

Versterking veiligheidscultuur door multidisciplinaire teamtraining

D. de Korne, U. Hiddema, F. Bleeker en C. van Dyck

Opereren is en blijft mensenwerk. Het is dan ook niet verwonderlijk dat het onlangs verschenen rapport *Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen* aantoont dat de hoofdoorzaken van deze schade vooral gezocht moeten worden in menselijke factoren.¹ Volgens de in het onderzoek ondervraagde artsen spelen bij 56% van de gebeurtenissen met onbedoelde schade fouten gerelateerd aan kennis, gedragsregels of vaardigheden (mede) een rol. Dit in tegenstelling tot technische en organisatorische factoren (4% respectievelijk 14%) of overtredingen (15%). Deze constatering sluiten aan bij bevindingen in eerder onderzoek.^{2,3,4} De invloed van menselijke factoren bij onbedoelde schade hangt nauw samen met de veiligheidscultuur op de operatiekamers, de afdelingen en het hele ziekenhuis. Van belang is dat onderscheid wordt gemaakt tussen fout en gevolg. Niet het feit *dat* er fouten optreden vormt de grootste bedreiging van veiligheid, maar vooral de manier *waarop* met fouten en onveilige situaties wordt omgegaan.^{9,18} Door adequaat beleid, een ondersteunende organisatiecultuur en leiderschap kan een deel van de te verwachten fouten voorkomen worden en bij ontstane fouten de schade worden beperkt.

Menselijke factoren en teamtraining

De herdenking van de vliegramp op Tenerife van dertig jaar geleden, maakte duidelijk wat de luchtvaart de afgelopen decennia geleerd heeft op het gebied van (on)veiligheid. Hiërarchie en leiderschap in de cockpit, (h)erkennen van persoonlijke grenzen en bewustwording van en reflectie op eigen functioneren. Deze aspecten spelen op vergelijkbare wijze in de gezondheidszorg. Verschillende studies in Amerika en Schotland laten zien dat de CRM training (*Crew Resource Management*) die luchtvaartpersoneel ontvangt, ook toepasbaar is in de gezondheidszorg.⁵⁻¹¹

Wereldwijd worden piloten jaarlijks in samenwerking getraind via CRM-training. Aan de hand van casuïstiek en *flightsimulatorsessies* wordt ingegaan op teamwork en de rol van menselijk gedrag bij veilig werken. In samenwerking met veiligheidsadviseurs uit de luchtvaart is deze training voor piloten omgebouwd naar 'Team Resource Management' (TRM) sessies voor oogartsen, anesthesiologen, arts-assistenten en operatieverpleegkundigen. Hoewel TRM expliciet bedoeld is om de *non-technical skills* en interactie tussen teamleden te verhogen, beschrijven internationale ervaringen met name het single disciplinair trainen van functiegroepen. Zo is in Schotland veel ervaring met het trainen van chirurgen.¹¹ Edmondson pleit op basis van observaties van OK teams voor een teamgerichte benadering.⁹ Deze aanpak sluit onder andere aan bij recent beschreven ervaringen met medische teamtraining in ziekenhuizen van de Amerikaanse *Veterans Administration*.²¹

Helaas is het in geen enkel voorbeeld mogelijk fouten volledig uit te bannen. Het zijn echter niet de fouten, maar de aversieve gevolgen die het grootste probleem vormen. En juist die gevolgen kunnen vaak wel heel goed worden ingeperkt.⁴ Zo is al eerder in medische settings aangetoond dat

het aantal gemelde fouten positief samenhangt met tijdige detectie, correctie en lange termijn leren.^{18,23} Hiervoor is wel nodig dat een teamklimaat wordt gecreëerd waarbij teamleden zich bewust zijn van (potentieel) onveilige situaties, dat daarover open gecommuniceerd kan worden en het team als geheel handelt vanuit een daadkrachtige, maar tegelijkertijd *blame-free* houding. Voor al deze punten is aandacht in de TRM sessies.

