



Interne kwaliteitszorg NVAO NL

2026

Inhoudsopgave

1.	Algemeen afdeling Nederland.....	3
1.1	Uitgangspunten en missie.....	3
1.2	Specifieke procedures	4
1.3	Bedrijfsvoering.....	4
2.	Uitwerking per procedure.....	6
2.1	Werkwijze	6
2.2	Toets Nieuwe Opleiding	6
2.3	Accreditatie bestaande opleiding	7
2.4	Instellingstoets Kwaliteitszorg	8
2.5	Internationalisering [European Approach]	9
2.6	Panelamenstellingen	10
2.7	Uitvoeringsregels.....	11
2.8	Mandaatbesluit NVAO-2019.....	11
2.9	Samenbrengen van de belangrijkste bevindingen.....	12
2.10	Taakverdeling en werkwijze	12

1. Algemeen afdeling Nederland

1.1 Uitgangspunten en missie

De interne kwaliteitszorg bij de NVAO is continue in ontwikkeling. Dit document beschrijft de basisprincipes van de IKZ werkwijze. Deze basisprincipes zijn onveranderd sinds de vorige ENQA-review in 2022. De werkwijze is wel veranderd. Voorheen werd elke procedure op dezelfde wijze geëvalueerd. Deze evaluaties leverden steeds dezelfde (veelal positieve) informatie op en werden daardoor minder bruikbaar als verbeterinstrument. Er is daarom sinds 2024 voor een gedifferentieerd model gekozen. Voor elke procedure is een andere wijze van evaluatie mogelijk, maar wel vanuit dezelfde doelstellingen. In 2026 wordt de balans opgemaakt van die keuze en worden de resultaten van verschillende procedures samengebracht. Er wordt daarbij gezocht naar een systeem dat bijdraagt aan verbetering en zichtbaar maakt welke strategische keuzes gemaakt moeten worden.

De basisprincipes van de interne kwaliteitszorg voor de NVAO zijn:

- de missie en strategie van de NVAO zijn bepalende doelstellingen in het kwaliteitszorgsysteem
- NVAO dient een voorbeeld te stellen voor een zelfkritische houding als kwaliteitsbeoordelaar, die voldoet aan ESG en wettelijke vereisten
- kwaliteitszorg is in doelstellingen effectief en efficiënt, met oog voor concepten als autonomie, eigenaarschap en vertrouwen en lastenvermindering. Het systeem van interne kwaliteitszorg is gestructureerd als een PDCA-cyclus.
- kwaliteitszorg is ondersteunend aan het werk van de NVAO-medewerkers
- kwaliteitszorg, waaronder ook de acties die hieruit voortkomen, vormt een voedingsbodem voor een kwaliteitscultuur en moet deze faciliteren.

De interne kwaliteitszorg van de NVAO stelt zich ten doel de kwaliteitscultuur te bevorderen. Intern houdt dit in dat alle medewerkers verantwoordelijk zijn voor het systematisch verbeteren van de processen binnen de NVAO. Daartoe schept de NVAO een werkomgeving met passende houding, attitude, normen en waarden. De kwaliteitscultuur wordt vormgegeven door samenwerken en kalibratie binnen het team. De coördinatoren van de procedures zien toe op de uitvoering van het kwaliteitsbeleid binnen de desbetreffende procedure. De NVAO vraagt actief naar verbeterpunten bij de stakeholders en reageert op externe signalen over de kwaliteit van haar processen als daar aanleiding toe is.

De missie van de NVAO is dat zij ertoe wil bijdragen dat de kwaliteit van het hoger onderwijs in Nederland erkend wordt als internationaal aan de maat, maatschappelijk relevant en het vertrouwen geniet van studenten, werkgevers en de samenleving. De NVAO wil de kwaliteit van het hoger onderwijs borgen, verbeteringen stimuleren en een kwaliteitscultuur bevorderen.

Doelstellingen en indicatoren voor de evaluatie van procedures en processen zijn gekozen in lijn met de strategie en missie van de NVAO:

- vertrouwen in de kwaliteit van het hoger onderwijs;
- respect voor de autonomie van de instellingen;
- een transparante werkwijze;
- reductie van de (ervaren) administratieve lastendruk;
- verbetering van consistentie.

