

# Rebellerende zorgprofessionals

## Improviseren met regels, passie en verantwoording

*Iris Wallenburg, Hester van de Bovenkamp, Anne Marie Weggelaar-Jansen & Roland Bal\**

### Inleiding

Regeldruk is een breed gedeelde ergernis in de publieke sector. Regeldruk zou professionals – van de leraar tot de politieagent – verhinderen hun ‘echte werk’ te doen omdat administratieve verplichtingen of protocollen dit werk in de weg zitten (Terpstra & Kort, 2017; Torenvlied & Akkerman, 2012). Ook in de gezondheidszorg, de sector waar we ons in dit artikel op richten, is er discussie over regeldruk. Regeldruk zou de kwaliteit van de geleverde zorg verminderen en maakt het zorgverleners lastig om zorg af te stemmen op de individuele wensen en behoeften van patiënten en bewoners (Berwick, Loehrer & Gunther-Murphy, 2017; Van de Bovenkamp e.a., 2020). Bewegingen als ‘het roer gaat om’ of ‘maatwerkplan snappen of schrappen’ ijveren voor minder regels en meer handen aan het bed. Een streven dat het afgelopen Covid-jaar kracht is bijgezet door het probleem van een nijpend tekort aan zorgpersoneel.

De oplossing voor het probleem van regeldruk lijkt eenvoudig; als regels worden geschrapt, hebben professionals meer tijd om te doen ‘waar het eigenlijk om gaat’. De afgelopen jaren zijn allerhande initiatieven genomen om van regels af te komen; te denken valt aan ‘(ont)regel de zorg’ en hieraan gelieerde schrapsessies. In de praktijk blijkt het schrappen van regels echter weerbarstig. Dit heeft deels te maken met het feit dat regels belangrijk zijn voor het functioneren van organisaties en het waarborgen van publieke waarden, zoals kwaliteit van zorg. Het gevoel van regeldruk ontstaat bij professionals als niet duidelijk is hoe de regel van invloed is op het behalen van de doelen van de organisatie, maar de regel wel voorkomt dat medewerkers goede zorg kunnen leveren of adequaat hun werk kunnen doen (Bozeman & Anderson, 2016). De ingewikkeldheid daarbij is dat een regel voor de ene partij van cruciaal belang is om haar doelen te behalen (bijvoorbeeld een medische of verpleegkundige beroepsvereniging die door het instellen van een indicator een bepaald aspect van de zorg wil verbeteren, zoals het terugdringen van postopera-

\* Dr. Iris Wallenburg is universitair hoofddocent, sectie Health Care Governance, Erasmus School of Health Policy & Management aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Dr. Hester van de Bovenkamp is universitair hoofddocent, sectie Health Care Governance, Erasmus School of Health Policy & Management aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Dr. Anne Marie Weggelaar-Jansen, MCM is universitair docent, sectie Health Services Management and Organization, Erasmus School of Health Policy & Management aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Prof.dr. Roland Bal is hoogleraar beleid en bestuur van de gezondheidszorg, sectie Health Care Governance, Erasmus School of Health Policy & Management aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

tieve pijn), en door de ander juist als last kan worden ervaren (eindeloos scorelijstjes moeten invullen die de zorgverlener weg van het bed van de patiënt houdt). Om iets te doen aan het probleem van regeldruk wordt daarom gepleit om niet alleen discussie te voeren over het verminderen van regels, maar op zoek te gaan naar *passende regels* die rekening houden met het werk van verschillende actoren en de verschillende publieke waarden die daarin centraal staan (Meurs, 2014).

In dit artikel onderzoeken we hoe rebellen een bijdrage kunnen leveren aan passende regels in de zorg. Rusinovic e.a. (2020) hebben recentelijk laten zien dat verantwoorde rebellie ertoe kan leiden dat nieuwe vormen van wonen en zorg ontstaan waarbij op een creatieve manier met regels wordt omgegaan om 'goed te kunnen doen'. Zij definiëren rebellen als 'actoren die zich identificeren met, en zich committeren aan hun organisaties en daarbij een zekere mate van flexibiliteit en innovativiteit toepassen die hen in staat stelt om alternatieve institutionele oplossingen te vinden om goed te doen' (p. 2, vertaald uit het Engels). In Engeland, waar een gelijksoortige veranderbeweging is ingezet, spreekt Helen Bevan in dit kader van 'healthcare radicals'. Dit zijn actoren die 'de boel opschudden' door met alternatieve strategieën te komen, maar daarbij hun zorgorganisaties wel trouw blijven: 'rocking the boat and staying into it' (Bevan, 2013). Rebellen lijken bij uitstek personen of groepen die niet-functionele en niet-passende regels in het vizier hebben en manieren vinden om die regels passend te maken (Välrikangas & Carlsen, 2019). In dit artikel onderzoeken we hoe rebellen in de zorg vormgeven aan goede zorg, hoe ze daarbij met regels omgaan en hoe ze zich daarover verantwoorden. We baseren ons op een etnografisch onderzoek naar rebellen in de zorg, uitgevoerd in drie ziekenhuissettings. De centrale vraag van het artikel luidt: *Hoe geven zorgrebellenvorm aan kwaliteit van zorg, hoe gaan ze daarbij om met regels en wat kunnen we hiervan leren voor de zoektocht naar passende regels?*

Het artikel is als volgt opgebouwd: In de volgende paragraaf schetsen we het theoretisch raamwerk van waaruit we de empirische bevindingen beschouwen. We maken daarbij gebruik van de literatuur over regeldruk en over rebellie in organisaties. Hierbij ligt de nadruk op alternatieve handelingsvormen die bijdragen aan goede dienstverlening. Vervolgens beschrijven we de onderzoeksmethoden en de onderzoeksresultaten, waarbij we inzoomen op hoe rebellen de zorg organiseren en vormgeven, en hoe ze daarbij omgaan met bestaande regels, standaarden en protocollen, en hoe ze zich daarover verantwoorden. We staan in de conclusie ten slotte stil bij de vraag wat we van dit werk kunnen leren voor de zoektocht naar passende regels.

## Regeldruk

Regels in zorgorganisaties zijn er in verschillende soorten en maten, en ze sturen het handelen van individuen in de organisatie. Regels zijn gebaseerd op zowel formele als informele normen en kunnen zowel 'intern' als 'extern' zijn opgelegd (Brewer & Walker, 2010). Zo schrijven richtlijnen van wetenschappelijke verenigingen voor hoe artsen in specifieke situaties dienen te handelen om goede kwaliteit van

medische zorg te waarborgen. Andere richtlijnen zijn erop gericht samenwerkingsafspraken tussen zorgverleners te stroomlijnen, zoals de integrale geboortestandaard. De normen van toezichthouders zoals de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) bevatten op hun beurt regels over geleverde kwaliteit van zorg waarover verantwoording moet worden afgelegd, zodat de IGJ die kan controleren. Regels kunnen daarmee publieke waarden zoals transparantie, integratie en kwaliteit van zorg waarborgen (Braithwaite, 2001; Brewer & Walker, 2010).

