STEUNPUNT
WELZIJN
VOLKSGEZONDHEID &
GEZIN

Vlaanderen
is zorgzaam samenleven

Literatuuronderzoek naar effectieve handhavingsmaatregelen in de sectoren binnen het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Daan Lambrechts

prof. dr. Anja Declercq

prof. dr. Johan Put

Februari 2025 - Rapport Nr. 38

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven
Tel 0032 16 37 34 32
E-mail: swvg@kuleuven.be
Website: http://www.steunpuntwvg.be

STEUNPUNT
WELZIJN
VOLKSGEZONDHEID &
GEZIN

Publicatie nr. 2025/04
SWVG-Rapport 38
Titel rapport: Literatuuronderzoek naar effectieve handhavingsmaatregelen in de sectoren binnen het beleidsdomein WVG

Promotor: Anja Declercq[1]
Copromotor: Johan Put[2, 3]
Onderzoekers: Daan Lambrechts[1]

[1] LUCAS KU Leuven
[2] KU Leuven – Instituut voor Sociaal Recht
[3] KU Leuven – Leuvens Instituut voor Criminologie

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. De Vlaamse Overheid kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.

Het consortium SWVG

Deelnemende instellingen - Dagelijks bestuur	
KU Leuven	
· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy	Prof. dr. Anja Declercq Prof. dr. Koen Hermans
· Instituut voor Sociaal Recht	Prof. dr. Johan Put
· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving	Prof. dr. Tine Van Regenmortel
UGent	
· Vakgroep Bestuurskunde en Publiek Management	Prof. dr. Bram Verschuere
· Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg	Prof. dr. Katrien Vanthomme
· Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg	Prof. dr. Jeroen Trybou
Vrije Universiteit Brussel	
· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Johan Vanderfaeillie
Universiteit Antwerpen	
· Faculteit Sociale Wetenschappen	Prof. dr. Koen Decancq
Partnerinstellingen	
Universiteit Hasselt	
· Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen	Prof. dr. Wim Pinxten
Thomas More Hogeschool	
· Unit Mens & Welzijn	Dr. Peter De Graef
Arteveldehogeschool	
· Sociaal Werk	
Hogeschool Gent	
· Onderzoekscentrum 360° Zorg en Welzijn	
UC Leuven-Limburg	
· Research & Expertise - Expertisecentrum Health Innovation	
Karel De Grote hogeschool	
· Onderzoek en maatschappelijke dienstverlening	
Hogeschool PXL	
· Expertisecentrum PXL Social Work Research	
Odisee co-hogeschool	
· Studiegebied Sociaal-Agogisch Werk	
KeFor	
· Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg	
Coördinatie en secretariaat	
Coördinator SWVG	Dr. Kathleen De Cuyper
Administratieve ondersteuning	Manuela Schröder Lut Van Hoof

STEUNPUNT
WELZIJN
VOLKSGEZONDHEID &
GEZIN

Steunpunt WVG
Minderbroedersstraat 8
B-3000 Leuven
+32 16 37 34 32
www.steunpuntwvg.be
swvg@kuleuven.be

Vlaanderen
is zorgzaam samenleven

Rapport 38 **Februari 2025**

Literatuuronderzoek naar effectieve handhavingsmaatregelen in de sectoren binnen het beleidsdomein WVG

Onderzoeker: Daan Lambrechts[1]
Promotor: prof. dr. Anja Declercq[1]
Copromotor: prof. dr. Johan Put[2,3]

[1] LUCAS KU Leuven
[2] KU Leuven – Instituut voor Sociaal Recht
[3] KU Leuven – Leuvens Instituut voor Criminologie

Samenvatting

Situering en onderzoeksvragen

Dit rapport beoogt door middel van een analyse van zowel binnen- als buitenlandse literatuur, op zoek te gaan naar een wetenschappelijke basis voor de effectiviteit van handhavingsmaatregelen. Een eerdere studie die in 2014 door het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin werd gevoerd, geeft aan dat er een grote variatie bestaat in de maatregelen die momenteel van kracht zijn in de Vlaamse zorgsectoren. Door na te gaan welke wetenschappelijk onderbouwde kennis er op dit moment bestaat, geven we richtlijnen en handvatten mee die de decreetgever kan gebruiken om het toekomstig handhavingsbeleid vorm te geven.

Handhavingsmaatregelen duiden op de instrumenten die een overheid kan aanwenden om ervoor te zorgen dat bestaande wet- en regelgeving ook daadwerkelijk wordt nageleefd door rechtsonderhorigen. Het inzetten van deze maatregelen gebeurt vaak in de laatste stap van de handhavingsketen, genaamd “afdoening”. Hierbij maakt men de keuze om al dan niet sanctionerend op te treden tegen gedrag dat een overtreding inhoudt ten aanzien van normen die van kracht zijn. In dit rapport worden uitsluitend handhavingsmaatregelen besproken die behoren tot het administratieve of bestuursrechtelijke luik, aangezien deze opgelegd kunnen worden door een bestuursorgaan. Deze aanpak wordt als efficiënter en minder stigmatiserend beschouwd dan het strafrechtelijke sanctieregime.

De handhavingsinstrumenten die in dit rapport geëvalueerd worden, kunnen op een continuüm geplaatst worden van mild tot streng. Herhaaldelijke overtredingen kunnen zo leiden tot een steeds zwaardere maatregel; hierdoor fungeren zware maatregelen vooral als stok-achter-de-deur. Daarnaast kunnen maatregelen ook opgedeeld worden in dwingende maatregelen, die aan de hand van afschrikking de naleving aan wet- en regelgeving willen verhogen, en stimulerende of ondersteunende maatregelen die inspelen op de nalevingsgezindheid en intrinsieke motivatie van rechtsonderhorigen om regels te volgen.

De onderzoeksvragen die als leidraad voor dit onderzoek gelden, luiden als volgt:

1. Van welke handhavingsmaatregelen in de sectoren binnen het gezondheids-, welzijns- en gezinsbeleid blijkt uit de wetenschappelijke literatuur dat ze effectief zijn?
2. In welke context en onder welke voorwaarden zijn deze handhavingsmaatregelen effectief?

Naast concrete handhavingsinstrumenten evalueren we ook de effectiviteit van openbaar-makingsbeleid. Transparantie over kwaliteitsindicatoren en disciplinerende maatregelen richting burgers en het bredere netwerk van zorgvoorzieningen, blijkt namelijk een veelvoorkomende praktijk te zijn in verscheidene systemen wereldwijd. Aangezien ook in Vlaanderen een vorm van openbaarmakingsbeleid gehanteerd wordt, loont het de moeite om ook over deze vorm van handhaven de huidige stand van zaken in de wetenschappelijke literatuur na te gaan.

Methode

Om deze brede onderzoeksvragen het hoofd te bieden, opteerden we voor een methodiek die nauw aansluit bij de *Rapid Literature Review*. Hierbij evalueerden we een beperkte maar relevante doorsnede van de literatuur die op basis van zoekstrings naar boven kwam. Deze methodiek maakte een synthese van de beschikbare kennis rond dit thema mogelijk binnen een relatief korte tijdspanne. De weerhouden literatuur werd gerapporteerd aan de hand van een themastructuur die een weerspiegeling vormt van veelvoorkomende onderwerpen in de gevonden literatuur over handhavingsmaatregelen. Om de relevantie van de weerhouden literatuur te versterken, werd aan de hand van een sneeuwbalmethode, waarin we citaten en referenties van reeds geselecteerde literatuur nagingen, bijkomende literatuur aan deze eerste selectie toegevoegd.

Besluit en beleidsaanbevelingen vanwege de onderzoeksequipe

Op basis van de literatuur die voor dit rapport weerhouden werd, concluderen we een duidelijke schaarste aan onderzoek waarin de effectiviteit van handhavingsmaatregelen wordt nagegaan. Hoewel de vraag naar effectstudies over dit onderwerp in verscheidene teksten is aangehaald, blijkt de wetenschappelijke evidentie voor het merendeel van de handhavingsinstrumenten die worden besproken nog te ontbreken. De beschikbare literatuur beperkt zich vooral tot surveystudies met kleine steekproeven die bestaan uit individuele zorgverleners zoals dokters of verpleegkundigen. Zorgvoorzieningen, die de primaire focus vormden voor dit onderzoek, blijven voorlopig nog onderbelicht in de literatuur. Deze schaarste, in combinatie met de focus die vaak op individuele zorgverleners wordt gelegd, maakt dat de resultaten met de nodige voorzichtigheid te interpreteren zijn. De handvatten die we ondanks deze beperkingen toch kunnen distilleren uit de literatuur, zijn samengevat in volgende aanbevelingen die gebruikt kunnen worden om toekomstige wet- en regelgeving inzake handhavingsbeleid vorm te geven:

1. **Evalueer het eigen beleid en zorg ervoor dat in de toekomst goede data voorhanden zijn over handhavingsmaatregelen zodat effectiviteitsmetingen mogelijk zijn.**

In de wetenschappelijke literatuur is een duidelijke schaarste terug te vinden aan studies die op een wetenschappelijke manier de effectiviteit van handhavingsmaatregelen nagaan. Dit is volgens ons deels terug te brengen tot het moeilijke onderzoeksdesign en de nauwkeurige data die hiervoor vereist zijn. We raden daarom aan om in de toekomst nauwkeurige data te verzamelen over de oorzaken en gevolgen die het inzetten van specifieke handhavingsmaatregelen op zorgvoorzieningen en hun cliëntenpopulatie heeft. Dit maakt het mogelijk om niet enkel op korte, maar ook op lange termijn de effectiviteit van handhavingsbeleid te evalueren.

2. **Hanteer in eerste instantie een stimulerende aanpak die inspeelt op de intrinsieke motivatie van zorgactoren. Ondersteuning, suggestie, dialoog en training zijn instrumenten die hiervoor aangewend kunnen worden.**

Een stimulerende aanpak, die naleving van wet- en regelgeving tracht te bekomen door in te spelen op de intrinsieke motivatie van zorgactoren, blijkt bij het merendeel van zorgactoren voldoende te zijn. De instrumenten ondersteuning, suggestie, dialoog en training bevinden zich vooraan in de handhavingsketen en bieden collaboratieve alternatieven voor afschrikkende handhavingsmaatregelen. Deze laatste kunnen wel nog steeds nodig zijn om ook minder gemotiveerde zorgactoren tot naleving te dwingen. Door in eerste instantie ondersteunende maatregelen in te zetten om een overtreding tegen te gaan, wordt ook benadrukt dat de naleving van wet- en regelgeving slechts een middel is om de kwaliteit van de aangeboden zorg te verbeteren en geen einddoel op zich.

3. **Een effectieve naleving van regels vereist vooral zekerheid over detectie en het opleggen van maatregelen, de zwaarte ervan heeft minder impact. Voldoende inspecties en geloofwaardige handhaving zijn dus cruciaal. Zware sancties opnemen in wetgeving loont, maar hun uitvoering dient zeldzaam te zijn.**

Uit de literatuur kwam meermaals naar boven dat detectie- en sanctiezekerheid van groter belang zijn dan de zwaarte van een sanctie om de naleving van regels te verhogen. Het effectief betrapt en bestraft worden blijkt doorgaans een voldoende voorwaarde te vormen om het gedrag van zorgactoren te reguleren. De zwaarte van de maatregelen die men opgelegd krijgt, zou in sommige gevallen zelfs totaal onbeduidend kunnen zijn aangezien actoren die recidiveren na het ontvangen van een lichte maatregel ook niet responsief blijken voor een zwaardere sanctie. Het opnemen van deze zware maatregelen in wet- en regelgeving dient daarom enerzijds om patiënten te kunnen beschermen van kwaadwillende zorgactoren en fungeert anderzijds als stok-achter-de-deur die rechtsonderhorigen afschrikt van het stellen van niet-normconform gedrag.

4. **De wetenschappelijke literatuur over de effectiviteit van transparantie is voorlopig inconsistent en van te lage kwaliteit. Openbaarmakingsbeleid is toch tot op zekere hoogte gerechtvaardigd omdat burgers recht hebben op heldere, neutrale en feitelijke informatie over zorgverleners. Dit beleid richt zich daarnaast beter op zorgvoorzieningen in hun geheel dan op individuele zorgverleners. Voortbouwend op deze bevindingen, lijkt de publicatie van inspectierapporten ons de beste manier om openbaarmakingsbeleid in te richten.**

Ondanks de veelvuldige toepassing van openbaarmakingsmechanismen in wetgevende kaders van over de hele wereld, kunnen we op basis van de huidige wetenschappelijke literatuur geen uitspraken doen over de effectiviteit ervan. We vonden wel terug dat kwaliteitsindicatoren en informatie over tekortkomingen best op niveau van de voorziening gerapporteerd worden om onbedoelde gevolgen bij

individuele zorgverleners te voorkomen. De publicatie van inspectierapporten, zoals dit vandaag de dag al gebeurt, lijkt ons de beste manier om openbaarmakingsbeleid in de praktijk te brengen, aangezien ze naast transparantie voor burgers ook een leidraad biedt die zorgvoorzieningen kunnen hanteren om de kwaliteit van de zorg die zij aanbieden te evalueren. Op basis van de onderzoeksbevindingen nodigen we toekomstig onderzoek uit om het beleid inzake de bekendmaking van inspectierapporten en beslissingen inzake maatregelen en sancties te evalueren. Op die manier zouden we tot een gemeenschappelijke standaard kunnen komen die belang hecht aan leesbaarheid en toegankelijkheid zonder daarbij de rechten inzake privacy en gegevensbescherming uit het oog te verliezen.

Inhoud

Hoofdstuk 1 Situering 9

1 Inleiding 9

2 Concepten en definities 10

2.1 Effectieve handhaving in het beleidsdomein WVG 10

2.2 Handhavingsinstrumenten 11

2.3 Handhavingsmodellen 11

2.4 Transparantie 12

3 Onderzoeksvragen 12

Hoofdstuk 2 Methodologie 13

1 Onderzoeksmethode 13

2 Procedure 13

Hoofdstuk 3 Resultaten 19

1 Een algemene blik op handhavingsmaatregelen 19

1.1 Individuele zorgverleners 19

1.2 Zorgvoorzieningen 22

2 Geven van een opmerking of waarschuwing 23

2.1 Individuele zorgverleners 24

2.2 Zorgvoorzieningen 25

3 De administratieve geldboete 26

3.1 Individuele zorgverleners 26

3.2 Zorgvoorzieningen 27

4 Verhoogd toezicht 29

4.1 Risico-gebaseerd toezicht 29

4.2 De effectiviteit van het verhoogd toezicht 30

5 Schorsing en het opheffen van de vergunning of erkenning 31

5.1 Een laatste redmiddel 31

5.2 Impact op de bewoners 32

6 Ondersteunende maatregelen 33

6.1 Een collaboratieve aanpak 34

6.2 Het belang van een *safety culture* 35

6.3 De effectiviteit van opleidingen 35

7 Transparantie 37

7.1 De effectiviteit van openbaarmakingsbeleid 37

7.2 Onbedoelde gevolgen van openbaarmakingsbeleid 38

Hoofdstuk 4 Besluit **41**

1 Conclusie 41

1.1 Overkoepelende bevindingen 41

1.2 Wat handhavingsmaatregelen gemeen hebben 41

1.3 Het geven van een opmerking/waarschuwing 42

1.4 De administratieve geldboete 43

1.5 Het verhoogd toezicht 43

1.6 Schorsing en het opheffen van de vergunning of erkenning 44

1.7 Ondersteunende maatregelen 44

1.8 Transparantie 45

2 Beleidsadviezen 46

Referenties **49**

Lijst Tabellen

Tabel 1 Trefwoorden voor de drie componenten die elke zoekstring bevat 15

Tabel 2 Trefwoorden voor component “thema” die elke zoekstring bevat 16

Tabel 3 Weerhouden literatuur doorheen de selectieprocedure 18

Lijst Figuren

Figuur 1 Stroomdiagram van de zoekstrategie 17

Hoofdstuk 1
Situering

1 Inleiding

Naar aanleiding van een studie die in 2014 werd gevoerd door het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG) rond handhaving en sanctionering, is binnen het gelijknamige beleidsdomein WVG een traject opgestart om handhaving in alle betrokken sectoren te stroomlijnen (D'haese & Put, 2014). In deze studie stelden de auteurs immers vast dat dat er een grote variatie bestaat in de maatregelen die momenteel van kracht zijn in Vlaanderen en in de manier waarop deze maatregelen in de praktijk worden toegepast. D'Haese en Put (2014) merkten ook op dat de keuze voor de invoering van een bepaalde maatregel vaak niet of onvoldoende beargumenteerd wordt door de wetgever. Het beleid moet volgens hen nochtans oog hebben voor de efficiëntie van handhaving en afdoende rechtsbescherming bieden. Aan de hand van een analyse van de literatuur proberen we in dit rapport richtlijnen mee te geven die ondersteuning kunnen bieden om aan de eerste eis van efficiëntie te voldoen.

Dit impliceert dat we nagaan welke wetenschappelijk onderbouwde kennis er op dit moment bestaat omtrent de effectiviteit van verscheidene handhavingsinstrumenten die momenteel gehanteerd worden en beschreven zijn in de regelgevende kaders. In tweede instantie ga we na in welke context en onder welke voorwaarden deze handhavingsmaatregelen al dan niet effectief zijn. Hiervoor maken we gebruik van zowel binnen- als buitenlandse literatuur. De focus ligt daarbij op studies die gevoerd werden in de sectoren van het gezondheids-, welzijns- en gezinsbeleid zoals gedefinieerd in het Decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid en het Decreet van 5 mei 2023 over de kwaliteit van zorg in het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Opdat de resultaten uit deze literatuurstudie inspiratie zouden kunnen bieden voor het ontwikkelen en uitvoeren van een Vlaams handhavingsbeleid, is het van belang om de gevonden resultaten te interpreteren in het kader van de lokale zorgcontext. Resultaten uit andere landen kunnen niet zomaar worden toegepast op het Vlaamse zorgsysteem en in de Vlaamse context. Op basis van de analyse en de contextualisering van de literatuur proberen we vervolgens om beleidsadviezen te formuleren die regelgevers kunnen gebruiken bij het komen tot een beter gestroomlijnde aanpak over de verschillende WVG-sectoren heen. Ten slotte tracht het rapport bij te dragen aan de wetenschappelijke stand van zaken door in kaart te brengen waar er leemtes zijn wat betreft dit onderwerp zodat toekomstig onderzoek zich hierop zou kunnen toespitsen.

We starten met het begrippenkader en het breder theoretisch raamwerk over handhaving. Daarna wordt de gehanteerde methodiek besproken, gevolgd door de analyse van de behouden literatuur. Op basis van de discussie en de conclusies, inclusief de beperkingen van dit onderzoek, formuleren we beleidsadviezen.

2 Concepten en definities

Voordat we dieper in kunnen gaan op de huidige stand van zake in de literatuur rond handhavingsmaatregelen, is het belangrijk om eenduidigheid te scheppen over de concepten en termen die in dit onderzoek aan bod komen. Nadat we hebben stilgestaan bij de terminologie die we ontlenen van de handhavingsketen, wordt ook duiding gegeven over de handhavingsinstrumenten en -modellen die in dit rapport aan bod komen.

2.1 Effectieve handhaving in het beleidsdomein WVG

In de context waarin het woord “handhaving” gebruikt wordt in dit rapport, duidt het begrip op het stellen van handelingen die ervoor zorgen dat wetten en regels daadwerkelijk worden nageleefd en uitgevoerd. Het bestaan van regelgeving valt namelijk niet samen met de naleving ervan door rechtsonderhorigen. Om dit onevenwicht aan te pakken en tot een minimum te reduceren, is het belangrijk dat overheden beschikken over een breed arsenaal aan handhavingsinstrumenten die inspelen op de verscheidenheid aan oorzaken die tot niet-normconform gedrag leiden (Ankaert, Van Grunderbeek & Put, z.d.).

In de praktijk kan handhaving opgedeeld worden in verschillende stappen. Deze worden samengevat in een model dat de handhavingsketen wordt genoemd (Ankaert, Van Grunderbeek & Put, z.d.). Hoewel elk deeltje van de keten van belang is om ervoor te zorgen dat rechtsregels nageleefd worden, concentreren we ons in dit rapport vooral op de laatste stap, genaamd “afdoening”. Het is in deze finale fase dat men bepaalt om al dan niet sanctionerend op te treden tegen niet-normconform gedrag.

Afdoening kent verschillende verschijningsvormen, sanctieregimes genaamd. Zo kan een overheid ervoor kiezen om administratief dan wel strafrechtelijk op te treden tegen normovertreders al naargelang de zwaarte of de aard van de inbreuk. Elk regime kent zijn eigen instrumentarium dat vastligt in verscheidene rechtsbronnen. De handhavingsmaatregelen die in dit rapport worden besproken, behoren tot het bestuursrechtelijke luik aangezien zij kunnen worden opgelegd door een bestuursorgaan. Doordat deze aanpak meer efficiënt en minder stigmatiserend is dan instrumenten uit het strafrechtelijke luik, sluit ze beter aan bij het drievoudig doel dat de beleidsmakers voor de WVG-sectoren inzake handhaving vooropstellen (D’haese & Put, 2014; Wauters & Janssens, 2024). Zo moet de handhaving in de eerste plaats de kwaliteit van zorg, die zowel door voorzieningen, individuen als intermediairen wordt aangeboden, waarborgen. Daarnaast zorgt het toekijken op een correcte naleving van de regelgeving er ook voor dat burgers en kwetsbare groepen beschermd worden en dat overheidsmiddelen op een juiste manier besteed worden (Wauters & Janssens, 2024).

Doordat handhavingsinstrumenten in dit beleidsdomein een drievoudig doel nastreven, is ook hun effectiviteit geen eenzijdig concept. Het louter bevorderen van de kwaliteit van zorg ongeacht de gevolgen voor zij die zorg vragen dan wel aanbieden, of de hoeveelheid middelen die hiervoor benodigd zijn, is dus niet voldoende om over een daadwerkelijk effectief instrument te spreken. Uitspraken omtrent effectiviteit moeten daarom telkens ook gaan over de dimensie(s) waarbinnen zij al dan niet doeltreffend zijn. Een overmatig of foutief gebruik van handhavingsinstrumenten zou zo misschien wel voor een betere naleving van zorgrichtlijnen kunnen zorgen maar tegelijk ook onbedoelde gevolgen, bijvoorbeeld de onderrapportering van medische fouten, teweeg kunnen brengen (Aljabari & Kadhim, 2021).

