



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

[Ont]regelbus

Eindrapportage

november 2021

Samenvatting

Het startpunt: De urgentie van ontregelen

Vrijwel elke zorginstelling worstelt met regeldruk. Niet alleen omdat de almaar uitdijende bureaucreatie ten koste gaat van de tijd die aan cliënten/patiënten besteed kan worden, maar ook omdat het ten koste gaat van het werkplezier van medewerkers. Met als gevolg dat mensen de zorg verlaten, mede omdat ze gek worden van de bureaucratie. Iets wat de sector zich in deze krappe arbeidsmarkt eigenlijk niet kan veroorloven. Hoog tijd dus om wat aan de regeldruk te doen.

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de afgelopen jaren allerlei ontregelacties opgezet als onderdeel van het programma [Ont]regel de zorg. Van landelijke schrapsessies voor de langdurige zorg door Vilans tot bestuurlijke overleggen tussen stelselpartijen zoals VWS, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, brancheorganisaties en zorgverzekeraars. De focus lag hierbij in eerste instantie op maatregelen die zijn gericht op het wegnemen van knelpunten op landelijk of stelselniveau. Maar zorgprofessionals ervaren ook regeldruk als gevolg van procedures, rapportageverplichtingen of regels die op instellings- of locatieniveau worden opgelegd. Daarvoor is een lokale ontregelbeweging nodig, waarbij medewerkers binnen hun eigen instelling met elkaar het goede gesprek aangaan over de regels die daar van kracht zijn. Om instellingen te equiperen en inspireren om die dialoog aan te zwengelen en hun eigen regeldruk aan te pakken heeft VWS hen onder meer de Ontregelbus aangeboden.

De haltes: Stap voor stap ontregelen

Hoofddoel van de Ontregelbus is het creëren van een lokale ontregelbeweging binnen zorginstellingen voor meer plezier en ruimte op de werkvloer. Dat begint bij een goed gesprek over nut en noodzaak van regels en de beste manier om te regelen wat de organisatie belangrijk vindt. Daarmee ligt de focus op regels en werkwijzen, waar de instellingen zelf invloed op hebben. Hierbij wordt een beproefde ontregelmethode gebruikt, gebaseerd op de methodiek *De regels en de rek*, ontwikkeld door Boukje Keijzer. Elk ontregeltraject richt zich op het ontregelen binnen één specifieke zorginstelling. Medewerkers op de werkvloer worden uitgedaagd om niet alleen aan te dragen waar ze tegenaan lopen, maar krijgen ook allerlei instrumenten aangereikt om hier zélf wat aan te doen. Stap voor stap worden werkwijzen ontrafeld en ontregeld, waarbij concrete resultaten worden geboekt. In deze eindrapportage zijn daar talloze voorbeelden van te vinden. De belangrijkste inzichten en opbrengsten zetten we op een rij:

Algemene bevindingen

- Ontregelen is meer dan regels schrappen. Het is een compleet veranderproces, waarin men anders leert kijken naar regels en dit leert vertalen naar andere manieren van werken.
- Elke stap in het proces draagt bij aan het uiteindelijke ontregelen: het verkrijgen van bestuurlijk commitment bij aanvang, het uitwisselen van knellende regels, de analyse van waar de knelpunten precies zitten en van wat de regel probeert te regelen, het empoweren van medewerkers om dit zelf te doen, het verkennen van ruimte met rekstrategieën, het serieus nemen van de beren op de weg die men tegenkomt bij het ontregelen en het maken van afspraken over het op gang houden van de ontregelbeweging.
- Daarbij gaat het niet alleen om beschreven regels, registraties, protocollen, procedures en werkwijzen. Het kan ook gaan om manieren van samenwerken en ingesleten routines, die niet altijd

op papier terug te vinden zijn. Of om gebrekkige communicatie of een cultuur waarin er weinig ruimte is om in te spelen op situaties en naar de geest van de regel te handelen in plaats van de letter.

- Om te ontregelen is een coherente, samenhangende strategie nodig, waarbij verschillende instrumenten ingezet worden. Naast een ontregeltraject zoals beschreven in deze rapportage kunnen bijvoorbeeld ook LEAN-trajecten en ontwikkeltrajecten voor medewerkers en leidinggevendenden hieraan bijdragen.
- Het afschaffen van een regel op landelijk niveau betekent niet meteen dat hij niet meer uitgevoerd wordt op lokaal niveau. De-implementeren is een vak.
- De gekozen bottom-up aanpak voegt belangrijke inzichten toe. Bestuur en directie hebben namelijk niet altijd een goed beeld van wat de werkvloer ervaart als regeldruk.
- Verbinding tussen collega's en tussen afdelingen helpt enorm bij het inzicht krijgen in wederzijdse belangen en het over en weer creëren van begrip. Ontregelen wordt daarna een stuk soepeler.
- Verschillen tussen hoe medewerkers, afdelingen, vestigingen en instellingen omgaan met dezelfde regels zijn een ontregelgoudmijn. Ze geven aan waar de ruimte zit om het anders te doen en bieden zicht op welke manier het meest effectief is en de minste regeldruk oplevert.
- Betere informatie en communicatie over regels zorgt voor meer begrip en kennis van de inhoud van regels. Medewerkers weten vaak niet wat de bedoeling is van een regel. Dat ondermijnt hun motivatie om de regels nauwkeurig op te volgen.
- Een beter besef van de hoeveelheid tijd die regels kosten, vergroot de urgentie. De hoeveelheid tijd die het uitvoeren van regels kost, wordt structureel onderschat.

Waar hebben zorgmedewerkers in zorginstellingen vooral last van?

- Het zijn lang niet altijd (administratieve) regels waar men last van heeft. De grootste irritaties blijken te zitten op omslachtige werkwijzen die binnen de organisatie zijn gegroeid en slechte faciliteiten.
- Bij de analyse van de regels waar men last van heeft, blijkt regelmatig dat de regel helemaal niet bestaat of dat er iets anders staat dan men dacht.
- Het niet volgen van een regel blijkt in de praktijk zelden ernstige gevolgen te hebben. Men overschat de impact van het niet volgen of aanpassen van regels en onderschat de tijd en frustratie die ze kosten.
- Veel regels dragen niet bij aan wat ze beogen te regelen. Sterker nog, soms wordt er zelfs het tegenovergestelde mee bereikt: minder veiligheid, minder stroomlijning, minder kwaliteit.

Voorwaarden voor ontregelsucces

- Commitment van bestuur/directie is belangrijk om doorslaggevende resultaten te boeken bij het ontregelen. Medewerkers moeten zich hierin gezien, gewaardeerd en gesteund voelen. En merken dat er met de oogst van elke stap echt iets gedaan wordt.
- Goede ervaren projectleiders/trekkers met mandaat en steun vanuit de directie zorgen ervoor dat de ontregelacties ook daadwerkelijk worden uitgevoerd en de ontregelbeweging blijft stromen.
- Zorgmedewerkers staan weinig stil bij waarom ze de dingen doen zoals ze doen. Regels worden vrij automatisch gevolgd. Het ontbreekt aan reflectietijd om te bedenken hoe het beter kan.

- Een goede mix van deelnemers met voldoende variatie in functies en achtergronden draagt bij aan onderlinge herkenning en een breder scala aan oplossingen.
- Gedetailleerde verslaglegging zorgt niet alleen dat er geen informatie verloren gaat. Het is ook essentieel om voortgang te boeken en die te volgen.

Ruimte voor rek

- Het langslopen van de rekstrategieën blijkt een effectieve, systematische manier te zijn om ruimte te creëren in de regels.
- Er is veel meer mogelijk (binnen bestaande regels) dan men aanvankelijk denkt. Het grootste deel van de genoemde knelpunten blijkt opgelost en aangepakt te kunnen worden.
- De neiging bestaat om bij elke oplossingsrichting meteen in obstakels te denken. Door dit uit te stellen, komen er meer en betere oplossingen in beeld.
- Mensen van de werkvloer blijken uitstekend in staat te zijn om oplossingen te bedenken voor knelpunten. Zonder het houvast dat regels bieden overboord te gooien. De door hen gevonden oplossingen zijn daardoor beter uitvoerbaar en hebben groter draagvlak.

Beren op de weg verjagen

- Het inzoomen op de beren op de weg maakt het verschil tussen oplossingen bedenken voor knelpunten en ze ook daadwerkelijk uitvoeren.
- Men heeft de neiging om elke beer te zien als een onoverkomelijk obstakel. De impact van beren wordt structureel overschat. Door hun impact te analyseren en relativeren wordt de weg vrijgemaakt om ontregelacties door te voeren.
- Medewerkers voelen zich serieus genomen in de moeilijkheden die hen te wachten staan en gesteund om de beren te tackelen als die zich aandienen.
- Door te bespreken op wiens weg de beren staan, ontstaat een bredere ontregelbeweging, waarin meerdere medewerkers en afdelingen een rol spelen.
- De positieve insteek (het kan wél) draagt sterk bij aan de empowerment van medewerkers. Ontregelen kunnen ze zelf.

De passagiers: deelnemende instellingen

De Ontregelbus heeft 19 instellingen kunnen helpen met het creëren van een ontregelbeweging, over een periode van twee jaar (september 2019 tot en met september 2021). Van grote ziekenhuizen tot kleine thuiszorgorganisaties, van GGZ-instellingen met tientallen locaties tot gezondheidscentra waar huisartsen, apothekers en andere lokale zorg- en welzijnspartijen samenwerken. Door de uitbraak van het coronavirus werden helaas enkele trajecten afgebroken of vertraagd. De trajecten die uiteindelijk volledig doorlopen zijn, hebben gelukkig enorm veel opgeleverd.

Het eindpunt: impact van de Ontregelbus

Uit de enquête die we onder de deelnemende instellingen hebben uitgezet, blijkt dat het Ontregelbustraject veel heeft opgeleverd, met name voor de instellingen die het gehele ontregeltraject hebben doorlopen:

- 85% van die respondenten geeft aan dat het traject hen meer tijd heeft opgeleverd.
- 91% zegt dat het traject heeft geleid tot een effectievere uitvoering van regels en het oplossen van concrete knelpunten.
- De deelnemers die niet volmondig konden bevestigen dat het traject tot meer tijd en oplossingen had geleid, refereerden daarbij aan vertragingen die door corona zijn ontstaan, waardoor men nog niet is toegekomen aan de implementatie van de verschillende ontregelacties.
- Alle respondenten (100%) geven aan dat ze
 - meer kennis over regels hebben opgedaan en een beter besef hebben gekregen van de bedoeling van regels.
 - kritischer zijn geworden op waarom ze doen wat ze doen.
 - meer rekmogelijkheden zien, meer invloed op regels ervaren en ook meer werkplezier.
 - meer begrip voor collega's hebben gekregen en dat de samenwerking in de organisatie is verbeterd.
- Alle deelnemers zouden de aanpak van de Ontregelbus aanbevelen aan andere instellingen.

Op basis hiervan en de enthousiaste reacties die het Ontregelteam optekende tijdens de bijeenkomsten, kan geconcludeerd worden dat de aanpak van de Ontregelbus inderdaad leidt tot het voeren van het goede gesprek. En daarmee tot meer plezier en ruimte op de werkvloer. De beproefde ontregelmethodiek die gebruikt wordt, helpt instellingen om stap voor stap concrete stappen te zetten. De insteek om daarbij maatwerk te leveren, aansluitend op de vraagstukken en eerdere ontregelervaringen van elk specifieke instelling werkt goed. Zo zijn vrijwel overal lokale ontregelbewegingen ontstaan.

Vervolroute: aanbevelingen voor vervolg

Er valt nog genoeg te ontregelen in de zorg en de resultaten van de Ontregelbus tonen aan dat een belangrijk deel daarvan door zorginstellingen zelf bereikt kan worden. Daar kunnen ze de komende jaren echter nog wel de nodige ondersteuning bij gebruiken. In de vorm van een multidisciplinair, samenhangend [Ont]regel de zorg programma en faciliteiten om instellingen te helpen bij het zelf ontregelen. Dat kan in de vorm van ontregeltrainingen en intervisie tussen ontregelaars. Maar ook in de vorm van financiële mogelijkheden om ontregelhulp in te huren. En enthousiasmerende communicatie over de oplossingen die men in de praktijk weet te vinden om de regeldruk te verminderen.

Uiteraard scheelt het ook enorm als er minder nieuwe regels worden opgesteld, doordat er kritisch gekeken wordt naar wat we met elkaar proberen te regelen en hoe dat het beste kan, met de minste regeldruk. Als het lukt om lokale ontregelbewegingen te koppelen aan een stevige landelijke ontregelbeweging dan kan de sector de komende jaren ervaren dat er tussen de regels veel meer mogelijk is dan men denkt.

Inhoudsopgave

1.	Ontregelen met de Ontregelbus	10
1.1	De urgentie van ontregelen	10
1.2	Naar een lokale ontregelbeweging	10
1.3	Met de Ontregelbus door Nederland	12
1.4	Reflectie: Wie stapt er in?	12
2.	Stap voor stap ontregelen	15
2.1	Regels, werkwijzen en cultuur	16
2.2	Intakegesprek: urgentie, enthousiasme en commitment	16
3.	Ontrafelen: Van welke regels hebben zorgmedewerkers last?	22
3.1	Stand van zaken [Ont]regel de zorg	23
3.2	De ene regel is de andere niet	23
3.2.1	Professionele handelingen: sturen op veiligheid en kwaliteit	24
3.2.2	Relatie met patiënt: staat de patiënt centraal?	26
3.2.3	Relatie met anderen: zorg leveren doe je niet alleen	28
3.2.4	Identiteit organisatie: zo organiseren wij dat	30
3.2.5	Uitvoeringsvormen: alles komt aan op de uitvoering	33
4.	Waar staat dat?	37
5.	Wat proberen we eigenlijk te regelen?	42
5.1	Verschillen tussen zorgsectoren	44
6.	Zelf aan de slag	47
6.1	Aanvullen en vaststellen	47
6.2	Nadere analyse	48
6.3	Metten is weten	48
6.5	Hulp van de ontregelcoach	49
6.6	Reflectie: wat valt ons op bij het ontrafelen?	52
7.	Ontregelen: Op zoek naar de rek	57
7.1	Tijd rekken	58
7.2	Volume verminderen	59
7.3	Hart verruimen	60
7.4	Perspectief verbreden	62
7.5	Maatwerk leveren	63
7.6	Regel oprekken	64
7.7	Pippi Langkousen	65
7.8	Reflectie: hoe creëer je de meeste ruimte?	66
8.	Ontregelen: beren op de weg!	69
8.1	Individuele beren	70
8.2	Organisatieberen	70
8.3	Sturingsberen	72

8.4	Relatieberen	73
8.5	Elke soort beer zijn eigen verjaagstrategie	74
8.6	Hoe gevaarlijk is de beer?	74
8.7	Reflectie: hoe gaan we om met beren op de weg?	75
9.	Ontknopen: maatwerk per instelling	79
9.1	Ontknoopsessies	79
9.2	Coaching van projectleiders	79
9.3	Training in ontregelen	80
9.4	Behoeftte aan verdere ontregelhulp	81
9.5	Reflectie: ontknopen is maatwerk	82
10.	Conclusies en aanbevelingen	85
	Bijlage 1: Het Ontregelteam	90
	Colofon	91

Leeswijzer

Deze eindrapportage is geschreven vanuit het perspectief van het Ontregelteam. In twee jaar tijd hebben we tientallen mooie ontregelsessies kunnen doen en een groot aantal instellingen kunnen helpen bij het zelf ontregelen. In deze eindrapportage zijn de resultaten van de Ontregelbustrajecten beschreven.

Hoofdstuk 1 beschrijft de insteek van de Ontregelbus en hoofdstuk 2 de werkwijze die daarbij gehanteerd is. Wie vooral geïnteresseerd is in wat de trajecten hebben opgeleverd, kan deze hoofdstukken overslaan.

Het tweede deel van de rapportage draait om het ontrafelen van regels.

- In hoofdstuk 3 staan we uitgebreid stil bij de regels waar men op de werkvloer last van heeft.
- In hoofdstuk 4 duiken we wat dieper de regels zelf in, door te achterhalen om welke regels het precies gaat (waar staat dat?).
- In hoofdstuk 5 staan we stil bij de motieven die instellingen hebben om regels op te stellen en de effectiviteit daarvan (regelen we wat we willen regelen?).
- In hoofdstuk 6 staat beschreven hoe instellingen zelf met het ontrafelen aan de slag kunnen.

De volgende hoofdstukken staan in het teken van ontregelen.

- In hoofdstuk 7 wordt aan de hand van zeven rekstrategieën aangegeven welke oplossingen zorginstellingen bedacht hebben om meer ruimte te creëren.
- In hoofdstuk 8 staan we stil bij de bren op de weg die ze tegenkomen, als ze deze oplossingen willen implementeren.

In het laatste inhoudelijke hoofdstuk (hoofdstuk 9) wordt beschreven welke knopen men nog tegenkomt en hoe we die gedurende de trajecten met de Ontregelbus hebben kunnen ontwarren.

Verspreid over de verschillende hoofdstukken zijn tientallen tips te vinden voor zorginstellingen om hen te helpen bij het zelf ontregelen. Hoofdstuk 10 bevat de belangrijkste conclusies en aanbevelingen vanuit het Ontregelteam aan VWS, IGJ en brancheorganisaties.

Om een beeld te krijgen van de ervaringen van de deelnemende instellingen is een anonieme enquête uitgezet. Hieraan deden 13 respondenten mee uit 10 verschillende instellingen. Hiervan heeft 1 instelling alleen een ontrafelsessie doorlopen. Deze respondent hebben we uit de verdere analyse gelaten. In de rapportage wordt her en der verwezen naar de resultaten van deze enquête. Ook staan er verdeeld over de rapportage quotes van deelnemers aan de verschillende bijeenkomsten en een grote hoeveelheid voorbeelden.

We wensen de lezers van deze eindrapportage veel inspiratie en leesplezier toe!



1. Ontregelen met de Ontregelbus

1.1 De urgentie van ontregelen

Vrijwel elke zorginstelling worstelt met regeldruk. Niet alleen omdat de almaar uitdijende bureau-creatie ten koste gaat van de tijd die aan patiënten besteed kan worden (de zogeheten 'regeldruk-kosten'), maar ook omdat het ten koste gaat van het werkplezier van medewerkers. Dat werkplezier wordt voor een groot deel bepaald door wat 'ervaren regeldruk' genoemd wordt: de beleving die professionals hebben bij regels. Als onduidelijk is waarom je iets moet bijhouden, als regels onlogisch of onuitvoerbaar zijn of als ze niet in verhouding staan tot wat ze beogen te regelen, dan ontstaat er irritatie. Met als gevolg dat mensen de zorg verlaten, mede omdat ze gek worden van de bureaucratie¹. In deze krappe arbeidsmarkt kan de zorg zich eigenlijk geen ontevreden medewerkers veroorloven. Onderzoek van McKinsey² toont aan dat als iedere zorgmedewerker 1 uur meer per week zou werken het personeelstekort in de zorg zou zijn opgelost. Met 1 uur minder bureaucratie per week voor elke medewerker kunnen we wellicht hetzelfde bereiken.

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de afgelopen jaren allerlei ontregelacties opgezet als onderdeel van het programma [Ont]regel de zorg. Van landelijke schrap-sessies voor de langdurige zorg door Vilans tot bestuurlijke overleggen tussen stelselpartijen zoals VWS, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, brancheorganisaties en zorgverzekeraars. Met tien sectorale actieplannen is geprobeerd om de ervaren regeldruk in de betreffende sectoren terug te dringen. In eerste instantie lag de focus op maatregelen die zijn gericht op het wegnemen van knelpunten op landelijk of stelselniveau. Maar zorgprofessionals ervaren ook regeldruk als gevolg van procedures, rapportageverplichtingen of regels die op instellings- of locatieniveau worden opgelegd. Die zijn niet met landelijke afspraken of maatregelen weg te nemen. Daarvoor is een lokale ontregel-beweging nodig, waarbij medewerkers binnen hun eigen instelling met elkaar het goede gesprek aangaan over de regels die daar van kracht zijn. Om instellingen te equiperen en inspireren om de dialoog aan te zwengelen en hun eigen regeldruk aan te pakken heeft VWS hen onder meer de Ontregelbus aangeboden.

1.2 Naar een lokale ontregelbeweging

Hoofddoel van de Ontregelbus is het creëren van een lokale ontregelbeweging binnen zorginstellingen voor meer plezier en ruimte op de werkvloer. Dat begint bij een goed gesprek over nut en noodzaak van regels en de beste manier om te regelen wat de organisatie belangrijk vindt. Daarmee ligt de focus op regels en werkwijzen, waar de instellingen zelf invloed op hebben. Soms hebben die hun oorsprong in landelijke regels of afspraken binnen de branche, maar vaak gaat het om de lokale vertaling ervan naar werkwijzen en protocollen of naar afspraken met samenwerkingspartners. Hierbij wordt een beproefde ontregelmethode gebruikt, gebaseerd op de methodiek *De regels en de rek*, ontwikkeld door Boukje Keijzer³. Het Ontregelteam vanuit de Ontregelbus zorgt voor de procesbegeleiding, verslaglegging en organisatieadvies. Elk ontregeltraject richt zich op het ontregelen binnen één specifieke zorginstelling. Daardoor is elk traject maatwerk. Medewerkers op de werkvloer worden uitgedaagd om niet alleen aan te dragen waar ze tegenaan lopen, maar krijgen ook allerlei instrumenten aangereikt om hier zélf wat aan te doen. Stap voor stap worden werkwijzen ontrafeld en ontregeld, waarbij concrete resultaten worden geboekt. En elk succes, groot of klein, is weer brandstof om de ontregelbeweging gaande te houden.

¹ Jorrit Lang & Josine Poley (2018). Waarom zeggen medewerkers in zorg en welzijn hun baan op? Pensioenfonds Zorg en Welzijn. <https://www.pfzw.nl/content/dam/pfzw/web/social-partners/00-09-2018-waarom-vertrekken-medewerkers-uit-de-zorg.pdf>

² McKinsey Global Institute (2018). Het potentieel pakken: De waarde van meer gelijkheid tussen mannen en vrouwen op de Nederlandse arbeidsmarkt. McKinsey and Company.

³ Zie www.deregelenderek.nl en het boek van Boukje Keijzer (2021). *De regels en de rek*. Boom Uitgevers Amsterdam.

De Ontregelbus

- Doel: het creëren van een lokale ontregelbeweging binnen zorginstellingen voor meer plezier en ruimte op de werkvloer, door de aanpak van interne, lokaal opgestelde regels en werkwijzen
- Hoe:
 - Ontregelen binnen één organisatie
 - Met een beproefde ontregelmethodiek, procesbegeleiding en organisatiekundige kennis
 - Door medewerkers te inspireren en equiperen (empowerment)
 - Bottom up, met steun vanuit de directie
 - Van klein naar groot, stap voor stap
 - Met concrete resultaten en enthousiaste medewerkers

Over de aanpak van de Ontregelbus (uit enquête)

"Een goed instrument om teams en disciplines met elkaar te verbinden."

"De aanpak is inspirerend, verhelderend, positief en draagt echt bij aan minder regeldruk."

"Vernieuwend, out of the box, verbindend."

1.3 Met de Ontregelbus door Nederland

Twee jaar lang (van september 2019 tot en met september 2021) reed de Ontregelbus door Nederland. Het Ontregelteam bezocht allerlei soorten zorginstellingen om samen met zorgprofessionals en managers aan de slag te gaan om de lokale regedruk te ontrafelen, ontregelen en ontknopen. Van grote ziekenhuizen tot kleine thuiszorgorganisaties, van GGZ-instellingen met tientallen locaties tot gezondheidscentra waar huisartsen, apothekers en andere lokale zorg- en welzijnspartijen samenwerken.

Omdat speciaal adviseur Rita Verdonk zich al op jeugdzorg en maatschappelijke ondersteuning richtte, heeft VWS besloten de Ontregelbus niet in te zetten op dat domein. Voor de medisch specialistische zorg zijn de bezoeken van de Ontregelbus afgestemd met de werkbezoeken die speciaal adviseur Gerlach Cerfontaine daar aflegde. Met Vilans werden bevindingen en resultaten in de langdurige zorg afgestemd. Delen van de methodiek werden ook ingezet bij de Ontregellabs die Vilans begeleidde rond de thema's ECD, Zorgplan, HACCP en Incidenten.

Oorspronkelijk was het de bedoeling dat de Ontregelbus in een jaar tijd 30 zorginstellingen zou bijstaan met het ontregelen in de eigen organisatie. Omdat het om intensieve trajecten gaat, die een aantal maanden in beslag nemen, werd een groter aantal niet haalbaar geacht. De bus was net goed uit de startblokken toen het coronavirus haar de pas afsneed. Vrijwel alle opgestarte trajecten kwamen daardoor tot stilstand. Een deel van de sessies kon online voortgezet worden, maar de meeste instellingen hadden de afgelopen anderhalf jaar andere prioriteiten. In het najaar van 2020 werden lopende trajecten voorzichtig weer opgepakt en enkele nieuwe ontregelbewegingen in gang gezet, maar opnieuw gooide het virus roet in het eten. Uiteindelijk hebben 15 zorginstellingen het gehele traject kunnen afleggen. Vier organisaties zijn met het Ontregelteam begonnen met het ontrafelen van hun eigen regels en hopen zelf vervolgstappen te kunnen zetten. Met 9 organisaties zijn wel intakegesprekken gevoerd, maar is het niet gelukt om tot een ontregeltraject te komen, doordat het coronavirus of andere organisatieontwikkelingen hogere prioriteit hadden. Ook VWS zelf had zich als organisatie gemeld voor een Ontregelbustraject, maar door corona lukte het helaas niet om ruimte te maken hiervoor.

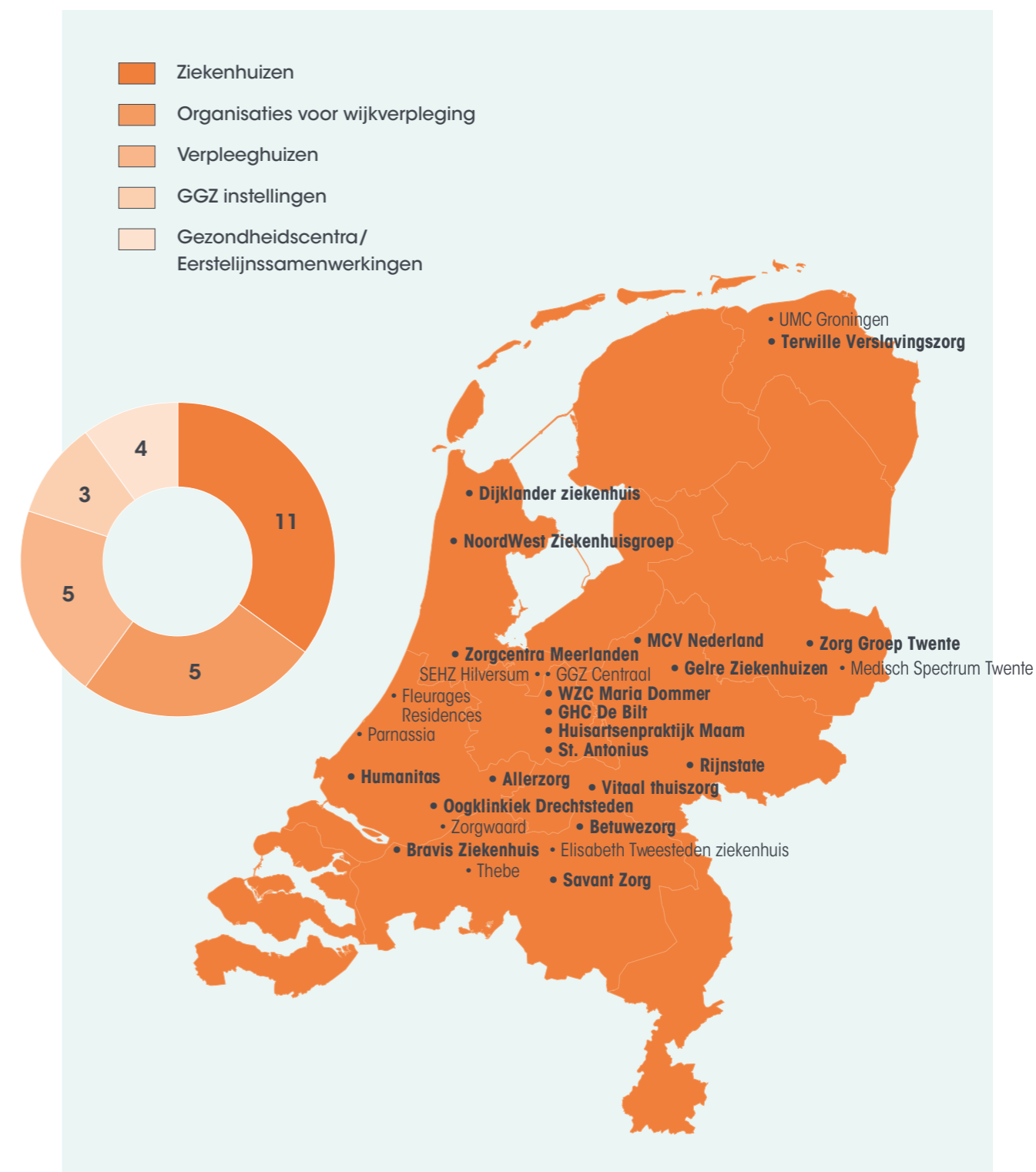
1.4 Reflectie: Wie stapt er in?

Werving van instellingen

In september 2019 is begonnen met de werving en selectie van deelnemers voor de Ontregelbus vanuit het ministerie van VWS. Omdat er maar plek was voor 30 instellingen in totaal is niet gekozen voor een grootschalige wervingscampagne. Het werven van instellingen gebeurde vooral via de algemene communicatiekanalen van VWS (website, Twitter, LinkedIn) en via de [Ont]regel de Zorg nieuwsbrief. Daarnaast werd de Ontregelbus genoemd in overleggen en attendeerden ambtenaren specifieke zorginstellingen op de mogelijkheden van de Ontregelbus. Ook heeft VWS de branche- en beroepsverenigingen op de Ontregelbus geattendeerd via de landelijke sectorale Ontregel de zorg werkgroepen. Die hebben helaas slechts in beperkte mate naar hun leden gecommuniceerd over de Ontregelbus. In de startfase heeft de Ontregelbus ook op een congres gestaan om instellingen te informeren en uit te nodigen om zich in te schrijven. De Ontregelbus heeft zelf ook een Twitter, LinkedIn en Facebookkanaal ingericht, om berichten van anderen te kunnen delen en over de activiteiten van de Ontregelbus te berichten.

De oorspronkelijke gedachte van VWS was om per zorgsector (medische specialistische zorg, GGZ, gehandicaptenzorg, verpleeghuiszorg, thuiszorg, 1e lijnszorg) een vijftal instellingen te helpen met ontregelen. Uiteindelijk bleek de aanpak in eerste instantie vooral aan te slaan binnen de thuis-

verpleegzorg en de medisch specialistische zorg, wat voor een vliegwieleffect in deze sectoren zorgde. Voor de andere sectoren bleek het moeilijker om deelnemers te werven. We onderscheiden een aantal factoren die daaraan bijgedragen kunnen hebben.