Regeldruk ontstaat als regels niet (meer) bijdragen aan het doel van de organisatie, en de naleving ervan als last wordt ervaren (Bozeman & Anderson, 2016). Het gaat bij regeldruk dus niet om de regels an sich, maar om regels die als niet-passend worden ervaren of waarvan het doel onduidelijk is. Het kan ook zijn dat een regel wel een doel heeft gediend, maar dat dit veranderd is door veranderende omstandigheden. In de publicmanagementliteratuur wordt het mechanisme van het volgen van een regel die als niet passend wordt ervaren *means-end decoupling* genoemd. Het volgen van de regel wordt dan een zelfstandig doel (Bromley & Powell, 2012).<sup>1</sup> Of een regel al dan niet functioneel of passend is, is echter niet altijd eenduidig vast te stellen. Dit hangt af van het perspectief; voor de een kan een regel van belang zijn voor het uitvoeren van de professionele of functionele rol (bijvoorbeeld de verantwoordingsregels die worden opgesteld door de inspectie om veilige zorg te garanderen, of een bestuurder die de geleverde kwaliteit van zorg in de organisatie wil monitoren), terwijl het nut ervan door de andere partij wordt betwist (de individuele zorgverlener die de regel niets vindt toevoegen aan de daadwerkelijke zorg). Dit verschil in beoordeling heeft onder andere te maken met de taakopvatting van de actor en de publieke waarden die daarin centraal staan. Bij toezichthouders en bestuurders staat publieke verantwoording bijvoorbeeld scherper op het vizier dan bij zorgverleners. Daarnaast is de invulling van die publieke waarden niet eenduidig. Een bijdrage leveren aan goede kwaliteit van zorg staat voor alle actoren hoog in het vaandel, maar wat daar precies onder wordt verstaan, kan variëren tussen verschillende zorgprofessionals, tussen zorgprofessionals en patiënten, en tussen zorgprofessionals en bestuurders en toezichthouders. Bovendien is kwaliteit van zorg deels afhankelijk van de specifieke situatie van een patiënt (Oldenhof & Bal, 2016; Van de Bovenkamp e.a., 2020). Het is dan ook lastig een helder onderscheid te maken tussen passende en niet passende regels. In de literatuur wordt recentelijk gesproken over het belang van *re-coupling* (bijvoorbeeld De Bree & Stoopendaal, 2020). Herkoppeling van regels ontstaat als de verschillende partijen betrokken bij bepaalde regels in gesprek gaan over de passendheid daarvan en indien nodig de regels aanpassen om ze meer passend te maken.

## Rebellen en regeldruk

Om niet-passende regels te identificeren en alternatieven daarvoor in kaart te brengen kijken we nader naar rebellen in de zorg. Helen Bevan heeft het over *healthcare radicals*: zorgprofessionals die zich niet netjes aan de regels houden als die regels niet bijdragen aan goede zorg (Bevan, 2013). In de organisatie- en managementliteratuur over kwaliteit van zorg is de laatste jaren steeds meer aandacht

voor positieve deviantie (Singhal & Bjurström, 2015). Dit gaat over (groepen van) zorgprofessionals die op een creatieve en positieve manier afwijken van het gangbare. Afwijken wordt hierbij geassocieerd met een streven naar 'het goede' in plaats van de meer klassieke benadering van afwijken als potentieel schadelijk voor de organisatie (wat wordt aangeduid met de term *organizational wrongdoing* (zie Palmer, 2012)). De positieve deviantieliteratuur gaat ervan uit dat kennis over 'wat werkt' beschikbaar is in praktijken die goed of zelfs buitengewoon presenteren, en dat daar breder van kan worden geleerd (Bradley e.a., 2009; Morrison, 2006). Die plekken waar men 'het anders doet' zijn daarbij belangrijk en worden gebruikt zodat anderen daarvan kunnen leren. De positieve deviantieaanpak wordt omschreven als reflexief en gericht op innovatie door het creëren van fysieke, sociale en symbolische ruimtes om 'anders' en 'beter' te (leren) handelen (Singhal & Bjurström, 2015).

Wat goed is staat daarbij niet op voorhand vast, maar is de uitkomst van gezamenlijk experimenteren en zingeving (Meyerson, 2008). Rebelle heeft bovendien niet alleen gevolgen voor het werk van de betrokken individuen, maar kan ook leiden tot institutionele verandering. In een recente publicatie spreken Välikangas en Carlsen (2019) over 'minor rebellion', waarbij institutionele verandering wordt gedreven door drie parallelle processen: 'minor world making', 'minor creating' en 'minor inquiring'. *Minor world making* gaat over het vestigen van een eigen groep of netwerk buiten de gevestigde orde die gezamenlijk een bepaald belang nastreven. *Minor creating* gaat over het gaandeweg aannemen of aanleren van een bepaalde groepsstijl met bijbehorende symbolen, iets wat in de literatuur ook wordt aangeduid als het creëren van (klinische) microsystemen (Nelson e.a., 2002). Deze microsystemen zijn (tijdelijke) samenwerkingsverbanden die zich organisch ontwikkelen en adaptief zijn aan hun omgeving. *Minor inquiring*, ten slotte, betreft het problematiseren en bevragen van de dominante orde, terwijl tegelijkertijd een alternatieve benaderingswijze wordt ontwikkeld. Rebellen, zo stellen Välikangas en Carlsen, zijn institutionele 'change agents' omdat zij de gevestigde orde kritisch bevragen en hier een alternatief tegenoverstellen.

In de literatuur bestaan verschillende visies op hoe lessen kunnen worden geleerd van het werk van rebellen en hoe zij daarmee hun rol als *change agents* zouden kunnen vervullen. Literatuur over positieve deviantie en de eerdergenoemde *quality radicals* bijvoorbeeld gaat niet uit van grote, planmatige transities. De nadruk wordt gelegd op dagelijkse routines, zoals het aanpassen van een protocol dat snel en effectief handelen in de weg zit. Daarbij is tegelijkertijd wel de veronderstelling dat deze kleine veranderingen een bredere transitie- en cultuurverandering kunnen genereren. Geleerde lessen zouden bovendien overdraagbaar en 'uitrolbaar' zijn. Dus waar aan de ene kant aandacht wordt geschonken aan gesitueerd handelen ('bottom-up'), wordt aan de andere kant uitgegaan van de generaliseerbaarheid van deze praktijken door standaardisering ('top-down'). Justin Waring merkt daarbij op dat hiermee het gevaar voor de kwaliteitsmachinerie van controleren en prestatie management op de loer ligt, waarmee de nadruk op deviantie juist wordt ondermijnd (Waring, 2013). Diverse auteurs (Bal, Van de Bovenkamp & Wallenburg, 2019; Liberati e.a., 2019; Mesman, 2012) leggen daarom de nadruk op het

belang van het 'doen' van kwaliteit van zorg: kwaliteit is dan minder een standaard waaraan moet worden voldaan als een emergente praktijk van experimenteren, collectieve kennisvergaring en 'on the job learning' (Jerak-Zuiderent, 2012). Ook hier kan breder van worden geleerd; niet door het uitrollen van nieuwe regels, maar door het delen van ervaringen en het vertellen van verhalen waarin de gesitueerdheid van het gebruik van regels een centrale rol heeft. Jerak-Zuiderent (2012) spreekt van 'generatieve verantwoording', waarbij het kunnen vertellen over de praktijk door professionals kan bijdragen aan het afleggen van verantwoording over hun werk en aan het verbeteren van de kwaliteit van die praktijk doordat het reflectie op die praktijken op gang brengt. Een dergelijke benadering is bovendien minder gericht op het identificeren en verspreiden van lokale vernieuwingen, maar op het versterken van een bepaalde manier van handelen.

In dit artikel gaan we nader in op deze link tussen rebellen en de zoektocht naar passende regels. We kijken daarbij vooral vanuit het perspectief van zorgverleners in de ziekenhuiscontext. We onderzoeken hoe drie groepen van zorgrebellens kwaliteit van zorg 'doen' en hoe zij omgaan met regels en normen over kwaliteit. Daarbij onderzoeken we of en hoe zorgrebellens verschillende publieke waarden en verschillende ideeën over kwaliteit van zorg in acht nemen en hoe ze zich daarover verantwoorden. We doen dit aan de hand van een etnografisch onderzoek dat we hebben verricht naar rebellen in de zorg (Bal, Weggelaar & Wallenburg, 2018). De onderzoeksmethodologie wordt in de volgende paragraaf kort toegelicht.