2.2 Handhavingsinstrumenten

Zoals eerder gesteld zijn er verschillende manieren ervoor te zorgen dat rechtsonderhorigen wet- en regelgeving naleven. Dit arsenaal aan handhavingsinstrumenten vormt de basis voor de thematische structuur die we in dit rapport hanteren. Enerzijds bespreken we dwingende maatregelen, deze bestaan uit: de opmerking of waarschuwing, de administratieve geldboete, het plaatsen onder verhoogd toezicht en ten slotte het tijdelijk of permanent opheffen van de vergunning of de erkenning. Daarnaast bespreken we ook ondersteunende maatregelen. Onder deze noemer vallen vooral begeleidende maatregelen zoals het verlenen van informatie of ondersteuning en het verplichten tot het volgen van een opleiding.

Deze maatregelen kunnen op een continuüm geplaatst worden van mild tot streng en kennen elk hun eigen doelen waarvoor ze ingezet kunnen worden. De administratieve geldboete kan zo bijvoorbeeld ingezet worden om partijen op een eenvoudige en goedkope manier tot naleving te dwingen. Ze kan er echter ook voor zorgen dat rechtsonderhorigen strategisch handelen door de financiële kosten en baten van normconform gedrag tegenover elkaar afwegen. In sommige contexten zorgt deze maatregel dan niet voor een betere naleving van de wet, maar net tot de mogelijkheid van het toelaten, mits het betalen van een som geld, van niet-normconform gedrag (Gneezy & Rustichini, 2000; WHO Regional Office for the Western Pacific, 2006). Dit voorbeeld toont zo dat, hoewel elk van deze maatregelen eenzijdig lijken in de manier waarop ze kunnen worden ingezet, ze toch elk hun eigen randvoorwaarden en kanttekeningen bevatten, waar men best rekening mee houdt opdat hun gewenste effect niet overschaduwd wordt door onbedoelde gevolgen.

2.3 Handhavingsmodellen

In de literatuur over handhaving beargumenteert men regelmatig het belang van een getrapte opdeling en het inzetten van steeds zwaardere maatregelen bij herhaaldelijke overtredingen. Dit zorgt er namelijk voor dat beleidsmakers een stok achter deur hebben om zowel eenmalige als frequente overtreders op een evenredige en doeltreffende manier aan te pakken (Ankaert, Van Grunderbeek & Put, z.d.). De nadruk ligt hierbij vooral op het verschil tussen maatregelen die bedoeld zijn om rechtsonderhorigen af te schrikken van het stellen van niet-normconform gedrag, dan wel om ze te ondersteunen bij het stellen van gedrag dat wel wenselijk is. Deze eerste aanpak gaat ervan uit dat individuen of organisaties die gereguleerd worden, zich gedragen als rationele actoren die de kans om gestraft te worden en de nadelen die dit met zich meebrengt, afwegen tegenover het potentiële voordeel dat het overtreden van de wet met zich meebrengt. Aanhangers van dit perspectief ijveren voor strenge sancties die niet enkel de gedisciplineerde partij tot naleving dwingt maar ook individuen en organisaties uit de omgeving afschrikken van het overtreden van normen.

Een andere kijk op handhaving beschouwt rechtsonderhorigen als nalevingsgezind en stelt dat over het algemeen genomen, individuen en organisaties wel degelijk bereid zijn om wetgeving te volgen maar dit niet altijd kunnen omwille van een gebrek aan kennis of middelen. Om tot een betere naleving van bestaande wet- en regelgeving te komen zijn dan helemaal geen strenge sancties nodig, maar volstaat het meestal om advies en begeleiding aan de normovertreder aan te bieden om hen tot naleving te stimuleren (Gunningham, 2010; Weske et al., 2018).

Beide perspectieven worden verzoend in een handhavingsmodel dat voorgesteld werd door Braithwaite (1985). In zijn *responsive regulation*-model beargumenteert hij een piramidale kijk op handhaving

waarbij eerst maatregelen gehanteerd moeten worden die focussen op advies en begeleiding om zo op een non-punitieve manier tot naleving te komen. Indien deze preventieve aanpak niet zou werken kan men putten uit het arsenaal aan zwaardere maatregelen om zo via een meer repressieve aanpak rechtsonderhorigen tot naleving te dwingen (Ayres & Braithwaite, 1992). Dit piramidale model gaat zo enerzijds *over-enforcement* tegen door ervoor te zorgen dat er geen te zware middelen worden ingezet om normconform gedrag te bekomen. Anderzijds zorgt dit ervoor dat normovertreders voldoende kansen krijgen om het gewenste gedrag te vertonen en kan dit model zo de legitimiteit van de handhaving verhogen (de Bruijn & ten Heuvelhof, 2019; Gunningham, 2010).

Welk perspectief op handhaving het best overeenkomt met de realiteit in de sectoren binnen het Beleidsdomein WVG vormt een tweede onderdeel dat we in dit rapport behandelden. Daarbij zullen we enerzijds nagaan of een aanmoedigende dan wel dwingende aanpak het meest effectief blijkt te zijn om normovertredingen tegen te gaan en anderzijds of een getrapte opdeling van sancties empirisch steekhoudt in het reguleren van de WVG-sectoren.

2.4 Transparantie

Een laatste manier van handhaven die we in dit rapport onder de loep nemen, wordt bestempeld met de term *naming and shaming*. Kort door de bocht komt dit neer op het toebrengen van reputatieschade door het openbaar beschikbaar stellen van informatie omtrent de gedisciplineerde partij aan diens belanghebbenden. Door middel van deze informatieverlening aan het netwerk van normovertreders, wordt ingespeeld op indirecte sancties die zij kunnen opleggen om een partij tot naleving van regelgeving te dwingen (Meijer & Homburg, 2009). Een voorbeeld hiervan is reeds in de Vlaamse zorgcontext terug te vinden in de vorm van inspectieverslagen die online geraadpleegd kunnen worden door burgers. Ook andere landen maken op verschillende manieren gebruik van dit openbaarmakings-beleid. Het kan dus zeker de moeite lonen om na te gaan wat de huidige stand van zaken is omtrent deze vorm van handhaving binnen de wetenschappelijke literatuur.

3 Onderzoeksvragen

1. Van welke handhavingsmaatregelen in de sectoren binnen het gezondheids-, welzijns- en gezinsbeleid blijkt uit wetenschappelijke literatuur dat ze effectief zijn?
2. In welke context en onder welke voorwaarden zijn deze handhavingsmaatregelen effectief?

Hoofdstuk 2
Methode

1 Onderzoeksmethode

Om een helder beeld te krijgen van de huidige literatuur omtrent handhavingsmaatregelen in het beleidsdomein WVG, gebruiken we een methodiek die het best omschreven kan worden als een *Rapid Literature Review* (RLR). Deze methodiek slaat op: "*A form of knowledge synthesis that accelerates the process of conducting a traditional systematic review through streamlining or omitting a variety of methods to produce evidence in a resource-efficient manner*" (Smela et al., 2023, p. 2). Het gebruiken van een RLR stelt ons in staat om binnen een relatief korte tijdspanne de beschikbare kennis en inzichten rondom een specifiek thema samen te brengen (Tricco, 2017). In het algemeen nemen RLR's enkele weken of maanden in beslag, dit wordt mogelijk gemaakt door methodologische restricties op te leggen aan het onderzoeksdesign. Zo is een belangrijk kenmerk van deze aanpak dat het screenen en selecteren van relevante literatuur slechts door één onderzoeker gebeurt. Deze methodiek laat daarnaast ook flexibiliteit toe in de methodologische keuzes die worden gemaakt op voorwaarde dat deze helder gedefinieerd en gedocumenteerd worden zodat het onderzoek transparant en reproduceerbaar blijft (Devane et al., 2024; Garritty et al., 2023).

Anders dan bij een systematische literatuur review werd voor dit onderzoek niet alle beschikbare literatuur geëvalueerd. Omwille van de brede en exploratieve onderzoeksvraag in combinatie met praktische overwegingen die voor dit onderzoek werden gemaakt, werd slechts een doorsnede van de totale literatuur gescreend. Ondanks de beperking in omvang, bevat deze doorsnede wel een hoge relevantie aangezien de gescreende literatuur het dichtst aansluit bij de kernwoorden die gebruikt werden om de zoekstrings op te stellen. De literatuur die uiteindelijk werd weerhouden, rapporteren we aan de hand van een thematische structuur die gebaseerd is op vaak terugkerende onderwerpen. Deze omvatten vooral individuele handhavingsinstrumenten al komen ook bredere visies op handhaving en handhavingsmodellen aan bod.

2 Procedure

De kernwoorden die de basis uitmaken van de themastructuur binnen dit rapport, vormden ook een eerste aanknopingspunt bij het opstellen van de zoekstrings die gehanteerd werden om geschikte literatuur te bekomen. Om tot een finale lijst van thema's te komen, is gebruik gemaakt van het eerdergenoemde rapport van D'haese en Put (2014), aangevuld met trefwoorden die in de huidige Vlaamse wetgeving binnen sectoren van het beleidsdomein WVG gehanteerd worden om sanctiemaatregelen te omschrijven. We gebruikten een Engelse vertaling van deze trefwoorden voor een eerste zoektocht in de databanken LIMO, Google Scholar en Researchgate. Zo konden we zien welke thema's courant terugkomen in de handhavingsliteratuur. Op basis daarvan ontwikkelden we vervolgens zoekstrings om bijkomende literatuur op te sporen. Hiervoor maakten we gebruik van twee databanken namelijk LIMO en Web of Science.

Tabellen 1 en 2 geven deze zoekstrings in detail weer. Elke datastring bestaat uit drie componenten die in de titel of de abstract terug te vinden moet zijn opdat de paper, het boek of het rapport wordt

weerhouden. De eerste component betreft woorden die duiden op een bepaald handhavingsinstrument of handhavingsonderwerp. Een tweede component slaat op trefwoorden die de gevonden literatuur moeten beperken tot het beleidsdomein WVG en vormt zo een opsomming van de verschillende sectoren die binnen het Vlaamse zorglandschap tot dit domein behoren. Ten slotte werden ook trefwoorden toegevoegd die doelen op "handhaving en sanctionering" om tot een gerichtere selectie aan literatuur te komen. Een laatste filtering gebeurde door enkel bronnen te zoeken die peer reviewed zijn en enkel te kijken naar literatuur die na 2010 gepubliceerd werd. De onderzoeksvraag gaat immers over bewezen effectiviteit, waarvoor een actuele wetenschappelijke basis nodig is.

Figuur 1 toont de manier waarop de literatuur verzameld werd die we in dit rapport bespreken. Om efficiënt en systematisch te werk te kunnen gaan, werden enkel de eerste honderd resultaten die voortkwamen uit een zoekstring, gescreend op basis van hun titel en het abstract. Op korte termijn kon zo voor elk thema de meest relevante literatuur worden doorgenomen. Per thema volgde deze eerste screening een iteratief proces waarbij gestart wordt vanaf de eerste component, indien deze meer dan honderd *hits* opleverde, werden bijkomende componenten aan de zoekstring toegevoegd. Voor thema's waar meer literatuur voor beschikbaar was, werd daarom een groter aantal artikels gescreend. Ook het komen tot een finale zoekstring bleek in de praktijk een iteratief proces waardoor er in deze stap meer literatuur nagekeken werd dan voorzien. Een tweede selectie werd gemaakt op basis van een volledige lezing van de weerhouden teksten. Deze werd gevolgd door het nakijken van de referenties en citaties uit deze literatuur, ook wel bekend als de sneeuwbalmethode, om zo bijkomende relevante teksten toe te voegen. Een laatste aanvulling op deze selectie gebeurde met grijze literatuur en teksten die voortkomen uit een ongestructureerde zoektocht op Google Scholar naar "*effectiveness*" en "*consequences*" van de verschillende handhavingsinstrumenten. De finale selectie werd gemaakt op basis van een tweede kritische lezing waarbij enkel literatuur werd weerhouden die een meerwaarde kon betekenen in het beantwoorden van de vooropgestelde onderzoeksvraag. Vooral theoretische papers zonder gegevensverzameling of empirisch onderzoek, werden in deze laatste fase weggelaten. Hier en daar zijn wel enkele literatuuronderzoeken weerhouden aangezien ze een nuttig overzicht bieden van de reeds bestaande kennis en inzichten in de huidige literatuur. Tabel 3 toont het exacte aantal teksten dat in elke fase van het selectieproces weerhouden werd voor elk van de thema's.

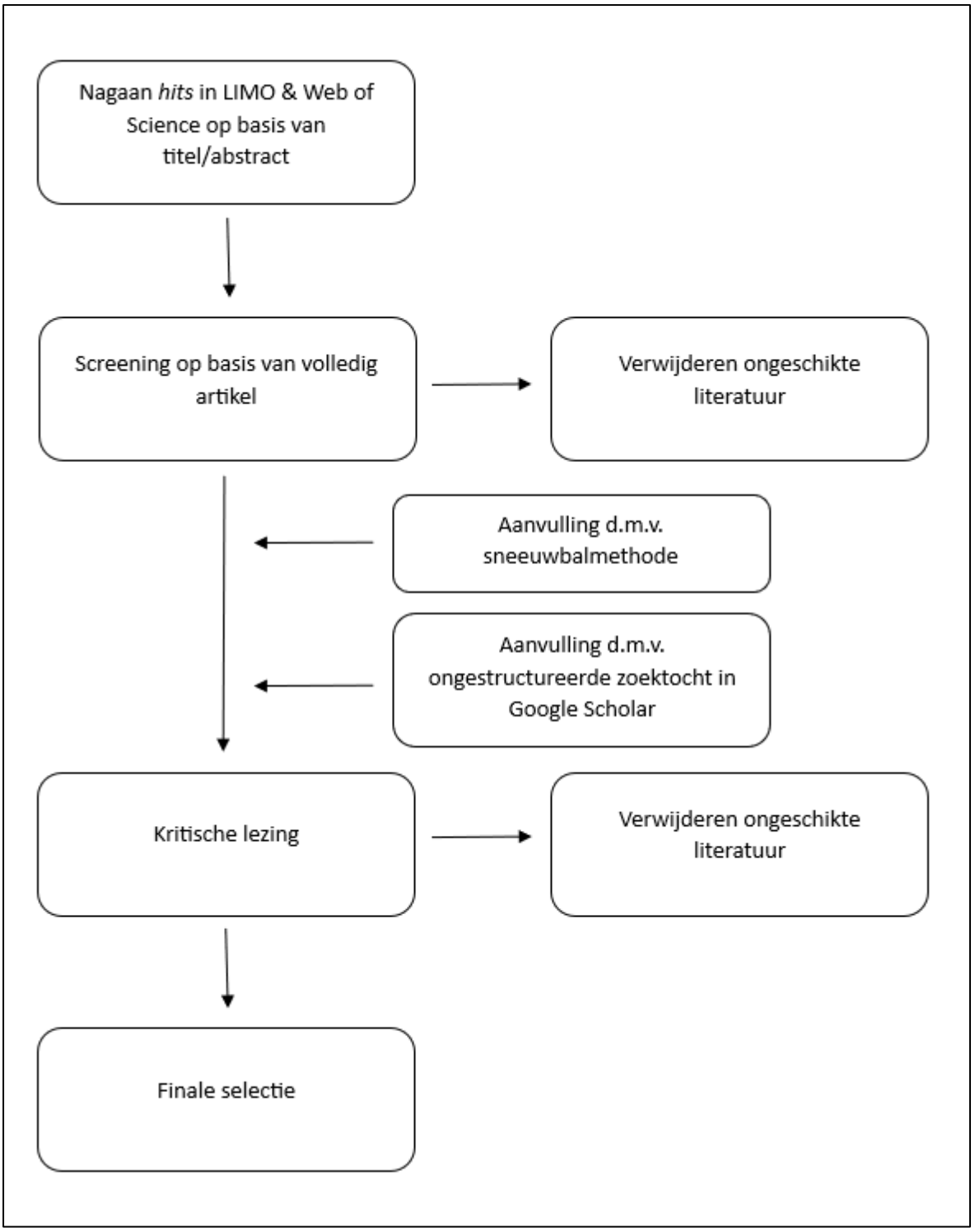
Tabel 1 Trefwoorden voor de drie componenten die elke zoekstring bevat

Component zoekstrings	Combinatie trefwoorden
Thema (zie tabel 2 voor volledige lijst)	(sanctionering en handhaving OF administratieve geldboete OF opmerking/waarschuwing OF verhoogd toezicht OF schorsing OF opheffen van de vergunning of erkenning OF ondersteunende maatregelen OF transparantie OF handhavingsmodellen) [titel/abstract]
Sectoren binnen het beleidsdomein welzijn, volksgezondheid en gezin	(healthcare OF “healthcare sector” OF childcare OF “child welfare” OF “youth care” OF nursery OF daycare OF “day care” OF kindergarten OF “senior care” OF “aged care” OF “elderly care” OF “geriatric care” OF “nursing practice” OF “nursing home” OF “patient care” OF “care sector” OF “residential care” OF “assisted living facility” OF “hospital care” OF hospital OF “ambulatory care” OF physician OF doctor OF “medical practitioner OF “care provider” OF “social work” OF “mental health profession” OF “mental health care” OF “welfare service” OF “welfare sector” OF “social profit sector” OF “non-profit” organization” OF “family care” OF “elderly assistance” OF “home care” OF “care for disability” OF “welfare work” OF “family support” OF “adoption center” OF “preventive healthcare” OF “preventive health care” OF “care board” OF “social service” OF “social service provider” OF “psychiatric care” OF “rehabilitation center” OF “palliative care”) [titel/abstract] (enforcement OF “regulatory enforcement” OF sanction* OF punish* OF compliance OF deterrence OF “administrative law enforcement” OF “administrative punishment” OF “disciplinary action” OF “punitive measure” OF regulat* OF supervis* OF governance OF non-compliance) [titel/abstract]
Handhaving	(enforcement OF “regulatory enforcement” OF sanction* OF punish* OF compliance OF deterrence OF “administrative law enforcement” OF “administrative punishment” OF “disciplinary action” OF “punitive measure” OF regulat* OF supervis* OF governance OF non-compliance) [titel/abstract]

Tabel 2 Trefwoorden voor component “thema” die elke zoekstring bevat

Component zoekstrings	**Combinatie trefwoorden**
Sanctionering en handhaving	(sanction OF penalt* OF penalizing OF “corrective action” OF “disciplinary action” OF punishment OR compliance OR adherence OR deterrence OF “responsive regulation” OF “smart regulation” OF “meta-regulation”)[titel/abstract]
Administratieve geldboete	(fine OF administrative fine OF “financial penalt*” OF “monetary fine” OF “monetary penalt*” OF “civil fine” OF “regulatory fine” OF “punitive fine”) [titel/abstract]
Opmerking/waarschuwing	(warning OF reprimand OF censure OF “compliance notice” OF “requirement notice” OF citation OF “disciplinary warning” OF “contravention letter”) [titel/abstract]
Verhoogd toezicht	(supervision OF overseeing OF oversight OF “intensive supervision” OF “increased supervision” OF “intensive overseeing” OF “increased overseeing” OF “intensive oversight” OF “increased oversight”) [titel/abstract]
Schorsing	(suspension OF “temporary closure” OF “temporary cessation”) [titel/abstract]
Opheffen van de vergunning of erkenning	(license OF “license revocation” OF “license withdrawal” OF “license sanction” OF closure OF “registration cancellation” OF deregistration) [titel/abstract]
Ondersteunende maatregelen	(advice OF instruction OF counseling OF guidance OF treatment OF recommendation OF education OF “improvement plan” OF training OF re-education OF re-training OF “professional development”) [titel/abstract]
Transparantie	(“naming and shaming” OF “public disclosure” OF pillory OF disclosure OF public reporting OF reputational sanction OF transparency)

Figuur 1 Stroomdiagram van de zoekstrategie



Tabel 3 Weerhouden literatuur doorheen de selectieprocedure

	Sanctionering en handhaving	**Administratieve geldboete**	**Opmerking of waarschuwing**	**Verhoogd toezicht**	**Schorsing**	**Opheffen van de V. of E.**	**Ondersteunende maatregelen**	**Transparantie**
Aantal artikels geïdentificeerd in databases	20.000+	5.747	873	1.952	3.036	1.884	2.207	2.704
Aantal artikels doorgenomen o.b.v. titel/abstract	3.756	1.419	494	518	689	587	1.052	487
Aantal artikels weerhouden o.b.v. titel/abstract	230	63	38	62	31	44	27	54
Aantal artikels toegevoegd d.m.v. sneeuwbalmethode	18	14	12	0	1	7	15	12
Aantal artikels weerhouden na doorlezen	41	21	15	12	2	19	25	21
Aantal artikels toegevoegd d.m.v. ongestructureerde zoektocht	1	3	0	0	0	1	2	2
Aantal artikels weerhouden na kritische lezing	22	10	10	6	1	7	13	11

Hoofdstuk 3
Resultaten

1 Een algemene blik op handhavingsmaatregelen

Voordat we ingaan op de effectiviteit van specifieke handhavingsinstrumenten, wordt de effectiviteit van dwingende maatregelen in hun geheel geëvalueerd. Naast de gevolgen die zij hebben op de kwaliteit van zorg die individuele zorgverleners en zorgvoorzieningen aanbieden, bespreken we ook de onbedoelde gevolgen die dit beleid met zich mee kan brengen.

1.1 Individuele zorgverleners

Een eerste groep waaraan in de literatuur omtrent handhavingsmaatregelen aandacht aan wordt besteed, zijn individuele zorgverleners. Het gaat hierbij vooral om dokters en verpleegkundigen, maar ook sociaal werkers komen aan bod.

