



Bachelorscriptie

TUSSEN POLITIEMAN EN WERELDVERBETERAAR

De invloed van de Inspectie voor de Gezondheidszorg op de kwaliteit van zorg van medisch specialisten

Evert J.J. Schot

3166163

Leerkring Bestuur & Beleid (USG3106)

Departement Bestuurs- en Organiseringswetenschap (USBO)

Universiteit Utrecht

Prof. dr. Mirko Noordegraaf

Aline Bos MSc



Universiteit Utrecht



Voorwoord

If we knew what it was we were doing, it would not be called research, would it?

Albert Einstein (1879-1955)

What's a scientist after all? It's a curious man looking through a keyhole, trying to see what's going on.

Jacques Cousteau (1910-1997)

Zo, daar ligt hij dan. Het resultaat van ongeveer een half jaar vallen en opstaan, schrijven en reizen, denken en typen, discussiëren en luisteren. "Al met al een hele ervaring", schreef ik in het voorwoord van het eerste onderzoek dat ik deed in het eerste jaar van mijn studie Bestuurs- en Organisationswetenschap, de opleiding die ik met deze scriptie hoop af te ronden. Nog niet zo gek verwoord van mijzelf, vind ik achteraf.

Na de eerdere onderzoeken binnen deze studie heb ik tijdens het schrijven van deze scriptie pas echt meegemaakt wat onderzoek doen betekent. Zonder zoeken geen onderzoeken. Het zoeken heb ik vooral ervaren als het steeds weer bezig zijn met de vraag waar je nu eigenlijk mee bezig bent. Het steeds reflecteren op wat je opgeschreven hebt en het kritisch bekijken van de stappen die je zet in het onderzoek. Het daadwerkelijke onderzoeken is daarbij vergeleken niet eens het meest ingewikkelde van het schrijven van een scriptie.

Bij zowel het zoeken als het onderzoeken heb ik aan een aantal mensen veel gehad. Allereerst wil ik Aline bedanken, die met haar tips en kritiek op mijn (onder)zoeken, maar ook met haar gulle lach, niet alleen mij, maar ook de rest van de 'leerkring' verder heeft kunnen brengen dan wij vooraf gedacht hadden. Daarnaast wil ik Deni Kraus, Marjo Ligthart en Carolien Nortier bedanken voor hun onmisbare hulp bij het vinden van de juiste mensen binnen het normaal zo gesloten domein waarin ik probeerde "to see what's going on". En ten slotte, Marij en Nadie, omdat een goede focus nu eenmaal essentieel is.

Evert Schot

Utrecht, april 2010

1. Inleiding.....	4
1.1 Aanleiding	4
1.2 Doelstelling	5
1.3 Vraagstelling	7
1.4 Relevantie	8
1.5 Leeswijzer	9
2. Context: De Nederlandse zorgsector	11
2.1 De Nederlandse gezondheidszorg in ontwikkeling	11
2.2 Governance en kwaliteit van zorg	12
2.2.1 De positie van medisch specialisten.....	12
2.2.2 Kwaliteitsbewaking en de rol van de overheid.....	13
2.3 De Inspectie voor de Volksgezondheid.....	15
3. Theoretisch kader: Sturing op professionals in de zorg	17
3.1 De medisch specialist als professional.....	17
3.1.1 Wie is eigenlijk een professional?.....	17
3.1.2 Medisch specialisten als professionals.....	18
3.1.3 Klinische autonomie verder uitgewerkt	19
3.2 Sturen van professionals: een onmogelijke opgave?.....	20
3.2.1 Moeilijkheden bij het sturen van professionals.....	20
3.3 Inspectie.....	21
3.3.1 Inspectie als coördinatie.....	21
3.3.2 Inspectie als activiteit.....	22
3.4 Kwaliteit van zorg van medisch specialisten	23
3.4.1 Kwaliteit en meetbaarheid	25
3.4.2 Kwaliteit en kwaliteitsbewaking	25
3.4.3 Inspectie en kwaliteit.....	26
3.5 Beantwoording deelvragen en verwachtingen	27
4. Methoden & Technieken	31
4.1 Focus onderzoek.....	31
4.2 Methode van onderzoek	32
4.2.1 Interviews.....	32
4.2.2 Analyse empirische data.....	34
4.2.3 Reflectie onderzoeksmethode.....	35
4.2.4 Betrouwbaarheid en validiteit.....	37
4.3 Verdere operationalisatie	38
4.3.1 Operationalisatie inspectiewerkzaamheden	39
4.3.2 Operationalisatie kwaliteit van zorg	40
4.3.3 Operationalisatie manieren van invloed	41
5. Bevindingen	42
5.1 De doelen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.....	43
5.1.1 Juridisch versus cybernetisch	43
5.1.2 Democratische verantwoording en transparantie.....	44

5.2 Methoden van toezicht houden.....	45
5.2.1 Algemene focus.....	45
5.2.2 Informatievergaring: Indicatoren.....	46
5.2.3 Informatievergaring: Meldingen.....	48
5.2.4 Informatievergaring: Overig onderzoek.....	50
5.2.5 Beoordeling van de informatie.....	52
5.2.6 Bewerkstelligen van aanpassing in de zorg.....	54
5.3 Stijl van inspectie.....	57
5.4 Onderdelen van de zorgverlening.....	59
5.4.1 Sturing in het denken en handelen van artsen.....	60
5.4.2 Sturing op de context van de medische handeling.....	62
5.5 Beantwoording empirische deelvragen.....	62
5.5.1 Deelvraag 5: Hoe heeft de IGZ haar inspectiewerkzaamheden ingekleed	63
5.5.2 Deelvraag 6: Hoe zien de inspecteurs hun invloed op de zorg.....	64
5.5.3 Deelvraag 7: Hoe zien de medisch specialisten de invloed van de IGZ.....	65
5.5.4 Deelvraag 8: Hoe is de invloed die de inspecties hebben te verklaren.....	66
6. Conclusie.....	69
7. Discussie.....	73
Literatuur & Bronnen.....	75
Bijlage I: Topiclijst inspecteurs IGZ.....	79
Bijlage II: Topiclijst medisch specialisten en zorgverleners.....	81
Bijlage III: Coding Tree MAXQDA.....	82

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

In december 2009 publiceerde de Nationale Ombudsman een rapport waarin hij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) onder de loep nam. Aanleiding vormden klachten over de slechte klachtafhandeling van de inspectiedienst, die toezicht dient te houden op de kwaliteit van de Nederlandse zorginstellingen. De uitkomsten van dit onderzoek waren stevig: de IGZ opereert volgens de ombudsman teveel als een "papieren tijger". Ze is "niet doortastend, [heeft] te veel vertrouwen in de zorginstelling, te weinig in de burger". Ook wordt ze beschuldigd van "slechte communicatie en weinig transparantie" (NRC Handelsblad, 2009; Nationale Ombudsman, 2009). De afgelopen tijd is de IGZ ook vanuit de andere hoek onder vuur genomen: zo beklagen de voorzitters van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de Orde van Medisch Specialisten zich erover dat de IGZ zichzelf overschreeuwt. Zij spreken over "een overvloed aan rapporten" en over "de kwaliteit van die rapporten [waarop] nogal wat valt af te dingen" (De Boer & Van der Ham, 2008; de Volkskrant, 2008).

Al deze maatschappelijke aandacht voor het werk van de IGZ komt niet uit de lucht vallen. Naast de kritiek haalden ook verschillende incidenten in de (medisch-specialistische) zorg de afgelopen maanden de media. Ook hieruit blijkt dat het werk dat de IGZ dient te doen, zorgen voor "gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg" (IGZ, 2007), niet gemakkelijk is. Voorbeelden zijn de wanpraktijken van de Twentse neuroloog Jansen Steur en de slechte hygiëne in de IJsselmeerziekenhuizen in Lelystad. In beide gevallen was de IGZ niet op tijd om goede zorg te garanderen en fouten te voorkomen. Ook in onafhankelijke rapporten, zoals dat over de situatie rondom Jansen Steur (door de Commissie-Lemstra) wordt kritiek geuit op de passieve houding van de inspectiedienst. In januari 2010 stelde minister Klink van Volksgezondheid zelfs nog een extra onderzoek in naar de rol van de IGZ in deze zaak (www.medicalfacts.nl, 2009a).

Naar aanleiding van bovenstaande kritiek en in de nasleep van de verschillende incidenten is er veel discussie over de gewenste rol van de inspectie in de gezondheidszorg. De afgelopen jaren zijn er een aantal nieuwe ontwikkelingen geweest in de Nederlandse zorgsector, die het krachtenveld en de positie van de vele

spelers hebben veranderd (zie Putters, 2009; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), 2009; zie ook hoofdstuk 2). Hierdoor is ook de rol van de IGZ erbinnen veranderd (Kist & Hutschemaekers, 2006). Doordat de overheid steeds meer op afstand komt te staan, wordt de verantwoordelijkheid voor de geleverde zorg steeds meer in 'het veld' gelegd: bij de ziekenhuizen en professionals zelf. Echter, de verantwoordelijkheid van de overheid in de Nederlandse gezondheidszorg blijft bestaan en wordt ook in de Grondwet erkend. Dit maakt dat de IGZ in een tegenstrijdige situatie terecht is gekomen. Zij zal met '*mindere*' middelen (meer indirect toezicht en horizontalere verhoudingen) *meer* toezicht moeten houden, omdat de daadwerkelijke zorg en de verantwoordelijkheden die daarbij horen steeds meer op afstand door verschillende private spelers wordt geleverd (Kist & Hutschemaekers, 2006). Deze tegenstrijdige situatie is nog groter bij medisch specialistische zorg. Juist de medisch specialisten hebben een sterke autonomie binnen de organisatie van zorgaanbieders (RVZ, 2009). Daardoor lijkt deze zorg lastig van buitenaf bij te sturen (zie Noordegraaf, 2007; Harrison, 1994).

De inspectie bevindt zich dus in een uiterst complexe omgeving, met vele stakeholders en grote belangen. Zij dient in dit domein sturing te geven aan een van de moeilijkst te sturen beroepsgroepen die er is. Dit doet zij vanuit een positie die ver af staat van de daadwerkelijke dienstverlening, met een relatief kleine organisatie. Ondanks al deze moeilijkheden heeft ze de verantwoordelijkheid vanuit de overheid om voor de Nederlandse burger de kwaliteit van de zorgverlening zo goed mogelijk te garanderen. De vraag is of de IGZ wel in staat is om zo'n belangrijke overheidstaak te bewerkstelligen.

1.2 Doelstelling

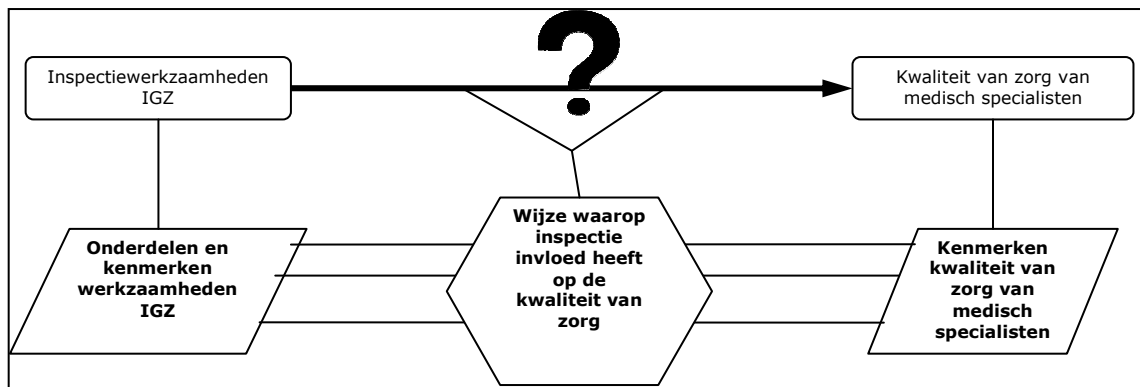
Zoals hierboven is beschreven zal de IGZ om moeten gaan met haar veranderde positie (zie ook hoofdstuk 2). Haar verantwoordelijkheid om goede zorg voor de Nederlandse patiënt zoveel als mogelijk is te garanderen blijft behouden. Al enkele jaren is nagedacht hoe deze nieuwe rol het best opgepakt kan worden. Verschillende nieuwe manieren van werken zijn ingevoerd (zie paragraaf 2.4). Dit onderzoek heeft tot doel om de wijze te verklaren waarop de huidige werkwijze van de IGZ invloed heeft op de kwaliteit van de zorg die medisch specialisten leveren.

Specifiek betekent dit dat ten eerste vanuit de theorie wordt gekeken naar de manieren waarop inspectiewerkzaamheden kunnen worden ingekleed. Ook wordt

vanuit die focus gekeken naar de manier waarop de IGZ haar werkzaamheden in de praktijk uitvoert. Ten tweede staat de kwaliteit van medisch-specialistische zorg centraal. Belangrijk hierbij is waaruit deze kwaliteit bestaat, waarom hij wel of niet anders is dan andere vormen van kwaliteit van dienstverlening en waardoor of door wie de kwaliteit wordt bepaald. Ook hierbij zal de blik zowel op de theorie als op de praktijk in de Nederlandse gezondheidszorg gericht zijn.

In de laatste stap wordt een relatie gelegd tussen de bovenstaande twee deelonderwerpen door te kijken hoe, met de kennis van de werkzaamheden van de IGZ en de kenmerken van medisch-specialistische zorg, er sprake is van invloed van de inspecties op de zorgverlening. Het gaat hierbij om welke factoren van beide kanten belemmerend of stimulerend zijn voor de mate van invloed die de IGZ heeft en welke kenmerken van de zorg ervoor zorgen dat de ene methode van de IGZ beter werkt dan de andere. Bij de beantwoording van deze vragen speelt ook theorie een rol over de manieren waarop inspecties invloed kunnen hebben.

Schematisch ziet dit er als volgt uit:



Figuur 1: Schematisch overzicht onderzoek

Om de relatie tussen de inspectiewerkzaamheden van de IGZ en de kwaliteit van zorg van medisch specialisten bloot te leggen zullen beide concepten worden 'opgedeeld' in verschillende onderdelen en kenmerken. Hierdoor kan bekeken worden welke onderdelen en kenmerken van de inspectiewerkzaamheden daadwerkelijk behulpzaam zijn bij het verkrijgen van invloed op de zorg van medisch specialisten en welke niet. Op deze manier kan ook verklaard worden waarom de invloed in sommige gevallen groter is dan op andere.

1.3 Vraagstelling

Om tot het doel van dit onderzoek te komen staat de beantwoording van de volgende vraag centraal:

Op welke wijze heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg invloed op de kwaliteit van de zorg van medisch specialisten, en hoe is dit te verklaren?

Om deze centrale vraag te beantwoorden zijn de volgende deelvragen van belang. Zij staan centraal in het onderzoeksproces en geven richting aan de onderwerpen van dit onderzoek. Deze deelvragen zijn deels theoretisch en deels empirisch van aard:

Theoretisch

1. *Hoe worden in de literatuur verschillende vormen van inspecties gekenmerkt?*
2. *Welke factoren zijn bepalend voor de kwaliteit van zorg van medisch specialisten?*
3. *Wat is de rol van medisch specialisten als professionals in de zorgverlening?*
4. *Hoe kunnen inspecties volgens de literatuur van invloed zijn op de factoren uit deelvraag 2?*

De basis voor de theoretische deelvragen wordt gevormd door het figuur in paragraaf 1.2. Met de eerste deelvraag wordt de basis gelegd voor de empirische dataverzameling over de methode, stijl en focus waarmee de IGZ werkt. De tweede deelvraag gaat in op de zijde van de zorg. De beantwoording hiervan geeft inzicht in de factoren die bepalend zijn voor de kwaliteit van zorg die zij leveren. Ook de derde vraag focust op de zorg en kijkt specifiek naar de rol van de professional. De vierde deelvraag gaat over de manieren waarmee invloed kan worden uitgeoefend op de factoren die bij de beantwoording van deelvraag 2 naar voren zijn gekomen.

Empirisch

5. *Hoe heeft de IGZ haar inspectiewerkzaamheden bij medisch-specialistische zorg ingekleed?*
6. *Hoe zien de inspecteurs van de IGZ hun invloed op de kwaliteit van zorg van medisch specialisten?*
7. *Hoe zien de medisch specialisten de invloed van de IGZ op de kwaliteit van de door hen geleverde zorg?*
8. *Hoe is de invloed die de inspecties op medisch-specialistische zorg hebben te verklaren?*

Met de antwoorden op de theoretische deelvragen als basis, verwoord in het theoretisch kader in hoofdstuk 3, wordt door middel van het empirische deel van dit onderzoek een antwoord gegeven op de vier empirische deelvragen. Allereerst wordt

met deelvraag 5 gekeken naar de wijze waarop de IGZ probeert haar invloed uit te oefenen op de zorg. In deelvragen 6 en 7 wordt vanuit de kant van de inspectie respectievelijk de kant van de medisch specialisten gekeken naar de (wijze waarop) de IGZ invloed heeft op de kwaliteit van zorg. In deelvraag 7 wordt een verklaring gegeven voor de antwoorden op deelvragen 5 en 6.

1.4 Relevantie

Het onderwerp van dit onderzoek komt terug in een aantal belangrijke aandachtsgebieden uit de bestuurs- en organisatiewetenschap. Ten eerste focust het op professionalisme, en op de spanning die bestaat tussen de autonomie van professionals en sturing door anderen. Daarnaast heeft het onderwerp te maken met *accountability* en de vraag wie uiteindelijk verantwoordelijk is voor de diensten die geleverd worden in een organisatie met een duidelijke publieke functie en met vele stakeholders. Ook speelt het thema van *governance*. Hierbij gaat het om de vraag hoe dienstverlening het best georganiseerd kan worden in het kader van de verdeling van macht en verantwoordelijkheid. Overkoepelend gaat het om de vraag hoe je, gegeven de bovenstaande onderwerpen, de burger, en in dit geval de patiënt, het beste de dienst kunt leveren die hij verlangt.

Doordat dit onderzoek zich specifiek op de invloed van inspecties op medisch-specialistische zorg richt, vult het een gat in onderzoek dat op dit punt bestaat (Ngo et al, 2008). Door de veranderingen in de gezondheidszorg en de nieuwe methoden die de IGZ hanteert, zijn er over hoe deze methoden in de praktijk werken nog weinig empirische gegevens. Veel onderzoek richt zich op het onderscheiden van stijlen van inspectie en manieren waarop gewerkt wordt. Onderzoek dat een relatie legt tussen deze onderwerpen en het daadwerkelijke hiervan is schaars en, gezien de dynamische veranderingen van de afgelopen jaren, "*much needed*" (Kist & Hutschemaekers, 2005; Ngo et al, 2008:58).

De uitkomsten van dit onderzoek staan hier dan ook sterk mee in relatie, doordat het onderwerp waar deze scriptie over gaat zich bevindt te midden van de verschillende grotere thema's die hierboven staan beschreven. Zo zal een geringe mate van invloed op medisch-specialistische zorg van de IGZ inzicht geven in de mate waarin de overheid haar verantwoordelijkheid *kan* nemen voor verantwoorde zorg. Hiermee kunnen er dus vragen gesteld worden bij *accountability* en politieke verantwoordelijkheid. Ook kunnen dergelijke uitkomsten leiden tot de vraag wat dit

betekent voor de organisatie van de Nederlandse zorgsector: zijn de verantwoordelijkheden en taken, met die nieuwe inzichten, nog wel goed verdeeld? Met andere woorden, het beantwoorden van de centrale vraag van dit onderzoek is relevant voor de beantwoording van vele andere vragen die binnen de bestuurs- en organisatiewetenschap, en in het bijzonder het (publiek) management van de gezondheidszorg, kunnen worden gesteld.

De maatschappelijke relevantie van dit onderzoek komt op twee punten naar voren. Allereerst kan het de inspectie helpen om, in het licht van de maatschappelijke aandacht die haar activiteiten krijgen, kritisch naar haar werkwijze te kijken. Ook kan dit onderzoek gezien worden als een evaluatie van de effectiviteit van de 'nieuwe' werkwijze van de IGZ die nu enkele jaren wordt gehanteerd. Hierbij wordt gebruik gemaakt van selectief toezicht door middel van een gefaseerde aanpak met een focus op prestatiemetingen. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen input leveren om de effecten van de inspecties te vergroten. Ze geven immers inzicht in de effectiviteit van de verschillende onderdelen van de huidige werkwijze.

Naast de praktische relevantie voor de IGZ zelf geeft dit onderzoek ten tweede ook input voor de politiek-maatschappelijke discussie op zich. In deze discussie staat vooral centraal wat de inspectie zou moeten bijdragen. De vraag wat de mogelijkheden zijn waarmee de IGZ daadwerkelijk kán ingrijpen wordt hierbij enigszins ondergesneeuwd. Juist op deze vraag focust dit onderzoek zich en het hoopt met deze focus dan ook een bijdrage te leveren aan deze discussie.

1.5 Leeswijzer

In **hoofdstuk twee** zal verder ingegaan worden op de context waarbinnen dit onderzoek plaats heeft, namelijk de Nederlandse gezondheidszorg. Centraal hierbij staan de veranderingen van de afgelopen jaren en de positie van zowel de overheid, de IGZ als de medisch specialisten hierin.

In **hoofdstuk drie** wordt het theoretisch kader gegeven. In dit hoofdstuk zullen de belangrijke concepten van dit onderzoek uitgewerkt worden. Vanuit de theorie zal aandacht worden besteed aan de drie onderdelen van dit onderzoek, zoals beschreven in paragraaf 1.2 en in figuur 1. Op basis van dit theoretisch kader zal een antwoord worden gegeven op de theoretische deelvragen en zullen enkele

verwachtingen worden geformuleerd ten aanzien van het empirische deel van dit onderzoek.

Hoofdstuk vier geeft de opzet weer waarmee de empirische data is verzameld die nodig is voor het beantwoorden van de empirische deelvragen die bij dit onderzoek centraal staan. Aandacht wordt besteed aan de keuze voor het type onderzoek, de methoden die zijn gebruikt en de verantwoording van de praktische uitwerking hiervan in bijvoorbeeld de casusselectie en de topiclijst van de interviews.

In **hoofdstuk vijf** worden de bevindingen uit de empirische dataverzameling besproken. Hierbij wordt ingegaan op alle facetten die in het theoretisch kader zijn uitgewerkt. Aan de hand van deze bevindingen zal in dit hoofdstuk een antwoord worden gegeven op de vier empirische deelvragen.

Afsluitend zal in de **conclusie** antwoord worden gegeven op de hoofdvraag. Daarnaast zullen het empirische en het theoretische deel van dit onderzoek aan elkaar worden gekoppeld.

In de **discussie** zal ten slotte gereflecteerd worden op de uitkomsten van het onderzoek en zal stil worden gestaan bij de vraag op welke manier verder onderzoek kan bijdragen aan meer inzicht over het onderwerp van deze scriptie.

2. Context: De Nederlandse zorgsector

In het eerste hoofdstuk zijn de probleem- en doelstelling van dit onderzoek besproken. Dit tweede hoofdstuk zal ingaan op de context van het onderzoek. Er wordt een overzicht gegeven van (ontwikkelingen in) de Nederlandse zorgsector, waarbij specifiek wordt ingegaan op de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en medisch specialisten hierin.

