

Wie het weet mag het zeggen

Toezicht op persoonsgerichte langdurige zorg

Prof.dr. Anne Margriet Pot

Wie het weet mag het zeggen

Toezicht op persoonsgerichte langdurige zorg

Prof.dr. Anne Margriet Pot

Rede uitgesproken bij de openbare aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Toezicht op persoonsgerichte en geïntegreerde langdurige zorg aan Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM) van de Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Erasmus Universiteit Rotterdam, op vrijdag 7 oktober 2022.

Colofon

Wie het weet mag het zeggen

Toezicht op persoonsgerichte langdurige zorg

Prof.dr. Anne Margriet Pot

Oplage

400

Uitgever

Marketing & Communicatie ESHPM

Vormgeving

PanArt communicatie en mediadesign

Druk

OBT

Rotterdam, september 2022

www.eur.nl/eshpm

Inhoudsopgave

Inleiding	9
Langdurige zorg volgens het WHO's <i>Healthy Ageing</i> beleidskader	10
De kwaliteit van langdurige zorg: onzekere normen en diverse perspectieven	12
Het huidige toezicht op persoonsgerichte langdurige zorg	13
Het cliëntperspectief in het huidige toezicht	15
Naar reflexief toezicht	17
De potentie van narratieve benaderingen voor reflexief toezicht	18
Programma voor de leerstoel	20
Ten slotte	21
Dankwoord.....	22
Literatuur	24

Wie het weet mag het zeggen

Toezicht op persoonsgerichte langdurige zorg

Mevrouw de Rector, Mevrouw de Inspecteur-Generaal van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, Dames en heren,

Inleiding

De overheid is geroepen de menselijke maat in de haar toevertrouwde taken terug te brengen. Toezicht op de langdurige zorg speelt daarin een sleutelrol; juist in de zorg voor kwetsbare mensen komt immers het duidelijkst aan het licht wat menselijkheid is. De maatschappelijke eis van een menselijke maat vraagt om een kanteling in de praktijk van het toezicht. Persoonsgerichte zorg kan niet beoordeeld worden aan de hand van een afvinklijstje met de vraag of men liever pindakaas of hagelslag op brood eet. Het is oneindig veel complexer. Wat in het geding is, is hoe een mens over de tijd heen zo goed mogelijk kan functioneren in interactie met zijn omgeving. En wie kan dat beter beoordelen dan die mens zelf en degenen die hem daarbij ondersteunen? *Wie het weet mag het zeggen.*

De afgelopen vijfendertig jaar heb ik mij, door praktijk, onderzoek en onderwijs, en door mijn nationale en internationale bemoeienis met gezondheidszorgbeleid, gewijd aan de zorg voor kwetsbare, dikwijls oudere, mensen. Ook op deze leerstoel zal ik mij, nu vanuit het perspectief van het toezicht, juist voor kwetsbare mensen blijven inzetten. Mijn professoraat op deze leerstoel zal daarom aan de genoemde noodzakelijke kanteling, zo u wilt deze paradigmashift, in het toezicht zijn gewijd.

Sta mij toe op deze late vrijdagmiddag, bij het lonkend perspectief van een borrel en weekend, u nog even te bepalen bij de ambtelijke en politieke realiteit, die, zoals Tjeenk Willink scherp analyseert, de menselijke maat weliswaar met de mond belijdt maar feitelijk steeds weer vergeet, en van de uitvoerders van dat beleid – denk in ons geval aan zorgmedewerkers – schijnt te denken dat zij ‘machines (zijn) die wij naar geloven aan en uit kunnen zetten en die na elk incident opgedragen kunnen worden nog een tandje bij te zetten’.(1) Is het nog nodig u de voorbeelden op te dissen van overheidsinstanties die zich gedragen als het spreekwoordelijke kastje en muur waartussen de burger wanhopig en ongehoord ronddoelt?(1) Is het nog nodig te reppen van voorbeelden waarin het managementdenken het steeds weer wint van de intuïtie dat het om de mens, de burger gaat? Is het nog nodig u de voorbeelden te noemen? De gedupeerde ouders van de toeslagenaffaire, de gepassioneerde leraren, misschien de welwillende boeren in de stikstofcrisis, de hardwerkende zorgmedewerkers?

Langdurige zorg volgens het WHO's *Healthy Ageing* beleidskader

Op deze leerstoel en dus in deze rede concentreer ik mij vanzelfsprekend op mijn opdracht, het toezicht op de langdurige zorg. Maar wat is dat eigenlijk, langdurige zorg? De notie vertoont alle kenmerken van wat Bruno Latour in de sociologie van de kennis ‘une boîte noire’, een zwarte doos, noemt, een dusdanige vanzelfsprekendheid dat niemand zich meer afvraagt wat we ermee bedoelen.(2, 3) Hetzelfde geldt dan natuurlijk voor toverformules als ‘de juiste zorg op de juiste plek’ en ‘passende zorg’.(4) Als ik de vraag naar wat langdurige zorg is aan studenten of collega's stel, komt er vaak als antwoord een verzameling van verschillende *zorgvormen*, zoals thuiszorg, dagbehandeling, verpleeghuiszorg, hospicezorg, en psychiatrische- of jeugdzorg in instellingen. Maar dat antwoord refereert aan hoe wij de langdurige zorg hebben *georganiseerd*; het vertelt ons niets over hoe wij langdurige zorg beschouwen. En dan, als we zorg identificeren met zorgvormen, dan sturen we inderdaad op de vorm van de zorg en niet op de zorg zelf, en dan resulteert beleid (als dat dan zo mag heten) al snel in een onsamenhangend en incidenteel ingrijpen. Laten we dus de ‘boîte noire’ van de langdurige zorg eens openen: wat verstaan we onder langdurige zorg?

Als lidstaat van de *World Health Organization (WHO)* ligt het voor de hand dat Nederland zich oriënteert op het daar ontwikkelde *Healthy Ageing* beleidskader, zoals dat is gepubliceerd in het eerste *World Report on Ageing and Health* en zoals Nederland dat samen met 193 andere landen heeft aanvaard.(5-7) Het dient momenteel als basis voor de *United Nations Decade of Healthy Ageing 2021-2030*. (8) Ik beschouw het als een grote eer dat ik, – van 2014 tot 2018 uitgezonden naar de WHO in Genève door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport – zelf juist aan dit rapport en beleidskader heb mogen bijdragen. Juist het voorrecht het werk van de WHO op het terrein van de langdurige zorg wereldwijd te hebben mogen aansturen, heeft mij gesterkt in mijn overtuiging hoe de zorg altijd de mens centraal moet stellen en blijven stellen.