Uitgangspunten	Doelstellingen (actoronafhankelijk)	Indicatoren
Vertrouwen	Actoren vertrouwen elkaar	- De instelling/opleiding ervaart dat de NVAO vanuit vertrouwen in de kwaliteit van het onderwijs handelt. - De instelling/opleiding kan zich herkennen in een beoordeling en voelt zich fair behandeld.
Autonomie	Actoren ervaren autonomie	- De NVAO respecteert de autonomie van de instelling/opleiding in haar werkwijze. - De instelling/opleiding voelt zich eigenaar van de kwaliteit van het onderwijs.
Transparantie	Proces en resultaat zijn beide transparant	- De instelling/opleidingen weten wat hen gevraagd wordt voor een beoordeling. - Het proces dat de NVAO uitvoert is duidelijk.
Lastendruk	Lasten zijn proportioneel	- Instelling en opleidingen ervaren goede balans tussen baten en inspanningen. - De NVAO werkt continu aan lastenverminderingen.
Consistentie	Proces en resultaat zijn beide consistent	- De instelling/opleiding ervaart dat de NVAO consistent handelt. - De NVAO handelt en oordeelt consistent.

Het kwaliteitssorgsysteem is licht van opzet en zo doelmatig mogelijk. Het is belangrijk dat het informatie oplevert over de kwaliteit van de manier waarop NVAO haar taak uitvoert, maar is niet bedoeld als een allesomvattend controlesysteem. Het bevorderen van een kwaliteitscultuur is het belangrijkste doel.

Voor de procedures worden passende instrumenten en frequentie van evaluatie bepaald. De intensiteit van monitoring en de specifieke vraagstelling wordt afgestemd op de aard van de activiteit.

1.2 Specifieke procedures

In dit document worden de primaire procedures beschreven (ABO, TNO, ITK, EA, panelsamenstelling). Naast deze procedures zijn er een aantal incidentele, meer administratieve procedures. Denk aan naamswijziging, planningsneutrale conversie, bijzondere kenmerken, wijziging visitatierooster/visitatiegroep. Voor deze procedures is geen evaluatie ingericht met de gebruikers. De aantallen zijn relatief klein en de procedure is meestal kort/administratief van aard. Het voert daarom te ver om elke aanvraag apart te evalueren. Dat wil niet zeggen dat deze procedures niet continu verbeterd worden. Integendeel, ook hier wordt, in relatie tot de uitgangspunten, gekeken of procedures transparant en consistent zijn en of de administratieve last omlaag kan. Herijking van deze procedures vindt plaats in overleg met de koepels en het ministerie. De herijking is een gevolg van de actualisering van de uitvoeringsregels (zie ook paragraaf 2.7).

1.3 Bedrijfsvoering

Dit document richt zich primair op de kwaliteitssorg van procedures, maar ook op het gebied van bedrijfsvoering vindt continu verbetering plaats. Bijvoorbeeld met het tweejaarlijks medewerkerstevredenheids-onderzoek (inclusief psychosociale

arbeidsbelasting). De laatste heeft in 2024 plaatsgevonden en wordt in juni 2026 opnieuw gepland. Daarbij worden de uitkomsten samengevat en dit leidt tot een plan van aanpak. Ook is de bedrijfsvoering erop gericht om zoveel mogelijk overbodige stappen te elimineren uit het proces. De directie werkt daaraan met de afdelingen proces & advies, financiën, juristen en archief.

2. Uitwerking per procedure

2.1 Werkwijze

Vanaf 2026 is de coördinatie van de IKZ elke twee jaar belegd bij twee andere procedurecoördinatoren met een jaar overlap (roulerend). Deze coördinator geeft jaarlijks een terugkoppeling en doet samen met directie een voorstel voor strategische keuzes die gemaakt moeten worden.

Voor de Afdeling Nederland omvat het kwaliteitszorgsysteem:

- Toets nieuwe opleiding
- Accreditatie bestaande opleiding
- Instellingstoets kwaliteitszorg
- De goedkeuring van panelsamenstellingen en het samenstellen van panels
- Internationalisering (met name de European Approach)

Het systeem is gericht op het verzamelen van procesgegevens en feedback op de opzet, uitvoering en resultaten van alle NVAO-activiteiten. Feedback wordt intern opgehaald en bij stakeholders. Per procedure is beschreven wat de werkwijze is en wie wordt betrokken.