^ Kaart van Nederland met de 28 instellingen die geïnteresseerd waren in deelname aan de Ontregelbus. De vetgedrukte instellingen hebben uiteindelijk een compleet Ontregeltraject gevolgd of een belangrijk deel daarvan.

- **Onbekendheid.** Doordat er geen grootschalige campagne gevoerd is rond de Ontregelbus waren weinig instellingen bekend met de Ontregelbus en wat die voor hen kon betekenen. Een compleet ontregeltraject duurt een aantal maanden. Daardoor, en door de vertragingen als gevolg van het coronavirus, kon pas na een jaar gedeeld worden over de opbrengsten ervan, onder meer in de tussenrapportage (te vinden op www.ordz.nl).
- **Weerstand.** In sommige zorgsectoren was er weerstand tegen de focus op de eigen lokaal opgestelde regels die VWS met de Ontregelbus beoogde. Bestuurders vonden dat VWS zelf onvoldoende werk maakte van de aanpak van landelijke regeldruk. De invoering van de Wet zorg en dwang met de daaraan gekoppelde lawine van regels maakte de weerstand in bijvoorbeeld de GGZ sector nog groter.
- **Prioriteit.** Enkele instellingen besloten om niet in de bus te stappen, omdat ontwikkelingen rond het ECD of accreditatie intern meer aandacht vroegen. In een tweetal gevallen werd een ontregeltraject vroegtijdig afgebroken door personele wisselingen binnen de zorgorganisatie.
- **Corona.** Vanaf voorjaar 2020 veranderde corona uiteraard alle prioriteiten weer. Geïnteresseerde instellingen haakten af en lopende trajecten liepen lange vertragingen op of werden alsnog stopgezet. Al waren er ook enkele instellingen die juist de coronatijd benut hebben om serieus werk te maken van ontregelen. De energie en positieve resultaten die een ontregeltraject teweegbrengt, waren een welkome afwisseling van de stress en zorgen rondom het managen van de coronazorg.

Verwachtingen verhelderen

Het intakeproces verliep in een aantal stappen. Instellingen konden zich via de website van [Ont]regel de zorg aanmelden voor deelname. Deze aanmeldingen kwamen bij VWS binnen en werden na een telefonische check op verwachtingen en commitment door VWS gekoppeld aan het Ontregelteam van de Ontregelbus voor verdere intake. Instellingen bleken niet altijd realistische verwachtingen te hebben van wat de Ontregelbus voor hen kon betekenen. Sommigen hoopten vooral op praktische uitvoerende hulp van het Ontregelteam om hun eigen ontregeltrajecten uit te voeren. Of ze dachten dat het Ontregelteam met een bezem door hun regels zou gaan om die op te schonen. De intakegesprekken werden benut om verwachtingen scherp te krijgen, de mogelijkheden die het traject biedt te schetsen en flexibel in te spelen op de behoeftes van de instelling. Als duidelijk werd dat men vooral gestimuleerd zou worden om zélf met de regels aan te pakken haakte een enkele instelling af. Ook de gevraagde mate van commitment van de deelnemende instelling was in een enkel geval een reden om niet in de bus te stappen. In paragraaf 2.2 staan we uitgebreider stil bij het belang van bestuurlijk commitment.

De impact van corona op regels

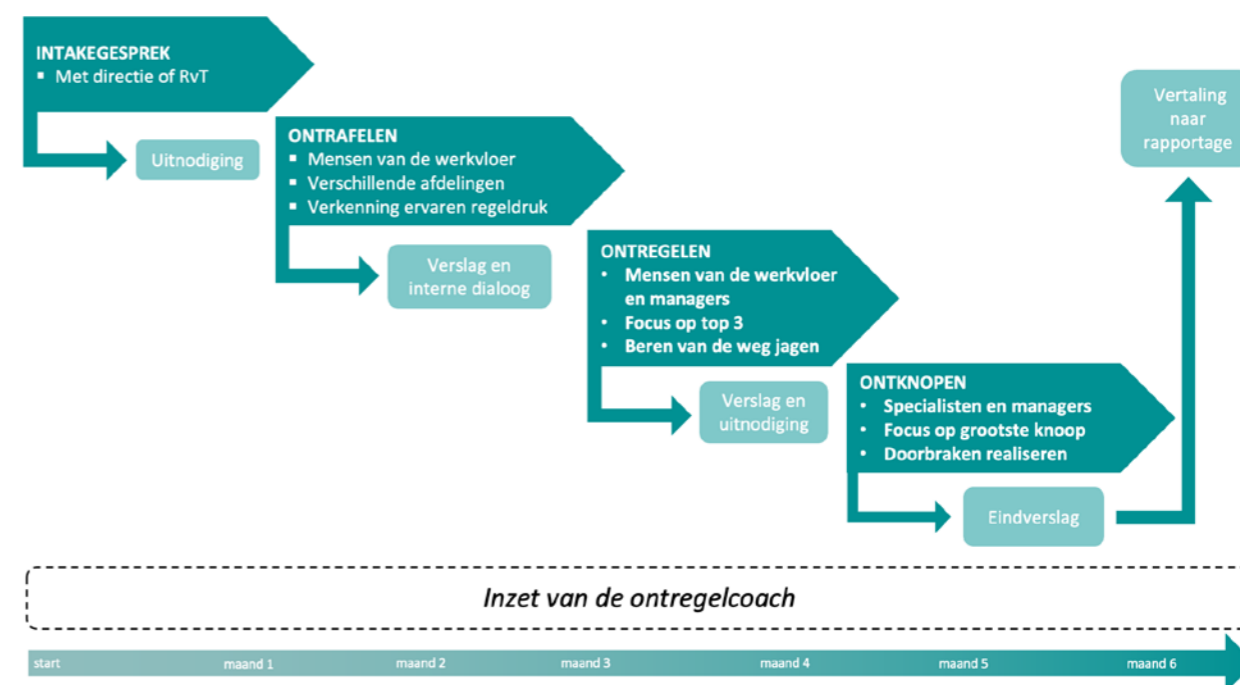
De coronacrisis leert ons enorm veel over de omgang met regels: welke informatie is essentieel om bij te houden, welke regels zitten in de praktijk vooral in de weg, hoe kun je snel nieuwe duidelijke regels opstellen en hoe communiceer je daarover? Tijdens de coronacrisis bleek voor veel instellingen dat regels die voorheen als onmisbaar werden gezien, dat helemaal niet waren, en/of vervangen konden worden door simpeler procedures. Onder druk werd alles vloeibaar. Ook bleken sommige thema's opeens geen issue te zijn (zoals omgang met familie) en werden regels opgerekt of aangepast (speciale coronaprotocollen). Andere issues werden opeens veel nijpender (meer uitval en personeelstekort, dus grotere issues met planning en roostering). Intussen wordt er in opdracht van VWS onderzoek uitgevoerd naar het effect van corona op regeldruk.

2. Stap voor stap ontregelen

Wij zien ontregelen als een verandertraject, waarin elke stap een bijdrage levert aan het tot stand brengen van de beoogde lokale ontregelbeweging.

- In het **intakegesprek** wordt de basis gelegd voor een enthousiaste start van de ontregelbeweging en de uiteindelijke (bestuurlijke) borging van de verschillende ontregelacties.
- In de fase van **ontrafelen** verkennen we met zorgprofessionals van verschillende afdelingen de ervaren (interne) regeldruk. Dat begint met het inventariseren en prioriteren van de meest tijdrovende en irritante regels in een ontrafelsessie. Daarbij wordt gekeken wat voor soort regels dit zijn. Ook wordt stilgestaan bij de vraag wat men probeert te regelen met deze regels. Vaak vraagt dit nog om een verdere verdieping op deze regels aan de hand van een aantal vragen die men als huiswerk meekrijgt.
- In de fase van **ontregelen** wordt de rek opgezocht voor de regels die de meeste regeldruk geven. Hiervoor krijgen de instellingen zeven rekstrategieën aangereikt. Daarbij wordt ook gekeken wat medewerkers ervan weerhoudt om de rek op te zoeken: de zogenaamde beren op de weg. Tijdens de ontregelsessie zijn zowel zorgprofessionals als managers en relevante experts uit de organisatie aanwezig.
- In de fase van **ontknopen** wordt met zorgprofessionals, managers en experts gezamenlijk gewerkt aan het ontwarren van de belangrijkste interne bron van regeldruk of de obstakels die het ontregelen in de weg staan.
- Gedurende het gehele traject is een externe **ontregelcoach** beschikbaar, die de instelling helpt met het terugdringen van de interne regels waarvan de werkvloer de meeste regeldruk ervaart.
- In alle gevallen wordt **maatwerk** toegepast om het traject optimaal aan te laten sluiten bij eerdere ervaringen met ontregelen en specifieke behoeften binnen de organisatie.

In totaal wordt voor een ontregeltraject ongeveer vijf maanden uitgetrokken. Sommige instellingen deden dit een stuk sneller. Daarbij werkte het goed om de data voor alle sessies meteen vast te leggen. In andere gevallen duurde het totale traject door corona meer dan een jaar.



2.1 Regels, werkwijzen en cultuur

De verschillende etappes die de Ontregelbus aflegt zijn er met name op gericht om ruimte te creëren in de regels. Het begrip 'regels' gebruiken we daarbij in brede zin. Het kan gaan om registraties, protocollen, procedures en werkwijzen. Meestal staan die wel ergens beschreven. Daarnaast kan het gaan om manieren van samenwerken en ingesloten routines, die niet altijd op papier terug te vinden zijn, maar wel veel tijd kunnen kosten of tot irritatie kunnen leiden. In de praktijk blijkt dat ook veel tijdverlies en frustratie optreedt door gebrekkige communicatie. En door een cultuur waarin er weinig ruimte is om in te spelen op situaties en naar de geest van de regel te handelen in plaats van de letter. In die situaties zijn de feitelijke regels niet zozeer het probleem, maar moet er naar onderliggende obstakels gekeken worden. Hier wordt in het Ontregelbustraject aandacht aan besteed door tijdens de ontregelsessie en daarna stil te staan bij de beren op de weg (zie hoofdstuk 8 en 9).

2.2 Intakegesprek: urgentie, enthousiasme en commitment

Na een telefonische pre-intake met de aanmelder door VWS en het Ontregelteam om de verwachtingen over en weer af te stemmen, vond met elke instelling een uitgebreid intakegesprek plaats. Bij deze gesprekken was meestal iemand van de directie, een regeldrukcoördinator of kwaliteitszorgmanager, en iemand van de werkvloer aanwezig. Als er al een idee was waar de ontregelbeweging het hardste nodig was, werd hier vaak ook een leidinggevende van de betreffende afdeling toegevoegd. Het intakegesprek was erop gericht om een aantal zaken te bespreken.

Urgentie en enthousiasme

De eerste vraag die in elk intakegesprek aan de orde kwam was de vraag waarom men de Ontregelbus wil inschakelen. De organisaties die zich aanmeldden voor de Ontregelbus bleken vooral op zoek te zijn naar hulp bij het boeken van concreet resultaat. Ontregelen staat al langer op hun agenda, maar het lukt ze onvoldoende om hier vooruitgang in te boeken. Zorg verlenen is hun core business, en niet ontregelen. Ze waren dan ook blij met de mogelijkheden die de Ontregelbus hen bood. Andere instellingen zijn al langer bezig met ontregelen en wilden de Ontregelbus gebruiken om met een frisse blik naar de stand van zaken te kijken, als een soort ontregelthermometer. Met name de instellingen die zelf vooroplopen met ontregelen waren heel nieuwsgierig naar waar ze staan en waar ze nog een slag te slaan hebben. Soms zijn er al diverse inventarisaties gedaan en ontregelplannen gemaakt, maar aanpak en resultaten zijn vaak erg versnipperd. Ook zijn de verschillende acties vaak niet helder belegd, waardoor eigenaarschap en borging niet gegarandeerd zijn. Allemaal zaken die nauw samenhangen met het commitment op managementniveau om serieus werk te maken van ontregelen. De veranderkundige blik waarmee het Ontregelteam kijkt, helpt om meer focus en daadkracht in de lokale ontregelbeweging te krijgen.

"We zijn al een tijdje bezig met het ontregelen binnen onze organisatie, maar we kunnen wel een frisse blik gebruiken. Leggen we de focus op de juiste dingen? Hoe zorgen we dat verschillende acties elkaar versterken? En hoe zorgen we dat het ontregelen een tweede natuur wordt?"

"We zien wel dat we zelf iets kunnen doen om de regeldruk te verminderen, maar het blijkt moeilijk om tot concrete actie te komen. Of we schrappen een paar regels en bedenken in dezelfde vergadering weer nieuwe. Het ontbreekt ons aan focus en een samenhangende aanpak."

Tijdens de intake werd ook altijd gevraagd of alle input vanuit de werkvloer welkom was, of dat we ons moesten richten op bepaalde thema's, bijvoorbeeld op basis van een medewerkerstevredenheidsonderzoek of prioriteiten van de organisatie. De ervaring van het Ontregelteam is dat het beste resultaat behaald kan worden als alles bespreekbaar is, juist omdat je als bestuurder verrast kunt worden door de blik van de medewerkers. In sommige gevallen werd echter aangegeven dat er onderwerpen waren waar het traject zich niet op moest richten, zoals ICT of risicoscreening, omdat dit al in andere trajecten werd opgepakt. Hoe groter de nieuwsgierigheid en veranderbereidheid van de directie, hoe groter de impact van het ontregeltraject.

Het Ontregelteam geeft met allerlei voorbeelden en het werkmateriaal tijdens de intake al een beeld van hoe we te werk gaan en wat het traject op kan leveren. Dat wakker bij gesprekspartners meteen enthousiasme aan. Ook de focus op regels waar men zelf invloed op heeft roept energie op: hier kan men namelijk zelf iets aan doen! Zo worden de eerste zaadjes voor de ontregelbeweging geplant.

Commitment

Bestuurlijk commitment is een voorwaarde om met de bus van start te gaan. Tijdens het eerste telefonische contact wordt door VWS al verkend wat de aanleiding is voor de aanmelding en of er voldoende commitment is om ook veranderingen door te voeren. In het intakegesprek besteden we hier ook uitgebreid aandacht aan. Gebrek aan commitment om echt iets met de resultaten te doen is ook een grote angst die we tegenkomen bij medewerkers op de werkvloer. Zij zitten niet te wachten op weer een traject waar ze tijd en energie in steken, zonder dat het hen daadwerkelijk iets oplevert.

Het blijkt overigens dat het topmanagement regelmatig een andere kijk heeft op wat belangrijk en irritant is dan de mensen van de werkvloer. Zij denken vooral winst te kunnen boeken met het aanpakken van administratieve regels en richtlijnen die door externe partijen worden opgelegd. De haperende wifi die in een ontregelsessie als eerste genoemd wordt, staat niet bovenaan hun prioriteitenlijstje om aan te pakken als opbrengst van een ontregeltraject. En ze schrikken soms enorm als blijkt dat medewerkers vooral last hebben van gebrekkige communicatie of slecht personeelsbeleid. In een paar gevallen leidde dit tot spanningen binnen de organisatie en werden bepaalde knelpunten niet aangepakt, omdat de directie ze niet belangrijk vond. Gelukkig lukte het in bijna alle trajecten wel om de directie te overtuigen van de winst die geboekt kon worden. Zo werd ondanks weerstand bij de directie de slechte wifi uiteindelijk wel opgelost en zijn de meeste instellingen ook aan verbetering van de communicatie gaan werken.

"Het gaat veel over wat voor type ziekenhuis je wilt zijn. Daarvoor bedenken we beleid en allerlei maatregelen. De werkzaamheden die daaruit voortvloeien veroorzaken we dus zelf. Terwijl die maatregelen vaak niet eens werken" ...

Het verschil in perspectief op welke regels in de weg zitten tussen directie en werkvloer geldt sterker bij grotere organisaties, waar de afstand tot de werkvloer groter is. Overigens zijn we ook bij grote instellingen zeer bevlogen bestuurders tegengekomen die intrinsiek gemotiveerd zijn om echt iets aan de regeldruk te doen. Vaak heeft dat ook te maken met hoe zij hun rol zien als bestuurder: het faciliteren van de kracht en kunde van professionals op de werkvloer. Met een potentieel belangrijke sleutelrol voor de verpleegkundige adviesraad (VAR) en afdeling Kwaliteit & Veiligheid. Bij kleinere organisaties zijn de lijnen vaak korter en kunnen gevonden oplossingen sneller geïmplementeerd worden. Er zijn daar immers geen stuurgroepen of managementoverleggen waar voorstellen besproken moeten worden. In grote organisaties zijn er soms zoveel overlegorganen dat het eindeloos kan duren voordat men op de werkvloer iets van de aanpassingen merkt.

Verticaal = uitgangspunt	RvB	Stuurgroep Kwaliteit	Zorgmanagement	Adviseurs kwaliteit & accounthouders RvV	Team indicatoren	Commissies verpleegkundige indicatoren	Team-/afdelings hoofden	Aandachtsvelders	Regievoak	Verpleegkundigen
RvB		Monitoren								
Stuurgroep Kwaliteit	Adviseren		Adviseren	Adviseren	Informeren	Aansturen				
Zorgmanagement				Aansturen	Aansturen		Aansturen			
EPIC / ICT										
Adviseurs kwaliteit & accounthouders RvV					Adviseren	Adviseren	Monitoren			
Team indicatoren	Adviseren	Adviseren	Signaleren	Signaleren		Signaleren	Signaleren	(loopt via commissies)	(loopt via team/afg)	(loopt via team/afg)
Commissies vpk indicatoren								Aansturen		
Team- / afdelingshoofden								Signaleren	Signaleren	
Aandachtsvelders						Signaleren			Informeren	Adviseren
Regievoak						Adviseren		Signaleren		Informeren
Verpleegkundigen						Signaleren		Signaleren		Adviseren

^ Bestuurlijke spaghetti rond ontregelen in een ziekenhuis

Praktische afspraken

Tijdens het intakegesprek wordt ook aandacht besteed aan de praktische en logistieke kant van het ontregeltraject. Het bepalen van de deelnemers aan de sessies, het organiseren van de bijeenkomsten, en het afspraken maken over de planning. Daarbij blijkt het goed te werken om meteen alle sessies in te plannen om zo de vaart erin te houden. Ook over communicatie worden afspraken gemaakt: Hoe worden deelnemers en andere collega's geïnformeerd over de uitkomsten?

Elk traject is uiteindelijk maatwerk. In het intakegesprek probeert het Ontregelteam daarom helder te krijgen wat de organisatie allemaal al doet of deed aan regeldruk en waar de urgentie voor de aanpak voor de komende periode ligt. Vervolgens wordt gekeken hoe het traject toegespitst kan worden hierop. Zo hebben we bij een aantal instellingen meerdere ontrafelsessies uitgevoerd bij verschillende vestigingen of afdelingen. Bij een andere instelling zijn juist meerdere ontregelsessies uitgevoerd, zodat medewerkers de methodiek nog beter in de vingers konden krijgen. De ontknop-fase kreeg vrijwel overal een andere invulling, afhankelijk van de behoefte van de organisatie. Van strategische individuele coaching voor de implementatie van oplossingen en multidisciplinaire ontknop-sessies tot een extra trainingssessie om de methodiek eigen te maken. In hoofdstuk 9 is hier meer over te lezen.

Ontregeltips

- Wissel bij aanvang onderlinge verwachtingen uit. Dat voorkomt teleurstelling achteraf.
- Zorg voor bestuurlijk commitment om écht iets met de resultaten te mogen doen.
- Benoem een interne projectleider/trekker die mandaat krijgt om door te pakken.
- Vraag ruimte bij de directie om alles waar de werkvloer mee komt serieus te mogen nemen.
- Stem het ontregeltraject af op de groep waarmee je werkt. Maatwerk vergroot de kans op betrokkenheid.
- Maak meteen een planning voor het gehele traject. Dan blijft de vaart erin.
- Start direct met communiceren over het traject en blijf dit regelmatig doen, zodat het ontregelvuur blijft branden.



[ontregelvoorbeeld]

Plannen maken voor betere planning

Het maken van een kloppend rooster is in elke zorgorganisatie een uitdaging, maar door het hoge verzuim en openstaande formatie worstelt een wijkzorginstelling hier enorm mee. Het lukt niet om de planning rond te krijgen en medewerkers zitten regelmatig tijdens een bezoek bij een cliënt te appen en bellen om vervanging te regelen voor een uitvallende collega. Het is onduidelijk wie er wat regelt om de planning rond te krijgen en dat leidt tot stress op de werkvloer.

Waar staat dat en wat proberen we hiermee te regelen?

Elke organisatie hanteert haar eigen roostersysteem en vaak zijn er bij zelfsturende teams ook grote verschillen in hoe ze de planning organiseren. Het doel is om roostering en vervanging zo soepel mogelijk te laten verlopen. Maar dat blijkt in de praktijk niet eenvoudig te zijn.

Waar zit de rek?

Door sommige teams wordt gelijk de flexpool ingeschakeld om mee te denken over vervanging, terwijl andere teams na twee dagen zelf de vervanging moeten invullen. Door de planner al eerder te laten kijken naar de weekenddiensten wordt stress aan het einde van de week voorkomen. Ook zou het schelen als flexmedewerkers ook in het weekend inzetbaar zijn (tijd rekken). Binnen sommige teams is er een 'nood' app die alleen in geval van acute ziekte wordt gebruikt. De dienst is dan bijna altijd snel ingevuld. Men maakt met elkaar afspraken dat dit alleen gebeurt als het echt nodig is: maximaal drie keer per maand (volume rekken). Besproken wordt wie het beste de planning kan doen (perspectief verbreden). Zo kan het handig zijn als degene die zich ziekmeldt zelf een vervanger regelt. Of dat er een regionale planner ingeschakeld wordt die over teams heen naar inzetbaarheid kijkt. Al lijkt dat in te druisen tegen de autonomie van zelfsturende teams.

Hoe ontwarren we de knoop?

Door in te zoomen op de problematiek wordt duidelijk dat het plannen vooral een issue is omdat er veel verzuim is en veel teams onvoldoende formatie hebben. Daarover klagen heeft niet zoveel zin. Men focust liever op het vergroten van de collegialiteit, het verleiden van medewerkers om meer uren te werken en het binden van flexwerkers aan de organisatie zodat zij vaker bereid zijn om diensten op te vullen. Daarbij is het duidelijk dat men in de zelfsturende

teams niet gewend is om elkaar aan te spreken op hoe men met invalverzoeken omgaat. Waardoor sommige collega's het idee hebben dat zij steeds de gaten opvullen, terwijl anderen dat zelden doen. Een van de oplossingen die hiervoor bedacht wordt is een lijstje met namen waarin steeds de bovenste medewerker in noodgevallen gevraagd wordt om in te vallen en daarna weer onderaan de lijst terecht komt. Het vooraf inplannen van reservediensten zorgt er ook voor dat er iemand klaarstaat om in te vallen als dat nodig mocht zijn. Wijkverpleegkundigen gaan ook steviger achter de verzoeken om in te vallen staan, zodat de planner zich gesteund voelt. Delen hoeveel moeite het kost om de planning rond te krijgen helpt ook.



3. Ontrafelen: Van welke regels hebben zorgmedewerkers last?

Zet een groepje zorgprofessionals om de tafel, vraag ze naar de meest tijdrovende en irritante lokale regels, en je krijgt in korte tijd tientallen voorbeelden. Over aftekenlijsten die ongezien in de prullenbak verdwijnen, maar wel veel tijd kosten om in te vullen. Over gegevens die in vier verschillende systemen worden bijgehouden, onlogisch doorschakelende telefooncentrales en inefficiënte inkoop-procedures. Over strikte HRM procedures waardoor men de schaarse medewerkers niet mag aan-nemen of kan behouden, omslachtige inlogprocedures en gewerkte uren die niet geregistreerd kunnen worden. Maar hoewel zo'n waslijst van knellende regels heel deprimerend kan overkomen, ook in dit hoofdstuk, werd in de ontrafelsessies die we organiseerden ook al meteen heel veel ontregeld. Want ontrafelen is ontregelen.

De ontrafelsessies van de Ontregelbus zijn opgebouwd uit een aantal stappen.

1. Informeren over Ontregel de zorg
2. Verzamelen van regels en werkwijzen waar men last van heeft.
3. Clusteren en prioriteren van deze regels op basis van hoe tijdrovend en irritant ze zijn.
4. Nadere analyse van de meest tijdrovende en irritante regels aan de hand van een aantal vragen.
 - a. Waar staat dat? Om welke regels gaat het precies?
 - b. Wat voor soort regels betreft het?
 - c. Wat proberen we te regelen met deze regels?
5. Bepalen welke regels in de ontregelsessie centraal staan
6. Toelichting op het verdiepende huiswerk

Elk van deze stappen draagt bij aan een ander perspectief op regels en een goed gesprek daarover. Hierdoor ontstaat er meteen al meer ruimte in de beleving van medewerkers. En doordat mede-werkers dit tijdens de ontrafelsessie zelf doen, ontstaat ook het besef dat zij zélf iets aan de regeldruk kunnen doen. Dit gevoel van empowerment vormt de basis van de ontregelbeweging die in gang wordt gezet.

“Leuke bijeenkomst, fijn om alles te mogen benoemen. Ik krijg gewoon zin om onze regels aan te pakken.”

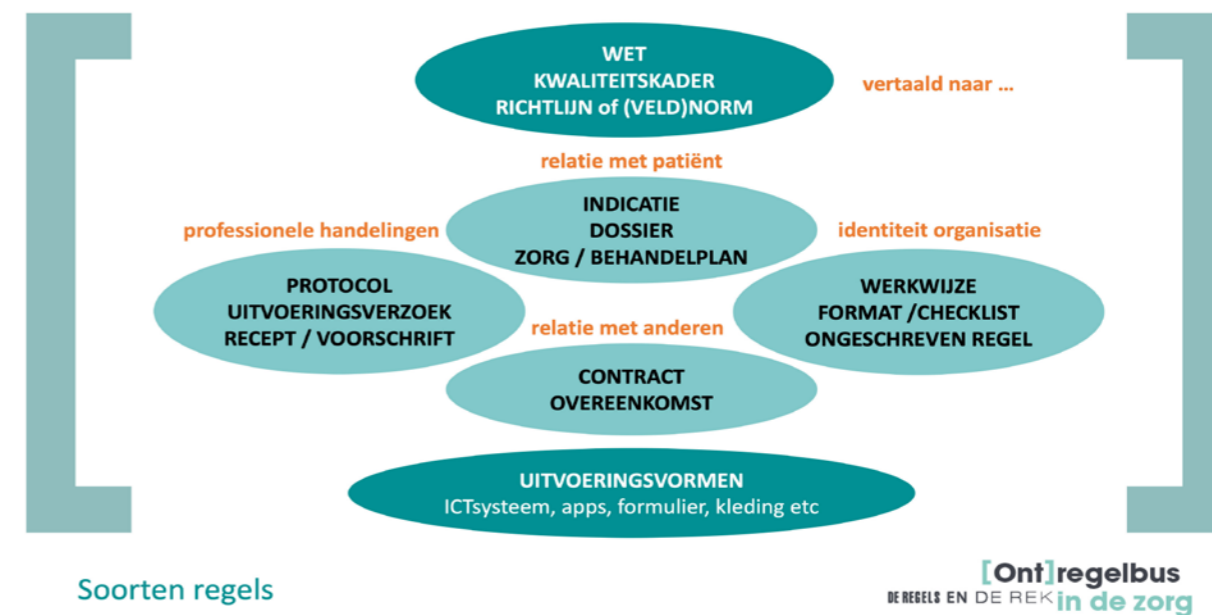
“Het is goed om van collega's met een andere rol te horen wat er speelt, en dat er toch veel overeenkomsten zijn. Het kweekt begrip en het gevoel dat je met z'n allen één team bent.”

3.1 Stand van zaken [Ont]regel de zorg

Na een korte kennismakingsronde en de introductie van de werkwijze van de Ontregelbus staan we altijd even stil bij de regels die op stelselniveau al zijn opgepakt in de sectorale actieplannen van [Ont]regel de Zorg. Sommige daarvan herkent men. Zo is het aantal keurmerken in de zorg teruggedrongen en hoeven er minder indicatoren aangeleverd te worden voor kwaliteitsvisitaties. Voor een afspraak met een fysiotherapeut heb je geen verwijzing van de huisarts meer nodig. Maar dit soort veranderingen dringen niet altijd tot de werkvloer door, omdat systemen nog steeds om bepaalde gegevens vragen en de dagelijkse werkwijzen niet zijn aangepast. Het de-implementeren van regels is soms net zo moeilijk als het implementeren ervan. Het laten zien wat er landelijk al wordt opgepakt, zorgt er wel voor dat de focus van de ontrafelsessie kan liggen bij de regels waar de instelling zelf invloed op heeft.

3.2 De ene regel is de andere niet

Om de enorme hoeveelheid storende regels die genoemd worden te ordenen, wordt een onderscheid gemaakt naar verschillende soorten regels (zie figuur hieronder). Daarbinnen zijn de genoemde regels geclusterd rond terugkerende knelpunten. Deze indeling is slechts een hulpmiddel om te analyseren van welke regels medewerkers nu precies last hebben, maar geeft ook meteen zicht op waar je moet zijn als je er iets aan wilt veranderen. Moet je daarvoor in gesprek met collega's, patiënten, samenwerkingspartners of de directie van je eigen organisatie?



Omdat de focus van de Ontregelbus ligt op de regels waar men zelf invloed op heeft, ging het in de ontrafelsessies niet zozeer over de bovenliggende wetten en kwaliteitskaders. Deze kwamen slechts zijdelings aan de orde. Wel werd besproken hoe die wetten en kaders vertaald zijn naar de werkpraktijk.

3.2.1 Professionele handelingen: sturen op veiligheid en kwaliteit

Kwaliteitskaders worden door de branche vertaald naar protocollen en richtlijnen die het professionele handelen van medewerkers sturen, om de kwaliteit en veiligheid in de zorg te garanderen. Soms gaat het om dwingende protocollen die gekoppeld zijn aan de BIG-registratie van zorgmedewerkers, maar vaak betreft het richtlijnen, die ruimte bieden om er een eigen invulling aan te geven. Die ruimte ervaart men in de praktijk alleen lang niet altijd. We zetten de meest genoemde knelpunten op een rij.