1.1.1 De effectiviteit van sancties

Een veelgebruikt raamwerk om gedragsverandering bij individuen te verklaren is de *deterrence theory*. Deze theorie ziet het individu als een rationele actor die bij het maken van keuzes eventuele kosten en baten tegen elkaar afweegt om zo tot een optimaal besluit te komen over de manier van handelen. Het sanctioneren van ongewenst gedrag kan de kost van het begaan van een overtreding verhogen waardoor het individu, in dit geval de zorgverlener, geïmplementeerde regelgeving beter zal naleven (Kuo et al., 2017).

Drie studies (zie II, 1.3) trachten aan de hand van dit raamwerk te verklaren hoe beveiligingsinbreuken in elektronische medische dossiers (EMD) kunnen worden tegengegaan. Twee Taiwanese studies concluderen dat zowel formele als informele sancties kunnen bijdragen aan het tegengaan van dit ongewenste gedrag. Voor formele sancties, die opgenomen zijn in wetgeving en dus legaal bindend zijn, zouden vooral detectie- en sanctiezekerheid de naleving van regelgeving over EMD's bevorderen. Belangrijk hierbij is ook de bevinding dat de zwaarte van formele sancties niet bijdraagt aan de gerapporteerde motivatie om de EMD-richtlijnen na te leven. Daarnaast spelen ook morele overwegingen, de eerdergenoemde informele sancties, mee om het begaan van overtredingen tegen te gaan (Kuo et al., 2017; Kuo et al., 2019). Ook in Duitse ziekenhuizen stelt Foth (2016) vast dat zowel sanctie- als detectiezekerheid van belang zijn om naleving te bevorderen. Hij merkt daarbij echter op dat "*more potent than the severity of penalties for noncompliance are the implementation and acknowledgement of detection mechanisms*" (Foth, 2016, p. 103). Detectiezekerheid primeert volgens zijn onderzoek dus op de zwaarte van de sanctie die men ontvangt. Alle drie de studies maken gebruik van een survey die werd afgenomen bij zorgprofessionals. Hun bevindingen zijn dus gebaseerd op zelf-rapportering van de participanten, waarbij zij aangeven hoe ze zouden handelen in fictieve situaties. Dit onderzoeksdesign, samen met de kleine en niet-representatieve steekproeven beperken de veralgemeenbaarheid van de resultaten.

Een vierde en laatste kwalitatieve studie die de handhaving van individuen behandelt, is uitgevoerd door Weske et al. (2019). Zij onderscheiden twee manieren om aan handhaving te doen en zetten een meer

overtuigende aanpak van dialoog en suggestie af tegenover een dwingende aanpak die gebruik maakt van controle en sanctionering. Hun bevinding, die opnieuw berust op een survey die werd afgenomen bij Nederlandse dokters, legt de nadruk op het belang van intrinsieke motivatie om tot een betere naleving van kwaliteitsregelgeving te komen. Doordat individuen eenzelfde systeem van regels verschillend interpreteren - de ene arts ziet deze als dwingend terwijl een andere eerder een overtuigende aanpak herkent -, is deze intrinsieke motivatie niet bij elke zorgverlener even sterk. De onderzoekers raden daarom aan om bij het vormgeven van standaarden en regelgeving die gehandhaafd zullen worden, zorgverleners te betrekken.

In de literatuur over het inzetten van dwingende maatregelen bij individuen, werden slechts twee kwantitatieve studies teruggevonden wat betreft de effectiviteit van deze maatregelen. Beide zijn uitgevoerd in de Verenigde Staten. Rogers (2022) ging aan de hand van data die ze bekwam bij de Virginia Board of Medicine (VBOM) na hoe recidive bij dokters het best kon worden tegengegaan. De conclusie is dat de minst zware maatregel (bestaande uit het ontvangen van een opmerking) het best werkt om een herhaaldelijke overtreding tegen te gaan. Ook andere eerder lichte dwingende maatregelen zoals een waarschuwing of een boete blijken doeltreffende handhavingsmaatregelen te zijn om recidive tegen te gaan. Haar bevinding dat slechts een kleine groep medici recidiveert na een eerste overtreding, wijst erop dat betrapt worden voor het merendeel van de dokters al afschrikwekkend genoeg was. De zwaarte van de maatregel die men oplegt, is hiervoor niet van belang. Individuen die wel herhaaldelijk fouten maken zouden minder vatbaar zijn voor maatregelen in het algemeen, ongeacht of deze licht of zwaar zijn. Rogers (2022) benadrukt daarom dat "*resources could be focused on those habitual offenders who aren't responsive to severe sanctions and who need alternative types of sanctioning"* (Rogers, 2022, p. 81). Daarnaast vond deze studie ook terug dat het gebruiken van *Sanctioning Reference Points* recidive nog beter bestrijdt. Dit houdt in dat men soortgelijke overtredingen steeds een soortgelijke maatregel tot gevolg hebben opdat de gepercipieerde gerechtigheid bij de overtreder hoger zou zijn.

Een tweede kwantitatieve studie dateert van 1999 en gaat net als bij Rogers (2022) de effectiviteit van disciplinaire maatregelen na aan de hand van het aantal herhaaldelijke fouten die zorgverleners stellen. In dit onderzoek zijn verpleegkundigen bestudeerd. Net zoals bij Rogers (2022) constateren de auteurs dat slechts een klein aantal zorgverleners recidiveert. Ze zien ook dat het hoogste aantal recidivisten terug te vinden is in de groep verpleegkundigen met een drank- dan wel drugsproblematiek. Ook deze studie stelt daarom dat andere methoden dan het opleggen van dwingende maatregelen nodig zijn om deze groep zorgverleners weer op het rechte pad te krijgen (Chappell, 1999).

Dat slechts een kleine groep zorgverleners voor een groot aantal klachten en overtredingen zorgt, wordt ook bevestigd in enkele descriptieve studies die verzameld werden in drie literatuur reviews. Hoewel deze studies dieper trachten in te gaan op de uitkomsten die disciplinaire maatregelen bij zorgverleners met zich meebrengen, stoot elk van de drie reviews op een leemte in de literatuur. Studies die zich richten op het thema handhaving blijken bijna altijd kwalitatief te zijn en uit de Verenigde Staten. Bovendien is de doelgroep het vaakst zorgverleners die actief zijn in de geneeskunde. Ze beperken zich tot descriptieve bevindingen over de aanleiding die tot een opgelegde maatregel leidt of over de kenmerken van gedisciplineerde zorgverleners (Foong-Reichert et al., 2021; Leslie et al., 2023). Ook Browne et al. (2021, p. 8) signaleren een leemte in de literatuur, ze beschrijven deze als volgt: "*there is a significant mismatch between (a) what the regulator's websites and annual reports had indicated were important research priorities and (b) what researches were actually publishing"*. Toekomstig onderzoek

zou volgens hen systematisch moeten nagaan of een regulerend systeem zijn doelstellingen van hogere kwaliteit en patiëntveiligheid kan waarmaken.

1.1.2 Onbedoelde gevolgen van dwingende maatregelen

Binnen de *deterrence theory* wordt een onderscheid gemaakt tussen twee doelgroepen die afgeschrikt kunnen worden door de dreiging van dwingende maatregelen. Allereerst is er de eerder besproken specifieke *deterrence* die enkel doelt op de afschrikking van het gedisciplineerde individu. Daarnaast spreekt men ook van *algemene deterrence* waarbij ook de groep waartoe het gedisciplindeerde individu behoort, ontmoedigd wordt om zich niet-normconform te gedragen. Een positief algemeen effect zorgt er zo voor dat de bestraffing van slechts enkele normovertreders toch een hele groep tot het naleven van regelgeving kan brengen. Er is echter ook literatuur over de negatieve algemene effecten die uit de bestraffing van individuen kunnen voortvloeien. Dit fenomeen wordt samengenomen onder de noemer defensieve geneeskunde, een term die verwijst naar: *"when doctors order tests, procedures, or visits, or avoid high risk patients or procedures, primarily (but not necessarily solely) to reduce their exposure to malpractice liability"*. (United States Congress 'office of Technology Assessment, 1994, geciteerd in Wong et al., 2020, p. 41)

Een eerste studie uit Singapore toont aan dat de intentie van dokters om een hydrocortisone- en lidocaïne-injectie toe te dienen, daalt wanneer zij te horen krijgen dat een collega-dokter door een fout bij het uitvoeren van deze procedure een hoge boete moest betalen. Daarnaast geven zij ook aan een hogere compensatie te willen om deze injectie toe te dienen (Wong et al., 2020). Een andere studie, deze keer uit Zuid-Korea, deed een soortgelijke bevraging bij artsen. De aanleiding van het onderzoek was het nieuws dat drie dokters strafrechtelijk vervolgd werden omwille van een medische fout. De bevraagde respondenten stipten de nood aan om dit soort zaken niet strafrechtelijk maar aan de hand van administratieve maatregelen, in een vooraf vastgelegd wettelijk kader, te beslechten. Indien een maatregel onevenredig zwaar is, zou dit namelijk leiden tot overbehandeling met relatief simpele procedures enerzijds en het vermijden van (soms nodige) meer risicovolle en meer complexe ingrepen anderzijds. Defensieve geneeskunde, voortkomend uit de te strakke regulering van zorgprofessionals zou zo niet alleen leiden tot minder kwaliteitsvolle zorg maar ook de kost van de gezondheidszorg verhogen (Lee, 2019). Deze laatste bevinding wordt echter weerlegd door kwantitatief onderzoek van Barkowski (2017, p. 1095) die concludeert: "*the conventional wisdom in the medical field, that fear of liability is an important driver of rising health care spending, certainly appears to be wrong*". Hoewel de gevonden effecten zeer klein zijn, laat deze studie toch zien dat de twee eerder besproken mechanismen van overbehandeling en het vermijden van te complexe zorgen de totale zorgkosten niet doen stijgen. Welk van beide mechanismen harder doorweegt en of ze elkaar al dan niet opheffen, hangt wellicht ook af van het lokale gezondheidszorg- en terugbetalingssysteem.

Het laatste type literatuur over eventuele neveneffecten van het disciplineren van individuen betreft drie studies die zich baseren op interviews met bestrafte zorgverleners. Een eerste studie bij Amerikaanse sociaal werkers beschrijft de stress, schaamte en onzekerheid die vervolging door een disciplinerende instantie met zich meebrengt (Barsky & Spadola, 2023). Ook Gricus (2019) gaat dieper in op de ervaring van disciplinering bij sociaal werkers. Opnieuw wordt de persoonlijke, psychologische en beroepsmatige impact die het opleggen van dwingende maatregelen teweegbrengt, benadrukt in de interviews die bij de betrokken zorgverleners werden afgenomen. De derde studie gebeurde bij Nederlandse zorgprofessionals en voegt naast deze negatieve gevoelens ook toe dat niet enkel het gedisciplineerd worden maar ook het lange proces dat hieraan voorafgaat, bijdraagt aan de negatieve

ervaring van zorgprofessionals (Verhoef et al, 2015). In elk van deze studies pleiten de auteurs voor meer steun aan zorgverleners tijdens en na het disciplineringsproces en voor een minder bestraffende aanpak. De studies gaan evenwel enkel in op het perspectief van wie gedisciplineerd wordt. Dat is uiteraard belangrijk, maar het is maar een deel van het verhaal.

Over het algemeen blijft de wetenschappelijke evidentie voor de mate waarin deze neveneffecten effectief algemeen voorkomen beperkt. De weerhouden studies zijn opnieuw vooral kwalitatief van aard en baseren zich enkel op de intentie tot handelen die individuele zorgverleners rapporteren. Deze komt niet noodzakelijk overeen met hun daadwerkelijk gedrag. Ze bieden echter wel een belangrijk perspectief om rekening mee te houden en een duidelijk argument om proportioneel te handhaven. Wat deze proportionaliteit dan juist zou moeten inhouden, kunnen we weliswaar niet afleiden uit deze literatuur.

1.2 Zorgvoorzieningen

Net als de literatuur omtrent het opleggen van dwingende maatregelen bij individuele zorgverleners schaars is, blijkt ook de wetenschappelijke evidentie voor het inzetten van handhavingsmaatregelen tegen zorgvoorzieningen haast onbestaande. We vonden twee literatuurstudies (zie II, 1.3) die ook een antwoord zochten op de vraag of handhavingsmaatregelen effectief zijn in het verbeteren van de kwaliteit van de aangeboden zorg. Beide besluiten dat de literatuur en het onderzoek over de handhavingsmaatregelen voor voorzieningen in de zorgsector nog in hun kinderschoenen staan (Brennan, 1998; Cunningham et al., 2020).

Ondanks deze schaarste vonden we toch enkele artikels die uitspraken doen over handhavingsmaatregelen op basis van een empirische studie. In het rapporteren van hun bevindingen plaatsten zij de veelheid aan maatregelen die tegenover een zorgvoorziening kunnen worden genomen in handhavingsmodellen die de verhouding tussen de regulator en de rechtsonderhorigen vastlegt. Op die manier gaan ze na welk model er al dan niet in slaagt om de kwaliteit van de aangeboden zorg te verbeteren.

Een eerste model dat in de praktijk geëvalueerd is, betreft de responsieve handhaving die stoelt op Braithwaites piramidale opdeling van straffen en belonen. De regelgever, en in de praktijk de inspectiedienst, moet bij het handhaven van wetgeving en regelgeving volgens dit model responsief handelen en rekening houden met de specifieke context van zorginstanties. Belangrijk is hierbij ook de getrapte opdeling van maatregelen om opeenvolgende overtredingen, doormiddel van het stok-achter-de-deur-principe, minder aantrekkelijk te maken (Lai, 2024). Een eerste studie door Ellis en Howe (2010) gaat aan de hand van een kwantitatieve analyse na in hoeverre het getrapte handhavingssysteem in de Australische ouderenzorg effectief blijkt in het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Het opleggen van dwingende maatregelen aan voorzieningen binnen de ouderenzorg blijkt een zeldzame gebeurtenis te zijn. Zwaardere maatregelen als boetes of het opheffen van vergunningen of erkenningen komen helemaal niet vaak voor. Dat dergelijke maatregelen volgens de wet mogelijk zijn als reactie op een overtreding zou wel nog steeds een afschrikkend effect kunnen hebben. Dit onderzoek stipt ook het belang aan om deze handelingen in te bedden in een bredere kwaliteitscultuur waarbij naast een dwingende manier van handhaven ook oog is voor een goed uitgewerkt systeem voor klachtenrapportering en voor het regelmatig voorzien van training en ondersteuning voor zorgpersoneel. Ook Tilbury (2007) benadrukt het belang daarvan in haar onderzoek over de kwaliteit

van ambulante zorg in Australië. Niet enkel normovertredingen maar ook structurele aspecten als een middelen- of kennistekort kunnen namelijk de kwaliteit van zorg negatief beïnvloeden.

Een studie van Lai (2024) die in Canada werd gevoerd, benadrukt eerder de praktische moeilijkheden die opduiken bij het toepassen van het model van responsieve handhaving. Dit model wordt gehanteerd in de regelgeving voor centra voor langdurige zorg in Ontario, maar de respondenten geven aan dat de interventies van de zorginspectiedienst weinig invloed hebben op de kwaliteit van zorg. Zij schrijven dit toe aan een tekort aan herhaaldelijke inspecties waardoor zwaardere handhavingsmaatregelen te weinig worden ingezet en de responsiviteit van het model verloren gaat. De autoriteit wordt volgens hen te weinig uitgeoefend waardoor het afschrikkend effect teniet wordt gedaan. Desondanks geloven de informanten en onderzoekers nog steeds in de positieve effecten die dit handhavingsmodel, mits het overkomen van praktische bezwaren, kan hebben voor de kwaliteit van zorg.

Een andere kijk op handhaving gaat uit van zelfregulering waarbij het controleren van de naleving van richtlijnen en wetgeving is weggelegd voor de zorgvoorzieningen zelf. De regelgever kan hierbij een rol spelen als metaregulator waarbij deze niet de kwaliteit van de aangeboden zorg monitort maar de kwaliteit van de zelfmonitoring nagaat. De Bree en Stoopendaal (2020) gaan de effectiviteit van dit model na aan de hand van een etnografisch onderzoek bij zes instellingen voor jongerenzorg. Ze vertrokken hiervoor bij het verschijnsel van *decoupling* dat slaat op hoe beleid in de praktijk anders kan worden geïmplementeerd dan origineel bedoeld. Ze stellen vast dat werkelijke uitkomsten van een beleid vaak verschillen van het vooropgestelde doel doordat voorzieningen onvoldoende begeleid worden bij het in de praktijk brengen van richtlijnen en wetgeving. De metapositie die inspecteurs of regelgevers in dit model innemen, zou via het rapporteren van tekortkomingen de zorgvoorziening tot reflectie dwingen en het zo mogelijk maken om tot een *recoupling* van beleid en praktijk te komen. Door af te stappen van een top-down aanpak in het handhaven van wetgeving in deze sector zouden voorzieningen hun intrinsieke motivatie om aan kwaliteitsverbetering te doen niet, of in mindere mate, verliezen. Naleving van wetten mag volgens hen namelijk niet het einddoel worden, maar moet een middel blijven om tot verbetering van de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid te komen. Deze alternatieve aanpak zou er dan toe kunnen leiden dat "*incidents may no longer be perceived as isolated events that fuel the call for public intervention and more regulation, but as opportunities for learning"* (De Bree & Stoopendaal, 2020, p. 617)

In een andere studie (zie II, 1.3) werd bij een panel van Nederlandse burgers gepolst welke manier van handhaven volgens hen het effectiefst zou zijn. Hoewel zij de verantwoordelijkheid voor patiëntenzorg vooral bij de zorgverleners en de zorgvoorzieningen leggen, steunt de meerderheid van het panel toch een model dat gebaseerd is op bevel en controle door een niet overmatig strenge, externe regulator. Het liefst zagen zij dit in de praktijk verwezenlijkt in de vorm van gradueel oplopende maatregelen zoals het model van de responsieve handhaving dit voorschrijft (Bouwman et al., 2015). Hoewel dit slechts een opinie van burgers is, laat deze studie zien dat er op zijn minst al een draagvlak bestaat voor deze manier van handhaven. Er is echter nog te weinig geweten over de daadwerkelijke effectiviteit ervan.

2 Geven van een opmerking of waarschuwing

Indien een regelgevende instantie een tekortkoming vaststelt, via een inspectie of in opvolging van een klacht, kan deze ervoor kiezen om de zorgverlener of de zorgvoorziening hierop te wijzen via een opmerking of waarschuwing. Dit heeft enerzijds tot doel om kennis te geven van het niet-normconforme gedrag en roept anderzijds op tot specifieke actie die ertoe leidt dat de wet- en regelgeving (opnieuw)

wordt nageleefd (WHO Regional Office for the Western Pacific, 2006). In de literatuur worden de termen opmerking en waarschuwing in verschillende betekenissen gebruikt. Dit rapport maakt een onderscheid tussen beide op basis van het al dan niet aanwezig zijn van een verwijzing naar verdere maatregelen indien de overtreding niet wordt rechtgezet. Indien wordt verwezen naar verdere maatregelen, gaat het om een waarschuwing. Zo niet, dan betreft het een opmerking. We bespreken eerst de gevonden literatuur die de effectiviteit van deze handhavingsmaatregel nagaat bij individuele zorgverleners en vervolgens die die over zorgvoorzieningen gaat.

2.1 Individuele zorgverleners

De papers over dit thema (zie II, 1.3) gaan allemaal dieper in op het overmatig voorschijven of toedienen van medicatie door zorgverleners. Een eerste onderzoek uit Maleisië gaat, door middel van een analyse van inspectierapporten, na welke disciplinaire maatregel het beste werkt om het onreglementair voorschrijven en verstrekken van medicatie bij apothekers en huisartsen tegen te gaan. Ting et al. (2017) kwamen tot de bevinding dat een waarschuwing per brief het effectiefst bleek om overtredingen tegen te gaan. Een mogelijke verklaring zagen zij in het feit dat veel zorgverleners de huidige richtlijnen niet goed kennen en een waarschuwingsbrief deze kennis kon opfrissen. Ze stellen daarom: "*there is a need for programs and refresher courses that emphasize on the rationale of each Acts and Regulations and the consequences of not complying*" (Ting et al., 2017, p. 443). Deze studie heeft wel een aantal beperkingen zoals een kleine en zeer gerichte steekproef en het ontbreken van een antwoord op de vraag welke maatregelen geschikt zijn voor zorgverleners die ondanks deze waarschuwingsbrief toch de wet blijven overtreden. Ze toont wel aan dat een lichte handhavingsmaatregel als een waarschuwing toch voldoende kan zijn om fouten omwille van onwetendheid rond wet- en regelgeving en de gevolgen die verbonden zijn aan een overtreding ervan, tegen te gaan.

In Nederland gingen Piening et al. (2012) na of ook opmerkingen een effectief middel zijn om gedragsverandering bij zorgverleners te bekomen. Ze deden dit door gerichte mededelingen te sturen naar artsen over medicatie die minder veilig blijkt te zijn dan eerst gedacht. Op korte termijn observeerden ze een daling in het aantal voorschriften voor 50 % van de medicatie die in de berichtgeving vermeld werd. Op langere termijn was deze daling er nog bij een derde van de vermelde medicatie. De onderzoekers bieden hiervoor als verklaring dat voor een deel van de medicatie geen alternatief bestaat waardoor, ondanks de mededeling, het blijven gebruiken van de onveilige medicatie de enige optie is. Hoewel de opmerking die de zorgverleners krijgen niet meer dan een suggestie is en er verder geen juridisch bindende gevolgen voor het negeren ervan zijn, toont het onderzoek dat er wel degelijk effect is op korte en zelfs op langere termijn. Daarnaast toont dit voorbeeld dat de niet-naleving van richtlijnen niet enkel voortkomt uit slechte wil of een kennisgebrek bij de zorgverlener. Ook achterliggen motieven, zoals in dit geval het ontbreken van geschikte alternatieven, kunnen een rol spelen in de beslissing die artsen maken bij het voorschrijven van medicatie.