## Onderzoeksopzet

Het onderzoek betreft een exploratieve etnografische studie van drie casestudies naar drie klinische groepen in drie verschillende typen ziekenhuizen (academisch, topklinisch, algemeen). De ziekenhuizen zijn geselecteerd op basis van inspectierapporten, ranglijsten gebaseerd op landelijke indicatoren en goede reputatie op het gebied van kwaliteit van zorg in het veld. Binnen deze ziekenhuizen hebben we een bestuurder, een lid van de medische staf, het hoofd kwaliteitsbureau en een lid van de verpleegkundige adviesraad (VAR) of een verpleegkundig bestuurder geïnterviewd over rebelse zorg. Daarbij was het opvallend dat zij meestal niet bekend waren met het concept, maar vaak wel meteen begrepen wie we ermee bedoelden in hun ziekenhuis en ook konden uitleggen waarom. Door deze vraag voor te leggen kregen we een beter beeld van de betreffende groepen en van het perspectief van de geïnterviewden op rebelse zorg.<sup>2</sup> De aangewezen afdelingshoofden stemden allen in om aan het onderzoek mee te werken. De geselecteerde afdelingen betreffen een afdeling voor infectieziekten in een academisch ziekenhuis ('Ziekenhuis A'), een neonatologieafdeling in een topklinisch ziekenhuis ('Ziekenhuis B') en een dialyseafdeling in een algemeen ziekenhuis ('Ziekenhuis C').

**Tabel 1** *Empirische dataverzameling.*

	<b>Interviews ronde 1</b>	<b>Interviews gedurende de observatieperio- de</b>	<b>Interviews ronde 2</b>	<b>Focusgroep</b>
Ziekenhuis A	Bestuurder, verpleegkundig directeur, voorzitter medische staf, afdelingshoofd kwaliteit, verpleegkundig manager	Verpleegkundig manager, senior verpleegkundige, afdelingsverpleegkundigen (4), kwaliteitsmanager	Bestuurder, verpleegkundig directeur, voorzitter medische staf, afdelingshoofd kwaliteit, voorzitter incidentencommissie	
Ziekenhuis B	Bestuurder, voorzitter VAR, lid VAR, voorzitter medische staf, afdelingshoofd kwaliteit, arts kwaliteitscommissie	Verpleegkundig manager, medisch manager, artsen (2), verpleegkundig specialist, verpleegkundigen (2), technisch deskundige		Bestuurder, verpleegkundig directeur, voorzitter medische staf, voorzitter VAR, afdelingshoofd kwaliteit, arts kwaliteitscommissie, verpleegkundig manager, medisch manager
Ziekenhuis C	Bestuurder, voorzitter VAR, lid medische staf, afdelingshoofd kwaliteit, arts kwaliteitscommissie	Verpleegkundig manager, medisch manager, senior verpleegkundige (2), physician assistant (2), verpleegkundigen (3), gespecialiseerd verpleegkundige		

Voor het onderzoek werd vooraf medisch ethische toestemming verleend. Het onderzoek bestond uit tien dagdelen observatie in ieder ziekenhuis ('meelopen' met verpleegkundigen, zorgmanagers en artsen) (120 uur) en formele (N = 45) en informele interviews met zorgverleners, managers, kwaliteitsfunctionarissen en bestuurders, en twee focusgroepen (zie voor meer details tabel 1). De formele interviews waren semigestructureerd, waarbij de onderzoekers eenzelfde topiclijst gebruikten en waarbij werd doorgevraagd op de thema's die in het interview opkwamen. Daarnaast werden informele interviews uitgevoerd tijdens de observaties. Voor de observaties is een topiclijst opgesteld aan de hand van concepten uit de literatuur (beschreven in het theoretisch kader in de paragraaf 'Regeldruk'), onder andere omgaan met regels, creëren en onderhouden van klinische microsystemen, aandacht voor behoeften van de patiënt, praktijken van verantwoording) en de eerste ronde van interviews. De topiclijst is gedurende het onderzoek door de onderzoekers regelmatig aangepast op basis van de bevindingen en tussentijdse analyse. Deze aanpak weerspiegelt de praktijkgerichte en iteratieve benadering van

het onderzoek. Interviews zijn met toestemming van de respondenten opgenomen en getranscribeerd. Observaties zijn uitgewerkt in observatierapporten. Daarnaast is aanvullend informatie gezocht over de betreffende groepen; alle groepen hadden zich al eens eerder naar buiten gepresenteerd, in documentaires of artikelen in nieuwsbladen – iets wat we hieronder zullen duiden als een alternatief verantwoordingsmechanisme.

Data-analyse vond plaats via de methode van abductie, waarbij concepten uit de theorie en empirische bevindingen voortdurend aan elkaar worden gerelateerd om zo diepgaand inzicht te krijgen in de thematiek (Stoopendaal & Bal, 2013; Tavory & Timmermans, 2013). In het proces van abductieve analyse zijn codes opgesteld (onder andere klinisch redeneren, patiëntgerichtheid, zorgen voor de medewerker, contexting) en vervolgens zijn de data gecodeerd. Verschillen in de codering zijn bediscussieerd in de onderzoeksgroep. Vervolgens zijn de bevindingen voorgelegd voor membercheck (in twee van de ziekenhuizen in focusgroepen, in het derde ziekenhuis in een afsluitend gesprek met het afdelingshoofd en respondenten uit de eerste ronde van interviews; zie tabel 1). In deze memberchecks hebben we gereflecteerd op het werk van de rebellen en hoe actoren in deze bestuurlijke functies zich tot de rebellen verhouden. Deze focusgroepen en interviews hebben geholpen de bevindingen verder aan te scherpen.

### Resultaten<sup>3</sup>

Uit de analyse van de casestudies blijkt dat de geobserveerde groepen kwaliteit van zorg genereren en bewaken op drie interacterende gebieden: in de dagelijkse uitoefening van zorgactiviteiten door het bouwen en beschermen van een eigen microstelsel; door verbindingen aan te gaan en te onderhouden met de wereld of ‘werelden’ daar omheen; en door regels om te buigen of te ontwijken om aan eigen (beroeps)normen en maatstaven te voldoen. In deze paragraaf bespreken we onze bevindingen en laten we zien hoe kwaliteit wordt gegenereerd. In de laatste paragraaf stellen we ons vervolgens de vraag wat dit ons leert over het omgaan met regels en regeldruk, de (mogelijke) consequenties hiervan, en welke lessen hieruit naar voren komen voor de zoektocht naar passende regels.

#### *Vestigen en onderhouden van klinische microsystemen*

Net als Välikangas en Carlsen (2019) vonden we dat de rebellengroepen (klinische) microsystemen (Nelson e.a., 2002) vormen. In onze bestudeerde casussen betreft deze omgeving het team in het ziekenhuis, maar ook de geografische zorgomgeving zoals een gemeente of een regio, het bredere zorgstelsel zoals verwijzende huisartsen of revalidatieklinieken, en samenwerkingspartners zoals verzekeraars en industrie. De klinische microsystemen in de drie ziekenhuizen hadden duidelijke overeenkomsten: in hun visie op wat kwaliteit voor de patiënt betekent (namelijk kwaliteit van zorg én leven), gewenste samenwerking tussen zorgverleners en de rol van de bredere organisatie hierin.