Voorzichtig omgaan met medicatie

Random het gebruik van medicijnen gelden strenge regels om te voorkomen dat patiënten gevaar lopen door verkeerde toediening ervan. Zo geldt in de verpleegzorg voor het toedienen van insuline het vier ogen principe, waarbij altijd een tweede collega moet paraferen dat de juiste hoeveelheid insuline wordt toegediend. In de praktijk kost dit veel tijd, omdat er niet altijd twee collega's van het juiste niveau aanwezig zijn. Bij het ontslag van patiënten in ziekenhuizen is de arts verantwoordelijk voor het affekenen van medicijnen. Met als gevolg dat patiënten soms lang moeten wachten voor ze naar huis kunnen, omdat de arts nog niet langs is geweest. Wat weer invloed heeft op de doorstroom van patiënten van andere afdelingen. *Zie uitgewerkt voorbeeld medicatie ontslag op pagina 40.*

Bij opiaten gelden ook specifieke regels voor het veilig opslaan ervan. Opiaten moeten dubbel afgetekend worden door twee collega's, naast een strenge procedure voor voorraadbeheer en opslag. Sinds opiaten in Baxter⁴ zitten hoeft het dubbel affekenen niet meer, maar voor andere middelen, zoals lithium en oogdruppels die in Baxter zitten wordt nog wel een dubbele check gevraagd. Medewerkers snappen de logica hierachter niet en hebben het gevoel dat ze vierdubbele veiligheidsschecks moeten doorlopen, ook bij medicijnen die weinig risico opleveren. Overigens leidt het baxteren zelf ook tot veel irritatie, omdat het aanpassen van de inhoud van de Baxterzakjes huisartsen veel tijd kost.

Hygiënelijsten afvinken

In de zorg gelden strenge richtlijnen rond hygiëne. Je wilt immers niet dat patiënten een infectie, voedselvergiftiging of legionellabesmetting oplopen. Met als gevolg dat er binnen verpleeginstellingen en ziekenhuizen talloze afvinklijstjes circuleren voor het checken van de koelkast- of watertemperatuur, het door laten lopen van kranen en het schoonmaken van ruimtes. Voor technische aspecten, zoals temperatuurmetingen, blijken handige tool te bestaan die signaleren wanneer de temperatuur te veel afwijkt, en de technische dienst houdt dit soort zaken vaak zelf ook bij. Dubbele checks door verpleegkundigen worden dan als overbodig ervaren. Schoonmaaklijsten moeten soms dagelijks worden ingevuld, specifiek per onderdeel (dat je de vloer dweilt, van hoe laat tot hoe laat de kraan heeft doorgelopen, etc.). Met als gevolg dat de neiging ontstaat om dit soort lijsten blind af te vinken, waardoor ze hun doel voorbijschieten.

Leren van MIC en MIM

Ook in de zorg gaat het wel eens mis. Incidenten waar cliënten schade door ondervinden (bijvoorbeeld een verkeerd toegediend medicijn) worden geregistreerd als Melding Incidenten Client (MIC).

Waar het schade aan medewerkers betreft (bijvoorbeeld door agressie van een patiënt) wordt een Melding Incidenten Medewerker (MIM) gedaan. Deze incidenten worden bijgehouden om ervan te leren en de kwaliteit en veiligheid op de werkvloer te verbeteren. Hoewel medewerkers het belang van deze registratie erkennen geven ze tijdens de ontrafessessies aan dat de procedures vaak nodeloos ingewikkeld zijn. Men hoort zelden iets terug van deze meldingen. Bovendien komen terugkerende patronen niet naar voren uit de systemen, waardoor er weinig van geleerd wordt.

Risicoscreening

Risicoscreening (op onder meer pijn, delier, decubitus, valrisico en ondervoeding) is in vrijwel elk ziekenhuis de grootste ergernis. Niet alleen omdat het per afdeling dagelijks tientallen minuten tijd kost, maar vooral omdat verpleegkundigen en artsen de toegevoegde waarde er niet altijd van inzien. Zoals een IC-arts opmerkt: 'ik heb nog nooit via screening een risicogeval ontdekt, dat we niet zelf al gesignaleerd hadden.' Eventuele interventies zijn vaak al ingezet voordat er gescreend wordt, waarmee het invullen van de indicatoren slechts een administratieve handeling is die alleen maar tijd kost die niet aan de patiënt besteed kan worden. Daarnaast ergeren zorgprofessionals zich eraan dat ze patiënten moeten screenen volgens bepaalde protocollen (bijvoorbeeld alle patiënten ouder dan 70 jaar) in plaats van dat ze zelf de afweging kunnen maken of het zinnig is om een bepaalde patiënt te screenen. Ze voelen zich niet serieus genomen in hun professionaliteit. Bovendien is het de vraag of een hoog screeningspercentage (zoals in het dashboard opgenomen wordt) iets zegt over de feitelijke kwaliteit van de zorg op een afdeling. Die zou je willen afleiden uit de interventies die ingezet zijn en het aantal keren dat de risico's toch optreden (Hoe vaak vallen patiënten? Hoe vaak komt decubitus voor?). Maar dat wordt lang niet altijd geregistreerd, laat staan dat erop gestuurd wordt. "We meten iets wat we eigenlijk niet willen weten". *Zie uitgewerkt voorbeeld over screening op pagina 77.*

[De meest genoemde regels]

Top 5 ziekenhuizen

- Risicoscreening
- Dubbele registraties in verschillende systemen
- Medicatie/ontslag
- Overdracht tussen afdelingen en zorginstellingen
- Inkoop/technische dienst

⁴ Baxter of baxteren is het machinaal op maat verpakken van medicatie in zakjes, genoemd naar de firma Baxter die de eerste robot hiervoor introduceerde in Nederland. Medicijnen zitten per inname-moment (bijvoorbeeld 's ochtends, of na het eten) apart verpakt in zakjes, die aan elkaar aan een rol zitten (Baxterrol). Dit draagt er aan bij dat een patiënt de juiste medicijnen op het juiste moment inneemt.

3.2.2 Relatie met patiënt: staat de patiënt centraal?

Een belangrijk deel van het administratieve werk van zorgprofessionals bestaat uit het bijhouden van gegevens over patiënten. Over wie ze zijn, hoe het met hen gaat als ze binnenkomen, welke interventies er worden ingezet en hoe hun gezondheid zich ontwikkelt. Zonder deze gegevens is het moeilijk om te bepalen of je goede zorg levert.

Basisinformatie is niet basic

Dat begint al bij het inplannen van een afspraak, waar de basisgegevens van een patiënt gecheckt worden: naam, adres, verzekeraar etc. Als de patiënt bij de zorginstelling arriveert worden deze gegevens vaak nogmaals gecheckt bij de inschrijfbalie en/of poli. Soms worden dezelfde gegevens in een week tijd vier keer gecheckt, ook door verpleegkundigen, terwijl dit bij uitstek zaken zijn die een ondersteunende medewerker kan doen.

Bij de anamnese moeten allerlei formulieren worden ingevuld met heel gedetailleerde vragen, waarvan je je af kunt vragen of ze relevant zijn. Niet alleen over de medische situatie van de patiënt, maar ook over diens welzijn, zorghistorie en thuissituatie. Dit kan in een verpleeghuis zo twee tot vijf uur per nieuwe bewoner kosten.

De terugkerende zorgleefplangesprekken (bij sommige instellingen twee keer per jaar) zijn ook een echte tijdvreter: formulieren invullen, voorbereiden en inplannen, het gesprek zelf voeren, uitwerken, handtekeningen na afloop verzamelen. Ook het aanvragen van een hoger zorgzwaartepakket of het regelen van de overgang van ZVW naar WLZ of verplaatsing naar een andere locatie zijn omslachtig. Met name omdat dit steeds om een nieuwe zorgovereenkomst vraagt, die doorgenomen moet worden met de cliënt en/of familie en van handtekeningen voorzien moet worden. *Zie uitgewerkt voorbeeld handtekeningen op pagina 54.*

Veelheid aan systemen

Alle gegevens over de ontwikkeling van patiënten worden verwerkt in verschillende documenten: registratiedossiers, zorgleefplannen, zorgleveringsovereenkomsten, overdrachtsrapportages etc. Daarvoor worden steeds net andere vragen gesteld en steeds andere, niet corresponderende systemen, gebruikt. Waarom moet de risicoanalyse in het ECD opgenomen worden, als het ook al in het zorgplan staat? En waar leg je het levensverhaal van iemand vast? De hoeveelheid informatie in het zorgplan of ECD is enorm en bevat veel informatie die niet of nauwelijks gebruikt wordt. Informatie is ook niet altijd makkelijk in het systeem terug te vinden, waardoor medewerkers het zicht op belangrijke gegevens verliezen. De kwaliteit van deze gegevens is ook een grote bron van irritatie. Incomplete rapportages zorgen ervoor dat medewerkers niet weten welke actie van hen gevraagd wordt en waar ze op moeten letten. En nabellen kost enorm veel tijd.

Onduidelijke taakverdeling

Daarbij is niet altijd duidelijk wie welke taak heeft en registratiebevoegd is: de verpleegkundige, opnamefunctionaris, zorgcoördinator of arts. Een verzorgende mag bijvoorbeeld niet zelf een wijziging in het zorgplan aanbrengen of een ECD-klantnummer aanmaken. Dit moet door een (wijk)verpleegkundige gedaan worden, of het loopt via de zorgadministratie. Met als gevolg dat meerdere mensen tijd kwijt zijn aan dit soort handelingen en op elkaar zitten te wachten.

Family first?

In de thuiszorg en verpleeghuiszorg speelt de familie van de cliënt ook een dominante rol. Het onderhouden van deze relaties kost verpleegkundigen veel tijd, zowel telefonisch als tijdens een dienst. Familieleden stellen steeds hogere eisen (die niet altijd synchroon lopen met de wensen van de cliënt), worden mondiger en stappen sneller naar de manager. Huisregels over bezoek of afspraken die met familieleden worden gemaakt, worden regelmatig niet nagekomen. Ook hebben verpleegkundigen er veel last van als er met elke cliënt andere afspraken gemaakt worden (bijvoorbeeld over handdoeken, bezoek, parkeerplaatsen), waardoor steeds nieuwe onderhandelingen gevoerd worden. Het komt ook regelmatig voor dat familieleden tegen het verpleegkundig advies in handelen. Door bijvoorbeeld een bewoner die rust nodig heeft na een herseninfarct mee naar buiten te nemen, om vervolgens te constateren dat dat toch niet verstandig was. Zorgmedewerkers ervaren daarbij dat ze overruled worden door familieleden en te weinig gesteund worden door artsen en managers. De tijd die men kwijt is met afstemming met de familie is enorm en de frustratie is hoog. Je zou kunnen zeggen dat een gebrek aan duidelijke regels waar iedereen zich aan houdt hier in de weg zit.

Privacy

De Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) die in 2018 in de hele Europese Unie is ingevoerd, heeft ook voor de zorg enorme consequenties gehad. Het checken van de identiteit van de patiënt door naar naam en geboortedatum te vragen was al een algemeen gebruik. De afgelopen jaren is dat verder vertaald naar allerlei aanvullende handelingen, zoals het checken van het identiteitsbewijs voordat zorg geleverd mag worden. De veilige opslag en uitwisseling van gegevens van patiënten heeft hoge prioriteit gekregen. Maar hoewel iedere zorgmedewerker de privacy van patiënten van groot belang acht, leidt het op de werkvloer tot forse vertragingen door omslachtige inlogprocedures en werkwijzen voor de uitwisseling van patiëntgegevens.

[De meest genoemde regels]

Top 5 verpleeg- en thuiszorg

- Zorgplannen en rapportages
- Planning/roostering
- Aftekenlijsten (hygiëne, materialen)
- Slecht functionerende ICT
- Communicatie met familie

“Fijn om vrijuit te kunnen spreken hierover, in de wetenschap dat er echt iets mee gebeurt. Dat motiveert om dit vaker te doen.”

3.2.3 Relatie met anderen: zorg leveren doe je niet alleen

Een patiënt heeft vaak met meerdere zorgverleners te maken. Denk aan verschillende afdelingen in een ziekenhuis, of de huisarts, wijkverpleegkundige en fysiotherapeut die elkaar afwisselen in ondersteuning thuis. Die zorgverleners zijn weer afhankelijk van allerlei partijen, zoals gemeenten, zorgverzekeraars en de Inspectie Jeugd en Gezondheid (IGJ). Bij zowel de interne als de externe samenwerking lopen ze tegen een aantal knelpunten op.

Interne samenwerking

Interne orders

Interne samenwerking is vaak een kwestie van goede overdracht tussen afdelingen of locaties. Maar als elke afdeling een ander registratiesysteem hanteert is die overdracht moeilijk. Er blijken enorme verschillen te zijn tussen medewerkers in hoe uitgebreid ze rapporteren. Van minimale informatie (geen wijzigingen) tot hele epistels, die soms zowel getypt als gescand, gefaxt en gemaïld worden. En waar niet alleen de verantwoordelijke arts of verpleegkundige druk mee is, maar ook de administratieve medewerkers.

Wat is spoed?

In een ziekenhuis lijkt alles spoed te hebben. Patiënten die op de Eerste Hulp binnenkomen moeten zo snel mogelijk gediagnostiseerd worden, zodat ze elders in het ziekenhuis verder geholpen kunnen worden. Dat legt hoge druk op ondersteunende afdelingen zoals radiologie of het lab, dat bloedmonsters of weefselweekjes analyseert. Afdelingen die ook van andere afdelingen dagelijks tientallen verzoeken krijgen. Maar als alles spoed heeft lopen de wachttijden op, zeker aan het einde van diensten. Telefoontjes over waar een uitslag blijft, leiden alleen maar tot verdere vertragingen. In de thuiszorg en bij huisartsenposten zijn wijkverpleegkundigen soms uren kwijt om verpleeginstellingen af te bellen in de hoop dat er ergens plek is voor hun patiënt, die echt niet meer thuis kan blijven.

Bij spoed blijkt het niet alleen over medische spoed te gaan. Het kan ook gaan om een patiënt die graag naar huis wil, maar op een uitslag moet wachten. Of om een klok die aangeeft dat een patiënt al bijna vier uur op de Eerste Hulp ligt, terwijl er regels zijn dat die vier uur niet overschreden mogen worden. Een goed gesprek over wat verschillende partijen onder spoed verstaan en hoe je piekbelasting kunt voorkomen levert een veel soepelere samenwerking op. *Zie uitgewerkt voorbeeld op pagina 67.*

Externe samenwerking

Uitwisseling patiëntgegevens

De overdracht van een patiënt naar een andere zorginstelling of -professional verloopt ook lang niet altijd soepel. Informatie wordt niet standaard digitaal overgedragen, maar meegegeven aan de patiënt, waardoor er nagebeld moet worden om informatie te checken. Als de samenwerkingspartners moeilijk bereikbaar zijn, kan dat soms uren duren. Met alle risico's van dien.

Elke zorginstelling werkt bovendien met andere systemen en soms zijn er andere regels voor het opvragen van informatie (zoals testresultaten) dan voor het verzenden van die informatie naar anderen. Ziekenhuis A wil gegevens graag gefaxt hebben, verpleeginstelling B werkt met een speciaal beveiligd mailprogramma. Bij het ene programma kun je scans toevoegen, bij het andere is dat onmogelijk en wordt alles op een CD of DVD gezet, die weer niet door iedere instelling kan worden gelezen. Deze enorme verschillen tussen zorginstellingen komen ook doordat elke instelling de AVG-regels weer net anders interpreteert en vertaalt naar hun systemen. Met als gevolg dat medewerkers allerlei olifantenpaadjes opzoeken, die niet altijd bijdragen aan betere bescherming van patiëntgegevens.

Afgeschafte verwijzingen

In de praktijk blijken de lokale werkwijzen regelmatig achter te lopen bij landelijke ontwikkelingen. Zo worden er op allerlei plekken nog verwijsbrieven geschreven, omdat de zorgverzekeraar ernaar vraagt, terwijl dit landelijk al lang is afgeschaff. *Zie uitgewerkt voorbeeld over verwijzingen op pagina 35.*

Medicatie moeras.

Apotheken bellen vaak naar de arts als het medicijn op het recept niet beschikbaar is. Zij kunnen en mogen niet zelfstandig een vervangend medicijn kiezen. Artsen zijn veel tijd kwijt met het te woord staan van de apotheek. Andersom klagen wijkverpleegkundigen en verzorgenden erover dat ze vaak moeten bellen naar de apotheek over medicatielijsten die niet kloppen. Bijvoorbeeld omdat bepaalde medicatie ontbreekt of omdat er dingen tussen staan die mensen allang niet meer horen te krijgen (stoprecept is niet doorgekomen).

Afstemming met de apotheek

Als het om de relatie met lokale samenwerkingspartners gaat, speelt de apotheek vaak een sleutelrol. Het afstemmen van medicijnlijsten met de apotheek (stoppen of veranderingen) kost veel tijd. Denk aan het ophalen van medicatielijsten, nabellen bij de apotheek voor wijzigingen in Baxter, afstemming tussen ziekenhuisapotheek en eigen apotheek etc. Vaak wordt medicatie maar voor een paar dagen meegegeven, waarna het hele circus opnieuw begint. En als er iets wijzigt in de samenwerkingsafspraken met apotheken, wordt dat niet altijd goed gecommuniceerd naar de betrokken medewerkers.

[De meest genoemde regels]

Top 3 1e lijn gezondheidszorg

- Verwijzingen
- Samenwerking met de apotheek
- Hulpmiddelen

3.2.4 Identiteit organisatie: zo organiseren wij dat

Er zijn opvallende verschillen tussen zorginstellingen (en binnen zorginstellingen tussen verschillende afdelingen of locaties) in hoe zij met regels omgaan. Die verschillen zeggen niet alleen veel over de ruimte die er in vergelijkbare regels zit om er een eigen draai aan te geven. Ze zeggen ook veel over de visie en identiteit van de organisatie. Veel van de regels op het gebied van HR, communicatie, logistiek, planning & control zijn vanuit de specifieke organisatiecontext ingevuld. Een ziekenhuis dat zich graag profileert als rookvrije omgeving, heeft bijvoorbeeld procedures om nieuwe patiënten te bevragen op hun rookgedrag en hen actief te ondersteunen bij het stoppen met roken. Stuur het management op verantwoording en prestaties, dan zijn er meer regels rondom verantwoording van uren, kosten en resultaten. In een meer informele cultuur zijn er meer ongeschreven regels en wordt er meer gewerkt met uitgangspunten of gedragscodes dan met gedetailleerde voorschriften. Het betreft allemaal regels die door de organisatie zelf zijn opgesteld, maar die soms wel hun oorsprong kunnen hebben in regels waar ook andere zorginstellingen mee te maken hebben. Zo moet iedere zorginstelling aan dezelfde hygiëneregels voldoen, maar vult elke organisatie of vestiging dat anders in. We lichten enkele veelgenoemde regels en werkwijzen uit waar medewerkers tegenaan lopen.

"Ik vond het eigenlijk wel schokkend dat er zulke grote verschillen zijn tussen hoe de verschillende locaties bij ons het doen. Dat geeft al aan dat we daar zelf blijkbaar invloed op hebben en echt met elkaar om de tafel moeten om te bepalen wat de beste manier is."

Roostering is een ramp

In vrijwel elke zorginstelling kampt men met personeelstekorten en vaak ook met een hoog ziekteverzuim. Medewerkers krijgen steeds meer taken, maar de formatie wordt niet groter. Omslachtige procedures voor het opvangen van zieke collega's en het inplannen van diensten zijn dan ook een grote bron van stress. In thuiszorgorganisaties en verpleeghuizen wordt vaak gewerkt met een pool van znp-ers die niet altijd over dezelfde faciliteiten en informatie beschikken. Complicerende factor hierbij is dat ook rekening gehouden moet worden met het niveau van medewerkers voor het kunnen uitvoeren van bepaalde handelingen. Tijdens een van onze sessies kreeg een wijkverpleegkundige in een uur tijd 35 appjes in een poging vervanging te regelen voor een zieke collega. Dat dat invloed heeft op de aandacht die je aan een patiënt kunt besteden in dat uur, staat buiten kijf.

Het registeren van vakantiedagen, kilometers en werkuren is ook een bron van frustratie. Uren moeten gefiatteerd worden door teamcoördinatoren en er is vrijwel overal discussie over welke uren geregistreerd en bekostigd worden en welke niet. Hoe ga je bijvoorbeeld om met uren die je besteed aan het maken van het zorgplan, het afhandelen van telefoontjes, het regelen van een bed in een verpleeginstelling of de uitloop bij een patiënt?

Zelfsturende teams

De afgelopen jaren zijn zelfsturende teams ook in de zorg in opkomst, met name in de thuiszorg of verpleeghuiszorg. Medewerkers geven aan dat het zelf moeten regelen van zaken rondom huisvesting, inrichting, personeelszaken, roosters en faciliteiten zoals printers en wifi hen veel kopzorgen en tijd kost die ze niet aan hun patiënten kunnen besteden. Ze snakten soms naar méér regels, in de vorm van duidelijkheid over procedures die gevolgd kunnen worden, zodat ze niet alles zelf uit hoeven vinden. Of naar ruimte om binnen het team en samen met andere teams tot een duidelijke taakverdeling te komen, zoals een planner, iemand die de communicatie doet, iemand die nieuwe collega's inwerkt. De oorzaak van tijdrovende werkwijzen en frustratie bleek ook een aantal malen terug te leiden op het niet aan durven spreken van collega's die slecht functioneren of zich niet aan de gemaakte afspraken houden. Bijvoorbeeld als collega's steeds onvolledige rapportages afleveren of hun snor drukken als er vervanging nodig is in het weekend. Zelfs daar waar er wel sprake was van hiërarchie (zoals in een ziekenhuis of verpleeginstelling) bleek het durven aanspreken van collega's ook een terugkerend aandachtspunt. Je kunt regels met elkaar afspreken, maar sturing erop dat ze nageleefd worden blijkt essentieel.

Storende telefoontjes

Het is bekend dat elke verstoring van je werk door een appje, mailtje of telefoontje, extra tijd kost. Niet alleen de tijd om dat telefoontje of mailtje te beantwoorden, maar ook om je weer te kunnen focussen op waar je mee bezig was. Storende telefoontjes zijn dan ook een enorme tijdsurper, van zowel de beller als degene die gebeld wordt. Patiënten en familieleden die de hele dag door bellen met vragen of artsen die bellen voor een collegiaal consult. Het nabellen van orders of het informeren bij het lab of radiologie naar de uitslag. Toch gaat er nog opvallend veel via de telefoon bij de instellingen die we bezochten, soms in combinatie met piepers en andere systemen. Het anders inrichten van de telefooncentrale en het maken van andere afspraken over de bereikbaarheid biedt al meteen soelaas.

Dubbel werk

Voordat een melding wordt gemaakt wordt alvast gebeld naar de ondersteunende afdeling, zodat er een contactpersoon en een nummer is. Als er geen reactie komt op de melding dan weet men in ieder geval wie men moet bellen. Als de melding is gedaan wordt vaak meteen gebeld of de order doorgekomen is, want in het systeem komt pas later de bevestiging te staan. Er wordt dus zowel vooraf als achteraf gebeld rond een melding die eigenlijk alleen digitaal zou moeten verlopen.

Irritatie over inkoop en facilitaire ondersteuning

Een grote bron van ergernis zijn de inkoopssystemen voor medische en niet-medische materialen die men op de werkvloer nodig heeft. Producten zijn moeilijk te vinden in het ordersysteem, omdat ze geen logische benaming hebben. Orders mogen soms alleen door specifieke medewerkers gedaan worden, waardoor er vertraging optreedt. En mensen krijgen geen bevestiging van hun bestelling door en weten dus ook niet of en wanneer het bestelde materiaal geleverd wordt. Dit geldt ook voor verzoeken aan de technische dienst en de schoonmaak. Met als gevolg dat medewerkers gaan nabellen, wat aan beide kanten extra tijd kost. Het is geen uitzondering dat een verpleegkundige na het werk even zelf langs een winkel gaat om iets te kopen wat op korte termijn nodig is. Schoonmaak wordt vaak centraal ingekocht en geregeld, waardoor men op een afdeling of locatie weinig invloed

heeft op de flexibiliteit en kwaliteit ervan. Werkkleding is niet altijd voldoende beschikbaar, en ook niet altijd handig in gebruik (bijvoorbeeld omdat men zakken mist).

De sleutel tot de voorraadkast

Door bezuinigingen is er geen voorraadkast meer op elke afdeling. Dat betekent dat materialen vaak door het pand verzameld worden. De voorraadkast is ook vaak op slot, dan moet er een verpleegkundige gezocht worden om hem open te maken. Bij het ophalen van de sleutel, het verzamelen van materialen en terugbrengen van de sleutel zijn dus meerdere mensen betrokken en het moet allemaal tijdens de dienst plaatsvinden.

Opleiding en e-learning

Zorginstellingen vinden het belangrijk om te blijven investeren in de professionaliteit van hun zorgmedewerkers. Niet alleen als vereiste voor het behoud van een BIG-registratie en het up to date houden van zorggerelateerde kennis, maar bijvoorbeeld ook bij de introductie van nieuwe systemen en werkwijzen. Steeds vaker worden hiervoor online e-learning modules gebruikt. Niet elk systeem is daarbij even gebruiksvriendelijk en flexibel. Er is veel irritatie over dit soort trainingen: ze vragen veel tijd, de kwaliteit is laag, ze sluiten lang niet altijd goed aan op de praktijksituatie, of op het niveau van de medewerker. Met als gevolg dat het soms een 'moetje' wordt, waarbij mensen blind doorklikken naar het volgende onderdeel en niet echt iets bijleren. Wil je een opleiding buiten het standaard e-learning aanbod volgen, dan zijn de mogelijkheden beperkt. Ook is er weinig aandacht voor het behouden van oudere of goed functionerende medewerkers of aanspreken van slecht functionerende collega's, ook doordat men lang niet overal functionerings- en beoordelingsgesprekken houdt, waar je dit soort onderwerpen bespreekt.

Informatie en communicatie

Informatie die niet vindbaar is, wijzigingen die niet goed doorkomen, beleid dat in de praktijk onuitvoerbaar blijkt te zijn, taken die opeens toebedeeld zijn zonder dat de betrokkenen ervan weten en zoveel communicatieplatforms dat men door de bomen het bos niet meer ziet. De informatie die beschikbaar is, in de vorm van handboeken en protocollen, is soms zo overweldigend dat men er niet in durft te duiken. Eén zorginstelling liet ons een kwaliteitshandboek zien dat 287 (!) protocollen bevatte, die eens in de zoveel tijd geüpdatet moeten worden. Medewerkers hebben er ook last van dat nieuwe collega's niet goed ingewerkt worden of dat ze opeens een stagiair of assistent in opleiding voor hun neus hebben staan die ze moeten begeleiden, zonder dat ze daarvan wisten. Het zijn allemaal vormen van gebrekkige communicatie die tot irritatie en onnodig tijdverlies leiden in de zorg.

Net als de eindeloze vergaderingen, die slecht voorbereid worden, waar mensen zitten die er niet thuishoren en waar de doorgehakte knopen en afgesproken acties niet genoteerd of teruggekoppeld worden of geen follow up krijgen. Medewerkers gaan de deur uit met goede ideeën, maar er gebeurt vervolgens niets mee. Dit speelt met name op managementniveau. Op afdelingsniveau mist men juist tijd om met elkaar af te stemmen of reflecteren. Maar door de vele wisselende deeltijddiensten is het moeilijk om mensen op hetzelfde moment op dezelfde plek te krijgen voor overleg.

3.2.5 Uitvoeringsvormen: alles komt aan op de uitvoering

Een van de grootste eye-openers bij de ontrafelsessies is dat een groot deel van de irritatie over regulering niet zozeer door regels veroorzaakt wordt, maar door slechte faciliteiten. Bij de feitelijke uitvoering van een regel – het intikken in een datasysteem, het invullen van een formulier, het werken met verouderd materiaal – gaat onnodig veel tijd verloren.

Haperende ICT

Er wordt soms lacherig over gedaan als bovenaan de lijst van tijdrovende en irritante regels de haperende wifi, trage computers of omslachtige inlogprocedures verschijnen. Toch blijkt dit niet alleen een grote bron van ergernis te zijn, maar ook van onveiligheid. Bijvoorbeeld als het niet op tijd lukt om bij een stervende bewoner in het dossier te kijken of die een reanimatieverklaring heeft of ergens allergisch voor is. Om veiligheidsredenen veranderen wachtwoorden continu en moet men soms elke 20 minuten opnieuw inloggen. Vaak wordt gewerkt met verouderd of goedkoop materiaal (computers, piepers, telefoons) dat regelmatig op cruciale momenten uitvalt, doordat ze te oud zijn, de batterijen snel leeg zijn, of doordat de verbinding stopt. Foto's van wondverzorging kunnen bijvoorbeeld niet met de werktelefoon geüpload kunnen worden, maar alleen met de privé telefoon. De olifantenpaadjes die men bewandelt om hieromheen te werken (privé telefoon gebruiken, eenvoudige wachtwoorden kiezen, systemen open laten staan) maken het er niet veiliger op. En als het tientallen keren per dag een paar minuten kost om in te loggen gaat er veel kostbare zorgtijd verloren.

Medewerkers worden er gek van dat veel gegevens in meerdere systemen ingevoerd moeten worden, omdat de systemen niet met elkaar communiceren. Papier wordt gescand, ingevoerd in een systeem, gekopieerd naar een ander systeem, geprint, gefaxt en bij de ontvanger weer gescand en ingevoerd. Voor een aanvraag bij het lab moet voor spoed een andere procedure (en soms zelfs ander systeem) gebruikt worden dan voor gewone aanvragen. De informatie die digitaal beschikbaar is, is vaak ontoegankelijk. Medewerkers kunnen of mogen niet zelf een analyse van gegevens (bijvoorbeeld MIM en MIC-meldingen of informatie over de ontwikkeling van een patiënt) opvragen of uitprinten. Risicoscreening wordt genoteerd in het ene systeem, maar de interventies die men doet als gevolg van de screening staan in een ander systeem. Waardoor het een hele puzzel kan zijn om te achterhalen welke behandeling een patiënt op dat moment nodig heeft. En met elke overgang van systeem naar systeem gaan niet alleen kostbare minuten verloren, maar nemen ook de risico's op fouten toe. In de ontregelsessies parkeren we de opmerkingen over haperende ICT vaak, omdat men aangeeft dat hier al trajecten voor lopen of omdat men bij de intake heeft aangegeven hier op dit moment niet in te willen investeren. Opmerkingen hierover worden wel altijd doorgegeven aan de (lokale en landelijke) werkgroepen en commissies die hiermee bezig zijn.

"De communicatie moet echt beter. We moeten veel vaker en eerder informatie uitwisselen."

De dominante rol van ICT

Uit de ontrafelsessies blijkt dat zorgmedewerkers enorm gefrustreerd zijn over de ICT-systemen waar ze mee werken. Hoe completer het systeem, hoe complexer het wordt. En hoe complexer het wordt, hoe minder goed mensen weten hoe ze er mee om moeten gaan. We kwamen diverse keren tegen dat medewerkers bepaalde veelvoorkomende handelingen niet goed uit wisten te voeren vanwege gebrek aan goede werkinstructies. De steeds strengere eisen die aan de bescherming van gegevens worden gesteld maken het er ook niet eenvoudiger op. Dit kan binnen een organisatie, maar ook vanuit de leverancier, verbeterd worden.