Ook in de Verenigde Staten is onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van opmerkingen. In een onderzoek van Sacarny et al. (2016) werd nagegaan of een puur informatieve brief naar artsen die bovengemiddeld veel medicatie voorschrijven, effect had. Dit bleek niet het geval te zijn. In een latere studie testten Sacarny et al. (2018) dit opnieuw, maar deze keer vermeldden ze in de brief dat collega's van de arts in kwestie veel minder medicatie voorschreven. Dit keer leek de brief wel een effect te hebben op het voorschrijfgedrag van de zorgverleners. Als kanttekening gaven zij wel mee dat de toon in de brief strenger was en er ook werd gezegd dat een verdere evaluatie van de arts zou kunnen volgen

indien deze de boodschap in de brief negeerde. De brief leunde zo eerder aan tegen een waarschuwing en het dreigende element dat verdere stappen ondernomen kunnen worden zou hier de doorslag kunnen hebben gegeven. Deze studie toont tevens dat de berichtgeving zijn doel enkel bereikt indien het gestelde gedrag als fout of afwijkend van een bepaalde norm bestempeld wordt.

2.2 Zorgvoorzieningen

Wetenschappelijke literatuur over de effectiviteit van waarschuwingen of opmerkingen ter bevordering van de kwaliteit van zorg in zorgvoorzieningen blijkt schaars te zijn. Een eerste literatuurstudie van Dunbar et al. (2023) naar determinanten die de naleving van wet- en regelgeving in deze sector verhogen, concludeert dat de huidige literatuur zich beperkt tot enkele Amerikaanse studies voornamelijk in woonzorgcentra. Veel van deze literatuur is eerder descriptief en vertelt daarom weinig over de effectiviteit van dwingende maatregelen, in dit geval opmerkingen of waarschuwingen, om de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid te verhogen. In een andere literatuurstudie komen ook Mukamel et al. (2014) tot deze conclusie. Zij benadrukken daarnaast de tegenstrijdige bevindingen omtrent het effect dat strengere regelgeving heeft op de kwaliteit van de aangeboden zorg. Niet alle studies vinden namelijk een positief effect van striktere regulering op het algemene kwaliteitsniveau terug en de impact ervan zou ook verschillen voor uiteenlopende kwaliteitsdimensies. In deze teksten wordt met de term *deficiency citation* verwezen naar waarschuwingen/opmerkingen die zorgvoorzieningen ontvingen. Als voorzieningen, in dit geval voornamelijk woonzorgcentra, het nalaten om deze tekortkomingen op te lossen, is het mogelijk dat zij hiervoor een sanctie (meestal een boete) ontvangen. Aangezien verder niet wordt ingegaan op het al dan expliciet vermelden van deze straf in de communicatie omtrent de tekortkoming, beschouwen we dit als een waarschuwing. Deze studies zijn kwantitatief van aard, gebaseerd op data die verzameld werden in de Online Survey Certification and Reporting System (OSCAR). Deze database is namelijk de enige uniforme bron voor informatie omtrent waarschuwingen voor woonzorgcentra in de Verenigde Staten.

In een eerste studie komen Bowblis et al. (2012) tot de conclusie dat woonzorgcentra niet enkel responsief zijn voor waarschuwingen die zij zelf ontvangen, maar ook voor tekortkomingen aan het adres van andere woonzorgcentra in hun buurt. Dit doet vooral terugdenken aan de algemene *deterrence* waarbij het bestraffen van een deel van een groep toch de hele groep kan afschrikken van het stellen van niet-conform gedrag. Aansluitend stippen Bowblis et al. (2012) ook het *multitasking incentive*-probleem aan dat over de grenzen van dit handhavingsinstrument gaat. Indien woonzorgcentra waarschuwingen ontvingen over verschillende domeinen, kan dit kwaliteitsverbetering in de weg staan doordat zij hun beperkte middelen moeten spreiden over al die domeinen. De onderzoekers adviseren daarom aan regelgevende instanties om waarschuwingen zo gericht mogelijk in te zetten opdat het instrument zijn effect niet mist.

In een volgende studie van Bowblis en Lucas (2012) werden deze eerste conclusies verder aangevuld. Zo komen de onderzoekers erachter dat - ondanks het feit dat waarschuwingen voor andere voorzieningen van belang zijn voor kwaliteitsverbetering - de domeinen vervat in de waarschuwingen voor de eigen voorziening meer aandacht kregen. Daarnaast concludeert dit onderzoek ook dat de domeinen die niet belicht worden in de waarschuwing(en), net een kwaliteitsvermindering kennen omdat de schaarse middelen vooral aan de domeinen waarvoor is gewaarschuwd, worden besteed. Deze aanvulling op het multitasking incentive-probleem legt zo de moeilijke evenwichtsoefening bloot

waarbij, zoals Bowblis en Lucas (2012, p. 70) stellen, "*regulators need to weigh the positive effect of targeting specific areas of quality versus the negative impact of issuing a high number of deficiencies*".

De conclusies uit de twee voorgaande onderzoeken worden tegengesproken door Klopfenstein et al. (2011) en Sharma (2022). Klopfenstein et al. (2011) vinden geen bevestiging van de stelling dat strikte handhaving, en dus een hoger aantal waarschuwingen en bijbehorende boetes, ertoe leidt dat regelgeving beter wordt nageleefd. De onderzoekers geven zelf wel aan dat ze niet zeker zijn of de uitkomstvariabelen die zij hanteren, betrouwbaar genoeg zijn om een definitieve uitspraak te kunnen doen. Ook zou hun steekproef te klein kunnen zijn om significante relaties vast te stellen. Ook Sharma (2022) concludeert dat de huidige manier van waarschuwen niet effectief is om tot een betere naleving van regelgeving te komen. Zijn onderzoek werd gevoerd in centra voor begeleid wonen in Florida waar hij opmerkte dat veel voorzieningen bij verschillende inspecties doorheen de tijd een waarschuwing ontvingen voor dezelfde tekortkomingen. Hij concludeert dat: "*Citing ALFs for deficiencies may not be enough to improve quality"* (Sharma, 2022, p. 156). Een verklaring hiervoor, zoekt hij in het feit dat de boetes die vasthangen aan het negeren van een waarschuwing te laag zijn, waardoor het voor veel voorzieningen goedkoper is om te betalen dan om te investeren in structurele veranderingen. Ook de inhoud van een waarschuwing kan dus van belang zijn voor de effectiviteit ervan. Naast het optrekken van deze boetes, geeft Sharma (2022) als advies aan regulerende instanties mee om naast het opleggen van dwingende maatregelen ook na te gaan of deze centra wel over de middelen beschikken om een tekortkoming op te lossen.

Hoewel de huidige en zeer beperkte literatuur geen eenduidig antwoord kan bieden op de effectiviteit van waarschuwingen om tot een betere naleving van wet- en regelgeving te komen, biedt ze wel handvatten om regelgeving te evalueren. Daarbij moeten we wel benadrukken dat deze onderzoeken allemaal werden uitgevoerd in de Verenigde Staten, waar het zorglandschap sterk verschilt van dat in Vlaanderen. Aangezien veel zorgvoorzieningen er met een winstoogmerk opereren, is de kans dat zij zich als een rationele kosten-baten-actor gedragen groter dan in een zorgcontext waar veel voorzieningen publiek of privaat not-for-profit zijn. Ook hierover is het onderzoek nog zeer beperkt.

3 De administratieve geldboete

Een tweede instrument waar dieper op wordt ingegaan, is de administratieve geldboete. De geldboete is een veelgebruikt instrument dat in verschillende domeinen van de samenleving wordt gehanteerd. Zoals voorgeschreven in het raamwerk van de *deterrence* theorie, gaat deze techniek uit van de rechtshorige als rationele actor. Door een geldboete te koppelen aan het stellen van niet-normconform gedrag tracht dit instrument de kost voor het plegen van overtredingen te verhogen. Opnieuw werd zowel literatuur teruggevonden die de effectiviteit van dit instrument naging bij individuen als bij zorgvoorzieningen. Er wordt eerst dieper ingegaan op individuele zorgverleners.

3.1 Individuele zorgverleners

In Duitsland gingen Groß et al. (2021) aan de hand van een experiment na of door het implementeren van detectiemechanismen en boetes, fraude kon worden tegengegaan bij het ingeven van het geboortegewicht van pasgeboren baby's. Men bestempelt dit fenomeen met de term *upcoding*. Een hoger geboortegewicht rapporteren dan werkelijk vastgesteld, leidt namelijk tot een hogere terugbetaling voor de verleende zorg. Zij kwamen tot de conclusie dat audits, en dus het verhogen van

de kans op detectie, niet voldoende zijn om de eerlijke rapportering van dit gewicht door dokters te bevorderen. Daarvoor moeten deze audits gepaard gaan met een boete. Ook een literatuurstudie uitgevoerd door Yoshikawa et al. (2021) stelde vast dat boetes effectief zijn om ongewenst gedrag bij individuele zorgverleners te ontmoedigen. Concreet rapporteren zij over twee Chinese onderzoeken die aantonen dat een geldboete de meest effectieve financiële strategie is om het overbodig voorschrijven van antibiotica door artsen tegen te gaan. Zij waarschuwen wel voor de beperkte veralgemening van deze resultaten en raden voor toekomstig onderzoek aan om na te gaan in hoeverre externe factoren (zoals deze financiële sancties) knagen aan de intrinsieke motivatie van zorgverleners om kwaliteitsvolle zorg te verlenen.

Naast literatuur die de effectiviteit van een geldboete nagaat, vonden we ook twee onderzoeken (zie II, 1.3) die het perspectief van de zorgverlener in kaart brengen. Een eerste onderzoek van Liao et al. (2018) ging via een online survey na wat Amerikaanse artsen vinden van het gebruik van de geldboete om het bieden van slechte zorg tegen te gaan. In het algemeen was het enthousiasme voor dit type van beleid laag, maar specifiek blijkt het kaderen van slechte zorg als maatschappelijke schade het best te werken. Bij deze framing was de steun voor dit beleid het hoogst. Ook McClung et al. (2017) brengen het perspectief van zorgpersoneel in kaart, door sleutelinformanten uit een Amerikaans universitair ziekenhuis te interviewen. Ze bevroegen de motivatie om richtlijnen ter bevordering van infectiepreventie te volgen. Externe factoren die grenzen trachten te stellen aan slechte zorg, zoals financiële maatregelen dat doen, zouden volgens hen weinig uithalen. De meeste zorgverleners gaven namelijk aan reeds intrinsiek gemotiveerd te zijn om deze richtlijnen te volgen aangezien deze de patiëntveiligheid verhogen. In hun besluit onderstrepen zij het belang van ondersteuning en training voor het zorgpersoneel door te stellen dat: "*institutional bundles and policies are important but need to be supplemented with transparency in data, feedback, and adequate training of health care workers"* (McClung et al., 2017, p. 7).

Een belangrijke kanttekening bij deze conclusies is dat beide studies enkel het perspectief van de zorgverleners, die mogelijk gesanctioneerd werden, in kaart brengen en dus geen uitspraken over daadwerkelijke effectiviteit kunnen doen. Ze worden omwille van hun kleine en specifieke steekproeven ook best als louter exploratief geïnterpreteerd.

3.2 Zorgvoorzieningen

Ondanks het relatief grote aantal studies over de effectiviteit van een geldboete bij zorgvoorzieningen, bestaat er ook over dit thema nog een aanzienlijke kennisleemte. De literatuur bestaat namelijk uitsluitend uit Noord-Amerikaanse studies die uitgevoerd werden in ziekenhuizen. Financiële straffen worden daarbij vooral uitgedeeld in de vorm van *reimbursement penalties* waarbij een deel van de *medicare*- & *medicaid*-vergoedingen worden ingehouden indien een ziekenhuis niet aan bepaalde voorwaarden voldoet. Geldboetes kunnen op die manier zeer gericht ingezet worden, maar kunnen er tegelijk voor zorgen dat ziekenhuizen hun middelen enkel focussen op deze indicatoren waardoor de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid er amper of niet op vooruit gaat (Deore et al., 2023). Doordat het zorglandschap van Amerika sterk verschilt van de Vlaamse situatie, vooral in de manier waarop de financiering van faciliteiten geregeld is, zijn onderstaande conclusies moeilijk te vertalen naar onze zorgcontext. Ze geven echter wel een inkijk in het effect dat financiële maatregelen op zorginstanties kunnen hebben, wat dan weer inspiratie kan bieden voor een verdere evaluatie van dit handhavingsinstrument.

Een eerste interventie die in Amerikaanse ziekenhuizen onderzocht werd is de *Hospital Readmissions Reduction Program* (HRRP) dat een financiële straf oplegt indien een patiënt met een hartaanval, hartstilstand of longontsteking binnen 30 dagen na ontslag opnieuw wordt opgenomen. Deore et al. (2023) gingen via een kwantitatieve analyse van patiëntengegevens na of deze HRRP positieve zorguitkomsten teweeg kon brengen. Ze komen tot de conclusie dat de continuïteit van zorg verbeterde voor de drie aandoeningen die werden opgenomen in de HRRP, waardoor de kans op een heropname daalde. Daarbovenop verbeterde deze continuïteit ook voor soortgelijke aandoeningen, wat aantoont dat ziekenhuizen niet enkel focussen op delen van zorg die gereguleerd worden, maar dat er ook sprake is van een spillover-effect.

Een tweede strategische interventie is de *Hospital Acquired Condition Reduction Program* (HACRP). Deze tracht door middel van een procentuele inhouding van *medicare*- & *medicaid*-vergoedingen bij de slechtst presterende ziekenhuizen, het oplopen van infecties en bijkomende aandoeningen tijdens het verblijf te reduceren. Wood et al. (2024) stellen in hun studie vast dat deze financiële straf voor minder ziekenhuisinfecties zorgt, maar maken hierbij ook de kanttekening dat het boetesysteem beter kan. Ze bevelen op basis van hun bevindingen aan om in plaats van ziekenhuizen tegen elkaar af te zetten, deze jaarlijks met hun eerdere score te vergelijken om zo te bepalen of een verhoging dan wel verlaging van de opgelegde boete gepast is. Ook Sankaran et al. (2019) bekritiseren de huidige aanpak die de HACRP hanteert. Anders dan bij de studie van Wood et al. (2024) vonden zij geen significant effect terug op de kwaliteit van zorg of het aantal ziekenhuisaandoeningen. Wel stellen ze vast dat boetes vooral worden gegeven aan grotere ziekenhuizen en aan ziekenhuizen die proportioneel meer kansarme patiënten verzorgen. Zij waarschuwen dat een vaste geldboete die geen rekening houdt met de grootte en/of de kwetsbaarheid van de patiëntenpopulatie in een ziekenhuis, wel eens meer kwaad dan goed zou kunnen doen. Om te voorkomen dat de HACRP zijn doel mist en kwaliteitsverbetering in de weg staat, stellen zij voor om de randvoorwaarden voor het ontvangen van een boete af te stemmen op de totale patiëntenpopulatie. Ten tweede stellen zij voor om een plafond aan de boete te stellen, gebaseerd op het aandeel kansarme patiënten waaraan zorg wordt verleend.

Om over voldoende informatie te beschikken om ziekenhuizen met elkaar te kunnen vergelijken, is een zekere mate van informatieverlening door deze voorzieningen zelf nodig. Om ervoor te zorgen dat Amerikaanse ziekenhuizen een aantal kwaliteitsindicatoren rapporteerden, werd daarom een financiële maatregel gekoppeld aan het niet bezorgen van deze informatie. Marier (2015) vond in haar onderzoek dat deze boete de rapportering van kwaliteitsindicatoren door ziekenhuizen verhoogde. Toen de boete na enkele jaren hoger werd, nam ze ook een stijging waar. Deze laatste stijging was echter minder beduidend dan de toename die volgde wanneer de boete net werd ingevoerd, ze stelt daarom dat: "*the presence of any penalty for non-reporting is more important than an increase in a penalty for non-reporting*" (Marier, 2015, p. 250). Ook Kong en Ji (2023) kwamen tot de conclusie dat financiële maatregelen de transparantie van Amerikaanse ziekenhuizen voor acute zorg verhoogden, en dan specifieker de naleving van de *CMS Price Transparency Rule*. Daarbovenop stelden zij, in tegenstelling met Marier (2015), vast dat wanneer de boete verhoogde en afgestemd werd op het beddenaantal van een faciliteit, dit de naleving van deze regel nog meer ten goede kwam. Een goede boete bestaat volgens hen daarom uit drie delen: ze moet hoog genoeg zijn, een eventuele overtreding moet makkelijk detecteerbaar zijn en de handhaving ervan moet geloofwaardig zijn, wat betekent dat de maatregel dus daadwerkelijk moet worden opgelegd en uitgevoerd. Deze laatste twee voorwaarden doen terugdenken aan de eerdere conclusies die Kuo et al. (2017, 2019) en Foth (2016) trokken over het belang van sanctie- en detectiezekerheid om dwingende maatregelen het meest te laten lonen.

Een laatste paper (zie II, 1.3) betreft een overzicht van de literatuur omtrent pay-4-performance (P4P) bij ziekenhuizen in de Verenigde Staten Hierbij worden de betalingen die een zorginstantie ontvangt, gekoppeld aan uitkomsten op basis van de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. Kim et al. (2020) uiten daarbij de bezorgdheid dat beboete ziekenhuizen net slechter af zouden zijn doordat dit hun middelen om veranderingen aan te brengen verder beperkt. Ze kwamen echter tot de conclusie dat een systeem dat enkel werkt met straffen beter werkt dan een systeem waarin ook beloningen worden uitgereikt. Als mogelijke verklaring werpen zij op dat voorzieningen sterker reageren op een mogelijk verlies (omwille van een straf) dan op een potentiële winst (door een beloning). De literatuur over dit thema is echter nog te schaars om eenduidige conclusies te trekken. Zo bleken vooral de uitkomstvariabelen in de verschillende papers te hard te verschillen om betrouwbare vergelijkingen toe te laten.

4 Verhoogd toezicht

Een vierde handhavingsinstrument betreft het verhoogde toezicht waaronder zorgvoorzieningen geplaatst kunnen worden. Het verhoogde toezicht laat zorginspecties toe om faciliteiten met ernstige of aanhoudende klachten op korte voet te volgen opdat verbeteringen kunnen worden afgedwongen (Departement Zorg, z.d.). Een verwant concept is het risico-gebaseerd toezicht dat niet verwijst naar toezicht als dwingende maatregel maar eerder een benadering is om op een meer efficiënte manier aan regulering van deze sector te doen. Eerst schetsen we de voor- en nadelen van deze aanpak.

4.1 Risico-gebaseerd toezicht

Een mogelijk antwoord op de vraag hoe toezicht efficiënter georganiseerd kan worden, is de aanpak van het risico-gebaseerd toezicht. Dit concept duidt op een veelvoorkomende inspectievorm waarbij de focus van de regulator gericht wordt op processen of faciliteiten die het meeste risico inhouden (de Bruijn & ten Heuvelhof, 2019). Risico vormt zo het belangrijkste uitgangspunt om te bepalen hoe de eerder beperkte middelen die voor inspectie ter beschikking staan zo doeltreffend mogelijk kunnen worden ingezet. In plaats van enkel reactief te handelen en dus maatregelen te treffen nadat een overtreding of wangedrag zich stelt, is bij het risico-gebaseerd toezicht sprake van een proactieve aanpak die in de eerste plaats zoveel mogelijk schade tracht te voorkomen, maar zeker ook de mogelijkheid biedt om tijdig in te grijpen indien nodig (Mahmood, 2008).

Deze aanpak kent echter een aantal limieten. Zo vereist de correcte inschatting van de meest risicovolle actoren binnen een sector heel duidelijke aannames over wat risico's zijn. Lloyd-Bostock et al. (2008, p. 77) merken daarbij op: "*decisions about which risk factors to include and how to weight them are inherently moral and political and are riddled with difficulties*". Als voorbeeld geven ze de keuze aan die een regulator dient te maken over de impact die de publieke opinie heeft op dit proces; speelt deze sterk mee of legt men deze naast zich neer? Ook de nood aan kwaliteitsvolle, kwantitatieve informatie vormt een mogelijke limiet van deze aanpak aangezien dit een eenvoudige definitie van het probleem vereist. Klachten van patiënten en familieleden kunnen zo een goede bron van informatie vormen, maar zijn op zich niet voldoende om tot een representatief beeld van de sector te komen. Naast de moeilijkheid voor patiënten om slechte zorg of wanpraktijken tijdig te herkennen, is de drempel om hier melding van te maken ook hoog. Het risico-gebaseerd toezicht kan zo een vals gevoel van veiligheid en objectiviteit geven (Lloyd-Bostock et al., 2008). Op basis van de bestaande wetenschappelijke literatuur

is het ook niet duidelijk onder welke voorwaarden of in welke vorm deze aanpak tot gewenste uitkomsten leidt (van der Heijden, 2021).

4.2 De effectiviteit van het verhoogd toezicht

Ook wat betreft de effectiviteit van het verhoogde toezicht als handhavingsmaatregel is nog geen brede wetenschappelijke basis terug te vinden. De weinige studies (zie II, 1.3) focussen zich bovendien niet enkel op het intensieve toezicht als maatregel, maar ook op de mogelijkheden die het biedt om de inspectie zelf efficiënter te organiseren. Een eerste studie ging bijvoorbeeld in op het effect van een supervisieprogramma op de implementatie van een optimale diabetesbehandeling bij Nederlandse zorggroepen. Aan de hand van een randomized control trial (waarbij een deel van de zorgvoorzieningen de controlegroep vormt) gingen ze na of een intensiever toezicht, bestaande uit inspecties en schriftelijke feedback, voor meer kwaliteitsvolle zorg bij diabetespatiënten zorgt. Hoewel ze terugvonden dat de zorgstructuren doorheen de tijd verbeterden, konden ze geen significant verschil vinden tussen de interventie- en controlegroep. De onderzoekers benadrukken hierbij de limieten van hun onderzoeksdesign en het grote aantal voorzieningen dat weigerde om deel te nemen aan de studie om de zwakte van hun besluit aan te tonen. Bijkomend onderzoek, dat zich ook toespitst op langetermijneffecten, is nodig om daadwerkelijke conclusies over dit onderwerp te kunnen trekken (Oude Wesselink et al., 2015).