*Kwaliteit van zorg als actief proces*

In alle drie de klinische microsystemen stond het bieden van een hoge kwaliteit van zorg aan de patiënt voorop. Daarbij stond de vraag naar 'goede zorg' en hoe hieraan in de dagelijkse praktijk uitvoering kan worden gegeven, steeds centraal. Er werd veelvuldig gediscussieerd over goede zorg en het sturen op professionaliteit van alle medewerkers. Goede zorg is niet iets wat er zomaar *is*; het heeft voortdurende aandacht nodig van alle betrokkenen.

In de verschillende casestudies speelden de overtuigingen van zorgprofessionals een belangrijke rol in het bepalen van wat goede zorg is. Zo werd in Ziekenhuis C ingezet op zelfmanagement en het voorkomen van hospitalisatie van dialysepatiënten. Vanuit deze overtuiging werd een transitie in gang gezet naar thuisdialyse. In Ziekenhuis B (neonatalogie) was er veel aandacht voor familiegerichte zorg, waarbij zorgprofessionals besluitvorming niet overnamen en ouders informeerden zodat zij zelf keuzes konden maken. In alle drie de casussen stond het hardop en met elkaar (klinisch) redeneren centraal om zo patiëntgerichte keuzes te kunnen maken, zoals het volgende voorbeeld illustreert:

Het afdelingshoofd gaat in discussie met de behandelend specialist over een voor longontsteking opgenomen chronische en verslaafde patiënt. De patiënt is in principe uitbehandeld en kan met ontslag. Het afdelingshoofd pleit ervoor de patiënt langer op te nemen en in het ziekenhuis zijn tanden te trekken, omdat de kans op het ontstaan van een endocarditis (ontsteking van het hart, dit kan bij risicopatiënten worden veroorzaakt doordat bacteriën uit de mondholte in de bloedsbaan terechtkomen, dit is een bekend probleem) te groot is en de patiënt dan waarschijnlijk zich te laat weer meldt en kans op overlijden groot is. 'Deze patiënten gaan door totdat hun hartklep bijna weg is en komen pas binnen als ze omvallen. De kans op overlijden is dan groot. Laten we dat voorkomen', argumenteert het afdelingshoofd. (observatie Ziekenhuis A)

Hoewel de behandelend arts niet akkoord ging met dit voorstel ('Dit gaat de kaakchirurg nooit doen!'; zij het dat dit vroeger soms wel gebeurde) leidde het voorstel tot een discussie tussen de aanwezige artsen, de teamleider en verpleegkundigen over goede zorg voor deze groep van 'draaideurpatiënten' die veelvuldig op de afdeling verbleven. Het gezamenlijk bespreken van patiëntencasussen en het nadenken over patiëntgerichte oplossingen stonden centraal op deze afdeling; iedere dag werd gestart met een gezamenlijke bespreking tussen verpleegkundigen en zaalartsen, waarbij door middel van een dialoog gekomen werd tot een gesitueerde, patiëntgerichte oplossing. Ook in de andere twee casussen was dit de centrale focus van het beredeneerd afwijken van regels. Opvallend is dat niet alleen geredeneerd werd vanuit kwaliteit van medische zorg, maar juist een breder begrip van kwaliteit werd gehanteerd door ook te focussen op kwaliteit van leven. Dit kan worden geïllustreerd met het volgende voorbeeld:

Tijdens de overdracht wordt een neonaat met een infuus-gerelateerde sepsis (bloedsbaaninfectie) besproken. Het kindje heeft drie dagen antibiotica gehad



en volgens protocol zou er vandaag een spiegel bepaald moeten worden. Terwijl de arts-assistent meldt dat vandaag het afnemen van bloed gepland staat, grijpt de neonatoloog (kinderarts) die de vergadering voorziet in. Ze wil niet dat bij dit kind bloed afgenomen wordt. Ze zegt '[naam kind] gaan we niet extra plagen en daarom doen we geen bloedspiegel.' Er volgt discussie waarom zij wil afwijken van het protocol en zij legt uit: 'Dit kindje is te klein (600 gram) en ik wil het bloed sparen. Bovendien heeft dit kindje al zoveel stressprikkelers en scoort het te hoog op de comfortscores. We geven het vandaag rust. Morgen zien we weer verder.' Wel worden aanvullende observaties afgesproken om het kindje goed te kunnen monitoren. (observatie Ziekenhuis B)

Kwaliteit van leven gaat er in dit voorbeeld enerzijds over dat een patiëntje zich comfortabel moet voelen tijdens de zorgverlening, en anderzijds over wat belangrijk wordt gevonden in het dagelijks leven. De zorgprofessionals volgen daarbij niet altijd de op wetenschappelijke richtlijnen gebaseerde protocollen, maar zetten de behoeften van een individuele patiënt centraal. In bovenstaande casus van de neonat waarvoor een keer geen bloed werd afgenomen (een stressvolle handeling voor het kindje), ging dit gepaard met extra toezicht gedurende de dag; patiëntgerichte zorg mocht niet tot onveilige zorg leiden. De focus op de (gepercipieerde) behoefte van de patiënt komt ook naar voren in een voorbeeld op de dialyseafdeling:

De verpleegkundige vraagt aan de dialysepatiënt: 'Hoeveel vocht wil je vandaag onttrekken?' De patiënt zegt 'Ik moet eigenlijk 4 liter, maar ik wil graag niet zo lang dialyseren, want mijn dochter geeft vandaag een feest. Ik ben dan zo moe vanmiddag.' De verpleegkundige stelt voor: 'Zullen we vandaag dan 2,5 doen en dan kijken we overmorgen verder.' De patiënt stemt in en de verpleegkundige controleert de apparatuur en past een en ander aan. (observatie Ziekenhuis C)

In alle drie de casestudies is kwaliteit van zorg en leven gerelateerd aan de wijze waarop directe zorgverlening geschiedt, en werd de zorg bepaald in het directe patiëntencontact en in nauw contact tussen de zorgverleners. Daarbij werden regels en protocollen in acht genomen, maar werd in de besluitvorming ook sterk meegewogen wat er nodig was voor een individuele patiënt in een specifieke situatie. In dialoog werd besloten wat op dat moment de beste oplossing was, waarbij zowel kwaliteit van leven als kwaliteit van medische zorg werd meegenomen en afgewogen.

#### *Zorgen voor het microsysteem*

Opvallend was dat alle drie onderzochte locaties fysiek en esthetisch verschilden van de rest van de (ziekenhuis)omgeving. Deze verschillen fungeerden als een symbool voor de eigenheid van de afdeling en 'het anders zijn' van de medewerkers ('world-creating' in termen van Välikangas en Carlsen (2019)). Zo beschikte de dialyseafdeling over een aantal eigen auto's met daarop het logo van de afdeling (een variant op het logo van het ziekenhuis), en droegen de neonatologieverpleegkundi-

gen afwijkende ziekenhuisuniformen om het wat huiselijker te maken. Ook zagen we een afwijkend interieur, zoals gekleurde muren ('geverfd tijdens de nachtdienst!') en zelfgemaakte kunst aan de muren in de gang van de afdeling van Ziekenhuis A. De eigenheid en fysieke afbakening van het microsysteem werden op deze manier getoond aan patiënten, bezoekers en collega's uit het ziekenhuis. De leiders moesten soms veel werk verzetten om deze afwijkingen van de reguliere huisstijl mogelijk te maken. Hun ideeën pasten soms niet in het ziekenhuisbeleid (van bijvoorbeeld de kunstcommissie). In sommige gevallen was burgerlijke ongehoorzaamheid de enige manier om dingen voor elkaar te krijgen. Zoals een van de managers het verwoordde: 'Ik vraag het niet meer, ik doe het gewoon en zeg, nadat we het voor elkaar hebben, wel sorry als er iemand begint te zeuren.' Ook hier zie je dat de groepen rebellen hun eigen weg zoeken en soms zelfs creëren in het omgaan met opgelegde regels over de uitstraling van fysieke ruimtes.