2.2 Toets Nieuwe Opleiding

Doel van de evaluatie

Het doel is kwaliteitsverbetering en doorontwikkeling van de procedure. De vijf uitgangspunten vormen een vast onderdeel zowel bij enquêtes als bij de focusgesprekken.

Stakeholders die worden betrokken

Betrokkenen zijn onder te verdelen in externe partijen: kwaliteitszorgmedewerkers bij instellingen, panelleden en secretarissen. Intern gaat het om de procescoördinatoren, medewerkers van proces & advies, panelcoördinator, juristen en de directie.

Wijze van evaluatie

Extern (kwaliteitszorgmedewerkers instellingen, panelleden, secretarissen):

Door focusgesprekken (jaarlijks) en vragenformulieren (eens in de 3 jaar). Deze richten zich op de aanpak van de procedure door de NVAO als organisatie, het contact met de procescoördinator, het functioneren van het panel, praktische zaken en zaken die men graag anders zou zien.

Intern: procescoördinatoren, medewerkers P&A, panelcoördinator, directie:

- TNO 45 minuten sessies: Tweewekelijkse sessies met het doel om intern af te stemmen, te evalueren, ervaringen te delen en belangrijke informatie m.b.t. de TNO-procedure te delen.
- Coördinatoren-directieoverleg: 6-wekelijks overleg met de procedurecoördinatoren en directie gericht op afstemming, planning en evaluatie. Op het directieniveau worden hier afspraken gemaakt over de verbeteracties en opvolging om de PDCA rond te maken. Naast deze vaste sessies voeren de procedurecoördinatoren geplande en ad-hoc overleggen om met elkaar af te stemmen.
- Gesprekken met P&A en panelcoördinator: Tweemaal per jaar voeren we een gesprek met medewerkers P&A en de panelcoördinator met als doel het evalueren van de TNO-procedure en de daarbij horende panelsamenstelling.
- TNO-dag: Eén à twee keer per jaar organiseren we een TNO-dag voor de procescoördinatoren waarbij we ons richten op een deel van de TNO-procedure. De TNO-dag is gericht op het verbeteren van de consistentie in handelen van de procescoördinatoren.

- De studentpanelleden die voor TNO worden ingezet, maken deel uit van de studentenpool. Zij zijn door de NVAO voorafgaand aan inzet getraind en begeleid. Bij de training hoort ook een evaluatie en studenten worden actief gevraagd feedback te geven.
- Sinds 2026 wordt vier keer per jaar door de panelcarroussel een uitgebreide kalibratie van de TNO-panelsamenstelling uitgevoerd.

Documentatie

Focusgesprekken

Hiervan worden gespreksverslagen gemaakt. Deze verslagen worden gedeeld met de deelnemers aan de gesprekken. Van de verslagen wordt voor intern gebruik een analyse gemaakt. Doel van deze analyse is om positieve punten en verbeterpunten voor de procedure naar boven te brengen. Vervolgens dienen deze punten als input voor kwaliteitsverbetering en doorontwikkeling van de procedure. De documenten worden opgeslagen in Sharepoint en zijn bedoeld voor de procedurecoördinatoren. Andere aanpassingen worden doorgevoerd in de Uitvoeringsregels.

TNO 45 minuten sessies

Tijdens iedere sessie worden notulen gemaakt. Besprekpunten en gemaakte afspraken worden zo ook vastgelegd in de Teams-omgeving/SharePoint, zodat ze vindbaar en toegankelijk zijn voor alle procescoördinatoren.

2.3 Accreditatie bestaande opleiding

Doel van de evaluatie

Het doel van evaluatie is: procesoptimalisatie (intern) en transparante, voorspelbare aanvraagafhandeling (extern). Centraal staan de uitgangspunten 'Transparantie', 'Lastendruk' en 'Consistentie':

- Transparantie: de evaluatievragen gaan over of de verwachtingen helder zijn, of we doen wat we beloven en ons proces daarin helder is.
- Lastendruk: omdat we zowel in de interne werkwijze als in de omgang met de indieners van aanvragen proberen zo *lean* mogelijk te handelen, evalueren we bijvoorbeeld jaarlijks en niet elke ronde.
- Consistentie: hier zetten we op in door gebruik van checklists, wekelijkse kalibraties, inwerken van nieuwe collega's, "verplichte" werksessies, uitgebreide notulen van alle sessies die voor iedereen beschikbaar blijven, gespreksverslagen van gesprekken met contactpersonen.