2.1 De Nederlandse gezondheidszorg in ontwikkeling

Van oudsher is de Nederlandse gezondheidszorg georganiseerd op een wijze die past binnen de traditie van het Nederlandse 'polderen'. De overheid is weliswaar verantwoordelijk voor de kwaliteit, toegankelijkheid en efficiëntie van de geleverde zorg, zij is niet in staat deze zorg zelf te leveren. Volgens artikel 22, lid 1 van de Nederlandse Grondwet "treft de overheid maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid" (Hoek, 2006:10). Met andere woorden, de overheid draagt nog steeds de "systeemverantwoordelijkheid" (Ministerie van VWS, 2003). Hiervoor is ze afhankelijk van privaatrechtelijke organisaties en zorgverzekeraars, die met deels publieke middelen de publieke taak van het leveren van 'goede zorg' uitvoeren (Ngo et al, 2008; RVZ, 2009). Binnen deze organisaties spelen professionals, met eigen tradities, codes en regels, weer een grote rol bij de daadwerkelijke dienstverlening aan de patiënt. Zorgaanbieders, en zeker de voor dit onderzoek relevante ziekenhuizen, kunnen dus worden gezien als 'hybride organisaties', die te maken hebben met verschillende stakeholders, sturingsmechanismen, culturen en *rationalities* (Ngo et al, 2008:9). Daarnaast moeten ze rekening houden met de markt, de overheid, de maatschappij én de medische professie bij het besturen van hun instelling (Putters, 2009). De zorgsector kan dan ook wel worden gedefinieerd als een 'publiekprivate mix' van verschillende coördinatiemechanismen.

Om als overheid aan haar verantwoordelijkheid recht te doen is op 1 januari 2006 een aantal nieuwe wetten in werking getreden dat de organisatie van de gezondheidszorg ingrijpend heeft gewijzigd. Met de invoering van de Zorgverzekeringswet, de Wet Toelating Zorginstellingen en de Wet Marktordening Gezondheidszorg is een veranderingsproces ingezet om te komen van aanbod- naar vraaggestuurde zorg (RVZ, 2009). Zorgverzekeraars zijn vanaf 2006 dan ook vrij om onderling te concurreren. Als 'klant' van de ziekenhuizen zijn ze erbij gebaat om

goedkope zorg aan te kunnen bieden aan hun eigen 'klanten', de burgers (Hoek, 2006). Zij zijn dan ook vrij om de beste contracten bij zorgaanbieders naar keuze af te sluiten, binnen door de overheid opgestelde kaders. Door dit systeem van concurrentie en marktwerking hoopt de overheid de efficiëntie, kwaliteit en toegang tot de zorg te vergroten (Ngo et al, 2008). De vraag is echter of dit de juiste manier is om de zorg te verbeteren. Ziekenhuizen zullen "hun beleidsresultaten dienen te definiëren in aan de markt ontleende termen van inzichtelijke prestaties, terwijl hybriditeit als zodanig juist niet bevorderlijk is voor eenduidigheid en overzichtelijkheid" (Universiteit van Tilburg, 2006).

2.2 Governance en kwaliteit van zorg

De logische vraag die uit de vorige paragraaf voortkomt, is wie nu waarvoor verantwoordelijk is voor de kwaliteit van zorg. De hierboven beschreven hybriditeit komt naar voren in de verschillende spelers die elk vanuit hun eigen rol betrokken zijn bij het besturen van de zorginstellingen, het leveren van de zorg en bij het toezicht houden op beiden (Putters, 2009).

Ziekenhuizen¹ zijn doorgaans georganiseerd als stichting. Dit betekent dat zij geen leden of aandeelhouders hebben, en geen winst mogen uitkeren (Hoek, 2006). Het wettelijk en dagelijks bestuur van een zorginstelling als een ziekenhuis is in handen van de Raad van Bestuur. Zij zijn managers die worden betaald voor hun bestuurlijke taken. Intern toezicht op de Raad van Bestuur wordt geregeld door de Raad van Toezicht, die "integraal toezicht houdt op het beleid van het bestuur en de algemene gang van zaken binnen de zorgorganisatie" (Hoek, 2006:12). In het bestuur van het ziekenhuis worden de artsen vertegenwoordigd door de voorzitter van de medische staf, die medeverantwoordelijkheid draagt voor het bestuur van een ziekenhuis (Hoek, 2006). In de medezeggenschap wordt de patiënt vertegenwoordigd in een cliëntenraad.

2.2.1 De positie van medisch specialisten

Medisch specialistische zorg wordt verleend in deze ziekenhuizen. De meeste medewerkers van het ziekenhuis zijn in loondienst van de ziekenhuisstichting, die wordt bestuurd door de hierboven genoemde Raad van Bestuur. Dit geldt echter niet voor het grootste deel van de Nederlandse medisch specialisten. Zij zijn voor 75%

¹ Omdat dit de zorginstellingen zijn waar medisch-specialistische zorg wordt verleend, zal ik op de ziekenhuizen verder ingaan.

'vrij gevestigd' en oefenen 'voor eigen rekening en risico' hun vak uit (Hoek, 2006; RVZ, 2009)². Zij maken gebruik van de voorzieningen van de ziekenhuisstichting, maar zijn samen met vakgenoten georganiseerd in maatschappen en zijn dus een eigen rechtspersoon. Zij vallen hiërarchisch in deze gevallen dan ook *niet* direct onder het bestuur van het ziekenhuis. Dit geeft hen een grotere autonomie over hun eigen werk dan de overige medewerkers die binnen de zorginstelling werken.

Deze autonome positie van vrijgevestigde medisch specialisten wordt vaak als problematisch gezien (zie RVZ, 2009; Hoek, 2006). Zo is de Raad van Bestuur (RvB) van een ziekenhuis verantwoordelijk voor alle zorg die binnen de muren van haar instelling verleend wordt, maar kan aan deze verantwoordelijkheid lastig invulling worden gegeven bij medisch specialistische zorg. Om deze verhouding duidelijker te maken, zijn al enkele keren maatregelen genomen³ waarin is getracht de wederzijds afhankelijke relatie tussen medisch specialist en RvB gestalte te geven. Echter, de kwaliteit van zorg van medisch specialisten blijft hierbij buiten schot door de vrijwillige basis van visitaties door collega's en de lastig van buitenaf op een algemene manier te beoordelen zorg die medisch specialisten leveren. De RVZ spreekt in dit kader over het "gat in het interne kwaliteitssysteem" (RVZ, 2009:44). Een voorbeeld, relevant bij dit onderzoek, van dit gat is de moeilijkheid waarmee het bestuur van een ziekenhuis de informatie kan bemachtigen die nodig is voor de eerste fase van het gefaseerde toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (zie paragraaf 2.3).

2.2.2 Kwaliteitsbewaking en de rol van de overheid

Zoals in paragraaf 2.1 is beschreven draagt de overheid ook na 2006 de systeemverantwoordelijkheid voor de Nederlandse gezondheidszorg. Daartegenover staat de eigen verantwoordelijkheid die zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben in het bewaken van de centrale waarden van kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid. Om aan zowel de systeemverantwoordelijkheid van de overheid als de eigen verantwoordelijkheid van de private spelers recht te doen, zijn verschillende wetten en organen in het leven geroepen om toezicht te houden op en kaders te

² Vooral in academische ziekenhuizen werken medisch specialisten vaak in ambtelijk dienstverband (RVZ, 2009) en zijn zij dus wel in loondienst bij de zorginstelling.

³ Zie o.a. de Integratiewet (2000) en diverse bepalingen in het Model Toelatingsovereenkomst (MTO) van de Orde van Medisch Specialisten dat als basis dienst voor vele contracten tussen medisch specialist en ziekenhuis. Hierin is geprobeerd in de onderlinge relatie tussen ziekenhuisbestuur en medisch specialisten verantwoordingslijnen tussen beide af te leggen.

stellen aan de Nederlandse gezondheidszorg (Kist & Hutschemaekers, 2006; Hoek, 2006). Zo stelt de overheid kaders aan de tarieven die voor verschillende vormen van zorgverlening kunnen worden gevraagd, stelt ze basiseisen aan de voorzieningen en nieuwbouw van zorgaanbieders en houdt ze toezicht op de marktwerking via de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

In de jaren '90 van de vorige eeuw is een aantal wetten aangenomen waarin de kwaliteit van de zorginstellingen (Kwaliteitswet Zorginstellingen, 1996) en de kwaliteit van de professionals in de gezondheidszorg (Wet Beroepen in de Gezondheidszorg (BIG), 1996) is gewaarborgd. Daarnaast werden op een aantal conferenties⁴, waarbij alle stakeholders, die bij de kwaliteitslevering in de gezondheidszorg betrokken waren, aanwezig waren, afspraken gemaakt over de kwaliteitsbewaking in de zorg (Ngo et al, 2008). Kwaliteit werd gezien als een taak van niet alleen de individuele professionals, maar van de sector als geheel. De traditionele aanpak, waarbij het medische perspectief voorop stond, werd losgelaten en vervangen door een aanpak waarbij het management en daarmee waarden als effectiviteit en efficiëntie belangrijker werden. De overheid zou op afstand toezicht houden op het toezicht op de kwaliteit vanuit de sector zelf (Kist & Hutschemaekers, 2006; Ngo et al, 2008).

Dit 'kwaliteitssysteem'⁵ bleek in de praktijk echter niet toereikend. Uit rapporten van de Algemene Rekenkamer en de Commissie-Abeln, die door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) werd ingesteld naar aanleiding van het rapport van de Rekenkamer, bleek dat de mogelijkheden van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) gering waren om daadwerkelijk de informatie te krijgen die noodzakelijk is voor een goed beeld van de kwaliteit van de geleverde zorg (Ngo et al, 2008). De IGZ moest directer betrokken worden bij de daadwerkelijke geleverde resultaten in de gezondheidszorg. Daarnaast moest ze zichtbaarder worden en zo zorgaanbieders stimuleren "*to take up their own responsibility for the care for quality*" (Ngo et al, 2008:12). In de volgende paragraaf staat beschreven hoe de IGZ deze nieuwe rol in haar werkzaamheden heeft vormgegeven.

⁴ De zogenaamde Leidschendam-conferenties (Ngo et al, 2008)

⁵ Een kwaliteitssysteem wordt omschreven als "het samenspel van de maatregelen die worden genomen om kwaliteit te kunnen leveren, de voorwaarden waaronder dat gebeurt en de organisatie van het kwaliteitsbeleid" (Walburg, 1997:34).

2.3 De Inspectie voor de Volksgezondheid

Het jaar 1865 wordt wel gezien als het 'geboortjaar' van het staatstoezicht op de volksgezondheid. In de eerste decennia werd nog vooral toezicht gehouden op de volksgezondheid. In de twintigste eeuw is het toezicht zich steeds meer gaan toespitsen op de gezondheidszorg, en in het bijzonder op de kwaliteit van de zorg (Kist & Hutschemaekers, 2006). Het wordt tegenwoordig uitgevoerd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Deze onafhankelijke inspectiedienst is onderdeel van het ministerie van VWS en is in 1995 ontstaan uit een fusie tussen de Geneeskundige Inspectie voor de Volksgezondheid, de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid en de Inspectie van de Volksgezondheid voor de Geneesmiddelen.

Zoals in de voorgaande paragraaf is beschreven, was haar taak aanvankelijk 'toezicht houden op toezicht'. De kwaliteitssystemen binnen de gezondheidszorg werden naar aanleiding van de 'Leidschendam-conferenties' (zie paragraaf 2.3) met alle betrokken stakeholders door de sector zelf opgesteld (Ngo et al, 2008). Uit rapporten van de Algemene Rekenkamer en de Commissie-Abeln bleek echter dat dit niet voldoende was (zie IGZ, 2001; Algemene Rekenkamer, 1999). De inspectiedienst zou (onder andere) burgers meer centraal moeten stellen, uniform moeten werken en worden georganiseerd als een 'flexibele kennisorganisatie' (IGZ, 2001). De afgelopen jaren heeft zij haar werkwijze aan de hand van deze nieuwe strategie aangepast. De IGZ heeft anno 2009 als missie het bevorderen van "*de volksgezondheid door effectieve handhaving van de kwaliteit van zorg, preventie en medische producten. De inspectie adviseert de bewindspersonen en maakt ten opzichte van de zorgaanbieders gebruik van advies, stimulans, drang en dwang als bijdrage aan verantwoorde zorg. De inspectie onderzoekt en oordeelt onpartijdig, deskundig, zorgvuldig en onafhankelijk van politieke kleur of heersend zorgstelsel*" (IGZ, 2009a). Haar autonomie komt tot uitdrukking in het credo "van de minister, maar voor de burger" (IGZ, 2001:9)

Het toezicht van de IGZ bestaat uit drie belangrijke werkwijzen. De eerste en meest omvangrijke is het *gefaseerde toezicht* en bestaat uit drie fases. Elke Nederlandse zorginstelling dient zich via deze weg jaarlijks te verantwoorden. Ten eerste wordt

zorgaanbieders⁶ aan de hand van een set van prestatie-indicatoren gevraagd om te rapporteren over hun prestaties. In jaargesprekken worden de instellingen aangesproken op de uitkomsten van deze lijsten. Wanneer zorginstellingen onder de maat presteren worden zij vervolgens bezocht door inspecteurs van de IGZ. Deze inspecteurs bekijken de oorzaken van de slechte scores op de indicatoren. Ten derde zal de IGZ, mocht dit nodig zijn, maatregelen nemen om de prestaties en kwaliteit te verbeteren. Binnen dit systeem zijn de prestatie-indicatoren cruciaal. Deze worden jaarlijks opnieuw opgesteld aan de hand van internationale maatstaven in samenwerking met zorgaanbieders en zorgprofessionals (Ngo et al, 2008:13; IGZ, 2009b).

Naast het gefaseerde toezicht maakt de IGZ ook gebruik van *calamiteitentoezicht*, waarbij naar aanleiding van meldingen van calamiteiten vanuit de zorg een onderzoek wordt gestart naar één specifieke situatie. Hierbij wordt gezocht naar de oorzaken van het probleem, de consequenties voor de kwaliteit van de zorg en naar manieren om het in de toekomst te voorkomen (Ngo et al, 2008; IGZ, 2009c). In de woorden van een IGZ-inspecteur: "Een calamiteit is vreselijk voor alle betrokkenen, maar het is ook een bron van informatie over het systeem en veiligheid" (www.medicalfacts.nl, 2009b).

Als laatste wordt *thematisch toezicht* ingezet om te kijken naar instellingsoverschrijdende problemen op een bepaald thema. Voorbeelden zijn onderzoeken naar de effecten van nieuw overheidsbeleid of naar specifieke zorgverlening in ziekenhuizen (IGZ, 2009d).

In het volgende hoofdstuk staat de focus van dit onderzoek centraal in een theoretisch kader over de mogelijkheden van sturing op medische professionals door middel van inspecties.

⁶ In het geval van ziekenhuizen wordt deze vraag gericht aan de Raad van Bestuur van de zorginstelling

3. Theoretisch kader: Sturing op professionals in de zorg

Dit hoofdstuk gaat in op de theoretische achtergrond van de centrale begrippen en thema's in dit onderzoek. Allereerst zal ingegaan worden op medisch specialisten als professionals en wat dit betekent voor hun positie en functie binnen een ziekenhuis (paragraaf 3.1). Vervolgens wordt gekeken naar sturing op professionals en inspectie of extern toezicht als middel in het sturen van professionals (paragraaf 3.2 en 3.3). In paragraaf 3.4 wordt het begrip 'kwaliteit van zorg' beschreven en bekeken op wat voor manieren het gebruikt kan worden. In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk wordt door middel van een samenvatting antwoord gegeven op de vier theoretische deelvragen en worden verwachtingen ten aanzien van het empirische deel geformuleerd. Deze vier theoretische deelvragen zijn:

1. *Hoe worden in de literatuur verschillende vormen van inspecties gekenmerkt?*
2. *Welke factoren zijn bepalend voor de kwaliteit van zorg van medisch specialisten?*
3. *Wat is de rol van medisch specialisten als professionals in de zorgverlening?*
4. *Hoe kunnen inspecties volgens de literatuur van invloed zijn op de verschillende factoren die de kwaliteit van zorg bepalen?*

3.1 De medisch specialist als professional

3.1.1 *Wie is eigenlijk een professional?*

Een van de eersten die concreet invulling gaf aan het begrip 'professional' of 'professionalisme' was Harold Wilensky (1964). Hij stelde de vraag wie nu eigenlijk professional was en wie niet, in een tijd waarin kennis en dienstverlening steeds belangrijker werden. In zijn ogen staan twee zaken centraal: expertise, opgedaan door middel van lange, gespecialiseerde training en normen die door de beroepsgroep zelf worden opgesteld, en waaraan een professional zich dient te houden (Wilensky, 1964). Professionalisme is in deze zin "*applying general, scientific knowledge to specific cases in rigorous and therefore routinized or institutionalized ways*", waarbij de *inhoud* van het beroep wordt ingevuld door middel van de scholing en de *controle* wordt geregeld door middel van de eigen professionele associaties (Noordegraaf, 2007:765-6)⁷. In deze 'klassieke' invulling van het begrip heeft het beroep een lang proces doorlopen waarin de scholing steeds uitgebreider en

⁷ Noordegraaf (2007) spreekt oorspronkelijk over *content* (inhoud) en *control* (controle)

exclusiever wordt, er een professionele associatie wordt opgericht en waarin het beroep aan licenties wordt gebonden. Volgens deze definitie zijn er maar enkele beroepen die zich daadwerkelijk professional kunnen noemen; voorbeelden zijn rechters, advocaten en artsen (Wilensky, 1964; Noordegraaf, 2007).

Echter, de afgelopen jaren is er veel discussie ontstaan over de vraag of dit wel de ware definitie is van professionals. Andere beroepsgroepen (financiële experts, ICT'ers, architecten etc.) organiseren zichzelf net als de 'klassieke' professionals in eigen beroepsassociaties. Daarnaast wordt de expertise van professionals zoals artsen steeds meer in twijfel getrokken in de hedendaagse, complexe kennismaatschappij (Noordegraaf, 2007). Ook groeit de controle van buitenaf op de professionals in het kader van neoliberalisme en de vraag om meer *accountability* (Hood, 1991). Met andere woorden, zowel op de *inhoud* van het werk als op de *controle* of dit werk 'goed' is uitgevoerd wordt inbreuk gepleegd op de professionele autonomie. Dit betekent echter niet dat het begrip professional overboord kan worden gegooid; het duidt eerder op een verandering in het denken over professionalisme. De focus wordt minder gelegd op de scholing en beroepsnormen (de 'harde' kant van professionalisme), maar meer op het kunnen omgaan met complexiteit en het geven van (extra) toegevoegde waarde aan een organisatie. De term professional duidt steeds meer op *reflexive practioners* die hem gebruiken om hun werk waarde en legitimiteit te geven. Het geeft hen daarmee "*software of control*" in handen in de 'strijd' tussen de verschillende controlemechanismen van markt, publieke verantwoording en professionalisme (Noordegraaf, 2007:778; Freidson, 2001) en daarmee het behoud van hun eigen autonomie.

3.1.2 Medisch specialisten als professionals

Medisch specialisten kunnen worden gezien als een prototypisch voorbeeld van professionals in de klassieke zin van het woord, maar ook in de nieuwere, postmoderne betekenis(sen) past het. De complexiteit van de Nederlandse zorgsector zorgt ervoor dat vele actoren betrokken zijn bij de waarborging van de kwaliteit en de bedrijfsvoering. Via verschillende manieren wordt, vanuit coördinatiemechanismen die hun oorsprong vinden in Nieuw Publiek Management en *accountability*, geprobeerd invloed uit te oefenen op de werkzaamheden van professionals (zie paragraaf 2.2; Hood, 1991; RVZ, 2000). Het blijkt echter dat de positie van medisch specialisten een bijzondere is; de kennis en status die zij hebben maken het lastig voor het ziekenhuismanagement om ze binnen de

organisatiehiërarchie te brengen. Zo blijkt uit onderzoek in Groot-Brittannië (Harrison, 1999; Harrison & Ahm, 2000) dat ondanks de invoering van marktwerking en een grotere invloed van managers in het domein van de 'klinische autonomie' (Harrison, 1999) van de artsen, zij toch degenen zijn die de 'macht' in hun domein hebben behouden. Er was eerder sprake van een professionalisering van het management dan van een inperking van de professionele autonomie. Hoewel de grenzen van het professionele domein dus lijken te vervagen, en de term professional meer hybride wordt (Noordegraaf, 2007), blijft de klinische autonomie van de medisch specialist als professional intact.

3.1.3 Klinische autonomie verder uitgewerkt

Dat medisch specialisten als professional een hoge mate van klinische autonomie behouden zegt op zichzelf nog niet veel over wat dit inhoudt voor het sturen van deze beroepsgroep. Harrison en Ahm (2000:130-1) geven de elementen van de autonomie van artsen, zoals deze zich op het microniveau van het werk van individuele beroepsbeoefenaars voor doen. Op deze verschillende punten blijkt de arts nog steeds in grote mate bepalend voor de geleverde zorg.

- *Controle over diagnoses en behandeling*: artsen zijn in staat om zelf de diagnose en behandeling voor patiënten te stellen. Hoewel deze vorm van autonomie logisch lijkt, wordt hij al snel ingeperkt door bijvoorbeeld voorschriften of budgetrestricties (Harrison en Ahm, 2000).
- *Controle over de evaluatie van geleverde zorg*: de beroepsgroep oordeelt zelf over de geschiktheid van zorg in individuele gevallen door bijvoorbeeld *peer review*. Hierin worden klinische indicatoren steeds belangrijker. Deze manier van evalueren kan een bedreiging gaan vormen voor de autonomie van artsen wanneer zij de greep op de samenstelling ervan verliezen (Wollersheim et al, 2007).
- *Controle over de medische taken*: de mogelijkheden voor artsen om hun eigen taken, prioriteiten en *workload* vast te stellen.
- *Contractuele onafhankelijkheid*: de arts is contractueel vrij om zijn praktijk te voeren en heeft bij meningsverschillen geen ondergeschikte positie ten opzichte van het instellingsmanagement.

Zoals we hieronder in paragraaf 3.4 zullen zien, geeft deze verdere uitwerking van het begrip klinische autonomie weer dat de controle die de artsen over hun werk hebben invloed heeft op de geleverde kwaliteit van zorg door de medisch specialisten.

3.2 Sturen van professionals: een onmogelijke opgave?

Zoals in de vorige paragraaf is beschreven hebben professionals per definitie een grote mate van autonomie. Echter, omdat de verantwoordelijkheid van hun werk niet uitsluitend bij henzelf ligt, is het voor degenen die (mede)verantwoordelijkheid dragen van belang hun gedrag te controleren en indien nodig te sturen. Hieronder zullen allereerst de moeilijkheden van deze sturing benoemd worden. Vervolgens zal aangegeven worden waarom sturen (toch) relevant is, en op welke manier inspectie hierbij een rol kan spelen.

3.2.1 Moeilijkheden bij het sturen van professionals

Elk individu is anders. Dit betekent dat elk 'product' dat medewerkers van dienstverlenende organisaties afleveren anders is; diensten worden immers geleverd in interactie tussen medewerker en cliënt (zie Van der Aa & Elfring, 2003). Doordat deze situaties altijd verschillen, heeft de medewerker op de werkvloer (de *street-level* bureaucraat (Lipsky, 1980)) per definitie een zekere discretionaire ruimte om met de verschillende situaties en mensen om te kunnen gaan.