Het medisch afdelingshoofd en/of de zorgmanager speelden steeds een belangrijke rol in het vormen van en zorgen voor het microsysteem. In alle groepen was veel aandacht voor het welzijn van de medewerkers en het beschermen van de exclusiviteit van de groep. In Ziekenhuis A werd bijvoorbeeld jaarlijks een groot feest georganiseerd waarbij alle medewerkers van de afdeling waren uitgenodigd, ook de externe schoonmakers. Wie er tot de groep behoort, was dus niet zozeer een kwestie van organisatorische regels en hiërarchie, maar wie er tot het sociale microsysteem behoort. Binnen het sociale microsysteem had ieder een eigen rol, maar heerste ook een gevoel van saamhorigheid, wat door de leiding ook werd gestimuleerd. Tegelijkertijd was toegang tot het sociale microsysteem sterk gereguleerd. Er was een duidelijke 'selectie aan de poort' en een socialisatieproces voor nieuwe groepsleden. Zij werden opgeleid in de lokale visie en manier van werken aan kwaliteit. Deze selectie gold in zekere mate ook voor ons als onderzoekers; bij alle deelstudies hadden we het gevoel dat we, voordat we het onderzoek mochten uitvoeren, eerst een sollicitatiegesprek moesten voeren. Ook van ons werd een zekere mate van steun, reflectie en eigenzinnig denken verwacht. De leiders gaven aan van het onderzoek te willen leren over hun manier van werken, maar stelden als voorwaarde een zekere mate van vertrouwen in onze betrokkenheid. Bijvoorbeeld dat leren en reflecteren vooropstonden en we niet vanuit een vooropgezet kader gingen evalueren. Dit voorbeeld illustreert dat het werk van rebellen niet alleen gaat over het afwijzen of ombuigen van regels, maar ook over het creëren van regels en omgangsvormen, zoals toegang tot de groep of de wijze waarop onderzoek kan bijdragen aan die groep en het doel.

Leidinggevendenden speelden een belangrijke rol in het creëren en bewaken van het microsysteem. Zij toonden zich bereid hun nek uit te steken en te investeren in de groep. Een alledaags voorbeeld hiervan was een verpleegkundig manager die tijdens de ochtendoverdracht haar inloggegevens voor het elektronisch patiëntendossier (EPD) afstond aan een recent afgestudeerde verpleegkundige zonder toegang tot het ziekenhuissysteem, zodat hij bepaalde taken als gediplomeerd verpleegkundige kon registreren (een voorwaarde om efficiënt te kunnen werken en taken te vervullen). Of een teamleider die de pijnscores van patiënten achteraf invoerde als deze voor de betreffende patiënt niet relevant gevonden werden, om

daarmee de werklust van verpleegkundigen te verminderen. Bij doorvragen tijdens de interviews bleek dit soort tegendraadse beslissingen – waarbij van de ziekenhuisregels werd afgeweken – niet ondoordacht genomen; de manager woog af aan wie zij haar account uitleende en ging tegelijkertijd achter het account van de medewerker aan. Bij het invullen van de pijnscores werd afgewogen of de score ‘slechts’ een administratief belang (namelijk: het moeten voldoen aan een scoringsnorm) of een patiëntenbelang (deze patiënt heeft mogelijk pijn en het monitoren van de pijnbeleving is hier van belang) diende. Managers creëerden daarmee olifantenpaadjes waarbij regels werden beoordeeld op de mate waarin ze bijdroegen aan de kwaliteit van zorg voor deze specifieke patiënt (of een groep patiënten) en de regel-druk voor medewerkers. Waar de regels niet passend werden gevonden, werd om de regels heen gewerkt of werden regels omgebogen:

De deuren van de medicijnkamer staan gedurende de dag open en gaan tijdens bezoeken dicht. Het openhouden van de deuren van de medicijnkamer gaat in tegen het ziekenhuisbeleid. Tijdens een van de observatiedagen leidde dit tot een confrontatie tussen een beveiliging die eiste dat de deuren werden gesloten (‘conform ziekenhuisbeleid’) en een senior verpleegkundige die de bewaker probeerde te overtuigen van de onmogelijkheid van het werken met gesloten deuren met een cijferslot dat steeds opnieuw moet worden ingetoetst en een fysieke barrière vormt om snel medicijnen te pakken. De manager springt in als de gemoederen steeds hoger oplopen. De uitkomst was dat de deuren openbleven mits er toezicht was, anders gingen ze dicht. De verpleegkundig manager benadrukte dat de oplossing een tijdelijke en onwenselijke was; het wachten was op zogenaamde ‘badgedeuren’, waarbij verpleegkundigen ‘in de loop’ met hun personeelspas de deur konden openen. (observatie Ziekenhuis A)

Rebellen leggen regels niet zomaar naast zich neer; in het voorbeeld over de deur van de medicijnkamer erkende de verpleegkundig manager dat een open deur tot onveiligheid kan leiden (medicijnen kunnen worden ontvreemd, zeker op een afdeling waar veel verslaafden worden behandeld), maar weegt dit risico af tegen de voortdurende belemmering van een slot dat de werkzaamheden van medewerkers – zeker in acute situaties – vertraagt. Verpleegkundigen liepen voortdurend in en uit om medicijnen op te halen of klaar te maken. De ‘gesloten-deurregel’ werd beredeneerd terzijde geschoven zolang er iemand oog had op de open deur (bijvoorbeeld vanachter de balie of de teamkamer). Tegelijkertijd werd werk gemaakt van een nieuwe deur die wel gemakkelijk te openen was. Dit voorbeeld, net als dat van het niet uitvoeren van ‘onzinnige’ metingen, laat zien hoe rebellen beredeneerd buiten de lijntjes kleuren en tijd en moeite besteden aan het werkzaam maken en houden van de zorg. Opvallend was ook dat de werktevredenheid in de drie microsystemen hoog was en het ziekteverzuim laag; zorgen voor patiënten leek gelijk op te gaan met zorgen voor de medewerkers van het microsysteem.

#### *Creëren van contexten van goede zorg*

Voorbeelden uit de bovenstaande analyse laten zien hoe rebellen een omgeving creëren die het werken volgens eigen normen en maatstaven mogelijk maakt, op

een manier die zij als passend ervaren voor het leveren van goede kwaliteit van zorg én de zorg voor medewerkers. In deze paragraaf laten we zien dat dit werk verder gaat dan het eigen microsysteem. Rebellen creëren ook contexten daarbuiten om aan goede zorg te kunnen doen. Asdal en Moser (2012) spreken in dit kader van ‘contexting’: het mobiliseren en creëren van contexten om het eigen werk mogelijk te maken. Het gaat hierbij zowel om het realiseren van voorwaarden om een bepaald (kwaliteits)beleid te kunnen voeren als om legitimiteit te creëren voor het werk dat wordt gedaan en de nagestreefde doelstellingen en ambities (Wallenburg, Weggelaar-Jansen & Bal, 2019).