Stakeholders die worden betrokken

Intern:

- behandelaars accreditatieaanvragen
- medewerkers Proces & Advies (P&A)
- juristen
- directie

Extern:

- indieners accreditatieaanvragen
- contactpersonen (kwaliteitszorgmedewerkers) instellingen
- secretarissen
- evaluatiebureaus

Wijze van evaluatie

Intern:

- Voorafgaand aan een ABO ronde vragen we de medewerkers P&A en juristen en directie of er nog aandachtspunten zijn voor de aankomende ronde.

- Startbijeenkomst (kick-off) waarin we de bijzonderheden van afgelopen ronde belichten.
- Gedurende een ABO ronde wekelijkse hybride aanschuifsessies waar behandelaars besprekpunten kunnen inbrengen. Opmerkingen die gemaakt worden die het proces of de inhoud kunnen verbeteren worden genoteerd en later meegenomen.
- Gedurende een ABO ronde twee keer een werksessie, waarbij zowel directie als juristen aanschuiven, om direct afhandelvoorstel te bepalen en besluiten te kunnen nemen.
- Na afloop van een ronde vragen we behandelaars om evaluatieve opmerkingen.
- Met nieuwe behandelaars/collega's (na afloop van een ronde) een gesprek over hoe zij aankijken tegen het individuele en groepsgewijze beoordelingsproces.
- Alle zaken worden op een rijtje gezet en schriftelijk aan de directie aangeboden en daarna besproken.

Extern:

- Jaarlijkse uitvraag bij contactpersonen van de instellingen met een aantal evaluatievragen.
- Tweejaarlijkse terugkoppeling naar de evaluatiebureaus.
- Aanwezigheid bij informatiebijeenkomsten met secretarissen.
- Op verzoek en bij aanbod online overleggen met contactpersonen van instellingen.
- Bezoeken/overleggen met afzonderlijke instellingen om zaken te bespreken.

Documentatie

- Mail naar behandelaars.
- Mail of document naar directie met eventuele voorstellen voor werkwijze volgende ronde.
- Als het leidt tot aanpassing in de werkwijze worden die zaken verwerkt en gedeeld bij de startsessie (kick-off) van de nieuwe ronde.
- Als het leidt tot aanpassing in de werkwijze worden deze zaken gedeeld met secretarissen en evaluatiebureaus.
- Weergave van evaluatie in het jaarverslag bij de procedure 'accreditatie bestaande opleiding'.
- Aanpassing van de Uitvoeringsregels

2.4 Instellingstoets Kwaliteitszorg

Doel van de evaluatie

Het doel is dat we de werkwijze zo goed mogelijk inrichten. Bij ITK willen we dat de toets voor elke instelling zo consistent mogelijk is. Daarom wordt de toets inhoudelijk gedurende de looptijd van de ITK-ronde niet aangepast.

Daarnaast willen we antwoord op de vraag of de instellingen de strategische uitgangspunten herkennen in de werkwijze bij deze procedure. (bv vertrouwen, consistentie, transparantie)

Vertrouwen: De evaluatievragen voor de instelling, panel en secretaris gaan erover of het panel vanuit vertrouwen handelde.

Autonomie: Dit wordt in de evaluatie voor instellingen bevraagd (Was er respect en ruimte voor eigen keuzes van de instelling?). Dit aspect wordt ook behandeld in de training voor panelleden en secretarissen als houdingsaspect.

Transparantie: De procedure is vastgelegd in de uitvoeringsregels die voor iedereen toegankelijk zijn. En wordt bij instellingen uitgevraagd in de evaluatie.

Lastendruk: Dit wordt aan instellingen gevraagd in de evaluatie. Ook is vooraf nagedacht over hoe de NVAO de hoeveelheid (nieuw) materiaal zoveel mogelijk kan beperken. In elke

kennismaking en bestuurlijk gesprek gaat het over het beperken van nieuwe documenten die specifiek voor de toets worden opgesteld.