Deze autonomie wordt in het geval van professionals nog verder versterkt. Staat de 'normale *street-level* bureaucraat' nog hiërarchisch onder de manager, een professional heeft per definitie een meer aparte positie, waarbij de mogelijkheden om direct in het werk van de professional in te grijpen kleiner zijn. Immers, zoals in de vorige paragraaf is beschreven, vindt de *controle* van het werk van professionals door de beroepsgroep plaats, in plaats van door managers. Ook uit de *inhoud* van het werk volgt dat het lastiger is voor managers om het werkproces van bijvoorbeeld artsen te sturen. De expertise die voor dit werk nodig is, vermindert de legitimiteit en mogelijkheden voor managers om in te grijpen. Sturing op het werk van professionals zal dan ook op andere manieren moeten gebeuren, zeker in die gevallen waar de klinische autonomie van de arts groot is (zie de vorige paragraaf).

Zoals in paragraaf 2.2 is beschreven kan de mate waarin de medisch specialist als professional een onafhankelijke positie in de organisatie heeft verschillen. Hoewel in dat geval dus ook de mate waarin bovenstaande opgaat verschilt, blijft het principe van de professionele ruimte in *controle* en *inhoud* ook in deze gevallen bestaan.

3.3 Inspectie

In de literatuur over overheidsinspecties en hun werkzaamheden kan een onderscheid gemaakt worden tussen verschillende visies. In de eerste plaats kan gekeken worden naar inspecties als coördinatiemechanisme. In dat geval worden inspecties gezien als onderdeel van een governancestelsel. Aan de andere kant wordt er in de literatuur ook naar inspecties gekeken als activiteit, waarbij voornamelijk de (sociale) relaties tussen inspecteur en geïnspecteerde centraal staan.

3.3.1 Inspectie als coördinatie

Inspectie⁸ is een manier voor de overheid "to detect violations and penalize the violations" in de naleving en uitvoering van wet- en regelgeving (Bardach & Kagan, 1982:xxix). Om dit te doen, bestaan speciale diensten die, op basis van wetten, informatie vergaren over de werkzaamheden van personen, diensten en/of organisaties en hierover aan de verantwoordelijke rapporteren. Vanuit medisch perspectief wordt *supervision* wel omschreven als "the provision of monitoring, guidance and feedback on matters of personal, professional and educational development in the context of the doctor's care of patients" (Kilminster & Jolly, 2000:828). Ngo et al. (2008:5) onderscheiden verschillende karakteristieken van deze vorm van coördinatie, in lijn met de definitie van Bardach & Kagan:

- Er is een verplichting voor de geïnspecteerde
- Er is een uitwisseling van informatie tussen de geïnspecteerde (organisatie) en een forum (gerepresenteerd door een organisatie, persoon of dienst)
- De geïnspecteerde geeft uitleg van zijn werkzaamheden, acties en consequenties aan dit forum
- Het forum beoordeelt deze werkzaamheden, acties en consequenties en straft of beloont de geïnspecteerde op basis van zijn oordeel

Naast deze karakteristieken is een gangbaar onderdeel van de definitie van inspecties in de literatuur dat zij uitgevoerd worden door een persoon (de inspecteur). Hij heeft grote invloed op het oordeel en de invloed van de inspectiedienst op de werkzaamheden van de geïnspecteerde (zie May & Wood, 2003; Sparrow, 2000).

⁸ Dit coördinatiemechanisme wordt in de literatuur op vele manieren beschreven. Ngo et al (2008) spreken over *supervision* wanneer zij het hebben over de IGZ, anderen over *external review of external quality assurance*. Het gaat in alle gevallen over externe kwaliteitsbewaking door middel van de karakteristieken beschreven door Ngo et al (2008:5)

In de literatuur worden verschillende perspectieven genoemd waarom inspecties relevant zijn in een governancestelsel in het publieke domein zoals dat van de Nederlandse gezondheidszorg (Ngo et al, 2008):

- Vanuit democratisch perspectief zorgen zij voor de link tussen de geleverde kwaliteit door de zorgaanbieder en de ministeriële verantwoordelijkheid, verankerd in de Grondwet, voor kwaliteit, bereikbaarheid en betaalbaarheid van de zorg (zie Bovens, 2007).
- Vanuit juridisch perspectief zorgt het voor *checks and balances* bij de verdeling van verantwoordelijkheden binnen de organisatie van de gezondheidszorg. Het is in deze zin een manier om nalatigheid en fouten te detecteren en te bestraffen.
- Vanuit wat Ngo et al (2008:6) noemen het 'cybernetisch' perspectief kunnen inspecties dienen voor reflexiviteit en leren, waarbij input van de inspectie de basis vormt voor verbeteringen.

Vanuit het perspectief van de overheidsdienst (Bardach & Kagan, 1982) komen vooral het eerste en tweede perspectief naar voren. Het derde perspectief zien we sterk terug in de definitie van Kilminster & Jolly (2000) die vanuit een medisch (en dus professioneel) standpunt is geformuleerd.

3.3.2 *Inspectie als activiteit*

Veel literatuur, zoals ook hierboven is beschreven, kijkt vooral institutioneel naar de wijze waarop inspectie of *supervision* zorgt voor kwaliteitsverbetering. Echter, de basis van de invloed van inspecties wordt, naast de wettelijke basis van waaruit zij werken, gevormd door de 'methoden en technieken' die als middel worden toegepast. In de woorden van May & Wood (2003:120): "*a central ingredient of any enforcement regime is the inspector in enforcing regulations*".

In het algemeen wordt een onderscheid gemaakt tussen verschillende stijlen in het bewerkstelligen van medewerking of navolging (May & Wood, 2003; Bardach & Kagan, 1982; Sparrow, 2000). Deze verschillende stijlen zijn te plaatsen op een schaal, die voortkomt uit de uit de discretionaire ruimte van de inspecteurs (zie Lipsky, 1980). Deze schaal loopt van een strikte, formele inspectiestijl tot een stijl die gebaseerd is op vertrouwen, wederkerigheid en flexibiliteit (zie Bardach & Kagan, 1982, hoofdstuk 5). Deze schaal vormt tegelijkertijd een balans: "*regulatees value clarity in expectations, consistency in procedures, and the benefit of the doubt when deficiencies are found. But inspectors must be able to strike a proper balance to*

encourage cooperation without allowing them to be manipulated into ignoring substantial violations” (May & Wood, 2003:135).

3.4 Kwaliteit van zorg van medisch specialisten

Over het algemeen heeft de Nederlandse burger veel vertrouwen in de kwaliteit van de medisch-specialistische zorg. Metingen in maart 2005 geven een vertrouwenscijfer aan van 85% (Westert, 2006:6). Maar is dit vertrouwen gegrond?

Allereerst is het belangrijk om in te zien dat de kwaliteit van dienstverlening in de zorg een andere is dan de kwaliteit van dienstverlening in het algemeen. Bij deze laatste vorm staat vooral de beleving van de klant centraal, voortkomend uit het definiërende karakter van een dienst als interactie. Een goed voorbeeld van deze manier van kijken naar kwaliteit van dienstverlening is het SERVQUAL-model (Zeithaml, Parasuraman & Berry, 1990 in Van der Aa & Elfring, 2003). Drie factoren compliceren volgens Walburg (1999) de kwaliteit van dienstverlening in de zorg:

- De zaken waarop een patiënt zijn of haar zorg kan beoordelen zijn voor hem of haar lastig te meten, omdat ze gaan over het medische proces. Om dit goed te beoordelen is medische(-specialistische) kennis nodig.
- De patiënt is niet degene die de zorgdienst 'koopt'. Dit doet de zorgverzekeraar. Hierdoor zal de cliënt geen kostenafweging maken. Daarentegen komt er een tweede 'cliënt' in het spel: de zorgverzekeraar.
- In de interactie tussen arts en patiënt bestaat een afhankelijke relatie. "Hij koopt geen dienst in een zakelijke afweging. [...] De dienst voegt niet iets toe aan de kwaliteit van zijn leven maar is nodig om kwaliteitsverlies te voorkomen" (Walburg, 1999:268). Hieruit volgt ook dat aandacht voor onzekerheid en angst een wezenlijk onderdeel is van de kwaliteit van de geleverde zorg.

Deze drie zaken zorgen ervoor dat de medische expertise belangrijker is in het beoordelen van de vraag of er sprake is van kwalitatief goede zorg. Dit geldt voor de medische handeling, maar ook voor de interactie tussen patiënt en arts. De patiënt bevindt zich in een afhankelijke situatie, waarbij de kennis over 'wat goed voor hem is' zich voornamelijk bij de arts bevindt. Wanneer we kijken vanuit de het perspectief van de geneeskunde is er inderdaad goede reden tot vertrouwen. Westert (2006) geeft hiervoor de argumentatie: "*In Nederland [beschikken we] over hoogopgeleide artsen die continu op de hoogte worden gehouden over de laatste stand van de*

wetenschap, met behulp van wetenschappelijke overzicht artikelen, meta-analyses en door vakgenoten opgestelde professionele standaarden” (Westert, 2006:9). Zoals Harrison (1999) al aangaf, vindt de kwaliteitscontrole voornamelijk vanuit de beroepsgroep plaats, door middel van het baseren van hun medisch handelen op de laatste medisch kennis en het opstellen van standaarden en richtlijnen door de eigen vakgenoten. De kennisbasis bestaat dan ook om op de gebieden waar de kennis voorhanden is goede zorg af te leveren.

In de praktijk blijkt het bovenstaande echter vaak een ideaalbeeld. Zo blijkt uit de ‘medische missers’ uit hoofdstuk één al dat niet zomaar kan worden uitgegaan van ‘kwalitatief goede zorg’. Er zitten verschillen in de kwaliteit van de geleverde zorg door medisch specialisten. Uit onderzoek van onder andere de Nederlandse Hartstichting blijkt dat 89% van de cardiologen in Nederland niet volgens de door hun vakgenoten opgestelde richtlijnen werken. Dit afwijkend handelen kan leiden tot een negatief verschil van 10 procentpunten in extra opnames in het ziekenhuis van hartpatiënten, zo blijkt uit internationaal vergelijkend onderzoek (Komajda et al, 2005 in Westert, 2006). Dat niet altijd exact volgens de geldende normen en richtlijnen gehandeld wordt, is te verklaren: in 1995 was het aantal wetenschappelijke artikelen dat een medisch specialist per dag zou moeten lezen om *up-to-date* te blijven al 20 (Davidoff et al, 1995 in Westert, 2006). Een deel van de kwaliteit van de geleverde zorg wordt dus bepaald in de specifieke situatie, bijvoorbeeld door de ervaring, intuïtie en kunde van de individuele arts.

De kloof tussen de collectieve kennis van de medische professie aan de ene kant en het handelen van individuele artsen kan volgens Westert (2006) voortkomen uit twee oorzaken. Ten eerste speelt de *context* waarbinnen de arts werkt een rol. Hierbij spelen de faciliteiten van het ziekenhuis (de operatiefaciliteiten, de beschikbaarheid van bedden etc.) een rol. Ook speelt binnen de context het type honorering mee. Deze context verklaart echter niet volledig de verschillen tussen artsen. De tweede belangrijke factor komt voort uit de *autonomie van de medische professie*. Het opstellen van richtlijnen is in dit kader paradoxaal: aan de ene kant is het een uiting van de zelfcontrole van de professional, aan de andere kant kan het gebruikt worden om verdergaande externe controle op de medische professie mogelijk te maken. Deze ‘strijd’ (zie paragraaf 3.1) en de weerstand die er tegen externe invloeden bestaat, zorgt voor een tweede oorzaak van de kloof tussen collectieve kennis en individueel handelen.

3.4.1 Kwaliteit en meetbaarheid

Het meten van kwaliteit wordt steeds belangrijker in het licht van de ontwikkelingen beschreven in hoofdstuk 2. Het bereiken van kwaliteit wordt steeds meer een gedeelde verantwoordelijkheid en daarmee een deel van het managementsysteem (Walburg, 1997). In lijn met wat in de vorige paragraaf is beschreven, werd aanvankelijk vooral gekeken in hoeverre zorg afwijkt van de academische norm of standaard. Later echter is dit doel genuanceerd: "*an enterprise as large as medical care will always produce variations in approach. Rather, the goal should be to reduce variations that are highly aberrant that reflect supply factors rather than scientific knowledge, or that reflect idiosyncrasies of physicians rather than the values, needs, or wants of their patients*" (Wennberg, 1985, in Walburg, 1997:31). Deze *supply factors*, die kunnen zorgen voor beperkingen voor 'goede zorg' komen overeen met de in paragraaf 3.4 beschreven *context*. De *idiosyncrasies* van de artsen komen voort uit de beschreven *autonomie*.

Om op deze manier de kwaliteit te meten, wordt veel gebruik gemaakt van certificering of prestatie-indicatoren. Hiermee wordt getracht op een algemene manier een integraal oordeel te kunnen vellen over de geleverde kwaliteit. Voorbeelden hiervan zijn de internationale ISO-standaarden, het EFQM-model, maar ook de prestatie-indicatoren die de IGZ hanteert als basis voor de eerste fase van het gefaseerde toezicht (Walburg, 1997; IGZ, 2009b). Onder Nederlandse artsen blijkt echter weerstand te bestaan tegen het opstellen en gebruiken van deze kwantitatieve meetmethode voor de resultaten van hun werk (Wollersheim et al, 2007).

3.4.2 Kwaliteit en kwaliteitsbewaking

Er is binnen de literatuur veel discussie over de vraag in hoeverre verschillende mechanismen bij kunnen dragen aan daadwerkelijke kwaliteitsverbetering of zelfs kwaliteitsborging (*quality assurance*). Buetow en Roland (1999) onderscheiden verschillende methoden waarop getracht wordt deze garantie op kwalitatief goede zorg te geven. Inspecties vallen in de visie van deze auteurs onder de categorie *quality assurance*. In kolom twee van onderstaande tabel worden van deze categorie enkele belangrijke kenmerken genoemd.

	<i>Quality assessment</i>	<i>Quality Assurance</i>	<i>Clinical audit</i>	<i>Continuous quality improvement</i>
Doel	Identificeren van discrepanties tussen gewenste en daadwerkelijk geleverde zorg	Bereiken en volhouden van een acceptabele standaard voor zorgverlening	De zorg op één bepaald punt verbeteren om aan de behoeften op dat specifieke punt te voldoen	Het verbeteren van het totale systeem van zorgverlening als onderdeel van de dagelijkse activiteit (van het management)
Filosofie	Professionals kunnen door middel van hun dagelijkse werk deze discrepanties verkleinen	Wanpraktijken kunnen worden opgespoord, en onvoldoende zorg kan worden verbeterd	Zelfevaluatie door de professionals leidt tot <i>best practices</i>	Wat goed is kan verder verbeterd worden
Methode	Prestatiemetingen op basis van standaarden, investeren in selectie en training van professionals	Interne of externe inspecties om wantoestanden te detecteren en te verhelpen	<i>Peer review</i> door professionals	<i>Total quality management</i> door middel van leiderschap, management en cultuur
Valkuilen en limitaties	Het is lastig om alles te meten Er is geen garantie dat aanpassingen ook daadwerkelijk worden gemaakt	Het is lastig om alles te meten Kan stuiten op defensieve houding van de geïnspecteerden	Professionals missen de tijd en de kennis om goede <i>audits</i> uit te voeren Lastig te meten in hoeverre deze methode leidt tot daadwerkelijke kwaliteitsverbetering	Waarden zoals efficiency gaan centraal staan, waardoor de 'echte' kwaliteit achtergesteld wordt

(naar Buetow & Roland, 1999:184-188)

3.4.3 Inspectie en kwaliteit

Inspecties worden dus voornamelijk gebruikt als methode bij de tweede vorm van kwaliteitsbewaking uit het schema van Buetow & Roland (1999). Focus hierbij is om wantoestanden te detecteren en te verhelpen. Valkuilen van deze methode zijn de moeilijkheid om extern informatie te vergaren die nodig is voor een valide beoordeling en een mogelijk defensieve houding van de geïnspecteerde. Onderzoek naar de effecten van inspecties op de kwaliteit van dienstverlening blijkt dat deze effecten vaak niet groot zijn. Luginbuhl et al (2009:222) opperen dat dit kan worden

veroorzaakt doordat "*stress and the need to prepare thoroughly for inspection visits*" ten koste gaat aan het werk in het primaire proces waar de kwaliteit wordt geleverd. Dit past goed in de limitaties die Buetow & Roland noemen bij inspecties. Openheid mist doordat de geïnspecteerden de inspectie niet zien als iets dat hen kan ondersteunen, maar dat vijandig tegenover hen staat. Dit zorgt naast een defensieve houding ook voor een limitatie in het daadwerkelijk meten van de dienstverlening, omdat het proces erdoor verstoord wordt. Ook de defensieve houding die Wollersheim et al (2007) vonden ten aanzien van de meetmethoden van de IGZ ondersteunt dit beeld.

3.5 Beantwoording deelvragen en verwachtingen

Op basis van de bovenstaande paragrafen kan een antwoord worden gegeven op de theoretische deelvragen van dit onderzoek. Ook kunnen enkele verwachtingen ten aanzien van de empirische dataverzameling worden geformuleerd. Ten slotte wordt vanuit de literatuur het schematisch overzicht van dit onderzoek uit paragraaf 1.2 aangevuld als startpunt voor de analyse van de empirische data.

De beantwoording van de eerste theoretische deelvraag over verschillende vormen van inspecties begint met het maken van een onderscheid tussen het doel van inspecties, de methode waarmee wordt gewerkt en de stijl die wordt gehanteerd. In paragraaf 3.3.1 is beschreven dat inspecties vanuit verschillende perspectieven waardevol kunnen zijn. Van de hierboven beschreven perspectieven focust het cybernetische (en in mindere mate het juridische) perspectief het meest direct op kwaliteitsverbetering. De eerste verwachting ten aanzien van de doelen van de inspectie luidt dan ook: *Een focus van de inspectie op het cybernetische perspectief komt ten goede aan de invloed die ze op de zorgverlening heeft.*

Bij de methoden die gebruikt kunnen worden voor inspecties staan, in lijn met de definities van Ngo et al (2008) en Buetow & Roland (1999), de informatievergaring, de beoordeling hiervan en hoe medewerking wordt verkregen centraal. Deze methoden (bijvoorbeeld een focus op 'harde' resultaten of een meer op vertrouwen gebaseerde benadering) hangen nauw samen met de hierboven beschreven perspectieven. Uit de literatuur blijkt dat inspectie als methode op zich al limitaties oproept ten aanzien van de validiteit van de informatie die verkregen wordt en het gevaar van een defensieve houding bij de geïnspecteerden. De verwachting ten aanzien van dit punt is dan ook: *de IGZ wordt belemmerd in haar invloed op de*

kwaliteit van zorg door limitaties ten aanzien van het verkrijgen van valide informatie en een defensieve houding van de geïnspecteerden.

Het derde element van inspecties is de stijl die wordt gehanteerd door de individuele inspecteurs. In de literatuur bestaat consensus over de schaal, die loopt van strikt en formeel tot vertrouwen en flexibiliteit (zie paragraaf 3.3.2). Ten opzichte van het opstellen van verwachtingen op dit punt levert dit een enigszins tegenstrijdig beeld op, waarbij de professionele autonomie van de medisch specialisten een cruciale rol speelt (Westert, 2006; De Jong, 2008). Aan de ene kant kan gesteld worden dat het meten met 'harde' (kwantitatieve) resultaatmaatstaven en een strikte, formele inspectiestijl kan leiden tot inzicht in de autonome werksfeer en een opening tot invloed op de geleverde zorg. Aan de andere kant kan ook gesteld worden dat een dergelijke methode kan leiden tot een defensieve houding van de professionals, die hierin een ondermijning van hun gezag en autonomie zien.

Onderdeel	Uitgewerkt naar	Mogelijkheden/onderdelen
Doel	Perspectieven Ngo et al (2008) naar Bovens (2005), Noordegraaf (2006) & De Bruijn (2001)	Democratisch perspectief Juridisch perspectief Cybernetisch perspectief
Methode	Definitie Ngo et al (2008) Buetow & Roland (1999)	Informatievergaring Beoordeling Zorgen voor aanpassing
Stijl	May & Wood (2003) Bardach & Kagan (1982)	Strikte, formele stijl Flexibele, wederkerige stijl

Tabel 1: Samenvatting inspectiewerkzaamheden op basis van theoretisch kader

De tweede deelvraag gaat over de factoren die bepalend zijn bij het verbeteren van de kwaliteit van dienstverlening. Omdat bij medisch specialistische zorg de ervaring, kunde en intuïtie van de individuele arts bepalend zijn, zal externe kwaliteitsverbetering zich ook voornamelijk hierop moeten richten. Immers, de klinische autonomie van deze artsen is nog erg groot (Harrison, 1999). Uit de literatuur blijkt dat negatieve deviaties in de kwaliteit van de geleverde zorg twee belangrijke oorzaken hebben. Allereerst is er de context waarbinnen de medisch specialist werkt. Hierbij gaat het om zaken als de faciliteiten van het ziekenhuis en het type honorering van de medisch specialist. Zijn deze slecht, dan is de kans op negatieve kwaliteitsverschillen ten opzichte van de norm groter. De tweede oorzaak van deze verschillen is de autonomie die artsen hebben. Omdat zij werken vanuit

hun eigen ervaring en kunde, en niet volgens volledig vastgestelde richtlijnen, zullen de verschillende individuele ervaringen en intuïties van de medisch specialisten leiden tot diverse zorg. Garanties op 'goede' zorg worden op deze manier lastiger te geven.

Vanuit de derde deelvraag over de arts als professional kan worden gesteld dat er een zekere weerstand is tegen sturing op het professionele domein van de zorgverlener. Dit geldt in het bijzonder voor het sturen door middel van uniformerende, en dus inperkende maatregelen.

Onderdeel	Uitgewerkt naar	Mogelijkheden/onderdelen
Context	Onderdelen context Westert (2006)	Faciliteiten van het ziekenhuis Type honorering
Autonomie	Klinische autonomie Harrison & Ahm (2000)	Controle over diagnoses en behandeling Controle over de evaluatie van geleverde zorg Controle over de medische taken Contractuele onafhankelijkheid

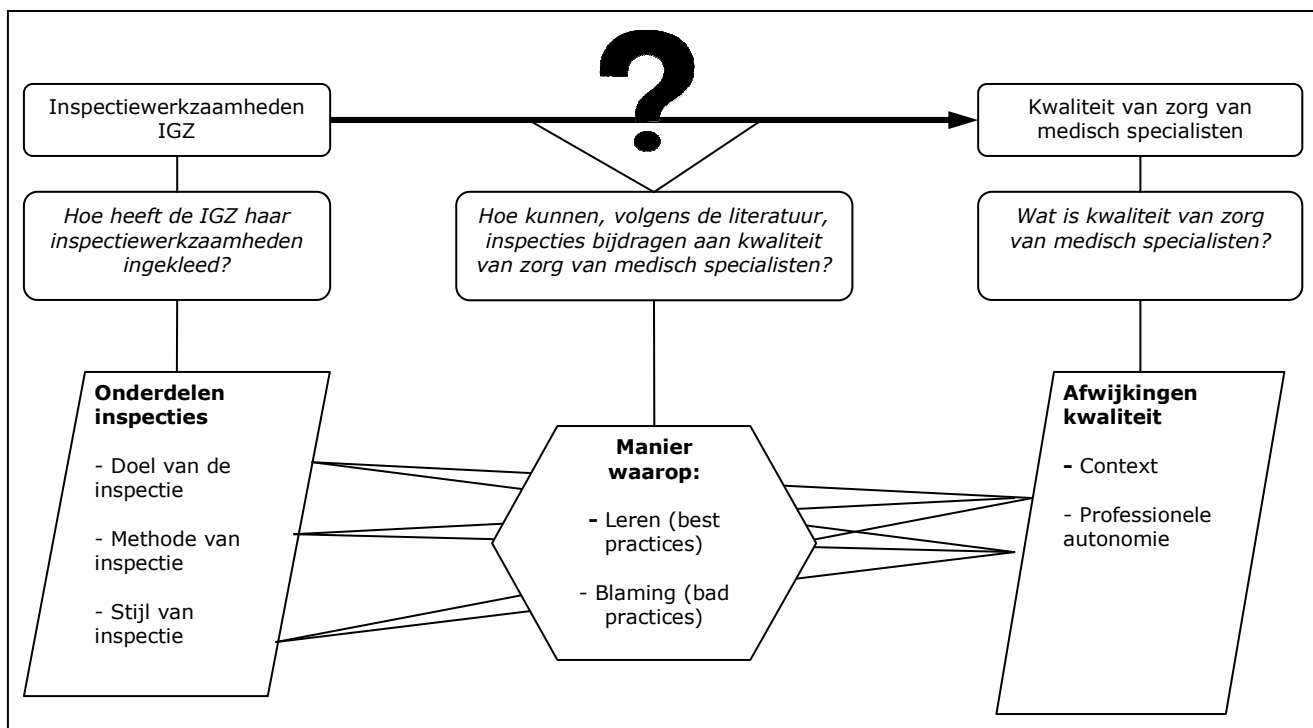
Tabel 2: Samenvatting onderdelen kwaliteit van zorg op basis van theoretisch kader

De derde deelvraag die in dit theoretische deel van het onderzoek beantwoord is, gaat over de samenhang tussen manieren van inspectie en de elementen waarop zorgverlening kan worden beïnvloedt. Dit betekent logischerwijs invloed uitoefenen op de acties van de medisch specialist. Aan de ene kant kan dit gedaan worden door te straffen (de *stick*-methode). Dit sluit aan bij het juridische perspectief op inspecties van Ngo et al (2008). Uit onderzoek naar inspecties in het onderwijs (Luginbuhl et al, 2009) blijkt echter dat deze methode gevaren in zich heeft, die aansluiten bij de verdediging van de professionele ruimte zoals deze hierboven is beschreven. Aan de andere kant kan gebruik worden gemaakt van de mogelijkheid tot leren en het verbeteren van de praktijken (de *carrot*-methode), die aansluit bij het lerende, cybernetische perspectief. De verwachting is dan ook: *het sturen op basis van leren en verbeteren heeft een groter effect dan het sturen door middel van toetsen en straffen.*

Onderdeel	Uitgewerkt naar	Mogelijkheden / onderdelen
Manieren van invloed	Perspectieven van toezicht (Ngo et al, 2008)	Juridisch (straffen): bad practices voorkomen Cybernetisch (belonen): best practices belonen

Tabel 3: Samenvatting manieren van invloed op basis van theoretisch kader

In het volgende hoofdstuk zal ingegaan worden op de methode van onderzoek die gebruikt wordt om antwoord te geven op de empirische deelvragen. Als basis hiervoor dient de theorie uit bovenstaand hoofdstuk. Schematisch ziet dit er als volgt uit:



Figuur 2: Schematisch overzicht onderzoek naar aanleiding van het theoretisch kader

4. Methoden & Technieken

Dit hoofdstuk zet het empirische deel van het onderzoek uiteen. Drie zaken zullen hierbij centraal staan. In de eerste paragraaf (4.1) wordt de focus van dit onderzoek nader beschreven, gebaseerd op de theorie uit hoofdstuk 3. Daarna wordt in paragraaf 4.2 ingegaan op de methoden die zijn gebruikt en de praktische uitwerking hiervan. In de laatste paragraaf wordt de operationalisatie gegeven die als basis zal dienen voor het verzamelen van de empirische data.

4.1 Focus onderzoek

Dit onderzoek focust op de handelingen en beleving van individuele medisch specialisten ten aanzien van de inspecties. Uit de theorie (zie hoofdstuk 3) en uit verkennende gesprekken binnen het veld van onderzoek is gebleken dat de medisch specialist een grote autonomie heeft ten aanzien van zijn of haar werk. Beslissingen binnen zowel de context als de inhoud van het werk worden voor het grootste deel door de arts zelf genomen. Daarnaast hebben zij ook een duidelijke professionele status binnen de organisatie en de sector. Uit de literatuur zoals in hoofdstuk 3 beschreven volgt dus dat het voor inspectiewerkzaamheden essentieel is dat zij, willen zij invloed uitoefenen op de kwaliteit van de medisch-specialistische zorg, invloed hebben op de handelingen, gedragingen en beleving van de artsen die de zorg daadwerkelijk leveren.

De wijze van invloed komt dus voor een groot deel voort uit de complexe interactie tussen medisch specialist en inspectiedienst. Deze focus brengt een kwalitatief karakter met zich mee. In dit onderzoek wordt gekeken naar het complexe sociale fenomeen van de manier waarop inspecties door medisch specialisten worden beleefd en in hoeverre zij in hun werk en gedrag worden beïnvloed. Ook focust het op de wijze waarop door inspecteurs vanuit de IGZ wordt geprobeerd hun werkzaamheden zo in te kleden dat met de moeilijkheden die in het vorige hoofdstuk zijn beschreven voor een overheidsinspectie in de zorg om kan worden gegaan. Ook hier geldt dat de focus ligt op de wijze waarop zij proberen het werk van medisch specialisten te beïnvloeden.

4.2 Methode van onderzoek

In totaal zijn voor dit onderzoek twaalf interviews gehouden met direct betrokkenen, zowel aan de kant van de IGZ als binnen de zorg. Ook is een expertinterview gehouden om de informatie uit de overige elf interviews verder te kunnen duiden. Daarnaast zijn twee respondenten schriftelijk bevraagd voor dit onderzoek.

4.2.1 Interviews

Een eerste groep van vijf interviews is gehouden binnen de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het gaat om drie interviews met inspecteurs die zich bezighouden met de inspecties op ziekenhuizen, en in die zin ook 'accountmanager' zijn voor enkele ziekenhuizen, waarmee zij contact houden en voor wie zij aanspreekpunt zijn. Daarnaast is een interview gehouden met de programmaleider van de inspecties binnen ziekenhuizen, die verantwoordelijk is voor dit deel van de organisatie van de inspectie. Ook is gesproken met de Hoofdinspecteur Patiëntveiligheid. Van deze groep zijn de drie inspecteurs en de Hoofdinspecteur daadwerkelijk in contact met medisch specialisten. De Hoofdinspecteur Patiëntveiligheid is voor een deel van zijn takenpakket inspecteur binnen enkele ziekenhuizen. De vijf respondenten zijn na een kort gesprek over dit onderzoek door de programmaleider curatieve zorg benaderd. Door middel van de mix van inspecteurs en leidinggevenden kon zowel een beeld worden verkregen van de werkwijze van de IGZ op papier als in de praktijk.

Respondent	Functie	Standplaats
IGZ 1	Projecthoofdinspecteur voor patiëntveiligheid, ICT in de zorg en internationaal; Inspecteur	Utrecht
IGZ 2	Inspecteur	Amsterdam
IGZ 3	Programmaleider curatieve zorg	Utrecht
IGZ 4	Inspecteur	Den Bosch
IGZ 5	Inspecteur	Onbekend

Tabel 4: Respondentenoverzicht binnen de IGZ

Een tweede groep respondenten bestaat uit vier medisch specialisten binnen een van de grootste reguliere, algemene ziekenhuizen in de Randstad. Het ziekenhuis is gekozen door de verscheidenheid aan specialisaties die binnen het ziekenhuis worden aangeboden. Bij de keuze zijn ook de kwaliteitsscores van de jaarlijkse

ziekenhuistests van het Algemeen Dagblad (AD)⁹ en Elsevier¹⁰ meegenomen. Hierin scoort het gekozen ziekenhuis gemiddeld¹¹. Doordat dit ziekenhuis geen uitermate lage of hoge score heeft in deze tests kan gesteld worden dat het niet te maken heeft gehad met een boven- of ondergemiddeld kritische IGZ. Deze groep respondenten kan dus een goed algemeen beeld geven van de ervaringen met de inspectiewerkzaamheden. Binnen dit ziekenhuis is gesproken met medisch specialisten, medisch specialisten met een (voorheen) bestuurlijke functie en medisch managers. In de interviews kon op deze manier zowel worden ingegaan op de medische professie als op de manier waarop bestuurlijk en organisatorisch met de inspectie wordt omgegaan. De vier respondenten binnen dit ziekenhuis zijn via een bestuurder binnen het ziekenhuis na een informatief gesprek over mijn onderzoek benaderd.

Respondent	Functie
Zorg 1	Laboratoriumarts; voorzitter investeringscommissie; oud-vicevoorzitter medische staf
Zorg 2	Plastisch chirurg; oud-voorzitter medische staf (tot 1-1-2010)
Zorg 3	Anesthesioloog en opleider
Zorg 4	Radioloog

Tabel 5: Respondentenoverzicht binnen ziekenhuis I

Ten derde is gesproken met enkele medewerkers die betrokken zijn bij de zorgverlening binnen een operatie-unit in een minder dan gemiddeld scorend ziekenhuis op de kwaliteitsscores van de tests uit het AD en Elsevier¹². Deze keuze zorgt voor een inzicht in de invloed van de inspectie bij zorgverlening die duidelijk onder de maat is, en waar de IGZ een belangrijke rol kan of zou moeten spelen. Gesproken is met een kwaliteitsfunctionaris en het hoofd van het OK complex. Daarnaast zijn schriftelijke vragen gesteld aan een praktijkbegeleider in de OK en de verantwoordelijke medisch specialist. Op deze manier zijn duidelijk verschillende facetten van de zorgverlening in één specifieke setting meegenomen. Ook hebben deze vier respondenten alle vier verschillende verantwoordelijkheden ten aanzien

⁹ De jaarlijkse ‘AD Ziekenhuis Top 100’, samengesteld op basis van zowel indicatoren van de IGZ als klanttevredenheidscijfers (AD, 2010)

¹⁰ Onderzoek van Elsevier door een “onderzoeker en beleidsadviseur” op basis van een enquête onder personeel, bestuur en staf van ziekenhuizen zelf (Elsevier, 2010)

¹¹ In de ‘AD Ziekenhuis Top 100’ van 2009 bekleedde het een plek iets onder het gemiddelde in de top 100. In de Elsevier-enquête scoort het ‘matig’

¹² In de ‘AD Ziekenhuis Top 100’ van 2009 bekleedde het een plek ver onder het gemiddelde in de top 100. In de Elsevier-enquête scoort het ‘zwak’ tot ‘matig’

van de kwaliteitsverlening. Op deze manier zijn dan ook verschillende visies op de zorg voor goede kwaliteit meegenomen.

Respondent	Functie
Zorg 5	Kwaliteitsfunctionaris
Zorg 6	Hoofd OK complex
Zorg 7	Praktijkbegeleider OK
Zorg 8	Medisch specialist

Tabel 6: Respondentenoverzicht binnen ziekenhuis 2

Een laatste interview is gehouden met een hoogleraar in effectiviteit van inspecties in de zorg aan het Instituut voor Beleid en Management in de Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit. Naast deze functie is hij ook directeur van het Kenniscentrum van de IGZ. Via de respondenten binnen de IGZ is met hem contact gelegd. In dit interview is getracht de resultaten uit de andere interviews te duiden. Daarnaast is op een hoger abstractieniveau ingegaan op de werkwijze en effectiviteit van de inspectie.

Respondent	Functie
IGZ 6	Hoogleraar Effectiviteit van inspecties in de zorg; directeur Kenniscentrum IGZ

Tabel 7: Respondent expertinterview binnen IGZ

De interviews hebben allemaal tussen 40 minuten en iets meer dan een uur geduurd. Ze zijn gehouden aan de hand van een topiclijst. Bij de topics die besproken zijn is onderscheid gemaakt tussen de gesprekken met respondenten uit de IGZ en respondenten uit de gezondheidszorg zelf (zie bijlagen 1 en 2 voor de beide gebruikte topiclijsten). De topiclijsten zijn opgesteld aan de hand van het geoperationaliseerde theoretisch kader (zie paragraaf 3.5 en paragraaf 4.3). De interviews zijn semigestructureerd gehouden (Van Thiel, 2007:107), waarbij op basis van de gespreksonderwerpen uit de topiclijst de respondenten de ruimte is geboden hun eigen visie, focus en richting van antwoord te geven. Ook is geprobeerd op (nieuwe) lijnen binnen de beantwoording van de respondent tijdens het gesprek in te gaan.

4.2.2 Analyse empirische data

De data die verkregen zijn uit de interviews zijn geanalyseerd op basis van de empirische deelvragen van dit onderzoek. Om deze te beantwoorden is gebruik

gemaakt van de theorie uit hoofdstuk 3 en in het bijzonder de verwachtingen die staan beschreven in paragraaf 3.5. Op deze manier is een focus aangebracht in de grote hoeveelheid data die in de gesprekken is verkregen. In de data is gezocht naar patronen die een valide antwoord kunnen geven op hoe de betrokkenen tegen het onderzochte onderwerp aankijken (Yin, 2009). Hierbij zijn ook rivaliserende verklaringen meegenomen in de analyse en duiding van de data. Bij de analyse van de interviewdata heeft geen kwantificering plaatsgevonden. Het gaat in dit onderzoek immers niet om het beantwoorden van vragen over de 'mate van invloed', maar de focus ligt op 'wijze van invloed' en de daarachterliggende verklaringen hiervoor.

Praktisch zijn alle interviews uitgewerkt in letterlijke transcripten. Dit is enerzijds gedaan om geen informatie uit de interviews te verliezen. Anderzijds zorgt het uitwerken van de gesprekken ervoor dat de informatie in een vroeg stadium is verwerkt. Hierdoor kon dit al vroeg in het onderzoeksproces gebruikt worden voor een scherpe(re) focus in het verzamelen, analyseren en duiden van de data. Daarnaast konden citaten uit de gesprekken op deze manier in hun oorspronkelijke context worden geanalyseerd.

Na de uitwerking van de interviews zijn de transcripten aan de hand van de topics op basis van de operationalisatie (zie paragraaf 4.3) door middel van het programma MAXQDA geanalyseerd. De transcripten zijn in eerste instantie gecodeerd, waarbij gebruik is gemaakt van vrij algemene categorieën. Hierbij is uitgegaan van de basis van dit onderzoek, zoals deze is beschreven in paragraaf 3.5. Het ging hierbij dus om een onderscheid in de doelen, methode en stijl van de inspectie en de onderdelen van zorgverlening waarop de kwaliteit van zorg kan afwijken. Vervolgens is binnen deze categorieën een benadering gekozen om op basis van de data te komen tot een opsplitsing in relevante onderwerpen. Ten slotte is een onderscheid gemaakt tussen de data uit de gesprekken met respondenten binnen de IGZ en met respondenten uit de zorg, om de informatie uit beide velden tegen elkaar af te kunnen zetten.

4.2.3 Reflectie onderzoeksmethode

De hierboven beschreven onderzoeksmethode heeft duidelijke kenmerken van een *case study* (Yin, 2009). Er is voor gekozen "out of the desire to understand complex social phenomena. In brief, the case study method allows investigators to retain the holistic and meaningful characteristics of real-life events" (Yin, 2009:4). Vanuit

verschillende bronnen is data verzameld om te komen tot een inhoudelijk of analytisch generaliseerbaar antwoord op de centrale vraag van dit onderzoek. Hoewel het hierbij niet gaat om de grootte van de populatie van respondenten om te komen tot een generaliseerbare conclusie, is de keuze van respondenten nog steeds van vitaal belang. De vraag die hierbij centraal staat is op welke manier de keuze van de *cases* van waarde is voor de beantwoording van de vragen van het onderzoek.

Om een zo divers en daarmee zo totaal mogelijk beeld van de wijze van invloed van inspectiewerkzaamheden op de kwaliteit van zorg van medisch specialisten te krijgen is er in dit onderzoek bij de selectie van *cases* en respondenten voor gekozen zowel vanuit de inspecteur als vanuit de geïnspecteerde naar het onderwerp te kijken. Daarnaast is binnen de zorgverlening met twee diverse *cases* gewerkt: één met als basis de zorginstelling (respondenten Zorg 1 tot en met Zorg 4) en één met als basis een specifiek zorgverleningproces met alle facetten die daarbij een rol spelen (respondenten Zorg 5 tot en met Zorg 8). Ook hiermee is getracht een zo totaal mogelijk beeld te verkrijgen als antwoord op de hoofdvraag van dit onderzoek. De keuze voor de specifieke locatie van de twee *cases* binnen de zorgverlening is daarnaast bepaald door praktische overwegingen om toegang te kunnen krijgen tot de benodigde respondenten. Echter, de hierboven beschreven keuze voor het type *case* blijft gelden. Doordat in beide *cases* met zeer verschillende respondenten is gesproken, is het beeld verder verrijkt.

Onderzoek dat haar basis heeft in een *case study* ontwerp wordt vaak bekritiseerd om de beperkte replicatiemogelijkheden en het gevaar van subjectiviteit dat op de loer ligt doordat de onderzoeker "*fails to develop a sufficiently operational set of measures*" (Yin, 2009:41). Daarnaast speelt het feit mee dat door de vele factoren die bij de holistische opzet van *case studies* meespelen het lastig kan zijn om duidelijke causale verbanden tussen twee specifieke variabelen bloot te leggen. Ook in dit onderzoek dient met deze kanttekeningen rekening te worden gehouden. Specifiek betekent dit dat de dataverzameling en keuzes in het empirische deel van dit onderzoek nauwgezet zullen worden gerapporteerd. Daarnaast volgt een expertinterview (respondent 14) aan het einde van de dataverzameling, om de data uit de eerdere interviews te duiden. Ook de hieronder beschreven operationalisatie, op basis van het theoretisch kader, en de hieruit opgestelde topics voor de interviews zorgen voor een stevige basis voor dit onderzoek. Ten slotte zorgt de

diversiteit van respondenten ervoor dat uitkomsten kunnen worden getoetst. De keuze van de verschillende respondenten is gemaakt om op deze manier de respondenten als 'dragend' van het bestudeerde verschijnsel te kunnen laten. De resultaten uit dit onderzoek zijn in die zin dus exemplarisch voor vergelijkbare situaties van inspectie binnen ziekenhuizen.

4.2.4 Betrouwbaarheid en validiteit

De betrouwbaarheid van het onderzoek bestaat uit de nauwkeurigheid en consistentie waarmee is gewerkt. Met andere woorden, in een betrouwbaar onderzoek is geen plaats voor *toevallige* fouten (Van Thiel, 2007; 't Hart et al, 2005). Nauwkeurigheid wordt in dit onderzoek betracht door het vaststellen van een topiclijst als basis voor de empirische dataverzameling op basis van geoperationaliseerde theorieën over de kernonderwerpen van dit onderzoek. Wel is, zoals in de volgende paragraaf wordt beschreven, deze topiclijst als startpunt gebruikt en niet als volledig leidinggevend in de gesprekken. Echter, de basis van de gesprekken heeft nog steeds voortdurend gelegen in het theoretisch kader (zie paragraaf 4.3 voor een verdere verantwoording van de topiclijst). De consistentie van het onderzoek wordt betracht door het kiezen van respondenten op een gevarieerde manier (zie paragraaf 4.2.1). Daarnaast zullen alle stappen van onderzoek doen in dit rapport worden verantwoord. Ook zijn de gemaakte keuzes in focusgroepen met andere studentonderzoekers verantwoord (Yin, 2009). Hierbij is tijdens verschillende fasen van het onderzoek feedback verkregen op zowel de methodologische als inhoudelijke keuzes in deze scriptie.

Validiteit van onderzoek doen bestaat uit het tegengaan van *systematische* fouten. Hierbij staat centraal of ook daadwerkelijk gemeten is wat de onderzoeker wil meten (interne validiteit) en of de gedane metingen en daaruit behaalde resultaten generaliseerbaar zijn (externe validiteit) ('t Hart, 2005; Van Thiel, 2007). De vraag of dit onderzoek daadwerkelijk generaliseerbaar is, kan door de beperkte middelen en tijd die voor het schrijven van een scriptie voorhanden zijn problematisch zijn. Echter, zoals in paragraaf 4.2.2 al is beschreven, bestaat er een onderscheid tussen kwantitatieve en analytische generaliseerbaarheid (Yin, 2009; Van Thiel, 2007). In het tweede geval draait het niet om het relatieve aantal respondenten ten opzichte van de totale populatie, maar om de 'kwaliteit' van de respondenten. Bij de keuze dient rekening te worden gehouden met hun kenmerken, om zo, ondanks een relatief kleine populatie, te komen tot een representatieve groep. Door middel van

een kwalitatieve opzet van dit onderzoek, met een variatie aan respondenten die de onderzoeksrealiteit zo goed mogelijk weergeeft, wordt hierop ingespeeld. Ook wordt op deze manier recht gedaan aan de complexiteit van het onderwerp, en worden (achterliggende) mechanismen bekeken. Hierbij spelen de diversiteit in selectie van respondenten en de holistische opzet van een *case study* een rol (zie paragraaf 4.2). Hoewel dit onderzoek niet aan alle kenmerken van de *case study* voldoet, gelden bovenstaande zaken ook in dit geval. Daarnaast zorgt het theoretisch kader en de operationalisering hiervan naar een topiclijst voor een verantwoording van deze belangrijke onderzoeksstap.

4.3 Verdere operationalisatie

Op basis van het theoretisch kader in hoofdstuk 3 zal in deze paragraaf een verdere operationalisatie worden gegeven van de centrale begrippen uit dit onderzoek. Deze operationalisatie dient als basis voor de gespreksonderwerpen in de interviews, gevat in de topiclijsten in de bijlage (zie bijlagen 1 en 2).

In paragraaf 3.5 is een begin gemaakt met het concreet invullen van de belangrijke begrippen van dit onderzoek. Zoals in het schematische overzicht aan het einde van die paragraaf is weergegeven, gaat het om drie kernonderdelen:

- de kenmerken van de inspectiewerkzaamheden van de IGZ,
- de uitwerking van kwaliteit van zorg en
- de manieren waarop, gegeven deze twee zaken, inspecties bij kunnen dragen aan de kwaliteit van zorg.

Deze drie kernonderdelen zijn in paragraaf 3.5, aan de hand van wetenschappelijke literatuur en theorieën, uitgewerkt naar een aantal onderdelen, die deze begrippen constitueren. Op basis van deze onderverdeling zullen in deze paragraaf topics worden gegeven die in de interviews gebruikt zijn als gespreksonderwerp, waaruit informatie over de kernonderwerpen kan worden gehaald. Ze hebben als leidraad voor de interviews gediend, maar zijn niet volledig sturend geweest in het verkrijgen van de data binnen de verschillende categorieën. Zij hebben als aangrijpingspunten gediend om informatie over de kernonderdelen uit paragraaf 3.5 te verkrijgen. Binnen de interviews is dan ook niet altijd exact volgens de onderstaande topics bevraagd. In de verschillende onderstaande tabellen staan schuin gedrukt onderwerpen die naast de van tevoren bepaalde topics tijdens de verschillende interviews over de kernonderdelen van dit onderzoek ter sprake zijn gekomen.

Zoals eerder aangegeven zijn verschillende topiclijsten gebruikt voor de interviews met inspecteurs en zorgverleners. Dit is gedaan om op deze manier verscheidenheid aan focus in de gesprekken aan te kunnen brengen. In de gesprekken met de inspecteurs is gefocust op de inspectiewerkzaamheden en de manieren waarop invloed in hun visie tot stand dient te komen. Bij de interviews met zorgverleners is voornamelijk aandacht besteed aan de kwaliteit van zorg en is vanuit die zijde gefocust op de manieren waarop invloed tot stand kan en dient te komen. Wel is in alle gevallen gesproken over de perceptie van de 'overzijde', om zo een vergelijking te kunnen maken tussen de beleving van beide zijden.

4.3.1 Operationalisatie inspectiewerkzaamheden

In de tabel hieronder is op basis van het schema in paragraaf 3.5 een overzicht gegeven van de topics die op basis van de definiërende onderdelen van inspectiewerkzaamheden zijn gebruikt. De invulling van de onderdelen is grotendeels door middel van het 'grijpbaar' maken van de begrippen voor de respondenten gemaakt.

Onderdeel begrip	Topics
Doel	Motivatie voor het werk en persoonlijke doelen inspecteurs Missie IGZ Bestaansredenen IGZ
Methode	Informatieverzameling Achtergrond voor huidige werkwijze Oordeel huidige werkwijze <i>Indicatoren</i> <i>Meldingen</i> <i>Eigen (vervolg)onderzoek</i> <i>Mix van informatiebronnen</i> <i>Belemmeringen en moeilijkheden</i> Beoordeling informatie Informatiebronnen als basis Betrokkenen bij de beoordeling Rol van kennis en expertise (in IGZ) <i>(Vaste) normen als basis van beoordeling</i> Komen tot verbeteren Middelen en methoden die gebruikt worden Oordeel effectiviteit beschikbare middelen en methoden Evaluatie daadwerkelijke resultaten <i>Contextfactoren</i>

	<i>Indirect sturen</i> <i>Tuchtrecht</i> <i>Normering van zorgverlening</i> <i>Leidraad bieden voor eigen verbetering vanuit de zorg</i> <i>Media als hulpmiddel</i>
Stijl	Relaties met geïnspecteerden Perceptie van de geïnspecteerden Bewust bezig zijn met relatie bouwen Belang van vertrouwen voor coöperatie of navolging Mogelijkheden tot en gebruik van flexibiliteit door inspecteur

Tabel 8: Operationalisatie inspectiewerkzaamheden

4.3.2 Operationalisatie kwaliteit van zorg

Een tweede belangrijk begrip is de kwaliteit van medisch specialistische zorg. In het theoretisch kader is op basis van de kenmerken die het begrip als een bijzondere vorm van publieke dienstverlening definiëren gekomen tot enkele factoren die bepalend zijn voor de kwaliteit van zorg. Hierbij zijn de faciliteiten in de context van de zorgverlening, zoals technische capaciteit, en de mate van vrijheid of autonomie van de individuele medisch specialist omschreven als belangrijkste factoren voor het (in negatieve zin) afwijken van medisch specialistische zorg van de erkende standaard. Om te kijken naar de visie van de respondenten over het begrip 'goede zorg' is daarnaast in de interviews ook in bredere zin gesproken over dit onderwerp.

Onderdeel	Topics
Context	Bepalende factoren kwaliteit van zorg Rol ziekenhuisfaciliteiten Rol medisch specialist <i>Geldgebrek en het maken van bestedingskeuzen</i>
Autonomie	Vrijheid of autonomie medisch specialist Autonomie over medisch-inhoudelijk werk Verhouding ziekenhuismanagement en medisch specialist Status van medische expertise in de zorg Inperkingen werkproces <i>Cultuurfactoren als bepalend voor kwaliteit</i> <i>Onderlinge relaties</i> <i>Communicatie</i>
Goede zorg	'Definitie' goede zorg Elementen goede zorg Beoordeling van goede zorg Betrokkenen beoordeling

Tabel 9: Operationalisatie elementen kwaliteit van zorg

4.3.3 Operationalisatie manieren van invloed

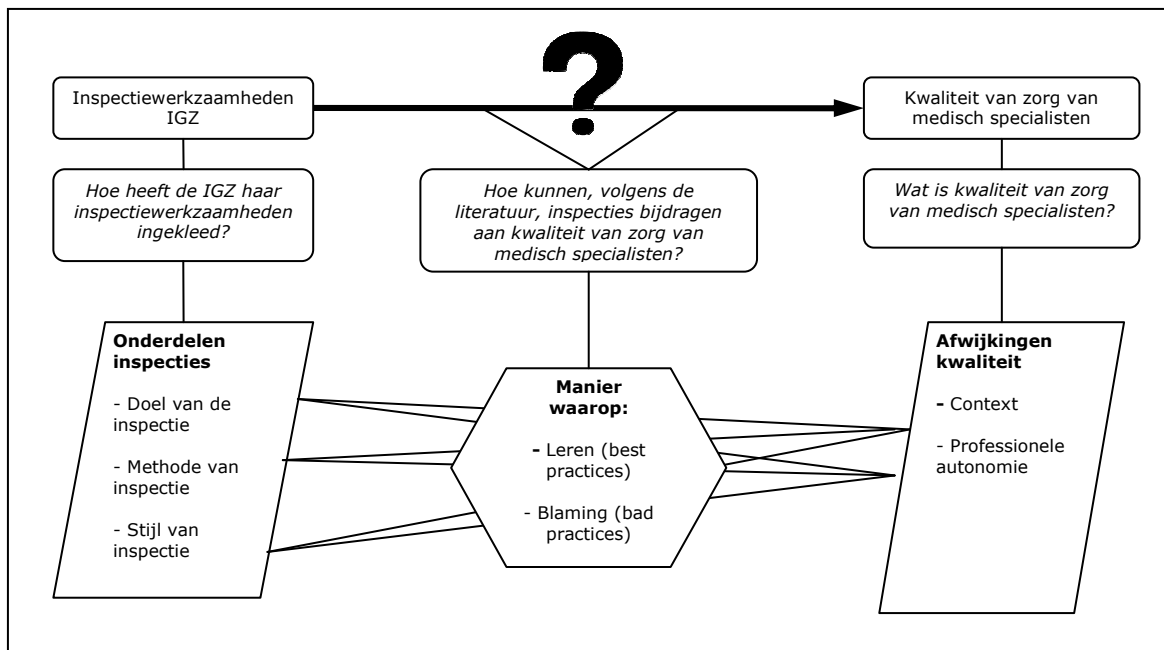
Hoewel dit laatste onderdeel nauw met bovenstaande begrippen samenhangt, vraagt het om eigen aandacht in de interviews. Er is dan ook voor gekozen ook hiervoor enkele topics op te stellen. Deze topics zijn, zoals eerder aangegeven, gebaseerd op de verschillende perspectieven die bestaan op het houden van inspecties. Zij kunnen worden aangewend om lerend vermogen te creëren of om misstanden op te sporen en te straffen. Welk van de manieren van invloed daadwerkelijk van toepassing is wordt zowel bepaald door de wijze waarop de IGZ haar werkzaamheden heeft ingekleed als de verschillende onderdelen van kwaliteit van zorg.

Onderdeel	Topics
Manieren van invloed	Beeld van 'overzijde' Beleving van invloed Gevoel van samenwerking en/of tegenkrachten Oordeel en voorbeelden successen IGZ

Tabel 10: Operationalisatie manieren van invloed

5. Bevindingen

In dit hoofdstuk zullen de uitkomsten van het empirische deel van dit onderzoek worden besproken. Op basis van deze bevindingen wordt aan het einde van dit hoofdstuk antwoord gegeven op de empirische deelvragen. Centraal bij de analyse van de empirische data staat het schematisch overzicht van dit onderzoek, dat aan het eind van hoofdstuk drie op basis van theorie is opgesteld. Dit schema ziet er als volgt uit (zie ook paragraaf 3.5):



Figuur 2 (herhaald): Schematisch overzicht onderzoek naar aanleiding van het theoretisch kader

In paragraaf 5.1 wordt het doel van de IGZ besproken en de uitwerking hiervan op de wijze van invloed. Vervolgens gaat paragraaf 5.2 in op de verschillende methoden die worden gebruikt voor de informatievergaring, de beoordeling van de verkregen informatie en het bereiken van aanpassingen en verbeteringen in de zorgverlening. Ten derde wordt in paragraaf 5.3 ingegaan op de gehanteerde stijl van inspectie. In paragraaf 5.4 zal vervolgens gekeken worden naar de manier waarop invloed kan worden uitgeoefend op de verschillende onderdelen van de zorgverlening. In de laatste paragraaf, 5.5, zullen de antwoorden op de verschillende deelvragen samenvattend worden geformuleerd.

5.1 De doelen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg

5.1.1 Juridisch versus cybernetisch

Uit de interviews blijkt dat vrijwel alle inspecteurs van de IGZ een focus hebben op het verbeteren van de zorg in plaats van op het voorkomen en straffen van misstanden. Hoewel dit laatste soms noodzakelijk lijkt te zijn, is dit voornamelijk een middel om de Nederlandse gezondheidszorg naar een hoger plan te tillen. Belangrijker is het creëren van inzicht en het samen optrekken.

"I: Uw focus is dus op de toekomst gericht?"

R: Ja, grotendeels wel. Ik zelf vind dat de grootste kracht van de inspectie. En daarvoor doe je ook een aantal dingen in het hier en nu en vandaag"

(Respondent IGZ 3)

"Zorgverleners of directie gaan ook voor goede zorg, en is gemotiveerd om de patiënt beter te maken. Nou dat doel hebben wij ook en we willen daar inzichtelijk maken waar het nog beter kan of waar er dingen niet goed gaan"

(Respondent IGZ 1)

Wel is het zo dat het verbeteren van de zorgverlening voornamelijk gestalte krijgt in het verhogen van de patiëntveiligheid. Dit brengt een focus op de onderkant van de zorg met zich mee. In die zin kan het gezien worden als het voorkomen van misstanden:

"Op de eerste plaats [staat] het waarborgen dat de kwaliteit en veiligheid van de zorg voldoende is. Niet maximaal, maar voldoende"

(Respondent IGZ 6)

Echter, hoewel naar de onderkant van de zorg wordt gekeken zorgt dit bij de inspecteurs van de IGZ niet voor een focus op straffen in het voorkomen van (individuele) fouten. Het doel is om hiermee de systemen die fouten veroorzaken te verbeteren.

"We kijken niet zozeer alleen naar het individu, wat heeft het individu niet goed gedaan, maar we kijken meer naar het systeemfalen. [...] Dus niet alleen wat heeft die ene dokter of zuster nou op zijn geweten, maar hoe komt het nou dat in zo'n systeem hij of zij dat wel moest doen."

(Respondent IGZ 2)

"Alles wat je doet is gericht op het feit dat het beter wordt. Straffen heeft in ons vak geen zin, dat moet het strafrecht doen hè, het OM, dat is niet aan ons"

(Respondent IGZ 3)

Aan de zorgkant is de visie op het doel van de inspectie anders. Vrijwel alle zorgverleners ontkennen dat het verbeteren van de zorg iets is waarop vanuit de IGZ wordt gefocust. Wel wordt erkend dat toetsing van de kwaliteit van zorg zinvol kan zijn. Uit de manier waarop dit op het moment gebeurt blijkt echter niet de doelstelling om de zorg te verbeteren. Medisch specialisten vinden deze doelstelling beter.

"Het voorbijgaan aan de systematiek van blame-free melden, [...] dat scheidt geen vertrouwen dat de inspectie inspecteert om het gemiddelde van de gezondheidszorg op een hoger peil te brengen"

"Ik vind het [de IGZ] meer een politieman dan een wereldverbeteraar"
(Respondent Zorg 1)

"Dat is nu wel iets dat in het ziekenhuis heerst, dat mensen gewoon de balen van de inspectie hebben. En het niet zien als een ondersteunend element om beter te worden"

"De rol van de inspectie moet zijn dat mensen beter willen worden, zich verbeteren"
(Respondent Zorg 4)

5.1.2 Democratische verantwoording en transparantie

Een ander doel dat als inspectie van belang is, is het streven naar transparantie om op die manier te zorgen voor een verantwoording van de geleverde zorg in ziekenhuizen. Ook zou via deze weg het eerste deel van het motto 'gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg' kunnen worden ingekleed. Door de inspecteurs van de IGZ wordt dit doel in het werk dat zij doen duidelijk herkend.

"Dat met name waar de burger zelf niet goed zicht op heeft, of niet goed zicht op kan krijgen, dat een onafhankelijke derde dat wel in beeld kan krijgen en openbaar kan krijgen"
(Respondent IGZ 2)

"Het derde doel is, en dat vind je ook in onze missie terug, dat we de burger het vertrouwen willen geven dat ze op een veilige manier van de zorg gebruik kunnen maken en dat de overheid daar ook een bepaalde garantie voor biedt"
(Respondent IGZ 14)

Vanuit de IGZ zelf wordt ingezien dat dit doel op gespannen voet kan staan met het verbeteren van de zorg. Zo geeft de directeur van het Kenniscentrum van de IGZ het volgende spanningsveld:

"Maar of die transparantie ook echt bijdraagt aan dat vertrouwen, nou daar kun je nog wel een flinke discussie of een flinke scriptie aan wijden lijkt me. Want je zou ook best kunnen zeggen dat de transparantie over allerlei fouten of over allerlei misstanden dat wordt door de media opgepakt, dat wordt door de Tweede Kamer opgepakt, of dat nou burgers het gevoel geeft: er wordt goed gelet op de zorg, of dat ze het gevoel krijgen van het is toch eigenlijk een enorme puinhoop in de zorg, wat niet klopt."
(Respondent IGZ 14)

Ook binnen de zorgverlening wordt er kritisch naar gekeken. Uit de interviews met medisch specialisten blijkt dat dit doel om transparant naar buiten te zijn invloed heeft op het andere doel van de inspectie, namelijk het verbeteren van de zorg. Hoewel de zorgverleners, zoals hierboven aangegeven, graag vanuit een gezamenlijke aanpak tot zorgverbetering komen, zorgt deze andere doelstelling van de inspectie voor wantrouwen over de wil vanuit de IGZ om hiertoe te komen.

"Ze zijn bezig om te laten zien hoe goed zij de boel in de gaten houden"
(Respondent Zorg 4)

"Maar ik heb altijd sterk het idee gehad dat de manier waarop de inspectie, en dan met name de laatste jaren omgaat met professionals, uitermate bevoogdend is en, ik noem het altijd maar geformaliseerd wantrouwen richting de medisch specialist"
(Respondent Zorg 2)

5.2 Methoden van toezicht houden

In deze paragraaf wordt ingegaan op de wijze waarop de inspectie het verzamelen van informatie over de zorgverlening, de beoordeling hiervan en het vervolgens ingrijpen om haar doelen te bereiken heeft ingekleed. Hierbij is gekozen om deze methoden niet per vorm van toezicht (gefaseerd toezicht, calamiteitentoezicht en thematisch toezicht, zie ook paragraaf 2.3) in te delen, maar de fasen die in elke vorm terug komen uit te werken. In elke fase zal ingegaan worden op de vormen van toezicht zoals ze door de IGZ worden toegepast, die bij dat onderdeel relevant zijn.

5.2.1 Algemene focus

De focus van de inspectie is duidelijk risicogestuurd. Deze focus komt zowel terug in de informatieverzameling, in de beoordeling als in de methoden die worden om daadwerkelijk aanpassingen in de zorg te bewerkstelligen. Deze aanpak komt voort uit de limiet die de omvang van de organisatie en de positie die de inspectie in het

veld heeft met zich meebrengen. In zijn algemeenheid betekent dit voor de werkwijze van de IGZ dat:

"Wij [de IGZ] proberen zoveel mogelijk vooral de risicovollere instellingen en beroepsbeoefenaars te bezoeken. Ziekenhuizen krijgen meer aandacht dan een GGD om maar even wat te noemen, en een dokter krijgt veel meer aandacht dan een tandarts, omdat een dokter, en met name een medisch specialist, in beginsel ook meer schade kan aanrichten."

(Respondent IGZ 4)

Ook komt het terug in de wijze waarop zij naar deze risicovolle domeinen binnen de gezondheidszorg kijken. Doordat gefocust wordt op deze risico's, bijvoorbeeld door de meldingen als informatiebron te nemen, en het gebruiken van de indicatoren als risicoselectiemiddel, wordt ook de aandacht van de inspecteurs en het beeld van de zorg naar de onderkant van de zorgverlening getrokken. Het sluit in deze zin aan bij het bovenstaande beeld dat bij de zorgverleners over de (inspecteurs van) de inspectie bestaat.

5.2.2 Informatievergaring: Indicatoren

Een belangrijke bron van informatie over de kwaliteit van de zorg vormen de indicatorenlijsten die elk jaar door alle ziekenhuizen in Nederland verplicht dienen te worden ingevuld. Deze lijsten hebben hun basis in de veldnormen, zoals deze door de beroepsgroep, onder coördinatie van de IGZ zijn opgesteld. Er is wel enige onenigheid over wie nu de doorslaggevende stem heeft in het vaststellen van deze 'indicatorensets'. Zo lijken twee inspecteurs elkaar tegen te spreken over wie er nu aan de wieg staat van het opstellen van deze normen. Wel is het zo dat iedereen aangeeft dat de normen voor de indicatoren in alle gevallen door de wetenschappelijke verenigingen worden geaccordeerd.

"Wat wij altijd doen is dat we het veld, dus de wetenschappelijke verenigingen de richtlijnen en de veldnormen laten ontwikkelen. We stimuleren om dat dan ook echt te doen"

(Respondent IGZ 2)

"Wij doen wel een voorzetje, maar we stemmen dat altijd af met de veldpartijen"

(Respondent IGZ 1)

Doordat er in alle gevallen overeenstemming bestaat over deze normen tussen de inspectie en het medisch-wetenschappelijke veld, is er vanuit dit veld ook niet veel discussie over deze indicatoren *an sich*. Wel wordt binnen de zorg het gevaar gezien

dat ze te veel als alleszeggend over de zorg worden gezien, en daar *"is men het ook lang niet altijd over eens"* (respondent Zorg 2). Het gaat hierbij echter meer om de manier waarop ze gebruikt worden dan over de indicatoren op zichzelf (zie paragraaf 5.2.4).

Waar wel veel discussie over bestaat is de reikwijdte van deze informatiebron: in hoeverre geven zij een (totaal)beeld van de kwaliteit van zorg? Hoewel door de gedetailleerdheid van de indicatoren op specifieke punten een duidelijk beeld kan worden gegeven van de zorg, bestaat het gevaar dat over het algemenere beeld, dat vaak complexer is, wordt heen gekeken. Deze kritiek is zowel in het veld als binnen de inspectie te horen:

"Die indicatoren zijn natuurlijk ook speldenprikjes. Er zijn er meer en zij hebben een krachtige impuls gegeven aan het kwaliteitsdenken"
(Respondent IGZ 2)

"De discrepantie natuurlijk van ja, als je het bekijkt op papier dan klopt het, maar klopt het ook echt"
(Respondent Zorg 3)

Een voorbeeld van deze discrepantie wordt door een van de respondenten aangehaald: het Atrium MC in Heerlen. Dit ziekenhuis werd in 2009 door de poll in het Algemeen Dagblad, die in grote mate op dezelfde indicatoren als de IGZ gebruikt wordt gebaseerd, als beste ziekenhuis van Nederland verkozen. Op dit moment zijn er echter grote problemen op de operatiekamer, door zowel onvoldoende (kwaliteit van de) faciliteiten als slecht functionerend personeel. *"Dus dat geeft ook denk ik heel goed weer wat de beperking is in het hele verhaal"*, aldus respondent IGZ 4. Het verschil tussen de werkelijkheid op papier en de werkelijkheid in de praktijk komt voornamelijk terug in het daadwerkelijke medisch-inhoudelijke proces. Dit blijkt lastiger dan andere factoren in indicatoren te vatten.

Dit gat in de informatievoorziening door indicatoren wordt niet alleen erkend door de inspectie, maar er wordt ook naar gehandeld. Zo worden in ziekenhuizen de indicatoren gebruikt in samenhang met andere informatiebronnen als basis voor het jaargesprek in het gefaseerd toezicht met de Raad van Bestuur van het ziekenhuis. Hierbij wordt naast de indicatoren data gebruikt als *"een jaardocument zorg [...], of een klachtenjaarslag"* en daarnaast uit *"het thematisch toezicht [...], uit meldingen"*. Dit wordt naast elkaar gelegd zodat *"vanuit details naar een wat meer"*

geaggregeerd niveau kan worden gegaan” (respondenten IGZ 4 en IGZ 5). De data uit de indicatorenlijsten wordt dus, naast de andere data, als basis gebruikt voor het gesprek met de instellingen over de zorgverlening. Met andere woorden: de indicatoren “geven een indicatie, het geeft gespreksstof” (respondent IGZ 5). Hiervoor lijken de indicatoren op basis van het bovenstaande ook meer geschikt.

Naast de mate van effectiviteit van de indicatoren ten aanzien van de informatievergaring hebben zij ook enkele neveneffecten. Ook andere inspectiediensten en toezichthouders binnen de zorg gebruiken deze methode. Dit betekent dat de werkdruk om deze indicatorenlijsten, die vaak erg omvangrijk zijn, in te vullen erg hoog is. Daarnaast komen deze verschillende indicatorenlijsten niet altijd overeen.

*“Ik krijg persoonlijk wel eens het idee dat we meer dingen doen voor de inspectie dan voor de patiënt, of voor alle andere lijstjesverzamelaars van deze wereld. Dat levert niet meer of betere zorg op”
(Respondent Zorg 1)*

*“Het komt gewoon voor dat voor hetzelfde onderwerp, bijvoorbeeld ‘pijn’, drie keer verschillend wordt gedefinieerd. Dan moet je dus voor vier verschillende dingen een indicator aanleveren. Nou, dat is gewoon niet haalbaar”
(Respondent Zorg 3)*

Een ander neveneffect is dat het door deze informatie gemakkelijker wordt om ziekenhuizen zichzelf toetsbaar en afrekenbaar te laten opstellen. Vanuit de inspectie wordt dit positief beoordeeld, vanuit de zorg worden hier ook gevaren in gezien:

*“Het grote gevaar bestaat dat als je dit zo openlijk allemaal richting allereerst de inspectie maar vervolgens ook elk jaar naar de Elsevier en de AD gaat ventileren, en je daar dus ook met je indicatoren in komt te staan, ja, ik vind dat niet zo waardevol. Dat staat naast de uitslag waar je de beste haring kan krijgen zal ik maar zeggen, dus ik ben daar niet zo kapot van”
(Respondent Zorg 2)*

5.2.3 Informatievergaring: Meldingen

Naast de indicatorenlijsten worden ook meldingen gebruikt om informatie te verzamelen over de kwaliteit van dienstverlening in ziekenhuizen. Anders dan de indicatoren, waarmee op zo veel mogelijk facetten een indicatie wordt verkregen van de kwaliteit van zorg, gaat het bij meldingen om specifieke, enkele gevallen. Zorgverleners zijn vanuit de Kwaliteitswet Zorginstellingen verplicht ‘calamiteiten’ aan de inspectie te melden. De eerste vraag die aan de orde komt als gekeken wordt

naar de informatievergaring via deze methode is of dit ook altijd gebeurd. Twee zaken blijken deze verplichting tegen te werken. De eerste is de complexiteit van de medische handeling bij medisch-specialistische zorg. Er is vaak onduidelijkheid over de vraag of er gesproken moet worden van een 'calamiteit' of van een 'complicatie'. In de woorden van een medisch specialist:

"Ja, daar zijn we wel verplicht toe, maar waar precies de scheidslijn ligt... [...] Als je grote operaties doet, daar zitten risico's aan, en de mate van risico is vaak gerelateerd aan de ernst van de aandoening en de kans of een patiënt er überhaupt aan zal overlijden danwel heel erg veel last van blijft houden. [...] Dus het is ook niet in een soort wet te vangen."

(Respondent Zorg 1)

Deze onduidelijke definitie van een calamiteit wordt in de hand gespeeld doordat er vanuit de zorg duidelijk weerstand is tegen de meldingsplicht. Dit geldt ook andersom. Hoewel zorgverleners inzien dat het goed zou zijn als de calamiteiten aanleiding zouden zijn voor verbeteringen in de zorg, overheerst de angst dat de informatie van een melding gebruikt wordt voor het straffen van de arts die de fout heeft begaan. Vrijwel alle zorgverleners geven aan dat calamiteiten niet altijd gemeld worden wanneer dit wel wettelijk verplicht is. Ook inspecteurs geven aan dat ze zich hiervan bewust zijn.

"Je zou het liefste hebben dat elke professional, als die een fout maakt, dat zou melden van jongens, ik heb hier een fout gemaakt. Dus in de categorie van onhandigheidje tot de categorie wat ik nou toch gedaan heb. Dat zou het mooiste zijn, maar je kunt niet blindelings mensen vertrouwen en er worden echt ook fouten onder het tapijt geschoffeld, dat gebeurt wel in ziekenhuizen"

(Respondent Zorg 1)

"We weten dat ze dat [het melden van calamiteiten] bij lange na niet allemaal doen, we weten dat er veel meer misgaat dan dat wij gemeld krijgen."

(Respondent IGZ 1)

Eén van de artsen gaf aan dat hij begreep dat er door de angst van vervolging een "defensieve opstelling" kon ontstaan, maar dat hij zag dat "men wel voldoende ethisch vermogen [heeft] om het wel te doen" (respondent Zorg 2). Vooral de link tussen het doen van een melding en het vervolgd kunnen worden via een tuchtrechter wordt als motivatie opgevoerd om calamiteiten niet te melden. Hoewel dit niet het doel lijkt te zijn van de inspectie ten aanzien van de informatie uit de meldingen (zie ook paragraaf 5.1.1), bestaat de mogelijkheid volgens alle inspecteurs inderdaad. Wel benadrukken zij dat het bij het calamiteitentoezicht

uiteindelijk gaat om het vinden van structurele fouten die ook structureel verbeterd kunnen worden.

In ongeveer 15-20 tot 20-40 gevallen per jaar (respondenten IGZ 1 en IGZ 6) worden meldingen ook aangegrepen voor vervolging. Wel is dit altijd na grondig onderzoek (zie hiervoor paragraaf 5.2.3).

"Het nadeel van toezicht houden op incidenten is dat het incident eigenlijk een te grote plek krijgt, alsof dat wat zegt over de zorg. Dus daar moet je wel rekening mee houden. Anderzijds, het analyseren van incidenten kan je wel leiden, en dat is ons doel, tot structurele problemen"
(Respondent IGZ 6)

Deze laatste quote benadrukt naast het doel van het verbeteren van structurele problemen ook het gevaar dat door informatie vanuit meldingen te verzamelen het beeld van de kwaliteit van zorg vertekend wordt.

"Als je niet goed rond kijkt, en als je je laat leiden door de incidenten en de meldingen en als je niet heel erg goed reflecteert en spiegelt, dan zou je kunnen denken dat het allemaal niet zo goed gesteld is met de staat van de gezondheidszorg. En dat is niet waar."
(Respondent IGZ 3)

In deze zin past het calamiteitentoezicht wat betreft informatievergaring bij de risicogestuurde focus van de inspectie, waarbij door middel van het verbeteren van de 'onderkant' van de zorg de zorg in totaal verbeterd dient te worden.

5.2.4 Informatievergaring: Overig onderzoek

Naast bovenstaande relatief gestandaardiseerde manieren om informatie over de kwaliteit van de zorg te bemachtigen, wordt ook op een meer vrije manier onderzoek gedaan door de inspectie. Dit gebeurt onder andere naar aanleiding van de risicoselectie door middel van de indicatoren in het gefaseerd toezicht, naar aanleiding van meldingen of als basis voor een thematisch rapport over een onderdeel van de zorgverlening. Het gaat hierbij om 'inspecteurs die het veld ingaan' en daar door middel van gesprekken en het inzien van documenten informatie proberen te verkrijgen. In de interviews kwamen een aantal obstakels aan het licht die in algemene zin meespelen bij dit onderdeel van het werk van de inspectie.

In principe correspondeert de inspectie met de Raad van Bestuur of de directie van een ziekenhuis. Zij zijn immers eerstverantwoordelijke voor de geleverde kwaliteit in

de instelling. Dit betekent wel dat een inspecteur, om daadwerkelijk informatie te verkrijgen over de zorgverlening 'op de werkvloer', een extra (management)laag zal moeten overbruggen. Inspecteurs proberen naast de Raad van Bestuur ook zoveel mogelijk met daadwerkelijk professionals te spreken.

"Daarbinnen [in het ziekenhuis] werken mensen die een bepaalde vorm van professionaliteit kennen en in een zodanige variatie dat degene die daar de baas over is dat van zijn levensdagen nooit kan toetsen. Dat kan 'ie niet."

(Respondent IGZ 3)

"Wij proberen dat toch altijd zo in te bouwen dat we de eindverantwoordelijke spreken, dus de Raad van Bestuur, het middelmanagementniveau en de werkvloer, als ook een soort dubbelcheck."

(Respondent IGZ 1)

Een tweede punt dat in de interviews naar voren kwam is dat het lastig is om daadwerkelijk de organisatie te doorgronden en een volledig en waarheidsgetrouw beeld van de zorgverlening te krijgen. In interviews met medisch specialisten wordt gewezen op het gemak waarmee informatie waar inspecteurs naar op zoek zijn achter kan worden gehouden:

"De mensen met wie je spreekt moeten dan wel aangeven dat iemand disfunctioneert of dat iemand zijn vak niet beheerst of dat hij veel complicaties heeft. En als dat nergens geregistreerd wordt, of verborgen wordt gehouden, of gecamoufleerd wordt, dan sta je met lege handen. Dus ik denk, ik weet niet of je dat altijd boven tafel krijgt [als inspecteur]"

(Respondent Zorg 3)

"Als de naam inspectie genoemd wordt, dan gaan mensen verstarren, en ik weet niet of ze daarmee altijd de juiste informatie boven water halen. Dat mensen altijd daardoor hun dingen niet proberen ze iets mooier neer te zetten dan het is."

(Respondent Zorg 2)

Zelfs als er een grotere openheid zou zijn om vanuit de zorg eerlijk en open mee te werken aan de onderzoeken van de inspectie geven inspecteurs aan dat het lastig is daadwerkelijk inzicht te krijgen in de zorgverlening. Hierbij spelen zowel de complexiteit van de daadwerkelijke medisch-specialistische zorgverlening en de positie als inspectiedienst. Om alles te weten te komen staat de IGZ te ver op afstand en heeft ze niet voldoende 'mankracht'.

"I: Waar zitten de punten die het u beletten om een garantie te kunnen geven?"

R: Omdat je nooit alles weet, dat is één. Hoe groot je organisatie ook is, en hoe intensief je ook toezicht houdt. Je zult nooit alles kunnen opsporen."

(Respondent IGZ 4)

5.2.5 Beoordeling van de informatie

De beoordeling van de verkregen informatie wordt voornamelijk gedaan door middel van vaste normen. Bij de informatie verkregen uit de indicatoren is dit een direct gevolg van de manier van informatievergaring. Op basis van vaste marges kan worden vastgesteld of de zorg op een door de indicator gemeten punt voldoet. Hierdoor hoeft de analyse van deze informatiebron niet gedaan te worden door iemand met medische kennis, maar kan dit in het *backoffice* van de inspectie gebeuren. Ook bij andere informatie, zoals bij calamiteiten of via andere dan de officiële kanalen, wordt voornamelijk aan de hand van normen beoordeeld:

"En wat goede kwaliteit is wordt voor een belangrijk deel bepaald door wat specialisten daar zelf over afgesproken hebben, in evidence based richtlijnen, voor een deel zit dat natuurlijk ook in wetgeving, er is op allerlei deelterreinen natuurlijk wetgeving waar de zorg aan moet voldoen. Dus wij maken niet de normen. Er zijn toezichthouders die dat wel doen, maar wij doen dat niet. Dus in feite zeg je dan: wij controleren of het veld zich houdt aan de dingen die ze zelf goed vinden.

(Respondent IGZ 14)

"En dat geldt bijvoorbeeld ook voor een calamiteit: zijn de geldende normen en richtlijnen gevolgd."

(Respondent IGZ 3)

Het gebruiken van deze vaststaande normen zorgt ervoor dat het lastig is om dit te koppelen aan een op proportionaliteit gebaseerde en individuele beoordeling. Een deel van de inspecteurs geeft aan de mogelijkheid om proportioneel te zijn wel belangrijk vinden. Deze inperking van de proportionaliteit is begrijpelijk wanneer de verantwoordelijkheid van de IGZ als overheidstoezichthouder in beeld komt.

"Daar zit een spanningsveld. En ik denk dat dat goed is, dat het vertrouwen er ook is, en dat kun je in de relatiesfeer heel goed in de gesprekken laten zien: die professionele ruimte is er, en die moet er ook zijn, alleen is die wel in een verantwoordingsplicht. En daar ligt vaak het probleem."

(Respondent IGZ 5)

"Dus wij moeten uiterst zorgvuldig zijn in onze oordelen, het mag niet zomaar over één nacht ijs gaan. Je moet je onderzoek zorgvuldig uitvoeren, daar moet je bepaalde vormvereisten aan verbinden"

(Respondent IGZ 1)

Naast het bovenstaande maakt een ander punt het gebruik van deze normen als basis voor de beoordeling van goede zorg begrijpelijk. Als inspectieorganisatie heeft de IGZ niet de mogelijkheid om elke situatie in elk geval op zich, zonder algemene standaarden, te beoordelen. Hiervoor heeft de IGZ zowel niet genoeg 'mankracht' als expertise. De huidige kennis en kunde binnen en de grootte van de inspectie laten een vrijere vorm van beoordeling op een hoger aggregatieniveau op dit moment niet toe. Zowel binnen de zorg als binnen de inspectie wordt hierop gewezen. Vanuit het veld wordt er zelfs erg kritisch naar de kwaliteiten en kunde van de inspecteurs gekeken.

"Wij hebben wel dokters bij de inspectie, en we hebben zelfs ook wel en enkele medisch specialist, maar zelfs de kennis van die medisch specialist veroudert snel"

(Respondent IGZ 1)

"Maar punt twee is natuurlijk dat wij maar een beperkte dienst zijn, wij hebben als inspectie ik geloof iets van 400 medewerkers, waarvan er 100 inspecteur zijn. En wij worden geacht toezicht te houden op alle artsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, ziekenhuizen, verpleeghuizen, psychiatrische ziekenhuizen en gehandicaptenzorginstellingen in Nederland. [...] En alles bij elkaar, heeft men wel eens uitgerekend, zijn dat zo'n 60.000 postadressen. Dat kunnen wij natuurlijk met 100 mensen niet waarmaken. Dat is een illusie."

(Respondent IGZ 4)

"De contacten die wij hebben, dat is niets ten nadele van hen in dit geval, zijn toch vaak met omhooggevallen verpleegkundigen, bij gebrek aan gewicht. Dan denk ik van: is dat nou de juiste manier om het te organiseren?"

(Respondent Zorg 2)

Wanneer een onderzoek verder in de diepte uitgezocht moet worden, zijn de inspecteurs zich bewust van de kennisachterstand die ze hebben ten opzichte van het veld. Een verdergaand onderzoek kan bijvoorbeeld aan de orde zijn na een melding, waarvan de oorzaken van de calamiteit niet direct kunnen worden aangeduid. In zulke gevallen is een bijkomende moeilijkheid dat zij zich vaak toespitsen op het medisch-inhoudelijke handelen van artsen. Voor deze onderzoeken worden experts uit de medische wetenschap of praktijk aangetrokken.

"Een voorbeeldje, de maagverkleiningsproblemen in Emmen. We krijgen meldingen dat er meerdere patiënten doodgaan. Ligt dat aan het handelen van die dokter? Nou, dat is zo medisch-inhoudelijk, zo specifiek, daar hebben wij natuurlijk ook geen kaas van gegeten"

(Respondent IGZ 1)

"Als wij zelf een onderzoek doen, nou, dan heb ik een heel team van deskundigen om mij heen, en dan altijd via de beroepsorganisatie, dus de wetenschappelijke vereniging, vragen wij dan: geef ons een deskundige die ons kan bijstaan met medisch-inhoudelijke kennis. Dat gaat dan inderdaad om de state of the art"

(Respondent IGZ 1)

"Dat is natuurlijk heel moeilijk, die medisch-inhoudelijke kant. Ik denk, dat is heel moeilijk, dat is zelfs erg moeilijk voor collega's"

(Respondent Zorg 3)

Een ander punt dat bij de mate waarin de inspecteurs in staat zijn de informatie over de zorg te beoordelen meespeelt is hun ervaring in het veld. In de gesprekken bleek dat vrijwel alle inspecteurs vanuit een carrière binnen de zorg bij de inspectie terecht zijn gekomen. Dit heeft volgens de inspecteurs een positieve bijdrage op het werk dat zij moeten doen:

"Kijk, doordat ik de ziekenhuiswereld heel goed ken, kan ik wel achter de feiten nog een aantal dingen zien, juist die kleine ditjes en datjes, hoe dat in de nachtdienst gaat of in een avonddienst, of op een IC. Dus dat scheelt."

(Respondent IGZ 5)

Naast het voordeel van *feeling* met de zorgverlening op de werkvloer leek het ook andere uitwerkingen te kunnen hebben: een gevoel van het kunnen goedpraten wat er gebeurt, en hierdoor een minder kritische opstelling van de inspecteurs. Deze gedachtegang werd echter door de inspecteurs, en gezien de opmerkingen uit het veld over hun deskundigheid, ook niet door het veld herkend.

"Ja, in theorie kan dat natuurlijk het nadeel hebben dat je teveel denkt in de rol wie je inspecteert, dus eigenlijk van de beroepsbeoefenaar. In de praktijk vind ik dat dat weinig gebeurt. De inspectie heeft een bepaalde cultuur opgebouwd, waarin je kritisch bent op de beroepsbeoefenaar die je inspecteert, en op de instelling. Bij pas beginnende inspecteurs, die hebben een bepaalde tijd nodig om zich die gedachte en cultuur eigen te maken. Daar zie je nog wel eens dat men te veel vergoelijkend denkt over gemaakte fouten. Maar dat is met een paar maanden tot een half jaar is dat wel voorbij. Dus het gevaar dat wij teveel met de beroepsbeoefenaar meedenken dat is nauwelijks aan de orde."

(Respondent IGZ 4)

5.2.6 Bewerkstelligen van aanpassing in de zorg

Op basis van de beoordeling van de verkregen informatie zal de inspectie actie moeten nemen om de zorg daadwerkelijk te verbeteren. Om dit te doen hebben zij een aantal methoden, dat ook wel aangeduid wordt als de *"trits van*

handhavingmogelijkheden" (respondent IGZ 1). Deze handhavingmogelijkheden variëren binnen het "*schakeltje*" dat binnen de inspectie als adagium wordt gebruikt: "*adviseren, stimuleren, drang en dwang*" (respondent IGZ 5), oplopend naar mate van verplichting van de methode. Daarnaast zijn de laatste methoden formeler dan de eerste, die meer op het gesprek en op vertrouwen zijn gebaseerd.

Een ander principe ligt in lijn met de vier genoemde richtingen van aanpassing van waaruit de inspectie probeert tot aanpassing te komen. Het uitgangspunt is dat de Raad van Bestuur verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de zorg in een instelling. Dit betekent dat de inspectie in principe geen maatregelen voorschrijft voor te nemen stappen om de kwaliteit te verbeteren. Een instelling of ziekenhuis is zelf verantwoordelijk voor het vinden of kiezen van de weg waarlangs de gevraagde kwaliteitsverbetering dient te worden gezocht.

"De Raad van Bestuur moet de voorwaarden scheppen waardoor die dokter zijn werk goed kan doen. En als een dokter zijn werk niet goed doet dan heeft de Raad van Bestuur ook de verantwoordelijkheid om daar iets mee te doen."

(Respondent IGZ 1)

"In principe moeten ze [de instellingen] zelf bedenken wat ze doen, wij hebben dit bevonden, we vinden dat u zelf een plan van aanpak moet maken om het probleem op te lossen, om de zorg veiliger te maken. Zorgen dat dit soort risico's niet meer voorkomen. Wij houden in de gaten of zij deze verantwoordelijkheid ook echt nemen"

(Respondent IGZ 2)

[De IGZ] legt een rapport neer, die zegt, dit zijn onze basiseisen, voldoe er maar aan, en over een half jaar willen we een plan van aanpak hebben over hoe je dat gaat aanpakken, klaar. Geen enkele vorm van hulp wordt daarbij geboden."

(Respondent Zorg 5)

Om de instelling zover te brengen dat zij naar de richtlijn gaat handelen in het geval zij dit niet uit zichzelf doet heeft de inspectie de vier methoden die hierboven staan beschreven tot haar beschikking. Van deze methoden wordt door de inspecteurs de minder verplichtende en formele methoden als het meest waardevol gewaardeerd. Het grootste voordeel ten opzichte van drang en dwang is in hun ogen dat de eerste twee een 'diepere verandering' teweegbrengen:

"[Ik zie] de grootste toegevoegde waarde en de grootste effecten in adviseren en stimuleren, en een beetje drang. Dwang vind ik, ja, dat is nodig af en toe, maar dat is een uiterste middel. Daardoor krijg je wel veranderingen, maar niet optimaal, natuurlijk afgedwongen verandering, waar heel veel weerstand onder zit. Als mensen de sense of urgency niet erkennen, dan is het van kortdurende aard, dan ebt het weg."

(Respondent IGZ 5)

"Ik denk dat je de kwaliteit van zorg op individueel niveau, maar ook op meso- en macroniveau, alleen maar kunt verbeteren door voortdurend de dialoog ook open te houden. [...] Wij zullen uiteindelijk alleen aankomen als we dat gesprek blijven voeren"

(Respondent IGZ 3)

Naast deze zachtere methoden wordt ook erkend dat de hardere methoden voor een inspectieorgaan vanuit de overheid onontbeerlijk zijn. Dit komt voort uit twee belangrijke redenen. De eerste heeft overeenkomsten met de nadruk op normen in de beoordeling van de informatie, zoals in paragraaf 5.2.4 is beschreven. Ook hier komt terug dat een overheidsinstantie de verantwoordelijkheid heeft om gelijke gevallen gelijk te behandelen, en dus ook de middelen moet hebben om haar wil, wanneer het niet anders kan, door te drukken.

"We kunnen niet zomaar onze schouder ophalen en denken van nou, we laten dat maar liggen. Dus die publieke functie heeft wel degelijk ook een specifieke verantwoordelijkheid."

(Respondent IGZ 1)

Een tweede reden van de meer verplichtende methoden is de dreiging die ervan uitgaat. Met deze steun in de rug is het voor de inspectie gemakkelijker om mensen uit de zorg ook daadwerkelijk aan tafel te krijgen. *"Want als je dat niet doet, ben je misschien wel een boeiende stimulator, maar je moet natuurlijk wel iets kunnen laten zien"* (respondent IGZ 3). Enkele van de inspecteurs zien deze hardere methoden echt als een ander traject, dat ook niet in elke situatie gebruikt kan worden. Anderen zien de meer verplichtende methoden meer als een volgende fase, die ingezet kan worden als stimulans en advies niet het gewenste effect hebben:

"Als hij zegt mea culpa, dit had ik niet gewild en ik ga aan de slag, dan zijn we zijn vriend, bij wijze van spreken. [...] En dan wordt het gewoon lastig als ze dat niet zien, en als ze hun poot stijf houden of zeggen van er is niets mis met mij en mijn handelen. En hij ziet niet in dat wat hij fout gedaan heeft of als hij niet wil verbeteren. Ja, dan is het voor ons noodzakelijk om harder op te treden en dan gaan we naar bevel of naar tuchtzaken"

(Respondent IGZ 1)

Binnen de zorg worden stimulerende en adviserende functie van de inspectie weinig herkend. Medisch specialisten en andere zorgverleners zien voornamelijk de verplichtende zijde van de inspectie, bijvoorbeeld in de tuchtzaken die kunnen worden aangespannen tegen medisch specialisten en de vele richtlijnen die worden uitgevaardigd, en waar vervolgens naar dient te worden gehandeld.

"En je kunt natuurlijk wel alles proberen te uniformeren, maar dat is in de tijd van Mao ook nooit zo goed gegaan. Ik denk dat je altijd couleur locale moet hebben, en die moet natuurlijk wel aan internationale normen voldoen. Maar, leg niet alles uniform vast. Geef uniformerende richtlijnen waar iemand aan zou kunnen voldoen, maar help 'm ook om dat op de lokale manier op te lossen. En wees toegankelijk, niet van zo moet het zijn, dat werkt niet."

(Respondent Zorg 4)

"Wat mij wel altijd opvalt is dat zij een situatie beschrijven waarvan je dan denkt nou, in grote ziekenhuizen zal je het waarschijnlijk zo op kunnen lossen, omdat je daar de mensen en de middelen hebt. Maar in kleine ziekenhuizen is het soms enorm buffelen om te voldoen aan de eisen van de inspectie."

(Respondent Zorg 5)

Deze observatie vanuit de zorg over de methode van de inspectie heeft een duidelijk negatieve connotatie, zoals ook deels in de hierboven gegeven fragmenten blijkt. De diverse en complexe zorg is volgens de zorgverleners lastig in uniforme richtlijnen te vatten. Om tot daadwerkelijke zorgverbetering te komen, zo is de mening van de meeste specialisten, is een meer op de lokale situatie gebaseerde benadering gewenst. Daarnaast speelt de grote hoeveelheid aan richtlijnen vanuit de IGZ, maar ook vanuit andere instanties die zich met kwaliteit van zorg of de bedrijfsvoering van ziekenhuizen bezighouden, een rol. Hierdoor wordt het voor de zorgverleners lastig om aan alle eisen te voldoen, en bestaat het gevaar dat er naar de richtlijnen wordt gehandeld, in plaats van vanuit de verantwoordelijkheid van zorgverlener of medisch specialist.

"Soms draaft de inspectie door op bepaalde punten. Alles moet geregistreerd, geteld worden waar door er zeer veel kostbare tijd verloren gaat. Teveel!!"

(Respondent Zorg 7)

5.3 Stijl van inspectie

Een deel van de speelruimte die inspecteurs hebben om hun eigen stijl te gebruiken in de inspectiewerkzaamheden die zij doen wordt ingeperkt door de methoden van de inspectie. Naar aanleiding van het werken met indicatoren en normen als basis voor informatievergaring en beoordeling wordt de mate waarin een flexibele, op

vertrouwen gebaseerde stijl kan worden gebruikt ingeperkt. Het hebben van een publieke functie werkt dus ook door in de manier waarop inspecteurs om (kunnen) gaan met de zorgverleners op de werkvloer. In de zorg wordt een zakelijke, rigide stijl ook herkend:

"Wanneer wij iets zien dat niet in de haak is, dan hebben wij ook de plicht om er ook wat aan te doen"
(Respondent IGZ 1)

I: Wat is uw gevoel bij zo'n inspectie?

R: Dat komt toch wel vrij streng over, ik vond het heel duidelijk, heleboel dingen waar wij wat meekunnen, heel zakelijk, maar niet op een vervelende manier.
(Respondent Zorg 6)

Aan de ene kant wordt deze plicht positief beoordeeld. In die zin is het een steun in de rug voor de IGZ om geloofwaardig over te komen bij de zorg. Het zorgt daarmee voor een legitimatie van het feit dat de inspectie ingrijpt in de werksfeer van de zorgverleners op de werkvloer. Aan de andere kant staat het op gespannen voet met het feit dat het gesprek blijven voeren essentieel is om daadwerkelijk aan te komen bij de professionals.

"We zijn ook alleen maar effectvol als we geloofwaardig zijn, en betrouwbaar, en consciëntieus in ons handelen"
(Respondent IGZ 3)

"Een van de dingen waar je slagkracht door wordt vergroot is vertrouwen. En vertrouwen houdt niet in meepraten, maar vertrouwen houdt wel in: een gemeenschappelijk doel hebben. Ik voel me wel partner in business, ik voel me geen politieagent [...] Je moet je altijd open stellen voor de andere kant."
(Respondent IGZ 5)

Net als in de hierboven beschreven methoden zien inspecteurs de meer op vertrouwen en gesprek gerichte stijl, die als doel heeft begrip te bewerkstelligen bij medisch specialisten en zorgverleners als de (in essentie) meest effectieve. Deze focus op vertrouwen en wederkerigheid blijkt echter ook in de gehanteerde stijl niet over te komen in het veld. Overwegend wordt daar negatief over inspecteurs en hun manier van werken gesproken.

"Nou, ik denk dat ze veel laagdrempeliger die contacten moeten hebben met de zorg. En toch meer begrip tonen dat er dingen niet meteen van alles.. Ja, als er een melding wordt gedaan dan is het hele ziekenhuis van streek. En dat moet voorkomen worden. Een melding moet juist iets zijn van yes, we hebben weer een punt waar we ons op kunnen gaan verbeteren. Maar zo zou je wel na moeten denken. En ja, hoe dat ze dat doen is toch toegankelijker worden, laagdrempeliger, en niet meteen allerlei sancties eraan hangen."

(Respondent Zorg 4)

"Waar specialisten hard geraakt kunnen worden, dat kan vaak op een niveau van justitie zijn, maar inspectie zit daar natuurlijk voor het gevoel van de specialisten niet zo heel ver vandaan, terwijl het een heel ander traject is."

(Respondent Zorg 2)

Dit negatieve beeld van de inspectie in de zorg wordt, zoals dit laatste fragment aangeeft, mede veroorzaakt door haar focus op het vermijden van risico's. Daarnaast wordt deze focus in ieder geval in de beeldvorming versterkt doordat veel van de incidenten waarbij de inspectie een rol speelt breed in de media worden uitgemeten.

"Ik vraag me ook af of dat gebaat is om dat altijd aan kranten te lozen. Het is natuurlijk openbaarheid van bestuur, dat moet er natuurlijk zijn. Maar, zit een patiënt erop te wachten dat in ziekenhuizen alles zo slecht is, dat dokters alleen maar dingen niet goed doen, want zo lezen ze het"

(Respondent Zorg 4)

Het negatieve beeld, dat is op deze manier ontstaat, maakt het lastiger om het vertrouwen te creëren dat veel inspecteurs nodig zien om hun boodschap daadwerkelijk over te laten komen. Het zorgt als het ware voor een 'valse start' bij de wil van de inspecteurs om vanuit een gezamenlijk doel de zorg samen met de mensen in het veld te verbeteren.

5.4 Onderdelen van de zorgverlening

In de vorige paragrafen van dit hoofdstuk is de werkwijze van de inspectie besproken. Deze paragraaf zal ingaan op de kant van de zorg. Hierbij zal worden gekeken hoe de karakteristieken van de medisch-specialistische zorgverlening van invloed zijn op de mogelijkheden tot sturing vanuit de inspectie.

In de interviews is gevraagd naar de visie op 'kwalitatief goede zorg'. Hierbij blijkt een belangrijk verschil te zitten tussen de manier waarop er binnen de inspectie tegen dit begrip aan wordt gekeken en de manier waarop er in de zorg naar gekeken wordt. Bij de inspectie staat het voldoen aan de professionele standaard, of het

volgen van de richtlijnen en protocollen centraal. In de zorg komt dit criterium in veel mindere mate naar voren en geldt als bepalende factor of de patiënt centraal heeft gestaan in de zorgverlening.

"[Goede zorg is] zorg die voldoet aan de eisen die daaraan gesteld mogen worden gezien de beroepsstandaarden en de wettelijke eisen die er op dit moment zijn."

(Respondent IGZ 1)

"Dat is zorg die gebaseerd is op de richtlijnen en protocollen die er zijn, maar dat is ook zorg die regelmatig kritisch geëvalueerd wordt."

(Respondent IGZ 4)

"Ik denk dat het doel moet zijn om in ieder geval de kwaal of waar de patiënt mee komt op te lossen. Dus de zorgvraag, om daaraan te voldoen.[...] Daarnaast denk ik dat het in een sfeer moet gaan dat de patiënt zich als het ware gast voelt in het ziekenhuis"

(Respondent Zorg 3)

"Goede zorg is beschikbaar, goede zorg is er altijd als het individu het nodig heeft. [...] En goede zorg gaat ook over de menselijke maat. Want een ziekenhuis waar je in komt, waar je een nummer bent en niet meer een mens bent, dat is ook geen goede zorg."

(Respondent Zorg 1)

5.4.1 Sturing in het denken en handelen van artsen

Een van de facetten van de kwaliteit van zorg waarop binnen een ziekenhuis kan worden gestuurd is in de autonomie van medisch specialisten. Het gaat hierbij om het beïnvloeden van het denken en handelen van de artsen. Sturing van het gedrag van zorgverleners betekent tegelijkertijd een inperking van hun vrijheid van handelen. In principe is iedereen binnen zowel zorg als inspectie het erover eens dat een zekere mate van sturing op deze professionele autonomie niet te voorkomen is.

"Vind ik nou dat medisch specialisten altijd vrij moeten kunnen handelen? Nou, nee. Dat zou ook niet goed zijn. We hebben echt wel regelgeving nodig, en we hebben echt wel een aantal normen en waarden, afspraken en richtlijnen in onze beroepsgroep nodig, al was het maar omdat wij de wijsheid niet continu in pacht hebben."

(Respondent Zorg 1)

De vraag is echter op welke manier deze inperking het beste georganiseerd kan worden. Een van de belangrijkste elementen waar vanuit de inspecties op gestuurd dient te worden is volgens de inspecteurs het opvangen van eventuele risico's die samenhangen met de *human factor*. Het gaat hierbij dan vaak om zaken als de

communicatie tussen artsen of een bepaalde cultuur die binnen een maatschap of instelling heerst waardoor het denken en handelen van artsen wordt beïnvloed.

"Het kan wel dat dingen vergeten worden, of dat er onzorgvuldig wordt gewerkt, maar dat zal heel vaak niet bewust gaan. Dus de menselijke factor, mensen maken fouten, zit natuurlijk heel erg in dat proces"
(respondent Zorg 3)

"Dat zie je ook echt bij gedrag op OK's, daar is gewoon een cultuuromslag nodig. Het is zoveel jaar op die manier gedaan, de zorg op OK's is gewoon vernieuwd en er zijn meer risico's gekomen. En dat vereist een nieuwe manier van handelen en een ander gedrag."
(Respondent IGZ 2)

Zowel binnen de zorg als de inspectie ziet men moeilijkheden in het sturen van deze punten. Vooral het werken met standaarden of richtlijnen, een werkwijze die de inspectie, zoals hierboven is beschreven, vaak toepast, blijkt problematisch om daadwerkelijk een verandering in het denken en handelen van artsen teweeg te brengen. Dit punt geldt niet alleen voor de inspectie, maar ook voor de bestuurlijke kant van een instelling.

"Er zijn medisch specialisten die dat niet zien zitten en er de meerwaarde niet van zien. Nou ja, dat is gewoon cultuur. En dat is lastig om dat te kenteren"
(Respondent IGZ 2)

"En wat we ook zien is dat we hebben heel veel protocollen in een geautomatiseerd systeem staan, maar dat mensen die toch niet opzoeken en ze toch uit eigen ervaring werken, en dat strookt niet altijd met de protocollen die er zijn. Dat is een stukje cultuur."
(Respondent Zorg 5)

Aan deze vorm van sturing door middel van voorschrijvende en verplichtende richtlijnen zit ook een perverse prikkel vast: *"Dan gaat standaardisatie, blind het protocol volgen, overruled dan het belang van die patiënt"* (respondent IGZ 5). Dit gevaar kan in de ogen van inspecteurs worden opgelost door het gesprek met specialisten te voeren. Op basis hiervan kan in zo'n geval worden aangetoond dat een verandering in gedrag zinvol en nodig is.

"Alles bij specialisten is vaak: ik wordt beknot in mijn professionele autonomie, want ik moet me gaan verantwoorden waarom ik van dat protocol afwijk. Maar dat kunnen gewoon hele legitieme redenen zijn"
(Respondent IGZ 5)

"Echt die gedragsverandering, dat kan niet met machtsmiddelen, dat is echt voorlichting, praten, praten ook met de beroepsverenigingen."

(Respondent IGZ 2)

5.4.2 Sturing op de context van de medische handeling

Een tweede facet dat bepalend is voor goede zorg is de context van de medische handeling. Het gaat hierbij om aanpassingen in de organisatie en de faciliteiten van een instelling. Op dit punt is het gemakkelijker voor de inspectie om daadwerkelijk verandering te bewerkstelligen. De problemen zijn duidelijker aan te wijzen en ook de oplossingsrichting ligt vaak meer voor de hand. In die zin is de overtuiging die bij aanpassingen in het denken en handelen van specialisten nodig is op dit punt minder aanwezig.

"Sommige problemen zijn natuurlijk niet heel erg makkelijk, als er een cultuurprobleem aan ten grondslag ligt, dan heb je dat morgen niet veranderd. Als er een apparaat op een hele eenvoudige manier door onbevoegd personeel fout gebruikt wordt, dat niet bevoegd is, dat kun je makkelijk op lossen, van daar moet je mee stoppen."

(Respondent IGZ 5)

Het feit dat de oplossingsrichting gemakkelijk gevonden is wil echter niet zeggen dat de oplossing voor een instelling ook daadwerkelijk makkelijk te realiseren is. Veel van de sturing in de context van de zorg gaat over faciliteiten. Om dit aan te passen is geld vaak belangrijk. Omdat een instelling zelf een oplossing voor de aanpassingseisen van de inspectie moet vinden, kan dit een grote aanslag betekenen op het budget van voornamelijk kleinere instellingen.

"Maar in kleine ziekenhuizen is het soms enorm buffelen om te voldoen aan de eisen van de inspectie."

(Respondent Zorg 5)

"Ik ben de voorzitter van de investeringscommissie van het ziekenhuis en we hebben in de afgelopen twee jaar voor bijna meer dan een miljoen euro per jaar aan inspectiegerelateerde investeringsaanvragen gedaan. [...] En dat hakt er behoorlijk in als je een paar miljoen te vergeven hebt."

(Respondent Zorg 1)

5.5 Beantwoording empirische deelvragen

In deze paragraaf zal samenvattend een antwoord worden gegeven op de empirische deelvragen van dit onderzoek. Voor deze antwoorden dienen de bevindingen zoals ze in de vorige paragrafen staan beschreven als basis.

5.5.1 Deelvraag 5: Hoe heeft de IGZ haar inspectiewerkzaamheden ingekleed?

De inspectie heeft haar werkzaamheden ingekleed rondom een risicogestuurde focus. Ze kijkt dan ook voornamelijk naar de 'onderkant' van de zorg, om op die manier misstanden of ondermaatse zorg te voorkomen. Dit doet ze met een doel om de zorg in zijn algemeenheid voor de patiënt te verbeteren.

Om dit te bereiken wordt gebruik gemaakt van verschillende methoden. De informatie over de kwaliteit van zorg wordt verkregen uit een aantal bronnen. Allereerst zijn dit de indicatorenlijsten, die specifiek en vanuit vaststaande normen op veel verschillende punten de zorg puntsgewijs meten. Deze indicatoren zijn een belangrijke basis voor het gefaseerde toezicht. Een tweede bron van informatie zijn de meldingen van calamiteiten, die zorgverleners verplicht zijn te maken. Een derde, meer algemene informatiebron is het eigen onderzoek, dat op verschillende manieren kan worden ingezet. Het gaat hierbij voornamelijk om onderzoek naar aanleiding van calamiteiten, als basis voor een thematisch rapport over de zorgverlening op een specifiek punt of als vervolg nadat in het gefaseerd toezicht blijkt dat de zorg onder de maat lijkt te zijn. Er wordt geprobeerd met een mix aan informatiebronnen te werken om zo de 'gaten' die er in de afzonderlijke methoden zitten op te vullen.

De beoordeling van de informatie gebeurt voornamelijk op basis van vaststaande normen. Deze wijze van beoordeling komt logischerwijs voort uit de wijze van informatievergaring door middel van bijvoorbeeld de indicatoren. Zowel de verantwoordelijkheid als publieke dienst als de beperkte 'mankracht' en expertise zorgen ervoor dat de inspectie er niet aan kan ontkomen op deze rigide manier met de informatie om te gaan. Bij een eigen onderzoek worden vaak experts vanuit het veld aangetrokken om de kennisachterstand die de inspectie heeft ten opzichte van zorgverleners te overbruggen.

De wijze waarop getracht wordt aanpassingen in het veld te bewerkstelligen kan worden opgesplitst in vier methoden: advisering, stimulering, drang en dwang. In principe probeert de inspectie de invulling van haar eisen zo veel mogelijk door het veld zelf te laten doen. Ook hier geldt dat ze, door de publieke functie die de inspectie als overheidsorgaan heeft, niet zonder de meer verplichtende methoden kan, zowel om gelijke gevallen gelijk te kunnen aanpakken als om een wettelijke legitimering van het handelen te hebben.

In de stijl die inspecteurs proberen te hanteren wordt een mix gezocht tussen het handelen vanuit de publieke functie en het verkrijgen van vertrouwen. Met het laatste wordt getracht daadwerkelijk inzicht te bewerkstelligen over hoe de zorg verbeterd kan worden. De speelruimte die inspecteurs hebben om hun eigen stijl en werkwijze te hanteren wordt door de methoden die hierboven zijn beschreven behoorlijk ingeperkt.

5.5.2 Deelvraag 6: Hoe zien de inspecteurs hun invloed op de zorg van medisch specialisten?

De inspecteurs van de inspectie werken voornamelijk met het doel om de zorg te verbeteren voor de patiënt in plaats van het straffen van zorgverleners die ondermaatse zorg verlenen. Wel wordt een tweede belangrijk doel gevormd door de publieke functie die de inspectie wordt toegedicht: het inzicht verlenen in de kwaliteit van de zorgverlening en op deze manier de zorgverleners verantwoording af laten leggen over het werk dat zij doen.

Er is enige discussie onder inspecteurs over hoe de indicatoren gebruikt dienen te worden. De meesten zien echter de tekortkomingen ervan in, en proberen door middel van het combineren van verschillende informatiebronnen het beeld dat uit de indicatoren over de zorg ontstaat te vervolledigen. Ten aanzien van de meldingen zien inspecteurs ook tekortkomingen, voornamelijk in het verzaken van de meldingsplicht bij medisch specialisten. Daarnaast zien zij enkele andere nadelen: de kans dat het totaalbeeld van de zorg wordt vertekend doordat alleen de dingen waar duidelijk ondermaatse zorg is geleverd wordt gemeld. Daarnaast dient volgens de inspectie de focus bij meldingen te liggen op het, op basis van deze informatie, komen tot structurele verbeteringen. Het daadwerkelijke inzicht dat geprobeerd wordt uit het doen van eigen onderzoek te halen wordt in sommige gevallen belemmerd door de complexiteit van de medisch-specialistische zorg en een gebrek aan expertkennis. Wel zorgt het feit dat zij veelal zelf uit de zorg voortkomen volgens de inspecteurs voor een extra inzicht door middel van *feeling* met de zorg. Doordat vanuit de inspectie zelf het gebrek aan kennis en mankracht wordt erkend, wordt het gebrek aan mogelijkheden tot proportionaliteit dat aan de genormaliseerde beoordelingsmethoden vastzit geaccepteerd.

Van de methoden tot aanpassing worden vanuit de inspectie de minder verplichtende manieren om verandering te bewerkstelligen als het meest effectief omschreven.

Hierdoor kan een diepere verandering teweeg worden gebracht die langer aanhoudt. Wel is het zo dat zij daarnaast inzien dat de (dreiging van) hardere maatregelen onontbeerlijk is voor een overheidsinspectie. In overeenstemming hiermee geven de inspecteurs over hun stijl van inspectie aan dat een op vertrouwen gebaseerde stijl in hun ogen het beste werkt, maar dat zij ook inzien dat deze stijl vanuit hun publieke functie niet altijd mogelijk is.

De voordelen van de meer flexibele, op vertrouwen gebaseerde methoden en stijl komen voornamelijk naar voren bij het sturen van het denken en handelen van medisch specialisten in hun professionele autonomie. Hier wordt door de inspecteurs het creëren van een cultuuromslag als belangrijkste focus omschreven. Deze omslag is in hun ogen alleen te realiseren door middel van het hierboven beschreven diepere inzicht. De sturing op de context van de zorg kan in hun ogen gemakkelijker gedaan worden door middel van verplichtende maatregelen en richtlijnen.

5.5.3 Deelvraag 7: Hoe zien de medisch specialisten de invloed van de IGZ op de kwaliteit van de door hen geleverde zorg?

Binnen de zorg zien de medisch specialisten de inspectie voornamelijk als een politiemans die in de gaten houdt of er geen 'overtredingen' worden begaan ten aanzien van het leveren van goede zorg. Het doel van het verbeteren van de zorg door middel van het genereren van inzicht wordt duidelijk niet onderkend. Ook wordt kritisch gekeken naar het doel om transparantie te creëren over de geleverde zorg. Dit doel *overruled* in de perceptie van de zorgverleners als het ware het komen tot daadwerkelijke verbeteringen. Daarnaast heeft de risicogestuurde focus van de inspectie voor hen eenzelfde effect.

Ten aanzien van de informatievergaring zijn de medisch specialisten en zorgverleners redelijk kritisch. Bij de indicatoren spelen, naast de (retorische) vraag of met een dergelijke methode daadwerkelijk een totaalbeeld van de zorg kan worden verkregen, ook de neveneffecten van deze methode een rol. Het gaat hierbij vooral om de werkdruk die de indicatorenlijsten voor de instellingen opleveren en, gelinkt aan het doel van transparantie, dat kritisch wordt beoordeeld, een te directe en te weinig onderbouwde mogelijkheid tot afrekenbaarheid die ermee ontstaat.

Er is vanuit de medisch specialisten duidelijk weerstand tegen deze plicht, die in sommige gevallen kan uitmonden in het verzaken te melden. Dat deze plicht relatief

gemakkelijk kan worden ontweken komt voort uit de complexiteit van de medisch-specialistische zorg, waarbij de grens tussen een 'complicatie' en een 'calamiteit' erg vaag is. De weerstand komt voornamelijk voort uit de mogelijkheid die de inspectie heeft om op basis van deze meldingen een tuchtzaak tegen een individuele arts te starten.

De complexiteit van de medisch-specialistische zorg, en de mate waarbij een arts hier bepalend is, speelt ook een rol bij het eigen onderzoek van de inspectie, waarbij door specialisten wordt gewezen op het gemak waarmee een 'gecamoufleerd beeld' kan worden gegeven over de zorgverlening. Daarnaast zijn medisch specialisten erg kritisch op de kennis en kunde van de gemiddelde inspecteur van de IGZ.

Zorgverleners herkennen in de methoden die de inspectie gebruikt om tot aanpassingen te komen voornamelijk de verplichtende en de op straffen gebaseerde maatregelen. De meer op vertrouwen en wederkerigheid gebaseerde methoden die de inspecteurs voorstaan herkennen zij dus niet. Ook zij zien, net als de inspecteurs, dat die methode wel tot de beste resultaten in zorgverbetering zou leiden, voornamelijk omdat medisch-specialistische zorg zich slecht in uniforme richtlijnen laat vangen. Ook speelt de grote hoeveelheid aan richtlijnen en eisen een rol, waardoor de kans bestaat dat de kunde van artsen aan de kant wordt geschoven en uitsluitend naar de richtlijnen zal worden gehandeld, wat de zorg in hun ogen niet ten goede komt. Ook in de stijl van inspectie komt eenzelfde beeld naar voren, waarbij het nagestreefde 'gesprek' van de inspecteurs in het veld niet wordt herkend.

5.5.4 Deelvraag 8: Hoe is de invloed die de inspecties op medisch-specialistische zorg hebben te verklaren?

Uit het bovenstaande blijkt dat de publieke functie die de inspectie heeft grote invloed heeft op de uiteindelijke invloed die ze heeft op de kwaliteit van zorg van medisch specialist. Het werpt een belangrijke belemmering op waardoor de mate waarin zij haar ideale werkwijze kan toepassen wordt ingeperkt.

Het feit dat de IGZ vanuit de overheid toezicht houdt op de gezondheidszorg, en in dit geval in het bijzonder op de medisch-specialistische zorg, brengt een publieke functie met zich mee. Deze publieke functie uit zich in het doel dat door de inspecteurs wordt genoemd om transparantie te creëren en zo de burger inzicht te geven in de geleverde kwaliteit. Daarnaast komt het terug in de vorm van een eis om uniform en verantwoord te werk te gaan. Hierdoor zijn inspecteurs gebonden aan

het werken met vaste normen in de beoordeling van informatie, en worden zij ingeperkt om de *couleur locale* van een instelling mee te nemen. Niet overal is deze inperking volledig. Op sommige punten, zoals de jaargesprekken en het eigen onderzoek, kan de inspecteur zijn of haar eigen stijl, gebaseerd op wederkerigheid en vertrouwen, in zekere mate gebruiken.

Echter, ook hier zorgt de publieke functie voor een beperking. Doordat de verplichtende drang- en dwangmaatregelen waarover de inspectie beschikt als een donkere wolk ook in die gevallen op de achtergrond blijven hangen, verandert de attitude van de geïnspecteerden ten opzichte van de IGZ. Zij zien de inspectie meer als een 'politieaanpak' dan een 'wereldverbeteraar', waardoor weerstand tegen het handelen van de inspectie ontstaat.

Op basis van deze punten ontstaan twee inperkingen in de invloed die inspecties op de zorg van medisch specialisten hebben. De eerste heeft te maken met het sturen op het denken en handelen binnen de autonomie van de medisch specialisten. Door de hierboven beschreven weerstand is dit domein van zorgverlening lastig te beïnvloeden. Zoals de inspecteurs zelf aangeven is hiervoor een cultuuromslag nodig, en deze is alleen te bereiken door middel van het gesprek en het creëren van inzicht. Juist deze zaken blijken uit het bovenstaande lastig voor de IGZ om te bewerkstelligen.

De tweede inperking heeft te maken met de complexiteit van de medisch-specialistische zorg. Door de publieke functie en de verantwoordelijkheid die daarbij hoort, is de inspectie min of meer gedwongen om op basis van normen en richtlijnen haar werkwijze in te kleden. Dit komt terug in zowel de informatieverzameling, de beoordeling als de aanpassingsmethoden die ze gebruikt. Het blijkt echter dat deze methoden vaak niet toereikend zijn om de zorg te meten, te beoordelen en te sturen. De indicatoren bijvoorbeeld worden gezien als speldenprikjes, die niet alles zeggen. De beoordeling op vaststaande normen kan voor een verkeerd beeld leiden, zo blijkt uit de voorbeelden van het Atrium MC in Heerlen (zie paragraaf 5.2.2). En ook aan het sturen door middel van uniforme richtlijnen kleven duidelijke nadelen, zoals de hoge belasting door de opeenstapeling van deze eisen aan (kleine) ziekenhuizen.

Deze twee inperkingen zorgen ervoor dat de invloed die de inspectie uitoefent op het denken en handelen van medisch specialisten lastiger is te bereiken dan de invloed op de context van dit medisch handelen. Sturing vindt voornamelijk plaats door uniformering van standaarden, bijvoorbeeld via protocollering of het verplichten van bepaalde faciliteiten door middel van richtlijnen. Dit betekent een invloed die inperkend in plaats van stimulerend is. Immers, de 'kern' van de zorgverlening (de zorgverleners zelf) worden niet *meer* in staat gesteld om betere zorg te verlenen, door middel van leren en reflectie. Zij worden in plaats daarvan ingeperkt om de kans op *mindere* zorg te verminderen.

6. Conclusie

Dit afsluitende hoofdstuk geeft antwoord op de hoofdvraag van dit onderzoek. Ook zullen de resultaten uit de empirie worden gekoppeld aan de in hoofdstuk drie beschreven theorie. Aan de hand hiervan zullen een aantal meer algemene opmerkingen worden gemaakt over de relatie tussen de literatuur en de onderzochte casus.

In dit onderzoek staat de wijze waarop de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in staat is om invloed uit te oefenen op de kwaliteit van medisch-specialistische zorg centraal. In de afgelopen jaren is de Nederlandse gezondheidszorg op verschillende manieren aan verandering onderhevig geweest. Daarnaast zijn in de media regelmatig incidenten te vinden waarin de kwaliteit van zorg duidelijk onder de maat wordt geleverd. In deze gevallen wordt in sommige gevallen ook kritiek geleverd op het functioneren van de inspectie. De vraag die in dit onderzoek centraal heeft gestaan is dan ook:

Op welke wijze heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg invloed op de kwaliteit van de zorg van medisch specialisten, en hoe is dit te verklaren?

Uit dit onderzoek blijkt dat de inspectie, door de institutionele setting waarin zij zich bevindt, te maken heeft met een aantal belangrijke belemmeringen in het toezicht houden op de medisch-specialistische zorg. Hierdoor is zij ingeperkt in de mogelijkheden om de door haar zelf in hoge mate gewenste wijze van toezicht ook werkelijk toe te passen. De invloed van de inspectie komt daardoor vooral terug in de context van de zorg in plaats van in de daadwerkelijke zorgverlening door de medisch-specialist.

Tegenwerkende doelen

Doordat de IGZ als overheidsinstantie toezicht houdt op de Nederlandse gezondheidszorg heeft zij naast het verhogen van de kwaliteit van de zorg een tweede doel: het zorgen voor verantwoording van de (kwaliteit van) zorgverlening richting de burger. Deze doelen komen overeen met het cybernetische doel en het democratische doel die Ngo et al (2008) beschrijven. Anders dan de verwachting ten

opzichte van deze doelen aangeeft, blijkt een focus op het cybernetische doel op zich niet genoeg om de kwaliteit op een overtuigende wijze te beïnvloeden. Uit dit onderzoek blijkt dat deze invloed vanuit een focus gericht op leren en verbeteren kan worden ingeperkt door een tweede focus op het creëren van verantwoording en transparantie. Deze democratische doelstelling zorgt ervoor dat er in de beleving van de geïnspecteerden een ander beeld ontstaat over de doelen van de inspectiedienst. Zij krijgen het beeld dat de IGZ er voornamelijk is om hen in de gaten te houden, en dus optreedt als 'politieman'. Het beeld dat de IGZ zelf van haar rol heeft, dat meer in zich heeft van het zijn van een 'wereldverbeteraar', wordt in de zorg veel minder herkend. De weerstand die hieruit voortvloeit zorgt voor inperkingen ten aanzien van de effectiviteit van de inspectiewerkzaamheden. Dit komt overeen met de verwachting uit de literatuur (zie Noordegraaf, 2007; Freidson, 2001) dat een defensieve houding vanuit de professionele autonomie van de medisch specialisten een belemmering kan vormen voor de inspectie. Ook in dit onderzoek blijkt dat de weerstand groeit naarmate de professionals zich in hun autonomie voelen aangetast.

Toezicht houden op professionals

De publieke functie van de inspectie, die zorgt voor tegenstrijdige doelen, werkt ook door in de methoden die worden gebruikt. Naast de verwachte belemmeringen, beperkt de focus op verantwoording en transparantie de inspectie in de methoden die kunnen worden gebruikt. Ze zal 'gelijke gevallen' ook gelijk moeten behandelen. Zoals verwacht is het voor een relatief kleine inspectiedienst daarnaast onmogelijk om altijd en overal een goed beeld van de zorgverlening te hebben en te houden. Hierdoor is zij gedwongen op een geüniformeerde en gestandaardiseerde manier haar informatievergaring en beoordeling in te kleden. Goede voorbeelden hiervan zijn de prestatie-indicatoren en de uniforme richtlijnen. Met deze methoden is het echter, in lijn met wat Buetow & Roland (1999) over inspecties schreven, erg moeilijk om een goed beeld van de zorg te krijgen. Daarnaast roepen zij, zoals ook Noordegraaf (2007) en Wollersheim (2007) beschreven, weerstand op. Deze strikte methoden zijn een inbreuk op het professionalisme van de artsen en hen het gevoel geven van wantrouwen tegenover de kennis en kunde van de beroepsgroep zelf.

De stijl van inspectie levert vanuit de literatuur (zie Bardach & Kagan, 1982) een dubbelzijdige verwachting op. Aan de strikte en rigide stijl die zij beschrijven zitten zowel voor- als nadelen ten aanzien van het sturen van professionals. Deze enigszins

tegenstrijdige verwachting blijkt in dit onderzoek verklaarbaar wanneer er onderscheid wordt gemaakt in de verschillende onderdelen van zorg zoals Westert (2005) deze beschrijft. In het eerste onderdeel, de autonomie van de arts, blijkt een rigide stijl voornamelijk het nadeel van een defensieve houding van de zorgverleners op te roepen. Ook blijkt dit onderdeel van de zorgverlening te complex om door middel van een strikte stijl toezicht te houden. Het denken en handelen van artsen is op deze manier moeilijk te sturen. In het andere onderdeel, de context van de zorgverlening, geeft een dergelijke stijl meer inzicht en zorgen de rigide richtlijnen gemakkelijker voor de gewenste aanpassing. Voorbeelden waarbij dit gemakkelijker kan zijn de allocatie van middelen of het verplichten tot aanschaf en gebruik van bepaalde faciliteiten.

De in de inleiding genoemde kritiek vanuit de zorg op de inspectie blijkt naar aanleiding van dit onderzoek een duidelijke basis te hebben. De geformaliseerde methoden, die worden gebruikt doordat de inspectie een publieke functie heeft en zij niet goed in staat is de complexe zorg gemakkelijk in de gaten te houden, kunnen zorgen voor een "overvloed aan rapporten", zoals de voorzitters van de Orde van Medisch Specialisten en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen aangeven. Het rapport van de Nationale Ombudsman (2009) is minder herkenbaar. De transparantie en communicatie richting de Nederlandse burger, dat door de Ombudsman wordt gemist, blijkt in dit onderzoek juist een grote rol te spelen bij het werk dat de inspectie doet. De tegenstrijdige situatie waarin de inspectie zich volgens Kist & Hutschemaekers (2005) in de huidige Nederlandse gezondheidszorg bevindt (het houden van *meer* toezicht met *mindere* middelen) is ook duidelijk in dit onderzoek terug te zien.

Tot slot

Als antwoord op de bovenstaande hoofdvraag kan gesteld worden dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg haar invloed op de kwaliteit van zorg van medisch specialisten voornamelijk doet gelden op de 'onderkant' van de zorg. Dit doet zij door middel van het toetsen of aan geldende richtlijnen wordt voldaan. Invloed door middel van het stimuleren van de zorgverleners om zich te verbeteren wordt door haar publieke functie belemmerd. Daarnaast zorgt deze publieke functie ook voor enkele belemmeringen ten aanzien van de effectiviteit van haar informatievoorziening en mogelijkheden tot aanpassing. Deze belemmeringen komen

voort uit de weerstand die zij, door middel van haar focus op het vinden en voorkomen van ondermaatse zorg en de rigide manier waarop zij toezicht houdt, bij zorgverleners creëert. Deze weerstand zorgt ervoor dat de invloed het duidelijkst is in het domein van de context van de medische handeling. Op de medische handeling blijkt het verkrijgen van invloed via bovenstaande weg veel lastiger.

7. Discussie

In dit laatste hoofdstuk zal een reflectie worden gegeven op het onderzoek. Ook worden, hieraan gekoppeld, mogelijkheden voor vervolgonderzoek naar dit onderwerp gegeven.

De 'wijze van invloed'

Dit onderzoek is expliciet een onderzoek naar de *wijze* van invloed geweest. Het heeft niet tot doel gehad om deze invloed op enigerlei wijze te kwantificeren. De uitkomsten dienen dan ook niet op een dergelijke manier te worden geïnterpreteerd. Het reikt niet verder dan dat het aangeeft met welke specifieke kenmerken van het domein waarin de Inspectie voor de Gezondheidszorg zich beweegt te maken krijgt, en wat dit betekent voor de manier waarop ze haar invloed kan doen gelden. Een logische vervolgstap in onderzoek naar de invloed van inspecties binnen de medisch-specialistisch zorg kan dan ook zijn om (op onderdelen) deze invloed verder meetbaar te maken. Op deze manier kunnen de uitkomsten van dit onderzoek op meer specifieke punten, zoals disciplines of verschillende instellingen, worden getoetst.

Het onderwerp van dit onderzoek is benaderd op basis van het zoeken naar *wijze van* invloed in plaats van het zoeken naar *mate van* invloed. Het zegt dan ook in die termen iets over de bredere vragen waarbinnen dit onderzoek zich bevindt (zie paragraaf 1.4). Bij de vraag over de *mate* van verantwoordelijkheid die de overheid kan nemen ten aanzien van de medisch-specialistische zorg bestaat het antwoord dat op basis van dit onderzoek kan worden gegeven voornamelijk uit de *wijze* waarop zij dit kan. Bijvoorbeeld door vooral te sturen op de context van de medische handeling, omdat het denken en handelen van medisch specialisten lastig valt te sturen. Een andere vraag die naar aanleiding van dit onderzoek kan worden gesteld, ten aanzien van de organisatie van de Nederlandse gezondheidszorg, is of de inspectie wel de juiste instantie is om dit denken en handelen van medisch specialisten te sturen? Dit onderzoek geeft aan dat er belangrijke belemmeringen zitten aan het sturen op professionals vanuit een inspectierol met een publieke functie.

Een 'betere' inspectie?

Er is de afgelopen jaren veel discussie geweest over de werkwijze van de IGZ. Deze discussie is een van de aanleidingen geweest voor het schrijven van dit onderzoek. De uitkomsten kunnen dan ook in dat licht worden beschouwd. Ze geven inzicht over waarom de inspectie geen 'almachtige' speler is binnen de Nederlandse gezondheidszorg. De resultaten van dit onderzoek geven echter geen duidelijke handleiding om de inspectiewerkzaamheden te kunnen 'verbeteren'. Zoals uit de bevindingen van dit onderzoek blijkt, is de 'verbeteren' geen volledig objectieve term. Dit onderzoek geeft geen uitkomst waaruit kan worden opgemaakt of *meer* invloed van inspecties ook *betere* zorg oplevert. Dit onderzoek kan in dat licht wel aangrijpingspunten voor verder onderzoek in die richting bieden. Een voorbeeld kan zijn om te bekijken hoe vertrouwen van en samenwerking met medisch specialisten samen kan gaan met geformaliseerde methoden van toezicht houden. Dit lijkt op basis van de resultaten van dit onderzoek een punt waar nog vooruitgang is te boeken.

Onderzoek doen bij professionals

Tijdens het onderzoek doen is door medisch specialisten zelf gewezen op de eigengereidheid van hun beroepsgroep in de zorg. Dit punt komt overeen met de literatuur over dit onderwerp. In die zin is dit onderzoek ook een onderzoek naar zichzelf: zouden medisch specialisten, als ware *reflexive practitioners* (Noordegraaf, 2007), een onderzoek als dit aan kunnen grijpen om hun eigen autonomie hiermee bewust in stand te houden? Een onderzoek naar zichzelf vindt per definitie geen antwoord, maar het biedt perspectieven voor andere onderzoeken over dit onderwerp.

Literatuur & Bronnen

- Aa, W. van der & T. Elfring (2003). *Management van dienstverlenende bedrijven*. Schoonhoven: Academic Service
- Algemeen Dagblad (2010). *Ziekenhuis top 100*. Geraadpleegd op: <http://www.ad.nl/ad/nl/1/home/integration/nmc/frameset/nieuws/ziekenhuistop100.dhtml>, 4 januari 2010
- Algemene Rekenkamer (1999). *Inspectie voor de Volksgezondheid*. Rapport onder kamerstuk 26395 nr. 2
- Bardach, E. & R. Kagan (1982). *Going by the Book: the Problem of Regulatory Unreasonableness*. New Brunswick: Temple University Press
- Boer, R.H. de & W. van der Ham (2008). *Inspectie Gezondheidszorg overschreeuwt zichzelf*. Geraadpleegd op: http://orde.artsennet.nl/discussie/Nieuwsartikel/NVZ-en-Orde-roepen-IGZ_op-rapporten-te-matigen.htm, 21 december 2009
- Buetow, S.A. & M. Roland (1999). 'Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care', in: *Quality in Health Care*, vol. 1999:8, pp. 184-190
- Elsevier (2010). *Beste Ziekenhuizen 2009*. Geraadpleegd op: <http://www.elsevier.nl/web/Weekblad/Onderzoeken/Beste-ziekenhuizen-2009.htm>, 4 januari 2010
- Freidson, E. (2001). *Professionalism: the Third Logic*. Cambridge: Polity Press
- Harrison, S. (1994). 'Clinical autonomy and health policy: past and futures', in: Harrison, S. & C. Pollitt. *Controlling Health Professionals*. Buckingham: Open University Press, pp. 50-64
- Harrison, S. & Ahmad, W.I.U. (2000). 'Medical Autonomy and the UK State 1975-2025', in: *Sociology*, vol. 34:1, pp. 129-146
- Hart, H. 't, H. Boeije & J. Hox (2005). *Onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Boom Onderwijs
- Hoek, H. (2006). *Governance & Gezondheidszorg. Private, publieke en professionele invloeden op zorgaanbieders in Nederland*. Proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor aan de Erasmus Universiteit Rotterdam
- Hood, A. (1991). 'A Public Management for all Seasons?', in: *Public Administration*, vol. 69:1, pp. 3-19

- IGZ (2001). *Op weg naar gezond vertrouwen. Advies over de strategie voor de IGZ*. Den Haag: VWS
- IGZ (2007). Persbericht 'IGZ voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg'. Geraadpleegd op: <http://www.igz.nl/actueel/nieuwsberichten/mjb>, 21 december 2009
- IGZ (2009a). *Missie*. Geraadpleegd op: <http://www.igz.nl/organisatie/missie>, 27 december 2009
- IGZ (2009b). *Prestatie-indicatoren ziekenhuizen. Basisset 2010*. Geraadpleegd op: <http://www.igz.nl/loketzorgaanbieders/indicatoren/ziekenhuizen>, 27 december 2009
- IGZ (2009c). *Verscherpt toezicht*. Geraadpleegd op: <http://www.igz.nl/466251/>, 27 december 2009
- IGZ (2009d). *Rapporten 2009*. Geraadpleegd op: <http://www.igz.nl/publicaties/rapporten/1772323/>, 27 december 2009
- Jong, J. D. de (2008). *Explaining medical practice variation. Social organization and institutional mechanics*. Proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor aan de Universiteit Utrecht
- Kilminster, S.M. & B.C. Jolly (2000). 'Effective supervision in clinical practice settings: a literature review', in: *Medical Education*, vol. 34:2000, pp. 827-840
- Kist, S. & G. Hutschemaekers (2006). *Beroep Inspecteur in de gezondheidszorg*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russel Sage Foundation
- Luginbuhl, R., D. Webbink & I. de Wolf (2009). 'Do inspections improve primary schools performance?', in: *Educational Evaluation and Policy Analysis*, vol. 31:2, pp. 222-237
- May, P.J. & R.S. Wood (2003). 'At the Regulatory Front Lines: Inspectors' Enforcement Styles and Regulatory Compliance', in: *Journal of Public Administration Research and Theory*, vol. 13:2, pp. 117-139
- Medical Facts (2009a). *Minister Klink wil extra onderzoek naar MST-neuroloog Jansen Steur*. Geraadpleegd op: <http://www.medicalfacts.nl/2009/09/24/minister-klink-wil-extra-onderzoek-naar-mst-neuroloog-jansen-steur/>, 16 januari 2010
- Medical Facts (2009b). *Effectief toezicht vraagt kritische rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg*. Geraadpleegd op:

- <http://www.medicalfacts.nl/2009/10/22/effactief-toezicht-vraagt-kritische-rol-van-de-inspectie.html>, 3 december 2009
- Ministerie van VWS (2003). *Beleidsagenda 2004; Keuzes voor een houdbare en beter presterende zorg*. Den Haag
- Nationale Ombudsman (2009). *De Inspectie voor de Gezondheidszorg: een papieren tijger?* Rapportnummer 2009/250
- Ngo, D., E. den Breejen, K. Putters & R. Bal (2008). *Supervising the quality of care in changing healthcare systems. An international comparison*. Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam
- Noordegraaf, M. (2007). 'From "Pure" to "Hybrid" Professionalism: Present-Day Professionalism in Ambiguous Public Domains', in: *Administration & Society*, vol. 39:6, pp. 761-785
- Noordegraaf, M. & T. Abma (2003). 'Management by Measurement? Public Management amidst ambiguity', in: *Public Administration*, vol. 81:4, pp. 853-871
- NRC Handelsblad (3 december 2009). *Gewenst: Inspectie die bijt; Ombudsman noemt waakhond papieren tijger*
- Putters, K. (2009). *Besturen met duivelselastiek*. Oratierede aan het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam op 9 oktober 2009
- RVZ (2000). *Professionals in de gezondheidszorg*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
- RVZ (2009). *Governance en kwaliteit van zorg*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
- Sparrow, M. (2000). *The regulatory craft: controlling risks, solving problems, and managing compliance*. Harrisonburg: R.R. Donnelley and Sons
- Thiel, S. van (2007). *Bestuurskundig onderzoek: een methodologische inleiding*. Bussum: Coutinho
- Universiteit van Tilburg (2006). *Persbericht 'Hybride organisaties als ziekenhuizen, omroepen en woningcorporaties bevinden zich vaak in spagaat'*. Geraadpleegd op: <http://www.uvt.nl/faculteiten/frw/nieuws/060615-persbericht.pdf>, 15 januari 2010
- Volkskrant, de (11 november 2008). *Ziekenhuizen: de inspectie overdrijft*. Geraadpleegd op:

- http://www.volkskrant.nl/binnenland/article1089901.ece/Ziekenhuizen_de_in_spectie_overdrijft, 21 december 2009
- Walburg, J.A. (1997). *Integrale kwaliteit in de Gezondheidszorg*. Deventer: Kluwer
- Walburg, J.A. (1999). 'Kwaliteit en gezondheidszorg', in: *Bestuurskunde*, vol. 8:6, pp. 268-280
- Westert, G.P. (2006) *Variatie in prestatie. De kwaliteit van de gezondheidszorg aan bod*. Bilthoven: Uitgeverij RIVM
- Wilensky, H.L. (1964). 'The Professionalization of Everyone?', in: *The American Journal of Sociology*, vol. LXX:2, pp. 137-158
- Wollersheim, H., R. Hermens, M. Hulscher et al (2007). 'Clinical Indicators: development and applications', in: *The Netherlands Journal of Medicine*, vol. 65:1, pp. 15-22
- Yin, R.K. (2009). *Case Study Research. Design and Methods*. Londen: Sage Publications

Bijlage I: Topiclijst inspecteurs IGZ

Inleidend

Inhoud werk
Objecten van beoordeling
Taken en verantwoordelijkheden

Doel/perspectief/focus

Motivatie werk
Persoonlijke doelen
Ideale resultaten werk
Motivatie IGZ
Missie
Raison d'être

Methoden/werkzaamheden

Methode van IGZ om doel te bereiken
Informatieverzameling
Achtergrond manier van informatieverzameling
Oordeel manier van informatieverzameling
Beoordeling informatie
Betrokkenen
Criteria
Evaluatie beoordeling: fouten
Aanpassingen/verbeteringen
Manier om tot dit te komen
Benadering object
Daadwerkelijke resultaten (meetbaarheid)
Voorbeelden
Koppeling doelen/werkwijze IGZ
Evaluatie uitvoering missie (garantie geven)
Mogelijke verbeteringen

Stijl

Relaties op de werkvloer
Punten van aandacht in deze relaties
Geslotenheid zorg?
Bewust bezig met houding?
Bewerkstelligen coöperatie/navolging
Belang van vertrouwen
Flexibiliteit / volgens het boekje

Kwaliteit van zorg

Bepalende factoren kwalitatief goede zorg
Rol medisch specialist
Rol ziekenhuis

Rol inspecties/anderen
Externe invloed kwaliteit van zorg
Centrale waarden 'goede zorg'
Beoordeling 'goede zorg'
Capabiliteit betrokkenen

Bijlage II: Topiclijst medisch specialisten en zorgverleners

Inleidend

Functieomschrijving
Taken en verantwoordelijkheden
Inhoud specialisatie
Hoe contract

Kwaliteit van zorg

Bepalende factoren kwalitatief goede zorg
Rol medisch specialist
Rol ziekenhuis
Rol anderen
Externe invloed kwaliteit van zorg
Centrale waarden 'goede zorg'
Beoordeling 'goede zorg'
Capabiliteit betrokkenen

Inspecties

Ervaringen met IGZ/inspecties
Op welke manier in aanraking
Voorbeelden
Ervaringen van anderen
Visie op werkwijze IGZ
Vanuit optiek medisch specialist: werkwijze IGZ
Doel IGZ
Oordeel informatievergaring
Oordeel beoordeling informatie
Oordeel vervolg: straffen?
Inbreuk inspecties op werk medisch specialisten

Bijdrage inspecties aan 'goede zorg'
Factoren die hiervoor van belang zijn
Vergelijking huidige situatie

Autonomie

Autonomie werkproces
Wat is belangrijk om als arts zelf te bepalen
Evaluatie 'goede zorg'
Actoren
Centrale waarden
Inperkingen werk

Bijlage III: Coding Tree MAXQDA