Het is een illusie om te denken dat een enkel ICT-systeem in staat is om alle digitale behoeften van de hele zorgsector te vervullen. In de praktijk is er sprake van een monopoliepositie van enkele grote leveranciers van dergelijke ICT-systemen, zoals Epic, HIX, SAP en Nedap. Dat maakt het voor een individuele instelling moeilijk om invloed uit te oefenen op deze systemen en ze gebruiksvriendelijker te maken. Op landelijk niveau slaan ICT-leveranciers de handen ineen om gegevensuitwisseling tussen systemen mogelijk te maken. In de praktijk merkt men daar nog niet zo heel veel van. Lokaal worden losse systemen toegevoegd om gaten te overbruggen, die er vaak nog meer een houtje-touwtje geheel van maken. De afhankelijkheid van ICT en de monopoliepositie van ICT-leveranciers zorgt voor grote worstelingen in alle zorgsectoren.

Overbodige aftekenlijsten

Zorginstellingen blijken een onuitputtelijke bron van papieren lijsten te zijn. Aftekenlijsten voor rollators en filliften en voor medicatie. Tellijsten voor wasgoed, medicatievoorraad, incontinentiemateriaal en andere hulpmiddelen. Werkbriefjes of cliëntroutes die met de hand overschreven worden, omdat ze niet geprint kunnen worden. Roosters die eerst met de hand gemaakt worden en daarna in een systeem gezet worden. Lijstjes met contactgegevens erop, die zelden up to date zijn. Het kan dus even duren voor je de juiste persoon te pakken hebt. En al duurt het afvinken of overschrijven per lijst maar een paar minuten, medewerkers kunnen hier uren per dag mee kwijt zijn. Digitaliseren en kritisch kijken naar alle lijsten levert veel winst op. Maar ook het beter ontwerpen van formulieren, met een duidelijk visueel onderscheid tussen kernvragen en bijvragen en voldoende ruimte voor het invullen van gegevens, zou al veel irritatie schelen.

[ontregelvoorbeeld]

Stoppen met dingen die niet meer nodig zijn

Huisartsenpraktijken zijn tientallen uren per week kwijt met verwijzingen die allang zijn afgeschaft. Elke dag weer komen er verzoeken van patiënten om een verwijsbrief voor de fysiotherapeut of medicijnverzoeken die eigenlijk door specialisten voorgeschreven moeten worden. Dat kost niet alleen tijd, maar levert vooral irritatie op, omdat het administratieve handelingen zijn die niet nodig zijn en niet bijdragen aan betere zorg voor de patiënt.

Waar staat dat?

Het opvallendste punt aan deze regeldruk is dat het nergens meer staat. Formeel hoeven er alleen nog maar uitvoeringsverzoeken te worden opgesteld voor voorbehouden handelingen, maar er zijn nog steeds partijen die er in allerlei andere situaties ook om vragen (zoals bijvoorbeeld de zorgverzekeraar, GGZ, paramedische instellingen). Daarnaast blijven specialisten patiënten doorsturen naar de huisarts voor herhaalrecepten, die de huisarts niet kan en wil leveren. Die heeft zich immers niet verdiept in de problematiek van de patiënt. Daarvoor was die juist onder behandeling van een specialist.

Waar zit de rek?

Door duidelijker te communiceren over de (nieuwe) regels lukt het om de aantallen verzoeken te verminderen. Daarbij wordt gekeken waar de grootste winstpakkers zitten in aantallen. De praktijk belt actief naar specialisten die vaak onnodig patiënten doorsturen. Er wordt daarnaast goed gekeken wat de beste momenten zijn om te bellen met specialisten, zodat de huisarts hier niet de hele dag mee bezig is (tijd rekken). Het verbreden van het perspectief levert op dat men nagaat hoeveel tijd de verschillende medewerkers (huisarts, praktijkassistent) ermee kwijt is en hoe de irritatie op verschillende punten vermindert kan worden. Ook agendeert men het vraagstuk bij het samenwerkingsverband van huisartsen, want dit is iets waar iedere gezondheidspraktijk last van heeft. Praktijkmedewerkers hebben het gevoel dat ze soms te ver hun hart oprekken, omdat men graag wil dat de patiënt goede zorg krijgt. Als een partij die het eigenlijk moet doen het laat afweten, pakt de huisartsenpraktijk het op. Want die voelt zich verantwoordelijk voor de eindzorg/totaalzorg van de patiënt. Dit geldt minder voor specialisten, die de patiënt meestal gedurende een (korte) periode behandelen. De huisartsenpraktijk waarmee we aan het ontregelen zijn heeft vooral zin om te Pippi Langkousen. Ze bedenken een aantal ludieke acties



om goed gedrag te belonen en patiënten op een speelse wijze te attenderen op dat verwijsbrieven niet meer nodig zijn. Ze stellen een vriendelijke standaard brief op die aan iedere patiënt meegegeven kan worden met uitleg dat verwijzing niet meer nodig is, en die de patiënt kan inleveren bij de zorgverzekeraar of anderen die er om vragen. Zo heeft de patiënt geen last van de rebellie van de praktijk.

Hoewel de huisartsenpraktijk precies doet wat landelijk is afgesproken (geen verwijsbrieven meer opstellen en geen herhaalrecepten uitschrijven voor patiënten die onder een specialist vallen) levert dat niet alleen applaus op. Patiënten hebben het gevoel dat ze niet krijgen waarvoor ze komen en samenwerkingspartners klagen dat de praktijk 'moeilijk doet'. Voorop lopen bij de implementatie van regels is niet altijd leuk. Daarom is er op 3 november 2021 een bijeenkomst georganiseerd met een aantal regionale samenwerkingspartners en VWS om samen te kijken hoe men elkaar het beste kan helpen om regels daadwerkelijk afgeschaft te krijgen in de praktijk. De deelnemers pleiten voor een wettelijk quotum voor regeldruk (maximaal 20% van de werktijd) en minder vrijblijvende afspraken op dit gebied. Om het goede voorbeeld te geven wil men in een vervolgsessie met de eigen regiopartners verdere afspraken maken over het stoppen met onnodige verwijzingen.



4. Waar staat dat?

Als de talloze regels waar medewerkers last van hebben geclusterd zijn, kunnen we tijdens de ontrafelsessies beginnen aan het uitpluizen van de regels. Dat doen we aan de hand van een aantal vragen:

Waar staat dat?

Er zijn allerlei aannames over wat de regel voorschrijft, maar niemand weet precies hoe het zit. Pas als de betreffende regel erbij wordt gepakt, wordt duidelijk wat er volgens de regels wel en niet mag of moet. In de praktijk blijkt vaak dat het echte knelpunt op een andere plek zit dan de deelnemers oorspronkelijk dachten. Ze hebben de neiging om naar wettelijke kaders of naar de Inspectie te wijzen als de bron van bureaucratische ellende. Bij nader inzien blijkt de regeldruk vooral te zitten in richtlijnen of concrete uitvoeringseisen die door de branche of henzelf zijn opgesteld om die wetten naar de praktijk te vertalen. Het komt ook regelmatig voor dat de beperkende regel nergens te vinden is. Spookregels noemen we dat. 'We horen altijd over de bureaucratische overheid en regels, maar de helft van de regels bestaat helemaal niet en 95 procent is niet door Den Haag verzonnen.'⁵ Volgens Erik Gerritsen, voormalig secretaris-generaal van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, leven we in een geestelijke gevangenis van aannames. We maken elkaar met de beste intenties wijs dat de regels ons beperken, terwijl dat lang niet altijd het geval is.

"Het uitzoeken van welke regels we nou precies last hebben en wie ze heeft opgesteld, bleek nog een enorme klus. We denken vaak dat we iets moeten, maar als we niet kunnen achterhalen van wie en waarom kunnen we er waarschijnlijk gewoon mee stoppen."

Wat staat er?

Als de regel eenmaal gevonden is, blijkt er vaak veel meer ruimte te zijn om het anders te doen dan men dacht. Dan wordt helder dat medewerkers hun handelen baseren op wat ze denken dat er staat of op ervaringen uit het verleden. Bij de ontrafelsessies blijkt regelmatig dat medewerkers regels volgen die al lang geleden zijn afgeschaft. Zoals de 5-minutenregistratie of de verwijsbrief van de huisarts voor de fysiotherapeut. Het opzoeken en daadwerkelijk lezen van de regel leidt in de praktijk al direct tot een reductie van de regeldruk. Bijvoorbeeld omdat blijkt dat niet alle patiënten gescreend hoeven te worden, waardoor men opeens de dagopnames, palliatieve patiënten en pre-operatieve patiënten kan overslaan.

Het is in de zorg niet gebruikelijk om elkaar aan te spreken op onduidelijke regels of het wel of niet naleven ervan. Soms omdat er sprake is van een verschil in positie (bijvoorbeeld tussen een arts en een verpleegkundige) of omdat men het graag gezellig houdt (organisatiecultuur). Medewerkers geven aan het prettig te vinden om duidelijkheid te hebben en volgen soms liever de regels dan dat ze tijd besteden aan het veranderen daarvan.

⁵ Ronald Buitenhuis (2018). Interview met Erik Gerritsen. Blijf groot denken maar houd het klein. Management Impact, 12 september. <https://www.managementimpact.nl/artikel/blijf-groot-denken-maar-houd-het-klein/>

Wie heeft de regel opgesteld?

Als de regel gevonden is, is meestal ook duidelijk wie de regel heeft opgesteld en wanneer dat is gebeurd. Dat relativeert enorm. Regels blijken geschreven te zijn door een collega die er al lang niet meer werkt of gebaseerd op een incident van jaren geleden. Weten wie de afzender is, maakt ook zichtbaar bij wie je moet zijn als je iets aan de regel wilt doen.

Wie doet er iets mee?

In het verlengde hiervan stellen we de vraag wie er daadwerkelijk iets doet met de informatie die geregistreerd wordt. In veel gevallen weet men dit niet of komt men al snel tot de conclusie dat niemand iets ermee doet. Afvinklijstjes belanden vaak ongezien in de prullenbak aan het einde van de dienst en uitgebreide rapportages in het zorgplan worden vaak helemaal niet gelezen, omdat de dienstdoende arts alleen het ECD checkt. "De artsen op onze afdeling hebben geen idee wat wij allemaal bijhouden en registreren" constateren verpleegkundigen dan. Het leidt er elke ontrafelsesessie weer toe dat men gaat uitzoeken of een aantal registraties en afvinklijstjes niet afgeschaff kan worden. In andere gevallen wordt zichtbaar dat de informatie juist van grote waarde is voor anderen. Iets wat de irritatie over het bijhouden ervan meteen vermindert. Het komt ook vaak voor dat gegevens vertaald worden naar indicatoren en dashboards die gebruikt worden door managers en externe partijen, zoals verzekeraars, accreditatieorganen en onderzoeksinstituten.

Wat gebeurt er als je de regel overtreedt?

De vraag wat er gebeurt als je de regel overtreedt of iets niet meer bijhoudt is vaak ook erg ontvullend. In veel gevallen is het antwoord namelijk "niets". Het wordt waarschijnlijk niet eens opgemerkt. Of het wordt wel opgemerkt, maar heeft geen wezenlijke consequenties. "Als de screeningscores van mijn afdeling in het rood staan, volgt soms een gesprek met het management, maar als ik kan uitleggen waarom ze laag zijn, dan is er niets aan de hand." Het komt slechts zeer zelden voor dat de Inspectie een ziekenhuis berispt of een afdeling sluit en je moet het wel heel bont maken voordat je BIG-registratie wordt ingetrokken.

Hoe doen anderen dit?

Tijdens de ontrafelsesessies valt vaak al meteen op dat er grote verschillen zijn tussen hoe verschillende locaties of afdelingen met een bepaalde regel omgaan. Dat biedt meteen een ingang om te ontregelen, want waar verschillen zijn dringt zich ook meteen de vraag op wat de beste manier is om het te regelen. Zo gaat elke afdeling in hetzelfde ziekenhuis anders met opiaten om en verschillen zelfsturende teams in hoe ze hun planning en overdracht aanpakken. De gemengde samenstelling van de groepen deelnemers aan de sessies helpt enorm om dit soort verschillen zichtbaar te maken en versterkt de ambitie om vaker bij elkaar te gaan zitten om ervaringen en werkwijzen uit te wisselen. Ook blijkt het heel zinnig om niet alleen oudgedienden uit te nodigen voor de sessies, maar juist ook nieuwe gezichten op een afdeling. Hun verwondering over hoe de dingen gaan en ervaring bij andere organisaties, biedt vaak een nieuw perspectief op waarom het gaat zoals het gaat en hoe het ook anders kan. Het Ontregelteam brengt ook een brede blik en ervaring uit andere instellingen en sectoren mee die bruikbaar kan zijn om tot nieuwe werkwijzen te komen.

Ontregeltips

- Zorg dat regels goed vindbaar zijn, op een logische plek.
- Zorg dat regels begrijpelijk zijn, vertaald naar concreet gedrag op de werkvloer.
- Zorg dat er een afzender bij elke regel staat en een datum van opstelling (en van afschaffing).
- Geef duidelijk aan wat er met ingevulde informatie gedaan wordt.
- Benoem expliciet de speelruimte die er wel en niet in regels zit. In hoeverre mag men van de regel afwijken op basis van eigen professioneel inzicht?
- Geef aan wat de consequenties zijn als men de regel overtreedt. Wie hebben daar last van?
- Bespreek regelmatig met collega's, andere afdelingen en instellingen hoe men met bepaalde regels omgaat. In de verschillen zit de ruimte om te zoeken naar de beste manier om iets te regelen.



[ontregelvoorbeeld]

Medicatie bij ontslag

Het komt in een ziekenhuis regelmatig voor dat een ziekenhuispatiënt eigenlijk al naar huis mag, maar ligt te wachten tot de dienstdoende arts langskomt om de medicijnorders te beoordelen. Tot die tijd kan de verpleegkundige de ontslaginformatie niet uitprinten en meegeven. De ontslagdatum moet eigenlijk 24 uur van te voren bekend zijn, maar dat is vaak niet haalbaar. Dat is niet alleen vervelend voor de patiënt die graag naar huis wil, maar ook voor de arts, die zich geprest voelt om zo snel mogelijk zijn of haar ronde af te maken. Het is ook vervelend voor verpleegkundigen die pas verder kunnen met hun werk als de ontslagprocedure is afgerond. En intussen houdt de patiënt een bed bezet, waardoor de doorstroom van patiënten uit andere afdelingen stopt. De hele keten wacht op de handtekening van de arts en dit kost uren per dag.

Waar staat dat en wat proberen we hiermee te regelen?

Het aftekenen van medicatie is een protocollaire handeling die vanuit de branche is opgelegd om de veiligheid en kwaliteit van de zorg te waarborgen. Hoe een instelling dit precies organiseert staat vrij. Deze procedure blijkt niet op papier te staan, maar is in de loop der jaren zo gegroeid. Er is wel een checklist voor ontslag die langsgelopen moet worden, maar daar staat niet bij door wie dit gedaan moet worden. Een belangrijk doel hierbij is de stroomlijning van processen. In de processen rond ontslag lijkt de doorstroming juist te stikken.

Waar zit de rek?

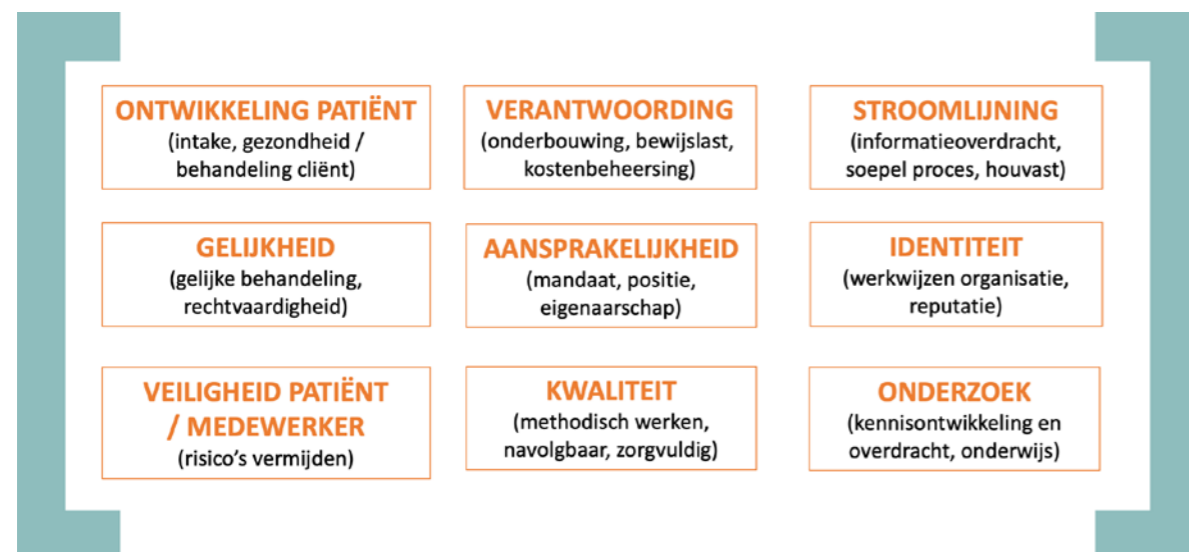
Bijna alle rekstrategieën blijken hier ruimte te bieden. Door beter aan te sluiten bij het dagritme van de arts kunnen medicatieorders eerder getekend worden. Veel medicatiegegevens zijn ook al eerder bekend dan de ontslagdatum en kunnen dus al eerder geaccordeerd worden (tijd rekken). Het is de vraag of voor alle medicatie een akkoord nodig is van de arts (ook voor paracetamol?) of dat een deel van de medicatie zonder check afgegeven kan worden of door iemand anders geaccordeerd kan worden. Als de patiënt na afloop doorgaat met thuismedicatie dan is de huisarts daarvoor verantwoordelijk en hoeft de zaalarts dus niet akkoord te geven. Dit kan aangevinkt worden in het systeem, waardoor er niet op de zaalarts gewacht hoeft te worden (volume verminderen). De medicatiecheck en de bezoeksamenvatting zijn nu aan elkaar gekoppeld, waardoor de bezoeksamenvatting pas geprint kan worden als de medicatiecheck is geweest. Deze kunnen ook losgekoppeld worden, zodat de ontslagprocedure al vrijwel geheel doorlopen kan worden met de patiënt (perspectief verbreden). De medicatieopdracht wordt nu standaard naar de ziekenhuis-

apothek gestuurd, waar men soms bijna twee uur moet wachten tot men aan de beurt is. Besloten wordt om de opdracht standaard naar de thuisapothek te sturen, zodat de patiënt niet in het ziekenhuis hoeft te wachten (perspectief verbreden) en de arts meer speling heeft. Ook worden in overleg aanpassingen gedaan aan hoe de visite loopt. Als hierbij de verrijdbare computer (COW) meegenomen wordt, kan de arts-assistent meteen de ontslagorders afvinken (regel oprekken). De combinatie van ontregelacties zorgt ervoor dat patiënten veel eerder naar huis kunnen, dat verpleegkundigen niet op de arts hoeven te wachten en de doorstroming van patiënten uit andere afdelingen soepeler verloopt.



5. Wat proberen we eigenlijk te regelen?

Het tweede deel van de ontrafelsessies wordt besteed aan het achterhalen van de motieven om regels op te stellen. Tijd om stil te staan bij waarom men op een afdeling de dingen doet zoals ze gaan, is er niet zo vaak. De meeste medewerkers volgen de procedures, zonder zich af te vragen wat de regels eigenlijk proberen te regelen. Maar het blijkt de moeite waard te zijn om na te gaan vanuit welk motief een bepaalde regel is opgesteld. Want veel regels regelen helemaal niet wat ze beogen te regelen...



MOTIEVEN OM REGELS OP TE STELLEN

Wat probeert de regel te regelen?

[Ont]regelbus
DE REGELS EN DE REK in de zorg

Tijdens de ontrafelsessies wordt stilgestaan bij de motieven die aan de basis liggen van de regels waar men last van heeft. Dit levert meteen al stevige discussies op. Vaak weet men eigenlijk niet zo goed wat de regel probeert te regelen. Bij de invoering van nieuw beleid wordt meer aandacht besteed aan hoe de regels uitgevoerd moeten worden, dan aan het effect dat ermee beoogd wordt. Communicatie over het waarom ervan (welk probleem proberen we hiermee op te lossen?) en hoe de regel eraan bijdraagt om dat probleem op te lossen ontbreekt vaak. En dat is zonde, want regels waarvan men nut en noodzaak begrijpt worden veel beter opgevolgd. Overigens zijn zorgmedewerkers gewend te werken met veel protocollen en regels waardoor ze zich wel ergeren, maar niet altijd stil staan bij het doel van de regel. Ze voeren de regels gewoon uit en zijn niet gewend om werkwijzen ter discussie te stellen. Het empoweren van medewerkers op dit onderdeel is een belangrijk effect van dit deel van de methodiek.

Bij de analyse van onderliggende motieven wordt duidelijk dat medewerkers de minste moeite hebben met regels die gericht zijn op de **veiligheid** van de patiënt of de **kwaliteit** van de zorg. Goede veilige zorg leveren is immers de kern van hun werk. Ze hebben er wel moeite mee dat ze steeds moeten bewijzen dat ze veilig en goed te werk gaan. Waar is het vertrouwen in hun professionaliteit? Door aandacht te besteden aan de redenen om regels op te stellen en de effectiviteit ervan, worden medewerkers zich er ook van bewust dat lang niet elke regel bijdraagt aan de beoogde veiligheid en kwaliteit. Zo worden er onder het mom van veiligheid of kwaliteit zoveel lijsten bijgehouden, dat men slordig of automatisch gaat invullen, hetgeen juist ten koste kan gaan van die beoogde veiligheid of kwaliteit.

"Het zit heel erg in de cultuur ingebakken om lijstjes af te vinken. Daarmee laat je zien dat je gedaan hebt wat is afgesproken. We durven er niet op te vertrouwen dat collega's het doen, als het niet afgevinkt wordt. Dus houden we die afvinklijstjes in stand."

Een groot aantal van de regels die genoemd worden tijdens de ontrafelsessies is gericht op de **verantwoording** van uren en middelen, richting partijen die de zorg bekostigen of de kwaliteit controleren (zorgverzekeraars, gemeenten, Inspectie). De contracten die met dit soort partijen zijn afgesloten zijn vaak bepalender dan de oorspronkelijke wet- en regelgeving. Men voelt weinig vrijheid om aan die afspraken te morrelen, omdat het machtige partijen betreft die graag met iedereen dezelfde afspraak maken of omdat een instelling tientallen contractpartijen heeft (zoals een GGZ-instelling die soms voor een groot aantal gemeenten werkt).

"Elk jaar wachten we weer in spanning af hoe we scoren op de kwaliteitslijstjes die in de krant verschijnen. Maar een hoge score op kwaliteit zegt soms meer over de papieren werkelijkheid (zijn alle formulieren wel goed ingevuld) dan over de feitelijke kwaliteit. Dus wie houden we hier nou voor de gek?"

Een opvallend belangrijk motief dat in beeld komt tijdens de sessies is de **identiteit** van de organisatie. Door de marktwerking in de zorg willen zorginstellingen zich graag onderscheiden van anderen op basis van hun visie of werkwijzen. Dit leidt tot allerlei lokale regels die bij medewerkers niet altijd bekend zijn of begrepen worden. Medewerkers op de werkvloer hebben meer moeite met regels die sturen op de identiteit van de organisatie, terwijl dit op directieniveau belangrijk gevonden wordt. Dat leidt soms tot spanning en irritatie over en weer.

"We willen ons als organisatie graag onderscheiden van onze concurrenten, en de directie bedenkt daarvoor regelmatig nieuwe werkwijzen. Door slechte communicatie weet alleen niet iedereen wat er is afgesproken. Bovendien werken we veel met zzp-ers, die ook voor onze concurrent werken. En die worden al helemaal slecht op de hoogte gehouden. De vraag is dan ook of onze cliënten het verschil merken en of al die regels niet hun doel voorbijschieten."

Bij de overdracht van gegevens over patiënten wordt vaak meer geregistreerd dan noodzakelijk is om de **ontwikkeling** van de patiënt bij te houden. Zo maakt men bij de anamnese lang niet altijd een onderscheid tussen kortdurende en langdurige zorg, waardoor onevenredig veel gegevens verzameld worden. Ook is men veel tijd kwijt aan regels die eigenlijk bedoeld zijn voor de **stroomlijning** van processen, maar die processen niet per se soepeler laten verlopen. Zoals werkwijzen rond inkoop en facilitaire ondersteuning die bedoeld zijn om medisch personeel werk uit handen te nemen maar in de praktijk veel werk kosten. Of procedures rond het aanvragen van radiologisch- of labonderzoek die tot vertragingen leiden.

Gelijkheid wordt minder vaak genoemd als reden om regels op te stellen. Als regels aangepast of afgeschaft dreigen te worden komt gelijkheid echter meteen om de hoek kijken. Dan wil men liever niet dat de ene afdeling het anders gaat doen dan de andere afdeling, zelfs als de kern van hun werkproces heel anders is. Of men wil liever niet dat van de ene categorie patiënten andere gegevens bijgehouden worden dan van de andere, omdat de cijfers dan opeens niet meer synchroon lopen.

Altijd bereikbaar?

Zorgteams spannen zich in om 24/7 bereikbaar zijn. Met veel parttimers leidt dat soms tot hele complexe telefoondienstschemas en doorschakelgedoe. De vraag is waarom ze bereikbaar moeten zijn. Is dat een service voor patiënten? Is het iets dat de verzekeraar eist in het licht van risico's en aansprakelijkheid? Of is het een gebruik geworden, zodat collega's elkaar kunnen bereiken als er iets mis is? Afhankelijk van het beoogde effect, komt er ook zicht op waar eventueel ruimte zit in de regels en waar niet. Voor het verlenen van service is immers een ander type bereikbaarheid en bemensing van de telefoon nodig dan voor medische hulp in crisissituaties.

5.1 Verschillen tussen zorgsectoren

De ontrafelsessies zijn gehouden bij verschillende typen zorgorganisaties. De soorten regels die ze noemen komen redelijk overeen, maar de motieven die belangrijk gevonden worden kunnen verschillen tussen instellingen en sectoren. Sommigen hechten door eerdere incidenten sterk aan veiligheid en aansprakelijkheid, bij anderen is de identiteit van de organisatie heel bepalend. Het lijkt erop dat bij thuiszorgorganisaties in een concurrerende markt identiteit vaker een rol speelt dan bij ziekenhuizen. Door hun bekostigingssysteem vertaalt de verantwoording van uren en kosten zich daar ook sterker door naar regels op uitvoeringsniveau, zoals de planning. Ziekenhuizen zijn vaak groter, waardoor naast patiëntveiligheid en kwaliteit ook de stroomlijning van processen een belangrijk regelmotief is. Ook worden in ziekenhuizen meer gegevens bijgehouden voor onderzoek.

Ontregeltips

- Zorg dat het doel van een regel goed uitgelegd is, zodat men ook in de geest van de regel kan handelen en niet alleen naar de letter ervan.
- Check of een regel daadwerkelijk regelt wat hij beoogt te regelen. Zo niet, regel het anders!
- Zorg dat regels worden opgesteld met de mensen die ze moeten uitvoeren. En bespreek regelmatig of ze in de praktijk ook daadwerkelijk werken of aangepast moeten worden.

[ontregelvoorbeeld]

Oppassen met opiaten

Op een afdeling in een ziekenhuis worden elke nacht de opiaten geteld. Met de hand. Per stuk. Dit kost elke nacht opnieuw flink wat tijd. Als er opiaten ontbreken dan worden die bijgeschreven bij de patiënt waarvan ze vermoeden dat die ze toegevend heeft gekregen. Maar helemaal zeker weet niemand dat. Zo wordt elke avond de administratie op orde gemaakt, zodat de apotheek geen ongeregelheden zal aantreffen.

Wat proberen we te regelen?

De oorspronkelijke reden waarom deze procedure ooit is opgesteld is om eventuele diefstal van opiaten zichtbaar te maken. Soms komt het namelijk voor dat een medewerker verlaafd is aan opiaten, of een handeltje in cocaïne, morfine of ketamine begint met opiaten uit het ziekenhuis. Als er opiaten missen die niet aan patiënten toegeschreven kunnen worden, dan zijn die waarschijnlijk ontvreemd door een medewerker. De procedure zorgt er echter voor dat eventuele diefstal niet aan het licht komt. Sterker nog, het op goed geluk toeschrijven aan patiënten draagt bij het verdoezen van eventuele diefstal.

Waar zit de rek?

Aan de hand van de rekstrategieën wordt in eerste instantie gekeken of de procedure minder vaak gedaan kan worden. De insteek is echter juist om dit elke nacht te doen, zodat medewerkers nog een actieve herinnering hebben aan welke patiënten welke medicijnen kregen en welke medewerkers er die dag werkten. Tijdwinst kan wel bereikt worden als de opiaten niet per stuk met de hand geteld hoeven worden, maar elektronisch gescand kunnen worden per verpakking. Een dief zal immers niet losse pillen of kleine doseringen stelen. Sowieso is een koppeling tussen de medicatieorders van artsen, de toegangsdeur van de opiatenkast en het bevoorradingsstelsel van de apotheek een stuk efficiënter.

Hoe ontwarren we de knoop?

De afdeling vindt de rek door in gesprek te gaan met de apotheek en andere interne stakeholders. Ze vinden elkaar in het gemeenschappelijke doel om misbruik te voorkomen (en aan de Opiumwet te voldoen) met zo min mogelijk regeldruk op de werkvloer. Besloten wordt om ontbrekende tabletten/ampullen niet meer toe te wijzen aan een patiënt, maar te noteren als niet traceerbaar. Het afdelingshoofd kan op basis hiervan monitoren of er patronen waar te nemen zijn over diensten en afdelingen heen. Dit is minder tijdrovend en haalt de schijnveiligheid uit de procedure. Stip aan de horizon is een nieuw uitgiftesysteem met automatisch voorraadbeheer.



6. Zelf aan de slag

Aan het einde van de ontrafelsessie gaan de deelnemers de deur uit met de oogst van drie uur regels verzamelen en ontrafelen. Meestal in de vorm van een lijst met meer dan 60 regels/ werkwijzen/ punten waar men op de werkvloer last van heeft, geclusterd in een stuk of acht knelpunten. Met een map met werk materiaal duiken de deelnemers vervolgens hun eigen regels in.

6.1 Aanvullen en vaststellen

De lijst van meest irritante, tijdrovende regels wordt op verschillende plekken in de organisatie aangevuld en aangescherpt. Zijn er nog aanvullende irritaties en tijdrovende regels die op de lijst thuishoren? Zijn de juiste knelpunten gekozen om als eerste op te pakken? In allerlei werkoverleggen wordt het gesprek gevoerd over waarom dingen op een bepaalde manier georganiseerd zijn. Betere communicatie daarover leidt meteen al tot meer begrip over en weer. Daarmee verspreidt de interne olievlek zich al snel.

Het Ontregelteam gaat met de trekker(s) om de tafel zitten en loopt de lijst met verzamelde items langs. Welke regels komen zelden voor en kunnen van de lijst af? Waar zitten de quick wins? Welke knellende processen lenen zich voor een eventueel LEAN-traject? Welke vraagstukken kunnen elders in de organisatie belegd worden? Welke onderdelen lenen zich het beste voor een ontregelsessie, om de methodiek goed in de vingers te krijgen? En welke vraagstukken zijn geschikt om een ontknop-sessie omheen te organiseren?