Consistentie: Voor instellingen is een ITK-vragenuurtje georganiseerd aan het begin van de ronde. Collega's zijn getraind en spreken elkaar tweewekelijks in de ITK-45 min. Ook werden onervaren collega's de eerste ITK gekoppeld aan een ervaren collega. Er is een uitgebreide trainingsomgeving opgezet voor panelleden en secretarissen om de consistentie vooraf zo goed mogelijk te borgen.

Stakeholders die worden betrokken

Bij de ITK zijn de procescoördinatoren binnen de NVAO, de contactpersonen bij de instelling, panelleden en secretarissen betrokken. Verder is er een stuurgroep ingericht waar de procedurecoördinatoren deel van uitmaken samen met de directie en bestuurder.

Wijze van evaluatie

- ITK 45-min om de week voor collega's
- Evaluatieformulier digitaal na afloop procedure (voor instellingen en panel/secretaris)
- Gesprekken procescoördinator/instelling
- Driewekelijks/maandelijks overleg met de stuurgroep
- Ook wordt informeel veel onderling gedeeld over hoe een procedure loopt en wat er speelt. Zowel intern bij de NVAO als tijdens een ITK. Een voorbeeld hiervan is ook de jaarlijkse voorzittersbijeenkomst voor ITK-voorzitters.

Documentatie

Procescoördinatoren: de 45-min worden genotuleerd in de teamsomgeving

Contactpersonen instelling: de resultaten worden via google-forms inzichtelijk gemaakt

Panelleden en secretarissen: de resultaten worden via google-forms inzichtelijk gemaakt

De uitkomsten van de informele evaluaties (intern) worden meegenomen in de ITK 45 minuten sessies. Dat heeft meermaals geleid tot verduidelijking of aanpassing van documenten.

2.5 Internationalisering [European Approach]

Doel van de evaluatie

De European Approach (EA) baseert op TNO- en ABO-processen. De EA kent 7 fases (voorbereiding, aankondiging en voorafgaand overleg, aanvraag, beoordeling, locatiebezoek, rapport en besluitvorming). Met name de eerste drie fases hebben deels een andere invulling dan TNO- en ABO-procedures.

Bij de EA-procedure ligt daarom een grote nadruk op advisering en begeleiding vanuit de NVAO. Het voornaamste doel voor evaluatie is het verbeteren van de informatievoorziening voorafgaand aan fase 1, optimalisatie van de advisering voorafgaand aan de aanvraag en de begeleiding van de coördinator van de procedure.

Omdat de European Approach binnen de Europese Hoger Onderwijsruimte (EHEA) is ontwikkeld is er enkel sprake van doorontwikkeling op procedureel gebied op nationaal niveau.

Voor alle vijf uitgangspunten interne kwaliteitszorg is er een relatie met de procedure European Approach. Met name het toevoegen van hoofdstuk 3 aan de uitvoeringsregels heeft gezorgd voor meer transparantie.

De lastendruk voor deze procedure is voor instellingen hoog. Dat heeft enerzijds te maken met de eisen die de European Approach stelt en aanvullende eisen vanuit nationale wet- en regelgeving. Dat maakt dat elke aanvraag om maatwerk vraagt. Daardoor lijkt het voor instellingen soms ook alsof de procedure niet consistent is. Maar dat is deze in grote lijnen zeker.

Stakeholders die worden betrokken

Intern:

- medecoördinatoren internationalisering
- coördinatoren TNO- en ABO-procedure
- behandelaars
- medewerkers Proces & Advies (P&A)
- juristen

Extern:

- indieners accreditatieaanvragen
- contactpersonen (kwaliteitszorgmedewerkers) instellingen
- secretarissen
- panelleden
- contactpersonen van andere accreditatie organisaties

Wijze van evaluatie

Omdat de EA geen grote aantallen kent wordt gedurende het proces en na afloop mondeling geëvalueerd met:

A) de coördinerende instelling over volgende onderwerpen:

- voorbereiding op de procedure (informatievoorziening en advisering)
- begeleiding tijdens de procedure
- begeleiding na besluitvorming

B) het panel

- voorbereiding op de procedure (informatievoorziening)
- begeleiding tijdens de procedure
- communicatie over de procedure

Documentatie

De resultaten zijn tot nu toe niet apart gedocumenteerd, maar worden wel gebruikt voor aanpassingen in bijvoorbeeld de Uitvoeringsregels of de informatievoorziening op de website, tijdens overleggen voorafgaand aan procedures en informatiebijeenkomsten.