Ook Francetic et al. (2019) komen tot de conclusie dat toezicht alleen niet effectief blijkt om de kwaliteit van de aangeboden zorg te verbeteren. Aan de hand van een survey die ze afnamen bij Tanzaniaanse zorgvoorzieningen kwamen zij tot de conclusie dat de frequentie van toezicht en inspectie een minder belangrijke rol speelt dan de kwaliteit van feedback die voorzieningen hier achteraf over ontvangen. Toezicht zelf zorgt er namelijk voor dat zorgverleners zich gecontroleerd en veroordeeld voelen waardoor zij minder gemotiveerd zullen zijn om verbeteringen aan te brengen. Zij raden aan om dit toezicht aan te vullen met training en ondersteuning en stellen dat: "*the combination of supervision, training and community involvement in multifaceted quality improvement initiatives proved to be largely more effective than isolated policies*" (Francetic et al., 2019, p. 89)

Smith en Colletta (2019) formuleren diezelfde aanbeveling na een etnografisch onderzoek bij Amerikaanse jeugdzorgverleners. Ze interviewden zorgverleners die vervolgd werden door de New York Justice Center (JC), een instantie die op basis van klachten overgaat tot het intensief opvolgen van de beschuldigde. Uit deze interviews bleek dat de extra druk die het intensieve toezicht met zich meebracht, nefaste gevolgen had voor de aangeboden zorg. Uit angst om vervolgd te worden, vermeden zorgverleners handelingen waarvan ze wisten dat die de kans op een beschuldiging zouden kunnen verhogen. De zorgverleners gaven aan dat het goed is om op de vingers getikt te worden indien ze fouten maken, maar bestempelden de huidige procedure als te punitief. De onderzoekers concluderen daarom dat toezicht en het opleggen van dwingende maatregelen hand in hand moeten gaan met ondersteuning en training opdat de positieve effecten op de kwaliteit van de aangeboden zorg niet overschaduwd worden door onbedoelde negatieve effecten op de motivatie en gemoedstoestand van de gedisciplineerde zorgverleners.

Hoewel de drie studies tot nuttige aanbevelingen leiden omtrent de mogelijke effecten van toezicht op de kwaliteit van aangeboden zorg, is het belangrijk om mee te geven dat deze studies niet representatief zijn voor alle populaties en contexten. Verder onderzoek en evaluaties van beleid zijn nodig om na te gaan welke combinatie van strategieën tot de beste zorguitkomsten leidt.

5 Schorsing en het opheffen van de vergunning of erkenning

Twee strengere vormen van handhaving zijn het tijdelijk schorsen dan wel permanent opheffen van de vergunning of erkenning. Theoretisch gesproken (en bv. ook relevant voor de toepassing van de EU-Dienstenrichtlijn) is een vergunning een voorafgaande vereiste om een bepaalde activiteit te mogen uitoefenen. Een erkenning is nodig om bijvoorbeeld een bepaalde naam te mogen gebruiken of een subsidie te krijgen, maar als de organisatie of persoon die erkenning niet heeft, mag de betrokken activiteit wel nog worden uitgeoefend (maar dan niet met die naam en zonder subsidie bv.). In die zin zou bij het opheffen van de vergunning een zorgactor helemaal geen zorg meer mogen aanbieden, terwijl dat in theorie bij het opheffen van een erkenning wel nog mogelijk zou zijn. In de praktijk is het evenwel weinig waarschijnlijk dat een opheffing van een erkenning niet hetzelfde effect zou hebben (aangezien alle subsidies zouden wegvallen). Daarnaast is in de huidige Vlaamse regelingen van de diverse sectoren niet overal het aangegeven onderscheid tussen vergunning en erkenning gebruikt, en kunnen soms opheffingen van erkenningen ook leiden tot een verplichte sluiting (bv. bij de woonzorgcentra).

Er is bijzonder weinig literatuur over tijdelijke schorsingen. Over het volledig opheffen van de vergunning of erkenning is iets meer te vinden. Een eerste thema betreft de manier waarop deze sanctie in de praktijk wordt ingezet; een tweede thema gaat over de gevolgen die dit teweegbrengt bij patiënten en bewoners van een gesanctioneerde organisatie.

5.1 Een laatste redmiddel

Dat de opheffing van de vergunning een zware, misschien zelfs de zwaarste, niet-strafrechtelijke maatregel is die aan zorgverleners en zorgvoorzieningen kan worden opgelegd, kwam al eerder in dit rapport aan bod. Het wordt bevestigd door drie studies die hier meer specifiek op ingaan (zie II, 1.3).

Een eerste onderzoek uit Scandinavië noemt dit instrument een "*final measure*" (Pålsson et al., 2024, p. 5). In de eerder besproken theorie over responsieve regulatie is dat het topje van de handhavings-piramide. Op basis van een data-analyse over het aantal tijdelijke en permanente schorsingen van kinderzorgvoorzieningen concluderen Pålsson et al. (2024) dat deze zware sanctie niet vaak wordt ingezet. Dit lage aantal kan positief of negatief geïnterpreteerd worden en ofwel wijzen op de effectiviteit van mildere sancties om tot betere naleving van regelgeving te komen, ofwel net wijzen op een zekere laksheid van de handhavende instantie. Op basis van deze data kunnen de onderzoekers niet concluderen welke verklaring het best overeenkomt met de realiteit. Wel vinden ze terug dat voorzieningen die hun erkenning verliezen, een verleden hebben met veel tekortkomingen en dus ook interacties met de inspectiedienst.

Ook onderzoek van Cardarelli en Licciardone (2006) gaat aan de hand van een analyse van disciplinaire acties na welke factoren de kans op een opheffing van de vergunning, hier bij individuele artsen, verhogen. Net als het geval was bij de kinderzorgvoorzieningen, vinden ze terug dat wanneer in het verleden reeds twee of meer disciplinaire maatregelen tegen een arts werden genomen, dit de kans op een opheffing van diens vergunning, en daarmee dus verwijderen uit de zorgpraktijk, doet stijgen. Dit handhavingsinstrument wordt met andere woorden vooral ingezet tegen artsen die in eerste instantie niet responsief blijken te zijn voor mildere maatregelen. Over de aard van het wangedrag en de rol die deze speelt bij het treffen van maatregelen wijdt dit onderzoek niet verder uit. De onderzoekers beschikten hiervoor namelijk niet over de details van de overtredingen die gesteld werden.

Het onderzoek van Elkin et al. (2012) vormt daarom een mooie aanvulling. Zij gingen namelijk na welke types van wangedrag ertoe leiden dat dokters in zowel Nieuw-Zeeland als Australië uit de praktijk verwijderd werden. Naast het permanent opheffen van de vergunning namen zij ook schorsingen, die tijdelijk van aard zijn, mee in hun analyse. Het type wangedrag dat het vaakst bestraft werd met een schorsing of opheffing van de vergunning, is het aangaan van een seksuele relatie met een patiënt. De disciplinerende commissie gaat er namelijk van uit dat in deze hiërarchische relatie geen toestemming mogelijk is. Het element van moedwillig handelen, waarbij de arts aangeeft zich bewust te zijn van de professionele grenzen die hij of zij met het stellen van dit gedrag overschreed, speelt ook een belangrijke rol om tot de permanente opheffing van een vergunning te komen. Dit komt voort uit de gedachte dat "*dysfunctional behaviours and clear signs of bad character may be perceived as relatively untreatable*" (Elkin et al., 2012, p. 1032). Bij medische fouten, die eveneens de patiëntveiligheid in het gedrang brengen, beslist de disciplinerende instantie vaker om terug te vallen op andere, mildere maatregelen die niet zozeer op boetedoening maar eerder op herstel van de ontwrichting gericht zijn, zoals het opleggen van verplichte opleidingen om een kennisgebrek op te vullen.

Aangezien de opheffing van een vergunning of erkenning vaak een laatste redmiddel is, dat bijna steeds de verwijdering van de zorgactor uit de sector of een voorziening tot gevolg heeft, is het moeilijk om de effectiviteit van dit instrument na te gaan. De drie onderzoeken kunnen dan ook geen uitspraak doen over de gevolgen die deze handhavingsmaatregel heeft. Wel tonen ze dat het inzetten van deze maatregel vooral moet leiden tot de bescherming van de huidige en toekomstige patiëntenpopulatie van zorgvoorzieningen en zorgverleners die wangedrag vertonen. Het doel van dit handhavings-instrument is dan ook niet langer om overtreders tot naleving van richtlijnen en wetgeving te dwingen maar wel om de patiëntveiligheid te garanderen en andere zorgverleners en zorgvoorzieningen af te schrikken om soortgelijke handelingen te stellen.

5.2 Impact op de bewoners

Een permanente opheffing van de vergunning of erkenning gaat vaak gepaard met een sluiting van de zorgvoorziening, waardoor de bewoners noodgedwongen op zoek moeten gaan naar een nieuwe voorziening. Vooral met betrekking tot woonzorgcentra beschrijft de literatuur de bezorgdheid dat bewoners een negatieve impact op hun gezondheidstoestand zullen ervaren omwille van de stress die deze verhuis met zich meebrengt. Men noemt dit *relocation stress*. Dit is vooral bij Amerikaanse en Engelse woonzorgcentra al onderzocht, zowel bij voorzieningen waarvan de sluiting gepland was, als bij voorzieningen die noodgedwongen hun activiteiten moesten stopzetten.

Een eerste studie door Glasby et al. (2019) bestudeerde aan de hand van een combinatie van interviews en kwantitatieve data het effect van een verhuis omwille van sluiting bij een Engels woonzorgcentrum. Ondanks de vaststelling dat veel bewoners zich machteloos en te weinig betrokken voelden bij het beslissingsproces, ondervonden zij dat één jaar na de verhuis de situatie van de meeste bewoners niet verslechterd was en in sommige gevallen zelfs licht verbeterd. Hoewel het maar om één voorziening ging en deze conclusie niet zomaar kan worden veralgemeend, biedt ze weerwoord tegen de dominante gedachte dat oudere bewoners enkel negatieve gezondheidseffecten ondervinden bij een verhuis.

Ook de scoping review van Iqbal et al. (2023) stelt dat studies die negatieve gezondheidseffecten rapporteren, vooral gebaseerd zijn op interviews die werden afgenomen bij familieleden en personeel. Zij zien hierin de mogelijkheid dat negatieve gevoelens rond de sluiting en de verhuis geprojecteerd worden op de gepercipieerde gezondheidstoestand en de ervaringen van de bewoner. Ook rapporteren

zij dat studies die enkel effecten op korte termijn nagaan, meer negatieve bevindingen rapporteren dan studies die na een langere tijd het effect van de verhuis evalueren. Hoewel een verhuis dus op korte termijn voor negatieve gevolgen kan zorgen, zou de toestand van bewoners na een aanpassingsperiode wel terug naar het niveau van voor de verhuis kunnen evolueren, hetgeen zij als een "*game of two halves"* benoemen (Iqbal et al., 2023, p. 17). De onderzoekers erkennen wel dat hun verklaringen speculatief zijn en de huidige evidentie in de literatuur nog ontoereikend is om sluitende antwoorden te bieden. Wel stippen ze het belang aan van duidelijke informatieverlening aan alle betrokken partijen opdat de noden van de kwetsbare bewoners correct in kaart kunnen worden gebracht. Dezelfde aanbeveling vinden we ook in een literatuurstudie die Douglass et al. (2024) uitvoerden over sluitingen van woonzorgcentra. Ook het opstellen en tijdig meedelen van een duidelijke planning zou kunnen bijdragen aan betere relocatie van bewoners. Net als Iqbal et al. (2023) concluderen ze dat "*when a relocation is managed well, some of the research does show that closure does not necessarily make things worse for many people and may actively improve the situation for some residents*" (Douglass et al., 2024, p. 485). De studie waarschuwt wel dat het vaak om kleine steekproeven gaat. Bovendien betreffen veel van de onderzoeken uit de literatuurstudie geplande sluitingen, waardoor er ook tijd is voor voorbereiding.

De twee laatste studies gaan in op noodgedwongen sluitingen die het gevolg zijn van het opheffen van een erkenning. Concreter gaat het om een verwijdering uit het *Medicare/medicaid*-programma waardoor ze hier geen tegemoetkomingen meer van ontvangen. Een eerste, ietwat oudere studie, door Wood (2002) gaat in tegen de dominante idee dat een relocatie altijd gepaard gaat met negatieve gevolgen. Net als bij de geplande verhuis zou ook hier na een aanpassingsperiode het welbevinden van de bewoners opnieuw naar het originele niveau kunnen evolueren. In de praktijk stelde Wood echter vast dat bij een noodgedwongen verhuis minder aandacht is voor de specifieke noden van de bewoners en hun familie en dat informatie vaak zeer laat wordt meegedeeld. Uit de studie kan niet worden afgeleid welke gevolgen dat heeft. Een latere studie van Weaver et al. (2022) gaat ook over noodgedwongen sluitingen. Daarin wordt de perceptie van bewoners (en familieleden) van twee woonzorgcentra uit de Verenigde Staten in kaart gebracht. De bewoners en hun families vertelden dat de voorzieningen hen niet voldoende hadden ondersteund en dat hun autonomie en welzijn hieronder hebben geleden. De onderzoekers stellen – wellicht terecht – in vraag of "*once regulators determine that services a facility provides are inadequate and are thus found non-compliant, it is critical to consider whether that facility has the capacity to enact a plan that protects residents' health, safety, and wellbeing"* (Weaver et al., 2022, p. 94).

6 Ondersteunende maatregelen

Tegenover het raamwerk van de *deterrence theory*, die naleving van regelgeving tracht af te dwingen door sancties en het afschrikken van potentiële overtreders, staat een collaboratieve en ondersteunende aanpak om naleving te bekomen. Weske et al. (2018) noemen dit een *catalytic approach* ofwel een stimulerende aanpak. Deze benadering gaat ervan uit dat actoren intrinsiek gemotiveerd zijn om het goede te doen en de regels te volgen, maar hier niet in slagen door een gebrek aan kennis of middelen. In plaats van deze actoren met behulp van sancties te dwingen om regelgeving te volgen, stelt deze aanpak ondersteunende maatregelen voor om de naleving van normen te verhogen. Deze maatregelen richten zich enerzijds op het verhogen van samenwerking tussen de

regulator en zorgactoren door in te zetten op dialoog en suggestie en anderzijds op het verhelpen van een kennisgebrek door in te zetten op opleiding en training.

6.1 Een collaboratieve aanpak

In hun casestudie bij een Nederlands academisch ziekenhuis komen Weske et al. (2018) tot de constatatie dat deze stimulerende aanpak, gebaseerd op dialoog en suggestie, het vaakst gehanteerd wordt door auditors die een inspectie uitvoeren. Voor afdelingshoofden die intrinsiek gemotiveerd zijn om de kwaliteit in het ziekenhuis te verhogen, blijkt deze aanpak ook te volstaan om, via een betere naleving van wet- en regelgeving, dit doel te bereiken. Voor afdelingshoofden die deze motivatie minder hebben, is deze aanpak echter ontoereikend. Bij hen moeten ook dwingende maatregelen ingezet worden. Hun casestudie, die vooral exploratief van aard is, laat zo zien dat de effectiviteit van een maatregel kan samenhangen met specifieke kenmerken van een persoon of een voorziening. De onderzoekers linken dit aan de theorie van de responsieve regulatie en de mogelijkheid om via oplopende maatregelen na te gaan welke manier van optreden het meest effectief is om het gewenste resultaat te bekomen. Kort samengevat besluiten zij: "*catalytic actions should be used when cooperation is encountered and coercive actions should be used when persistent opposition is encountered*" (Weske et al., 2018, p. 4). Ook een Ierse studie waarin de inspectieverslagen van opvanginitiatieven voor jonge kinderen zijn geanalyseerd, besluit dat in het merendeel van de gevallen een ondersteunende aanpak volstaat om tot een verbetering van de naleving van wetgeving te komen. In meer dan 80 % van de gevallen waar een tekortkoming werd vastgesteld, volstond een collaboratieve en stimulerende aanpak om aantoonbare verbeteringen te realiseren (Rouine et al., 2022).

Naast het potentieel om de naleving van wet- en regelgeving, en zo ook de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid, te verbeteren, beschrijft een Noorse focusgroepstudie ook een ander mogelijk voordeel die een stimulerende aanpak kan bieden. Het simpelweg opdringen van externe standaarden zonder in dialoog te gaan zou er namelijk toe kunnen leiden dat een voorziening slechts reglementair verplichte vakjes tracht aan te vinken zonder verder stil te staan bij haar dagelijkse zorgpraktijk. Een stimulerende aanpak, die zich richt op ondersteuning en dialoog, biedt de mogelijkheid om een forum voor discussie en reflectie te creëren waarbij over verschillende managementniveaus heen wordt nagedacht over het verbeteren van de aangeboden zorg. Ook hier is echter nog geen bewijs van de daadwerkelijke effectiviteit van deze aanpak (Husabo et al., 2020).

Ook Weenink et al. (2021) benadrukken de rol die een regulator kan spelen in het faciliteren van een interprofessionele discussie rond het verbeteren van de kwaliteit van de aangeboden diensten bij zorgvoorzieningen. In hun onderzoek bij Nederlandse zorginstellingen gaan ze na welke voor- en nadelen er verbonden zijn aan het openbaar maken van inspectieraamwerken die de criteria en standaarden bevatten die inspecteurs hanteren om na te gaan of een instelling voldoet aan de gestelde normen. Net als Weske et al. (2018) maken zij een onderscheid tussen professionals die handelen vanuit de intrinsieke motivatie om goed te doen dan wel zorgactoren die strategisch handelen en voor wie dwingende maatregelen dienen ingezet te worden. Deze laatste groep zou misbruik kunnen maken van de verleende informatie door aan *window dressing* te doen en enkel in te zetten op thema's die de inspectiedienst belangrijk acht. Een andere mogelijkheid die transparantie over standaarden biedt, is dat ze een leidraad kan vormen voor de discussie die zorgvoorzieningen intern voeren omtrent hun kwaliteitsbeleid. Weenink et al. (2021, p. 810) sluiten af met de aanbeveling om naast strikt dichotome verplichtingen ook open standaarden te hanteren: "*Strict dichotomous standards invite a more*

repressive use, while open standards invite dialogue and are focused more on learning and improvement".

6.2 Het belang van een *safety culture*

Hoewel het succesvol implementeren van externe standaarden en regulaties de patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg zeker ten goede komt, bestaat er altijd nog een zeker risico. In de praktijk zorgen ook medische fouten er namelijk voor dat de veiligheid van patiënten in gevaar wordt gebracht, al zeker wanneer deze niet tijdig opgemerkt of gerapporteerd worden. Aljabari en Kadhim (2021) gingen daarom aan de hand van een systematische literatuurstudie op zoek naar welke barrières bijdragen aan de onderrapportering van medische fouten. Ook hier is de literatuur beperkt, zowel in aantal als in representativiteit en veralgemeenbaarheid. De auteurs vonden wel verschillende papers die wijzen op de angst voor een mogelijk gevolg dat aan deze fout zou kunnen worden gegeven ten aanzien van de zorgverlener. Zij pleiten daarom voor een werkklimaat waarin patiëntveiligheid op de eerste plaats komt te staan en waarin het rapporteren van deze fouten wordt aangemoedigd in plaats van afgestraft. Belangrijk is hierbij dat zorgverleners over de kennis beschikken om deze fouten te herkennen, maar ook vertrouwd zijn met de procedure om deze te melden.

Ook Weenink et al. (2017) komen tot dit besluit, ditmaal aan de hand van interviews over ondermaatse zorgverlening bij Nederlandse vertegenwoordigers van de vereniging voor zorgprofessionals. Dwingende maatregelen zouden er volgens hen toe leiden dat zorgverleners hun fouten verdoezelen. Zij raden daarom aan om in eerste instantie ondersteunend en collaboratief op te treden, al erkennen ze ook het nut van dwingende maatregelen wanneer er zich imminente risico's voor de patiëntveiligheid voordoen. Ze concluderen net als Aljabari en Kadhim (2021) dat zorgvoorzieningen er goed aan zouden doen om hun personeel te informeren over hoe ze deze fouten kunnen herkennen en rapporteren. Op die manier wordt ook een lerende organisatie gecreëerd.

In een laatste studie uit Saudi-Arabië onderzocht men via een vragenlijst bij ziekenhuispersoneel en ziekenhuismanagers welke factoren kunnen bijdragen aan het creëren van een *safety culture*. Het uitgangspunt voor een dergelijke werkomgeving is gebaseerd op "*quality and safety principles, what happened and how can they be improved, looking at the system, environment, knowledge, workflow, tools, information flow and other stressors that may have affected provider behavior and caused the failure"* (Santa et al., 2018, p. 798). Door ondersteuningsgericht op te treden kan een vertrouwen worden opgebouwd, waardoor de rapportering van fouten frequenter gebeurt. Zij concluderen dat vooral effectieve communicatie en duidelijke feedback van belang zijn om dit soort werkcultuur te realiseren. Wanneer er ruimte is om fouten te bespreken en hierover met elkaar in discussie te gaan, kan men door middel van een leerproces tot betere zorgpraktijken komen (Santa et al., 2018).

