

Persoonsgerichte zorg, regeldruk en regelruimte: van regelreflex naar spiegelreflex

Er bestaat een grote variatie aan formele en informele regels in de zorg die het gedrag van zorgverleners beïnvloeden. Te denken valt aan regels vastgelegd door toezichthouders, verzekeraars, professionele beroepsorganisaties, zorgorganisaties, professionals zelf en de wensen en normen van cliënten en hun naasten. Regels staan in het huidige publieke debat in de zorg veelal in een ongunstig daglicht door de breed gedeelde ergernis over regeldruk. Regeldruk zou het leveren van goede kwaliteit van zorg in de weg staan. Verschillende regels kunnen elkaar tegenspreken, en de grote hoeveelheid aan regels kan ervoor zorgen dat zorgverleners zoveel tijd bezig zijn met administratieve handelingen dat ze onvoldoende aan het daadwerkelijk verlenen van zorg toekomen (Robben et al., 2012; Weggelaar-Janssen et al., 2016).

Bovendien zouden regels reductionistisch werken doordat ze een te beperkte invulling kennen van kwaliteit van zorg en daarmee sturen op de verkeerde dingen. Veel regels leggen bijvoorbeeld de nadruk op patiëntveiligheid waardoor andere belangrijke waarden, zoals persoonsgerichtheid, in de knel kunnen komen. Bij persoonsgerichtheid gaat het om aandacht voor de ander, empathie en het aanpassen van de zorg aan de individuele wensen en behoeften. Om dit mogelijk te maken is ruimte nodig om de zorg aan te passen aan de wensen van patiënten, en die wensen zijn lang niet altijd ingegeven door veiligheid (Van de Bovenkamp et al., 2020; CEG, 2019). Regeldruk is daarmee ook verbonden aan waardenconflicten in de zorg.

Hoewel er vaak in negatieve zin over regels in de zorg wordt gesproken en de oplossing simpel lijkt – regels moeten worden geschrapt – is het ‘probleem’ van regeldruk minder eenduidig dan het lijkt. Zo is niet altijd duidelijk waar regeldruk precies uit bestaat. Pauline Meurs analyseerde eerder dat regeldruk een semantisch sleepnet is geworden; allerlei problemen en irritaties in de zorg worden onder de noemer regel-



DR. HESTER VAN DE BOVENKAMP
Universitair Hoofddocent Erasmus School of Health Policy & Management
Erasmus Universiteit Rotterdam
E-mail: vandebovenkamp@eshpm.eur.nl

DR. ANNEMIEK STOOPENDAAL
Universitair Docent Erasmus School of Health Policy & Management
Erasmus Universiteit Rotterdam
E-mail: stoopendaal@eshpm.eur.nl

DR. MARIANNE VAN BOCHOVE
Universitair Docent Erasmus School of Health Policy & Management
Erasmus Universiteit Rotterdam
E-mail: vanbochove@eshpm.eur.nl

PROF. DR. ROLAND BAL
Hoogleraar Health Care Governance,
Erasmus School of Health Policy & Management
Erasmus Universiteit Rotterdam
E-mail: r.bal@eshpm.eur.nl

druk geschaard (Meurs, 2014). Daarnaast is er een grote hoeveelheid aan formele en informele regels; vele daarvan vervullen een nuttige functie zoals het bijdragen aan goede kwaliteit van zorg, het stroomlijnen van samenwerking en het waarborgen van publieke verantwoording.

De oplossing van het probleem van regeldruk zou daarom niet alleen moeten liggen in het schrappen van regels, maar veeleer in het vinden van passende regels (ibid.). Dit heeft ook te maken met het feit dat, naast het teveel aan regels, er ook regels zijn die als niet passend worden ervaren voor het werk dat zorgverleners moeten uitvoeren. In dat geval leveren regels wel een last op, maar hebben ze geen functie voor de organisatie (Bozeman et al., 2016). Het is echter niet altijd makkelijk om functionele van niet-functionele regels te onderscheiden. Dit heeft te maken met het feit dat regels vaak het werk van actoren in verschillende lagen van het zorgsysteem beïnvloeden. Een regel die voor de ene actor (b.v. een zorgprofessional) als last wordt ervaren kan voor de andere (b.v. de inspectie) van cruciaal belang worden geacht om het werk uit te kunnen voeren.