Het *Healthy Ageing* beleidskader richt zich op het functioneren van mensen. *Healthy Ageing* betekent: het zo goed mogelijk blijven functioneren gedurende de levensloop.(5) *Healthy* staat dus voor ‘het zo goed mogelijk functioneren’, ook indien er sprake is van ziekte. Het staat dus niet voor de afwezigheid van medisch gedefinieerde aandoeningen. En *Ageing* betekent dus niet ‘ouder worden’, maar ‘het vorderen van de levensloop’. Misschien klinkt dat als vanzelfsprekend, maar laten we niet vergeten dat hiermee een radicale herdefiniëring het wereldtoneel betreedt van wat gezond ouder worden betekent: zo goed mogelijk blijven functioneren gedurende de levensloop, hoe dan ook.

Geen misverstanden: gemiddeld genomen krijgen mensen tijdens hun levensloop te maken met een verlies van mentale en fysieke capaciteiten. Dit zal op een gegeven moment ook leiden tot een verlies in functioneren dat bij de één eerder optreedt dan bij de ander.(9, 10) Terwijl de één op 90-jarige leeftijd nog prima functioneert, wordt een ander al op jonge leeftijd met een achteruitgang in functioneren geconfronteerd.

Door de-medicalisering van gezond ouder worden richt de aandacht zich als vanzelf op andere domeinen dan uitsluitend het medische. Het *Healthy Ageing* beleidskader maakt duidelijk dat een verlies aan capaciteiten wordt gecompenseerd door interacties met de omgeving. Omgeving is een paraplu-begrip dat de fysieke, en dus ook technologische, omgeving, en de sociale omgeving insluit. Dat ik dankzij mijn bril nu mijn tekst kan lezen en jullie scherp zie is wellicht een onbenullig voorbeeld, maar toch niet onbelangrijk om goed te functioneren. Ieder van ons is – in meerdere of mindere mate – aangewezen op hulpbronnen. Mensen met ernstige psychiatrische problematiek kunnen met de juiste ondersteuning van anderen en de woonomgeving toch zoveel mogelijk blijven doen wat voor hen van waarde is. Anders gezegd, interacties met de omgeving faciliteren de constructie en realisatie van een hoger niveau van functioneren dan op basis van uitsluitend persoonlijke capaciteiten mogelijk is.

Langdurige zorg laat zich binnen dit kader definiëren als die activiteiten die door anderen worden ondernomen om ervoor te zorgen dat mensen met, of die het risico lopen op, een ernstig aanhoudend verlies van capaciteiten, een niveau van functioneren kunnen behouden dat in overeenstemming is met hun grondrechten, fundamentele vrijheden en menselijke waardigheid.(11) Omdat die zorg en dus de activiteiten die anderen moeten ondernemen, op de unieke behoeften van een persoon zijn gericht, is langdurige zorg per definitie persoonsgerichte zorg.

Dus, wellicht ten overvloede, nog één keer: langdurige zorg is bedoeld om het functioneren van mensen met een ernstig aanhoudend verlies van capaciteiten te maximaliseren, niet alleen hier en nu, maar door de tijd heen. Het gaat nadrukkelijk niet om het overnemen van taken zolang dat niet strikt noodzakelijk is, maar om een maximaliseren van het functioneren. Het gaat nadrukkelijk ook niet om enkel een voorzien in basisbehoeften, maar ook om de gelegenheid die geboden wordt om te leren, te groeien en beslissingen te nemen, om mobiel te zijn, om relaties op te bouwen en te onderhouden, om bij te dragen aan de samenleving.(5)

De kwaliteit van langdurige zorg: onzekere normen en diverse perspectieven

Zo. Daarmee is de boîte noire van de langdurige zorg althans iets minder het zwarte gat dat alle energie en ideeën en geld opzuigt zonder dat we er enige invloed op hebben; we hebben een omschrijving in handen waarmee we kunnen sturen. En besturen. Maar nu nog één stap verder. We weten nu wat persoonsgerichte langdurige zorg is. Maar wat is nu goede persoonsgerichte langdurige zorg? Welke criteria heeft de toezichthouder, wettelijk geroepen de kwaliteit van zorg te evalueren, in handen om tot een oordeel te komen? Het concept 'kwaliteit' heeft altijd de connotatie van iets 'goeds', maar het begrip 'is te groot om te hanteren in de dagelijkse praktijk'.(12)

Binnen de lijnen die we zojuist getekend hebben is goede zorg het realiseren van een zo goed mogelijk functioneren voor een persoon met aanhoudende verminderde capaciteiten door de tijd heen. Dat brengt *natuurlijk* onzekerheid met zich mee over wat 'goede zorg' is: want hier gelden geen vaststaande normen.(13) Wat goede zorg en ondersteuning van zorgverleners voor de één gegeven diens unieke situatie is, hoeft dat niet voor de ander te zijn. Sterker nog: dat is uiterst onwaarschijnlijk. Bovendien: wat 'goede zorg' voor iemand op het éne moment is, hoeft dat niet op een ander moment te zijn. Omdat capaciteiten en context van mensen over de tijd heen zullen veranderen, zullen telkens ook andere interacties van zorgverleners nodig zijn om een zo goed mogelijk functioneren te realiseren.(2, 14)

Daar komt nog dit bij. Langdurige zorg bestaat uit activiteiten die door anderen worden ondernomen om iemand zo lang mogelijk zo goed mogelijk te laten functioneren. Zorg bestaat dus uit actoren die in steeds wisselende netwerken met elkaar en met de, ook fysieke, omgeving bijdragen aan een permanente herinterpretatie van wat goede langdurige zorg is. Vanuit hun eigen *positionality*, hun waarden, persoonlijkheid en professionaliteit dragen zij bij aan de notie goede langdurige zorg. Binnen deze netwerken nemen zorgmedewerkers, die het meest direct de zorgverlening aan een persoon met verminderde capaciteiten in diens unieke context vormgeven, een bijzondere en voorname plek in, of zouden dat althans moeten doen. Ik herhaal nog eens de waarschuwing van Tjeenk Willink dat zorgmedewerkers 'geen machines (zijn) die wij naar believen aan en uit kunnen zetten en die na elk incident opgedragen kunnen worden nog een tandje bij te zetten'.(1) Managers en bestuurders hebben binnen deze constellatie een faciliterende rol.

Het huidige toezicht op persoonsgerichte langdurige zorg

Wat betekent dit alles nu voor het toezicht op persoonsgerichte langdurige zorg? Laten we eerst eens kijken hoe het huidige toezicht vorm krijgt.

Het huidige toezicht is voor een belangrijk deel risico-gestuurd nalevingstoezicht gestoeld op het werk van Ayer en Braithwaite en van Sparrow.(15-19) Daarbij leggen inspecteurs toezichtbezoeken af aan individuele zorgaanbieders en toetsen zij

normen die gestoeld zijn op wet- en regelgeving en op zogenoemde veldnormen. Het bezorgt de Inspectie de faam van, zoals mijn collega Ian Leistikow eens schertsend formuleerde, 'een duistere kracht die regels oplegt, administratieve last veroorzaakt en straffen uitdeelt'.(20)

Zwarte dozen, duistere krachten, – we zijn in een naargeestig universum terecht gekomen. Terwijl het gaat om wat menselijkheid *par excellence* is, het blijvend zo optimaal mogelijk functioneren van de meest kwetsbaren in ons midden.