De quick wins blijken vooral te zitten in de uitvoeringsvormen en werkwijzen die aansluiten bij de identiteit van de organisatie: formulieren worden aangepast, telefooncentrales en voorraadkasten worden anders ingericht. Knelpunten op het gebied van inkoop, e-learning en inlogprocedures worden bij de betreffende afdelingen neergelegd. Grotere thema's die de hele organisatie raken, zoals communicatie en vertrouwen, lenen zich minder voor een ontregelsessie, maar worden belegd bij de directie.

In deze fase wordt zichtbaar dat goede trekkers, met mandaat en ervaring als projectmanager hier het verschil maken. De wijze waarop organisaties met de oogst van de ontrafelsessie omgaan, laat veel zien over de ontregelpotentie van de organisatie. Sommige trekkers gaan meteen aan de slag, vertalen de oogst in overzichten met kleurtjes die de voortgang weergeven en sturen actief op verdieping op de regels. Hoe meer men zich op een afdeling eigenaar voelt, hoe meer ze al in korte tijd gedaan krijgen. Afspraken met andere afdelingen worden ingepland en knelpunten worden op de juiste plekken belegd en teruggekoppeld. Andere instellingen zijn minder voortvarend. Dit hangt met name samen met het trekkerschap en de ruimte die afdelingshoofden bieden om met ontregelen bezig te zijn.

Een paar weken na de ontrafelsessie, als de ontregelsessie plaatsvindt, blijken er al allerlei ontregelacties in gang gezet te zijn. In sommige organisaties is bijna driekwart van de in kaart gebrachte regels al aangepakt en dat geeft meteen energie om door te pakken.

“Wat een verademing! Van de 30 dingen die we vorige keer in kaart brachten, is al meer dan de helft opgelost of aangepakt. Blijkbaar kan het wél anders.”

Door de focus op lokale regels kwamen landelijk terugkerende knelpunten slechts zijdelings aan de orde tijdens de sessies. Het Ontregelteam legde af en toe specifieke vragen van instellingen voor bij het programmateam van VWS. Daarnaast zijn twee thema's (risicoscreening en verwijzingen) opgepakt om een bredere omliep rond te organiseren, omdat het vraagstukken betrof waar meerdere instellingen tegenaan liepen. Bij aanvang was het ook de bedoeling dat de ervaringen en knelpunten uit de verschillende actielijnen binnen het programma Ontregel de zorg besproken zouden worden in de regiegroep. Het Ontregelbusteam heeft niet de indruk dat dit systematisch is gebeurd.

6.2 Nadere analyse

"Confronterend om te zien hoeveel tijd we kwijt zijn aan de huidige werkwijze."

Aan de hand van de vragen in hoofdstuk 4 wordt de top 5 door de instellingen zelf nader geanalyseerd:

- Om welke regel gaat het (zoek hem op!)?
- Wat staat er precies?
- Wie heeft de regel opgesteld?
- Wat probeert de regel te regelen, en lukt dat ook een beetje?
- Wat gebeurt er als je de regel overtreedt?
- Doen we dit overal op dezelfde manier?

Het leidt tot antwoorden die tijdens de sessies soms nog niet gegeven konden worden, omdat men domweg het antwoord niet wist. Het uitzoekwerk maakt deelnemers extra bewust van hoe vaak ze regels opvolgen zonder eigenlijk te weten waarom. Dat motiveert meteen om er wat aan te doen. Het maakt ook duidelijk hoe onzinnig het is om met elkaar te blijven hangen in aannames over wat er allemaal moet en mag. Weten hoe het écht zit haalt de angel uit menig vage 'ja, maar als' discussie.

Risicoscreening kost veel tijd!

Enkele ziekenhuizen brachten in kaart hoeveel tijd ze kwijt zijn aan het screenen op risico's, zoals vallen, delier, pijn, decubitus en ondervoeding. Dat is al snel 30 minuten per patiënt eenmalig bij opname en bij wekelijkse herhaling. Daarnaast kost het dagelijks ongeveer vijf min per patiënt per dienst, drie keer per dag. Vaak moeten gegevens in meerdere systemen genoteerd worden. Bijvoorbeeld eerst op een papiertje, daarna ingetikt in een dossier. Of zowel in de anamnese als in een activiteiten- of zorgplan. Dat is al snel vijftien minuten extra per dienst. Het gaat daarbij alleen om tijd voor het meten en registreren van de risicoscreening, niet om het signaleren van risico's en het inzetten van interventies, die gezien worden als onderdeel van het gewone werk van een verpleegkundige of arts. Uitgaande van een minimum van vijf minuten per dienst en 30 minuten per week per patiënt komt dit bij een afdeling van 20 patiënten neer op 45 uur per week per afdeling.

6.3 Meten is weten

We dagen instellingen uit om voor de meest tijdrovende en irritante regels een nulmeting uit te

voeren. Hoeveel tijd kost het om te screenen op risico's, in minuten per patiënt per dienst of dag/week, door verschillende soorten medewerkers (verpleegkundige, arts, ondersteunend personeel, aandachtsvelders)? Hoe vaak op een dag word je gestoord door telefoontjes of piepers? Hoeveel formulieren worden er geprint en gescand die ook digitaal ingevuld hadden kunnen worden? Het is vaak een enorme schok als zichtbaar wordt hoeveel tijd men met dit soort dingen kwijt is. En dat zorgt er weer voor dat in de ontregelsessie grotere stappen gezet kunnen worden. Zo scheelt het stoppen met het inscannen van veiligheidsformulieren een afdeling op jaarbasis 1.000 uur. Het niet meer registreren van de standaard medicatie bij radiologisch onderzoek scheelt op jaarbasis 500 uur. En het alleen maar registreren van een zwangerschap als iemand ook daadwerkelijk zwanger is (default niet-zwanger), in plaats van elke keer ja of nee aanklikken scheelt per patiënt misschien maar een halve minuut, maar op jaarbasis in het hele ziekenhuis een enorme hoeveelheid overbodige muisklikken.

Soms is een instelling huiverig om bij te houden hoeveel tijdswinst het ontregelen oplevert, omdat die door de directie kan worden aangegrepen om de capaciteit op de afdeling te verminderen. Het helpt om hier expliciete afspraken over te maken bij aanvang van het ontregeltraject. En om niet alleen de tijdswinst bij te houden, maar ook de winst in werkplezier. Zorgmedewerkers worden eerder gelukkig van zinnig werk dan van minder werk.

Onnodige verwijzingen die toch tijd kosten

Al langere tijd heeft een patiënt geen verwijsbriefje meer nodig van de huisarts voor het bezoeken van een fysiotherapeut of specialist, alleen als het een nieuwe zorgvraag betreft. Medewerkers van een huisartsenpraktijk geven aan 30-60 minuten per dag kwijt te zijn aan het behandelen, afhandelen van, en praten over verwijzingen die niet bij hun praktijk thuishoren. Naast de huisartsen zijn ook praktijkassistenten er druk mee. Zij moeten patiënten te woord staan die om een verwijsbrief vragen, het verzoek bij de huisarts neerleggen, die het verzoek vaak weer teruglegt, waarna de patiënt nog een keer langskomt of belt. Met als argument dat de zorgverzekeraar dat vereist, terwijl die betrokken waren bij de afschaffing ervan. Soms schrijft de huisarts toch een verwijzing om van het gedoe af te zijn. Met een stempel van een paarse krokodil erop.

Het komt ook vaak voor dat specialisten in ziekenhuizen de patiënt overdragen aan de huisarts, inclusief medicatie- en behandelvoorschriften. Een huisarts kan deze verantwoordelijkheid echter alleen overnemen als hij of zij de patiënt ook daadwerkelijk gezien en gesproken heeft en de specialistische kennis bezit om te kunnen beoordelen wat goed is voor de patiënt. En dat is lang niet altijd het geval. Met als gevolg dat de huisarts de patiënt terugverwijst naar de specialist en de patiënt tussen wal en schip dreigt te vallen.

6.4 Hulp van de Ontregelcoach

De Ontregelcoach speelt een belangrijke rol bij het inzetten en aanjagen van de ontregelbeweging. Zij helpt bij het aanjagen en uitwerken van alle tussentijdse acties. Dat gaat niet vanzelf. De interne trekkers komen vaak zelf uit de uitvoerende zorg. Het zijn meestal geen ervaren projectleiders of procesmanagers die weten hoe ze een beweging op gang kunnen brengen en houden. En hoewel elke keer weer blijkt hoeveel creativiteit en zelfoplossend vermogen er op de werkvloer aanwezig is, is men niet overal gewend om die te benutten.

Het Ontregelteam gebruikt haar veranderkundige blik om gedurende het traject te helpen bij het verankeren van het ontregelen in de organisatie. Daarbij gaat het om praktische organisatiekracht,

tactische implementatie, strategische verleiding en een bredere visie op verandering en verbetering. De coachingsuren werden dan ook ingezet voor de volgende zaken:

- **Overzicht creëren.** Het creëren van een overzicht van alle genoemde regels biedt een goede basis om bij te houden hoe ver het met het ontregelen staat per onderdeel: is het al opgelost, wordt het aangepakt, is het ergens anders belegd of staat het op de ontregelagenda? Op basis van de verslagen van het Ontregelteam maken de instellingen hier de prachtigste Excel bestanden voor.
- **Prioriteren.** De enorme lijst met werkwijzen die ontregeld moeten worden, kan verlamdend werken. Waar moeten we beginnen? En waar vinden we de tijd om dit allemaal te doen? Tijdens de ontrafelsessie is al in kaart gebracht welke regels het meeste tijd kosten en welke het meest frustrerend zijn. De quick wins worden eruit gefilterd. Vervolgens kan per periode (bijvoorbeeld per kwartaal), gekeken worden welke twee of drie regels aangepakt worden. De Ontregelcoach helpt bij het inschatten van welke regels waar en wanneer belegd kunnen worden.
- **Onderbouwen.** Om de urgentie en het effect van ontregelen zichtbaar te maken, zijn ook cijfers nodig. Daarom stimuleren we om een nulmeting te doen: hoeveel tijd zijn medewerkers daadwerkelijk kwijt aan het uitvoeren van bepaalde regels? Sommige instellingen zijn hier grafieken voor gaan bijhouden, die spectaculair naar beneden schieten. Een paar minuten tijdwinst per patiënt per dienst blijkt uiteindelijk enorm veel te schelen in totaal. Tijd die ingezet kan worden aan het bed, in plaats van achter de computer.
- **Verbinden.** Het beleggen van knelpunten bij de juiste mensen, afdelingen en commissies is soms een enorme opgave. Zelfs adviseurs Kwaliteit & Veiligheid weten niet altijd wie waar over gaat in de organisatie (zie plaatje met werkgroepen op pagina 18). Of er zijn zoveel verbeteracties, professionaliseringstrajecten, werkgroepen en themacommissies dat men door de bomen het bos niet meer ziet. Het in kaart brengen hiervan en samenhang creëren is op verschillende plekken een mooie bijvangst van het ontregeltraject geweest die de Ontregelcoach heeft aangejaagd.
- **Verleiden.** Hoewel de directie vaak al vanaf het begin betrokken is, kost het soms enige moeite om de juiste mensen mee te krijgen in het afschaffen van regels of het aanpassen van werkwijzen. Trekkers hebben niet altijd het mandaat of de positie om daarin grote stappen te zetten. Dat betekent dat managers, bestuurders, commissies en stuurgroepen overtuigd moeten worden dat een andere aanpak veel op kan leveren. En dat soms anderen in positie gebracht moeten worden om die verleidersrol te vervullen. De Ontregelcoach bedenkt samen met de trekkers hiervoor een strategie op maat.

“De methodiek helpt goed om te clusteren. Die focus levert veel op voor de issues waar het om draait.”

“Ik heb geleerd hoe ik een verandering in gang kan zetten. En dat is hard nodig.”

- **Structuren doorbreken.** Om processen anders te laten lopen zijn vaak structuurdoorbraken nodig. Soms kan een heel werkproces aangepakt worden met een LEAN-traject, zoals de overdracht van patiënten tussen afdelingen, het inkoopproces voor materialen of de werkwijzen rondom medicatie met de apotheek. Technisch valt er veel te verbeteren door ICT-systemen beter op elkaar aan te laten sluiten, maar dat is vaak een langdurig en taai proces. Ook het anders inrichten van het

dashboard of de P&C cyclus is niet zomaar geregeld. Vaak zijn hier talloze mensen bij betrokken en veel onderlinge afhankelijkheden. Toch is het op verschillende plekken gelukt om hier in korte tijd doorbraken in te realiseren. De Ontregelcoach denkt mee over de beste strategie en zet waar nodig extra druk bij de bestuurders die zich aan het ontregeltraject committeerden.

- **Borgen.** Het doel van de Ontregelbus is het in gang zetten van een ontregelbeweging. Om het proces gaande te houden is het nodig dat het onderwerp steeds terugkomt op de agenda. Bij afdelingen die een ontregeltraject hebben doorlopen kan dat bijvoorbeeld in de vorm van een terugkerende agendaonderwerp, waarbij de lijst van knellende regels weer tegen het licht gehouden wordt en er opnieuw geprioriteerd kan worden. Door per kwartaal twee of drie regels aan te pakken blijft het ontregelen behapbaar. Als aan elke regel een paar medewerkers gekoppeld worden, kunnen de inspanningen ook goed verdeeld worden over een afdeling. Niet alles hoeft meteen. En niet alles hoeft door dezelfde mensen gedaan te worden. Op organisatieniveau kan de afdeling K&V een belangrijke rol spelen. De Ontregelcoach kijkt mee naar wat er kan en nodig is.
- **Ontregelaars.** Ontregelen is niet alleen een kwestie van regels schrappen, maar vooral van anders kijken. Van kansen zien om met minder regeldruk nog betere zorg te kunnen leveren. Dat sluit niet altijd aan bij de hands-on ‘doen wat er gevraagd wordt’ mentaliteit die je veel tegenkomt in de zorg. De methodiek van de Ontregelbus helpt bij het anders kijken, maar die heb je nog niet meteen in de vingers als je één ontregelsessie hebt bijgewoond. Verschillende instellingen vroegen om extra training van de Ontregelcoach om de methodiek aan te leren, zodat ze de aanpak zelf met het werk materiaal verder kunnen uitrollen.
- **Communicatie.** “Be good and tell about it”. Zorginstellingen blijken niet gewend te zijn om breed te communiceren over verandertrajecten zoals de Ontregelbus. Om een ontregelbeweging op gang te brengen en vooral houden, kan een goede communicatiestrategie juist enorm veel bijdragen. Regelmatig terugkoppelen over regels die aangepakt zijn, mensen aanmoedigen om knellende regels aan te dragen, persoonlijke verhalen over het effect van minder regeldruk, cijfers over tijdwinst en verhoogd werkplezier. Het delen van urgentie en impact van ontregelen zorgt ervoor dat het gaat leven en dat medewerkers geïnspireerd raken om zélf het heft in handen te nemen en hun regels aan te pakken. De Ontregelcoach adviseert instellingen bij de inzet van communicatie om de ontregelbeweging zichtbaar te maken en versterken.

Over het Ontregelteam (uit de enquête):

“Snel en toegankelijk. Professioneel en van grote toegevoegde waarde, omdat jullie net iets anders bieden dan wat we in huis hebben. Daarnaast opent de komst van ‘de Ontregelbus van VWS’ intern deuren en vergroot het een gevoel van urgentie.”

“Enthousiast team, stralen energie uit en zorgen ervoor dat mensen zich gehoord voelen en kritisch blijven.”

“Als ik het voor het zeggen had (ook de centen) dan had ik jullie op iedere afdeling ingezet.”

Tips om te ontrafelen

- Prioriteer met welke regels je als eerste aan de slag wilt gaan. Liever een paar regels echt aanpakken dan een heleboel regels half.
- Beleg de aanpak van specifieke regels op de juiste plek. Soms is dat op de afdeling, soms bij een organisatiebrede commissie, soms de directie of zelfs een samenwerkingspartner.
- Duik de regels in, zodat je écht weet waar je het over hebt en niet blijft hangen in aannames over wat wel en niet mag en moet.
- Voer een nulmeting uit en hou bij of het ontregelen tot een reductie leidt van de tijd die je met regels bezig bent. En tot meer werkplezier.
- Spreek vooraf expliciet met de directie af dat eventuele tijdswinst NIET omgezet wordt in een vermindering van capaciteit, maar in extra zorgtijd, ontregeltijd of kwaliteitsverbetering.
- Bedenk een gedegen strategie om tot doorbraken te komen met ontregelen en zet hiervoor de juiste mensen in.
- Zorg dat ontregelen regelmatig weer op de agenda staat, zodat vorderingen gevierd worden en stapje voor stapje steeds meer ontregeld wordt.
- Maak afspraken over wie welke rollen en taken heeft rond het ontregelen. En hou elkaar eraan.
- Leidt een aantal mensen op als ontregelaars, die andere afdelingen en collega's kunnen helpen om te kijken met een ontregelende blik.
- Be good and tell about it! Zorg voor inspirerende communicatie over het ontregeltraject.

6.5 Reflectie: wat valt ons op bij het ontrafelen?

In totaal zijn er bij 19 instellingen ontrafelsessies gehouden, met een brede mix van mensen uit verschillende afdelingen, van praktijkassistenten en (wijk)verpleegkundigen tot kwaliteitszorgmedewerkers en specialisten. Daarbij is ons een aantal dingen opgevallen.

Samenstelling van ontregelgroep

De samenstelling van de groep deelnemers bleek grote invloed te hebben op wat er opgehaald en aangepakt werd. Met kleine homogene groepjes (bijvoorbeeld vijf wijkverpleegkundigen) was er wel ruimte voor verdiepende gesprekken, maar ontstonden er minder nieuwe inzichten. Zo vond men het prettig om te merken dat collega's met dezelfde regels worstelen, maar nog interessanter als men van collega's van een andere afdeling hoorde dat zij diezelfde regel anders interpreteren en uitvoeren. Bij te heterogene groepen was er te weinig herkenning over en weer om tot gedeelde knelpunten te komen. Maar zodra er vanuit elke discipline of beroepsgroep meerdere deelnemers aanwezig waren ontstond er meteen urgentie, energie en creativiteit om met elkaar te ontregelen. Daarom werd met de interne projectleider of trekker bij de intake uitgebreid stilgestaan bij de samenstelling van de groep en de manier van uitnodigen voor de bijeenkomsten. Trekkers werden gestimuleerd om niet alleen per mail uitnodigen rond te sturen, maar om actief en persoonlijk mensen te benaderen, samen met de betreffende afdelingshoofden.

Tijdens de ontrafelsessie komt een breed scala van tijdrovende en frustrerende regels en werkwijzen langs. Het noemen van die regels gaat vaak gepaard met enige gêne en kwetsbaarheid: "ik durf bijna niet te zeggen dat het zo gaat bij ons." Die gêne maakt al snel plaats voor herkenning en ontzetting als blijkt dat meerdere medewerkers en afdelingen met dezelfde onlogische regels te

maken hebben. Er wordt hardop gelachen om de absurditeit van bepaalde regels en er ontstaat een collectief gevoel van urgentie: "Dit moet toch anders kunnen."

"Mooi dat we tot de conclusie komen dat we dezelfde problemen ervaren en erkennen dat we elkaar nodig hebben."

Verslaglegging

Tijdens de sessies wordt duidelijk hoe belangrijk het is om zoveel mogelijk details en discussie te noteren. Vaak zijn al eerder goede gesprekken over ontregelen gevoerd in de organisatie, maar hier is zelden iets van terug te vinden op papier. Dat maakt de voortgang op het ontregelen minder zichtbaar en maakt het moeilijker om elkaar aan te spreken op afspraken op dit gebied. Want als de opgehaalde informatie tegelijk met de deelnemers de vergaderruimte verlaat, verlies je ontzettend veel kennis en ervaring. Het woord voor woord bijhouden en clusteren van de oogst werkt urgentie verhogend en het bijhouden van de vorderingen werkt motiverend om steeds een stapje verder te zetten.

Ruimte voor reflectie

Sowieso ervaren deelnemers de ontrafelsessies als verrassend en leerzaam, omdat men normaal zelden de tijd neemt om met elkaar naar het reilen en zeilen van de organisatie te kijken. Vrijwel alle uren gaan op aan zorg voor de patiënt, er is weinig tijd voor reflectie of afstemming over de samenwerking tussen afdelingen en locaties. Terwijl het tijd nemen voor ontregelen enorm veel tijd kan opleveren.

"Goed om in alle dagelijkse hectiek even een rustmoment te pakken om met elkaar in gesprek te gaan over wat we elkaar aandoen. Ik had echt geen idee dat anderen zoveel last hadden van hoe wij het op onze afdeling regelen."

Het belang van goede projectleiders

Gedurende het hele traject bleek het essentieel dat er een duidelijke trekker was die met mandaat en voldoende tijd kon aanjagen, verbinden, coördineren en faciliteren. Een soort van ontregel pitbull is geen overbodige luxe. Een duo van trekkers zorgt voor nog meer energie en veranderkracht, omdat zij elkaar kunnen vervangen, met elkaar kunnen sparren en de resultaten samen binnen de organisatie verder kunnen brengen. Steun vanuit de directie om dat te doen bleek niet overal goed geregeld, ondanks de toezeggingen daartoe tijdens de intake. Gelukkig is in het merendeel van de instellingen met enthousiast leiderschap in korte tijd enorm veel in beweging gezet en aangepakt.

Tips voor het ontregelen:

- Kijk goed naar de samenstelling van de groep deelnemers. Zorg voor variatie in functies en achtergronden, maar maak de mix niet te heteroog.
- Besteed aandacht aan de verslaglegging. Zo gaat er geen informatie verloren en wordt het makkelijker om vorderingen te volgen.
- Neem vaker de tijd voor reflectie op regeldruk. Dat levert uiteindelijk veel tijd op.
- Zorg voor een ervaren interne projectleider met mandaat en steun vanuit de directie.

[ontregelvoorbeeld]

Minder handtekeningen

Bij een thuiszorgorganisatie wordt geklaagd over de hoeveelheid tijd die ze kwijt zijn aan het verkrijgen van handtekeningen van patiënten. In totaal gaat het per patiënt om wel 20 handtekeningen: voor onder het zorgplan en de zorgovereenkomst, onder aanvragen voor aanvullende zorg, onder bestellingen voor hulpmiddelen zoals medicijndispensers en alarmeringssystemen en de ontvangst ervan etc. Per handtekening gaat er ontzettend veel tijd verloren met het uploaden van formulieren, het printen ervan (in coronatijd vaak op thuisprinters), het laten tekenen door de patiënt (die soms nog even met een mantelzorger wil overleggen), het inscannen en doorsturen en verwerken in het ECD. Soms kan er digitaal een handtekening gezet worden, maar niet alle patiënten en medewerkers zijn hierin even bedreven.

Waar staat dat?

Het team gaat op onderzoek uit, bij Actiz, bij een factchecker, de accountant en een jurist, en gaat voor elke handtekening die gezet moet worden na of die verplicht is en door wie. Daaruit blijkt dat bijvoorbeeld de handtekening onder de zorgovereenkomst tegenwoordig ook de vorm mag hebben van een mondelinge overeenkomst. En dat veel regels rondom handtekeningen door henzelf bedacht zijn en dus ook afgeschaff kunnen worden.

Waar zit de rek?

Aan de hand van de rekstrategieën probeert men één voor één alle handtekeningen weg te werken of om te zetten in een digitaal akkoord (waarmee ze meteen goed verwerkt zijn in het ECD). De grootste winst wordt gezien als het zou lukken om handtekeningen te combineren in 1 zorgovereenkomst (volume rekken). Bijvoorbeeld door bij aanvang ook al toestemming te vragen voor veelvoorkomende vormen van aanvullende zorg en hulpmiddelen. Daarmee kan later een aantal 'natte' handtekeningen vervangen worden door een digitaal akkoord. Er komt extra uitleg om te zorgen dat alle medewerkers de digitale mogelijkheden maximaal benutten. Het zorgplan blijkt niet twee keer per jaar, maar slechts één keer per jaar besproken te hoeven worden met de cliënt (tijd rekken). Voor alle hulpmiddelen zoals medicatiedispensers worden de overeenkomsten met patiënten per direct geschrapd. De thuiszorgorganisatie besluit uit te gaan van vertrouwen dat patiënten zorgvuldig ermee om zullen gaan. In de praktijk is er zelden schade aan dergelijke hulpmiddelen, die bovendien nooit verhaald wordt op de patiënt. Het is stukken goedkoper en sneller om bij eventuele beschadiging of verlies zelf de kosten te dragen dan om hier een administratief circus voor in stand te houden (hart verruimen).

Uiteraard zijn er ook beren op de weg. Technische obstakels (kunnen we een digitaal akkoord opnemen in het ECD?), juridische vragen (mogen we verschillende indicatieaanvragen combineren in een zorgovereenkomst?) en afhankelijkheden (wat zijn de vereisten bij certificering of bekostiging?). Ook blijken niet alle medewerkers even digi-vaardig. Maar met gedegen uitzoekwerk en een enorme drive worden deze beren een voor een getackeld. Het zoeken naar rek blijkt daarmee niet alleen veel op te leveren doordat het aantal handtekeningen fors daalt. Het maakt de medewerkers vooral ook bewust van waarom ze iets doen en dat er blijkbaar veel meer ruimte in de regels zit dan ze dachten.





7. Ontregelen: Op zoek naar de rek

Het ontrafelen van de regels waar men tegenaan loopt, leidt al tot een flinke vermindering van de regeldruk. Maar er blijven nog genoeg regels en werkwijzen over die snakken naar rek. Daarvoor zetten we in de ontregelsessies een aantal rekstrategieën in. Deze rekstrategieën zijn er niet op gericht om regels te ondermijnen, maar vooral om ruimte te vinden, met respect voor de bedoeling van de regel.

Je kunt de rekstrategieën zien als knoppen waar je aan kunt draaien. Aspecten van de situatie die je kunt beïnvloeden om ruimte te creëren. Met de deelnemers aan de ontregelsessies focussen we ons op de meest tijdrovende en irritante regels die nog niet zijn aangepakt. Een voor een lopen we de rekstrategieën langs om te kijken of ze soelaas kunnen bieden. Soms bieden alle knoppen mogelijkheden, soms is eentje al genoeg om ruimte te creëren. Ook worden oplossingen gevonden die een combinatie zijn van meerdere rekstrategieën.

Deelnemers wordt in deze fase op het hart gedrukt om niet meteen te kijken of de oplossingsrichtingen haalbaar zijn, maar om alle potentiële oplossingen open te houden. De beren op de weg komen later aan bod (zie hoofdstuk 8).



“Doordat we in de tussentijd al een aantal zaken hebben aangepakt, is er opeens ruimte om de diepte in te gaan met de complexere regeldrukissues. Deze sessie levert echt zoveel concreets op! Ik kan er morgen meteen verder mee aan de slag met mijn team.”

7.1 Tijd rekken

Bij tijd rekken draait het om het verlagen van de frequentie waarmee men zich met regels en registraties moet bezighouden en het moment waarop men dat doet. Moet een meting elke dienst verricht worden of kan het ook een keer per dag of per week? Er wordt gekeken wat het beste moment is om informatie te verzamelen of registreren om piekbelasting te voorkomen. De eindigheid van regels wordt ook ter discussie gesteld. Sommige werkwijzen waren in het verleden heel nuttig, maar zijn inmiddels achterhaald door digitalisering of innovaties. En de coronacrisis heeft zichtbaar gemaakt dat onder druk alles vloeibaar wordt. Als er geen tijd is om allerlei rapportages in te vullen, wordt er opeens wél op vertrouwd dat medewerkers kwaliteit leveren. Andere regels bleken in coronatijd urgenter te worden, zoals handen wassen en het ontsmetten van ruimtes en materialen. Ook bleken regels binnen een dag aangepast te kunnen worden, wat hoop geeft voor de toekomstige aanpak van regeldruk.

Een greep uit de concrete oplossingen die met deze rekstrategie bereikt zijn:

- Het zorgplan wordt nog maar één per jaar besproken met de cliënt in plaats van twee keer per jaar.
- Risicoscreening hoeft niet binnen 24 uur na opname te gebeuren, maar mag ook binnen 48 uur.
- Het anti-rook protocol geldt niet meer voor patiënten die alleen voor dagopname komen.
- Medewerkers en afdelingen hoeven niet meer 24/7 bereikbaar te zijn.
- Al eerder beginnen met het inplannen van weekenddiensten, zodat dit geen last minute stress oplevert. Flexpool ook inzetten voor weekenddiensten.
- De piekbelasting van radiologie en andere afdelingen wordt verminderd, door zoveel mogelijk de rustigere momenten te benutten.
- Er worden afspraken gemaakt om minder na te bellen, zodat medewerkers minder vaak gestoord worden in hun werk.
- Regels die tijdens corona zijn aangepast om de werkbelasting te verminderen, worden ook na corona aangehouden, zoals de langere verschoningstijd van lijnen op de IC.
- Bij ontslag hoeft de patiënt niet meer te wachten tot de arts is geweest om de medicatie af te tekenen. Dat kan op een later moment ook.

TIJD REKKEN

Hoe vaak moeten we dit doen?

Minder vaak, alleen in bepaalde situaties, frequentie?

Wanneer is het beste moment?

Eerder, later, op een minder druk moment?

Hoe lang blijven we dit doen?

Altijd, tijdelijk, duidelijk einde, continuïteit?

Nu, gisteren of morgen?

Morgen of in crisis andere afwegingen?

Ervaringen uit het verleden?

Een kwestie van timing.

Patiënten die allemaal tegelijk aan het einde van de dienst binnenkomen, prikdiensten die alleen om 8 uur 's ochtends prikken (en verder alleen met een complexe spoedprocedure), twee uur wachten tot de arts in opleiding met een supervisor heeft kunnen overleggen, gebeld worden dat je NU een patiënt van de SEH of IC moet komen ophalen. Het is vaak hollen of stilstaan in de zorg. Het kost enorm veel tijd als je steeds moet wachten op anderen in de keten. En het tast je eigen vakmanschap aan als anderen steeds bepalen wanneer je iets moet doen. Het afstemmen van de onderlinge timing van werkprocessen en verantwoordelijkheden zorgt voor betere stroomlijning en hogere kwaliteit.

7.2 Volume verminderen

Bij het rekken van volume gaat het vooral om het verminderen van het aantal regels of voorwaarden waar men aan moet voldoen. Kunnen we hetzelfde doel bereiken door minder te doen en vragen van anderen? Spelen met aantallen dus. Vanuit het perspectief van administratieve lasten kun je dan kijken naar het aantal formulieren of vragen dat ingevuld moet worden. We hebben de neiging om zo compleet mogelijk te willen zijn. Maar niet alle metingen of vragen voegen wezenlijke informatie toe. Ook scheelt het enorm als bepaalde gegevens niet in alle situaties bijgehouden hoeven te worden, maar gericht gekeken wordt wanneer dit relevant is. Zinnige registratie dus. Steeds meer zorginstellingen halen de bezem door het woud aan keurmerken waar ze aan moesten voldoen. Die blijken namelijk niet noodzakelijk te zijn om te laten zien dat de instelling kwaliteit heeft of onderscheidend is in de markt.

VOLUME VERMINDEREN

Hoe veel?