De leiders van de microsystemen vervulden een belangrijke rol in het ‘meekrijgen’ van interne en externe samenwerkingspartners en besluitvormers in de ontwikkelingen binnen hun microsysteem. Ze beschermden soms hun microsysteem door hun rebelse werk ‘onder de radar’ te houden. Op andere momenten zochten ze juist de publiciteit. Dit paste ook bij het (onder)zoekende karakter van de groepen, waarbij steeds situationeel werd bepaald wat goed handelen is door met elkaar te redeneren/discussiëren. Dat wil echter niet zeggen dat externen niet betrokken werden bij de nagestreefde doelen. Externe actoren bleken soms nodig om contexten te creëren om goede zorg mogelijk te maken. Een voorbeeld hiervan komt uit de dialysecasus, waarin de farmaceut de verpakking van een medicijn aanpaste en de verpleegkundigen bang waren voor fouten en zich onmiddellijk wendden tot de farmaceut:

Bij een van de verpleegkundige komt een mail binnen over een nieuwe verpakking voor zuurcontainers die in de dialysemachine moeten per 1 januari. De oude benaming verandert, terwijl de inhoud niet verandert. Voorheen hadden de verschillende oplossingen een unieke naam en nu krijgt het een generieke naam, AC-F211.5, en de andere variant van hetzelfde middel gaat AC-F211.15 heten. Het team constateert dat de nieuwe benaming erg foutgevoelig is omdat er bijna geen onderscheid tussen de namen is, waardoor de kans groot is dat de verkeerde zuurcontainer wordt gepakt. Tijdens de koffie wordt gebrainstormd over een oplossing. Voorgesteld wordt om de containers van verschillende kleurstickers te voorzien. Zonder overleg met het management belt een van de verpleegkundigen de fabrikant om te vragen of dit niet aangepast kan worden. Daarnaast worden allerhande ‘interne’ maatregelen getroffen om de kans op fouten te verkleinen, zoals het aanpassen van protocollen en het bestellen van gekleurde stickers om verschillen te markeren. (observatie Ziekenhuis C)

Het bovenstaande voorbeeld illustreert hoe de zorgrebellen op proactieve werkwijze fouten trachtten te voorkomen en nieuwe regels maakten. De wijziging in ‘het systeem’ werd hier vertaald naar dagelijkse praktijk met het uitzetten van allerhande acties om de implementatie goed te laten verlopen en een context te creëren waarin fouten voorkomen konden worden (zie ook Oldenhof & Bal, 2016). Dit vergde aanpassingen op de afdeling, maar ook binnen de organisatie en zelfs bij de fabrikant.

Een ander voorbeeld van contexting, wederom uit de dialysecasus (Ziekenhuis C), is de overgang naar thuisdialyse:

De artsen en verpleegkundigen willen hospitalisatie zo veel mogelijk tegen gaan en besluiten de overgang te maken naar thuisdialyse. Dit vraagt een enorme investering van zowel het ziekenhuis als de patiënt. Er wordt een businesscase gemaakt en informeel met de zorgverzekeraar overlegd. Er worden (elektrische) auto's aangeschaft voor de verpleegkundigen om naar de patiënt toe te kunnen, en met KPN en het waterbedrijf worden afspraken gemaakt over een adequate internetverbinding en watertoevoer bij patiënten thuis. Patiënten op hun beurt moeten zorg dragen voor een rookvrije werkplek voor de verpleegkundige als die bij de patiënt aanwezig is voor de dialyse. De artsen overleggen met de huisartsen hoe de zorg thuis zo goed mogelijk kan verlopen. Samen bereiden ze alles voor, zonder het management van het ziekenhuis uitgebreid te informeren.

Deze casuïstiek laat zien hoe binnen klinische microsystemen ideeën over goede zorg werden vormgegeven en welke gezamenlijke inspanning met externen dit vereiste. De rebellen staken veel tijd en moeite in het overtuigen en betrekken van externe actoren op een manier die deed overkomen dat het partners zijn. Het microstelsel werd uitgebreid met wat Marilyn Strathern (1991) beschrijft als 'partial connections': externe actoren (hier: KPN, het waterbedrijf, huisartsen, patiënten en hun mantelzorgers) gingen deel uitmaken van het microstelsel zonder daarin volledig te worden opgenomen. Samen gingen zij aan de slag om het experiment te laten slagen en stemden voortdurend af over de leerervaringen. Opvallend is dat bij de dingen die niet meteen goed gingen de externen toch partner bleven; 'wij lossen dit samen op, en niet: zij doen het niet goed', aldus de medisch manager. Externen werden geacht gelijksoortige normen en waarden te hanteren met betrekking tot goede zorg, en daarnaar te handelen. Dit geeft ook de normativiteiten weer die in het werk van *minor world creation* en *minor social inquiry* verscholen zitten.

#### *Koorddansers: meedoen, buigen en ontsuiken van regels*

Uit de observaties blijkt dat rebellen koorddansers zijn: de zorg is de afgelopen jaren steeds meer gereguleerd en kwaliteit wordt steeds meer gezien als een systeemverantwoordelijkheid (Bal e.a., 2019) – met alle daarbij behorende kwaliteitsinstrumenten en verantwoordingsstructuren. Deze systemen zijn een doorn in het oog van de zorgrebellens, voor wie 'de mens' en niet 'het systeem' vooropstaat. Tegelijkertijd kunnen rebellen zich niet volledig aan het systeem onttrekken en willen zij dat ook niet. Ze willen keuzes kunnen maken tussen in hun ogen zinnige en onzinnige regels:

In het kader van de accreditatie is het belangrijk dat de kwaliteitsmetingen worden uitgevoerd. Indicatoren moeten worden ingevuld in het EPD door medewerkers. Zorgprofessionals hebben een aversie tegen bepaalde indicatoren en bijbehorende metingen, omdat zij vinden dat dit weinig zegt over de kwali-

teit van zorg voor deze patiëntengroep. 'Een voorbeeld vind ik het beleid rondom valpreventie. Patiënten moeten van te voren schriftelijk worden geïnformeerd over preventieve maatregelen indien de screening uitwijst dat zij een verhoogde valkans hebben. Wij hebben vaak te maken met verwarde patiënten, die de brief niet kunnen lezen of daar zelfs achterdochtig van worden. We draaien dan gewoon de brieven uit. Tick de box, maar we delen ze niet uit aan de patiënt.' (observatie Ziekenhuis A)

Dezelfde zorgmanager conformeerde zich ten tijde van de accreditatie wel aan de normen en sprak de verpleegkundigen daar ook op aan: 'het is even niet anders'. 'Rocking the boat while staying in it', noemen Meyerson (2008) en Bevan (2013) dit. Zij bedoelen daarmee dat de rebel de organisatie trouw blijft, loyaal is aan zijn collega's en hen beschermt. Het vraagt een bepaalde organisatiesensitiviteit om aan te voelen wanneer afwijken van regels en systemen passend is. Deze conformiteit op gepaste momenten en loyaliteit helpt ook de legitimiteit om op andere momenten wat meer af te kunnen wijken. Deze legitimiteit hangt nauw samen met de reputatie van de groep. Die was in alle drie de gevallen goed: het ging om groepen die excelleren in vakkennis, waar patiënten tevreden over waren, en die positieve aandacht kregen van de media en daarmee hielpen om het ziekenhuis een positieve uitstraling te geven. In Ziekenhuis B blonk de afdeling uit in technologische innovatie en wetenschappelijk onderzoek, wat het ziekenhuis als geheel een meer academische identiteit gaf. De infectieziekteafdeling van Ziekenhuis A stond intern goed bekend om haar kennis en bereidheid om veel patiënten op te nemen en patiënten met onbegrepen gedrag over te nemen van andere afdelingen als het daar spaak liep. Dit geeft een groep credits om af te wijken: 'het gaat daar een beetje anders aan toe'.