TRM-training vervolg op eerdere ontwikkelingen

De training vormt een vervolgstap op de vijf jaar geleden ingevoerde time-out procedure, een briefingmoment met het hele OK-team om onder andere links-rechtsverwisselingen te voorkomen.^{16,17} Door invoering van een gezamenlijk en gestandaardiseerd briefingmoment vlak voor de ingreep, worden eventuele fout-op-fout situaties opgespoord en wordt de juiste ingreep bij de juiste patiënt aan de juiste zijde uitgevoerd en zijn de juiste materialen aanwezig. Het aantal links-rechtsverwisselingen in Het Oogziekenhuis is door invoering van de procedure tot nul gereduceerd. Naast deze heldere structuur blijken terugkerende prikkels en enthousiaste zorgprofessionals van groot belang te zijn voor een daadwerkelijke veiligheids- en verbetercultuur. De centrale vraag in de pilot in het Oogziekenhuis Rotterdam was de toepasbaarheid en werkzaamheid van CRM-training voor operatieteams in de cataractstraat. In de pilot is expliciet gekozen voor het trainen van een multidisciplinaire groep. Op deze manier kan het gesprek tussen de verschillende functies al in de trainingssessie op gang komen en zijn de *quick wins* sneller zichtbaar.

Pilot multidisciplinaire TRM-training

Voorafgaand werd onder begeleiding van de faculteit Psychologie van de VU Amsterdam een ziekenhuisbrede nulmeting van de veiligheidscultuur uitgevoerd. Vervolgens werden in vier sessies van drie uur (16.30 -19.30 uur, iedere

maand) groepen met 10-15 deelnemers uit alle betrokken functiegroepen getraind in het verkrijgen van gezamenlijk waarnemen van factoren en parameters in de omgeving, relevant voor het welzijn van de patiënt op dat moment (*situational awareness*), het geven van open en gerichte feedback en het inzicht krijgen in menselijke factoren. De sessies kennen een opbouw vanuit de context van de organisatie, via het team naar het individu.

De eerste sessie heeft nog een grotendeels "het gaat niet over mij" karakter. Met andere woorden, het gedrag van het individu, de aan de training deelnemende professional, blijft nog redelijk buiten beschouwing. Hij of zij hoeft dus *nog* geen kleur te bekennen en dat is wel zo "veilig". Eerst wordt de context waarin patiëntveiligheid zich afspeelt nog eens helder gemaakt. Er wordt een begin gemaakt met de consequentie en benodigdheden om te kunnen werken in teams via het begrip *situational awareness*. De groep krijgt een opdracht mee, die voor de volgende keer uitgewerkt dient te worden.

De volgende sessie kent een transitie van het niveau van de organisatie naar het team. Het gedrag van het team wordt uitgebreid bekeken in relatie tot patiëntveiligheid. De CRM kernbegrippen *situational awareness* en besluitvorming worden uitgewerkt en in de context van teamwork in patiëntveiligheid geplaatst. Het speelveld van acceptabele en onacceptabele risico's en tijdelijke respectievelijk blijvende schade waarvoor het team verantwoordelijk is wordt verkend. De koppeling naar de zelfstandige opdracht van de vorige sessie wordt gemaakt op het niveau van het team. Tot slot wordt de eerste stap gezet naar het gedrag van de individuele professional in relatie tot patiëntveiligheid.