In ons onderzoek naar regeldruk in de ouderenzorg gebruikten we de concepten ont koppeling en her koppeling om regeldruk beter te begrijpen, inzicht te krijgen in de waarden conflicten die regeldruk oplevert en oplossingsrichtingen in kaart te brengen (Bromley & Powell, 2012; Bree & Stoopendaal, 2018). Ont koppeling ontstaat wanneer het werk zoals dat wordt voorgesteld door regelmakers anders is dan hoe het daadwerkelijk wordt uitgevoerd. Het werk van verschillende actoren sluit dan niet goed op elkaar aan. Zo kan er beleid worden ontwikkeld dat op de werkvloer niet praktisch blijkt te zijn, of er worden regels gemaakt die niet passen bij de dagelijkse zorgverlening. Deze regels zijn dan niet functioneel voor de praktijk, of leveren waarden conflicten op waardoor zij voor regeldruk zorgen. Om iets aan regeldruk te doen is het daarom noodzakelijk om het werk van verschillende actoren (opnieuw) te koppelen.

In dit artikel presenteren we de bevindingen van ons onderzoek naar regeldruk en de zoektocht naar passende regels om persoonsgerichte zorg mogelijk te maken in de ouderenzorg.

Publieke waarden als betaalbaarheid en publieke verantwoording zijn van belang in de discussie rondom regeldruk en de zoektocht naar passende regels

Methoden

Om inzicht te krijgen in het thema persoonsgerichte zorg, regeldruk en regelruimte hebben we onderzoek gedaan in vier ouderenzorginstellingen die binnen het programma Waardigheid en Trots aan de slag zijn geweest om het thema regeldruk aan te pakken en zo meer persoonsgerichte zorg mogelijk te maken. We hebben in deze instellingen onderzoek gedaan door middel van interviews (n=28) met zorgverleners, teamcoaches, kwaliteitsmedewerkers, projectleiders, cliëntvertegenwoordigers en bestuurders. Daarnaast voerden we observaties uit van de dagelijkse zorgverlening en bijeenkomsten over het thema regeldruk. Tijdens deze observaties voerden we ook gesprekken met zorgverleners en andere aanwezigen bij de bijeenkomsten.

Naast het onderzoek in de instellingen hebben we semigestructureerde interviews (n=11) gehouden met actoren in het brede veld van ouderenzorg die te maken hebben met het thema regeldruk en regelruimte, zoals externe toezichthouders. Daarnaast

hebben we een aantal nationale bijeenkomsten over het thema regeldruk in de ouderenzorg geobserveerd. Van deze observaties zijn uitgebreide observatieverslagen gemaakt, de interviews zijn verbatim uitgewerkt, welke vervolgens zowel deductief als inductief zijn geanalyseerd. Meer informatie over de methoden is te vinden in Van de Bovenkamp et al. (2018) en Van de Bovenkamp et al. (2020).

Resultaten

Uit onze resultaten komt naar voren dat regeldruk, zoals ook in de literatuur is beschreven, deels is gelinkt aan werkdruk. Als zorgverleners het idee hebben dat ze tijd te kort komen voor het verlenen van zorg worden regels al snel als beknellend ervaren, zeker als daar administratielast bij komt kijken. Wanneer de functie van deze regels ook nog onduidelijk is, wordt regeldruk ervaren. Concrete voorbeelden van regeldruk die worden genoemd zijn administratie rondom zorgleefplannen, het dagelijks meten van de temperatuur van de koelkast, het stickeren van etenswaar, het dagelijks bijhouden van voedings- of defaecaatielijsten of het wekelijks wegen van bewoners.

Weet je, waar ik tegenaan loop zijn die algemeen geldende regels voor iedereen. Dat je een MDO maakt en dan moet standaard een valrisico-formulier en zo'n medicatie-formulier ingevuld worden. Dat ik denk van: ja, waarom moet dat, waarom moet alles zo dichtgetimmerd worden? En iemand die gewoon prima elke dag poept, waarom moet ik standaard een poeplijst voor een verpleeghuisbewoner bijhouden? (zorgverlener)

Veel regels die met goede bedoelingen zijn geïntroduceerd hebben gedurende de tijd een bureaucratische invulling gekregen. Het zorgleefplan bijvoorbeeld diende ooit om persoonsgerichte zorg mogelijk te maken, maar wordt op veel plekken inmiddels als een 'moetje' gehanteerd. Er is dan sprake van doel-middelverwisseling, waarmee de regel volgen een doel op zich wordt. Deze vorm van ont koppeling komt veel voor en leidt tot frustratie bij zorgverleners.