Minder vragen, minder regels

Wat wel en wat niet?

Noodzakelijk of niet?

Focus op need to know ipv nice to know

Alleen bijhouden als er ook iets mee gedaan wordt

Wat als....?

Onder welke voorwaarden?

Alleen bijhouden in specifieke situaties

Uitgaan van reguliere ipv complexe 'wat-als' gevallen

Er wordt veel informatie bijgehouden die prettig is om te hebben, maar niet noodzakelijk. Nice to know in plaats van need to know. De kunst is om niet naar compleetheid te streven, maar de essentie eruit te destilleren en die zo kernachtig mogelijk vast te leggen. Welke vragen zijn essentieel, omdat ze rechtstreeks bijdragen aan het doel van de regel, en welke zijn minder belangrijk? Om dat onderscheid te kunnen maken is het nodig om een goed gesprek te voeren met degenen die moeten

handelen op basis van het ingevulde antwoord. Welke gegevens zijn noodzakelijk om hun werk goed te kunnen doen? En welke antwoorden gebruiken ze slechts als achtergrondinformatie of alleen in specifieke gevallen? Hoe beter men weet wat er met informatie wordt gedaan, hoe groter de motivatie om die informatie te verzamelen en registeren. Sommige deelnemers kregen het daarbij meteen benauwd. Want niet iedere verpleegkundige durft aan de arts te vragen of al die metingen wel nodig zijn. En niet elke organisatie gaat met de Inspectie in gesprek over de gegevens die aangeleverd moeten worden.

“Als ik eerlijk ben, denk ik dat de artsen niet eens weten dat we dit allemaal bijhouden. Ik vraag me echt af wie er eigenlijk iets doet met al die informatie.”

Bij de analyse van regels werd duidelijk dat veel regels zijn opgesteld om bepaalde risico's te voorkomen. Het is dan zinnig om op basis van feiten en cijfers na te gaan hoe vaak die situaties optreden. Als dat vaak is, dan is het opnemen in de basisregels heel handig. Maar als dergelijke situaties zelden voorkomen, is het handiger om regels trapsgewijs op te stellen. Bijvoorbeeld met uitklapmenuutjes in een ICT-systeem of een (digitale) beslisboom: je beantwoordt alleen de vragen die relevant zijn in jouw specifieke situatie.

Aantal voorbeelden van winst die met deze rekstrategie bereikt is:

- Veiligheidsformulieren hoeven niet meer ingescand te worden. Dat scheelt 21.000 scans per jaar.
- Bij dubbele registraties in meerdere systemen wordt een van de twee geschrapt.
- Niet meer bellen én via systeem labonderzoek aanvragen, maar een van de twee.
- Fors inkorten van ontslagbrieven en overdrachtsnotities na overleg met ontvangende partij.
- Labformulieren die overlappen worden gecombineerd.
- Vragen die op elkaar lijken worden geschrapt. Vragenlijsten worden ingekort.
- Risicoscreening niet meer voor alle patiënten (bijvoorbeeld geen palliatieve patiënten of dagopnames meer).
- Bepaalde interventies standaard inzetten voor bepaalde afdelingen en typen patiënten (zoals eiwitrijke voeding, of een valmat).
- Zwangerschap alleen eenmalig noteren als iemand zwanger is. Het niet-zwanger zijn instellen als default optie.
- Alleen noodzakelijke informatie opnemen in het zorgplan.
- Papieren kilometerregistratie afgeschaft. Digitale registratie is voldoende.
- Afschaffen van groot aantal formulieren waarvoor handtekening patiënt nodig is.
- Opiaten niet meer per stuk tellen, maar per verpakking.

7.3 Hart verruimen

Bij het verruimen van het hart draait het vooral om vertrouwen. Vertrouwen dat collega's hun werk goed doen, zonder dat dat bewezen hoeft te worden met registraties van hun handelingen. Bij het zoeken naar rek helpt het om expliciet de vertrouwensvraag op tafel te leggen. Durven we de zorg

voor een patiënt met een gerust hart over te laten aan een andere zorgverlener in de keten? Durven we erop te vertrouwen dat de laborant of de inkoopmedewerker zijn of haar werk goed doet, of moeten we dat checken? In hoeverre zijn onze regels eigenlijk een vorm van gestold wantrouwen? Een ander aspect van deze rekstrategie gaat over het vertrouwen in het instinct of de intuïtie van de zorgverleners. Hoeveel ruimte is er om te vertrouwen op hun ervaring bij het aanvoelen of het goed gaat met een patiënt of niet, in plaats van op metingen? De focus ligt vaak op objectieve, meetbare kennis, waardoor er minder ruimte is om de intuïtie te laten meewegen. Het raakt zorgmedewerkers als er niet wordt vertrouwd op hun professionaliteit, hun klinische blik.

Ook deze rekstrategie leverde veel op:

- Niet meer nabellen naar radiologie of lab, maar erop vertrouwen dat zij hun best doen om zo snel mogelijk uitslagen door te geven.
- Minder registratie van screening, maar erop vertrouwen dat een verpleegkundige risico's vanuit klinische blik inschat en op basis daarvan interventies inzet.
- Geen gebruikerscontract meer door patiënt laten tekenen, maar erop vertrouwen dat die zorgvuldig omgaat met geleende apparatuur.
- Flexibel omgaan met verificatie identiteit bij kinderen jonger dan 5 jaar. Vertrouwen op ouders.
- Luchtwaardes check in ruimtes afgeschaft. Vertrouwen op installateur die waarden en signaal bij afwijkingen heeft ingesteld.
- Geen natte handtekening meer, maar een digitaal vinkje of bevestiging per email.
- Huisartsen hoeven niet meer elk kwartaal alle Baxterwijzigingen te controleren voor de apotheek.

HART VERRUIMEN

Uitgaan van vertrouwen

Te goeder of te kwader trouw?

Aanspreken op integriteit

Vertrouwen op ervaring

'Gut feeling' volgen ipv papieren werkelijkheid

In dialoog gaan ipv digitale anonimiteit

Intersubjectiviteit ipv objectiviteit

Menselijkheid centraal

Meedenken ipv afhouden

an mens tot mens

Aannames checken

7.4 Perspectief verbreden

Bij deze rekstrategie gaat het om het oprekken van de blik waarmee je naar de situatie kijkt. Soms zitten we vast in ons perspectief en is het nodig om even in te zoomen of juist uit te zoomen, zodat er andere oplossingen in beeld komen. Dat kan een kijkje in de keuken van een vergelijkbare organisatie of afdeling zijn. Als zij dezelfde regel op een heel andere manier uitvoeren, dan zit er blijkbaar speelruimte in. Tijdens de sessies kwam het regelmatig voor dat de ene afdeling een regel heel anders uitvoerde dan de andere. Zo wordt in elke afdeling van een ziekenhuis anders met opiaten omgegaan en worden de regels op het gebied van hygiëne op elke woonzorglocatie anders ingevuld. Dat biedt mogelijkheden om met elkaar na te gaan welke werkwijze het beste werkt en de minste regeldruk oplevert.

PERSPECTIEF VERBREDEDEN

Creatief meedenken

Context verbreden

Inzoomen en uitzoomen

Hoe doen anderen het?

Hele keten bekijken

Waar in de keten is de meest logische plek?

Wie kan dit het beste doen?

Hoe sluiten regels op elkaar aan?

Onder een ander regelregime

Prioriteren bij meerdere regels

Andere regel toepassen

Regel omzeilen

Bij het uitzoomen komt ook de hele keten in beeld. De focus ligt nu niet meer alleen op de situatie en de regel waarin men vastzit, maar de situatie kan bekeken worden als onderdeel van een groter geheel. Wat is het beste moment in de keten om iets bij te houden, en wie is daar dan de meest aangewezen partij voor? In verschillende instellingen was het in dat licht heel zinnig dat er LEAN specialisten meekeken bij de sessies, om te kijken hoe processen soepeler ingericht kunnen worden door elke schakel optimaal af te stemmen op de rest van de schakels.

Wanneer vragen we wat?

Een patiënt komt binnen voor een ingreep, waarbij een uitgebreide anamnese wordt afgenomen. Een enorme opgave voor de patiënt die op dat moment angstig is en pijn heeft. Veel vragen, zoals over de thuissituatie waarin de patiënt terecht komt na ontslag, zijn nu nog niet relevant. Of de vragen zijn veel te gedetailleerd (hoeveel glazen alcohol drinkt u, wijn of bier?) of liggen gevoelig om in aanwezigheid van mantelzorgers te beantwoorden (zoals vragen over seksualiteit). Is dit wel het juiste moment om die vragen te stellen? En is de intakeverpleegkundige wel de juiste persoon om dit te doen, of kan het misschien vooraf digitaal, of later tijdens het verblijf?

Een aantal voorbeelden van de winst van deze rekstrategie:

- Dozen met materialen niet door arts of verpleegkundige laten uitpakken maar door magazijnmedewerkers.
- Vragen over thuissituatie na ontslag niet meer tijdens anamnese stellen, maar later tijdens opname door ontslagmedewerker die ook thuiszorg kan regelen.
- Planner inschakelen voor het regelen van vervanging bij uitval in plaats van door wijkverpleegkundige die met patiënt bezig is.
- Medicatiecheck door patiënt of mantelzorger laten doen in plaats van hier collega voor op te roepen.
- Materialenvoorraad op één plek in het gezondheidscentrum bewaren, in plaats van bij elke huisarts en paramedicus apart.
- Telefooncentrale anders inrichten zodat telefoontjes binnenkomen bij degene die ze ook daadwerkelijk kan beantwoorden.
- Medicijnen standaard bij thuisapotheek op laten halen in plaats van bij de ziekenhuisapotheek.
- Meer informatie door patiënt, mantelzorger of cliëntondersteuner in laten vullen en bijhouden, vooraf en tijdens opname.
- Sticker met datum en tijd van openen aan lijnen bevestigen, en niet meer noteren in verschillende systemen per afdeling.
- Veelgestelde vragen en antwoorden op website zetten of door balie laten beantwoorden in plaats van door arts/specialist.
- Inzetten van 'vliegende keep' voor ad hoc zaken, zodat lopende werkprocessen niet steeds verstoord raken.
- Opnemen van testuitslagen en scans in de online patiëntomgeving. Dat scheelt vele telefoontjes op een dag.

7.5 Maatwerk leveren

Bij maatwerk leveren gaat het om het oprekken van de regels voor een specifieke situatie. Niet alles hoeft in dezelfde mal te passen. We hebben de neiging om regels op te stellen volgens het one size fits all-principe. Maar bij neurologie heb je met andere patiënten te maken dan bij orthopedie. En maatwerk leveren doen zorgprofessionals ook, door in uitzonderlijke situaties vooral hun ervaring te laten spreken en hun creativiteit in te zetten om oplossingen te bedenken.

MAATWERK LEVEREN

Uitzondering maken

Afwijken van de regel (met dekking)

Maatwerk leveren

Niet-passendheid als uitgangspunt nemen

Aparte trajecten voor veel en weinig voorkomende gevallen

Gedogen

Deze rekstrategie levert voor verschillende instellingen meer ruimte op:

- Een screening aan/uit knop om per patiënt te bepalen of screening noodzakelijk is in plaats van de standaard screeningsrichtlijnen volgen.
- Verschillende regels voor verschillende afdelingen in een ziekenhuis.
- Een uitzondering maken voor een overstuur kind dat geen polsbandje om wil.
- Per patiënt kijken of anti-rookprotocol ingezet wordt.
- Apart casusoverleg voor speciale gevallen, naast standaard werkwijze voor reguliere gevallen.

7.6 Regel oprekken

Als de neiging ontstaat om regelmatig een uitzondering te maken op dezelfde regel is het misschien gewoon tijd om de regel zelf aan te passen. Tijdens de ontregeltrajecten zijn er heel veel regels afgeschaft omdat ze achterhaald waren, dubbel werden bijgehouden, of omdat niemand iets deed met de resultaten. Ook zijn er veel regels aangepast en verduidelijkt, zodat ze beter aansluiten op de realiteit of beter uitvoerbaar worden. Denk bijvoorbeeld aan het toevoegen van activiteiten zoals 'afstemming met familie', 'reistijd' of 'administratie' in een tijdschrijfsysteem. Het toevoegen ervan heeft niet alleen een praktische administratieve functie, maar is ook een erkenning van het feitelijke werk dat verricht wordt. Die erkenning kan van grote psychologische betekenis zijn voor medewerkers. Ook zijn er her en der regels toegevoegd, omdat onduidelijke procedures ervoor zorgden dat iedereen steeds opnieuw zelf het wiel uit moest vinden.

Een aantal voorbeelden:

- Afschaffen van schoonmaaklijstjes die nooit bekeken worden.
- Toevoegen van een heldere, eenvoudige verlofregeling, die veel onduidelijkheid en irritatie oplost.
- Versimpelen van procedure voor het prepareren van OK bakken.
- Verwijderen of aanpassen van verouderde protocollen.
- Nieuwe afspraken over omgang met familieleden.
- Aanpassing urenregistratie.



7.7 Pippi Langkousen

In de laatste fase van de route van de Ontregelbus is de strategie van het Pippi Langkousen toegevoegd. Soms is er iets meer brutaliteit nodig om doorbraken te forceren. Bijvoorbeeld door gewoon met de uitvoering van een regel te stoppen en dan maar te zien wat het effect ervan is. Menig formulier is na afloop van een ontrafelsessie zo van de werkvloer verdwenen, zonder dat iemand het gemist heeft. Het deed deelnemers aan de sessies ook beseffen dat ze niet overal vooraf toestemming voor hoeven vragen, maar mogen vertrouwen op hun eigen professionaliteit bij het maken van regels. En eventueel vergiffenis achteraf kunnen vragen. Uiteraard waren de zorgprofessionals zich er heel bewust van dat je niet zomaar met elke regel kunt stoppen. Ze konden prima inschatten met welke regels je dit een keer kunt uitproberen, zonder dat er grote risico's aan vast zitten.

Pippi Langkousen maakt graag haar eigen regels, vanuit de overtuiging dat zij best wel weet wat goed voor haar en haar omgeving is. En dat geldt ook voor zorgprofessionals. In plaats van te focussen op de standaard richtlijnen zijn zij prima in staat om samen met collega's regels op te stellen die beter aansluiten bij hun specifieke situatie. We werden verrast door de enorme creativiteit die medewerkers aan de dag leggen bij het bedenken van alternatieve manieren om kwaliteit en veiligheid te borgen, zonder dat dit heel veel tijd hoeft te kosten. Ook werkte het op sommige plekken goed om er een wedstrijd of spelelement aan toe te voegen. Welke afdeling kan dezelfde kwaliteit bieden met minder regels? En welke vestiging bedenkt de beste oplossing voor een terugkerend probleem? Ook zonder spelelement kan het in een organisatie met bijvoorbeeld zelfsturende teams heel interessant zijn om regelmatig uit te wisselen hoe zij een bepaald vraagstuk aanpakken. Of het nu om de planning, de hygiëne, de inkoop, de communicatie met cliënten of de personeelsbeoordelingen gaat.

De Pippi rekstrategie is slechts bij drie instellingen ingezet en leidde tot de volgende oplossingen:

- Het niet meer invullen van bepaalde afvinklijstjes (en afwachten of iemand het merkt).
- Afdelingen experimenteren met zo min mogelijk screenen.
- Het vol enthousiasme vieren van een afgeschafte regel.
- Een geheim plan om zichtbaar te maken dat de regels niet bijdragen aan het doel waarvoor ze opgesteld zijn (en ja, dit geheime plan blijft geheim...).



[ontregelvoorbeeld]

“Wat voor de één een ergernis is, is voor de ander een logisch proces. Er zijn verschillende visies. Het is dus van belang om met elkaar in gesprek te gaan! En dat doen we onvoldoende. Er moet meer in de keten gepraat worden hoe we iets oplossen.”

“Heel fijn dat we vandaag meteen een aantal dingen hebben kunnen afkaarten en niet blijven hangen in roepen hoe erg het allemaal is.”

7.8 Reflectie: hoe creëer je de meeste ruimte?

In totaal zijn bij 14 instellingen ontregelsessies gehouden. Soms meerdere keren om de methodiek goed in de vingers te krijgen. Meestal werden de rekstrategieën aan de hand van een voorbeeld uitgelegd, om daarna in subgroepjes de rekstrategieën op specifieke regels toe te passen. Vervolgens werd plenair besproken welke rek wel en niet zoden aan de dijk zou zetten. Op basis hiervan werd gekozen met welke oplossingsstrategieën de organisatie aan de gang ging.

Een ontregelsessie is het meest effectief als medewerkers de rekmogelijkheden kunnen verkennen zonder meteen in termen van ‘ja, maar’ te denken. De beren op de weg komen dan ook pas later aan bod. Elke rekstrategie blijkt zijn eigen effecten te hebben. Tijd rekken en volume verminderen zorgen voor een vermindering van de tijd die men aan regels kwijt is. Het verruimen van het hart en verbreden van het perspectief zorgen voor betere samenwerking in de hele zorgketen en meer vertrouwen tussen samenwerkingspartners. Met maatwerk en het daadwerkelijk aanpassen van regels kan er structureel iets aangepakt worden in structuren en werkwijzen. De Pippi Langkous strategie stimuleert om out of the box te denken en het ontregelen leuk te maken.

Rekken is geen doel op zich en het stelt medewerkers gerust als ze merken dat ze rek kunnen toevoegen, zonder het houvast dat regels bieden te verliezen. Ook is men zelf vaak verrast over de enorme creativiteit die er op de werkvloer is om belangrijke dingen op een betere manier te regelen. Vaak wordt er in organisaties een werkgroep of stuurgroep in het leven geroepen om een knelpunt op te lossen. Maar als hier geen mensen bijzitten die actief zijn in het primaire proces is de oplossing niet altijd goed uitvoerbaar en ontstaan er weer andere knelpunten. Door het oplossend vermogen van de werkvloer zelf aan te boren, worden knelpunten doeltreffender aangepakt.

Ontregeltips

- Focus op de regels waar de meeste winst mee te behalen is.
- Loop de rekstrategieën een voor een langs. Er zit er altijd wel een tussen die bruikbaar is.
- Denk in deze fase in mogelijkheden en laat de obstakels nog even voor wat ze zijn. Anders kom je nooit op nieuwe ideeën.
- Laat mensen van de werkvloer oplossingen bedenken. Die zijn creatiever dan je denkt en zorgen dat oplossingen ook daadwerkelijk uitvoerbaar zijn.

Wat is spoed?

De afdeling radiologie van een ziekenhuis wordt er gek van dat ze continu gestoord worden bij het werk. Ze worden gebeld om bedden vrij te houden voor scans, om aan te geven dat een bepaald onderzoek spoed heeft of om te vragen waar de uitslag blijft. Daarnaast zijn ze veel tijd kwijt met het wachten op patiënten die nog niet klaar zijn voor vervoer en met het ontkleden (bijvoorbeeld sieraden afdoen) van patiënten voordat ze gescand kunnen worden. Ze ergeren zich er ook aan dat de orders niet altijd duidelijk zijn. Er is zowel sprake van onderdiagnostiek (te weinig informatie waardoor scans en foto's opnieuw gemaakt moeten worden) als overdiagnostiek (alles moet in beeld gebracht worden, ook als dat niet nodig lijkt te zijn). Allemaal zaken die tijd kosten, waardoor de wachttijden voor verslagen en dus ook voor patiënten oplopen.

Waar staat dat?

Het gaat allemaal om procedures en werkwijzen die in het ziekenhuis zelf zijn ingericht en faciliteiten die niet optimaal zijn. Zo wordt in de orderlijst geen onderscheid gemaakt tussen spoedaanvragen en gewone aanvragen. En worden er verouderde piepers en telefoons gebruikt en onhandige doorschakelsystemen waardoor de juiste mensen slecht bereikbaar zijn.

Waar zit de rek en hoe ontwarren we de knoop?

Als rekstrategie gaat het bij tijd rekken vooral om het optimaler inzetten van ruimtes en medewerkers gedurende de hele dag, om piekbelasting op bepaalde momenten te voorkomen. Het aantal handelingen kan verminderd worden door betere diagnostiek bij de aanvragende afdelingen (volume verminderen). Hoe specifieker zij hun aanvraag formuleren, hoe minder vaak overbodig onderzoek wordt uitgevoerd. Het verbreden van het perspectief zorgt ervoor dat men 1 telefoonnummer voor spoed in het leven roept en nagaat of er een vaste medewerker ingezet kan worden die alle binnenkomende verzoeken coördineert. Ook kijkt men of er afspraken met de ambulance gemaakt kunnen worden over het alvast ontkleden van patiënten. Men snakt ook naar meer vertrouwen vanuit andere afdelingen (hart verruimen): door al die telefoontjes over uitslagen komt men juist niet toe aan het uitwerken van de onderzoeksverslagen. De belangrijkste beer zit hem echter in dat men afhankelijk is van andere afdelingen en betwijfelt of er draagvlak is voor nieuwe afspraken.

Hoe ontwarren we de knoop?

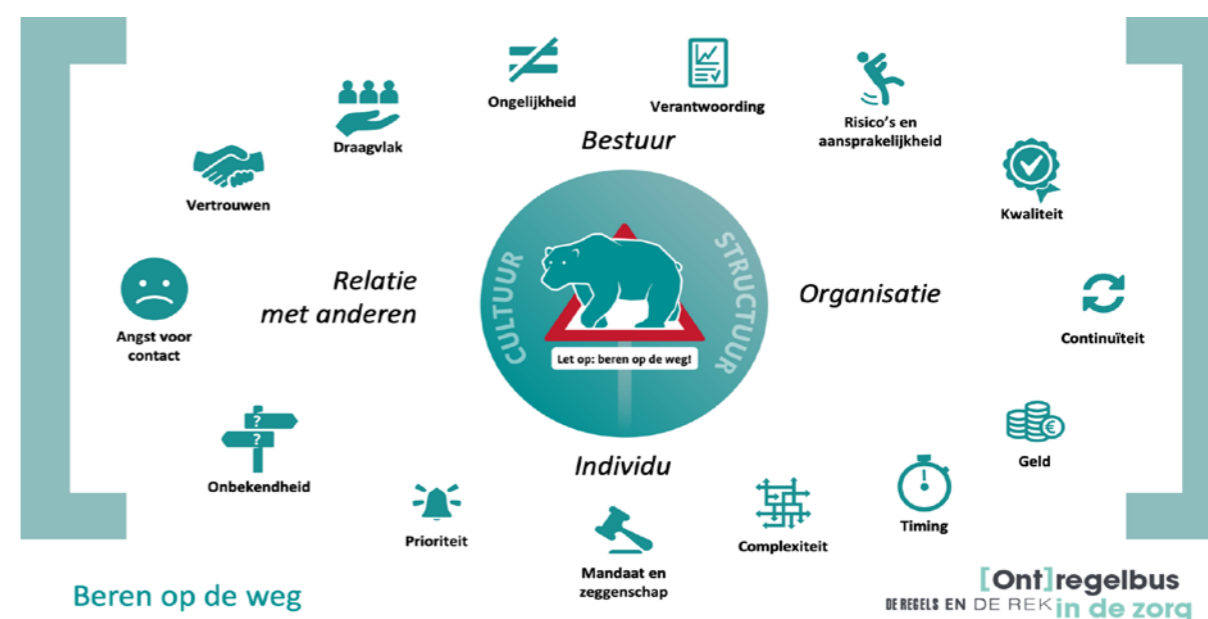
Na een grondige analyse van de verschillende soorten verstoringen gaat radiologie om de tafel zitten met de spoedeisende hulp en de afdeling acute opname; de twee belangrijkste aanvragers van radiologisch onderzoek. Ze delen met elkaar onderlinge irritaties en verstoringen en voeren een goed gesprek over spoed. Tijdens dit gesprek wordt zichtbaar dat er verschillende belevingen van spoed zijn, maar dat spoed niet automatisch zichtbaar is in het overzicht van aanvragen. Alleen door te bellen komt een patiënt hoger op de lijst te staan. De eerste conclusie is dan ook dat spoedaanvragen duidelijker in het systeem zichtbaar moeten worden, zonder dat hiervoor nagebeld hoeft te worden. Uit te uitwisseling blijkt dat men vaak niet weet hoe het dagelijks werk er aan de andere kant uitziet, waardoor er allerlei aannames in de weg zitten. Het gesprek levert veel meer begrip over en weer op. Met als belangrijkste conclusie dat men vaker uit wil gaan van vertrouwen. Vertrouwen dat de andere afdeling zijn uiterste best doet om het werk zo goed en snel mogelijk te doen.

"Goed om stil te staan bij hoe 'de andere kant' dingen ervaart. In iemand anders schoenen staan helpt bij het creëren van een gezamenlijke oplossing."

"Van elkaar weten wat we doen, en het uitgesproken vertrouwen is heel waardevol, we hebben veel winst geboekt."

8. Ontregelen: beren op de weg!

Hoewel het heel fijn is om te ervaren dat er allerlei dingen zijn die anders geregeld kunnen worden, is het ook de ervaring dat er van veel van die mooie plannen weinig terecht komt. Wat weerhoudt organisaties ervan om daadwerkelijk de rek op te zoeken? In het tweede deel van de ontregelsessies wordt ingezoomd op die beren op de weg.



Tijdens de ontregelsessies geven de deelnemers aan welke ontregeloplossingen hen het meeste aanspreken en het meeste zoden aan de dijk zouden zetten als het gaat om tijd en werkplezier. Vervolgens kijken we met elkaar welke beren men verwacht tegen te komen als men die oplossingen zou willen implementeren.

De beren op de weg die wij in de praktijk tegenkomen zijn grofweg in te delen in vier categorieën, die elk hun eigen kenmerken hebben.

- **Persoonlijke beren** die op individueel niveau spelen. Dit zijn de beren die zeggen: Ik kan het niet, mag het niet, durf het niet anders te doen.
- **Organisatieberen**, die raken aan hoe de organisatie is ingericht. Dit zijn de beren die zeggen: Het kan of mag niet anders dan het nu gaat, omdat het systeem er niet op ingericht is.
- **Sturingsberen**, die aangeven hoe vanuit het bestuur of de directie tegen bepaalde waarden wordt aangekeken. Dit zijn de beren die zeggen: Het hoort te gaan zoals het nu gaat en niet anders, daar sturen wij op.
- **Relatieberen**, die raken aan hoe de organisatie zich verhoudt tot de samenleving, of dat nu cliënten zijn of zorgketenpartners. Dit zijn de beren die zeggen: We zijn afhankelijk van anderen, die bepalen dat het niet anders kan.

8.1 Individuele beren

Tijdens de ontregelsessies komen de volgende individuele beren regelmatig langs.

- **Onbekendheid.** De enorme opbrengst van knellende regels uit de ontrafelsessie kan overweldigend werken: medewerkers weten niet waar ze moeten beginnen. Dat gevoel van ongemak en onzekerheid speelt vaak ook op organisatie- of afdelingsniveau. Je wilt samen nieuwe wegen inslaan, unknown territory verkennen, maar het is moeilijk om de consequenties ervan goed in te schatten. Verschillende instellingen hebben dit opgelost door een ontregeltraject een experimenteer- of pilotstatus te geven.
- **Tijdgebrek (prioriteit).** Door de enorme personeelstekorten en hoge werkdruk in de zorg geven veel medewerkers aan dat ze simpelweg geen tijd hebben om de acties die uit de sessies komen uit te voeren. Corona zorgde daar bovenop ook voor andere prioriteiten. Er ontstaat wel een besef dat de tijdsinvestering in het ontregelen uiteindelijk heel veel tijd op kan leveren. Het Ontregelteam adviseert dan ook altijd om in kaart te brengen hoeveel tijd men precies kwijt is aan bepaalde regels. Daar is een middagje ontregelen niets bij.
- **Mandaat.** Tijdens de ontrafel- en ontregelsessies zitten vooral mensen van de werkvloer om de tafel. Die hebben niet altijd het mandaat om bepaalde werkwijzen aan te passen of regels af te schaffen. Het helpt enorm als er unithoofden of directieleden aanschuiven, die alvast meedenken en meekijken wat wel en niet zou kunnen. En medewerkers stimuleren om de ruimte te nemen om dingen anders te doen. K&V medewerkers zijn vaak uitstekende verbinders die knelpunten bij de juiste gremia op de agenda weten te zetten.

“We zitten in een soort catch-22: we worden bedolven onder de regeldruk, waardoor we geen tijd hebben om er iets aan te doen. Terwijl blijkt dat we in een paar uur tijd een heleboel tijdwinst kunnen creëren, door er even over na te denken met de juiste mensen.”

“Heel zinvol en overzichtelijk om op deze manier met elkaar naar de regeldruk te kijken. Deze methode kunnen we op nog veel meer regels loslaten!”

8.2 Organisatieberen

Organisatieberen zijn praktische obstakels die het onmogelijk lijken te maken om dingen anders te doen. Deze beren zijn hardnekkig, omdat een systeem er vaak op gericht is om zichzelf in stand te houden. Tijdens de ontregelsessies wordt hier dan ook uitgebreid bij stil gestaan.

- **Complexiteit.** Door schaalvergroting, fusies en overnames zijn veel zorgorganisaties de afgelopen jaren groter en ingewikkelder geworden. Alles hangt met alles samen en medewerkers missen vaak het totaalplaatje. Met als gevolg dat ze niet weten waar ze moeten zijn als ze een veran-

dering teweeg willen brengen. Dit wordt ook wel institutionele onmacht genoemd: medewerkers achten zichzelf niet in staat om iets aan het systeem te veranderen. Door collega's uit verschillende afdelingen bij het ontregeltraject te betrekken en overzicht te creëren van alle stuurgroepen en commissies die bezig zijn met ontregelen, is het op veel plekken wel gelukt om veranderingen door te voeren.

- **Timing.** Regelmatig werd tijdens de ontregelsessies aangegeven dat dit niet het goede moment was om een bepaalde werkwijze aan te passen. Omdat er al een verbetertraject op dat onderdeel gaande was. Of omdat men eerst een bepaald overleg wilde afwachten. In plaats van te focussen op alle redenen waarom dit NIET het goede moment was, konden we het tijdens de sessies vaak ook omdraaien: Nú was het juiste moment, omdat er nu urgentie was om de regeldruk aan te pakken. Of omdat we konden aanhaken bij lopende trajecten. Wat ook hielp was de uitnodiging om niet eerst een uitgebreid plan te maken, maar gewoon te beginnen. Onder het motto: begint eer ge bezint. Wat we wel terugkregen is dat soms wat meer tijd tussen de sessies nodig was. Zogenaamde suddertijd: de tijd die nodig is om aan een idee te wennen en daarvoor draagvlak te verwerven.
- **Geld.** Het werd niet heel vaak genoemd, maar gebrek aan geld kan een obstakel zijn. Geld voor nieuw materiaal of extra personeel is niet zomaar beschikbaar. Gelukkig zijn de meeste ontregelacties budgetneutraal uit te voeren. Daarbij helpt het als men zichtbaar kon maken hoeveel tijd en geld het oplevert als processen efficiënter lopen. Als er een financiële onderbouwing nodig was, adviseerde het Ontregelteam vaak om een tijdje een schaduwboekhouding bij te houden. Door bij te houden hoeveel de huidige werkwijze kost (in tijd en geld en werkplezier) vergeleken met een nieuwe werkwijze, kun je de potentiële winst inzichtelijk maken. En dat kan directieleden overtuigen om er toch voor te gaan. Zorginstellingen zoals 1e lijns gezondheidscentra zijn vaak afhankelijk van zorgverzekeraars voor hun financiering. Medewerkers zijn bang dat de bekostiging in gevaar komt als bepaalde regels niet meer gevolgd worden, omdat die regels onderdeel zijn van de inkoopvoorwaarden. Bij het erop naslaan van die voorwaarden bleken die vaak meer ruimte te bieden dan men dacht. Het Ontregelteam heeft instellingen ook uitgedaagd om het gesprek aan te gaan met zorgverzekeraars. Die blijken waarschijnlijk best te overtuigen van een andere werkwijze als die tot kostenbesparing of kwaliteitsverbetering leidt.
- **Continuïteit.** Veel medewerkers in de zorg hechten aan routine. Niet iedereen zit erop te wachten om het anders te gaan doen. Ook wil men liever niet in één afdeling aan een werkwijze gaan morrelen, omdat dan andere afdelingen daar last van zouden kunnen hebben. Tegelijkertijd is men het erover eens dat dit geen excuus kan zijn om niets te doen. Als het er beter op wordt, is het de moeite waard om nieuwe routines aan te leren.