De transitie van team naar individu staat tijdens de derde sessie op het programma. Karaktereigenschappen, functioneel en niet-functioneel gedrag in relatie tot patiëntveiligheid worden hier onderzocht. Het gaat hier nu echt over de professional zelf. Men kan zich dus niet meer verschuilen achter de groep. Uiteindelijk zijn de individuen in staat kritisch bij zichzelf te rade te gaan. Ze zijn bereid zich kwetsbaar op te stellen en hun eigen ervaringen (*human error*) te delen vanuit een gevoel van kracht in plaats van zwakte. Aan het eind van de derde sessie heeft de professional begrepen dat *To err is human* het uitgangspunt van veiligheidsmanagement is. (Oog)artsen, anesthesiologen en operatiemedewerkers beseffen dat fouten niet volledig uitroeibaar zijn.² Dit besef leidt tot een zekere acceptatie van fouten. Acceptatie van fouten is, indien gecombineerd met daadkracht, positief: hierdoor ontstaat meer openheid en wordt de kans verhoogd dat fouten op tijd worden ontdekt en hersteld.²⁴

De slotsessie van de TRM-training vindt plaats op het terrein van de *European Pilot Selection and Training* (EPST) te Utrecht. De deelnemers passen het geleerde toe in een omgeving waar ze niet kunnen terugvallen op hun professionele technische vaardigheden: de simulator van een Boeing 737 en een Airbus 320. Bovendien wordt de *flight simulator* ingezet als motivatiemiddel om artsen te 'verleiden' deel te nemen aan de training. Hoewel het veilig aan de grond brengen van een vliegtuig voor een oogarts zonder pilotenopleiding geen sinecure is blijken opgedane ervaringen als goed zicht krijgen op de situatie, gebruik maken van kennis in het team en bewustzijn van eigen beperkingen, goed van pas te komen bij de landing. Bij de keus voor de slotsessie speelt de aard van de locatie een belangrijke rol. Ervaringen die worden opgedaan in een andere en inspirerende omgeving worden gemakkelijker tijdens het dagelijkse werk besproken. Offringa c.s. gaven immers onlangs terecht aan dat betrokkenheid van klinici van groot belang is voor het werkelijk veil-

liger maken van de zorg.¹⁹ Gevolg van de sessie in de *flight simulator* is dat deelnemers hun enthousiasme (en foto's) met de collega's op de OK delen en dat daarmee het gesprek over veiligheid en de *awareness* verhoogd wordt.

Eerste ervaringen

De pilot met TRM-trainingssessies heeft laten zien dat goede ervaringen uit de luchtvaart leerzaam zijn, maar niet zonder meer kunnen worden toegepast in de gezondheidszorg. De organisatie van en verantwoordelijkheden voor kwaliteit en veiligheid zijn in de zorg anders dan in het bedrijfsleven.²⁰ Dat blijkt maar al te zeer bij het opzetten van dergelijke trainingsbijeenkomsten. Wie betaalt de trainingssessies? De maatschap of het ziekenhuis? Krijgen specialisten een dagdeelvergoeding voor het volgen van de bijeenkomsten of doen ze het in eigen tijd? Voor piloten is het helder: zij zijn verplicht de training jaarlijks te volgen en worden vrij gepland. Op dit moment is het in de zorg niet helder waar de verantwoordelijkheid van de medische professie ophoudt en overgaat in die van de directie. In de pilot heeft het ziekenhuis de kosten gedragen en is de training 'aangeboden' aan de medische staf. In figuur 1 wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste leerpunten.