2.6 Panelsamenstellingen

Doel van de evaluatie

Het doel van de procedure is dat panelsamenstellingen (en secretarissen) voldoen aan de vereiste deskundigheden en eisen voor onafhankelijkheid.

Om dat doel te bereiken wordt in de evaluatie ingegaan op transparantie en informatievoorziening over beschrijving, werkwijzen en beoordelingen.

Daarnaast wordt geëvalueerd in bredere zin over hoe er gewerkt wordt bij panelsamenstellingen. Door op de hoogte te zijn wat er speelt bij opleidingen kan er continue worden afgestemd op welke informatie of kennis 'de aanvrager' nodig heeft.

Er wordt in de evaluaties met name gekeken naar de uitgangspunten consistentie (werkwijze aanvrager, interne werkwijze) en naar transparantie (is het duidelijk wat er gevraagd wordt). Lastendruk wordt ook meegenomen, bijvoorbeeld: lukt het om binnen de beoogde behandeltermijn te handelen, waarom wel of niet.

Stakeholders die worden betrokken

Intern:

- Procescoördinatoren (hiervan neemt een aantal deel aan de panelcarrousel waarvan de samenstelling rouleert tijdens het jaar)
- medewerkers van proces en advies

- directie en bestuurder

Externe:

- instellingen (opleidingen die een aanvraag panelsamenstelling indienen)
- evaluatiebureaus

Wijze van evaluatie

ABO panelsamenstellingen:

- Interne kalibratie binnen panelcarroussel (continue, wekelijks)
- Vaste overlegmomenten met evaluatiebureaus als groep
- Jaarlijkse evaluatie afspraak per evaluatiebureau/aanvrager (HvA)
- Incidenteel overleg met opleidingen naar aanleiding van vragen over panelsamenstelling
- Vaste evaluatiemomenten met directie en panelcarroussel

TNO-panelsamenstellingen

- Overleg met TNO Coördinatoren
- Periodiek overleg met panelsamenstellers
- Kalibratie met panelsamenstellers (intern)
- Kalibratie van TNO-panelsamenstellingen binnen panelcarroussel (NIEUW in 2026)

Documentatie

Verslagen overleg directie panelcarroussel (SharePoint panelcarroussel)

Verslagen overleg directie en evaluatie bureaus (SharePoint panelcarroussel)

Verslagen bezoek bureaus en instelling (SharePoint en teams omgeving panelcarroussel)

Kalibraties van panelsamenstellingen (SharePoint panelcarroussel en teams)

Aanpassing van de Uitvoeringsregels

2.7 Uitvoeringsregels

De NVAO heeft een beoordelingskader en daarnaast een uitgebreid document met uitvoeringsregels (werkwijze sinds 2024). De uitvoeringsregels worden jaarlijks geactualiseerd. In deze actualisatie zit onder andere een consultatie van het veld om de uitvoeringsregels jaarlijks te kunnen verbeteren/verduidelijken. Alle voorgenomen wijzigingen worden eerst met het veld besproken. De werkwijze rond actualisering van de is opgenomen in de inleiding van de uitvoeringsregels. De uitvoeringsregels worden jaarlijks gepubliceerd op de NVAO-website.

2.8 Mandaatbesluit NVAO-2019

Een bijzonder onderdeel van de kwaliteitszorg in de NVAO betreft het volgen of het [Mandaatbesluit NVAO-2019](#) op de juiste wijze wordt toegepast. Het Dagelijks Bestuur (DB) wil inzicht hebben of de door de directie in mandaat genomen besluiten consistent zijn en in lijn met de eigen oordelen. Dit geldt ook voor het AB met betrekking tot de aan het DB gemandateerde besluiten.