Schipperen met telefoondiensten

In de contracten met zorgverzekeraars staat dat de organisatie 24/7 bereikbaar moet zijn voor patiënten. Dat blijkt in de praktijk, zeker voor de avonden en weekenden, tot allerlei planningsproblemen te leiden, zeker omdat er eigenlijk te weinig personeel is. Met als gevolg dat mensen die eindelijk een weekend vrij zijn, alsnog telefoondienst hebben. Met de rekstrategieën in de hand worden allerlei slimme oplossingen bedacht, zoals het combineren van de weekenddienst en telefoondienst, maar er is huiver om die door te voeren. Want stel dat er onvoldoende draagvlak voor is, of dat patiënten dan medewerkers aan de lijn krijgen die hun geschiedenis niet kennen. Bij het analyseren van de beren blijkt dat er voor veel van deze zorgen eenvoudige oplossingen zijn en dat het veel beter lukt om te onderbouwen waarom het anders moet en kán. Ook blijkt dat de rekoplossingen niet méér geld kosten, zoals gevreesd werd, maar juist minder en beter herleidbaar naar de patiënt.

8.3 Sturingsberen

Sturingsberen zijn beren die aangeven op welke waarden, zoals kwaliteit, veiligheid en zelfsturing, gestuurd wordt in de organisatie. Sturingsberen zijn het moeilijkste te vangen, omdat niet altijd duidelijk is wat hier precies onder verstaan wordt en al helemaal niet hoe die waarden zich tot elkaar verhouden. Is veiligheid belangrijker dan kwaliteit of een sluitende begroting? Vaak wordt met de mond beleden dat men voor professionele autonomie is, maar wordt er in de praktijk gestuurd op parameters waar zorgmedewerkers weinig vrijheid in ervaren. Ook ontregelen vraagt om prioriteren en keuzes maken en dat vinden veel mensen moeilijk. Ja zeggen tegen het één betekent immers nee zeggen tegen iets anders. Hetgeen medewerkers opzadelt met onuitvoerbare verwachtingen. Door directieleden bij het ontregeltraject te betrekken worden dit soort inconsistenties tussen woord en daad zichtbaar en bespreekbaar.

- **Kwaliteit.** De discussie over kwaliteit raakt aan de beroepstrots van professionals. Kwaliteit wordt daarbij in de zorg vaak gekoppeld aan expertise en opleidingsniveau. Alleen medewerkers met een bepaald niveau mogen bepaalde handelingen uitvoeren. Uiteraard is dat voor een groot aantal handelingen heel logisch, maar soms kan een patiënt of mantelzorger of collega veel werk uit handen nemen dat niet perse medische kennis of ervaring vergt. Eerder werd al duidelijk dat de eindeloze hoeveelheid kwaliteitsindicatoren en -metingen niet automatisch tot hogere kwaliteit leidt. Andersom is dat ook zo: een vermindering van al die metingen betekent niet meteen dat de kwaliteit afneemt.
- **Risico's en aansprakelijkheid.** Nederland heeft een risicomijdende cultuur en in de zorg, waar het letterlijk om leven en dood kan gaan, geldt dat nog eens extra. Zorgprofessionals willen dan ook geen enkel risico nemen met de veiligheid van de patiënt. Maar lang niet elke regel leidt tot extra risico's voor de patiënt. Sterker nog, het welzijn van een patiënt gaat er soms enorm op vooruit als ze niet continu aan allerlei metingen worden onderworpen. Of als de tijd dat ze liggen te wachten op een scan of ontslag verkort kan worden en ze eerder naar huis kunnen. Zorgprofessionals blijken tijdens de sessies heel goed in te kunnen schatten welke rekstrategieën extra risico's opleveren en welke niet.
- **Verantwoording.** Zoals al in hoofdstuk 5 aan de orde kwam is een groot aantal regels gericht op de verantwoording van uren en middelen, richting partijen die de zorg bekostigen of de kwaliteit van de zorg bewaken (zorgverzekeraars, gemeenten, Inspectie). Al die gegevens belanden in indicatoren en dashboards waar niet alleen bestuurders en toezichthouders naar kijken, maar ook onderzoekers en kwaliteitsverbeteraars. Door af te pellen wie er precies iets met deze gegevens doen, blijkt er wel vaak al veel ontregelwinst te boeken. Men wordt zich bewuster van waar men op wil sturen en houdt meer rekening met hoeveel regeldruk dat oplevert.
- **Gelijkheid.** Als we aan de slag gaan met ontregelen binnen een specifieke afdeling of team, komt vaak de gelijkheidsbeer op tafel: 'Dat schept een precedent!' Als we het hier anders doen, dan wil straks iedereen dat. En daar kunnen we niet aan beginnen, want dat is onbetaalbaar of op een andere manier ongewenst. De realiteit is dat de ene situatie de andere niet is. En dat een bepaalde rekoplossing voor de ene afdeling of patiëntengroep wél passend is en voor de andere niet. Durf te differentiëren.

8.4 Relatieberen

Relatieberen spelen in op de afhankelijkheid van anderen bij het realiseren van ontregelplannen. Dat kunnen financiers en controlerende instanties zijn, maar ook collega's en samenwerkingspartners. Is er draagvlak voor de ontregelplannen en vertrouwen de betrokkenen elkaar voldoende om een andere balans tussen regels en rek te omarmen?

- **Draagvlak.** Gebrek aan draagvlak wordt vaak genoemd als obstakel bij het aanpassen van werkwijzen. Men is bang dat men collega's, andere afdelingen of samenwerkingspartners niet mee gaat krijgen. Maar vaak gaat het om aannames. Door echt met elkaar aan tafel te gaan zitten wordt duidelijk waar de echte zorgen en bezwaren liggen, die men vervolgens gezamenlijk aan kan pakken. Zo bleek bij een ontmoeting tussen radiologie en de spoedeisende hulp dat men elkaar soms ongewild in de weg zat. Door te begrijpen wat er aan beide kanten nodig was om patiënten zo snel en goed mogelijk te helpen ontstond er niet alleen meer vertrouwen in elkaar, maar ook meer draagvlak voor nieuwe afspraken.
- **Vertrouwen en Angst voor contact.** Vertrouwen blijkt in elke ontregelsessie een sleutelwoord te zijn. Er zijn allerlei regels in het leven geroepen, omdat men er niet op durft te vertrouwen dat collega's of andere zorgpartijen doen wat ze moeten doen. Zeker niet als er door te ontregelen iets veranderd wordt aan de manier van samenwerken. Bij de gesprekken over vertrouwen blijkt ook dat men vaak weinig vertrouwen heeft dat de Inspectie de nieuwe aanpak zal accepteren. Men is enorm bang dat de Inspectie daardoor tot een negatieve beoordeling van de kwaliteit en veiligheid zal komen. Diezelfde Inspectie geeft juist aan open te staan voor alternatieve manieren van verantwoorden en leren en verbeteren. We stimuleren zorginstellingen dan ook om actief de dialoog met hun samenwerkingspartners op te zoeken. En om stap voor stap te ontregelen en in het begin heel vaak te evalueren en bij te sturen. Zodat men over en weer steeds meer vertrouwen krijgt in de nieuwe werkwijze.

"We maken elkaar steeds bang met doemscenario's over wat er allemaal fout kan gaan, terwijl het meestal gewoon goed gaat en we een prima proces hebben ingericht voor als dat niet zo is."

Contractmanagement to the max

Bij een GGZ-instelling is de afdeling contracten sinds de decentralisatie van de zorg geëxplodeerd. Waar eerst één medewerker afspraken maakte met de overheid als geheel over alle geleverde zorg en ondersteuning, zitten nu meerdere medewerkers te onderhandelen met tientallen gemeenten, die allemaal andere eisen stellen. Bij elk van die gemeenten heeft de afdeling Inkoop intussen zijn handen vol aan de complexiteit van de inkoop van allerlei trajecten. Gemeenten moeten dealen met tientallen aanbieders die hun aanbod allemaal nét anders inrichten. Voor een gemeente is het makkelijker om die aanbieders allemaal hetzelfde te behandelen. Met als gevolg dat medewerkers op de werkvloer horendol worden van alle verschillende verantwoordingssystemen.

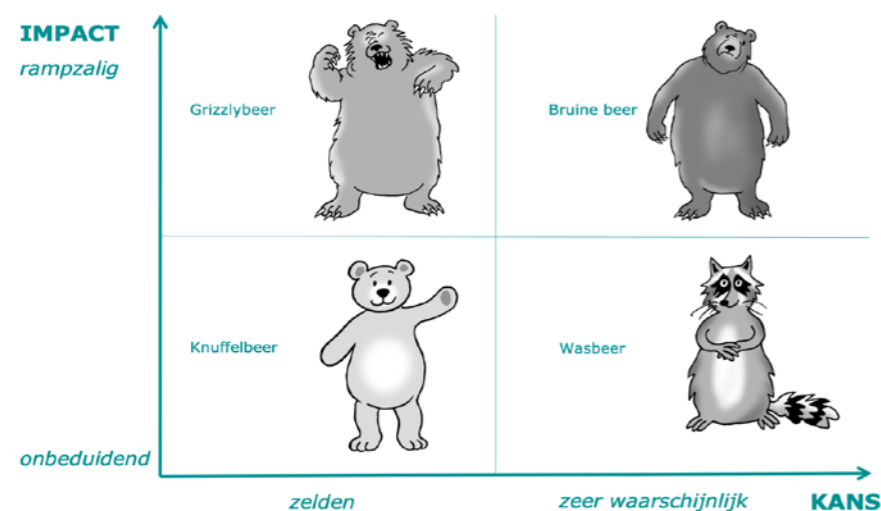
8.5 Elke soort beer zijn eigen verjaagstrategie

De verschillende soorten beren hebben elk hun eigen verjaagmethode:

- Individuele beren vragen om introspectie en om empowerment van medewerkers. In de vorm van training en coaching en faciliteiten om zich met ontregelen bezig te houden of nieuwe werkwijzen aan te leren. Zo besluit men in een thuiszorgorganisatie om extra tijd te investeren in medewerkers die de digitale werkomgeving nog niet in de vingers hebben, zodat een groot aantal 'natte' handtekeningen overbodig kan worden.
- Organisatieberen verdwijnen door dingen anders te organiseren, door mandaat te verleggen, met budgetten te schuiven of kokers te doorbreken. Dat zijn zaken die vaak op managementniveau liggen. Zo zijn er tijdens de ontregeltrajecten dashboards aangepast, telefooncentrales anders ingericht en werkprocessen voor het aanvragen van labonderzoek aangepakt.
- Sturingsberen vragen om dialoog tussen collega's onderling en om bestuurlijke afwegingen tussen verschillende waarden. Een goed gesprek over wat regels eigenlijk proberen te regelen maakt inconsistenties tussen woord en daad zichtbaar en leidt vaak tot oplossingen die recht doen aan zowel het houvast dat regels bieden als de speelruimte die in de praktijk nodig is. Zo is men in meerdere ziekenhuizen anders gaan kijken naar wat men onder kwaliteit van zorg verstaat en hoe dat het beste gemeten en verbeterd kan worden.
- Relatieberen vragen om dialoog tussen een organisatie en haar omgeving en om draagvlak bij collega's en patiënten. Verschillende instellingen zijn bijvoorbeeld in gesprek gegaan met de apotheek om procedures rond medicatie te ontregelen.

8.6 Hoe gevaarlijk is de beer?

Zorgmedewerkers schieten snel in de stress als ze een beer tegenkomen. Veel angsten voor beren op de weg zijn echter gebaseerd op vage onderbuikgevoelens, geruchten of aannames. Het is dan ook belangrijk om de feiten te scheiden van de aannames. Is het daadwerkelijk wel eens gebeurd dat iemand zijn BIG-registratie kwijtraakte omdat hij de regels niet volgde? Hoe duur is een bepaalde aanpassing eigenlijk en is daar echt geen budget voor? Weet je zeker dat die andere afdeling dit geen goed idee gaat vinden of is dat een aanname? Beren lijken onoverkomelijke obstakels te zijn, maar niet elke beer is even gevaarlijk.



Om het gevaar van beren in te schatten, werken we in de ontregelsessies met de berenmatrix. Die draait om twee assen:

- Hoe groot is de kans dat deze beer de weg verspert? (kans)
- Hoe erg is het als dat gebeurt? (impact)

Het werkt heel relativerend om samen stil te staan bij de vraag hoe groot de kans daadwerkelijk is dat een bepaalde beer de weg verspert en hoe erg dat dan is. Over knuffelberen kan men met een gerust hart heen stappen of vriendelijk terugbrengen naar hun eigenaar. Wasberen zijn niet gevaarlijk, maar kunnen wel knap vervelend zijn als ze steeds verschijnen. Daarbij is de strategie om te kijken of je de kans dat ze weer de kop opsteken kunt verkleinen. Zo wordt in de ontregelsessies vaak gezegd dat men bang is dat collega's de nieuwe aanpak niet zullen begrijpen. In dat geval is goede communicatie, goede inwerkprocessen en eventueel coaching on the job nodig, totdat iedereen de nieuwe werkwijze in de vingers heeft. Grizzlyberen zijn zeldzaam, maar kunnen grote impact hebben. Zo vreesde men in een ziekenhuis dat de jurist voor een aanpassing van de werkwijze zou gaan liggen, waarmee hij het hele plan zou torpederen. Door veel aandacht te besteden aan het onderbouwen van de zorgen van deze grizzly kon hij overtuigd worden en werd enorme tijdswinst geboekt. Het gros van de spanningen richt zich bij het ontregelen op de bruine beren. Als het lukt om de kans dat zij verschijnen te minimaliseren en hun impact te verkleinen, dan kan er veel bereikt worden.

Overigens blijkt niet elke beer door de deelnemers aan een ontregelsessie opgelost te hoeven worden. Sommige beren staan op het pad van een leidinggevende of op het pad van een andere afdeling. De deelnemers hoeven niet in hun eentje de hele berenarmada te bevechten, maar kunnen anderen inzetten om dat te doen. Ieder vanuit zijn eigen positie en met zijn eigen kwaliteiten als wapens. De K&V medewerkers blijken als verbinders hierin een sleutelrol te spelen.

De hoeveelheid beren kan soms overweldigend zijn voor deelnemers. In de sessies helpt het om samen te bepalen welke beren als eerste aangepakt moeten worden en over welke beren men zich pas later zorgen hoeft te maken. Door met elkaar stil te staan bij de beren op de weg voelen medewerkers zich gezien en gehoord. Potentiële obstakels bij het ontregelen worden serieus bekeken en geadresseerd. De kans dat de aanpak slaagt wordt daarmee een stuk groter.

In de sessies blijkt dat de meeste beren best wel te verjagen zijn met een slimme, gerichte strategie. Onderliggende dilemma's blijken niet alleen te spelen bij die ene regel waaraan gesleuteld wordt, maar bij een veel breder scala aan regels. Zo is onduidelijke communicatie bij veel regels een issue en lopen alle afdelingen tegen dezelfde stroperige inkoopprocedures aan. Als men voor één afdeling hier oplossingen voor bedenkt, heeft de hele organisatie daar iets aan. Waar het nog niet lukt om de beren te verjagen, worden afspraken gemaakt om overgebleven lastige knopen in een ontknop-sessie te ontwarren.

8.7 Reflectie: hoe gaan we om met beren op de weg?

De beren op de weg vormen een belangrijk onderdeel van het ontregeltraject. Ze zorgen voor een reality check na de euforie van de ontregelplannen. Te vaak gebeurt het dat inspirerende veranderingssessies tot geweldige ideeën leiden die in de praktijk nooit uitgevoerd worden, omdat ze stuiten op een obstakel bij de uitvoering ervan. Een beer op de weg betekent dan meteen het einde van de verandering. Door in de ontregelsessies expliciet aandacht te besteden aan de te verwachten

obstakels, is men erop voorbereid. Medewerkers voelen zich serieus genomen in de moeilijkheden die hen te wachten staan en gesteund om de beren te tackelen als die zich aandienen.

Tegelijkertijd leren ze met behulp van de berenmatrix om de beren ook te relativiseren. Niet elke beer op de weg hoeft meteen het einde van de route te betekenen. Bij elke verandering kom je obstakels tegen, maar die zijn niet onoverkomelijk. De meeste beren blijken bij nader inzien wasberen of knuffelberen te zijn en voor de grizzly's en bruine beren wordt een strategie op maat bedacht. In sommige gevallen leidde de analyse van beren tot aanpassingen van de rekstrategieën, waardoor oplossingen duurzamer werden. Door te bespreken op wiens weg de beren staan, ontstaat een bredere ontregelbeweging, waarin meerdere medewerkers en afdelingen een rol spelen. De ontregelbeweging verbreedt zich en wordt daarmee iets van de hele organisatie. Meerdere instellingen besluiten na afloop van het Ontregelbustraject om de beren ook bij andere verandertrajecten in te zetten. Want deze stap maakt het verschil tussen knelpunten signaleren en ze ook daadwerkelijk aanpakken.

Er was niet altijd voldoende tijd in de ontregelsessies om dieper in te gaan op de beren en de manieren om hen te verjagen. Eigenlijk verdienen de beren een aparte sessie, een paar weken nadat men de rekstrategieën benoemd heeft. Dat zou gelegenheid geven om obstakels die men in de praktijk al tegenkomt bij het implementeren van de rek gericht te adresseren. Het Ontregelteam heeft vaak de coachingsuren of de ontknoopsessie besteed aan het aanpakken van dergelijke obstakels.

Ontregeltips

- Elk type beer heeft zijn eigen verjaagstrategie. Verdiep je dus in de beer die je tegenover je hebt.
- Neem beren serieus. Anders komt er weinig van je ontregelplannen terecht.
- Neem beren niet té serieus. Niet elke beer op de weg hoeft het einde van de route te betekenen.
- Neem voldoende tijd voor het benoemen en ontleden van de beren op de weg.

“Er is veel meer rek mogelijk dan ik dacht. Maar durven we het ook echt anders te gaan doen?”

“Beren stoppen het denken in mogelijkheden.”

[ontregelvoorbeeld]

Risicoscreening onder de loep

Risicoscreening is in elk ziekenhuis een van de grootste ergernissen. Screening kost zowel verpleegkundigen als artsen enorm veel tijd terwijl de toegevoegde waarde ervan beperkt is. De gegevens worden namelijk zelden gebruikt om te bepalen welke interventies ingezet moeten worden en ook niet om te onderzoeken welke interventies het meest effectief zijn. Door standaard screeningsprotocollen te gebruiken wordt onvoldoende recht gedaan aan de feitelijke risico's die patiënten lopen op vallen, delier, decubitus etc. Screenen voegt weinig toe en kost wel heel veel tijd.

Waar staat dat?

Vaak blijkt niet iedereen op de hoogte van wat de regels rondom screening, zoals de VMS-richtlijnen, precies inhouden. Als die erbij gepakt worden blijkt al dat er minder gescreend hoeft te worden dan men dacht. Zo hoeft men volgens de richtlijnen soms alleen post-operatief te screenen en zijn er uitzonderingen mogelijk voor palliatieve patiënten, patiënten die op ontslag wachten en patiënten die minder dan 24 uur op een afdeling verblijven. Sowieso is het de vraag of men deze richtlijnen moet volgen. Sinds 2018 kiest de Inspectie voor een insteek waarbij ziekenhuizen zelf mogen bepalen hoe zij op kwaliteit en veiligheid sturen, aan de hand van verbeterdoelen. In de praktijk blijken ziekenhuizen die ruimte amper te benutten uit angst voor een negatief oordeel van de Inspectie. Ook zijn dashboards vaak ingericht op basis van indicatoren die aansluiten bij de VMS-richtlijnen. Als een afdeling het anders wil doen, slaan de meters van het dashboard meteen negatief uit.

Wat proberen we met deze regel te regelen?

Risicoscreening is met name bedoeld om tijdig te signaleren dat het de verkeerde kant op gaat met een patiënt en in te grijpen. Met de juiste interventies kunnen ziekenhuizen de kwaliteit van de zorg vergroten. Screening kan vooral bij onzichtbare risico's een aanvulling zijn op de klinische blik en het protocolleren ervan helpt onervaren zorgprofessionals om te leren op welke signalen ze moeten letten. Soms worden screeningsgegevens ook gebruikt bij multidisciplinair overleg over patiënten. De screening blijkt in de praktijk alleen amper iets toe te voegen aan de klinische blik van artsen en verpleegkundigen en de screeningspercentages waarop gestuurd wordt in het dashboard zeggen weinig over de kwaliteit van interventies en het aantal incidenten. Die worden namelijk niet systematisch bijgehouden.

Waar zit de rek?

Als men de rekstrategieën langsloopt lijkt er vooral winst geboekt te kunnen worden als er minder vaak geregistreerd wordt (tijd rekken) en bij minder patiënten (volume verminderen). Medewerkers willen meer vertrouwen op de klinische blik van ervaren zorgprofessionals, die snel doorhebben of een patiënt achteruitgaat (hart verruimen). Door naar de hele keten te kijken (perspectief verbreden) wordt duidelijk dat bepaalde risico's ook door patiënten en mantelzorgers vooraf aangegeven kunnen worden of juist om uitgebreidere risicoscreening vragen die het beste door specialistische verpleegkundigen gedaan kan worden. Verschillende afdelingen worden uitgedaagd om te kijken hoeveel screeningsmomenten ze kunnen schrappen zonder de veiligheid of kwaliteit in gevaar te brengen (Pippi Langkousen).

Hoe ontwarren we de knoop?

Deelnemers aan de ontregelsessies blijken huiverig om daadwerkelijk minder te screenen. Met name omdat de screeningspercentages onderdeel zijn van het dashboard dat niet alleen door de directie als sturingsinstrument gebruikt wordt, maar ook voor andere doeleinden, zoals accreditatie en de onderbouwing van kwaliteit en veiligheid richting de Inspectie. Die overigens helemaal niet kijkt naar de feitelijke screeningspercentages, maar alleen checkt of het ziekenhuis een goed werkend systeem van leren en verbeteren heeft. In twee ziekenhuizen wordt een ontknoopsessie georganiseerd rondom risicoscreening waarbij verpleegkundigen en artsen om de tafel gaan zitten met de dashboard-makers en de afdeling kwaliteit en veiligheid. Met elkaar formuleren ze wat goede zorg is en hoe die het beste zichtbaar gemaakt kan worden in het dashboard. Zo werd bedacht om niet meer volgens landelijke richtlijnen alle patiënten te screenen, maar om per patiënt of afdeling te bepalen of screenen op bepaalde onderdelen zinrijk is. De standaard kan vaker staan op 'niet screenen'. Daarnaast besluit men in een ziekenhuis om geen screeningspercentages meer bij te houden, maar het feitelijke vóórkomen van delier, decubitus en valincidenten. En te analyseren welke interventies daadwerkelijk helpen om deze incidenten te voorkómen. Over de nieuwe werkwijzen wordt verantwoording afgelegd.

Omdat risicoscreening bij alle ziekenhuizen die meededen aan een Ontregelbustraject een issue was, is op 24 september 2021 een landelijke bijeenkomst over het onderwerp georganiseerd. Medewerkers van vier verschillende ziekenhuizen gingen met VWS en de Inspectie in gesprek over hoe meer ruimte gecreëerd kan worden voor alternatieve manieren om kwaliteit en veiligheid te bewaken. Uitkomst van dit gesprek was dat de Inspectie instellingen alle ruimte geeft om zelf te bepalen wat goede zorg is. De IGJ is enthousiast over de ideeën die door de instellingen worden aangedragen en denkt graag met hen mee. Instellingen hebben behoefte om al in de verkennende fase van dit soort alternatieven te kunnen sparren met elkaar en met een onafhankelijk iemand die nog geen oordeel velt erover. VWS gaat kijken of ze ondersteuning kan bieden voor het inzetten van dergelijke sparringpartners of het opzetten van een netwerk van ontregelaars.

9. Ontknopen: maatwerk per instelling

Tijdens de ontrafel- en ontregelsessies komen er allerlei issues langs die om nadere analyse en een integrale aanpak vragen. Soms is dat omdat er meerdere disciplines bij betrokken zijn, of omdat men behoefte heeft aan verdieping van een vraagstuk. Grofweg zijn er drie soorten ontknooptrajecten doorlopen: ontknoopsessies rond specifieke vraagstukken, coaching on the job van projectleiders en aanvullende training van medewerkers in de methodiek van de Ontregelbus.

9.1 Ontknoopsessies

Ontknoopsessies zijn bedoeld om complexe vraagstukken nader te analyseren en aan te pakken. Hier nemen meestal medewerkers van verschillende afdelingen of disciplines aan deel, aangevuld met managers en specialisten die nodig zijn om informatie te geven of knopen door te hakken. Een aantal voorbeelden:

- Bij twee thuiszorgorganisaties is dieper ingezoomd op de kwaliteit van rapportages.
- In twee ziekenhuizen is flink gesneden in de screening van risico's.
- In een ziekenhuis is in overleg met de apotheek gewerkt aan een andere omgang met opiaten.
- Een van de thuiszorgorganisaties heeft het aantal handtekeningen dat patiënten moeten zetten kunnen reduceren van 20 naar enkele.
- De afdeling radiologie van een ziekenhuis is in gesprek gegaan met de spoedeisende hulp en de afdeling acute opnames om de onderlinge verstoringen aan te pakken.
- Een huisartsenpraktijk is aan de slag gegaan met het aanpakken van onnodige verwijzingen naar paramedici en specialisten in de regio.

Al deze thema's zijn als uitgewerkte voorbeelden terug te vinden, verspreid over deze eindrapportage.

Twee onderwerpen bleken op meerdere plekken te spelen: risicoscreening in ziekenhuizen en onnodige verwijzingen in de 1e lijns zorg. In overleg met VWS zijn deze thema's breder opgepakt. Rond het thema risicoscreening is op 28 september 2021 een landelijke bijeenkomst georganiseerd, samen met de IGJ. Hieraan deden vier ziekenhuizen mee (zie ook voorbeeld op pagina 77). De resultaten van deze bijeenkomst worden breder gedeeld met andere ziekenhuizen. Rond het thema verwijzingen is een regionale bijeenkomst georganiseerd op 3 november 2021, waarbij twee huisartsenpraktijken met een regionaal ziekenhuis en de regionale GGD hebben gekeken hoe zij het aantal onderlinge verwijzingen kunnen verminderen (zie ook voorbeeld op pagina 35). VWS was hierbij aanwezig om te zien hoe zij de de-implementatie van regels in de praktijk beter kan faciliteren.

9.2 Coaching van projectleiders

Aan het eind van het traject met de Ontregelbus hebben veel projectleiders behoefte aan verdere ondersteuning bij de implementatie van de verschillende ontregelacties. Bij zorgmedewerkers is er soms sprake van cynisme. Ze hebben al meerdere ontregel- of andere verandertrajecten meegeemaakt en betwijfelen of er nu echt doorgepakt wordt op alle verbeteracties. Het motiveerde ons en de projectleiders extra om te kijken wat er nodig is om verdere stappen te zetten. Niet alleen om de ontregelacties verder te brengen, maar om de ontregelbeweging als geheel gaande te houden en uit te breiden in de organisatie.

Regelen en organiseren kun je zien als synoniemen en ontregelen is dus ook vooral een kwestie van anders organiseren. Binnen zorgorganisaties is er echter vaak gebrek aan organisatiekundige kennis. Operationele zorgmanagers vinden het soms moeilijk om vanuit hun abstracte blik naar de praktijk te kijken. En managers die uit de praktijk komen vinden het soms moeilijk om de grote strategische lijnen te zien. Daarbij is het ook lastig om de regels die je zelf hebt opgesteld kritisch te bezien. De ondersteuning van de Ontregelcoach richt zich in deze fase dan ook vooral op procesmanagement en strategisch leiderschap. Voor het procesmanagement wordt meegekeken hoe de opgehaalde knelpunten en bedachte ontregelacties stap voor stap aangepakt kunnen worden. In behapbare brokken, met een duidelijke planning en mijlpalen, en een heldere rolverdeling. Daarnaast zijn projectleiders gecoacht bij het beleggen van onderdelen op de juiste overlegtafels. Door te kijken wie in de organisatie in welke volgorde erover moeten adviseren of knopen doorhakken. Door te helpen bij het voorbereiden van overtuigende presentaties. En door hen soms een spiegel voor te houden in hoe zij medewerkers beter kunnen meekrijgen. Het leren aanspreken van medewerkers én directie op hun rollen en verantwoordelijkheden was hier een belangrijk onderdeel van.

Over het Ontregelteam (uit de enquête):

"Prettige mensen met kennis van zaken en zeer enthousiasmerend!"

"Goed voorbereid, op maat kijkend wat nodig is en inspeland op de behoefte."

"Fijn en benaderbaar team. Denken mee in mogelijkheden, ondanks de beperkingen die het covid jaar met zich meegebracht heeft."

"Een professioneel team dat snel inspeelt op gewijzigde omstandigheden en oog heeft voor de wensen van de klant."

"Begripvol, inlevend en deskundig."

"Open, laagdrempelig, gezellig, enthousiast, effectief."

"Enthousiaste mensen met veel kennis."

De onafhankelijke, veranderkundige blik van het Ontregelteam bij de sessies werd ook gewaardeerd. Doordat de sessies extern begeleid werden voelde men minder schroom om knelpunten te benoemen. Het Ontregelteam wordt niet van de wijs gebracht door historie en onderlinge verhoudingen en kan knelpunten scherper benoemen en ook oplossingsrichtingen aandragen die eerder taboe waren.

9.3 Training in ontregelen

Alle zorginstellingen die een compleet Ontregelbustraject doorlopen hebben, zijn enthousiast erover en bevelen de methodiek aan. Het werkmateriaal helpt daarbij. Naast de bruikbaarheid, toepasbaarheid en aantrekkelijkheid wordt met name de inhoud van het werkmateriaal gewaardeerd. Aanvullend bleek er behoefte aan terugkoppeling van de ontrafeloogst in een gestructureerde vorm en een sturingsinstrument om vorderingen bij te houden. Die zijn in een later stadium dan ook toegevoegd. Soms miste men praktische ondersteuning bij het verder aanjagen van de verschillende verbeteracties. Dat was echter niet de taak en rol van het Ontregelteam.