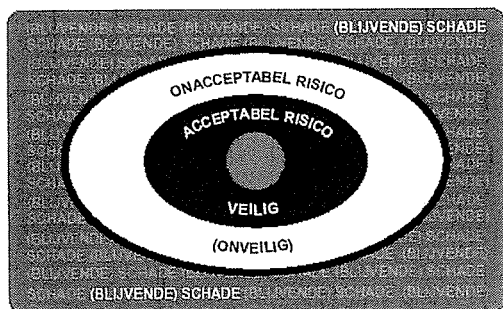
1. **Kies enthousiasmerende voorbeelden.** De luchtvaart vormt voor professionals een inspirerende voorbeeldbranche die veel meer aanspreekt dan bijvoorbeeld de petrochemie of de bouwwereld (Of zoals een deelnemer het verwoordde: "Diep in het hart had iedere arts piloot willen worden.")
2. **Plan de training op juiste dag, tijd en plaats.** Hoewel dit punt erg voor de hand liggend lijkt, komt de continuïteit van activiteiten waar veel verschillende personen bij betrokken zijn vaak door deze praktische zaken in gevaar. Houd rekening met patiëntbesprekingen, refereremomenten en (als de training aan het begin van de avond wordt georganiseerd) het feit dat iedereen er een werkdag op heeft zitten.
3. **Speel in op de verschillen in leerstijlen en -curves tussen deelnemers.** De uitgangspunten en meerwaarde van multidisciplinaire training is hoog, maar er zijn verschillen in leermogelijkheden en gewenst abstractieniveau tussen artsen, verpleegkundigen en andere medewerkers.
4. **Zet tijdens de trainingssessies genoemde zaken zo (snel) mogelijk om in daadwerkelijke veranderingen.** Het moment waarop ervaren knelpunten in de groep worden gebracht is erg belangrijk. Het nut voor deelnemers wordt juist ook duidelijk als een genoemd knelpunt de volgende dag op een werkoverleg aangepakt wordt.
5. **Stel een briefmoment vooraf en een debriefmoment na de operatie vast.** Tijdens de sessies bleek dat er behoefte is aan een vast moment na de operatie, waarin veiligheidsitems structureel besproken kunnen worden. Op basis van de in de training geleerde theorie is een Veiligheidssoog ontwikkeld, waarin de uitgangspunten van risico-management zijn weergegeven. In de bruikbaarheid van de dagelijkse praktijk speelt een dergelijk 'symbool' een belangrijke rol.

Figuur 1 Leerpunten opzet multidisciplinaire teamtraining

De deelnemende artsen en verpleegkundigen is gevraagd te reflecteren op zowel de opzet van de training als de ervaren leerpunten. Het feit dat de training zorgt voor gezamenlijke bijeenkomsten waarin oogartsen, anesthesisten, verpleegkundigen en operatiemedewerkers op gelijke voet met elkaar in gesprek kunnen gaan, bleek al een winstpunt op zich. Voor vrijwel alle deelnemers was het de eerste keer dat er een gestructureerd gesprek over de werksituatie plaatsvond met andere disciplines. Deze multidisciplinaire invulling bleek in een behoefte te voorzien.

Vervolg

In vervolg op de sessies is in de cataractstraat een standaard debriefingmoment ingevoerd waarin operateurs en medewerkers na ieder OK-dagdeel met elkaar reflecteren op de potentiële risicogebieden, de benodigde grenzen en barrières, het functioneren van het team en de persoonlijke betrokkenheid. Om dit te faciliteren is een zogenaamd Veiligheidsoog ontwikkeld en in visitekaartmodel (fig. 2) onder iedereen verspreid. Om het debriefingmoment verder te professionaliseren en te concretiseren wordt op dit moment nagedacht over het bespreken van patiëntcasuïstiek aan de hand van *real video* opnamen van alle oogoperaties. De zwarte doos van het operatieverloop biedt immers een uitstekende leermogelijkheid voor zowel medisch-technische als sociale vaardigheden. De TRM-trainingen worden verder uitgebreid naar het grote operatiecomplex.



VEILIGHEIDSOOG®

- Neem voortdurend maatregelen om te voorkomen dat de toestand van de patiënt zich in het ongewenste risico (gele) gebied begeeft
- Onderken en bespreek wanneer de toestand van de patiënt zich onverhoopt toch in het risicogebied bevindt of begeeft
- Neem actie om weer terug te keren naar het veilige (blauwe) gebied

Het Oogziekenhuis Rotterdam / QST Safe Skies

Figuur 2 Het Veiligheidsoog kan worden gebruikt als bewustwordingsmiddel en reflectietool

Momenteel wordt gewerkt aan een kwantitatieve effectmeting, waarin met behulp van de instrumenten ORMAQ en NOTTS²¹ geprobeerd wordt effecten van de training aan te tonen. De training lijkt vooralsnog vooral te leiden tot een hoger bewustzijn van de risico's op de operatiekamer. Aandacht voor veiligheid is vooral een cultuurverandering en eenvoudige tools kunnen helpen risicovolle situaties te ontdekken en het thema voortdurend onder de aandacht te brengen. In vervolgmetingen wordt in uitgebreider onderzoek nader vastgesteld wat de effecten van de interventies zijn en op welke manier zij bijdragen aan de veiligheidscultuur in Het Oogziekenhuis.

De invoering van een veiligheidsmanagementsysteem, door het ministerie van VWS verplicht gesteld voor 2008, kan slechts succesvol gerealiseerd worden als medisch specialisten en management van een ziekenhuis zich volledig inzetten voor invoering en handhaving. De luchtvaart dient in het Oogziekenhuis Rotterdam als voorbeeld om het integrale operatieproces veiliger te maken. Alleen door het steeds opnieuw enthousiasmeren van artsen en zorgmedewerkers kan de patiënt een veilige oogoperatie worden gegarandeerd.

Samenvatting

- **Menselijke factoren spelen de belangrijkste rol bij het veroorzaken van onbedoelde schade aan de patiënt. Multidisciplinaire teamtraining versterkt *non technical skills* van en interactie binnen teams.**
- **In Het Oogziekenhuis Rotterdam hebben luchtvaartadviseurs OK-teams getraind.**
- **Luchtvaartveiligheidsprincipes zijn toepasbaar in de zorg, maar het daarmee opzetten van training vraagt een zorgvuldige en op de zorg toegesneden aanpak.**
- **De training verhoogt het veiligheidsbewustzijn en de behoefte aan (de)briefingmomenten.**
- **Naast een *time out* vooraf wordt nu ook structureel een 'veiligheidsoog' na de operatie gebruikt.**

Informatie over de auteurs

FG. Bleeker is consultant bij QST Safe Skies, Almere. Dr. C. van Dyck is universitair docent bij de afdeling Bestuur & Organisatie, Faculteit Sociale Wetenschappen van de Vrije Universiteit Amsterdam. Drs. U.F. Hiddema is algemeen directeur van Het Oogziekenhuis Rotterdam. Drs. D.F. de Korne werkt als beleidsmedewerker/onderzoeker in Het Oogziekenhuis Rotterdam en is als wetenschappelijk docent verbonden aan het iBMG van het Erasmus MC.

Literatuur

1. Bruijne MC de, Zegers M, Hoonhout LHF, Wagner C. 2007. 'Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen. Dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004'. Amsterdam/Utrecht: EMGO Instituut en NIVEL.
2. Reason J. 1990. 'Human Error' Cambridge: University Press.
3. Griffin MA & Neal A. 2000. 'Perceptions of safety at work: A framework for linking safety climate to safety performance, knowledge and motivation'. 'Journal of Occupational Health Psychology 5;347-358.
4. Van Dyck C. 2000. Putting errors to good use: Error management culture in organizations'. Doctoral dissertation. Amsterdam: University of Amsterdam.
5. Pizzi L, Goldfarb NJ, Nash DB. 2001. 'Crew Resource Management and its applications in medicine'. In: Sjhohina KG et al. (eds). 'Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices'. AHRQ publication 01-E058. San Francisco : Stanford University.
6. Powell SM. 2006. 'My copilot is a nurse: using crew resource management in the OR'. AORN Journal 83(1):179-80.
7. Sexton JB, Makary MA, Tersigni AR et al. 2006. 'Teamwork in the operating room: frontline perspectives among hospitals and operating room personnel'. Anesthesiology 105(5):877-84.
8. Sexton, JB, Thomas EJ, Helmreich RL. 2000. 'Error, stress and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys'. BMJ 320;745-749.
9. Edmondson, AC. 2003. 'Speaking up in the operating room: how team leaders promote learning in interdisciplinary action teams'. Journal of Management Studies. 40:6; 1419-52.
10. Flin R, Yule S, McKenzie L, et al. 2006. 'Attitudes to teamwork and safety in the operating theatre'. Surgeon 4(3):145-51.
11. Yule S, Flin R, Paterson-Brown S, Maran N. 2006. 'Non-technical skills for surgeons in the operating room: a review of the literature'. Surgery 139(2):140-9.
12. Wagner C & Struben V. 2007. 'Op weg naar een veiligheidsmanagementsysteem: een tussenstand'. Utrecht: NIVEL.
13. Tuijn Y van der, Wout I van 't, Dijk, M van & Tibboel D. 2005. 'Safety First: een kwaliteitsproject in het Erasmus MC. In: Wagner C, Van der Wal G & S. Tuijn (red). Patiëntveiligheid in Nederland. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
14. Oei G. c.s. 2006. 'Multidisciplinaire training verbetert patiënt vei-

Kwaliteit? Ben je zelf!

- ligheid'. Medisch Contact 22;904-906.
15. Kolfshoten, F. van. 2007. 'Blackbox in de OK. Veel incidenten kunnen voorkomen worden'. Arts&Auto 4; 12-14.
16. Hiddema UF et al. 2003. 'Een oplettende blik'. Medisch Contact 58(34):1263-65.
17. Roos WDMH. 2006. 'Time out procedure'. In: Everdingen JJE van, Smorenburg SM, Schellekens W, Molendijk A, Kievit J, Harten WH van, Mintjes-de Groot AJ. (red). Praktijkboek patiëntveiligheid. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
18. Hofmann, DA, & Mark B. 2006. 'An investigation of the relationship between safety climate and medication error as well as other nurse and patient outcomes.' Personnel Psychology 59: 847-870.
19. Offringa M, Molendijk H, Vreede T, Maas I, Tibboel D. 2007. 'Minder missers. Kindergeneeskunde neemt voortouw bij patiëntveiligheid.' Medisch Contact 62(17):727-30.
20. Struben V, Duckers M, Wagner C. 2007. 'Samen verantwoordelijk voor veiligheid: advies van Shell-topman botst met ziekenhuispraktijk.' Medisch Contact 62(9):394-95.
21. Dunn EJ, Mills PD, Neily J, Crittenden MD, Carmack AL, Bagian JP. 2007. 'Medical Team Training: Applying Crew Resource Management in the Veterans Health Administration'. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 33(6):317-325.
22. <http://www.abdn.ac.uk/iprc/>
23. Edmondson AC. 1996. 'Learning from mistakes is easier said than done: Group and organizational determinants on the detection and correction of errors.' Journal of Applied Behavioral Science 32:163-187.
24. Homsma GJ. 2007. Making errors worthwhile: Determinants of constructive error handling. Doctoral dissertation. Amsterdam: VU University.

De redactie geeft mij steeds aan welk thema zij centraal stelt in de volgende editie van dit mooie tijdschrift. Deze keer moest mijn column gaan over *kwaliteitsverbetering in de praktijk*, maar voor het eerst in de twee jaar dat ik nu deze column schrijf, bleef het toetsenbord voor mij stil en het scherm leeg. Dat is even wennen! Ik werd aangemaand door de hoofdredacteur. Maar waarom deze hapering? Over kwaliteit is toch zo veel geschreven. Het was de toevoeging '... in de praktijk', die mij deed mijmeren of er ook een ander soort kwaliteitsverbetering bestaat, buiten in plaats van in de praktijk. En toen ik eenmaal die hobbel had genomen, kwam de tekst ook weer vanzelf. Een paar gedachten zijn rijp genoeg om op papier te zetten, een paar niet, maar die mag u van mij meenemen onder de Kerstboom....

Natuurlijk bestaat er veel kwaliteitsverbetering buiten de praktijk. Dat is vooral de bestuurlijke en Haagse betekenis van kwaliteit: protocollen en normen voor verantwoorde zorg op papier, iedere instelling laten certificeren, accrediteren en wat dies meer zij. Als we maar transparantie vragen en de prestatie-indicatoren openbaar maken, dan zit het met die kwaliteit wel goed. Zeker als we daar nog *governance* op los laten, via de inspectie, in het Jaardocument Zorg en nu zelfs via een kwaliteitsaccountant, dan is kwaliteitsverbetering gegarandeerd. Ja zeker, wel in deze formele bovenwereld van beleidsmakers, toezichthouders en laverende branche-organisaties en de Haagse politiek.

Maar in de praktijk zelf zien we heel andere ontwikkelingen, als we tenminste goed willen kijken. Die praktijk is er een van weerbarstige tegenstrijdigheden en duivelse dilemma's, op allerlei niveaus. Het begint en eindigt heel basaal met de moderne 'competenties' waarmee de opleidingen nieuwe verzorgenden en verplegenden loslaten. Ik kom zelf ook uit (academisch) opleidingsland, dus ik mag het eigen nest best bespreken. Het is bijzonder goed dat de opleidingen inspelen op nieuwe leerconcepten, brede vaardigheden en andere handelingscompetenties, maar er moet ook gewoon basale kennis worden aangeleerd, via het ouderwetse rijtjes stampen, repetitief handelingen inslijpen, concepten toetsen, theorieën kennen en kunnen vergelijken, reflexief kunnen oordelen over zin en onzin van handelingspraktijken. Leren leren is prachtig, maar léér ook echt iets. Bijvoorbeeld: hoe te handelen bij eerste graad decubitus, hoe een ziektebeeld te herkennen? De eerste kennismaking met de dagelijkse werkpraktijk wordt ook schromelijk veronachtzaamd, door te korte stages tijdens de opleiding, maar vooral ook slechte praktijkbegeleiding in de eerste maanden van de carrière. Te vaak staan starters er al meteen helemaal alleen voor. De werkdruk van de ervaren collega is zo groot, dat goede begeleiding van starters er vaak bij inschiet. Het doet je terugverlangen naar de oude meester-gezel relaties, al werkend instrueren, leren en het geleerde toepassen. Stap-voor-stap de praktijk ontdekkend, en zo heel concreet werken aan je eigen kwaliteitsverbetering.

Kwaliteitsverbetering in de praktijk, blijft ook teveel hangen in die praktijk, te ver af van het management en bestuur van de organisatie. De meewerkend voorman was zo gek nog niet. Het management in de hogere regionen van de grote fusie-organisaties weten vaak zelf niet meer hoe het primaire proces er echt uit ziet, kennen vaak niet concreet de competenties van hun starters, zien niet hoe die de eerste maanden doorstaan in die hectische werkpraktijk. Kan dat nog, in de drukke agenda: een werkdag mee met een team? Meelopen in de avond- of nachtdienst, aanwezig zijn bij het werkoverleg van een afdeling? Ook op dit niveau geldt: kwaliteitsverbetering begint in je eigen dagelijkse praktijk, van uitvoerend tot bestuurlijk niveau. En nu pas ben ik toe aan kwaliteitsverbetering in de modernistische betekenis: doorbraakprojecten, implementatie van innovatie, HKZ-certificering, uitkomstenmanagement, sturing op prestatie-indicatoren. Zijn dit bezwingen uit de bovenwereld buiten de praktijk, of werkelijk routines en geborgde werkwijzen in de dagelijkse werkpraktijk? Kwaliteit is de dingen doen waarin je echt zelf gelooft, niet omdat anderen het doen. Kwaliteit is ook besluiten wat je voortaan niet meer of anders doet. Managers: doe een kwaliteitspilot alleen nog maar als je vooraf serieus van plan bent het organisatiebreed door te voeren. Professionals: werk alleen aan die kwaliteitsprojecten waarvan de klant echt beter wordt. Kwaliteitsverbetering? Doe het zelf!

Robbert Huijsman