Of een regel al dan niet als functioneel wordt ervaren hangt samen met ideeën over kwaliteit van zorg. Zoals hierboven al aangegeven wordt er in de huidige zorg veel nadruk op veiligheid gelegd. Waarvoorheen de nadruk lag op het voorkomen van medisch vermijdbare fouten, is daar steeds meer bescherming tegen risico's van het dagelijks leven bijgekomen. In de ouderenzorg valt te denken aan vallen, ondervoeding en verdwalen (CEG, 2019). Dit vertaalt zich in de praktijk in vraagstukken rondom hoe een kamer van een bewoner er uit mag zien (mag er een vloerkleedje

op de grond?), hoe warm er mag worden gedoucht, wat mag worden gegeten (mag het vaak bediscussieerde zachtgekookte eitje nog?) en of bewoners de vrijheid hebben om naar buiten te gaan. Deze vragen zagen we ook terug in de door ons onderzochte organisaties. We zagen hierin dilemma's van het samenbrengen van 'thuis' en 'verplegen' in het verpleeghuis. Private activiteiten ('thuis') worden dan beoordeeld vanuit een publieke ('verpleeg') bril, hetgeen frictie oplevert.

Naasten spelen ook een rol bij deze waardenafwijkingen. Informele regels bestaande uit sociale normen van naasten kunnen ook dilemma's opleveren voor zorgverleners en hen voor hun gevoel verhinderen persoonsgerichte zorg te leveren. Zo vindt familie het soms belangrijk dat bewoners meedoen aan activiteiten terwijl bewoners daar niet altijd zin in hebben. Familie hecht er in andere gevallen sterk aan dat bewoners er netjes uitzien, terwijl dat in de dagelijkse gang van zaken niet altijd de prioriteit van zorgverleners en bewoners heeft.

Als ze [familieleden] altijd om half 2 komen en ze [bewoners] hebben net lekker gegeten maar willen geen slab en de blouse is weer vies, dan is het van 'mijn moeder loopt de hele dag met een vieze blouse.' (bestuurder)

Om tot passende regels te komen is discussie over goede zorg tussen de betrokken partijen van belang. Dit geldt ook voor partijen die actief zijn op verschillende niveaus in de zorg: zorgverleners, managers en externe partijen zoals toezichthouders. Op deze manier kan het werk van de verschillende actoren aan elkaar worden gekoppeld. We zagen daar verschillende voorbeelden van in de door ons onderzochte organisaties. Twee organisaties experimenteerden bijvoorbeeld met een Kafka of rode 'knop': online platforms waar zorgpersoneel een melding kon doen van problematische regels. Deze meldingen werden opgevolgd door een onderzoek naar de betreffende regel door kwaliteitsmedewerkers of managers en de bevindingen werden teruggekoppeld naar, en besproken met, de medewerkers. In sommige gevallen betekende dit dat een regel kon worden geschrapt. In andere gevallen werd de functie van de regel bediscussieerd en werd geconcludeerd dat deze wel degelijk nut heeft voor goede kwaliteit van zorg, al dan niet in aangepaste vorm. Een voorbeeld hiervan is de regel dat bewoners iedere maand gewogen moesten worden. Voor zorgverleners was dit erg arbeidsintensief en niet alle bewoners vonden het prettig om zo vaak gewogen te worden. Een analyse van de regel liet zien dat deze voortkwam uit een protocol dat voorschreef dat bewoners periodiek

Waardenafwijkingen in de praktijk vinden juist ook plaats in de zorgrelatie tussen bewoners, zorgverleners en naasten

gewogen moeten worden. Dit hoefde echter niet iedere maand te gebeuren. Op basis hiervan werd besloten bewoners één keer in de drie maanden te wegen tenzij er aanleiding is voor meer controle. Ook deze nieuwe regel zorgde voor debat omdat zorgverleners ook de functie van deze regel bevroegen. Door in gesprek te gaan over deze nieuwe regel werd het nut ervan voor de kwaliteit van zorg verhelderd. Het veranderen van een regel in een passende regel vereist dus discussie tussen de verschillende betrokken partijen over de functionaliteit ervan. Door deze discussie te voeren vindt ook een herkoppeling plaats van het werk van de verschillende betrokkenen.