Toch was niet iedereen onverdeeld enthousiast. In een interview merkte het hoofd van de kwaliteitsafdeling van Ziekenhuis A op dat zij de betreffende zorgmanager niet zag als een goede zorgmanager. Zij verwachtte van een zorgmanager dat deze kritisch meedenkt om er uiteindelijk voor te zorgen dat interne en externe kwaliteitseisen worden opgevolgd. Hier speelt het probleem van botsende logica's: de patiëntenfocus van de rebellen botste geregeld met de systeemlogica van bijvoorbeeld kwaliteitsmanagers die het kwaliteitssysteem wilden verbeteren, maar niet de onderliggende visie ter discussie wilden stellen. Dit soort conflicten maakte dat rebellen soms onder de radar doken om hun doelen te realiseren:

'Ik heb soms het gevoel dat zij [ziekenhuisbestuur; auteurs] alles willen controleren; iedere punt en komma. (...) Dat is irritant; het gevoel dat ze over mijn schouder meekijken, dat ik me steeds moet verantwoorden. Zo zonde van mijn tijd en energie! (...) Dus, als zij niks vragen zeg ik niets. Als ze een algemene vraag stellen krijgen ze een algemeen antwoord. Ik verberg me want, denk ik dan, alles wat ze meer weten dan strikt noodzakelijk is kan tegen mij gebruikt worden.' (medisch manager Ziekenhuis B)

Het tegengeluid verkondigen, druk zetten, meedoen en tegenstribbelen op de juiste momenten riepen soms irritatie op bij andere actoren in het ziekenhuis, en tege-

lijkertijd kregen de rebellen er dingen mee gedaan, mits ze ‘de boot niet te veel lieten bewegen’. In alle drie de casussen namen de rebellen deel aan ziekenhuisbrede initiatieven om zo ‘de pijlen de goede kant op te krijgen’ voor hun eigen werk (een vorm van contexting), maar ook om de organisatie zelf een stukje verder te krijgen. Rebellen namen zitting in ziekenhuisbrede kwaliteitscommissies of stelden eigen initiatieven (in het geval van Ziekenhuis A een door de medewerkers goed bevallen agressiviteitstraining) breder beschikbaar. Dit hielp de legitimiteit te vergroten en tegelijkertijd om als ziekenhuis een bredere leer- en verbeterstrategie te ontwikkelen. Tegelijkertijd betekent het ‘onder de radar’ blijven dat het werk van rebellen veelal onzichtbaar blijft in de ziekenhuizen, waardoor organisatorische reflectie op kwaliteit en goede voorbeelden om van te leren gemist worden.

## Discussie

Wat kunnen we leren van zorgrebellens over het tegengaan van regeldruk en het komen tot passende regels? In de eerste plaats is het van belang om te constateren dat rebellen niet wars zijn van regels. Sterker nog, ze creëren zelf nieuwe regels, bijvoorbeeld waar het gaat om het scheppen van nieuwe contexten voor patiëntgerichte zorg of om het proactief reageren op veranderingen in hun omgeving, zoals het voorbeeld van de nieuwe dialysemiddelen liet zien. Maar regels moeten functioneel zijn in de zin dat ze dienen bij te dragen aan ‘het goede’. Wat goed is, zo leert deze studie, is situationeel: het hangt af van de omstandigheden van de patiënt (kwaliteit van leven, persoonlijke omstandigheden) en van die van de organisatie (loopt er een visitatietraject, is er ruimte voor verandering?). Wat goed is, wordt bovendien steeds in dialoog vastgesteld: in gesprek tussen de leden van het zorgteam, maar deels ook met anderen in hun omgeving. Passende regels, zo leren we, gaan over regels voor wie en wanneer; ze moeten een bepaald doel dienen en functioneel zijn aan dat doel.

Rebellen maken hierin een eigen afweging en passen mechanismen toe van *decoupling* en *recoupling* (Bromley & Powell, 2012). *Decoupling* gaat over het ontkoppelen van regels en praktijken in de klassieke betekenis van het concept: rebellen ontkoppelen regels en richtlijnen als die niet bijdragen aan goede zorg voor een patiënt in een bepaalde situatie. Indicatoren worden dan niet ingevuld of enkel ‘voor de Bühne’, en patiënten krijgen ‘vrijaf’ van een behandeling als er andere zaken in het leven zijn die even om voorrang vragen. Goede zorg is dus breder dan de best mogelijke (of evidencebased) medische zorg, beschreven in richtlijnen en protocollen; verschillende waarden van ‘goed leven’ en ‘kwaliteit van zorg’ worden afgewogen en er wordt gesitueerd mee geïmproviseerd. Bijvoorbeeld: niet pijn meten bij deze ene patiënt, maar wel extra letten op valrisico’s of extra observaties op signalen van verwardheid omdat dit past bij het ziektebeeld of de specifieke patiëntencasus.

Praktijken van verantwoorde rebellie vragen ook om verantwoording, zowel ‘naar binnen’ als ‘naar buiten’. De regels die door rebellen als passend worden ervaren, moeten daarvoor zowel intern als extern gekoppeld worden. Rebellen verantwoor-

den zich in de eerste plaats naar elkaar binnen hun eigen microsysteem, maar zijn zich daarbij steeds bewust dat ze zich ook moeten kunnen verantwoorden naar de organisatie, toezichthouders en andere stakeholders buiten de organisatie. Daarvoor ontwikkelen ze alternatieve verantwoordingsmechanismen, waarbij ze zichzelf meteen een podium verschaffen voor voorbeelden van goede zorg, bijvoorbeeld door mee te doen aan een documentaire (zoals in geval van Ziekenhuis A) of aan onderzoek. Dit artikel kan worden beschouwd als een uitvloeisel van die verantwoording. Daarbij ontzien de rebellen zichzelf niet; ze maken ook openbaar waar ze niet aan bestaande regels voldoen, iets wat tot last kan zijn van bijvoorbeeld bestuurders en kwaliteitsfunctionarissen die aan externe doelstellingen moeten voldoen. Door samen op de andere manier van werken te reflecteren kan gewerkt worden aan *recoupling*, zodat passende regels die verschillende waarden met elkaar verbinden in gezamenlijkheid worden bepaald (De Bree & Stoopendaal, 2020). Te denken valt aan reflecties over wat een nieuwe en veilige toegang tot een medicijnkamer betekent en het in gesprek gaan met fabrikanten over veranderde en foutgevoelige medicatieverpakkingen.

We zagen echter ook dat deze *recoupling* met het werk van andere partijen soms mist door de manier waarop rebellen te werk gaan. De sterke focus op het eigen werk en de eigen groep en het afzetten tegen de gevestigde orde maken dat de zorgrebellen ‘een groep apart’ vormen. Niet alleen in het werk, maar ook door het opbouwen van een eigen identiteit met eigen criteria voor wie bij de groep hoort en wie niet, en met een eigen fysieke context (een afwijkend uniform, een stiekem kleurig geschilderde muur) en zorg voor elkaar. Dit versterkt het groepsgevoel, en ook de lol in het werk, maar het maakt ook dat deze groepen deels losstaan van de rest van de organisatie, waardoor geleerde lessen en de manier van kwaliteit leveren beperkt blijven tot het microsysteem van de rebellen. Het gevaar is bovendien dat door hun manier van opereren – buiten de gebaande paden en binnen een eigen gedeelde wereld – bepaalde publieke waarden of andere visies op kwaliteit van zorg te makkelijk aan de kant worden geschoven. Door ‘onder de radar’ te blijven maken rebelse groepen zich relatief onzichtbaar voor externen en blijven zij daardoor ook verstoken van externe feedback, met als gevolg dat opvattingen van goede zorg die zich binnen rebelse groepen ontwikkelen nauwelijks getoetst worden. Daardoor ontstaat het gevaar van tunnelvisie. Deze spanning is het gevolg van de wijze waarop externe verantwoordingsprocessen op dit moment georganiseerd zijn en waarin afwijken van externe regels als problematisch wordt beschouwd. Door verantwoordingsprocessen op andere manieren te organiseren en een voortdurende dialoog over kwaliteit te voeren kan de zoektocht naar passende regels in breder organisatieverband, en mogelijk ook daarbuiten, vorm krijgen.