Maar laat ik een lesje geven van hoe het huidig toezicht werkt. De Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg (WKKGZ) belast de ambtenaren van de Inspectie met het toezicht op de zorgaanbieder die wettelijk gehouden is goede zorg aan te bieden – zorg van goede kwaliteit en van goed niveau – die (a) in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en (b) waarbij zorgaanbieders en zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard en de kwaliteitsstandaarden.(21) Deze professionele standaard en kwaliteitsstandaarden zijn zogenoemde 'veldnormen', die beschrijven wat door het veld onder goede zorg wordt verstaan en die op een uiterst complexe wijze waarbij cliëntorganisaties, zorgaanbieders of zorgverleners, zorgverzekeraars of Wet Langdurige Zorg-uitvoerders betrokken zijn, tot stand komen en worden geregistreerd. De criteria voor opname in het Register staan dan weer in een toetsingskader waarmee het Zorginstituut toetst of een kwaliteitsstandaard een verantwoorde beschrijving is van goede zorg.(22) De Inspectie vertaalt al deze wet- en regelgeving op haar beurt weer naar eigen toetsingskaders voor bijvoorbeeld de ouderenzorg, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en jeugdzorg. Per sector staat daarin beschreven aan welke normen de zorg moet voldoen. Inspecteurs toetsen die normen vervolgens op basis van triangulatie, en als de zorgaanbieder niet aan de norm voldoet, treedt de Inspectie op.

Bent u er nog? Een concretisering. Een van de normen voor persoonsgerichte zorg is 'Zorgverleners kennen de cliënt, zijn wensen en behoeften'. Het veld, en dus ook de Inspectie, zoekt houvast in vaste en toetsbare normen, in 'de voortdurende zoektocht naar zekerheid en het willen minimaliseren van risico's' in de woorden van de Raad Volksgezondheid en Samenleving.(23) Inspecteurs moeten vaststellen of de zorgaanbieder aan de norm voldoet en worden dus gedwongen evidentie te benoemen, of het nu om structuur-, uitkomst- of proces-geïntendeerde normen gaat.(24) *Het moet meetbaar zijn.* Maar hoe meet je dat de zorgverlener de cliënt, zijn wensen en behoeften kent? En dan komen de potten pindakaas en pakken hagelslag weer uit de kast. Mevrouw houdt van hagelslag, zij eet met smaak, dat zie je, en zij zegt dat ze het erg lekker vindt. En voor je het weet helpt de Inspectie zodoende het broodbeleg tot de hoogste norm van persoonsgerichte zorg te verheffen.

Past de huidige vorm van nalevingstoezicht bij de onzekerheid en de niet-vaststaande normativiteit waarmee persoonsgerichte zorg gepaard gaat? Heeft dit een relatie met het optimaliseren van iemands functioneren door de tijd heen, zoals het *Healthy Ageing* beleidskader waaraan ons land zich heeft gecommitteerd, dat schetst? Heeft het oordeel van de Inspectie over de kwaliteit van zorg enig raakvlak met dat van de cliënt? Een eerste studie van onderzoekers rond mijn leerstoel doet vermoeden dat dit slechts in geringe mate het geval is voor wat betreft de kwaliteit van verpleeghuiszorg.(25)

In het vervolg van mijn betoog zal ik duidelijk maken dat bij onzekerheid en onduidelijkheid – die in de langdurige zorg voortdurend aan de orde zijn – een meer reflexieve benadering past.(26) Terwijl in traditioneel nalevingstoezicht de toezichthouder controleert of de individuele ondertoezichtstaande, – de zorgaanbieder – zich aan normen lastigste, ontbreekt een dergelijke controle bij reflexief toezicht.(27) Eén van de lastiger vragen hierbij is wanneer en hoe de toezichthouder gedwongen wordt zijn reflexieve rol los te laten en over te gaan tot een handhavende rol.

Het cliëntperspectief in het huidige toezicht

Het staat buiten kijf dat een benadering die recht doet aan het cliëntperspectief nauw aansluit bij de ambities van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Het huidige meerjarenbeleidsplan van de IGJ zegt: 'We kijken graag door de ogen van de burger naar de zorg', en 'we hebben meer oog voor het perspectief van de patiënt/cliënt.' Grit en collega's pleitten, in diezelfde lijn, nog zeer recent op grond van onderzoek voor de IGJ naar toezicht op zorgnetwerken voor versterking van het reflexieve toezicht.(28)

Onderzoek naar de wijze waarop cliënten en hun naasten nu betrokken zijn in het toezicht maakt twee dingen duidelijk: structurele inbedding van werkelijke cliëntenparticipatie in het toezicht ontbreekt, en ruimte voor reflexief experimenteren is noodzakelijk om verbetering en veerkracht te bereiken.(28-30)

Uit een internationale overzichtsstudie van 2020 – waaraan ook mijn collega's Kleefstra en Van de Bovenkamp hebben bijgedragen – naar de wijze waarop cliënten in het toezicht worden betrokken, blijkt dat deze betrokkenheid zich laag op de participatieladder bevindt.(30, 31) Dat geldt voor Nederland, maar evenzo voor landen als het Verenigd Koninkrijk, Noorwegen en Australië.

De betrokkenheid van cliënten in het toezicht blijft steken op het niveau van informeren of consulteren. Denk aan het raadplegen van de tevredenheidsscores van cliënten op Zorgkaart Nederland, of het bevragen van cliënten tijdens een toezichtbezoek. Een dergelijke betrokkenheid noemt Arnstein 'nonparticipation': het *lijkt* op participatie, maar is het niet.(32)

De studie maakt ook duidelijk dat het niet eenvoudig is om cliënten bij het toezicht te betrekken, waarbij we moeten aantekenen dat dit vooral onderzocht is voor het incidententoezicht. Praten over incidenten kan uiteraard veel emoties bij cliënten teweeg brengen en zal hun betrokkenheid bij toezicht niet bevorderen. Maar ook bij andere vormen van toezicht blijkt het betrekken van een gemêleerde groep cliënten niet gemakkelijk. Als dat zo is, dan kan men vragen stellen bij de representativiteit van het cliëntperspectief indien dat wordt meegewogen.(32) Veelal worden cliënten betrokken in het huidige toezicht op een manier en tijd die inspecteurs verkiezen, bijvoorbeeld wanneer een inspecteur een cliënt toevallig op de gang ziet zitten of tijdens een lunch, als inspecteurs de interacties tussen cliënten en zorgmedewerkers observeren.(33) Het Hollandse broodbeleg zweeft u alweer voor de geest.

Ook ligt inderdaad het gevaar van symbolische cliëntbetrokkenheid op de loer. Nederlands onderzoek laat zien dat de ervaringen van cliënten die meegaan op inspectiebezoek, niet automatisch door inspecteurs worden meegewogen in hun oordeel over een zorgaanbieder.(34-36) Zij blijken vooral te worden ingezet ter illustratie van de eigen standpunten van inspecteurs.

Tenslotte zijn er ook de procedures, de tijd en de kosten die de betrokkenheid van cliënten in het toezicht kunnen belemmeren.(31)

Soms, dat moet ook worden gezegd, vinden er mooie projecten plaats in toezichtland. Zoals een project waarin mensen met een licht verstandelijke beperking zelf de toegankelijkheid van gemeentelijke maatschappelijke diensten hebben beoordeeld.(37)

En ook dit moet worden genoemd: onderzoek laat ook zien dat het voor inspecteurs verre van eenvoudig is om het reflexieve karakter van het toezicht vast te houden. Rutz en collega's bestudeerden praktijken van reflexief toezicht gericht op de zorg en ondersteuning aan kinderen die opgroeien in armoede.(36) Om tot een oordeel te komen, herdefinieerden inspecteurs het probleem tot een samenwerkingsprobleem van betrokken partijen, en zo kwam de focus toch weer te liggen op een afgebakend risico en een verticale toezichtrelatie met een specifieke adressant, in dit geval de gemeente.(38)

Naar reflexief toezicht

Persoonsgerichte zorg vraagt om reflexief toezicht, stelde ik al eerder. Reflexief toezicht is een manier van toezicht die actoren stimuleert tot openheid en creativiteit, tot zelfobservatie en zelfkritiek.(39, 40) Het impliceert het vermogen om naar jezelf terug te buigen, naar jezelf terug te gaan, en op je eigen veronderstellingen, handelingen, beleid, systemen en processen te reflecteren.(39) Juist bij complexe kwesties, die gepaard gaan met onzekerheid over de norm en waarin verschillende perspectieven een rol spelen, kan reflexief toezicht behulpzaam zijn.(27, 36)

In reflexief toezicht is samenwerking tussen alle relevante partijen geboden; het geschiedt in interactie tussen de verschillende actoren die een rol spelen of zouden kunnen spelen om een bepaald doel te bereiken.(41, 42) Er is, kortom, een netwerk aan actoren. *Wie het weet mag het zeggen* – maar dat zijn er velen. Reflexief toezicht houdt zich daarbij niet aan de grenzen van sectoren, maar gaat daar dwars doorheen. Stel dat de focus is om betekenisvolle activiteiten toegankelijker te maken voor mensen met dementie, ook als zij mentaal of lichamelijk achteruitgaan. Dan zijn niet alleen partijen uit de zorgsector van belang, maar ook actoren uit het plaatselijke verenigingsleven, en ook – ook dat – niet-menselijke actoren, zoals de openbare ruimte, het vervoer of technologische hulpmiddelen. Kortom, in een vorm van zelfregulering gaan alle partijen die een rol spelen voor het bereiken van een verbeterdoel met elkaar in gesprek, stemmen met elkaar af en bepalen wie en wat er nodig is om daar te komen.

Reflexief toezicht is naast interactief, ook lerend van aard. Het zet voortdurend nieuwe cycli van samenwerking, overleg, experimenteren en aanpassing in beweging. Dit vraagt om een voortdurende flexibiliteit van alle betrokken actoren. Het leren betreft namelijk niet alleen het voor de hand liggende leren, – zeg: zorgen voor een betere bereikbaarheid van activiteiten voor mensen met dementie. Reflexief leren gaat ook om een 'hoger orde leren', dat nadenkt over hoe (in het zelfde voorbeeld) het zover heeft kunnen komen dat mensen met dementie onvoldoende aan activiteiten mee blijven doen.(43) Wat zegt dat over veronderstellingen, beleid, systemen en processen en hoe kunnen die worden aangepast?(39, 44)

Reflexief toezicht moet gezien worden als een alternatieve vorm van toezicht, niet als een totale vervanging van het huidige nalevingstoezicht. Uiteindelijk bepaalt het doel van het toezicht – het toezichtobject(45) – welke toezichtstrategie het meest geschikt is om de beoogde maatschappelijke waarde te creëren.(46) Voor het toetsen of beroepsbeoefenaren aan juiste kwalificaties voldoen en of de medicatie op de juiste wijze wordt bewaard, is reflexief toezicht niet de juiste vorm. Wanneer we het hebben over persoonsgerichte zorg voor bijvoorbeeld mensen met ernstige

psychiatrische problematiek, dan heeft dit een hoog complex gehalte, waar meerdere actoren betrokken zijn, en waarbij sprake is van zogenaamde open normen die dynamisch en veranderlijk zijn. Daar kan reflexief toezicht van belangrijke toegevoegde waarde zijn.

De potentie van narratieve benaderingen voor reflexief toezicht

Momenteel zijn er veelbelovende narratieve benaderingen die in de langdurige zorg worden toegepast en die potentie hebben voor de vormgeving van reflexief toezicht. Denk bijvoorbeeld aan de 'Presentiebenadering', 'Als je het ons vraagt' (ontwikkeld aan deze universiteit), 'Ruimte voor zorg'; 'Beelden van kwaliteit'; de 'Leefplezier-benadering'; en 'Het verhaal als kwaliteitsinstrument'.(47-52)

De kracht van narratieve benaderingen ligt in het feit dat ze uiteenlopende ervaringen van verschillende actoren in kaart brengen en reflectie daarop mogelijk maken vanuit verschillende perspectieven, zoals die van cliënten, naasten, zorgmedewerkers en zorgmanagers. Hierdoor kan er een beter onderling begrip ontstaan.(53) Zo wordt ook recht gedaan aan de complexiteit van die zorg en dienstverlening, waarin sprake kan zijn van conflicterende waarden, veranderingen in de tijd, en institutionele beperkingen.(54)

Omdat de mens die aan onze zorg is toevertrouwd uit beeld is geraakt, moeten wij als samenleving een manier vinden om te luisteren naar die mens om zo 'epistemic injustice' te voorkomen.(55) Daarom is het voor de Inspectie nu van belang dat alle actoren de cliënt werkelijk horen en diens verhaal vertalen in de juiste ondersteuning. Dat vraagt van de toezichthouder dat hij het afvinklijstje achterwege laat. Dat, zagen we al, is eerder *nonparticipation*.(32) Dat vraagt van de toezichthouder om eigen structuren los te laten die de epistemische bijdrage van een actor kunnen belemmeren.(56) Daarmee is de toezichthouder niet langer primair 'de duistere kracht die regels oplegt', maar de aanjager van de reflectie.

Bij reflexief toezicht kunnen narratieve benaderingen helpen om het perspectief van diegenen die gemakkelijk overstemd worden –, cliënten, naasten, zorgmedewerkers –, luider te laten klinken. Narratieve benaderingen kunnen helpen om cliënten, naasten, zorgmedewerkers, meer macht te geven om werkelijk te zeggen wat zij, en zij alleen, weten, en daarmee ook de interacties binnen het netwerk te veranderen.

Dit is van groot belang juist wanneer wij het functioneren van mensen met beperkte capaciteiten willen verbeteren.

Toch moeten we hier niet naïef zijn. Het zou een illusie zijn dat machtsverhoudingen met het gebruik van narratieve benaderingen opgeheven zouden kunnen worden. Neem alleen al de Inspectie zelf: de wetgever heeft haar immers de macht van handhaving toebedeeld. Hoe zorg je ervoor als toezichthouder dat alle actoren, ook cliënten en zorgmedewerkers, zich uitgenodigd voelen hun zegje te doen? Het is van groot belang dat inspecteurs zich te allen tijde van hun macht bewust blijven en dat deze niet de dialoog in de weg gaat staan.

Het gebruik van narratieve benaderingen in de langdurige zorg wordt vaak in één adem genoemd met narratieve verantwoording. Op zichzelf is dat begrijpelijk. Jerak Zuiderent laat met haar studie zien hoe verantwoord onlosmakelijk verbonden is met de dagelijkse zorgpraktijk en in interactie ontstaat.(57) Zij maakt onderscheid tussen verantwoording die losstaat van de context en voor iedereen hetzelfde is, – zoals bij het gebruik van prestatie-indicatoren (58) –, en verantwoording die is gekoppeld aan een specifieke situatie en een specifiek persoon. Zij geeft in haar studie het belang aan van het laatste, en het narratieve werk dat hiervoor nodig is van zorgmedewerkers: 'om te prioriteren en specificeren wat het belangrijkste is voor wie en wat'.(57)

Narratieve benaderingen zijn tot nu toe vooral gebruikt om te komen tot betere afstemming van zorg en ondersteuning tussen cliënten, naasten en zorgmedewerkers, en op teamniveau. Verschillende perspectieven op de kwaliteit van zorg worden opgehaald, om in gezamenlijkheid te reflecteren op verbeteringen die nodig zijn. Op organisatieniveau of het niveau van de toezichthouder heeft het gebruik van narratieve benaderingen ter verbetering van de kwaliteit van zorg en verantwoording echter nog nauwelijks aandacht gekregen in onderzoek en praktijk.

Hoe narratieve benaderingen kunnen bijdragen aan de kwaliteit van persoonsgerichte langdurige zorg en de externe verantwoording en het toezicht daarop, is dus nog een zoektocht en vereist onderzoek.(59) Ik merk op dat de toezichthouder niet altijd en overal kan zijn, en dat het er dus vooral om gaat narratieve benaderingen binnen de langdurige zorg te stimuleren, ook ten behoeve van verantwoording.

Programma voor de leerstoel

De ontwikkeling en implementatie van reflexief toezicht op basis van narratieve benaderingen staan dan ook centraal in het onderzoeksprogramma dat aan mijn leerstoel gekoppeld is. Het RUN-programma, – RUN staat voor Reflexive Regulation Using Narrative Methods – wordt onder meer gefinancierd door de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) in het kader van de Nederlandse Wetenschapsagenda met een bedrag van 1,2 miljoen Euro.(60, 61) Het zal onder meer een *toolkit* voor de toezichtpraktijk opleveren om dialoog en verantwoording te verbeteren ten behoeve van een beter functioneren van cliënten, op basis van narratieve benaderingen, door netwerken van betrokken actoren.

Om tot zo'n *toolkit* te komen zijn er nog wel wat vragen waar we met dit onderzoek antwoord op moeten zien te krijgen. Wat betekent reflexief toezicht bijvoorbeeld voor de rol van de toezichthouder? In reflexief toezicht neemt de toezichthouder de ondertoezichtstaande niet meer de maat, maar nemen de actoren binnen een netwerk elkaar de maat en wordt de rol van de toezichthouder primair die van aanjager. Zijn actoren wel altijd bereid en in staat om op hun eigen handelen te reflecteren en waar nodig deze aan te passen? Gaan actoren niet met de verworven ruimte aan de haal om de invloed van de toezichthouder te ondergraven? Lukt het inspecteurs wel om hun primaire houding van beoordelaar los te laten en de dialoog aan te gaan? Wordt dat ook als zodanig gepercipieerd door de andere actoren? Onderzoek laat zien dat inspecteurs die de dialoog aan willen gaan ondanks hun goede intenties als 'voorschrijvend' worden ervaren.(62) Omgekeerd worden positieve opmerkingen dikwijls als bevestiging gezien - die dan leiden tot stilstand binnen een organisatie. Wanneer en hoe wordt de toezichthouder gedwongen zijn reflexieve rol los te laten en over te gaan tot een handhavende rol? Allemaal vragen waar we in ons onderzoek aandacht voor zullen hebben.

Daarnaast zijn verschillende onderzoeksprojecten verbonden aan mijn leerstoel, gericht op een structurele inbedding van het perspectief van cliënten en zorgmedewerkers in het toezicht. Zo loopt er onder meer een onderzoek naar de erkenning en waardering van zorgmedewerkers en hoe de IGJ als toezichthouder deze kennis kan gebruiken om de praktijk te stimuleren medewerkers voor de zorg te behouden. In een eerder project werd duidelijk hoezeer verwachtingen omtrent erkenning en waardering van zorgmedewerkers uiteenlopen afhankelijk van wie je het vraagt: zorgmanagers of zorgmedewerkers zelf.(63)

Na deze rede zal het duidelijk zijn dat onderzoek niet los staat van de toezichtpraktijk. Zoals Paul Robben, de eerste hoogleraar vanwege de IGJ aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, aangaf in zijn oratie: De afstand tussen wetenschappelijk onderzoek naar toezicht en de toezichtspraktijk is niet eenvoudig te overbruggen. (64) Daarom hebben wij als vervolg op de Academische Werkplaats Toezicht (AWT), zowel het creëren van kennis als de implementatie ervan nog dichter op en in samenhang met de toezichtspraktijk georganiseerd. Inspecteurs die dat ambiëren krijgen bijvoorbeeld de gelegenheid om onderzoek te doen om vragen te helpen beantwoorden. Op deze wijze hopen wij bij te dragen aan de verdere ontwikkeling en onderbouwing van de IGJ-toezichtspraktijk.

Ten slotte

Dames en heren, de overheid is geroepen de menselijke maat in de haar toevertrouwde taken terug te brengen. De maatschappelijke eis van een menselijke maat vraagt om een kanteling in de praktijk van het toezicht. De menselijke maat is complex, niet zonder meer meetbaar en stellig niet in afvinklijstjes te vangen.

In het eerste deel van deze rede heb ik laten zien wat het *Healthy Ageing* beleidskader van de *World Health Organization* ons leert over persoonsgerichte langdurige zorg. Langdurige zorg omvat activiteiten die door anderen worden ondernomen om ervoor te zorgen dat mensen met, of die het risico lopen op, een ernstig aanhoudend verlies van capaciteiten, een niveau van functioneren kunnen behouden dat in overeenstemming is met hun grondrechten, fundamentele vrijheden en menselijke waardigheid. Wat in het geding is, is hoe een mens over de tijd heen zo goed mogelijk kan functioneren in interactie met zijn omgeving. Langdurige zorg is daarmee principieel persoonsgericht.

Het tweede deel van deze rede betoogt dat reflexief toezicht op persoonsgerichte langdurige zorg voor die kwetsbare mensen veelbelovend is en door onderzoek verder ontwikkeld en geïmplementeerd dient te worden. Daarbij zullen narratieve benaderingen worden ingezet. In dit toezicht neemt de toezichthouder niet meer de maat, maar neemt men elkaar de maat.

Mijn leerstoel zal voor een belangrijk deel gewijd zijn aan de ontwikkeling en implementatie van reflexief toezicht. Dat is ambitieus, dat realiseer ik mij terdege. Tegelijkertijd sluit mijn ambitie naadloos aan bij de dingen waar ik mij de rest van mijn carrière mee heb bezig gehouden, de zorg voor kwetsbare mensen, en ook dat hoop ik met deze rede duidelijk te hebben gemaakt.

Dankwoord

Aan het einde van mijn rede gekomen spreek ik graag nog enkele persoonlijke woorden.

Het Management van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd ben ik erkentelijk voor de vestiging van de Leerstoel *Toezicht op persoonsgerichte en geïntegreerde langdurige zorg*. Dank voor het in mij gestelde vertrouwen.

Bij de Afdeling *Health Care Governance van Erasmus School of Health Policy & Management* (ESHPM) onder de bezielende leiding van Roland Bal voel ik mij zeer welkom. De persoonlijke aandacht voor elkaar is bijzonder. Zonder jou, en collega's Hester van de Bovenkamp en Iris Wallenburg zou ik de overstap van de ouderenpsychologie naar het toezicht op persoonsgerichte en geïntegreerde langdurige zorg nooit zo soepel hebben kunnen maken. Ik verheug me erop de komende jaren samen met jullie en nog vele andere collega's en partners, het onderzoek verbonden aan mijn leerstoel verder vorm te geven.

Collega Ian Leistikow, jij was al enige jaren hoogleraar vanwege de IGJ bij ESHPM toen ik daar mijn leerstoel kreeg. Ik kan mij geen betere collega wensen, altijd welwillend als je bent om mijn vragen over toezicht te beantwoorden, en vervolgens weer mijn eigenwijsheden aan te horen. Ik heb inmiddels veel van je geleerd.

Ook leer ik veel van de kennis en kunde van andere experts in het toezicht. Dat geldt bijvoorbeeld voor mijn collega hoogleraren toezicht die deel uitmaken van onze intervisieclub. Dat geldt ook voor veel IGJ-collega's, ik noem hier in het bijzonder mijn collega's van mijn eigen Team Kennis en de overige collega's van de afdeling Risicodetectie en Ontwikkeling.

Een belangrijke taak binnen mijn leeropdracht is het begeleiden van promovendi. In de afgelopen jaren heb ik dit gedaan aan de Vrije Universiteit, onder meer in het kader van mijn leerstoel ouderenpsychologie.⁽⁶⁵⁾ Ik zal dat met veel plezier voortzetten aan de Afdeling *Health Care Governance* van deze universiteit.

Internationale samenwerkingsverbanden zijn voor wetenschappelijk onderzoek en de praktijk van groot belang. Daarom dank ik mijn collega's van de *International Psychogeriatric Association* (IPA) waarvan ik President-elect ben en kijk ik uit naar de *Lancet Commission Long-term care for older persons* die ik samen met collega Kiran Rabheru zal vormgeven en voorzitten. Ook dank ik *Optentia*, North West University (NWU), Zuid Afrika, waar ik benoemd ben als buitengewoon hoogleraar, in het bijzonder collega's Jaco Hoffman en Ian Rothman.

Ik hoop de komende jaren iets van mijn kunde en kennis op het gebied van toezicht te delen met mensen daar, en zelf ook weer ervaringen en kennis op te doen die mij helpen bij de kritische reflectie op het toezicht in Nederland.

Wetenschap bedrijven kan niet zonder oefening in creativiteit. Daarom ben ik blij dat vandaag als teken daarvan is gemusiceerd.

Wie mijn boekje *Zorgen van een mantelzorg* heeft gelezen weet dat mijn ouders na een aantal moeilijke jaren niet meer leven.⁽⁶⁶⁾ Op een dag als vandaag is het gemis extra groot. Maar juist die moeilijke jaren met hen motiveren mij nog eens te meer om eraan bij te dragen dat het menselijk perspectief in de zorg en het toezicht recht wordt gedaan.

Tenslotte, prijs ik mijzelf gelukkig met Marcel Barnard. Wie hem kent: hij houdt van rituelen, mits die goed en waardig worden uitgevoerd. Bij mijn vorige rede, in Zuid Afrika, bleek op het laatste moment dat men van hem verwachtte dat hij in het cortège meeliep in een leentoga.⁽⁶⁷⁾ Tot zijn ellende had hij evenwel geen stropdas bij zich. Ik ben blij dat ik je vandaag een herkansing kan bieden en dat je hier bent – in je eigen toga met bef!

Daarmee ben ik aan het einde gekomen van mijn rede 'Wie het weet mag het zeggen'.

De traditionele slotzin klinkt dan wel enigszins Pot-sierlijk:

Ik heb gezegd.

Literatuur

1. Tjeenk Willink H. Kan de overheid crises aan? Amsterdam: Promotheus; 2021.
2. Kleinherenbrink A. De constructie van de wereld. De filosofie van Bruno Latour. Amsterdam: Boom; 2022.
3. Latour B. The pasteurization of France. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 1993.
4. ZIN. Kader passende zorg. Diemen: Zorginstituut Nederland; 2022 [cited 2022 05-09]. Available from: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2022/06/28/kader-passende-zorg>.
5. WHO. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2022 13-07]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>.
6. Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel JP, et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet*. 2016;387(10033):2145-54.
7. WHO. Sixty-ninth World Health Assembly 2016 [cited 2022 05-09]. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69-REC1/A69_2016_REC1-en.pdf#page=85.
8. WHO. UN Decade of Healthy Ageing [Internet] [cited 2022 05-09]. Available from: <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing#:~:text=The%20United%20Nations%20Decade%20of,improve%20the%20lives%20of%20older>.
9. Beard JR, Jotheeswaran AT, Cesari M, Araujo de Carvalho I. The structure and predictive value of intrinsic capacity in a longitudinal study of ageing. *BMJ Open*. 2019;9(11):e026119.
10. Beard JR, Si Y, Liu Z, Chenoweth L, Hanewald K. Intrinsic Capacity: Validation of a New WHO Concept for Healthy Aging in a Longitudinal Chinese Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2022;77(1):94-100.
11. Pot AM, Briggs AM, Beard JR. The Sustainable Development Agenda Needs to Include Long-term Care. *J Am Med Dir Assoc*. 2018;19(9):725-7.
12. Dahler-Larsen P. Quality. From Plato to performance. Cham, Switzerland: Palgrave Macmillan; 2019.
13. Grit K. Toezicht houden zonder normen. In: Bal R, Leistikow I, Stoopendaal A, editors. Toezicht in Turbulente Tijden Liber amicorum. Rotterdam: iBMG Erasmus Universiteit Rotterdam; 2017.
14. Latour B. On actor-network theory. *Soziale Welt*. 1996;47(4):369-81.
15. Sparrow MK. The regulatory craft. Controlling risks, solving problems, and managing compliance. Washington DC: Brookings Institute Press; 2000.
16. Sparrow MK. Fundamentals of regulatory design: Independently published; 2020.
17. IGJ. Hoe werkt ons toezicht? [cited 2022 13-07]. Available from: <https://www.igj.nl/onderwerpen/hoe-werkt-ons-toezicht>.
18. Ayers I, Braithwaite J. Responsive regulation. Transcending the deregulation debate. New York: Oxford University Press; 1992.
19. Braithwaite J, Makkai T, Braithwaite V. Regulating aged care. Ritualism and the new pyramid. Cheltenham: Edward Elgar Publishing; 2009.
20. Leistikow I. The Proof of the pudding. De waarde van overheidstoezicht op kwaliteit en veiligheid van de gezondheidszorg [Oratie]. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam; 2018.
21. Rijksoverheid. Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) 2016 [cited 2022 13-07]. Available from: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/wet-kwaliteit-klachten-en-geschillen-zorg>.
22. ZIN. Toetsingskader kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten. Versie 3.0 [cited 2022 05-09]. Available from: <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/algemeen-ondersteuning/toetsingskader-kwaliteitsstandaarden-en-meetinstrumenten-versie-3.0.pdf>.
23. RVS. Blijk van vertrouwen. Anders verantwoord voor goede zorg. Den Haag: Raad Volksgezondheid & Samenleving; 2019.
24. Gilad S. It runs in the family: Meta-regulation and its siblings. *Regulation & Governance*. 2010;4(4):485-506.
25. Palimetakis F, Woutersen K, Pot AM. The relationship between the quality of care in long-term care homes from the perspectives of care users and the healthcare inspectorate. under review.
26. Halfman W, Bal R. After impact: success of scientific advice to public policy. In: Halfman W, editor. States of nature - Nature and fish stock reports for policy. The Hague: RMNO; 2008.
27. Scott C. Reflexive Governance, regulation and meta-regulation: Control or learning? In: De Schutter O, Lenoble J, editors. Redefining the public interest in a pluralistic world. Oxford: Hart Publishing; 2010.
28. Grit K, Chirifou R, Stalenhoef H, Braspenning J. Bouwstenen voor toezicht op netwerkzorg. Spreken over het functioneren van samenwerkende organisaties. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam; 2022 [cited 2022 05-09]. Available from: <https://www.eur.nl/eshpm/media/2022-03-volledig-rapport-bouwstenen-voor-toezicht-op-netwerkzorg?download=1>.
29. Sabel CF, Zeitlin J. Experimentalist governance In: Levi-Faur D, editor. Oxford Handbook of Governance. Oxford: Oxford University Press; 2012.
30. Wiig S, Aase K, Bal R. Reflexive Spaces: Leveraging Resilience Into Healthcare Regulation and Management. *J Patient Saf*. 2021;17(8):e1681-e4.
31. Wiig S, Rutz S, Boyd A, Churruca K, Kleefstra S, Haraldseid-Driftland C, et al. What methods are used to promote patient and family involvement in healthcare regulation? A multiple case study across four countries. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):616.
32. Arnstein SR. A Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Planning Association*. 2019;85(1):24-34.
33. Verkaik R, Friele R, Francke AL. Evaluatie van een nieuwe vorm van cliëntgericht toezicht: het Short Observational Framework for Inspection (SOFI). Utrecht: Nivel; 2015 [cited 2022 05-09]. Available from: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-IGZ-inspectie-via-SOFI.pdf>.
34. Adams SA, Paul KT, Ketelaars C, Robben P. The use of mystery guests by the Dutch Health Inspectorate: Results of a pilot study in long-term intramural elderly care. *Health Policy*. 2015;119(6):821-30.
35. de Graaff MB, Stoopendaal A, Leistikow I. Transforming clients into experts-by-experience: A pilot in client participation in Dutch long-term elderly care homes inspectorate supervision. *Health Policy*. 2019;123(3):275-80.

36. Rutz S. Practicing reflexive regulation [Thesis]. Rotterdam: Earsmus University Rotterdam; 2017.
37. Frederiks BJM, Tingen A, Dashorst L. De waarde van de inzet van ervaringsdeskundigen met een licht verstandelijke beperking in het Toezicht op het Sociaal Domein. Amsterdam: Amsterdam UMC; 2019.
38. Rutz S, van de Bovenkamp H, Buitendijk S, Robben P, de Bont A. Inspectors' responses to adolescents' assessment of quality of care: a case study on involving adolescents in inspections. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):226.
39. Hendriks CM, Grin J. Contextualizing reflexive governance: the politics of Dutch transitions to sustainability. *Journal of Environmental Policy & Planning.* 2007;9(3-4):333-50.
40. McNutt K, Rayner J. Is Learning without teaching possible? The productive tension between network governance and reflexivity. *Journal of Environmental Policy & Planning.* 2014;20(6):769-80.
41. WRR. Toezien op publieke belangen. Naar een verruimd perspectief op rijktoezicht. Amsterdam: Amsterdam University Press; 2013.
42. Grit KJ, van Oijen JCF. Toezicht op het medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen: het in kaart brengen van een multi-centered speelveld. Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam; 2015.
43. Grit K. Review literatuur reflexief toezicht. Rotterdam: HCG, ESHPM; unpublished.
44. Schön DA, Rein M. Frame Reflection: Toward the Resolution of Intractable Policy Controversies. New York: BasicBooks; 1994.
45. de Kam D. Through the Regulator's Eyes. On the effects of making quality and safety of care inspectable [Thesis]. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam; 2020.
46. Leistikow IP, Pot AM, Bal R. Value Driven Regulation and the role of inspections. Commentary to: Hovlid E, Husabo G, Teig IL, Halvorsen K, Frich JC. Contextual factors of external inspections and mechanisms for improvement in healthcare organizations: A realist evaluation. *Soc Sci Med* 2022 Apr;298:114872. *Soc Sci Med.* 2022;308:115170.
47. Baart A. Een theorie van de presentie (3e druk). Utrecht: Boom Lemma Uitgevers; 2004.
48. Heerings M, van de Bovenkamp H, Cardol M, Bal R. Ask us! Adjusting experience-based codesign to be responsive to people with intellectual disabilities, serious mental illness or older persons receiving support with independent living. *Health Expect.* 2022.
49. Sion K, Verbeek H, de Vries E, Zwakhalen S, Odekerken-Schroder G, Schols J, et al. The Feasibility of Connecting Conversations: A Narrative Method to Assess Experienced Quality of Care in Nursing Homes from the Resident's Perspective. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(14).
50. Reinders H. Kwaliteit als ervaring. Antwerpen: Gompel & Svacina Bvba 2019.
51. Roman B, Waterschoot K, Luijckx K. Het verhaal als kwaliteitsinstrument. Een toepassing van narratief onderzoek voor de ouderenzorg Tilburg: Tranzo, Tilburg University; 2018 [cited 2022 05-09]. Available from: <https://www.tilburguniversity.edu/sites/default/files/download/Rapport%20Het%20verhaal%20DEF.pdf>.
52. Leyden Academy on Vitality and Ageing. Langer leefplezier ervaren: Handreiking voor een narratief kwaliteitskader verpleeghuiszorg 2019 [Available from: <https://leefplezierinzorg.nl/wp-content/uploads/2022/03/Handreiking-Leefplezierplan-voor-de-zorg.pdf>].
53. Dryzek J, Pickering J. Deliberation as a Catalyst for Reflexive Environmental Governance. *Ecological Economics.* 2017;131:353-60.
54. Heerings M, van de Bovenkamp H, Cardol M, Bal R. Tinkering as Collective Practice: A Qualitative Study on Handling Ethical Tensions in Supporting People with Intellectual or Psychiatric Disabilities. *Ethics and Social Welfare.* 2021;16(1):36-53.
55. Fricker M. Epistemic Injustice: Power and the Ethics of knowing New York: Oxford University Press; 2007.
56. Kok J, de Kam D, Leistikow I, Grit K, Bal R. Epistemic Injustice in Incident Investigations: A Qualitative Study. *Health Care Anal.* 2022.
57. Jerak-Zuiderent S. Accountability from Somewhere and for Someone: Relating with Care. *Science as Culture.* 2015;24(4):412-35.
58. Poldrugovac M, Pot AM, Klazinga NS, Kringos DS. Use of long-term care performance indicators by regulatory oversight organizations in 10 high income countries. submitted.
59. Ubels GM. Narrative accountability and quality awareness: Learning about (re) presenting narrative care. *J Aging Stud.* 2015;34:190-8.
60. van Erp J, van der Steen M. Wetenschapagenda Toezicht. Utrecht: USBO advies, Universiteit Utrecht; 2018.
61. ESHPM. Het verhaal als basis voor toezicht [Internet] [cited 2022 13-07]. Available from: <https://www.eur.nl/eshpm/onderzoek/het-eigen-verhaal-als-basis-voor-toezicht>.
62. Kasdorp A, Schakel L. Ambiguous signaling in regulatory conversations how miscommunication and hierarchy hamper voluntary regulatee cooperation. *Administration & Society.* 2021;54(5):903-38.
63. IGJ. Stroomversnelling voor krappe arbeidsmarkt in verpleeghuiszorg – uitgebreide rapportage. Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd; 2020 [cited 2022 13-07]. Available from: <https://www.igj.nl/publicaties/rapporten/2020/12/10/stroomversnelling-voor-krappe-arbeidsmarkt-in-verpleeghuiszorg-%E2%80%93-uitgebreide-rapportage>.
64. Robben PBM. Toezicht in een glazen huis [Oratie]. Rotterdam: Marketing & Communicatie ESHPM; 2010.
65. Pot AM. Ouderenpsychologie: de grijsheid voorbij [Oratie]. *Psychologie en Gezondheid.* 2009;37(2):65-74.
66. Pot AM. Zorgen van een mantelzorger. Een dozijn dagelijkse dilemma's. Utrecht: KokBoekencentrum; 2020.
67. Pot AM. Person-centred care and support for people with dementia and their carers [Inaugural address]. 2019 [cited 2022 13-07]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=MUD9B8uSXUI>.



Prof.dr. Anne Margriet Pot is bijzonder hoogleraar 'Toezicht op persoonsgerichte en geïntegreerde langdurige zorg' bij Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM) van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Deze leerstoel is ingesteld door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, waar zij vanaf eind 2018 werkzaam is als strategisch adviseur. Anne Margriet Pot is verder onder meer buitengewoon hoogleraar bij Optentia, North West University, Vanderbijlpark, Zuid-Afrika, President-elect van de International Psychogeriatric Association, en voorzitter van de Lancet Commission 'Care for older persons' in oprichting.

Van 2014 tot eind 2018 was zij aangesteld bij de World Health Organization in Genève waar zij het werk van de WHO op het gebied van de langdurige zorg voor ouderen wereldwijd aanstuurde. Van 2007 tot eind 2020 was zij bijzonder hoogleraar 'Ouderenpsychologie' aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Ook had zij van 2013 tot 2022 een ereprofessoraat aan de University of Queensland, Australia.

De overheid is geroepen de menselijke maat in de haar toevertrouwde taken terug te brengen. Toezicht op de langdurige zorg speelt daarin een sleutelrol; juist in de zorg voor kwetsbare mensen komt immers het duidelijkst aan het licht wat menselijkheid is. De maatschappelijke eis van een menselijke maat vraagt om een kanteling in de praktijk van het toezicht. Persoonsgerichte zorg kan niet beoordeeld worden aan de hand van een afvinklijstje met de vraag of men liever pindakaas of hagelslag op brood eet. Het is oneindig veel complexer. Wat in het geding is, is hoe een mens over de tijd heen zo goed mogelijk kan functioneren in interactie met zijn omgeving. En wie kan dat beter beoordelen dan die mens zelf en degenen die hem daarbij ondersteunen? *Wie het weet mag het zeggen.*

In deze rede gaat Anne Margriet Pot in op het belang van reflexief toezicht op persoonsgerichte langdurige zorg.

Erasmus University Rotterdam
Erasmus School of Health Policy & Management
Bayle Building
Burgemeester Oudlaan 50
3062 PA Rotterdam, the Netherlands
T +31 10 408 8555
E communicatie@eshpm.eur.nl
W www.eur.nl/eshpm