Herkoppeling kan ook plaatsvinden tussen verschillende lagen in de organisatie en externe partijen. Het kwaliteitsinstrument Beelden van Kwaliteit is hier een voorbeeld van. Dit instrument maakt gebruik van etnografische observaties van de zorgverlening. Deze observaties worden gebruikt om een discussie over kwaliteit van zorg op gang te brengen in een panel met de zorgteams, managers en andere interne (bestuurders, vertegenwoordigers van cliëntenraden, interne toezichthouders) en externe partijen (verzekeraars, externe toezichthouders, beleidsmakers). Op deze manier kan gezamenlijk worden gediscussieerd over kwaliteit van zorg en kan daar tegelijkertijd verantwoording over worden afgelegd. In een van de discussies in het panel ging het over de informele regel dat er 'reuring moet zijn' in het verpleeghuis om een gezellige sfeer zoals thuis te creëren. Uit de observaties bleek echter dat bewoners hier geen behoefte aan lijken te hebben:

Er zitten drie dames aan de tafel in de huiskamer. Ze dommelen wat of kijken voor zich uit. Het is stil in de huiskamer. Willeke, een van de zorgverleners, zegt later: "Het is hier erg rustig. De mensen willen niets. Ze zitten maar te zitten en voor zich uit te staren. Soms voel ik me wel schuldig en vraag ik me af of ik mijn werk wel goed doe. Maar we hebben al zo veel aangeboden. We deden elke vrijdag gym. Tot er een zei, ik kom niet meer. De keer daarop wilde niemand meer meedoen." (Observaties Kwaliteit van Zorg)

Deze observatie leidde tot discussie in het panel, waaruit bleek dat de leden geneigd waren vanuit hun eigen gezonde en jongere perspectief naar kwaliteit van

zorg te kijken. Door dat te verhelderen werd duidelijk dat dit perspectief weleens anders kan zijn dan dat van bewoners met dementie. In gezamenlijkheid werd gezocht naar een ander idee van kwaliteit van zorg, waarin het activeren van bewoners ook gezocht werd in korte gesprekjes, niet alleen in het samen koken en het spelen van spelletjes.

Deze voorbeelden laten de mogelijkheden zien om het werk van verschillende actoren te herkoppelen om zo tot passende formele en informele regels te komen. Interessant is dat ook deze experimenten niet vrij waren van het gevaar van nieuwe regeldruk. De neiging bestond om de nieuwe manier van werken vast te leggen in strakke regels. Zo ontstond er discussie over wat er wel en niet mag worden gemeld bij de Kafka knop, wat de intentie van de interventie ondermijnt. Zo leidt ook deregulering soms weer tot nieuwe regels.

Blijvend reflecteren is van belang omdat er steeds weer nieuwe problemen en regels ontstaan die problemen op kunnen leveren

Discussie

Achter het probleem van regeldruk gaat een complexe wereld schuil. Er is een veelheid aan regels in de zorg. Deze hoeveelheid wordt vaak bediscussieerd en gezien als belangrijke oorzaak van regeldruk. De regels worden gemaakt door verschillende partijen, vaak met goede intenties om publieke waarden in de zorg zoals kwaliteit, veiligheid, betaalbaarheid en verantwoording te borgen. Sommige regels worden ook als functioneel ervaren om goede zorg te leveren. Regels zijn dan ook noodzakelijk om de zorg te laten functioneren. Van andere regels wordt de functionaliteit echter bevraagd. Dit kan zijn omdat deze niet passend zijn voor de werkpraktijk, maar het kan ook zijn dat regels hun functie na verloop van tijd verliezen; sommige regels “are ‘born bad’ while others may have ‘gone bad’” (Bozeman in Brewer & Walker 2010, p. 418). Naast de hoeveelheid van regels, is dit gebrek aan ervaren functionaliteit een belangrijke oorzaak van regeldruk in de praktijk.