Over het werkmateriaal van de Ontregelbus (uit de enquête):

"Leuk werkmateriaal. Zorgt ervoor dat je spelenderwijs en meer beeldend met het onderwerp bezig bent."

"Het werkmateriaal is goed bruikbaar, ook voor andere verandertrajecten."

"Praktisch en compact."

"Makkelijk en snel toepasbaar. Goed leesbaar en snel te hanteren."

"Het materiaal was leuk en leerzaam. Fijn om het een en ander concreet te maken."

Om de methodiek goed in de vingers te krijgen en deze over te brengen naar andere disciplines en mensen in de organisatie, is ervaring ermee opdoen noodzakelijk. Verschillende organisaties hebben ons daarom gevraagd om extra ontregelsessies te doen om de methodiek op meerdere knelpunten toe te leren passen. Ook zijn projectleiders gecoacht bij het zelf organiseren van ontregelsessies. Als follow up van het Ontregelbustraject willen meerdere instellingen eigen medewerkers opleiden als ontregelaars zodat de methodiek zich als een olievlek over de organisatie kan verspreiden.

Over de methodiek van de Ontregelbus (uit de enquête):

"De methode is makkelijk in gebruik en helpt echt met ontregelen."

"Zorgt voor bewustwording, helpend, leuk!"

"Nuttig, verhelderend, aansprekend voor de zorgprofessional."

"Praktisch, enthousiasmerend, geeft stof tot nadenken."

"Effectief, out of the box, versterking van het team."

"Geeft inzicht in de huidige situatie, waardoor je je echt even achter je oren gaat krabben."

"Het boek De regels en de rek vormt een mooie aanvulling op de aanpak van de Ontregelbus."

9.4 Behoeftte aan verdere ontregelhulp

In de enquête die we hebben uitgezet na afloop van de ontregelbustrajecten is gevraagd aan welk type ondersteuning men nog behoefte heeft. De dertien respondenten (uit tien verschillende instellingen) gaven daarbij het volgende aan:

- 54% wil graag contact met andere ontregelaars om ervaringen en oplossingen uit te wisselen.
- 39% heeft behoefte aan een train de trainer programma om zelf ontregelsessies te leren begeleiden.
- 31% vraagt om coaching on the job bij het zelf verder ontregelen.
- 23% wil een training volgen om zelf te leren ontregelen.
- 23% wil graag hulp bij het analyseren van regels en advies over de aanpak ervan.
- 23% wil graag uitvoerende hulp van een ontregelaar die op de werkvloer helpt met ontregelen.
- Daarnaast wordt tijd vanuit de eigen organisatie genoemd, om te besteden aan het ontregelen.

9.5 Reflectie: ontknopen is maatwerk

In de ontknoopfase ging het altijd om maatwerk. Met de projectleider(s) werd gekeken wat zij nodig hadden om verder te komen met ontregelen. De daarvoor beschikbare tijd was altijd beperkt, maar werd zo effectief mogelijk ingezet. Met een uurtje sparren, het leiden van bijeenkomsten, het meelesen van plannen van aanpak en presentaties en zo voorts. Bij veel instellingen zijn de resultaten nog niet helemaal duidelijk, omdat de uitwerking ervan nog niet voltooid is of omdat corona voor vertraging heeft gezorgd. Niet overal konden alle ingeplande sessies gehouden worden en hoewel er veel omgezet is naar online vormen werd de dynamiek van live ontmoetingen node gemist. Tijdens de ontknoopsessies bleek opnieuw hoe belangrijk het is dat de juiste mensen om tafel zitten. Inhoudelijke experts die veel vragen kunnen beantwoorden en mensen met mandaat die stevigheid geven aan de afspraken die gemaakt worden.

Deelnemers geven aan dat ze veel gehad hebben aan de uitwisseling met collega's met een andere functie, uit andere afdelingen of vestigingen en uit andere zorginstellingen. Door de creatieve, laagdrempelige aanpak werd het makkelijk om kennis en ervaring uit te wisselen. Elke sessie werd opgemerkt hoe nuttig het was om te horen hoe anderen het aanpakken. Het maakte het makkelijk om slimme oplossingen van elkaar over te nemen. Zo leerde men van elkaar over knopjes op apparaten die anders ingesteld konden worden, en over rapportages die soms door een andere afdeling helemaal niet werden ingevuld (zonder dat er iemand last van leek te hebben). In de ontknoopfase kreeg men een intensievere kijkje in elkaars keuken wat tot betere samenwerking leidde en meer begrip over en weer. Het inzoomen op wat men over en weer verstaat onder spoed, het ontleden van de functies van rapportages en het doorspreken van de rollen en verantwoordelijkheden rond veiligheid en kwaliteit leidde allemaal tot nieuwe inzichten en daarmee ook concrete handvatten om de kwaliteit van zorg te verhogen.

Waar men normaal vanuit concurrentieoogpunt huiverig is om voorbeelden te delen van stroperigheid binnen de eigen organisatie, namen instellingen nu elkaars regeloverzichten en invulformats over. Men leerde anders naar dezelfde vraagstukken kijken en ontdekte dat er vele wegen naar Rome leiden. Voor het Ontregelteam waren deze uitwisselingen ook enorm leuk en interessant om te volgen en veel voorbeelden en oplossingsrichtingen hebben inmiddels hun weg gevonden naar het boek *De regels en de rek* van Boukje Keijzer dat in mei 2021 uitkwam.

Ontregeltips

- Zet de juiste mensen om de tafel. Mensen met verstand van zaken en mandaat om vaagheden om te zetten in concrete afspraken.
- Start elke sessie met het terughalen van wat eerder is gezegd. Dat doet recht aan de inspanningen van deelnemers.
- Vertel wat er allemaal al bereikt is! Dat geeft energie en motiveert om de volgende stappen te zetten.
- Zorg voor een goede analyse van de knoop (onderbouwd met feiten en cijfers)
- Loop opnieuw de rekstrategieën en beren langs, zodat alle mogelijkheden en bezwaren meegenomen kunnen worden.
- Maak concrete afspraken over acties, taakverdeling en planning.
- -Zorg voor goede terugkoppeling aan deelnemers van alle sessies.

[ontregelvoorbeeld]

Rammelende rapportages

In de thuiszorg, met steeds wisselende medewerkers die zich over een cliënt buigen, is een goede overdracht essentieel. In de praktijk laat die nogal eens te wensen over. Bij een aantal thuiszorgorganisaties die de Ontregelbus bezocht voldoet een groot deel van de rapportages niet aan de eisen. Er is sprake van een gebrek aan helderheid, volledigheid, professionaliteit, en er wordt onvoldoende op doelen gerapporteerd. Deels komt dit doordat er tijdens een dienst weinig tijd is om de rapportage te maken of doordat dit niet via een app kan. Daardoor zit er veel tijd tussen het bezoek aan de cliënt en de rapportage en dan is men al veel details vergeten. Deels komt het ook omdat de doelen te abstract en groot zijn geformuleerd, zodat voor medewerkers niet helemaal duidelijk is welke handelingen bijdragen aan welk doel. Daarnaast blijkt dat men op de ene vestiging rapporteert in het ECD en op de andere vestiging in het Omaha zorgplan. En is er discussie of niet-medische zorg ook gerapporteerd moet worden, omdat dit onder een ander regelregime valt (Wet Langdurige Zorg in plaats van Wet Maatschappelijke Ondersteuning).

Wijkverpleegkundigen zijn een aanzienlijk deel van hun tijd kwijt met nabellen, en het (laten) corrigeren van rapportages. Het komt bijvoorbeeld veel voor dat bijzonderheden niet worden gerapporteerd, maar dat er wordt volstaan met het zetten van de initialen door de zorgmedewerkers als teken dat er geen afwijkingen/bijzonderheden zijn t.o.v. het zorgplan. Het komt echter zo vaak voor, dat wordt getwijfeld of dit altijd klopt. Wijkverpleegkundigen staan vervolgens tegenover huisartsen voor schut als die vragen om informatie over een cliënt, en ze zien dat de rapportage over die cliënt geheel ontbreekt of heel summier is. Al met al ervaart men de slechte rapportages als onveilig, onhandig, onprofessioneel en oneerlijk ("slechte rapporteurs komen er mee weg").

Waar staat dat?

Het is een landelijke verplichting vanuit de branche om informatie over de behandeling van een patiënt op te nemen in een zorgplan of ECD. De specifieke manier waarop dat gebeurt (hoe vaak, op welke doelen, in welk systeem) verschilt per organisatie. De wijkverpleegkundigen zijn zorginhoudelijk verantwoordelijk en daarmee ook verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorgplannen. Wanneer een medewerker zich, op welke manier dan ook, niet aan de afspraken houdt, heeft dit echter meestal geen consequenties. Ze worden er niet echt op aangesproken. Er zijn trainingen geweest over objectief rapporteren, maar er wordt niet overal gestuurd op het inzetten van het geleerde in de praktijk. Slechte rapportages kunnen wel tot een rode kaart van de IGJ leiden. Of tot het opschorten van de bekostiging als er handelingen zijn verricht die niet vergoed worden.

Waar zit de rek?

Bij het zoeken naar de rek ziet men een aantal nieuwe mogelijkheden. De afspraak om te rapporteren voordat de avonddienst begint wordt hernieuwd (liefst ter plekke bij de cliënt zelf) en er wordt een dag overzicht geïntroduceerd waarin men veelvoorkomende activiteiten kan afvinken (tijd rekken). Men besluit om meer tijd en energie te steken in het communiceren over wat er gerapporteerd moet worden en waarom, en hoe dit moet. Niet alleen bij ervaren medewerkers, maar ook bij het inwerken van nieuwe collega's en zzp-ers. Zodat men minder tijd kwijt is aan het nabellen en op orde brengen

van rapportages (volume verminderen). Er wordt meer duidelijkheid gecreëerd over wie verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de rapportages en wie medewerkers erop aanspreekt als daar iets aan mankeert (perspectief verbreden). Niet iedereen in het team is even digi-vaardig. Daarom wordt extra aandacht besteed aan collega's die hier moeite mee hebben. Bijvoorbeeld met kleine filmpjes die laten zien hoe en waar je in het ECD rapporteert (hart verruimen). Ook wordt er gepleit voor het directer aanspreken van collega's op de kwaliteit van hun rapportages, via steekproeven en een lik-op-stuk beleid. De kennis van wat en hoe je moet rapporteren kan getoetst worden met een vrolijke teamquiz en er kan een bokaal uitgereikt worden aan de beste rapporteur (Pippi Langkousen).

De belangrijkste beren op de weg die men ziet bij deze oplossingsrichtingen, zitten in de veiligheid die men binnen teams voelt om elkaar te bevragen en aan te spreken. Teamleden gaan met elkaar om als vrienden en vinden het ingewikkeld om elkaar op het professionele functioneren aan te spreken. Iets wat we vaker in de zorg tegenkomen. De belangrijkste drijfveren voor zorgprofessionals zijn harmonie, anderen helpen en goede zorg verlenen. Sturen, lastige gesprekken voeren en conflict-situaties passen niet bij deze drijfveren. De beren 'angst voor contact' en 'draagvlak' worden dan ook het meest genoemd. Ook de beer van 'onbekendheid' (medewerkers weten niet wat de gevolgen zijn van slechte rapportages) nemen we onder de loep tijdens de ontknopssessie.

Hoe ontwarren we de knoop?

Tijdens de ontknopssessie is dieper ingezoomd op de functies van rapportages voor verschillende gebruikers ervan. Want wat voor de één relevante informatie is, hoeft dat voor de ander niet te zijn. Zo blijkt het voor zorgmedewerkers vooral belangrijk te zijn om te weten of er bijzonderheden zijn waar ze op moeten letten als ze een patiënt overnemen van iemand en of collega's follow up hebben gegeven aan eerdere aandachtspunten. Wijkverpleegkundigen kijken vooral naar de kwaliteit van de zorg en letten daarom op afwijkingen van het zorgplan en doelen die zijn geformuleerd. Cliënten en mantelzorgers vinden het fijn om inzicht te hebben in de behandeling, zodat ze samen kunnen werken met zorgmedewerkers. Ze letten ook op of er neutraal en respectvol geformuleerd wordt. Voor een medewerker is dit soms een drempel om te rapporteren. Het voelt bijvoorbeeld niet veilig om te rapporteren dat een cliënt seksueel ontremd gedrag vertoont, als die cliënt en de mantelzorgers kunnen meelesen. Beveiligd rapporteren is mogelijk, maar wordt nauwelijks gedaan. De rapportages worden ook bekeken door externe auditors, coördinatoren van huishouding en zorg en verpleging, zorgverzekeraars (alleen op verzoek en met toestemming van de cliënt), en management (ivm MIC meldingen, en het in behandeling nemen van klachten). Dit zijn echter secundaire doelgroepen, waarvoor geen specifieke informatie in de rapportages wordt opgenomen.

De grootste winst wordt volgens de deelnemers bereikt als iedereen zich meer bewust is van de noodzaak van goede rapportages. Het helpt daarom dat nu duidelijker is geworden wat de functie van het rapporteren is voor verschillende gebruikers. Alle medewerkers zijn of worden geschoold in hoe ze moeten rapporteren. Bij het inwerken van nieuwe collega's, met name de zzp-ers, zal hier extra aandacht aan besteed worden. Maar het belangrijkste is dat medewerkers op individueel niveau feedback krijgen over de kwaliteit van hun rapportages. In de vorm van (geanonimiseerde) casus-besprekingen en individuele coaching. En doordat men elkaar aanspreekt op onduidelijke en onvolledige rapportages. Dit is men niet gewend en deelnemers vinden dit ook erg spannend. Tegelijkertijd heeft het ontregeltraject duidelijk gemaakt dat het noodzakelijk is. Door het expliciet te bespreken is er nu een goede voedingsbodem gelegd om dit met elkaar op te pakken en bespreekbaar te maken.

10. Conclusies en aanbevelingen

Hoofddoel van de Ontregelbus was het creëren van een lokale ontregelbeweging binnen zorginstellingen voor meer plezier en ruimte op de werkvloer. Dat begint bij een goed gesprek over nut en noodzaak van regels en de beste manier om te regelen wat de organisatie belangrijk vindt. De focus lag daarbij op regels en werkwijzen waar de instellingen zelf invloed op heeft. Medewerkers op de werkvloer werden uitgedaagd om niet alleen aan te dragen waar ze tegenaan lopen, maar kregen ook allerlei instrumenten aangereikt om hier zelf wat aan te doen. Stap voor stap zijn werkwijzen ontrafeld en ontregeld, waarbij concrete resultaten werden geboekt.

Eindpunt bereikt

Uit de enquête die we onder de deelnemende instellingen uitgezet blijkt dat het Ontregelbustraject veel heeft opgeleverd, met name voor de instellingen die het gehele ontregeltraject hebben doorlopen (zie toelichting op deze bescheiden enquête op pagina 9):

- 85% van die respondenten geeft aan dat het traject hen meer tijd heeft opgeleverd.
- 91% zegt dat het traject heeft geleid tot een effectievere uitvoering van regels en het oplossen van concrete knelpunten.
- De deelnemers die niet volmondig konden bevestigen dat het traject tot meer tijd en oplossingen had geleid, refereerden daarbij aan vertragingen die door corona zijn ontstaan, waardoor men nog niet is toegekomen aan de implementatie van de verschillende ontregelacties.
- Alle respondenten (100%) geven aan dat ze
 - meer kennis over regels hebben opgedaan en een beter besef van de bedoeling van regels.
 - kritischer zijn geworden op waarom ze doen wat ze doen.
 - meer rekmogelijkheden zien, meer invloed op regels ervaren en meer werkplezier.
 - meer begrip voor collega's hebben gekregen en dat de samenwerking in de organisatie is verbeterd.
- Alle deelnemers zouden de aanpak van de Ontregelbus aanbevelen aan andere instellingen.

Op basis hiervan en de enthousiaste reacties die het Ontregelteam optekende tijdens de bijeenkomsten, kan geconcludeerd worden dat de aanpak van de Ontregelbus inderdaad leidt tot het voeren van het goede gesprek. En daarmee tot meer plezier en ruimte op de werkvloer. De beproefde ontregelmethodiek die gebruikt wordt, helpt instellingen om stap voor stap concrete stappen te zetten. De insteek om daarbij maatwerk te leveren, aansluitend op de vraagstukken en eerdere ontregelervaringen van elk specifieke instelling werkt goed. Zo zijn vrijwel overal lokale ontregelbewegingen ontstaan.

Quick wins en wezenlijke ontregeling

In deze eindrapportage zijn tientallen voorbeelden te vinden van hoe men de rek in de regels heeft weten te vinden. Van kleine quick wins tot structurele aanpassingen van werkprocessen en alternatieve manieren om belangrijke dingen te regelen. Deelnemers krijgen energie van de bijeenkomsten en zin om verder te gaan met ontregelen. De snelle resultaten die men zelf boekt geven een gevoel van empowerment. En levert op de meeste plekken flinke tijdswinst op. Tijd die men aan patiënten kan besteden en aan het verder ontregelen van de organisatie.

Naast de vele quick wins die het traject opleverde is het op veel plekken ook gelukt om wezenlijke veranderingen teweeg te brengen. Deelnemers geven aan dat het traject voor een andere mindset heeft gezorgd. Ze stellen zichzelf vaker vragen als 'Waarom houden we dit bij?', 'Wie doet er iets met deze informatie?' en 'Moet dit echt of denken we alleen dat het zo moet?'. Het maakt hen ook bewust van hun eigen handelen. Zo geven deelnemers aan dat ze minder vaak de telefoon pakken om na te bellen of een collega wel bezig is met hun verzoek. Er is meer vertrouwen dat iedereen zijn of haar werk naar beste eer en geweten uitvoert. Er is ook meer begrip over en weer ontstaan van wat het werk van de ander inhoudt en wat variabelen zijn die hun werk makkelijker of moeilijker maken. En dat heeft overal geleid tot betere rapportages, duidelijkere uitvoeringsverzoeken, minder verstoringen en minder overbodige registraties. De methodiek werkt daarbij stimulerend om zelf verantwoordelijkheid te nemen voor het ontregelen. Of zoals een van de deelnemers opmerkte: "Collega's gingen zelf aan de slag. Voor jullie niet onverwachts, voor ons wel!" De meeste zorginstellingen hebben na het Ontregelbustraject de smaak te pakken en willen de ontregelbeweging in hun organisatie verder brengen. Verspreid over de eindrapportage delen we hiervoor allerlei tips.

Voorwaarden voor succes

Uiteraard draaide de motor van de Ontregelbus niet overal als een zonnetje. Soms kwam de bus niet eens de garage uit, omdat men besloot om toch niet in te stappen. In andere gevallen bleek er flink wat duw- en trekwerk nodig om de ontregelbeweging op te starten of gaande te houden. Daarom lichten we er drie voorwaarden voor succes uit, omdat zonder deze drie nooit echt een ontregelbeweging van de grond kan komen.

- **Bestuurlijk commitment.** Betrokkenheid vanuit de directie of het bestuur en de bereidheid om écht wat met de oogst te doen zijn essentieel om resultaten te boeken die echt zoden aan de dijk zetten. Dat vraagt om een nieuwsgierige houding vanuit de directie over waar de regeldruk precies zit en de bereidheid om medewerkers de ruimte te geven (tijd, budget en aanmoediging) om daar iets aan te doen. Daar waar deze ontbrak konden de belangrijkste knelpunten niet met kracht aangepakt worden, waardoor de impact van het traject beperkt bleef.
- **Betrokkenheid van VWS.** De crux van de Ontregelbus zit hem erin dat het instellingen leert om zelf de eigen regeldruk aan te pakken. Tegelijkertijd blijkt dat de betrokkenheid van VWS daarbij essentieel is. In ziekenhuizen is vaak wel budget en menskracht beschikbaar om te ontregelen, maar in verpleeghuizen, thuiszorgorganisaties of een huisartsenpraktijk zijn die mensen en middelen niet zomaar beschikbaar. Het hielp daar enorm dat VWS de Ontregelbus cadeau deed. Daarnaast fungeerde de betrokkenheid van VWS als een vliegwiel, dat de interne bereidheid om aan het ontregeltraject mee te werken en de impact ervan versterkte. Men wil het momentum met VWS graag benutten om verder te komen. De directere ingang richting het ministerie wordt belangrijk gevonden. Nieuwe ideeën kunnen meteen gecheckt worden en krijgen daarmee een soort goedkeuring van hogerhand. Veel oplossingsrichtingen, die men zelf bedenkt en implementeert, had men zonder die betrokkenheid van VWS niet verder durven verkennen.
- **Trekkers met power.** Als buitenboordmotor kunnen we helpen met ontrafelen en inspireren met rekvoorbeelden, maar de veranderkracht moet van binnenuit gevoed worden. En dat vraagt om stevige projectleiders met het vermogen en mandaat om knelpunten te adresseren, verbindingen te leggen en oplossingen te implementeren. Dergelijke projectleiders zijn niet overal aanwezig, simpelweg omdat in de zorg de focus vooral ligt op het verlenen van zorg en minder op het aansturen van projecten. De coaching van het Ontregelteam richtte zich dan ook vooral op het ondersteunen van trekkers bij het inrichten van het proces, het inzichtelijk maken van de voortgang en het strategisch verbinden van leidinggevenden aan de ontregelbeweging. Ondersteuning die ons inziens nodig zal blijven om de sector te helpen bij het ontregelen. Naast expertise op het gebied van regels en rek.

Uiteindelijk heeft de Ontregelbus slechts 19 instellingen op weg kunnen helpen. Dat is natuurlijk slechts een druppel op een gloeiende plaat als je naar het complete zorglandschap kijkt. We kunnen op basis van de resultaten met deze 19 wel concluderen dat de gekozen aanpak werkt. Maar pas als we over de volle breedte van de zorg tempo kunnen maken met ontregelen, zal dat zoden aan de dijk zetten. Dat betekent dat er bij een eventueel vervolg ingezet moet worden op massa, zodat zoveel mogelijk instellingen een eigen ontregelbeweging starten.

Aanbevelingen

Naast de tips voor zorginstellingen hebben we enkele aanbevelingen opgesteld voor VWS, de IGJ en brancheorganisaties die zorginstellingen willen faciliteren bij het ontregelen van de zorg.

Zorg voor een samenhangend Ontregel de zorg programma

- Ontwikkel een multidisciplinair beleids- en actieprogramma waaraan ook IGJ, zorgverzekeraars en brancheorganisaties zich committeren. En waaraan private partijen ook een bijdrage kunnen leveren (zoals ICT partners en zorginstellingen zelf).
- Zorg voor samenhang tussen de verschillende in te zetten instrumenten, door duidelijk aan te geven hoe elk instrument bijdraagt aan de doelen.
- Stel duidelijke doelen voor verschillende stakeholders. Vanuit een reëel besef van wie waar invloed op heeft.
- Zorg voor afstemming tussen de partijen die met de verschillende programmaonderdelen bezig zijn, zodat over en weer inzichten benut kunnen worden en gedeeld met deelnemers aan andere programmaonderdelen.
- Creëer een regiegroep/stuurgroep die daadwerkelijk stuurt. Met partijen die aangesproken kunnen worden op hun rol en bijdrage aan het ontregelen van de zorg.
- Voorkom initiatieven spaghetti. Presenteer initiatieven en experimenten in samenhang tot elkaar en tot de beoogde doelen.
- Voeg een testfase in om instrumenten te optimaliseren. Wees kritisch op jezelf en investeer in instrumenten die wezenlijke impact kunnen hebben.
- Benut de lessen die we in coronatijd geleerd hebben. Over welke regels essentieel zijn en welke niet, over hoe snel je regels kunt opstellen, aanpassen en afschaffen, over hoe je communiceert over (nieuwe) regels et cetera.

Faciliteer zorginstellingen bij het zelf ontregelen

- Ontregelen is een vak. Leer instellingen om zelf te ontregelen. Biedt hiervoor trainingen aan.
- Zorg dat instellingen zelf aanvullende expertise in kunnen schakelen op het gebied van ontregelen. Of praktische hulp, zoals het inhuren van handjes voor de uitvoering van ontregelacties.
- Faciliteer de start en groei van een netwerk van ontregelaars. Koppel hier intervisie aan, en deel de geleerde lessen.
- Zorg dat terugkerende lokale issues landelijk opgepakt worden. En dat hierover teruggekoppeld wordt naar lokale ontregelaars.
- Maak maatwerk mogelijk. Elke instelling heeft een andere uitgangspositie en daarmee andere behoeften aan ondersteuning.

- Ondersteun instellingen financieel bij het ontregelen, zodat ze menskracht ervoor vrij kunnen spelen of expertise en ondersteuning in kunnen huren. Differentieer hierbij eventueel tussen sectoren en instellingen. In ziekenhuizen en andere grotere instellingen is vaak meer capaciteit en budget beschikbaar voor ontregelen. In andere sectoren kan een ontregelbudget net het verschil maken om ermee te starten.
- Zorg dat de faciliteiten substantieel zijn. Zowel in omvang (budgetten) als in de duur van de ondersteuning.
- Reduceer onzekerheid over of een andere aanpak mag. Zorg dat mensen van de werkvloer alternatieve manieren van regelen kunnen voorleggen aan VWS of IGJ. Bijvoorbeeld in de vorm van een vraagbaak, een 'mag dit?' rubriek of een andere laagdrempelige vorm van contact met VWS.

Maak minder regels

- Voorkom dat we blijven dweilen met de kraan open. Zorg dat er minder nieuwe regels bij komen en dat de regels die opgesteld worden zo min mogelijk regeldruk veroorzaken. Verbindt hier een eenvoudige praktijktoets en een quotum aan.
- Sta vaker stil bij wat een regel beoogt te regelen en wat de minst invasieve manier is om dat te doen. Dat hoeft niet altijd met regels.
- Laat regels zo veel mogelijk opstellen door de mensen die er dagelijks mee moeten werken. Zij kunnen het best aangeven hoe de bedoeling van de regel in de praktijk bereikt kan worden. Het zorgt ook dat de regels uitvoerbaar zijn. En vergroot de kans dat men zich eraan houdt.
- Toets de kwaliteit van regels aan de hand van concrete casuïstiek voordat je ze in werking stelt. Dan weet je of ze regelen wat ze beogen te regelen.
- Blijf in gesprek over nut, noodzaak en werkbaarheid van regels en stel ze regelmatig bij.
- In het boek *De regels en de rek* is een apart hoofdstuk te vinden met regels voor het opstellen van regels.

Blijf in beweging

- Soms is er behoefte aan versnelling of juist vertraging. Bouw opschaal- en afschaalmogelijkheden in om momentum te kunnen benutten en crisissen te kunnen pareren.
- Zorg voor instrumenten die in kunnen spelen op nieuwe ontwikkelingen.
- Las regelmatig evaluatie en bijstuurmomenten in.

Spread the word!

- Draag zorg voor goede communicatie om successen te vieren en ervaringen te delen.
- Maak het persoonlijk. Nodig partijen en zorginstellingen persoonlijk uit om deel te nemen.
- Wees proactief. Communiceren is meer dan 'het staat op de website'. Breng informatie actief naar de mensen die er wat aan kunnen hebben.
- Leef je in in wat zorginstellingen nodig hebben en zorg voor sectorgerichte communicatie via branchegerelateerde communicatieplatforms.
- Laat deelnemers aan ontregeltrajecten zoveel mogelijk zelf formuleren wat ze doen en wat het oplevert.
- Zorg voor duidelijke informatie over regels. Leg uit wat ze beogen te regelen. En maak daarbij onderscheid tussen wat moet (van wie?) en wat mag (richtlijnen, adviezen, tips). Dit geldt voor informatie vanuit VWS en IGJ naar de sector, maar ook binnen sectoren.
- Besteed aandacht aan de samenhang tussen initiatieven en instrumenten.
- Maak ontregelen leuk! Niet alleen omdat de kans dan groter is dat men het blijft doen, maar ook als noodzakelijke tegenhanger voor de grijsheid van bureaucratie.



Bijlage 1: Het Ontregelteam

Voor de Ontregelbus heeft het ministerie van VWS gekozen voor een samenwerking met DSP/Baas & co: een netwerk van ervaren en betrokken adviseurs die hun sporen hebben verdiend in strategie, innovatie en governance vraagstukken met de daarbij behorende veranderkundige opgaven in zowel de (semi)publieke/not for profit sector als het bedrijfsleven. Per zorgsector is een ontregelduo gevormd dat daar het beste bij past qua kennis en ervaring. De meeste sessies zijn geleid door Petra Pelkman, Angelique Tukker en Boukje Keijzer, met ondersteuning van met name Maud Jonkhout en Roos Stuart. Daarbij is bewust gekozen voor duo's per sector, om opgedane kennis in bijvoorbeeld het ene ziekenhuis te kunnen delen met andere ziekenhuizen. Maaïke Zwijnenbrug verzorgde de administratieve kant en Michel Baas zorgde voor het toepassen van lessen uit andere verandertrajecten.

De aanpak van de Ontregelbus is gebaseerd op de methodiek *De regels en de rek*, die is ontwikkeld door Boukje Keijzer (zie www.deregelsenderek.nl). Speciaal voor de Ontregelbus is de methodiek aangepast en verrijkt om zo nauw mogelijk aan te sluiten bij de actualiteit en realiteit van de zorg. De ervaringen van de Ontregelbus zijn meegenomen in het recent verschenen boek *De regels en de rek* (mei 2021, Boom uitgeverij Amsterdam).

De insteek van de Ontregelbus is het creëren van een lokale ontregelbeweging, zodat men zelf met de eigen regels aan de gang kan gaan. Dat vraagt niet alleen om kennis van de zorg en van de regels die daar relevant zijn, maar ook om een veranderkundig perspectief. Al het materiaal dat gebruikt is in de sessies, is overgedragen aan de instellingen waar de Ontregelbus mee gewerkt heeft, zodat zij er zelf verder mee kunnen werken. Een deel van het werkmateriaal is ook te vinden op www.ordz.nl.

"Ik ben positief verrast. Je leert echt op een andere manier naar je werk en je organisatie te kijken."

"Een mooie tool om ook in andere werkgroepen te gebruiken."

*"Op een positieve manier methodisch aan verbeteringen werken.
Het werkt en is nog leuk ook!"*

Colofon

De inzet van de Ontregelbus is een initiatief van het programma [Ont]Regel de Zorg van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Binnen dat programma lopen allerlei acties om de regeldruk in de zorg terug te dringen. Een deel van die acties richt zich op het aanpakken van landelijke regels of stelselregels, samen met bijvoorbeeld brancheorganisaties en zorgverzekeraars. In aanvulling daarop richt de Ontregelbus zich met name op de regels waar instellingen zelf invloed op hebben.

Teksten: Boukje Keijzer, Ontregelbus, 7Zebra's
Vormgeving: Dirk Jan Pino
Illustraties en foto's: Ontregelteam



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport