek' worden overgedragen op de inspecteurs. Het kan hen

helpen in het dagelijkse werk rekening te houden met de opvattingen die in het veld leven over het toezicht. Ze kunnen daarmee een inschatting maken over de effecten van te nemen maatregelen op de kwaliteit en veiligheid van zorg.

Ik neem de aanbevelingen uit dit essay om het goede gesprek een vervolg te geven over. De komende jaren zal ik de dialoog met het veld voortzetten en verdiepen. We zullen in toekomstige gesprekken nog meer ruimte creëren om met patiënten of hun vertegenwoordigers in debat te gaan.

Dr. J.A.A.M. van Diemen-Steenvoorde  
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

## Inleiding

In de periode december 2013 tot en met april 2014 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een zevental gesprekken gevoerd met bestuurders en kwaliteitsfunctionarissen van zorginstellingen uit de verschillende sectoren van de gezondheidszorg, met vertegenwoordigers van consumenten- en patiëntenorganisaties en met vertegenwoordigers van de genees- en hulpmiddelenindustrie. Aanleiding voor deze gesprekken zijn de ontwikkelingen in de gezondheidszorg, de grote transities die plaatsvinden, en de veranderingen in de wijze waarop de IGZ haar rol invult.

### *Het perspectief*

Vanaf de jaren negentig zien we een overheid die meer verantwoordelijkheden bij het veld legt (zorgaanbieders, beroepsgroepen en professionals) en zelf terugtreedt en vooral stuurt op randvoorwaarden en stelselinrichting. Deze verschuiving van verantwoordelijkheden is gepaard gegaan met een intensivering van zowel het interne als het externe toezicht. De invoering van de Kwaliteitswet Zorginstellingen in 1995 kan gezien worden als een uiting van deze verschuiving. (Legemaate et al. 2013) De intensivering van het overheidstoezicht betekende tegelijkertijd meer nadruk op de naleving van wet- en regelgeving en het inzetten van bestuursrechtelijke maatregelen. (WRR 2013) Het aantal instrumenten waarover bijvoorbeeld de IGZ beschikt om sanctionerend op te treden is het laatste decennium uitgebreid. Maatschappelijk en politiek wordt er een sterk beroep op de IGZ gedaan om bij incidenten of crises krachtig in te grijpen. Er is over de hele linie meer aandacht voor incidenten en het willen kennen van de oorzaken en het in de toekomst willen voorkomen van incidenten. Mede onder invloed van deze ontwikkelingen is de toezichtstijl van de IGZ verschoven van een lerende naar een meer sanctionerende stijl en werkwijze. (Robben, Bal & Grol 2013) Dit heeft geleid tot een flinke toename van het aantal instellingen dat onder het verscherpt toezicht van de IGZ is gekomen.

Afhankelijk van de situatie en de context kiest de IGZ voor een meer lerende dan wel een meer sanctionerende werkwijze. Het is een kwestie van gradatie en in het zogenaamde responsief toezicht zouden beide werkwijzen naast elkaar moeten kunnen bestaan. De praktijk laat echter zien dat er regelmatig een spanning bestaat tussen een lerende en sanctionerende stijl van toezicht. (Legemaate et al. 2013) Juist in de relatie tussen toezichthouder en onder toezicht gestelde blijkt het lastig om meerdere repertoires tegelijkertijd te hanteren. Bovendien zien we dat er afstand ontstaat tussen beiden: bij zorginstellingen gaat het om thema's als vermijdbaarheid in plaats van verwijtbaarheid, het

leren en stimuleren in plaats van bestraffen. Daartegenover is de IGZ zich meer sanctionerend gaan opstellen in situaties waarin instellingen (dreigen) door het ijs te zakken. Daar komt bij dat de keuze van de IGZ, om haar optreden daar waar nodig publiek te maken en toe te lichten, weliswaar leidt tot een beter inzicht in werkwijze en gemaakte keuzes, maar tegelijkertijd tot een negatiever beeld van de sector als geheel kan leiden, negatiever dan op grond van de feiten gerechtvaardigd is. (Robben, Bal & Grol 2013)

#### *De vraagstelling voor het 'goede gesprek'*

Vanuit deze achtergronden leefde bij de IGZ de wens om een open gesprek te voeren met bestuurders en vertegenwoordigers van patiënten- en cliëntenorganisaties over de interactie tussen de IGZ en zorgaanbieders. Centrale vragen in de gesprekken waren: 'Wat zijn de onderscheiden rollen van de IGZ en bestuurders ten aanzien van het realiseren van veilige en kwalitatief goede zorg? Welke verwachtingen hebben veldpartijen van de rol van de IGZ en hoe werken zij zelf aan de borging van kwaliteit en veiligheid? Hoe kan het extern toezicht effectief en efficiënt ingezet worden ter verbetering van de kwaliteit en veiligheid van zorg?'

#### *Uitkomsten van het 'goede gesprek'*

Uit de verschillende gesprekken is naar voren gekomen dat de veldpartijen en de IGZ meer overeenstemming dan verschil ervaren over de principes van het toezicht, de dilemma's die zich voordoen bij de uitvoering van het toezicht op de gezondheidszorg en de onderscheiden verantwoordelijkheden van een ieder. Er was ook wederzijds begrip over ieders positie en binnen welke marges verbeteringen ingezet kunnen worden. Er waren natuurlijk ook verschillen van inzicht. Die hebben enerzijds vooral te maken met de meer sanctionerende stijl van de IGZ. Anderzijds leeft bij de IGZ de wens dat de veldpartijen, meer dan nu gebeurt, hun verantwoordelijkheid nemen en zelf meer werk maken van een kwaliteits- en veiligheidsbeleid.

De gespreksdeelnemers uit het veld hebben de IGZ in de gesprekken een spiegel voorgehouden (zo zien wij de IGZ en het toezicht). Dit essay is een weergave van de gevoerde dialoog in het voorjaar 2014. De ontwikkelingen in het toezicht en het veld gaan na de gesprekken door. In dit essay brengen we de rode draden uit alle gesprekken samen onder een viertal thema's:

- Van focus op calamiteiten naar leren
- Veldnormen zonder eigenaar
- Voorspelbaar zijn en maatwerk leveren
- Zorg vindt plaats in netwerken, wie gaat over de knooppunten?

We eindigen met een korte beschouwing over de oogst van deze goede gesprekken en geven de IGZ aanbevelingen over de voortzetting van de dialoog voor de komende jaren.

## Thema 1: van focus op calamiteiten naar leren

Eén van de instrumenten van de IGZ om de kwaliteit en veiligheid van zorg bij zorginstellingen te beoordelen, is het calamiteitentoezicht. In de meeste gesprekken die met vertegenwoordigers van het veld gevoerd zijn was het calamiteitentoezicht een belangrijk onderwerp van gesprek. In dit thema worden verschillende dilemma's bij deze vorm van toezicht genoemd.

### *Calamiteiten heel precies onderzocht*

Als zich een calamiteit voordoet, vraagt de IGZ een uitvoerige methodische beschrijving van de gebeurtenis(sen), een beschrijving van de rol van betrokkenen bij de calamiteit, en van de toegepaste interventies om de calamiteit en de gevolgen ervan zoveel mogelijk op te heffen en in het vervolg te voorkomen. Dit is een arbeids- en tijdsintensief traject en de druk op de zorginstellingen om zich heel precies te verantwoorden is groot. Verschillende zorgaanbieders geven in de gesprekken aan niet altijd het nut in te zien van deze uitgebreide rapportages. Zorgaanbieders uit de eerste lijn geven bijvoorbeeld aan dat in het calamiteitenonderzoek geen onderscheid gemaakt tussen daadwerkelijke calamiteiten, disfunctioneren van professionals en leren van fouten als *aanvaardbaar risico*.

Er is dan vaker sprake van pech dan van een echte fout. Ondertussen gaat de energie wel naar het onderzoek, zonder dat het iets oplevert. Alle situaties die we moeten onderzoeken voldoen namelijk aan de definitie van een calamiteit. (bestuurder huisartsenpost)

Bestuurders en professionals hebben behoefte aan meer differentiatie in de benadering. Als er echt sprake is van een calamiteit verdient het de aandacht van de IGZ en de zorginstelling. De ongedifferentieerde benadering van calamiteiten zoals deze de afgelopen jaren is gehanteerd door de IGZ, brengt echter met zich mee dat in het ene geval een uitgebreide rapportage weinig toevoegt aan de kennis en het handelen van betrokkenen, terwijl in het andere geval een meer diepgaande en contextuele analyse op zijn plaats zou kunnen zijn. Voor deze meer gevarieerde aanpak is in de huidige werkwijze in de beleving van de gespreksdeelnemers beperkt ruimte.

Een tweede knelpunt in het calamiteitenonderzoek is de nadruk op de analyse van de calamiteit, die zich in het verleden heeft afgespeeld. De nauwkeurige reconstructie in de vorm van een rapportage is arbeidsintensief, maar voegt niet altijd iets toe aan de kennis van degenen die betrokken waren bij de situatie. Deze ervaring wordt gedeeld door bestuurders in alle sectoren. Dit

verantwoordingsmechanisme levert voor verbetering in de zorgpraktijk beperkt nieuwe informatie op. De reconstructie en nauwkeurige analyse van incidenten uit het verleden, doen niet per definitie een beroep op het verbeterpotentieel binnen zorginstellingen. De meeste energie wordt gestoken in de verantwoording van de calamiteit.

Wat ik merk is dat we in de analyse blijven steken. Meer mensen melden, er komt meer onderzoek. We zouden meer naar de verbeterfase moeten. (bestuurder ziekenhuis)

De zorgbestuurders en zorgprofessionals pleiten voor een alternatieve manier van verantwoording die het leren door professionals en organisaties stimuleert.

#### *Meer nadruk op het wie dan op het hoe*

Een ander dilemma in het calamiteitenonderzoek is de behoefte van de IGZ om een calamiteit te beoordelen op individueel niveau én systeemniveau. De IGZ wil de rol die de individuele zorgverlener heeft vervuld kunnen beoordelen en wil daartoe kunnen beschikken over hun persoonsgegevens. Zorgverleners ervaren die als zeer bedreigend, alsof zij al veroordeeld zijn. Uit de gesprekken kwam naar voren dat de zorgverleners zich onveilig voelen in het geval van de melding van een calamiteit. Ze weten niet wat hen te wachten staat en zowel het onderzoek zelf als de terugkoppeling van calamiteiten aan de IGZ kunnen een grote invloed hebben op individuele zorgverleners. Professionals weten niet wat de IGZ met de informatie uit het calamiteitenonderzoek doet.

We proberen uit te dragen dat door de analyse van een calamiteit de hulpverlening verbetert. Bij veel mensen is er toch het gevoel: 'Ik kom op het strafbankje'. We kunnen openheid winnen, door het gevoel van straf eraf te halen. (bestuurder eerstelijnsorganisatie)

Professionals weten vaak niet wat de IGZ na een calamiteit gaat doen met de verzamelde informatie. Er is ook het angstige idee dat de IGZ directe lijnen heeft met Openbaar Ministerie en dat plaatst een calamiteit in een totaal ander daglicht. Zij ervaren dat in het onderzoek de schuldvraag centraal staat: *wie* heeft het gedaan, in plaats van *hoe* is de calamiteit ontstaan, wat is er gedaan om het te voorkomen, hoe is omgegaan met de gevolgen. Dit terwijl uit veel wetenschappelijk onderzoek bekend is dat er bij een calamiteit vaker sprake is van systeemfouten dan van individueel *verwijtbaar* handelen. Een neveneffect van deze aanpak is de aarzeling van professionals om calamiteiten te melden. Voor

zorgaanbieders is dit zeker een dilemma: aan de ene kant het willen bevorderen van laagdrempelig melden, aan de andere kant het willen beschermen van professionals. De laatste jaren is flink geïnvesteerd in veilig melden, deze investering dreigt teniet te worden gedaan door de vraag van de IGZ en de terughoudende opstelling van de zorgverleners.

#### *Verantwoordelijkheid (ver)delen*

Ter bevordering van het veilig melden vragen bestuurders aan de IGZ om zich vooral te richten op het beoordelen van processen en systeemfouten. Door verdere scholing van VIM (Veilig Incidenten Melden) -commissies kunnen deze commissies de IGZ ondersteunen in een gedegen onderzoek van de basisoorzaken van een calamiteit. Patiëntenorganisaties pleiten daarnaast voor verdere scholing van interne klachtencommissies, als onderdeel van het kwaliteitssysteem van zorginstellingen.

Naar mijn idee betekent het ook dat je het als inspectie nooit alleen kunt doen. (...) Ik denk dat het een voorwaarde is voor het werk van de inspectie, goed functionerende klachtencommissies en cliëntenraden. (...) Zonder dat organisaties zeggen: dit doen we voor inspectie. (vertegenwoordiger patiëntenorganisaties)

Bestuurders kunnen de informatie van Veilig Incident Melding (VIM)-commissies en klachtencommissies benutten om het systeem veiliger te maken. Als het aan de bestuurders ligt nemen zij de primaire verantwoordelijkheid voor het onderzoek op het niveau van de individuele hulpverlener, terwijl de IGZ primair naar het kwaliteitssysteem kijkt. Natuurlijk hoort daar ook een streng optreden van de bestuurders bij en daar willen zij door de IGZ ook zeker op aangesproken worden.

We weten zelf vaak heel goed welke professional niet goed functioneert. Laat de IGZ ons steunen in de aanpak van deze professionals. Laat de calamiteitenonderzoeker aangeven of er sprake is van verwijtbaar, vermijdbaar en/ of herhaaldelijk onjuist handelen van de hulpverlener. Is er geen sprake van verwijtbaar handelen, dan heeft de IGZ geen persoonlijke informatie van hulpverleners nodig. (hoofd kwaliteit eerstelijnsorganisatie)

Met deze aanpak ontstaat er een fasering in de inzet van de IGZ. Zij kan zich in eerste instantie richten op de verbetering van de kwaliteit en veiligheid van zorg op systeemniveau. Waar nodig wordt dit gericht op het niveau van de hulpverlener, in samenspraak met de zorginstelling.

De deelnemers aan de gesprekken herkennen de behoefte van een grote groep professionals om te leren en te verbeteren. Bestuurders willen graag het *zelfcorrigerend vermogen* van professionals versterken. Als voorbeeld noemt één van de bestuurders het schrijven van een zelfreflectie door betrokkenen bij een calamiteit, het bespreken van een calamiteit met collega's en waar nodig met collega-instellingen. Hier zijn daadwerkelijk verbeteracties en verbeterde samenwerkingsafspraken uit voort gekomen.

### *Delen van gegevens en leren*

In de gesprekken werd geopperd om meer werk te maken van het delen van informatie over calamiteiten op een geaggregeerd niveau. De IGZ beschikt over veel geaggregeerde gegevens die ook heel waardevol kunnen zijn voor het veld. Deze informatie zou ook voor bestuurders beschikbaar moeten zijn, gekoppeld aan een bespreking gericht op leren en verbeteren. Voor de IGZ is het een uitdaging deze analyse van geaggregeerde gegevens uit te voeren. De huidige informatiehuishouding is ontoereikend en dat probleem zal eerst moeten worden opgelost. Sommige organisaties bespreken deze geaggregeerde gegevens al op het niveau van de eigen organisatie, maar een verbreding naar meer instellingen wordt toegejuicht. Op basis van de meest voorkomende calamiteiten is het mogelijk thema's te selecteren die gebruikt kunnen worden in het thematoezicht. Bestuurders verwachten hier veel profijt van te hebben. De organisaties die de calamiteitenregistraties benutten doen dat, soms in samenwerking met ketenpartners, om een training op te zetten voor eigen medewerkers. Deze trainingen zijn over het algemeen gericht op het signaleren van wat er fout gaat in het eigen handelen en het verbeteren van de eigen werkwijze. Dit geeft een positieve impuls aan negatieve ervaringen.

In de gesprekken vallen er verschillende termen voor een andere vorm van extern toezicht. In de ouderenzorg hebben bestuurders en managers behoefte aan *dilemmagesprekken* als tegenhanger van de calamiteitenonderzoeken. Met deze gesprekken kan een zorginstelling aan de IGZ laten zien hoe bestuurders en professionals omgaan met dilemma's in de organisatie. Als er nu problemen zijn, wordt dit opgelost door de zorginstelling met een nieuw protocol of nieuwe richtlijn. De hoeveelheid richtlijnen is ongelooflijk. Met dilemmagesprekken verwachten bestuurders dat de kwaliteit verbeterd kan worden vanuit een positieve impuls. In het huidige maatschappelijke klimaat zal dit niet zo gemakkelijk zijn. De basis van deze vorm van toetsing is vertrouwen en differentiatie, terwijl politiek en maatschappij vragen om inzicht, verantwoording en vergelijkbaarheid. Voor de excessen is de huidige werkwijze passend: strak toezien op kwaliteit op basis van minimum normen.

Wij zien scherp toe op de excessen, maar voor de grote groep instellingen gaat het om kwaliteit op het netvlies bij alle medewerkers te krijgen, op alle niveaus in de organisatie en om dilemma's: hoe gaat u [binnen de zorginstelling] ermee om. De context wegen. En laten zien: dit hebben we ermee gedaan in de instelling. Bent u lerend? Dat is veel sterker dan dat de wereld maakbaar is met een procedure. (vertegenwoordiger IGZ)

Verschillende bestuurders vragen om een duidelijker scheiding in de aanpak van de IGZ voor verwijtbaar handelen van professionals en het leren en verbeteren van de kwaliteit:

Bij die 5% disfunctionerende hulpverleners spijkerhard ingrijpen en bij de overige 95% van de professionals die wel willen leren een stimulerende benadering door de IGZ. (bestuurder eerste lijn)

Uit de wetenschappelijke literatuur is bekend dat er meer veiligheidswinst te behalen is als men zich richt op wat goed gaat. De IGZ dient hard in te grijpen als er verwijtbaar gehandeld wordt, hoewel er dan ook aandacht dient te zijn voor de context, en de vraag gesteld moet worden of het ingrijpen ook tot leren leidt. De deelnemers aan de gesprekken ervaren de maatregelen van de IGZ in die gevallen niet als disproportioneel.

### *Landelijke calamiteitenteams - waar blijft de context?*

De manier waarop de inspecteurs hun toezichtrol vervullen, hangt nauw samen met de gekozen lijn van de IGZ. In het verleden vervulden de inspecteurs naar het oordeel van de gespreksdeelnemers een meer adviserende dan handhavende rol. Nadat de IGZ met een aantal calamiteiten werd geconfronteerd, waar zij onvoldoende had ingegrepen, is de focus van de inspectie verschoven van vooral thematoezicht en een adviesrol van inspecteurs, naar calamiteitentoezicht en risico gebaseerd toezicht, met een handhavende rol voor de inspecteurs. In 2012 is door de IGZ gekozen voor de behandeling van calamiteiten door landelijke teams. Daarvoor hadden organisaties te maken met één verantwoordelijke inspecteur, die de jaargesprekken voerde met de bestuurder en calamiteiten behandelde. Voor de IGZ heeft de scheiding een positief effect gehad: er ontstond meer uniformiteit in de behandeling van calamiteiten en meer zicht op de risico's binnen een bepaalde sector. Voor de zorginstellingen betekent deze aanpak echter een beoordeling van de calamiteit los van de context.

De calamiteitenafhandeling en het contact met de accountmanager zijn van elkaar los gemaakt en spelen zich in twee werelden af. Beide teams gaan hun eigen gang. Het menselijk gezicht, het elkaar begrijpen is daarmee verdwenen. Het contact ontstaat pas weer als er sprake is van verscherpt toezicht. (bestuurder ziekenhuizen)

Het contact met de accounthouder over calamiteiten kan juist leiden tot voor de organisatie specifieke verbeterpunten, omdat de accounthouder meer zicht heeft op de situationeel bepaalde aspecten waarbinnen de calamiteit kon ontstaan. In alle gesprekken geven de bestuurders aan het adviserende en tussentijdse contact met de accounthouder, over risico's en calamiteiten, te missen. Bestuurders missen de dialoog en missen de weging van de context in de beoordeling van gebeurtenissen.

Vroeger kon je bellen. Nu zegt de inspectie: 'Sorry, we hebben u gehoord, maar we toetsen alleen maar.' Maar als je klem zit, ontstaat er geen gesprek met inspectie over hoe je het aan moet pakken. (bestuurder ouderenzorgorganisatie)

Bestuurders ervaren weinig ruimte voor het gesprek over de context en nuance, als er afgeweken of door (externe) omstandigheden niet voldaan kan worden aan de norm. De terughoudendheid en veranderde rol van de IGZ komt eveneens tot uiting in de communicatie naar zorginstellingen. Zowel in brieven als in de rapporten worden soms te scherpe en normatieve uitspraken gedaan. Dit brengt een verharding in de relatie tot stand.

De toon in de rapporten zou minder weerstand op kunnen roepen bij medewerkers. Dat zou het voor ons ook gemakkelijker maken. (...) Je wilt het rapport ook gebruiken op een locatie. (bestuurder verstandelijk gehandicaptenzorg)

Bestuurders willen dat de IGZ haar controlerende functie behoudt, maar in een stimulerende vorm. Dit geldt ook voor de inspectiebezoeken. De manier waarop de inspecteurs hun werk verrichten, verschilt en geeft spanning bij zorgprofessionals, in het bijzonder in de care.

De inspectie die langs komt geeft heel veel stress bij begeleiders. Dat is lastig voor de meesten van ons. Begeleiders zeggen dingen die ze niet bedoelen. Het [extern toezicht] wordt gevoeld als op de vingers tikken en niet als opbouwende kritiek (begeleidster verstandelijk gehandicaptenzorg).

Veel inspecteurs willen enerzijds graag adviseur zijn van de bestuurder, anderzijds zijn ze bang dit via de media terug te krijgen: 'We hebben de IGZ gebeld en die zei...'. De IGZ wil als toezichthouder vanuit de

overheid transparant en navolgbaar zijn en het principe van 'gelijke monniken gelijke kappen' nastreven. Dat is een spagaat waar inspecteurs in zitten. Zowel de bestuurders als de inspecteurs herkennen dit dilemma:

Ik ben op zoek naar de verhouding tussen enerzijds toezien en handhaven en anderzijds een zodanige relatie hebben dat je in hetzelfde gesprek met elkaar kunt sparren, zonder dat je daar dan weer mee om de oren wordt geslagen. Kun je handhaver en partner tegelijk zijn? (bestuurder verstandelijk gehandicaptenzorg)

## Thema 2: veldnormen zonder eigenaar

De normen die de IGZ hanteert in het extern toezicht worden over het algemeen opgesteld door wetenschappelijke verenigingen en koepelorganisaties, vaak gevoed door kennis en ervaring van de IGZ. Deze aanpak leidt tot het genereren van nieuwe richtlijnen, waar aansluitend op getoetst wordt. Het veld ervaart deze normen niet altijd als eigen normen. Bestuurders van instellingen worden door wetenschappelijke verenigingen en koepels matig betrokken bij en geïnformeerd over nieuwe richtlijnen, terwijl zij eindverantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van professionele zorg in hun organisatie. Vanuit dit perspectief willen bestuurders meer betrokkenheid bij het vaststellen van normen en toetsingskaders. Zij zijn namelijk de gesprekspartner van de IGZ bij het extern toezicht.

### *Veelheid van normen*

De implementatie van richtlijnen, indicatoren en normen verloopt moeizaam. Dit hangt samen met de veelheid aan regels, richtlijnen en prestatie-indicatoren, vanuit de verschillende partijen die invloed uitoefenen op het zorgproces. Niet alleen de IGZ toetst op basis van normen, de zorgverzekeraar is inmiddels een belangrijke partij, die ook verantwoording vraagt op basis van indicatoren.

Er ontstaat steeds meer diversiteit rondom toetsingskaders. Er zijn normen verantwoorde zorg, keurmerken etc. De eis uit het ene kader kan haaks staan op andere toetsingskaders. Op de werkvloer is het besef over kwaliteit diffuus. Medewerkers begrijpen het niet meer. Ze haken mentaal af, zijn gedwongen om langs richtlijnen te denken, in plaats van 'wat heeft deze cliënt nodig'. (bestuurder ouderenzorgorganisatie)

Door de IGZ wordt dit dilemma ook gesignaleerd, evenals de verwarring rondom het eigenaarschap van eisen. Enerzijds wordt de aandacht voor kwaliteit als positief ervaren, anderzijds maakt de bureaucratie erom heen het moeilijk om ermee te werken. Een valkuil die organisaties zelf 'organiseren' is het creëren van allerlei checklists.

Je merkt in de praktijk dat het toch vinkgedrag met zich meebrengt, in plaats van: 'Waar zitten in ons ziekenhuis de grootste risico's en ambities?' (bestuurder ziekenhuis)

Naast deze kritische kanttekeningen, hebben de indicatoren volgens betrokkenen ook veel goeds gebracht. Het geeft de bestuurders ook handvatten om te sturen op bepaalde kwaliteitseisen. Het gaat de bestuurders om een kritische beoordeling van de noodzaak van een norm. Waar de afgelopen jaren normen en indicatoren gezien werden als hét instrument om inzicht te krijgen in de kwaliteit, ontstaat de opvatting dat er een combinatie nodig is van beoordeling met indicatoren in de context van behandeling en begeleiding van de cliënt en meer narratieve vormen van beoordeling.

### *Welke normen zijn bepalend*

Voor bestuurders van zorginstellingen is het niet altijd duidelijk wélke normen de IGZ hanteert en wanneer instellingen in de 'gevaarzone' belanden. Welke normen en criteria hanteert de IGZ om het 'vinkje' te zetten of de instelling kwaliteit en veiligheid van zorg op orde heeft? Hoe maatschappelijker de oriëntatie van een zorgorganisatie is, hoe onduidelijker is welke normen de IGZ hanteert. Dit hangt samen met de moeite om hier 'harde' normen te formuleren. De normen die door (medische) beroepsverenigingen als richtlijn opgesteld zijn, worden door de IGZ meestal overgenomen als minimum norm, waar zorginstellingen op worden getoetst. Er is echter wel discussie welke normen dit moeten zijn. Een van de bestuurders geeft aan, dat op het moment dat er een veldnorm is, zij hieraan gehouden wordt.

Ik ben één keer bij de ontwikkeling van een veldnorm betrokken. Als die er eenmaal ligt, wordt het een eigen werkelijkheid. Niet meer dynamisch, maar rigide.

(bestuurder verstandelijk gehandicaptenzorg)

Beroepsverenigingen proberen te 'voorspellen' welke eisen de IGZ zou willen stellen aan kwaliteit en veiligheid. Meer afstemming tussen de IGZ en beroepsverenigingen zou wenselijk zijn, om niet-werkbare normenkaders te voorkomen en de ontwikkeling van gewenste registraties te bevorderen. Als voorbeeld wordt een implantatenregistratie genoemd. Op het moment dat er problemen worden gesignaleerd rond medische hulpmiddelen stagneert het onderzoek en verbeterproces door de beperkte informatie-uitwisseling.

De fabrikant wil niet bewegen, het ziekenhuis wil geen patiëntinformatie geven. En dan komen er advocaten bij en dan komt het helemaal vast te zitten.

(vertegenwoordiger IGZ)

Op het moment dat een fabrikant een terugroepactie doet, zijn dezelfde tekorten in de informatievoorziening een belemmering om deze actie uit te voeren.

We gaan de terugroepactie doen, leed en terugroepkosten gaan we vergoeden. Dan kom je bij de zorgverzekeraars en dan loop je meteen vast op privacy. En dan loop je vast wie waar behandeld is. Daar zijn we heel erg mee bezig geweest, met de IGZ en met zorgverzekeraars en dat loopt nog steeds. In de hele keten zie je iets gebeuren en het stopt. Er zijn registers, wereldwijd. (...) Ik vraag me af: 'Waarom moeten we in Nederland onze eigen classificatie neerzetten. Overal staan de implantaten geregistreerd'. (vertegenwoordiger leverancier van medische hulpmiddelen)

De deelnemers aan het gesprek over medische hulpmiddelen zijn van mening dat de beschikbaarheid van een goede implantatenregistratie stagnatie kan voorkomen, op het moment dat er problemen met medische hulpmiddelen zijn.

Een andere complicerende factor bij het bepalen van de normen, is de focus die verschillende partijen kiezen. De IGZ toetst op kwaliteit en veiligheid van zorg, terwijl in bijvoorbeeld de verstandelijk gehandicaptenzorg de focus ligt bij kwaliteit van leven. De focus op kwaliteit van leven, kan betekenen dat professionals bepaalde risico's accepteren om cliënten 'levensruimte' te geven. Een voorbeeld is het houden van medicatie in eigen beheer, met het risico dat de cliënt de medicatie niet volgens voorschrift inneemt. Volgens de huidige medicatienormen is dit onaanvaardbaar, volgens de 'norm' kwaliteit van leven wel. Voor de IGZ is een weloverwogen afwijking van de norm, die beschreven wordt in het patiëntendossier acceptabel. In de praktijk wordt deze ruimte om een afweging met de cliënt te maken, niet altijd zo ervaren.

### *Haalbaarheid van normen in de praktijk*

In de praktijk blijkt regelmatig dat de vastgestelde veldnormen, waarop de IGZ toetst, niet haalbaar zijn. De normen zijn over het algemeen zeer gedetailleerd, de richtlijnen van de huisartsen uitgezonderd. De normen worden veelal opgesteld in een reeks consensus bijeenkomsten en de uitkomst is een voor alle betrokkenen aanvaardbaar compromis. Normen worden over het algemeen monodisciplinair opgesteld, terwijl de uitvoering multidisciplinair is. Daarnaast is er bij het opstellen van de veldnorm over het algemeen geen moment van evaluatie gepland, om de haalbaarheid in de praktijk te kunnen toetsen en vervolgens daar waar nodig aanpassingen – en zo mogelijk vereenvoudigingen – aan te brengen. Voorbeelden van dossiers waarin onderdelen van de vastgestelde norm niet haalbaar lijken te zijn, zijn ‘dwang en drang’ in de GGZ en onderdelen van het dossier ‘medicatieveiligheid’ in de thuiszorg. Deze dossiers maken inzichtelijk hoe in de ontwikkeling van normen een ideaal wordt nagestreefd, terwijl in de uitvoering een weerbarstige zorgpraktijk blijkt, waarin de normen niet allemaal haalbaar blijken te zijn. Voor thuiszorgorganisaties spelen vragen als: ‘gaan we ons houden aan de norm, of nemen we de praktijk als uitgangspunt, wat zijn oplossingsstrategieën, wat zijn de bandbreedtes voor de zorgorganisatie en voor de inspecteur die toe moet zien op de uitvoering van de norm?’

Wij rapporteren aan de inspectie: ‘Die laatste punten, die krijgen we er niet bij. We krijgen niet alle partijen op één lijn, een cliënt mag naar huis in het weekend, de medicatie wisselt heel snel, er zijn problemen met de medicatielijsten. Wij krijgen het niet dicht.’ Wat is dan een reële eis dat je veilige zorg thuis biedt? Kunnen we de norm aanpassen aan wat maatschappelijk wel kan? (zorgmanager thuiszorg)

Eventuele bijstelling van de norm is afhankelijk van veel partners. Eenmaal vastgesteld gaat een norm een eigen leven leiden. Bij de deelnemers aan het gesprek leeft niet de verwachting dat het Kwaliteitsinstituut in staat zal zijn om verandering te brengen in de veelheid aan normen en richtlijnen. Normering is een manier van werken geworden die alle partijen als het ware in de greep houdt en belemmerend kan werken.

Als je ‘88’ indicatoren hebt, kun je afstrepen. Maar kwaliteit van leven inschatten vraagt ruimte. En tegelijkertijd wil je niet zoveel ruimte geven dat er gezwommen wordt. In de cure kun je denk ik wat hardere criteria benoemen, in de care gaat het meer om wat mensen zelf willen. Er moet ruimte zijn om meer risico's te nemen. (...) Het vraagt iets van de inspectie, van de politiek, maar ook iets van ons: niet vervallen

in '88' criteria, omdat we dan zekerheid hebben. (vertegenwoordiger patiëntenorganisaties)

In de gesprekken wordt gewezen op een veelbelovende aanpak in het voorkomen van een veelheid aan normen die niet haalbaar blijken te zijn: het uitvoeren van een impactanalyse. Met deze analyse blijkt vóór de eventuele invoering van een richtlijn of de uitvoering ervan haalbaar is of niet. Dit kan veel leed in de sector en tussen partijen voorkomen.

### Thema 3: voorspelbaar zijn en maatwerk leveren

Een terugkerend onderwerp van gesprek is hoe rekening te houden met de eigen kenmerken van zorginstellingen en de context waarbinnen zorg geboden wordt, terwijl zowel de IGZ als zorgaanbieders behoefte hebben aan een voorspelbare toezichthouder.

#### *‘Radend toezicht’*

In de gesprekken geven bestuurders aan behoefte te hebben aan voorspelbaarheid en uniformiteit: een set van minimumnormen – basiskwaliteitseisen – die breed geaccepteerd zijn en waarvan duidelijk is dat instellingen te allen tijde daaraan moeten voldoen.

‘Een aantal criteria, waarbij je nooit door de bodem mag zakken’. (bestuurder verstandelijk gehandicaptenzorg)

Dan wordt het toezicht ook voorspelbaar. Sommige bestuurders ervaren het toezicht momenteel teveel als ‘radend toezicht’. Het is bij een inspectiebezoek niet altijd duidelijk op welke normen de IGZ komt toetsen, of de norm indicatief of normatief is, en hoe het oordeel van de IGZ over de zorgorganisatie tot stand komt. Bestuurders informeren elkaar nu onderling over thema’s waar de inspectie op toetst tijdens bezoeken. Bestuurders hebben behoefte aan meer voorspelbaarheid van de IGZ ten aanzien van de *inhoud* van het bezoek. Onzekerheid over het *moment* van toetsing wordt niet als problematisch ervaren. Onaangekondigd toezicht is niet altijd handig, maar levert wel veel op.

Daarnaast geven bestuurders aan dat uniformiteit in kwaliteits- en veiligheidseisen voor bestaande en nieuwe spelers in de markt, van groot belang is. Bestaande partijen hebben aanzienlijke investeringen gedaan om de kwaliteit en veiligheid van zorg te waarborgen. Dit is van invloed op de kostprijs van de geleverde zorg. Nieuwe zorgaanbieders worden bij toetreding nauwelijks met voorwaarden ten aanzien van kwaliteit en veiligheid geconfronteerd. Op het moment dat de IGZ bij nieuwe toetreders de kwaliteit en veiligheid van zorg toetst, kunnen deze aanbieders al een deel van de markt veroverd hebben, met een beperkte investering in kwaliteit en veiligheid. Hierdoor ontstaan oneerlijke concurrentieverhoudingen. Eisen ten aanzien van de kwaliteit en veiligheid vóór toetreding zouden deze ongelijkheid kunnen ondervangen.

Vanuit het perspectief van cliënten geven vertegenwoordigers van cliënten- en patiëntenorganisaties eveneens het belang van duidelijkheid over de rol van de IGZ aan. De afgelopen jaren hebben individuele cliënten zich gericht tot de IGZ met klachten over (niet) geleverde zorg in

zorginstellingen. Velen van hen werden terugverwezen naar de zorginstellingen, terwijl ze andere verwachtingen hadden over de rol van de IGZ bij individuele klachten.

Is de IGZ er om het zorgaanbod op niveau te laten functioneren of kun je (ook) als individu met problemen bij een zorgaanbieder naar de inspectie? (...) Het beeld is dat als er ergens iets niet goed is, dan ga je naar de IGZ. Misschien moet jullie [de IGZ] focus zijn dat het aanbod betrouwbaar, integer en doelmatig is. De verwarring, daar moet je iets aan doen, om dat helder te maken. (vertegenwoordiger patiëntenorganisaties)

De minister heeft de ontwikkeling van het Landelijk Meldpunt Zorg (LMZ) ingezet om individuele burgers te ondersteunen in een goede afhandeling van individuele klachten, zonder (te) hoge verwachtingen te creëren over de rol van de IGZ.

Ook de IGZ zelf heeft behoefte aan standaardisatie door nomen waarop de IGZ op uniforme wijze kan toezien. Dit is een voorwaarde uit de wettelijke grondslag van het toezicht. De IGZ hecht eraan om in elke toezichtssituatie dezelfde uitgangspunten te hanteren en zich op eenduidige wijze te verantwoorden naar de instellingen, politiek en maatschappij. Tegelijkertijd hebben inspecteurs ook behoefte aan ruimte om een situationeel bepaalde beoordeling te maken van de geboden kwaliteit in de zorgpraktijk. Zowel zorgaanbieders als de IGZ moeten zich verhouden tot enerzijds uniformiteit en anderzijds maatwerk in het externe toezicht. Een van de vertegenwoordigers van de IGZ verwoordt dit dilemma als volgt:

Hoe blijven we als toezichthouder in onze rol en kunnen toch het gesprek met de zorgaanbieders voeren? Hoe komen inspecteurs uit de kramp en hoe zijn ze toch in staat om te verantwoorden? Hoe beoordeel je een incident in het licht van de context? Hoe bereik je enerzijds consistentie en doe je anderzijds recht aan de verscheidenheid van cliënten en situaties? Hoe geef je inspecteurs de ruimte om in gesprek te zijn, om situationeel en contextueel te beoordelen en hoe legt de IGZ dat extern uit?

De vraag is in hoeverre deze nuance terug kan komen in het toezichtstelsel ter beoordeling van de kwaliteit en veiligheid. Naast een minimale kwaliteit op een aantal zorgaspecten is er aandacht nodig voor het geheel. Er gebeurt namelijk zoveel meer in de zorginstellingen. Het feit dat de IGZ naar een

'klein puntje van de taart kijkt' impliceert dat een groot deel van wat er in de zorg gedaan wordt buiten het blikveld van de IGZ – en mogelijk de samenleving – blijft.

### *Maatwerk*

Naast duidelijkheid over de minimum normen en basiskwaliteitseisen voor alle zorginstellingen, is er behoefte aan maatwerk. Bestuurders willen graag meer sturen op en investeren in specifieke thema's die een risico vormen in de eigen organisatie. In het verleden hielp het thematoezicht om te focussen op een specifiek kwaliteitsaspect en de integrale aanpak ervan in de zorginstelling. Zorginstellingen en de IGZ hebben de opdracht om prioriteiten te stellen in trajecten van kwaliteitsverbetering. De hoeveelheid te implementeren normen vraagt om keuzes en een lange termijnplanning. Bestuurders zouden graag keuzes maken in thema's die voor de eigen organisatie van belang zijn, afhankelijk van de grootte van de instelling, de doelgroep en op basis van aanwezige risico's in de eigen organisatie. Eén van de vertegenwoordigers van de ziekenhuizen noemt de JCI (Joint Commission International) standaarden als hulpmiddel om te prioriteren. Afstemming met de IGZ over keuzes is daarbij echter wel noodzakelijk.

De JCI helpt ons. Door de oogharen heen zien we wel waar de grootste gaten zitten tussen wenselijkheid en werkelijkheid. Het kan echter een ander punt zijn dan waar de IGZ op komt toetsen. Daar moet onze prioritering dan op worden aangepast, dat is voor de praktijk niet altijd wenselijk. (kwaliteitsmedewerker ziekenhuis)

Bestuurders zouden graag een verschuiving zien van 'vink-gedrag' op basis van normen, naar een gesprek over 'de grootste risico's en ambities' voor de eigen organisatie. Afvinklijstjes blijven onvoldoende om te beoordelen of en hoe een organisatie op organisatieniveau bezig is met het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van zorg. Ook een incident vertelt niet het hele verhaal, het creëert een scheef beeld over de kwaliteit en veiligheid in de hele organisatie. Een van de bestuurders verwoordt het als volgt:

Ik kijk ter vergelijking naar de industrie. In de jaren '90 hadden ze een zeer gedetailleerd kader. Nu doen ze dat niet meer. Echt alleen sturen op de grote risico's. Verantwoordelijkheid bij eigen instelling, eigen risico's formuleren en niet meer kijken naar 'de kleppen en de tangen'. Uit analyse bleek dat er veel minder calamiteiten waren. Zoiets wil ik wel graag in de discussie, in plaats van criteria en toetsing. (bestuurder ziekenhuis)

Het veld heeft behoefte aan een model van *betekenisvol verantwoorden*, op basis van een risicotaxatie door de instelling zelf en een gesprek met de IGZ om het geheel van kwaliteit en veiligheid in de geleverde zorg te overzien. De bestuurder is verantwoordelijk voor het in kaart brengen van de risico's en de wijze waarop hierin geleerd en verbeterd wordt. Een van de bestuurders geeft aan dat dit begint met de visie van de organisatie. Als de visie is: 'cliënten in hun eigen kracht', dan zal er een doorgaande lijn zichtbaar moeten zijn qua inrichting van de organisatie en de geleverde zorg en ondersteuning. De verantwoording dient hieraan gekoppeld te worden. Het gaat om een andere vorm van zichtbaarheid van kwaliteit en veiligheid. Het willen voldoen aan de normen bevordert in het huidige systeem teveel een houding van: 'O, nu zit ik op een andere stoel, nu moet ik een lijstje invullen, een ander kastje open doen.' Het afvinklijstje checkt momenteel te veel of er op onderdelen aan eisen wordt voldaan, zonder te kijken welke betekenis de activiteiten hebben voor de cliënt. Er is te weinig oog voor het resultaat. Als voorbeeld noemt een bestuurder het volgende:

De vraag aan de cliënt is: 'Wordt er goed naar je geluisterd, hoe gaat het met het eten?' in plaats van: 'Is hier huiskameroverleg?' Waar gaat het om? Of die cliënt het gevoel heeft dat hij zijn mening kan uiten en dat er naar hem geluisterd wordt. En hoe we dat dan doen, dat zal in elke organisatie anders zijn. (bestuurder verstandelijk gehandicaptenzorg)

De vraag is wel in hoeverre deze vorm van verantwoording haalbaar is voor alle zorginstellingen in Nederland. Deze vorm van extern toezicht betekent dat benchmarken moeilijker wordt. En in hoeverre is dit haalbaar met de huidige capaciteit van de IGZ? Een aantal deelnemers aan het gesprek geeft aan dat de IGZ zou kunnen differentiëren in toezicht op zorginstellingen. Op basis van de basiskwaliteitseisen en de risicotaxatie van de instelling zelf, zouden organisaties die goed scoren minder inspectietoezicht kunnen krijgen.

Ook door de IGZ wordt de noodzaak gevoeld om nieuwe of andere instrumenten te vinden waarmee inzichtelijk gemaakt kan worden of er verantwoorde zorg geboden wordt. De IGZ wil in het extern toezicht kunnen steunen op de verantwoordelijkheid van de raad van bestuur voor de kwaliteit van de geleverde zorg. In dit kader doet zij een proef met systeemtoezicht bij verschillende zorginstellingen, met als onderliggende vraag op welke manier het toezicht effectief en kwalitatief ingevuld dient te worden in het kader van kwaliteit en veiligheid.

In de kwaliteitswet is summier omschreven wat kwaliteit van zorg is. Hoe ga je zinvol invulling geven aan deze doelwetgeving. Het is ongelooflijk ingewikkeld om met z'n

allen een begrip te hebben wat verantwoorde zorg is. Dat debat hebben we sinds 1996 denk ik te weinig gevoerd. (vertegenwoordiger IGZ)

Een dergelijk debat zou bij kunnen dragen aan een landelijke visie op kwaliteit en vormen van verantwoording.

### *Regelruimte*

In sectoren waar een grote transitie plaatsvindt, is behoefte aan 'regelruimte' voor professionals om nieuwe vormen van zorg te ontwikkelen, die aansluiten bij de wens van de cliënt en passen in de nieuwe kaders van aanbod en financiering. Bestuurders dagen professionals in de zorg uit om (eind)verantwoordelijkheid te dragen en geven hen regelruimte. Dat gebeurt mede op basis van vertrouwen. Deze ruimte is nodig om de transitie te kunnen maken. Bestuurders vragen de IGZ om begrip en het geven van die ruimte. Tegelijkertijd dient de bestuurder 'in control' te zijn. De bestuurder stuurt in dit proces vanuit meerdere perspectieven: borgen van professionaliteit, werken aan vertrouwen, beheersing van de werkprocessen tot en met het afvinken van de lijstjes met minimale eisen.

## Thema 4: zorg vindt plaats in netwerken, wie gaat over de knooppunten?

In de gesprekken met ouderenzorgorganisaties, GGZ organisaties en patiëntenorganisaties is de decentralisatie van de zorg naar gemeenten een belangrijk gespreksonderwerp. Het is onzeker wat de overheveling van, met name AWBZ-zorg, naar de WMO zal betekenen voor het toezicht op kwaliteit en veiligheid van de geleverde diensten. Daarnaast worden zorg- en welzijnsproducten steeds meer geleverd in samenwerkingsverbanden, waardoor er nieuwe netwerken met gedeelde verantwoordelijkheden ontstaan. Het overheidstoezicht moet op deze transitie anticiperen.

### *Effecten voor burgers*

Voor de patiëntenorganisaties is de positie van de patiënt c.q. burger een belangrijk item. De decentralisatie roept vragen op over de positie van de patiënt in het zorglandschap. Het kan voor patiënten onoverzichtelijk worden welke zorg zij kunnen krijgen, wie de kwaliteit van de geleverde zorg bepaalt en beoordeelt, in hoeverre er keuzevrijheid is, en hoe er op gemeentelijk niveau met privacy van patiëntinformatie omgegaan wordt. Voor de patiëntenorganisaties is een belangrijke vraag welke eisen er in de toekomst aan zorg gesteld kunnen worden en hoe burgers hier invloed op kunnen uitoefenen. De verschuiving van de verantwoordelijkheid voor begeleiding van ouderen en mensen met psychiatrische problematiek naar de gemeenten, op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), zien gesprekpartners als een groot risico. Er kan verschraling van zorg optreden als de cliënt geen begeleiding meer ontvangt als integrale ondersteuning op verschillende levensgebieden.

Ik maak me ernstig zorgen over kwaliteit van begeleiding. Sommige gemeenten vinden het plat poetsen, terwijl wij weten dat er een wereld achter zit. Als ik me zorgen maak, dan zegt gemeente: 'Het wordt een heropname en dan is het een ander potje.' (...) Als het de verantwoordelijkheid van de gemeente is, wat is dan de rol van de IGZ als toezichthouder? (zorgmanager thuiszorg)

Vertegenwoordigers van de IGZ geven aan dat er nog veel onzeker is over het toezicht in het nieuwe stelsel (gesprekken hebben plaats gevonden in het voorjaar van 2014). Hoe gaan gemeenten toezicht houden, welke rol gaat de IGZ spelen, en leidt het samenspel van deze verschillende vormen van toezicht tot goede en veilige zorg? Voor burgers is onzeker of er keuzevrijheid voor een zorgaanbieder blijft, en of de kwaliteit en veiligheid van het zorg- en welzijnsaanbod gegarandeerd is. Patiëntenorganisaties pleiten voor een duidelijker communicatie naar burgers over de taken van de IGZ.

In geval van klachten is bijvoorbeeld voor burgers niet duidelijk of ze wel of niet bij de IGZ terecht kunnen. Vertegenwoordigers van de IGZ geven aan dat de minister opdracht heeft gegeven tot het inrichten van het Landelijk Meldpunt Zorg, waar burgers met individuele klachten vanaf medio 2014 terecht kunnen.

### *Effecten voor zorginstellingen*

Zorgaanbieders in de GGZ merken dezelfde onbekendheid met de zorg bij de gemeenten en de risico's voor de kwaliteit van de geboden begeleiding als de zorgaanbieders uit de ouderenzorg. Niet alleen de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van begeleiding aan cliënten is een punt van zorg, ook de verantwoordelijkheid voor personeel. In verschillende gemeenten worden wijkteams opgestart. De gemeenten verwacht van zorgorganisaties dat zij hun personeel overdragen aan de wijkteams, zonder dat de leiding van de thuiszorgorganisaties deze medewerkers aan te kunnen sturen.

Organisaties leveren hun medewerkers over aan buurtteams, als zijnde een gefantaseerd nieuwe organisatie. Dan heb ik als bestuurder en wij als organisatie geen enkele controle meer op kwaliteit van zorg. De gemeente zegt dan: 'Wat zijn jullie defensief.' (bestuurder thuiszorgorganisatie)

Door de transitie van zorg, betrokkenheid van meerdere organisaties in netwerken en de inzet van mantelzorgers en vrijwilligers ontstaat er een steeds diffuser beeld over verantwoordelijkheid voor kwaliteit van zorg en welzijn. Wie is er bij gedecentraliseerde zorg verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg in een netwerkorganisatie? Wie ziet er toe op kwaliteit en veiligheid van zorg bij de inzet van mantelzorgers? Welke diensten behoren in de toekomst bij zorg en welke diensten bij welzijn? Het is onduidelijk of er bij de verschuiving van zorg naar welzijn een normenkader gehanteerd zal worden en welk kader dit zal zijn. Vanuit de verschillende partijen zijn er diverse toezichtkaders. Mogelijk komt er een toezichtkader vanuit de gemeente bij. Tot op heden is het onduidelijk of en welke rol de IGZ hierin zal krijgen. Voor de IGZ is er vooralsnog geen rol weggelegd om in de transitiefase met gemeentes na te denken over het toezicht op kwaliteit van geleverde diensten onder de WMO. De IGZ heeft de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) aangeboden om te helpen bij de ontwikkeling van een kwaliteitskader. In principe zijn gemeenten zelf verantwoordelijk om toezicht te organiseren. Het is de vraag of het voor kleinere gemeenten haalbaar is om dit zelf te organiseren. In de ontwikkeling van het toezicht wil de IGZ zich richten op het netwerk rondom de cliënt. Hierbij komen alle betrokken organisaties, waaronder de gemeentelijke verantwoordelijkheid, in beeld.

Organisaties die samenwerken in een keten zien dat zich bij calamiteiten ook een dilemma voordoet. Vanuit de druk door handhavingsgerichtheid, proberen alle partijen 'hun straatje schoon te vegen' en de verantwoordelijkheid bij een andere partij neer te leggen. De nadruk op handhaving en 'schuld' belemmert het gezamenlijk dragen van verantwoordelijkheid, en juist deze gezamenlijkheid is essentieel voor het functioneren van een zorgketen. Het zou mooi zijn als de IGZ meer gericht is op het verbeteren van de zorg in die keten. Een van de betrokkenen geeft als suggestie om ketenpartners de opdracht te geven een calamiteit gezamenlijk te bespreken en gezamenlijk een verbeterplan op te laten stellen. Dit kan de gezamenlijke verantwoordelijkheid, de samenwerkingsrelatie en de kwaliteit van de zorg ten goede komen.

## Afsluiting

In de gesprekken met de bestuurders, managers, begeleiders, patiëntvertegenwoordigers en fabrikanten van medische hulpmiddelen en geneesmiddelen, komen drie dilemma's in het huidige toezichtstelsel naar voren. Allereerst leidt de sterke focus op calamiteiten tot terugkijken en verantwoorden, en niet vanzelfsprekend tot leren. Bovendien ervaren professionals de huidige werkwijze bij calamiteiten als bedreigend en onvoorspelbaar. Een tweede dilemma betreft de noodzaak van uniformering van toezicht versus toezicht op maat dat rekening houdt met de context. Uniformering leidt tot toetsing op een gereduceerd aantal normen, die in de praktijk niet altijd uitvoerbaar zijn, zonder beoordeling van de context van het geheel van de geleverde zorg. Een derde dilemma is de stijl van toezichthouden. Het gaat om een werkbaar en bij het huidige tijdsgewricht passende combinatie van lerend en sanctionerend toezichthouden. De inspecteur wordt in deze tijd meer ervaren als handhaver dan adviseur. Bestuurders en professionals hebben vooral behoefte aan een inspecteur die ook adviseur kan zijn wanneer er lastige vraagstukken zijn op het gebied van kwaliteit en veiligheid. Voor zorgorganisaties is een belangrijk aspect in het extern toezicht de beeldvorming dat professionals, die zich over het algemeen van harte inzetten voor goede patiëntenzorg, op het matje geroepen kunnen worden. De IGZ zou in haar toezicht het leren door zorgorganisaties en zo het verbeteren van de kwaliteit kunnen bevorderen. In gesprekken met bestuurders en professionals kan de IGZ toetsen wat organisaties in een bepaalde periode hebben geleerd van fouten en wat er verbeterd is in de verleende zorg aan de cliënten. De best practices die de IGZ tegenkomt in de praktijk zouden hierbij als voorbeeld kunnen dienen.

### *Nieuwe toezichtmethoden en -instrumenten*

Naar aanleiding van genoemde dilemma's hebben de zorgbestuurders en zorgprofessionals ook nieuwe instrumenten of andere vormen van toezicht genoemd. Deze sluiten aan bij de behoefte om enerzijds getoetst te worden op 'harde' normen en anderzijds een gesprek te kunnen voeren over de context en dilemma's waar zorgprofessionals en -organisaties mee te maken hebben. Vooral maatschappelijk georiënteerde zorgorganisaties noemen *dilemmagesprekken*, als tegenhanger van het huidige calamiteitenonderzoek. Met deze gesprekken kan een zorginstelling aan de IGZ laten zien hoe bestuurders en professionals omgaan met calamiteiten en dilemma's in de organisatie. In verschillende gesprekken geven zowel bestuurders uit verschillende sectoren van de gezondheidszorg als de IGZ aan meer te willen naar een vorm van *systeemtoezicht*. Hierbij wordt toezicht gehouden op het kwaliteits-

en veiligheidssysteem van een individuele zorginstelling (WRR 2013). Het veld heeft behoefte aan een model van *betekenisvol verantwoorden*, op basis van een risicotaxatie en verbeterplan door de instelling zelf, en een gesprek met de IGZ, waarin het geheel van maatregelen op het gebied van kwaliteit en veiligheid inzichtelijk wordt gemaakt. De bestuurder is hierbij verantwoordelijk voor het in kaart brengen van de risico's en de wijze waarop hierin geleerd en verbeterd wordt.

### *Reflectie op 'het goede gesprek' – de methode*

Tot slot een reflectie op de gebruikte methode en de organisatie van 'het goede gesprek'. Zowel de vertegenwoordigers van de IGZ als de betrokkenen uit de verschillende sectoren van de gezondheidszorg hebben enthousiast gereageerd op de 'goede gesprekken'. Het grote verschil met het bestuurlijk overleg is de afwezigheid van een vooraf bepaalde agenda en de openheid om dilemma's te delen, zonder direct tot afspraken te hoeven komen. Meerdere keren is er bij de afsluiting van een gesprek gevraagd om een herhaling van deze gesprekken. De gesprekken hebben bijgedragen aan wederzijds begrip voor elkaars functie en positie. Bovendien bleken de dilemma's voor beide partijen zeer herkenbaar, zij het dat deze vanuit beider perspectief tot andere interventies of keuzes kunnen leiden. Ter evaluatie van de gekozen methode wordt een aantal aspecten puntsgewijs genoemd.

De keuze van de IGZ voor een onafhankelijk voorzitter, die alle betrokkenen (aanvullende) vragen stelde en ruimte creëerde om positieve aspecten, grenzen en dilemma's van het extern toezicht te benoemen, blijkt goed te werken. De voorzitter creëert ruimte, vertrouwen en veiligheid voor alle betrokkenen.

De gesprekken hebben plaatsgevonden op het hoofdkantoor van de IGZ. Het is te overwegen om de gesprekken een volgende keer bij een van de deelnemende zorgorganisaties te houden. Het initiatief voor de gesprekken blijft bij de IGZ.

Tijdens de gesprekken was er ook ruimte voor 'klein leed' in de relatie tussen de IGZ en de instellingen. Deze praktische samenwerkingsperikelen zijn door de IGZ opgepakt. Deze aanpak is effectief en bevredigend gebleken voor alle partijen.

De sectorgewijze organisatie van de gesprekken heeft goed gewerkt. Door herkenbaarheid van de praktijksituatie en de toezichtinstrumenten per sector was het mogelijk om 'de diepte' in te gaan. In de gesprekken met meer diversiteit in betrokken organisaties, was meer uitleg nodig over de zorg en het toezicht daarop.

Het uitgangspunt van de IGZ was om in de gesprekken vooral te luisteren, om het veld de gelegenheid te geven om open manier dilemma's ten aanzien van het extern toezicht te benoemen.

Hierdoor zijn een aantal beperkingen waar de IGZ mee te maken heeft, bijvoorbeeld vanuit de wetgeving, niet voor het voetlicht gekomen. In volgende gesprekken zou er nog meer dialoog kunnen zijn over de dilemma's en de verkenning van mogelijkheden en grenzen.

### *Reflectie op 'het goede gesprek' – de organisatie*

Wat betreft de organisatie van 'het goede gesprek' zijn er ter evaluatie een aantal punten en aanbevelingen.

Voor elk gesprek zijn acht vertegenwoordigers van vier organisaties uitgenodigd en drie vertegenwoordigers van de IGZ. Deze samenstelling leidde tot voldoende afwisselende inbreng van betrokkenen en voldoende mogelijkheid voor bediscussie van een onderwerp.

De IGZ heeft in 'het goede gesprek' bestuurders uitgenodigd, aangevuld met een vertegenwoordiger uit de organisatie, die betrokken is bij kwaliteit- en veiligheid. Deze keuze heeft geleid tot dynamische gesprekken over bestuurlijke verantwoordelijkheid en de aandacht voor kwaliteit- en veiligheid in de organisaties vanuit meerdere perspectieven.

Vanuit de IGZ zijn de inspecteur generaal, de hoofdinspecteurs en de programmadirecteuren aanwezig geweest. Het verdient aanbeveling om in volgende gesprekken per programma ook een inspecteur uit te nodigen.

Bij voorzetting van de dialoog is het goed om steeds nieuwe bestuurders en medewerkers uit te nodigen. Zo komen verschillende betrokkenen met de IGZ in contact en krijgen ook zij de gelegenheid om dilemma's in te brengen. De dialoog tussen toezichthouder en veld krijgt zo een herkenbare plaats in het toezicht.

Om het perspectief van burgers en cliënten een duidelijker stem te geven in de dialoog is het te overwegen om in een volgende serie van gesprekken de voorzitters van cliënten- en patiëntenraden uit te nodigen.

De relatie tussen de IGZ en het interne toezicht door de Raad van Toezicht kan besproken worden in een gesprek waarvoor voorzitters van Raden van Bestuur worden uitgenodigd.

Mede afhankelijk van de frequentie waarin de dialoog voortgezet wordt kan er meer focus en verdieping aangebracht worden. De gekozen open benadering van de eerste serie van 'het goede gesprek' blijft echter een aantrekkelijke aanpak om actuele dilemma's op de agenda te krijgen.

### *Tot slot*

Met het goede gesprek is het mogelijk gebleken een open dialoog te organiseren tussen de IGZ en het veld van de gezondheidszorg juist in een fase van verandering en transitie in de zorg en het toezicht. Door het gesprek kan er informatie worden uitgewisseld en van elkaar worden geleerd om het gemeenschappelijke doel van veilige zorg te realiseren. Nieuwe ontwikkelingen en dilemma's kunnen worden uitgediept. Praktische problemen in de relatie worden geagendeerd en zo mogelijk opgelost. Wij adviseren de IGZ dit goede gesprek in de toekomst een vaste plaats te geven in de relatie met het veld.

### Literatuur

- Legemaate, J., Grit, K., Plomp, E., Die, M.d., Bovenkamp, H.M.v.d., Broer, T., Bouwman, R., Bomhoff, M., Friele, R.D. & Bal, R. 2013, *Thematische wetsevaluatie bestuursrechtelijk toezicht op de kwaliteit van de zorg*, ZonMw, Den Haag.
- Robben, P.B.M., Bal, R. & Grol, R. 2013, "Overheidstoezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg" in *De staat van toezicht. Sector - en themastudies.*, eds. P. Welp, M. Bokhorst, K. Faddegon, P.d. Goede, E. Ijskes & A. Knottnerus, WRR/Amsterdam University Press, Amsterdam, pp. 33-74.
- WRR 2013, *Toezien op publieke belangen. Naar een verruimd perspectief op rijkstoezicht*. Amsterdam University Press, Amsterdam.