## Noten

- 1 Bromley en Powell (2012) onderscheiden daarnaast een ‘klassieke’ vorm van *decoupling* die er juist op gericht is om werknemers af te schermen van externe regels. Denk aan de standaardaccreditatie waarbij met veel papier wordt geschoven, maar op de werkvloer weinig tot niets verandert. Bromley en Powell betogen dat de klassieke vorm van



- decoupling* de afgelopen jaren heeft ingeboet ten opzichte van *means-end decoupling*, waardoor externe regels meer worden doorvertaald naar de werkvloer.
- 2 De bestuurder van Ziekenhuis A wees bijvoorbeeld de infectieziektenafdeling aan als goed en rebels vanwege de specifieke focus op en zorg voor daklozen en verslaafden. De bestuurder vertelde dat op deze afdeling niemand met vieze kleren de deur uitging: de afdeling had zelf een wasmachine en droger aangeschaft om de kleren van patiënten te kunnen wassen.
  - 3 Deze paragraaf is gebaseerd op het rapport dat we naar aanleiding van het onderzoek hebben geschreven (Bal e.a., 2018) en dat we voor dit themanummer hebben gebruikt om te analyseren hoe rebellen omgaan met regels en wat ons dit kan leren over regel-druk en de zoektocht naar passende regels.

## Literatuur

- Asdal, K., & Moser, I. (2012). Experiments in context and contexting. *Science Technology & Human Values*, 37 (4): 291-306.
- Bal, R., Bovenkamp, H.M. van de, & Wallenburg, I. (2019). Regels en veiligheid. Een reactie op het CEG-rapport *Veilige zorg, goede zorg? Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*: D4176.
- Bal, R., Weggelaar, A., & Wallenburg, I. (2018). *Op zoek naar goede leefsyste-men: zorgrebell-en en het doen van kwaliteit*. Rotterdam: Erasmus School of Health Policy & Management, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Berwick, D.M., Loehrer, A., & Gunther-Murphy, C. (2017). Breaking the rules for better care. *Journal of American Medical Association*, 317 (21): 2162-2162.
- Bevan, H. (2013). *A call to action: Helen Bevan's blog* (29 July). BMJ Blogs.
- Bovenkamp, H.M. van de, Stoopendaal, A., Bochove, M. van, & Bal, R. (2020). Tackling the problem of regulatory pressure in Dutch elderly care: The need for recoupling to establish functional rules. *Health Policy*, 124 (3): 275-281.
- Bozeman, B., & Anderson, D.M. (2016). Public policy and the origins of bureaucratic red tape: implications of the Stanford yacht scandal. *Administration & Society*, 48 (6): 736-759. doi:10.1177/0095399714541265.
- Bradley, E.H., Curry, L.A., Ramanadhan, S., Rowe, L., Nembhard, I.M., & Krumholz, H.M. (2009). Research in action: using positive deviance to improve quality of health care. *Implementation science*, 4 (25).
- Braithwaite, J. (2001). Regulating nursing homes: The challenge of regulating care for older people in Australia. *BMJ*, 323: 443-446.
- Bree, M. de, & Stoopendaal, A. (2020). De- and recoupling and public regulation. *Organization Studies*, 41: 599-620.
- Brewer, G., & Walker, R. (2010). Explaining variation in perceptions of red tape: a professionalism-marketization model. *Public Administration*, 88: 418-438.
- Bromley, P., & Powell, W.W. (2012). From Smoke and Mirrors to Walking the Talk: Decoupling in the Contemporary World. *Academy of Management Annals*, 1-48. doi:10.1080/19416520.2012.684462.
- Jerak-Zuiderent, S. (2012). Certain uncertainties: Modes of patient safety in healthcare. *Social Studies of Science*, 42 (5): 732-752.
- Liberati, E.G., Tarrant, C., Willars, J., Draycott, T., Winter, C., Chew, S., & Dixon-Woods, M. (2019). How to be a very safe maternity unit: and ethnographic study. *Social Science & Medicine*, 223: 64-72.

- Mesman, J. (2012). Moving in with care: about patient safety as a spatial achievement. *Space and Culture*, 15 (1): 31-43.
- Meurs, P. (2014). *Van regeldruk naar passende regels: Vertrouwen, veerkracht, verantwoordelijkheid, vrijheid*. Den Haag.
- Meyerson, D.E. (2008). *Rocking the boat: How tempered radicals effect change without making trouble*: Harvard Business Press.
- Morrison, E.W. (2006). Doing the job well: an investigation of pro-social rule breaking. *Journal of Management*, 32 (1): 5-28.
- Nelson, E.C., Batalden, P.B., Huber, T.P., Mohr, J.J., Gofdfrey, M.M., Headrick, L.A., & Wasson, J.H. (2002). Microsystems in healthcare: Part 1. Learning from high performing frontline clinical units. *Int. J. Qual. Improv.*, 28 (9): 472-493.
- Oldenhof, L., & Bal, R. (2016). *Voorbij de kloof tussen systeem- en leefwereld: een zoektocht naar nieuwe sturingsrelaties* (Achtergrondstudie bij het project Systeemverantwoordelijkheid). Den Haag.
- Palmer, D. (2012). *Normal organizational wrongdoing: A critical analysis of theories of misconduct in and by organizations*. Oxford: Oxford University Press.
- Rusinovic, K.M., Bochove, M.E. van, Koops-Boelaars, S., Tavy, Z.K.C.T., & Hoof, J. van (2020). Towards responsible rebellion: how founders deal with challenges in establishing and governing innovative living arrangements for older people. *Environmental Research and Public Health*, 17 (17).
- Singhal, A., & Bjurström, E. (2015). Reframing the practice of social research: solving complex problems by valuing positive deviations. *International Journal of Communication and Social Research*, 3 (1): 1-13.
- Stoopendaal, A., & Bal, R. (2013). Conferences, tablecloths and cupboards: How to understand the situatedness of quality improvements in long-term care. *Social Science & Medicine*, 78: 78-85.
- Strathern, M. (1991). *Partial Connections*. Savage: Rowman & Littlefield.
- Tavory, I., & Timmermans, S. (2013). A pragmatist approach to causality in ethnography. *Journal of Sociology*, 119 (3): 682-714.
- Terpstra, J., & Kort, J. (2017). Rigmarole and red tape: background to a common police officers' complaint. *Policing*, 11: 437-447.
- Torenvlied, R., & Akkerman, A. (2012). Effects of Managers Work Motivation and Networking Activity on Their Reported Levels of Red Tape. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 22: 445-471.
- Välikangas, L., & Carlsen, A. (2019). Spitting in the salad: minor rebellion as institutional agency. *Organization Studies*, 41 (4): 543-561.
- Wallenburg, I., Weggelaar-Jansen, A.M.J.M.W., & Bal, R. (2019). Walking the tightrope: how quality rebels 'do' quality of care in healthcare organizations. *Journal of Health Organization & Management*, 33 (7-8): 869-883.
- Waring, J. (2013). What Safety-II might learn from the socio-cultural critique of Safety-I. In: E. Hollnagel, J. Braithwaite & R.L. Wears (red.), *Resilient Health Care*. Farnham/Burlington: Ashgate, 39-48.