Een oorzaak van het als niet functioneel of niet passend ervaren van regels op de werkvloer kan ont koppeling zijn van het werk van verschillende actoren (Bromley & Powell, 2012; De Bree & Stoopendaal, 2018). Ontkoppeling kan plaatsvinden tussen actoren in verschillende lagen van de organisatie maar ook tus-

sen zorgorganisaties en externe actoren, zoals toezicht-houders. Een belangrijke bron van niet passende regels is doel-middelverwisseling, waarbij het volgen van de regel een doel op zich wordt. De voorbeelden van herkoppeling (De Bree & Stoopendaal, 2018) in ons onderzoek laten de zoektocht zien naar meer passende regels die rekening houden met de complexiteit van zorg van alledag door te reflecteren op de onderliggende waarden van zorg en waar deze mogelijk botsen. Verschillende waarden kunnen daarbij een rol spelen. Zo kan veiligheid staan tegenover het persoonsgerichter maken van zorg en de invulling daarvan die past bij de wensen van bewoners. Zoals we eerder opmerkten is kwaliteit van zorg en het belang van persoonsgerichte zorg niet de enige waarde in de zorg. Hoewel we ons in ons onderzoek concentreerden op hoe regeldruk en persoonsgerichte zorg aan elkaar gelinkt zijn, moet opgemerkt worden dat andere publieke waarden als betaalbaarheid en publieke verantwoording evenzeer van belang zijn in de discussie rondom regeldruk en de zoektocht naar passende regels. We zagen echter ook dat als externe partijen aansluiten bij deze discussies, zoals in het geval van Beelden van Kwaliteit, deze discussies over kwaliteit van zorg samen kunnen gaan met het afleggen van verantwoording daarover. Op deze manier krijgt de publieke waarde van verantwoording ook een meer functioneel karakter voor de zorgpraktijk.

Herkoppeling kan georganiseerd worden door het creëren van ‘comfort zones’, waar reflectie op kwaliteit van zorg kan plaatsvinden (Perezts & Picard, 2014). Onderdeel van deze reflecties zou moeten zijn wat de bron en de functie van een regel is en deze te bediscussieren met alle partijen die gelinkt zijn aan deze regel. Daarnaast zou moeten worden bediscussieerd hoe deze regel zich verhoudt tot andere, informele en formele, regels van en voor zorgverleners. Om het doel van persoonsgerichte zorg te bereiken is het van belang om de wensen van bewoners mee te nemen in discussies over passende regels. De voorbeelden in dit artikel laten zien dat zij een andere invulling aan persoonsgerichte zorg kunnen geven dan zorgverleners dat doen. We zagen ook dat informele regels, zoals sociale normen van naasten, een rol spelen. Het is daarom van belang om ook hen te betrekken. Waardenafwegingen in de praktijk vinden juist ook plaats in de zorgrelatie tussen bewoners, zorgverleners en naasten en het is belangrijk om daar samen op te reflecteren (zie ook: [Onderzoek: Als je het ons vraagt](#)). We zagen bovendien dat het probleem van regeldruk verbonden is aan werkdruk. Als de ervaren werkdruk hoog is, wordt tijd die niet besteed kan worden aan directe zorgverlening al snel als niet functioneel ervaren. De factor werkdruk zou

dan ook meegenomen moeten worden in discussies over passende regels.

De discussies die plaatsvinden in het geval van de Rode en Kafka knop en Beelden van Kwaliteit kunnen als voorbeelden van herkoppeling gezien worden. De toegevoegde waarde van dit soort sessies ligt in het feit dat ze zowel het debat over goede kwaliteit van zorg stimuleren als de discussie over welke rol de verschillende actoren kunnen spelen om dit mogelijk te maken. Een nadeel van deze sessies kan zijn dat ze tijd vragen van zorgverleners die al werkdruk ervaren. Onze resultaten laten echter zien dat ze als positief worden ervaren, omdat zorgverleners zich gehoord en gesteund voelen. Ook al wordt een regel niet afgeschaft of veranderd, dan nog kan het bediscussiëren ervan van toegevoegde waarde zijn omdat het wederzijds begrip kan kweken en ervaren regeldruk kan verminderen.

Hoewel alle actoren in de zorg en daarbuiten het probleem van regeldruk erkennen, zagen we ook in onze studie de dominante reflex om weer nieuwe regels te bedenken die niet functioneel blijken te zijn voor het doel van de organisatie en zo nieuwe regeldruk opleveren. Deze reflex is eerder wel beschreven als algemene maatschappelijke paradox (Ten Bos, 2015). Een succesvolle aanpak van het probleem van regeldruk vereist daarmee continue aandacht van beleidsmakers, managers en zorgprofessionals.

Conclusie

Regeldruk in de gezondheidszorg is een actueel probleem dat is gelinkt aan waardendiscussies over goede kwaliteit van zorg. Om het probleem van regeldruk te verminderen zou de discussie zich niet zozeer moeten focussen op minder regels maar op het zoeken naar passende regels (Meurs, 2014). Reflectie op en discussie over kwaliteit van zorg is daarom noodzakelijk om het werk van verschillende actoren aan elkaar te koppelen. Blijvend reflecteren is daarbij van belang omdat er steeds weer nieuwe problemen en regels ontstaan die problemen op kunnen leveren. Daarom ons pleidooi voor een verschuiving van een regelreflex naar een spiegelreflex.

Literatuur

- Bos R ten. Bureaucratie is een inktvis. Amsterdam: Uitgeverij Boom, 2015.
- Bovenkamp HM van de, Stoopendaal A, Bochove M van & Bal R. Tackling the problem of regulatory pressure in Dutch elderly care: the need for recoupling to establish functional rules. *Health Policy* 2020; 124 (3): 275-281.
- Bovenkamp HM van de, Stoopendaal A, Bochove M van, Hoogendijk H & Bal R. Persoonsgerichte zorg, Regeldruk en Regelruimte: van Regelreflex naar Spiegelreflex. Rotterdam: ESHPM, 2018.
- Bozeman B & Anderson DM. Public policy and the origins of bureaucratic red tape: implications of the Stanford yacht scandal. *Administration & Society* 2016; 48: 736-759.

- Bree M de & Stoopendaal A. De- and Recoupling and Public Regulation. *Organization Studies* 2018; 41: 5, 599-620.
- Brewer G & Walker R. Explaining variation in perceptions of red tape: professionalism marketization model. *Public Administration* 2010; 88: 418-438.
- Bromley P & Powell W. From smoke and mirrors to walking the talk: decoupling in the contemporary world. *The Academy of Management Annals* 20126 (1): 483-530.
- Centrum voor Ethiek en Gezondheid. Veilige zorg goede zorg? Signalering Ethiek en Gezondheid 2019/1. Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid, 2019.
- Meurs P. Van regeldruk naar passende regels. Vertrouwen, veerkracht, verantwoordelijke vrijheid. Den Haag, Raad voor Maatschappelijke ontwikkeling, 2014.
- Perezts M & Picard S. Compliance or comfort zone? The work of embedded ethics in performing regulation. *Journal of Business Ethics*; 2014: 131, 833-852.
- Robben P, Bal R & Grinten T van der. Overheidstoezicht door de Inspectie van de Gezondheidszorg. Webpublicatie nr. 62. Den Haag, WRR, 2012.
- Weggelaar-Jansen AM, Bovenkamp H van den & Bal R. (2016). Zand in de kwaliteitsmachine. Overvloed aan indicatoren leidt tot frustraties, niet tot betere zorg. *Medisch Contact* 2016; 15: 36-38.

SAMENVATTING

Regeldruk in de zorg is een breed gedeelde ergernis die verbonden is aan waardenconflicten. Dit komt doordat regels vaak een te beperkte invulling kennen van kwaliteit van zorg en daarmee sturen op de verkeerde dingen. Op basis van ons onderzoek naar regeldruk en regelruimte in de ouderenzorg pleiten we voor een verschuiving van een regelreflex naar een spiegelreflex. Om regeldruk op te lossen wordt vaak gepleit voor het schrappen van regels. Maar er moet ook gezocht worden naar passende regels. Hier is blijvende reflectie op en discussie over kwaliteit van zorg door verschillende actoren voor nodig. Een dergelijke spiegelreflex draagt bij aan het herkoppelen van het werk van verschillende actoren die actief zijn op verschillende niveaus in de zorg, waaronder zorgverleners, managers en externe partijen zoals toezichhouders. Trefwoorden: *Regeldruk, passende regels, waardendiscussies*

SUMMARY

Regulatory pressure is a widely recognised problem in healthcare which is related to value conflicts. These conflicts are the result of the fact that rules are often informed by a too limited conceptualization of quality of care. Based on our study on regulatory pressure in Dutch elderly care we propose a shift from a regulatory reflex to a reflex of reflection. The solution to the problem of regulatory pressure is often sought in doing away with rules. However, a focus is also needed on establishing functional rules. For this, continuous reflection and discussion on quality of care is needed in order to recouple the work of the different actors active on different levels of the healthcare system; amongst which professionals, managers and external parties such as regulators.