Om dit te borgen wordt er jaarlijks een steekproef getrokken van in mandaat afgeronde dossiers. Het DB bekijkt daarbij een representatieve steekproef van accreditatiebesluiten waarin de verschillende instellingen en behandelscenario's zijn opgenomen. Het AB (of een daaruit aan te wijzen auditcommissie) zal eenmaal per jaar een selectie bekijken van accreditatie en ITK/ABO/TNO/panelsamenstelling-besluiten en rapporten die in mandaat door het DB zijn afgehandeld.

2.9 Samenbrengen van de belangrijkste bevindingen

De coördinatoren van procedures verzamelen eenmaal per jaar de uitkomsten van de evaluaties en analyseren welke zaken aandacht behoeven. Kleine operationele verbeteringen worden in een korte cyclus aangepakt door de procedurecoördinatoren. De roulerende coördinatoren IKZ bespreken het geheel van de analyses en stellen indien nodig een verbeterplan op (werkwijze sinds 2026, daarvoor onderdeel jaarplancycclus en belegd bij directie). Daarbij gaat het om zaken die voor de afdeling als geheel (beleidsmedewerkers en de ondersteuning van het primair proces door secretariaat en archief) en met betrekking tot meerdere procedures aandacht behoeven. Daarvoor doen zij een concreet voorstel voor verbeteracties aan de stuurgroep. Na afstemming binnen de stuurgroep zetten de procedurecoördinatoren de verbeteringen uit in de afdeling en volgt de implementatie.

In de toekomst willen we ook de bevindingen van de communicatieadviseur bij de analyse betrekken. Hij beheert de info-mailbox en kent de vragen die uit het veld komen goed. Daarnaast organiseert de NVAO regelmatig vragenuurtjes die informatie geven over wat er speelt in het veld. In de toekomst willen we deze zaken ook samenbrengen om een nog completer beeld te krijgen waar de NVAO kan verbeteren.

Minstens eenmaal per jaar rapporteren de roulerend coördinatoren IKZ aan de directie in een kwaliteitsrapportage. Die rapportage gaat over de resultaten op grote lijnen uit de monitoring en de implementatie van verbeteringen. Het opstellen en uitzetten van verbeteringen is één ding. Daarna is het zaak te volgen of verbeteringen effect hebben en in de resultaten van volgende terug te zien zijn. In de analyses van de evaluaties zijn de eerder ingezette verbeteringen bijzondere aandachtspunten.

2.10 Taakverdeling en werkwijze

Eén van de aanpassingen van de bestaande interne kwaliteitszorg betreft de taakverdeling. Hierbij is rekening gehouden met het feit dat het DB meer op afstand staat en de operationele voortgang en kwaliteit verantwoordelijkheid van de directie is. Dat leidt tot de volgende taakverdeling:

AB & DB	Ziet toe op uitvoering strategie Ziet toe op uitvoering mandaatregeling door periodieke audit
Het Bestuur	Stelt strategie op en monitort realisatie ervan
Directie	Stelt doelstellingen voor operationele kwaliteit van processen en wordt geïnformeerd over de voortgang hiervan
	Stelt werkgroep IKZ samen en geeft opdracht een systeem te ontwerpen en implementeren
	Legt systeem IKZ aan het bestuur voor ter goedkeuring Rapporteert per kwartaal management-informatie aan het bestuur Rapporteert minstens eenmaal per jaar over voortgang kwaliteit in algemene zin aan het bestuur
	Stelt op suggestie van de coördinatoren IKZ periodiek een verbeterplan vast en stuurt de verbeteringen aan
Roulerende coördinatoren IKZ	Bestaat uit twee coördinatoren vanuit de procedurecoördinatoren ABO, TNO, ITK, internationalisering en de panelcoördinator
	Stelt bouwstenen IKZ op

	Stelt aanpak op voor monitoring van alle processen en voor analyse van gegevens
	Stelt 1x per jaar na analyse van monitoring suggesties op voor verbeteringen
	Rapporteert eenmaal per jaar over de uitkomsten van de monitoring aan de directie, die de rapportage voorlegt aan het bestuur
Coördinatoren TNO, ITK/internationalisering/ panelcoördinator	Implementeren IKZ voor hun procedure
	Implementeren verbeteringen in korte cyclus
Medewerkers Afdeling NL	Werken mee aan implementatie van verbeteringen door deelname aan kalibratiesessies en overleggen
	Bouwen verbeteringen in hun werkwijze en professionele ontwikkeling (continu verbeteren)