6.3 De effectiviteit van opleidingen

Eigen aan een collaboratieve aanpak om de naleving van wet- en regelgeving te verbeteren, is de aanname dat zorgactoren niet kwaadwillig handelen wanneer ze een overtreding begaan, maar dit doen vanuit een gebrek aan kennis of middelen. Zelfs dan kan dit handelen wel gevolgen hebben voor de kwaliteit van de verleende zorg en voor de patiëntveiligheid. Een studie bij zorgverleners uit Bangladesh beschrijft zo het verhoogde risico op zorggerelateerde infecties indien de handhygiëne van het verplegend personeel ontoereikend is. Om de implementatie van effectieve handhygiëne-praktijken te

verbeteren zijn training en educatie een doeltreffende oplossing. Opdat deze kennis over een langere termijn niet verloren gaat, is het regelmatig evalueren van deze aangeleerde skills en indien nodig het voorzien van gepaste feedback nodig (Chakma et al., 2024). Soortgelijk onderzoek werd al eerder uitgevoerd door Turco et al. (2014) in een Frans ziekenhuis. Net als goede handhygiëne is ook een juist gebruik van handschoenen van belang om de kans op zorggerelateerde infecties te voorkomen. Ook zij stelden een significante verbetering vast voor zowel handhygiëne als handschoengebruik bij zorgverleners die een training over deze onderwerpen bijwoonden. Het grootste leereffect werd teruggevonden bij zorgpersoneel bij wie de voorkennis het meest beperkt was. Daarbovenop bleek ook de mate waarin deze kennis herhaald werd van belang om tot een betere en duurzamere naleving van deze richtlijnen te komen. Ook Chauhan et al. (2017) komen tot de conclusie dat het verhelpen van een kennisgebrek kan bijdragen aan betere zorgverlening. Aan de hand van een literatuurstudie gingen zij na welke interventies kunnen bijdragen aan een positieve gedragsverandering bij professionals die werkzaam zijn in de eerstelijnszorg. Educatieve interventies bleken hierbij het meest effectief doordat zij de kennis van de zorgverleners verhoogden en op die manier niet enkel bijdroegen aan hun professionele ontwikkeling, maar ook een positieve impact hadden op patiëntuitkomsten. Daarnaast bleken ook trainingsprogramma's over communicatie en culturele competentie bij te dragen aan kwaliteitsvolle zorg. Zowel educatieve interventies als deze trainingsprogramma's worden ook hier het best gekoppeld aan audits en feedback om een duurzame gedragsverandering van zorgprofessionals te bekomen.

Naast het wegwerken van een kennisgebrek omtrent goede zorgpraktijken en een positieve impact op het gedrag van zorgverleners, spelen educatieve interventies een rol bij de implementatie van regelgeving en richtlijnen om kwaliteitsvolle zorg te bekomen. Een Portugese studie onderzocht via een survey manieren om de naleving van regulering omtrent afvalverwerking bij zorgvoorzieningen te verbeteren. Voorzieningen die een deel van deze regulering niet naleefden, bleken ook geen opleiding voor hun personeel te hebben georganiseerd. Hoewel de regelgeving dus wel in veel zorgvoorzieningen geïmplementeerd werd, en tot op zeker hoogte ook nageleefd, kan de afwezigheid van kennisverlening rond deze richtlijnen een barrière vormen voor het correct toepassen ervan door het zorgpersoneel (Botelho, 2012).

Ook Francke et al. (2008) gaan na welke factoren de implementatie van klinische richtlijnen kunnen faciliteren. Op basis van een meta-review komen zij tot de conclusie dat effectieve implementatie een combinatie van strategieën vereist. Opnieuw wordt zo het belang van het samengaan van educatieve interventies, audits en het verlenen van feedback benadrukt. Bovendien bevelen ze, op basis van de literatuur die ze onderzochten, aan om de complexiteit van richtlijnen te beperken: "*when a guideline can be relatively easily understood and tried out, the chance is greater that the guideline will be used*" (Francke et al., 2008, p. 7). Een recente literatuurstudie van Kelly et al. (2023) doet dezelfde aanbevelingen om tot een betere implementatie te komen van internationaal onderschreven standaarden inzake gezondheidszorg. Waar een gebrek aan kennis en bewustzijn rond deze richtlijnen een barrière vormen, worden ondersteuningstools, toegankelijke trainingen en het interprofessioneel delen van kennis gezien als stimulansen voor het vertalen van deze richtlijnen naar de praktijk.

7 Transparantie

Naast het inzetten van dwingende of ondersteunende maatregelen kunnen beleidsmakers ook terugvallen op een openbaarmakingsbeleid om de naleving van wet- en regelgeving te verhogen. Deze manier van handhaven duidt meestal op het rapporteren van kwaliteitsindicatoren, dan wel op transparantie over zorgverleners en zorgvoorzieningen waar (herhaaldelijk) tekortkomingen werden vastgesteld. In zijn meest extreme vorm wordt deze manier van handhaving ingezet om reputatieschade aan te brengen. Ze is dan terug te vinden onder de noemer *naming & shaming*, waarbij opgelegde maatregelen tegenover zorginstanties en individuen bekend worden gemaakt aan het brede publiek. Dit soort beleid heeft een dubbel doel. Enerzijds beoogt dit om de informatie-asymmetrie tussen zorgverlener en patiënt weg te werken opdat zorgconsumenten een weloverwogen keuze kunnen maken. Anderzijds tracht zij ook de kwaliteit van de aangeboden zorg te verbeteren door de omgeving van een zorgvoorziening te betrekken bij het handhavingsproces. Verwachtingen en percepties van stakeholders en consumenten kunnen zo de druk opvoeren om wet- en regelgeving te respecteren en na te leven (Meijer & Homburg, 2009).

We bekijken in hoeverre deze maatregel effectief is in het bereiken van deze doelen. Vervolgens staan we stil bij de onbedoelde gevolgen die dit beleid met zich mee zou kunnen brengen (Friele et al., 2018).

7.1 De effectiviteit van openbaarmakingsbeleid

In de literatuur wordt de effectiviteit van het openbaar maken van kwaliteitsindicatoren en disciplinaire maatregelen die tegen zorginstanties werden getroffen, op verschillende manieren onderzocht. Een eerste manier is door te kijken of dit beleid er wel degelijk in slaagt om de informatie-asymmetrie tussen zorginstantie en patiënt tegen te gaan. Onderzoek in de Verenigde Staten door He en Konetzka (2015) ging met een kwantitatieve analyse de effectiviteit van *Nursing Home Compare* (NHC) na. Dit is een Amerikaanse website die op basis van kwaliteitsmaatregelen voor chronische en post-acute zorg, beoordelingen met sterren van woonzorgcentra publiceert. Op die manier kunnen toekomstige potentiële bewoners een geïnformeerde keuze maken over welk woonzorgcentrum hun voorkeur geniet. De onderzoekers komen echter tot de conclusie dat de keuze van de consument slechts licht beïnvloed wordt door de verleende informatie. Als mogelijke verklaring geven zij aan dat de website zelf een drempel kon vormen doordat niet iedereen hiervan op de hoogte is en de verleende informatie niet voor iedereen even duidelijk is. Daarnaast wijzen ze erop dat zorgconsumenten hun keuze ook op andere factoren baseren dan enkel op kwaliteitsindicatoren. Zo kunnen de nabijheid van familieleden of een doorverwijzing door eerdere zorgverleners eveneens een grote rol spelen bij de keuze.

Ook Perraillon et al. (2019) gingen na of potentiële bewoners responsief zijn voor de sterrenbeoordeling die een woonzorgcentrum via de website van NHC ontvangt. Zij namen hiervoor de vorm van het beoordelingssysteem onder de loep en stelden vast dat het aantal sterren wel degelijk van belang is voor het aantal ouderen die zich aanmelden. Beide studies tonen dus het belang van duidelijke en eenzijdige communicatie om de keuze van consumenten richting woonzorgcentra te sturen die, volgens de gehanteerde indicatoren, meer kwaliteitsvolle zorg aanbieden. Wel stellen beide studies dat dit effect eerder klein is en zeker niet overdreven mag worden. Ook Metcalfe et al. (2018) stellen aan de hand van een literatuurstudie vast dat deze openbaarmaking maar een klein effect heeft op gedrag. Hoewel er volgens hen wereldwijd veel verschillende systemen bestaan die tot doel hebben om de transparantie van de kwaliteit van de aangeboden zorg te verhogen, zijn slechts enkele daarvan hen uitvoerig onderzocht.

Een tweede manier waarop de effectiviteit van openbaarmakingsbeleid reeds werd nagegaan, is door te onderzoeken hoe de zorgvoorzieningen hier zelf op reageren. In de eerder aangehaalde literatuurstudie van Metcalfe et al. (2018) wordt namelijk ook nagegaan of het transparant maken van kwaliteitsindicatoren tot betere patiëntuitkomsten en/of een verhoogde kwaliteit van zorg leidt. Aan de hand van de literatuur die zij weerhielden konden ze geen sterke besluiten trekken. Bevan en Wilson (2013) beargumenteren dat het *naming & shaming*-mechanisme wel degelijk effectief zou kunnen zijn om tot betere zorg te komen. Zij komen tot deze conclusie aan de hand van een natuurlijk experiment dat plaatsvond in Engeland en Wales. Beide landen kennen namelijk een zorg- en schoolsysteem dat sterke gelijkenissen vertoont, met dat verschil dat Engeland doorheen de jaren een openbaarmakingsbeleid implementeerde in beide sectoren terwijl Wales dat niet deed. De auteurs stelden vast dat dit leidde tot kortere wachttijden bij Engelse ziekenhuizen en gemiddeld hogere schoolresultaten bij Engelse leerlingen, twee doelen die voorop werden gesteld bij het implementeren van het openbaarmakingsbeleid. Wel stippen de onderzoekers aan dat dit beleid onpopulair is en ook negatieve gevolgen kan hebben (zie III, 7.2).

Een laatste interessante bevinding die over de effectiviteit van openbaarmakingsbeleid werd gedaan is terug te vinden in een studie die in Canada werd gevoerd door Poldrugovac et al. (2022). Opnieuw werd de effectiviteit van transparantie van kwaliteitsindicatoren nagegaan bij woonzorgcentra; ditmaal werden acht kwaliteitsindicatoren die publiek gemaakt werden afgezet tegenover acht indicatoren die niet openbaar toegankelijk waren. De onderzoekers namen vooral bij de slechtst presterende zorgvoorzieningen een verbetering waar op de kwaliteitsindicatoren die beschikbaar werden gesteld voor iedereen. Ook de systematische literatuurstudie van Fung et al. (2008) komt tot deze conclusie. Ze voegen wel enige nuance toe door net als He en Konetzka (2015) te stellen dat "*the usefulness of public reporting in improving patient safety and patient-centeredness remains unknown because few studies assessed these end points"* (Fung et al., 2008, p. 121). Hoewel het volgens de meeste studies wel een positief effect kan hebben op de kwaliteit van zorg die wordt aangeboden, is het ook niet zeker of de voordelen die dit beleid biedt, kunnen opwegen tegen eventuele neveneffecten (zie III, 7.2).

Ten slotte kan de huidige literatuur ook niet duiden wat er gebeurt met kwaliteitsindicatoren die niet openbaar gemaakt worden. Enerzijds zou er sprake kunnen zijn van een spillover-effect waarbij de verhoogde aandacht voor kwaliteit en veiligheid ook deze indicatoren verbetert. Anderzijds is het mogelijk dat deze net verwaarloosd worden doordat de beperkte middelen van een organisatie enkel aan de kwaliteitsindicatoren besteed worden die openbaar toegankelijk zijn (Poldrugovac et al., 2022).

7.2 Onbedoelde gevolgen van openbaarmakingsbeleid

Naast de potentieel positieve gevolgen van het openbaar maken van kwaliteitsindicatoren en disciplinaire maatregelen die tegen zorgverleners of voorzieningen worden genomen, worden in de literatuur ook enkele neveneffecten van dit beleid besproken. Een eerste studie ging aan de hand van een keuze-experiment bij zorgverleners en belanghebbenden van Vlaamse ziekenhuizen na hoe zij tegenover verschillende vormen van openbaarmakingsbeleid staan. Ze vertrokken vanuit de bezorgdheid dat deze transparantie er bij zorgverleners toe zou kunnen leiden dat ze risicovolle maar noodzakelijke zorghandelingen mijden en dat zorgvoorzieningen dit beleid strategisch zouden benaderen door enkel in te zetten op gerapporteerde indicatoren. Hoewel deze studie geen antwoorden kan bieden over het al dan niet effectief voorkomen van deze fenomenen, vinden de onderzoekers wel terug dat een meerderheid van de respondenten een meer positieve houding aannam tegenover de

openbaarmaking van kwaliteitsindicatoren. Wel gaven ze aan dat deze op het niveau van de gehele zorgfaciliteit of een geheel departement moet gebeuren, zodat de focus niet op het bekritiseren van de individuele zorgverlener komt te liggen. Het is namelijk deze individuele tenlastelegging die volgens de respondenten risicomijdend zorggedrag met zich meebrengt (Brouwers et al., 2021).

Daarnaast kwam men zowel bij een Nederlandse als een Engelse studie, aan de hand van een survey bij artsen die al dan niet direct in contact kwamen met een tuchtproces, eveneens tot de conclusie dat het openbaar maken van tuchtmaatregelen jegens individuele zorgverleners nefaste gevolgen kan hebben. Gestrafte dokters gaven aan zowel fysiek als mentaal geleden te hebben onder de tuchtprocedure, zeker wanneer de uitkomst hiervan openbaar bekend gemaakt werd. Dit zou ertoe leiden dat zij aan defensieve geneeskunde doen, wat inhoudt dat ze onnodige zorghandelingen stellen in de hoop dat klachten of schuldvorderingen van patiënten in de toekomst zullen uitblijven (Laarman et al., 2019). McGivern en Fischer (2010), die de studie in Engeland uitvoerden, rapporteren dat ook de collega's van de gedisciplineerde zorgverleners angstiger zouden handelen. Naast de onnodige zorgkosten die dit teweeg brengt, zou de onzekerheid die medici hierdoor ervaren ook de kwaliteit van de verleende zorg niet ten goede komen. Hoewel de kleine steekproef en methodiek van zelfrapportering geen uitsluitsel kunnen geven over het daadwerkelijk optreden van deze verschijnselen, tonen ze een belangrijk perspectief om in het achterhoofd te houden bij het implementeren van openbaarmakingsbeleid. De onderzoekers adviseren daarom ook om bij het verhogen van transparantie in de zorgsector de pijlen niet op individuele zorgverleners te richten maar hen, nadat ze een tuchtprocedure doorliepen, net ondersteuning te bieden opdat eventuele positieve leereffecten niet overschaduwd worden door deze onbedoelde gevolgen.

Een exploratieve casestudy die door Nederlandse onderzoekers werd gevoerd bij publieke diensten, waarbij ook ziekenhuizen werden besproken, waarschuwt ten slotte voor het strategisch gedrag dat zorgvoorzieningen kunnen vertonen om hun scores voor openbaar gepubliceerde kwaliteitsindicatoren op te krikken. Ze zouden zo aan *creaming and dumping* kunnen doen waarbij ze zich voornamelijk richten tot patiënten die makkelijk verder te helpen zijn om zo vooropgestelde doelen makkelijker te halen. Het opnemen van zorg voor patiënten met een hoog risico zou op die manier ontmoedigd kunnen worden (Meijer, 2007). Ook de literatuurstudie van Sutherland en Leatherman (2006) rapporteert bevindingen van surveystudies waarin dit thema aan bod komt. Hoewel er voorlopig nog geen sterk bewijs is voor het zich al dan niet voordoen van dit fenomeen, kan de rapportering ervan door zorgverleners zelf wel het belang aanstippen om hier rekening mee te houden bij het uitwerken van openbaarmakingsbeleid

Hoofdstuk 4
Besluit

1 Conclusie

Het doel van deze studie is om door middel van een literatuurstudie na te gaan welke wetenschappelijk onderbouwde kennis er op dit moment bestaat over de effectiviteit van handhavingsinstrumenten in de sectoren van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Bijkomend gingen we na in welke context en onder welke voorwaarden deze maatregelen al dan niet effectief zijn. Hiervoor voerden we een *rapid literature* review uit. De onderzoeker selecteerde relevante literatuur. Deze literatuur is vervolgens in een themastructuur ingedeeld die gebaseerd is op het type van handhavingsinstrument. Voor we ingaan op de besluiten die we voor elk van deze types van maatregelen kunnen formuleren, presenteren we de overkoepelende conclusies die we op basis van de huidige literatuur kunnen trekken.

1.1 Overkoepelende bevindingen

De meest opvallende vaststelling is de schaarste aan effectstudies die terug te vinden zijn in zowel binnenlandse als buitenlandse wetenschappelijke literatuur. Hoewel auteurs in veel papers aangeven dat er een nood is aan een evaluatie van handhavingsbeleid, blijkt dit voorlopig niet of nauwelijks effectief te gebeuren. Het feit dat veel verschillende landen, met verschillende zorgcontexten, terugvallen op een gelijkaardig instrumentarium is dus eerder gebaseerd op gedeelde aannames over de inrichting van handhaving dan op een daadwerkelijk wetenschappelijke basis die evidentie biedt voor de effectiviteit ervan.

De beperkte literatuur die er dan wel is, beperkt zich in de meeste gevallen tot surveystudies met kleine steekproeven van individuen zoals dokters, verpleegkundigen en andere zorgverleners. Zorgvoorzieningen, die de primaire focus vormen van dit rapport, werden in mindere mate onderzocht en blijven voorlopig onderbelicht in de literatuur over de effectiviteit van handhavingsmaatregelen. Aangezien zorgvoorzieningen toch een verzameling van individuele zorgverleners vormen, namen we wel deze studies over handhaving bij individuen op in het literatuuroverzicht.

De schaarste en de nadruk op individuen maken dat de resultaten met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden. Dat is enerzijds het geval omwille van de beperkte veralgemeenbaarheid van contextspecifieke studies en anderzijds door het tekort aan inzichten op het niveau van de voorziening. Toch zijn er uit die literatuur een aantal handvatten te destilleren om toekomstige wet- en regelgeving inzake handhaving vorm te geven.

1.2 Wat handhavingsmaatregelen gemeen hebben

Een interessante bevinding die in verschillende papers terugkomt is dat lichte maatregelen, zoals een waarschuwing of een boete, voor een groot deel van overtreders volstaan om zich in de toekomst te onthouden van niet-normconform gedrag (Chappell, 1999; Rogers, 2022). We zouden dus kunnen stellen dat betrapt worden in de meeste gevallen volstaat om iemand te bewegen tot naleving van wet- en regelgeving, ongeacht de zwaarte van de sanctie die daaraan verbonden wordt. Ook andere literatuur concludeert dat detectie- en sanctiezekerheid van groter belang zijn dan de sanctiezwaarte om niet-

normconform gedrag tegen te gaan (Foth, 2016; Kuo et al., 2017, 2019). Bij die kleine groep van zorgverleners voor wie een lichte maatregel niet volstaat, missen ook zwaardere maatregelen vaak hun doel. Bij hen zouden alternatieve manieren van sanctionering getest moeten worden, maar we kunnen uit de huidige literatuur niet opmaken wat deze dan juist zouden inhouden (Chappell, 1999; Rogers, 2022).

Een tweede categorie van wetenschappelijke papers legt de focus op onbedoelde gevolgen die het opleggen van dwingende maatregelen, en het proces dat hieraan voorafgaat, met zich meebrengt. De surveystudies, die voornamelijk bij zorgverleners werden uitgevoerd, bieden zwak bewijs voor het vermijdend gedrag dat men zou vertonen als reactie op het opgelegd krijgen van een maatregel. Men noemt dit gedrag bij artsen 'defensieve geneeskunde' (Lee, 2019; Wong et al., 2020). Sterk empirisch bewijs voor dit fenomeen is er voorlopig nog niet. Deze studies tonen wel het belang van het laten samengaan van sanctionering met de nodige ondersteuning. Tegelijk roept men ook op om rekening te houden met proportionaliteit bij het inzetten van handhavingsinstrumenten (Barsky & Spadola, 2023; Gricus, 2019; Verhoef et al., 2015).

Een laatste reeks studies focust zich op de rol die de regulator inneemt in het handhavingsproces door dieper in te gaan op responsieve regulatie enerzijds en de mogelijkheid tot zelfregulering van zorgvoorzieningen anderzijds. Ondanks praktische moeilijkheden komt terug dat het piramidaal model, waarbij maatregelen oplopend worden ingezet, een brede voorkeur geniet van zowel burgers als regulators (Bouwman et al., 2015). Het model biedt het voordeel om afschrikwekkend te werken door het stok-achter-de-deur-principe, maar het laat ook ruimte voor responsiviteit. Ook hier wordt het belang van ondersteuning en training als aanvulling op dwingende maatregelen benadrukt (Ellis & Howe, 2010; Lai, 2024; Tilbury, 2007). Ten slotte worden ook de mogelijke voordelen besproken van zelfregulering, waarbij de regulator een meta-positie inneemt. Doordat voorzieningen in dit model reflecteren over hun eigen zorgpraktijk, zou de verbetering van de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid kunnen voortkomen uit de intrinsieke motivatie van zorgactoren om kwaliteitsvolle zorg te verlenen (De Bree & Stoopendaal, 2020; Weske et al., 2019).

1.3 Het geven van een opmerking/waarschuwing

Ook onderzoek naar de effectiviteit van opmerkingen en waarschuwingen is voorlopig schaars. Volgens de literatuur is dit een goed instrument om overtredingen tegen te gaan die voortkomen uit een kennisgebrek wat de geldende wet- en regelgeving betreft (Ting et al., 2017). Een puur informatieve opmerking zou echter minder doeltreffend zijn dan een waarschuwing, waarin ook een verwijzing naar opleggen van bijkomende maatregelen vervat zit. Een mogelijke verklaring is dat dreigende berichtgeving duidelijk maakt dat een bepaald gedrag afwijkt van de norm, al speelt de mogelijkheid van het opleggen van bijkomende maatregelen ongetwijfeld ook een rol (Sacarny et al., 2016, 2018). Tegelijkertijd vonden we ook literatuur terug die de effectiviteit van dit instrument in twijfel trekt. Bewijs voor beide conclusies is echter van te lage kwaliteit om een finaal oordeel over de daadwerkelijke effectiviteit te kunnen vellen (Klopfenstein et al., 2011; Mukamel, 2014; Sharma, 2022).

Daarnaast wordt in de literatuur ook het *multitasking incentive* probleem aangehaald. Dit gaat over de afweging die zorgvoorzieningen moeten maken wat betreft de verdeling van hun schaarse middelen. Wanneer voorzieningen veel waarschuwingen ontvangen, zou dit ervoor kunnen zorgen dat zij deze middelen moeten spreiden over verschillende kwaliteitsgebieden waardoor de algemene kwaliteit van zorg er net op achteruitgaat (Bowblis et al., 2012). Te specifieke opmerkingen of waarschuwingen

zouden er dan weer voor zorgen dat onderbelichte domeinen verwaarloosd worden, wat eveneens een negatief effect heeft op de kwaliteit van de aangeboden zorg (Bowblis en Lucas, 2012). Hoewel voor beide fenomenen geen sterk bewijs terug te vinden is, tonen deze tegenstrijdige bevindingen wel dat een goede afweging tussen strikte of algemene regulering van belang kan zijn om dit instrument efficiënt in te kunnen zetten.

1.4 De administratieve geldboete

Hoewel een aantal studies stelt dat een administratieve geldboete de meest gepaste financiële strategie is om overtredingen tegen te gaan, kan op basis van de huidige literatuur geen sluitende conclusie worden getrokken over de effectiviteit van dit handhavingsinstrument. In enkele studies wordt wel opnieuw het belang van sanctie- en detectiezekerheid benadrukt om zowel het gedrag van individuen als dat van voorzieningen te voorspellen (Groß et al., 2021; Kong & Ji, 2023; Marier, 2015). Daarnaast biedt deze literatuur enkele interessante inzichten om rekening mee te houden bij het opstellen van wet- en regelgeving. Uit surveyonderzoek bij zorgpersoneel stelt men vast dat het inzetten van deze externe factor, mits eventuele effectiviteit, een negatieve impact kan hebben op de intrinsieke motivatie van zorgverleners om aan kwaliteitsverbetering te doen (Yoshikawa et al., 2021; McClung, 2017). Ook deze studies stellen dat ondersteuning en training veel effectiever zijn om de kwaliteit van aangeboden zorg te verbeteren.

Op het niveau van zorgvoorzieningen stellen voornamelijk Amerikaanse onderzoeken vast dat een geldboete een effectief middel kan zijn om de naleving van richtlijnen te verhogen. Aansluitend geven deze onderzoeken enkele aanbevelingen mee. Zo zou de hoogte van de boete best afgestemd worden op kenmerken van de zorgvoorziening, zoals de grootte ervan en het aandeel kwetsbare personen waar men voor zorgt of ondersteuning aan geeft (Deore et al., 2023; Sankaran et al., 2019; Wood, 2024). Daarnaast moet men erover waken dat het inzetten van deze maatregel geen averechts effect uitlokt doordat hij de middelen wegneemt die nodig zijn om positieve verandering teweeg te brengen. Deze laatste aanbeveling is eerder speculatief gezien ze eerder een bezorgdheid is van onderzoekers en niet door empirische gegevens wordt gestaafd (Kim et al., 2020).

1.5 Het verhoogd toezicht

Er is weinig wetenschappelijke evidentie terug te vinden over de effectiviteit van het verhoogd toezicht. Naast Nederlands onderzoek dat geen effect vond van een supervisieprogramma (Oude Wesselink et al., 2015), werden enkel studies teruggevonden die conclusies trekken op basis van een surveystudie. Ze besluiten dat een intenser toezicht op zich niet volstaat om de naleving van regelgeving te verbeteren. Uit de interviews bij zorgverleners raden ze aan om deze aan te vullen met training, ondersteuning en kwaliteitsvolle feedback (Francetic et al., 2019; Smith & Colletta, 2019). Ten slotte wordt ook aangestipt dat een intensief toezicht dat te controlerend aanvoelt, een onbedoelde weerslag kan hebben op de aangeboden zorg doordat zorgverleners uit angst voor vervolging bepaalde zorghandelingen mijden (Smith & Colletta, 2019).

Naast het verhogen van toezicht, werd ook het risico-gebaseerd toezicht onder de loep genomen. Risico vormt hierbij het uitgangspunt om te bepalen hoe beperkte middelen zo doeltreffend mogelijk kunnen worden ingezet. Ondanks de veronderstelling dat deze aanpak tot een efficiënter toezicht leidt, blijkt deze op limieten te stoten. Om potentiële risico's correct in te schatten is er namelijk niet alleen

duidelijkheid nodig over wat de term risico inhoudt, ook de informatiebehoefte over mogelijke bedreigingen en hun eventuele gevolgen is enorm groot (de Bruijn & ten Heuvelhof, 2019; Lloyd-Bostock et al., 2008). Op basis van de huidige (en zeer beperkte) wetenschappelijke literatuur is het ook niet duidelijk of deze aanpak effectief is (van der Heijden, 2021).

1.6 Schorsing en het opheffen van de vergunning of erkenning

Zoals eerder vermeld is de wetenschappelijke literatuur over schorsingen te beperkt. Hoewel er wel studies zijn over het opheffen van de vergunning of erkenning, zijn uitspraken over de effectiviteit ervan niet mogelijk. Deze zware maatregel wordt ook niet vaak ingezet. Pas wanneer mildere maatregelen niet tot gewenste veranderingen leiden, zetten regelmakers dit in (Cardarelli en Licciardone , 2006; Pålsson et al., 2024). Het doel van dit instrument is dan ook niet langer om zorgactoren tot naleving van wet- en regelgeving te dwingen, maar eerder om de patiëntveiligheid te kunnen garanderen (Elkin et al., 2012). Daarnaast zou een verwijdering van een zorgactor, omwille van kwaadwillig handelen, ook andere zorgverleners en voorzieningen kunnen afschrikken om soortgelijk gedrag te stellen. We vonden geen studies terug die dit algemene *deterrence*-effect evalueerden.

Een tweede deel van de literatuur over dit thema behandelt de gevolgen die bewoners ondervinden wanneer ze door een sluiting van hun zorgvoorziening moeten verhuizen. Enkele van die onderzoeken gaan in tegen de dominante gedachte dat *relocation stress* een negatieve impact heeft op de bewoners door te stellen dat hun situatie op lange termijn gelijk blijft of soms zelfs verbetert. Daarnaast benadrukken ze het belang van een goede planning en duidelijke informatieverlening aan bewoners en hun familieleden om negatieve gevolgen zo veel mogelijk te beperken (Douglass et al., 2024; Glasby et al., 2019; Iqbal et al., 2023). Twee Amerikaanse casestudies toonden aan dat dit bij een noodgedwongen sluiting vaak niet het geval is. In de praktijk kan het daarom belangrijk zijn om als regulator ondersteuning te bieden bij de verhuis van bewoners opdat hun specifieke noden in kaart worden gebracht (Weaver et al., 2022; Wood, 2002).

1.7 Ondersteunende maatregelen

Uit de literatuur over het hanteren van een collaboratieve en stimulerende aanpak distilleren we vier belangrijke inzichten. Ten eerste tonen enkele studies aan dat een stimulerende aanpak effectief kan zijn in het bevorderen van kwaliteitsverbetering. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat ze voor een minderheid ontoereikend blijkt. Om ook hen te kunnen bereiken, blijven dwingende maatregelen met een afschrikkend effect dus wel van belang (Rouine et al., 2022; Weske et al., 2018).

Ten tweede leren we uit deze literatuur dat externe factoren zoals dwingende maatregelen, een negatieve invloed kunnen hebben op de intrinsieke motivatie van zorgverleners en zorgvoorzieningen om kwaliteitsverbeteringen door te voeren. Een collaboratieve aanpak die zich focust op dialoog en suggestie kan zorgactoren de nodige ruimte bieden om te reflecteren over de zorg die zij aanbieden (Husabo et al., 2020; Weenink et al., 2021). Weenink et al. (2021) bevelen bijvoorbeeld aan om geen binaire standaarden op te stellen, maar richtlijnen zo open mogelijk te formuleren om zorgvoorzieningen de kans te geven deze zelf in te vullen.

Een derde inzicht heeft betrekking op de bijdrage die het cultiveren van een *safety culture* kan hebben op het tegengaan van de onderrapportering van medische fouten. Door fouten niet toe te schrijven aan individuen en de rapportering ervan aan te moedigen in plaats van af te straffen, wordt vertrouwen

opgebouwd en creëert men een lerende organisatie (Aljabari & Kadhim, 2021; Santa et al., 2018; Weenink et al., 2017). Dit komt de zorgpraktijk ongetwijfeld ten goede.

Ten slotte ging deze literatuur ook dieper in op de effectiviteit van opleidingen. Eerder vonden we al terug dat een kennisleemte vaak de oorzaak vormt voor het begaan van overtredingen. Het hoeft dus niet te verbazen dat in de wetenschappelijke literatuur evidentie terug te vinden is voor het positieve effect dat educatieve interventies hebben op de implementatie en naleving van wet- en regelgeving en al zeker indien deze gekoppeld worden aan audits en feedback (Botelho, 2012; Chakma et al., 2024; Chauhan et al., 2017; Turco et al., 2014). Daarnaast wordt ook het belang van makkelijk verstaanbare richtlijnen aangestipt om de kans te verhogen dat deze effectief geïmplementeerd worden in de zorgpraktijk (Francke et al., 2008; Kelly et al., 2023). Het is duidelijk dat deze mildere instrumenten niet over het hoofd mogen worden gezien bij het opstellen van handhavingsbeleid.

1.8 Transparantie

Naargelang het doel waarvoor men openbaarmakingsbeleid wilt inzetten, moet men met verschillende zaken rekening houden. Indien het doel is zorgconsumenten te informeren en hun keuze voor een zorgvoorziening in een bepaalde richting te sturen, is duidelijke en eenduidige informatie van groot belang. Belangrijk hierbij is dat ook andere factoren een grote rol spelen bij de keuze voor een bepaalde voorziening (He en Konetzka, 2015; Perraillon et al., 2019). De mate waarin een openbaarmakingsbeleid impact heeft op de keuze van zorgconsumenten, mag volgens deze literatuur tenslotte ook niet overschat worden (Meltcafe et al., 2018).

Ook op de kwaliteit van de zorg die voorzieningen aanbieden, blijkt het effect van openbaarmakingsbeleid beperkt (Bevan & Wilson, 2013; Fung et al., 2008). Kwaliteitsindicatoren die openbaar gerapporteerd worden, zouden wel een lichte verbetering kennen. Het effect dat dit op niet-gerapporteerde indicatoren heeft, kan uit de huidige literatuur niet worden opgemaakt. Zowel het eerder besproken *multitasking incentive*-probleem als een spillover-effect zijn mogelijke gevolgen die volgens Poldrugovac et al. (2022) kunnen optreden.

Daarnaast werd ook literatuur teruggevonden die de focus legt op onbedoelde gevolgen die openbaarmakingsbeleid teweeg kan brengen. Een eerste conclusie luidt dat de focus van dit beleid best niet op individuele zorgverleners wordt gelegd, aangezien zij hierdoor risicomijdend gedrag zouden kunnen vertonen. Wanneer een zorgverlener een tuchtproces moet doorlopen of in navolging van het maken van een medische fout zou deze net ondersteund moeten worden in plaats van hen aan de publieke schandpaal te nagelen (Brouwers et al., 2021; Laarman et al., 2019; McGivern & Fischer, 2010). Ook zorgvoorzieningen zouden in navolging van openbaarmakingsbeleid strategisch gedrag kunnen vertonen door aan *creaming and dumping* te doen. De wetenschappelijke evidentie voor dit fenomeen is wel nog laag (Meijer, 2007; Sutherland & Leatherman, 2006).

2 Beleidsadviezen vanwege de onderzoeksequipe

1) Evalueer het eigen beleid en zorg ervoor dat in de toekomst goede data voorhanden zijn over handhavingsmaatregelen zodat effectiviteitsmetingen mogelijk zijn.

Doorheen de literatuur die we voor dit rapport evalueerden, stootten we op de schaarste aan studies naar de effectiviteit van handhavingsmaatregelen. Ook in de studies zelf werd deze schaarste aangehaald als vertrekpunt voor vervolgonderzoek al blijkt dat dit tot op heden onvoldoende gevoerd werd.

Een mogelijke oorzaak hiervoor is te vinden in het uitdagende onderzoeksdesign dat nodig is om de impact van handhavingsmaatregelen op een wetenschappelijke manier te evalueren. Een wetenschappelijke onderzoeksopzet vereist namelijk een effect- en een controlegroep waarbij enkel bij de effectgroep een interventie geïmplementeerd wordt. Aangezien het in de praktijk wenselijk noch haalbaar is om een afgebakende groep van zorgvoorzieningen vrij te stellen van handhavingsbeleid of reglementaire interventies wanneer deze op nationaal niveau van kracht zijn, ligt de uitdaging vooral in het vinden van een gepaste controlegroep.

Een longitudinaal onderzoeksdesign, waarbij onderzoek doorheen de tijd wordt gevoerd, kan een oplossing bieden voor dit probleem. Hierbij wordt de situatie voor en na de implementatie van een nieuw beleid tegenover elkaar afgezet. Dit soort onderzoek vereist vooral nauwkeurige data opdat beide momenten zo precies mogelijk in kaart kunnen worden gebracht. Een goed voorbeeld hiervan is in Amerika te vinden waar de *Centers for Medicare and Medicaid* nauwkeurig informatie bijhouden over karakteristieken van zowel zorgvoorzieningen als diens cliëntenpopulatie. Deze OSCAR- of CASPER-data werden al vaak aangewend om onderzoek mee uit te voeren; goede voorbeelden daarvan zijn terug te vinden in enkele studies die we in dit rapport hebben besproken.

2) Hanteer in eerste instantie een stimulerende aanpak die inspeelt op de intrinsieke motivatie van zorgactoren. Ondersteuning, suggestie, dialoog en training zijn instrumenten die hiervoor aangewend kunnen worden.

Tegenover de dwingende aanpak, die rechtsonderhorigen door middel van straffen tracht af te schrikken van het stellen van overtredingen, gaan enkele onderzoeken dieper in op een stimulerende aanpak om de naleving van wet- en regelgeving te verhogen. Deze stimulerende aanpak, waarvan het handhavingsinstrumentarium zich vooraan in de handhavingsketen bevindt, blijkt voor het merendeel van de zorgactoren te volstaan om de gewilde naleving te bekomen.

De instrumenten die binnen deze aanpak worden aangewend, spelen in op de intrinsieke motivatie van zorgverleners en voorzieningen om de kwaliteit van de aangeboden zorg te verbeteren. Deze collaboratieve manier van inspectie en handhaving kan een interne dialoog over de kwaliteit van zorg aanwakkeren en zo een arena van discussie creëren binnen zorgvoorzieningen. Hoewel dwingende maatregelen nog steeds nodig zijn om ook minder gemotiveerde zorgactoren tot naleving te dwingen, werd in veel van de geëvalueerde onderzoeken benadrukt dat ook ondersteunende maatregelen een belangrijke plek in het handhavingsinstrumentarium dienen in te nemen.

Enkele studies toonden ook dat overtredingen kunnen voortkomen uit een kennisgebrek bij zorgverleners of voorzieningen. Ondersteunende maatregelen die zich richten op het verhelpen van deze kennisleemte, zoals kwaliteitsvolle feedback en opleidingen, blijken effectieve middelen om de

naleving van wet- en regelgeving te verhogen. Door vanuit een stimulerende aanpak te vertrekken, wordt benadrukt dat de naleving van deze wet- en regelgeving op zich niet het einddoel, maar slechts een middel is om de kwaliteit van de aangeboden zorg te verhogen.

3) **Een effectieve naleving van regels vereist vooral zekerheid over detectie en het opleggen van maatregelen, de zwaarte ervan heeft minder impact. Voldoende inspecties en geloofwaardige handhaving zijn dus cruciaal. Zware maatregelen opnemen in wetgeving loont, maar hun uitvoering dient zeldzaam te zijn.**

Aansluitend bij de bevinding dat lichte maatregelen vaak volstaan om herhaaldelijke overtredingen tegen te gaan, kwam uit de literatuur naar boven dat vooral detectie- en sanctiezekerheid van belang zijn om de naleving van regels te verhogen. We leiden hieruit af dat, in het merendeel van de gevallen, het betrapt en bestraft worden op zich een voldoende voorwaarde vormt om het gedrag van een zorgactor te beïnvloeden en te schikken naar de wil van de wetgever. De zwaarte van de maatregel zou hierin een kleinere rol spelen en in sommige gevallen zelfs totaal onbeduidend zijn aangezien actoren die niet responsief blijken te zijn voor lichte maatregelen ook na het opgelegd krijgen van een zware maatregel hun gedrag niet aanpassen. Het opnemen van zware maatregelen in wetgeving loont dan niet langer om de naleving van wet- en regelgeving te verhogen, maar kan dienen om patiënten te beschermen van “rotte appels” door hen, tijdelijk den wel permanent, uit de zorgpraktijk te verwijderen. Ze fungeren daarnaast ook als stok achter de deur en als afschrikkingsmiddel om eventuele overtredingen zo snel mogelijk recht te zetten.

4) **De wetenschappelijke literatuur over de effectiviteit van transparantie is voorlopig inconsistent en van te lage kwaliteit. Desondanks is openbaarmakingsbeleid tot op zekere hoogte gerechtvaardigd omdat burgers recht hebben op heldere, neutrale en feitelijke informatie over zorgverleners. Dit beleid richt zich daarnaast beter op zorgvoorzieningen in hun geheel dan op individuele zorgverleners. Voortbouwend op deze bevindingen, lijkt de publicatie van inspectierapporten ons de beste manier om openbaarmakingsbeleid in te richten.**

Hoewel er verschillende soorten van openbaarmakingsbeleid terug te vinden zijn in wetgevende kaders van over de hele wereld, kunnen we in de huidige wetenschappelijke literatuur geen consensus terugvinden over de effectiviteit ervan. Een mogelijke oorzaak hiervoor ligt in lijn met de eerdere opmerking die we maakten rond de effectiviteit van handhavingsmaatregelen.

Wel vonden we aan de hand van surveyonderzoek terug dat kwaliteitsindicatoren en informatie over tekortkomingen best gerapporteerd worden op het niveau van de voorziening opdat onbedoelde, negatieve gevolgen, zoals risicomijdend zorggedrag, bij individuen zouden uitblijven. Dit past ook in het bredere kader dat over het cultiveren van een *safety culture* terugkwam aangezien op deze manier de verantwoordelijkheid voor overtredingen bij een voorziening in zijn geheel wordt gelegd en niet wordt gereduceerd tot een individueel tekort.

Er zijn daarnaast ook andere motieven om voor openbaarmakingsbeleid te kiezen. Enerzijds komt deze transparantie de burger ten goede aangezien deze informatie hen in staat stelt om een goedgeïnformeerde keuze te maken over welke zorgvoorziening hun voorkeur geniet. Anderzijds kwam uit de literatuur naar boven dat openbaargemaakte rapporten een leidraad kunnen vormen om de kwaliteit van de aangeboden zorg bespreekbaar te maken bij de zorgvoorzieningen zelf. De publicatie van inspectierapporten kan zo alvast een dubbel doel dienen, of ze daarnaast ook tot daadwerkelijke

kwaliteitsverbeteringen leidt, zal uit toekomstige evaluaties van dit beleid moeten blijken. Op basis van de onderzoeksbevindingen willen we toekomstig onderzoek dan ook uitnodigen om het beleid inzake de bekendmaking van inspectierapporten en beslissingen inzake maatregelen en sancties te evalueren. Op die manier zou men een gemeenschappelijke standaard kunnen bekomen die belang hecht aan leesbaarheid en toegankelijkheid van deze rapporten, zonder daarbij de rechten inzake privacy en gegevensbescherming uit het oog te verliezen.

Referenties

Aljabari, S., & Kadhim, Z. (2021). Common Barriers to Reporting Medical Errors. *The Scientific World Journal, 2021*(1), 6494889. https://doi.org/10.1155/2021/6494889

Ankaert, E., Van Grunderbeek, E., & Put, J. (z.d.). Handhaving van het sociaal recht: afbakening, begrip, modellen en visies. Onuitgegeven manuscript. KU Leuven.

Ayres, I., & Braithwaite, J. (1992). *Responsive Regulation: Transcending the Deregulation Debate*. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oso/9780195070705.001.0001

Barkowski, S. (2017). Does Regulation of Physicians Reduce Health Care Spending? *Southern Economic Journal, 83*(4), 1074–1097. https://doi.org/10.1002/soej.12201

Barsky, A. E., & Spadola, C. E. (2023). Licensing Investigations: Suggestions from Social Workers Who Received Sanctions. *Social Work Research, 47*(2), 135–148. https://doi.org/10.1093/swr/svad002

Bevan, G., & Wilson, D. (2013). Does 'naming and shaming' work for schools and hospitals? Lessons from natural experiments following devolution in England and Wales. *Public Money & Management, 33*(4), 245–252. https://doi.org/10.1080/09540962.2013.799801

Botelho, A. (2012). The impact of education and training on compliance behavior and waste generation in European private healthcare facilities. *Journal of Environmental Management, 98*, 5–10. https://doi.org/10.1016/j.jenvman.2011.12.003

Bouwman, R., Bomhoff, M., de Jong, J. D., Robben, P., & Friele, R. (2015). The public's voice about healthcare quality regulation policies. A population-based survey. *BMC Health Services Research, 15*(1), 325. https://doi.org/10.1186/s12913-015-0992-z

Bowblis, J. R., & Lucas, J. A. (2012). The impact of state regulations on nursing home care practices. *Journal of Regulatory Economics, 42*(1), 52–72. https://doi.org/10.1007/s11149-012-9183-6

Bowblis, J. R., Crystal, S., Intrator, O., & Lucas, J. A. (2012). Response to Regulatory Stringency: The Case of Antipsychotic Medication Use in Nursing Homes. *Health Economics, 21*(8), 977–993. https://doi.org/10.1002/hec.1775

Braithwaite, J. (1985). *To punish or to persuade. Enforcement of coal Mine Safety*. State University of New York Press.

Brennan, T. A. (1998). The Role of Regulation in Quality Improvement. *The Milbank Quarterly, 76*(4), 709–731. https://doi.org/10.1111/1468-0009.00111

Brouwers, J., Cox, B., Van Wilder, A., Claessens, F., Bruyneel, L., De Ridder, D., Eeckloo, K., & Vanhaecht, K. (2021). The future of hospital quality of care policy: A multi-stakeholder discrete choice experiment in Flanders, Belgium. *Health Policy, 125*(12), 1565–1573. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.10.008

Browne, J., Bullock, A., Poletti, C., & Cserző, D. (2021). Recent research into healthcare professions regulation: A rapid evidence assessment. *BMC Health Services Research, 21*(1), 934. https://doi.org/10.1186/s12913-021-06946-8

Cardarelli, R., & Licciardone, J. C. (2006). Factors Associated with High-Severity Disciplinary Action by a State Medical Board: A Texas Study of Medical License Revocation. *Journal of Osteopathic Medicine, 106*(3), 153–156. https://doi.org/10.7556/jaoa.2006.106.3.153

Chakma, S. K., Hossen, S., Rakib, T. M., Hoque, S., Islam, R., Biswas, T., Islam, Z., & Islam, M. M. (2024). Effectiveness of a hand hygiene training intervention in improving knowledge and compliance rate among healthcare workers in a respiratory disease hospital. *Heliyon, 10*(5), e27286. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e27286

Chappell, H.W., Stanhope, M., Dean, P.R., Owen, B.A., Johanson, S., Sutherland, B., & Weisenbeck, S.M. (1999). Nursing Law Violations: A Threat to Competent and Safe Nursing Practice. *JONA'S Healthcare Law, Ethics, and Regulation, 1*(3), 25-32. https://doi.org/10.1097/00128488-199909000-00008

Chauhan, B. F., Jeyaraman, M., Mann, A. S., Lys, J., Skidmore, B., Sibley, K. M., Abou-Setta, A., & Zarychanksi, R. (2017). Behavior change interventions and policies influencing primary healthcare professionals' practice—An overview of reviews. *Implementation Science, 12*(1), 3. https://doi.org/10.1186/s13012-016-0538-8

Cunningham, S., Taylor, B. J., & Murphy, A. (2020). Standards in Regulating Quality of Adult Community Health and Social Care: Systematic Narrative Review. *Journal of Evidence-Based Social Work, 17*(4), 457–468. https://doi.org/10.1080/26408066.2020.1770647

D'haese, R., & Put, J. (2014). Handhaving en sanctionering in het beleidsdomein WVG (nr. 25). Steunpunt voor Welzijn, Volksgezondheid en gezin.

De Bree, M., & Stoopendaal, A. (2020). De- and Recoupling and Public Regulation. *Organization Studies, 41*(5), 599–620. https://doi.org/10.1177/0170840618800115

De Bruijn, H., & ten Heuvelhof, E. (2019). Handhaving: Het spel tussen inspecteur en inspectee (2de editie). Boom bestuurskunde

Deore, A., Krishnan, R., & Nair, A. (2023). Virtuous spillover effects of quality penalties on the continuity of health care. *Production and Operations Management, 32*(9), 2846–2863. https://doi.org/10.1111/poms.14012

Departement Zorg. (z.d.). Verhoogd toezicht. Zorg en Gezondheid. Geraadpleegd op 21 oktober 2024, van https://www.zorg-en-gezondheid.be/procedures/verhoogd-toezicht

Devane, D., Hamel, C., Gartlehner, G., Nussbaumer-Streit, B., Griebler, U., Affengruber, L., Saif-Ur-Rahman, KM., & Garritty, C. (2024). Key concepts in rapid reviews: an overview. *Journal of Clinical Epidemiology*, *175*(2024), 111518. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2024.111518

Douglass, T., Zafar, S., & Glasby, J. (2024). What happens when care homes close? A review of the literature. *International Journal of Care and Caring, 8*(3), 471–488. https://doi.org/10.1332/239788221X16753558695396

Dunbar, P., Keyes, L. M., & Browne, J. P. (2023). Determinants of regulatory compliance in health and social care services: A systematic review using the Consolidated Framework for Implementation Research. *PLoS ONE, 18*(4), e0278007. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278007

Elkin, K., Spittal, M. J., Elkin, D., & Studdert, D. M. (2012). Removal of doctors from practice for professional misconduct in Australia and New Zealand. *BMJ Quality & Safety, 21*(12), 1027–1033. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-000941

Ellis, J. M., & Howe, A. (2010). The role of sanctions in Australia's residential aged care quality assurance system. *International Journal for Quality in Health Care, 22*(6), 452–460. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzq055

Foong-Reichert, A.-L., Fung, A., Carter, C. A., Grindrod, K. A., & Houle, S. K. D. (2021). Characteristics, Predictors and Reasons for Regulatory Body Disciplinary Action in Health Care: A Scoping Review. *Journal of Medical Regulation, 107*(4), 17–31. https://www.jstor.org/stable/48685238

Foth, M. (2016). Factors influencing the intention to comply with data protection regulations in hospitals: Based on gender differences in behaviour and deterrence. *European Journal of Information Systems, 25*(2), 91–109. https://doi.org/10.1057/ejis.2015.9

Francetic, I., Tediosi, F., Salari, P., & de Savigny, D. (2019). Going operational with health systems governance: Supervision and incentives to health workers for increased quality of care in Tanzania. *Health Policy and Planning, 34*, 77–92. https://doi.org/10.1093/heapol/czz104

Francke, A. L., Smit, M. C., de Veer, A. J. E., & Mistiaen, P. (2008). Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. *BMC Medical Informatics and Decision Making, 8*(1), 38–38. https://doi.org/10.1186/1472-6947-8-38

Friele, R., Bouwman, R., Laarman, B., & Veer, A. (2018). Het tuchtrecht in de gezondheidszorg: Wegen de voordelen tegen de nadelen op? *Tijdschrift Voor Vergoeding Personenschade, 2018*(1), 20–22. https://doi.org/10.5553/TVP/138820662018021001003

Fung, C.H., Lim, Y.-W., Mattke, S., Damberg, C., & Shekelle, P.G. (2008). Systematic Review: The Evidence That Publishing Patient Care Performance Data Improves Quality of Care. *Annals of Internal Medicine, 148*(2), 111-123. https://doi.org/10.7326/0003-4819-148-2-200801150-00006

Garritty, C., Hamel, C., Trivella, M., Gartlehner, G., Nussbaumer-Streit, B., Devane, D., Kamel, C., Griebler, U., King, J.V. (2023). Updated recommendations for the Cochrane rapid review methods guidance for rapid reviews of effectiveness. *BMJ, 384*, e076335. doi:10.1136/bmj-2023-076335

Glasby, J., Allen, K., & Robinson, S. (2019). A game of two halves? Understanding the process and outcomes of English care home closures: qualitative and quantitative perspectives. *Social Policy and Administration, 53*(1), 78–98. https://doi.org/10.1111/spol.12412

Gneezy, U., & Rustichini, A. (2000). A Fine Is a Price. *The Journal of Legal Studies, 29*(1), 1-17. doi:10.1086/468061

Gricus, M. (2019). "Of All the Social Workers ... I'm the Bad One": Impact of Disciplinary Action on Social Workers. *Social Work Research, 43*(1), 5–15. https://doi.org/10.1093/swr/svy023

Groß, M., Jürges, H., & Wiesen, D. (2021). The effects of audits and fines on upcoding in neonatology. *Health Economics, 30*(8), 1978–1986. https://doi.org/10.1002/hec.4272

Gunningham, N. (2010). *Enforcement and Compliance Strategies*. In M. Cave, R. Baldwing & M. Lodge (Reds.), The Oxford Handbook of Regulation (pp. 1-27). Oxford University Press. doi:10.1093/oxfordhb/9780199560219.003.0007

He, D., & Konetzka, R. T. (2015). Public Reporting and Demand Rationing: Evidence from the Nursing Home Industry. *Health Economics, 24*(11), 1437–1451. https://doi.org/10.1002/hec.3097

Husabo, G., Teig, I. L., Frich, J. C., Bondevik, G. T., & Hovlid, E. (2020). Promoting leadership and quality improvement through external inspections of management of sepsis in Norwegian hospitals: A focus group study. *BMJ Open, 10*(11), e041997. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041997

Iqbal, A., Kinghorn, P., Glasby, J., Tanner, D., & Roberts, T. (2023). A Scoping Review of the Costs, Consequences, and Wider Impacts of Residential Care Home Closures in a UK Context. *Health & Social Care in the Community, 2023*, 1–18. https://doi.org/10.1155/2023/8675499

Kelly, Y., O'Rourke, N., Flynn, R., O'Connor, L., & Hegarty, J. (2023). Factors that influence the implementation of (inter)nationally endorsed health and social care standards: A systematic review and meta-summary. *BMJ Quality & Safety, 32*(12), 750–762. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2022-015287

Kim, K. M., Max, W., White, J. S., Chapman, S. A., & Muench, U. (2020). Do penalty-based pay-for-performance programs improve surgical care more effectively than other payment strategies? A systematic review. *Annals of Medicine and Surgery, 60*, 623–630. https://doi.org/10.1016/j.amsu.2020.11.060

Klopfenstein, K., Lockhart, C., & Giles-Sims, J. (2011). Do High Rates of OSCAR Deficiencies Prompt Improved Nursing Facility Processes and Outcomes? *Journal of Aging & Social Policy, 23*(4), 384–407. https://doi.org/10.1080/08959420.2011.605667

Kong, E., & Ji, Y. (2023). Provision of Hospital Price Information After Increases in Financial Penalties for Failure to Comply With a US Federal Hospital Price Transparency Rule. *JAMA Network Open, 6*(6), e2320694–e2320694. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.20694

Kuo, K.-M., Talley, P. C., & Cheng, T.-J. (2019). Deterrence approach on the compliance with electronic medical records privacy policy: The moderating role of computer monitoring. *BMC Medical Informatics and Decision Making, 19*(1), 254. https://doi.org/10.1186/s12911-019-0957-y

Kuo, K.-M., Talley, P. C., Hung, M.-C., & Chen, Y.-L. (2017). A Deterrence Approach to Regulate Nurses' Compliance with Electronic Medical Records Privacy Policy. *Journal of Medical Systems, 41*(12), 198. https://doi.org/10.1007/s10916-017-0833-1

Laarman, B. S., Bouwman, R. J., Veer, A. J. de, Hendriks, M., & Friele, R. D. (2019). How do doctors in the Netherlands perceive the impact of disciplinary procedures and disclosure of disciplinary measures on their professional practice, health and career opportunities? A questionnaire among medical doctors who received a disciplinary measure. *BMJ Open, 9*(3), e023576. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023576

Lai, P. (2024). How enforcement shapes compliance with legal rules: The case of long-term care homes in Ontario. *Canadian Journal of Law and Society*, 1–22. https://doi.org/10.1017/cls.2024.4

Lee, M. (2019). The Effects of Criminal Punishment on Medical Practices in the Medical Environment. International *Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(4), Article 4. https://doi.org/10.3390/ijerph16040604

Leslie, K., Bourgeault, I. L., Carlton, A.-L., Balasubramanian, M., Mirshahi, R., Short, S. D., Carè, J., Cometto, G., & Lin, V. (2023). Design, delivery and effectiveness of health practitioner regulation systems: An integrative review. *Human Resources for Health, 21*(1), 72. https://doi.org/10.1186/s12960-023-00848-y

Liao, J. M., Navathe, A. S., Schapira, M. M., Weissman, A., Mitra, N., & Asch, D. A. (2018). Penalizing Physicians for Low-Value Care in Hospital Medicine: A Randomized Survey. *Journal of Hospital Medicine, 13*(1), 41–44. https://doi.org/10.12788/jhm.2879

Lloyd-Bostock, S. M., & Hutter, B. M. (2008). Reforming regulation of the medical profession: The risks of risk-based approaches. *Health, Risk & Society, 10*(1), 69–83. https://doi.org/10.1080/13698570701782460

Mahmood, A. (2008). Risk-based regulatory system and its effective use in health and social care. *The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health, 128*(4), 196-201. https://doi.org/10.1177/1466424008092234

Marier, A. (2015). The Impact of Financial Penalties on Hospital Score Reporting Behavior. *Journal of Economic Issues, 49*(1), 227–251. https://doi.org/10.1080/00213624.2015.1013888

McClung, L., Obasi, C., Knobloch, M. J., & Safdar, N. (2017). Health care worker perspectives of their motivation to reduce health care-associated infections. *American Journal of Infection Control, 45*(10), 1064–1068. https://doi.org/10.1016/j.ajic.2017.05.002

McGivern, G., & Fischer, M. (2010). Medical regulation, spectacular transparency and the blame business. *Journal of Health Organization and Management, 24*(6), 597–610. https://doi.org/10.1108/14777261011088683

Meijer, A. J. (2007). Publishing public performance results on the Internet: Do stakeholders use the Internet to hold Dutch public service organizations to account? *Government Information Quarterly, 24*(1), 165–185. https://doi.org/10.1016/j.giq.2006.01.014

Meijer, A., & Homburg, V. (2009). Disclosure and compliance: The “pillory” as an innovative regulatory instrument. *Information Polity, 14*, 279–294. https://doi.org/10.3233/IP-2009-0191

Metcalfe, D., Diaz, A. J. R., Olufajo, O. A., Massa, M. S., Ketelaar, N. A., Flottorp, S. A., & Perry, D. C. (2018). Impact of public release of performance data on the behaviour of healthcare consumers and providers. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2018*(9). https://doi.org/10.1002/14651858.cd004538.pub3

Mukamel, D. B., Haeder, S. F., & Weimer, D. L. (2014). Top-Down and Bottom-Up Approaches to Health Care Quality: The Impacts of Regulation and Report Cards. *Annual Review of Public Health, 35*(1), 477–497. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-082313-115826

Oude Wesselink, S. F., Lingsma, H. F., Ketelaars, C. A. J., Mackenbach, J. P., & Robben, P. B. M. (2015). Effects of Government Supervision on Quality of Integrated Diabetes Care: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Medical Care, 53*(9), 784. https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000399

Pålsson, D., Backe-Hansen, E., Gundersen, T., Kalliomaa-Puha, L., Lausten, M., & Pösö, T. (2024). Licence Loss: Revocations of Residential Care Licences in Four Nordic Countries. *Child & Family Social Work*. https://doi.org/10.1111/cfs.13193

Perraillon, M. C., Konetzka, R. T., He, D., & Werner, R. M. (2019). Consumer Response to Composite Ratings of Nursing Home Quality. *American Journal of Health Economics, 5*(2), 165–190. https://doi.org/10.1162/ajhe_a_00115

Piening, S., Reber, K. C., Wieringa, J. E., Straus, S. M. J. M., de Graeff, P. A., Haaijer-Ruskamp, F. M., & Mol, P. G. M. (2012). Impact of Safety-Related Regulatory Action on Drug Use in Ambulatory Care in the Netherlands. *Clinical Pharmacology & Therapeutics, 91*(5), 838–845. https://doi.org/10.1038/clpt.2011.308

Poldrugovac, M., Amuah, J. E., Wei-Randall, H., Sidhom, P., Morris, K., Allin, S., Klazinga, N., & Kringos, D. (2022). Public Reporting of Performance Indicators in Long-Term Care in Canada: Does it Make a Difference? *Canadian Journal on Aging, 41*(4), 565–576. https://doi.org/10.1017/S0714980821000714

Rogers, S. E. (2022). The Effectiveness of Medical Board Sanctions: A Quantitative Study [D.P.A., Capella University]. In ProQuest Dissertations and Theses. https://www.proquest.com/docview/2771102021/abstract/71C5BF3B57D541CBPQ/1

Rouine, H., McDonnell, F., & Hanafin, S. (2022). Making a Difference: The Impact of Statutory Inspection on the Quality of Early Years Services. *Child Care in Practice, 28*(2), 153-163. https://doi.org/10.1080/13575279.2019.1701410

Sacarny, A., Barnett, M. L., Le, J., Tetkoski, F., Yokum, D., & Agrawal, S. (2018). Effect of Peer Comparison Letters for High-Volume Primary Care Prescribers of Quetiapine in Older and Disabled Adults: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry, 75*(10), 1003–1011. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1867

Sacarny, A., Yokum, D., Finkelstein, A., & Agrawal, S. (2016). Medicare Letters To Curb Overprescribing Of Controlled Substances Had No Detectable Effect On Providers. *Health Affairs, 35*(3), 471–479. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.1025

Sankaran, R., Sukul, D., Nuliyalu, U., Gulseren, B., Engler, T. A., Arntson, E., Zlotnick, H., Dimick, J. B., & Ryan, A. M. (2019). Changes in hospital safety following penalties in the US Hospital Acquired Condition Reduction Program: Retrospective cohort study. *BMJ, 366*, l4109. https://doi.org/10.1136/bmj.l4109

Santa, R., Borrero, S., Ferrer, M., & Gherissi, D. (2018). Fostering a healthcare sector quality and safety culture. *International Journal of Health Care Quality Assurance, 31*(7), 796–809. https://doi.org/10.1108/IJHCQA-06-2017-0108

Sharma, H. (2022). Prevalence and persistency of deficiency citations in Florida assisted living facilities. *Journal of the American Geriatrics Society, 70*(1), 150–157. https://doi.org/10.1111/jgs.17466

Smela, B., Toumi, M., Swierk, K., Francois, C., Biernikiewicz, M., Clay, E., & Boyer, L. (2023). Rapid literature review: definition and methodology. *Journal of Market Access & Health Policy, 11*(1), 1-7. doi:10.1080/20016689.2023.2241234

Smith, Y., & Colletta, L. (2019). Intensive oversight of youth residential treatment: Staff perspectives on the New York State Justice Center for the Protection of People with Special Needs. *Child Abuse & Neglect, 91*, 52–62. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.02.001

Sutherland, K., & Leatherman, S.T. (2006). *Regulation and quality improvement A review of the evidence.* The Health Foundation. https://www.health.org.uk/publications/regulation-and-quality-improvement-a-review-of-the-evidence

Tilbury, C. (2007). The Regulation of Out-of-Home Care. *The British Journal of Social Work, 37*(2), 209–224. https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl012

Ting, C. Y., Loo, S. C., Ting, H., Ang, W. C., & Abd Jabar, A. H. A. (2017). Compliance of Community Pharmacists and Private General Medical Practitioners With Malaysian Laws on Poisons and Sale of Drugs. *Therapeutic Innovation & Regulatory Science, 51*(4), 439–445. https://doi.org/10.1177/2168479017699531

Tricco, A.C., Langlois, E.V., Straus, S.E. (2017). *Rapid reviews to strengthen health policy and systems: A practical guide*. World Health Organization. https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/publications/rapid-reviews-guide/en/

Turco, M., Chalaye, C., Poulard, E., Gocko, C., Neyron, C., Courbon, G., & Berthelot, P. (2014). Evaluating the impact of pluridisciplinary training on proper glove use in hospital. *Médecine et Maladies Infectieuses, 44*(6), 268–274. https://doi.org/10.1016/j.medmal.2014.04.001

Van der Heijden, J. (2021). Risk as an Approach to Regulatory Governance: An Evidence Synthesis and Research Agenda. *Sage Open*, *11*(3), 1-12. https://doi.org/10.1177/21582440211032202

Verhoef, L. M., Weenink, J.-W., Winters, S., Robben, P. B. M., Westert, G. P., & Kool, R. B. (2015). The disciplined healthcare professional: A qualitative interview study on the impact of the disciplinary process and imposed measures in the Netherlands. *BMJ Open, 5*(11), e009275. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009275

Wauters M., & Janssens, P. (2024). *Stroomlijning Handhaving: visiedocument*. Departement Zorg.

Weaver, R. H., Roberto, K. A., Brossoie, N., & Teaster, P. B. (2022). Residents' and Family Perspectives of Involuntary Healthcare Facility Closure and Relocation. *Journal of Elder Policy, 2*(1), 75–102. https://doi.org/10.18278/jep.2.1.4

Weenink, J.-W., Kool, R. B., Hesselink, G., Bartels, R. H., & Westert, G. P. (2017). Prevention of and dealing with poor performance: An interview study about how professional associations aim to support healthcare professionals. International *Journal for Quality in Health Care, 29*(6), 838–844. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx114

Weenink, J.-W., Wallenburg, I., Leistikow, I., & Bal, R. A. (2021). Publication of inspection frameworks: A qualitative study exploring the impact on quality improvement and regulation in three healthcare settings. *BMJ Quality & Safety, 30*(10), 804–811. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-011337

Weske, U., Boselie, P., Van Rensen, E. L. J., & Schneider, M. M. E. (2018). Using regulatory enforcement theory to explain compliance with quality and patient safety regulations: The case of internal audits. *BMC Health Services Research, 18*(1), 62. https://doi.org/10.1186/s12913-018-2865-8

Weske, U., Boselie, P., Van Rensen, E. L. J., & Schneider, M. M. E. (2019). Physician compliance with quality and patient safety regulations: The role of perceived enforcement approaches and commitment. *Health Services Management Research, 32*(2), 103–112. https://doi.org/10.1177/0951484818813324

WHO Regional Office for the Western Pacific. (2006). Enforcement of public health legislation. https://iris.who.int/handle/10665/207513

Wong, C. Y., Surajkumar, S., Lee, Y. V., & Tan, T. L. (2020). A descriptive study of the effect of a disciplinary proceeding decision on medical practitioners' practice behaviour in the context of providing a hydrocortisone and lignocaine injection. *Singapore Medical Journal, 61*(8), 413–418. https://doi.org/10.11622/smedj.2019086

Wood, D. M., Beauvais, B., Sturdivant, R. X., & Kim, F. S. (2024). Evaluating the Effect of Financial Penalty on Hospital-Acquired Infections. *Risk Management and Healthcare Policy, 17*, 2181–2190. https://doi.org/10.2147/RMHP.S469424

Wood, E. (2002). Termination and Closure of Poor Quality Nursing Homes: What Are the Options?

Yoshikawa, Y., Feldhaus, I., Özçelik, E., Hashiguchi, T. C. O., & Cecchini, M. (2021). Financial strategies targeting healthcare providers to promote the prudent use of antibiotics: A systematic review of the evidence. *International Journal of Antimicrobial Agents*, *58*(6), 106446–106446. https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2021.106446