

Systemtoezicht in de zorgsector

Bacheloronderzoek instituut Beleid & Management Gezondheidszorg
Erasmus Universiteit Rotterdam

Bachelor scriptie Myrthe Vissers 346871

Scriptie begeleider Prof. Dr. R. Bal

Meelezer Dr. M. de Mul

Voorwoord

Voor u ligt het resultaat van mijn onderzoek dat verricht is in het kader van de afronding van de bachelor studie Beleid & Management Gezondheidszorg. Met dit onderzoek heb ik geanalyseerd wat de gezondheidszorg ten opzicht van de luchtvaart en het onderwijs nog kan verbeteren om systeemtoezicht passend te maken voor de zorgsector. Het onderwerp is tot stand gekomen in samenwerking met mijn scriptiebegeleider en ik heb dit onderzoek als zeer interessant ervaren. Daarnaast is het een erg actueel onderwerp in de zorgsector. Ik ben van mening dat mijn onderzoek een goede bijdrage kan leveren aan het versterken van het toezicht van de IGZ en daarmee het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid in zorginstellingen.

Via deze weg wil ik allereerst in het algemeen alle inspecteurs en kwaliteitsmedewerkers bedanken, die tijd voor mij hebben vrij gemaakt om mee te werken aan mijn onderzoek. Door middel van interviews met hen heb ik goede data verkregen waardoor ik de verschillende sectoren; luchtvaart, onderwijs en gezondheidszorg met elkaar heb kunnen vergelijken. Daarnaast wil ik familie en vrienden bedanken die mij hebben gesteund tijdens dit proces.

Naast een algemeen woord van dank wil ik graag mijn begeleider dhr. R. Bal persoonlijk bedanken. Ik heb de begeleiding, gedurende dit jaar, als erg fijn ervaren. Je stond altijd open voor vragen en ondanks je drukke agenda maakte je tijd vrij om samen met mij de voortgang van mijn scriptie te bespreken. Mede dankzij jou heb ik dit onderzoek tot een goed einde weten te brengen, hiervoor mijn dank.

Rest mij nog alle, die deze scriptie ter hand nemen, veel plezier te wensen bij het lezen ervan.

Myrthe Vissers

Etten-Leur, juni 2013

Samenvatting

Het toezicht op de zorgsector ligt de laatste jaren erg onder druk. De kwaliteit en veiligheid in zorginstellingen moet gehandhaafd worden en continu geoptimaliseerd worden. De Inspectie voor de Gezondheidszorg is bezig met het inrichten van een nieuwe vorm van toezicht, te weten systeemtoezicht. In de literatuur wordt echter aangegeven dat deze vorm van toezicht niet passend is voor de gezondheidszorg. Daarom is onderzoek nodig om deze vorm van toezicht passend te maken voor de gezondheidszorg. Hiervoor is er een vergelijking gemaakt met twee anderen sectoren; de luchtvaart en het onderwijs. Systeemtoezicht wordt gezien als het toezicht houden van de IGZ op het interne toezicht van een instelling zelf. In deze vorm van toezicht zijn wederzijds vertrouwen en openheid erg belangrijk. De hoofdvraag van dit onderzoek is:

Aan welke voorwaarden moet de gezondheidszorg voldoen om systeemtoezicht passend te maken voor deze sector?

Voor dit onderzoek heb ik gesproken met kwaliteitsmedewerkers en inspecteurs uit drie verschillende sectoren, namelijk de gezondheidszorg, de luchtvaart en het onderwijs. Daarnaast heb ik documenten bestudeerd, zowel van de betreffende inspecties als van de instellingen waar de kwaliteitsmedewerkers werkzaam zijn. Binnen de luchtvaart wordt al vele jaren systeemtoezicht gebruikt en de sector is er dus erg bekend mee. Het hoger onderwijs en de gezondheidszorg blijven hierin nog achter maar vertonen veel gelijkenissen bijvoorbeeld in het werken met professionals.

Uit het onderzoek kan geconcludeerd worden dat er vooral tussen de luchtvaart en de gezondheidszorg grote verschillen zitten die het wel of niet werken van systeemtoezicht bepalen. Bij de luchtvaart is er namelijk sprake van een just culture waarbij men niet gestraft wordt voor fouten en iedereen open is naar elkaar. Dit zorgt ervoor dat men veel gaat rapporteren en aan de hand daarvan worden risico's geclassificeerd en verbeteracties opgesteld. In de gezondheidszorg is er een vrij gesloten cultuur met een erg hiërarchische sfeer, waar men snel in aanraking komt met de tuchtrechter wanneer er een fout wordt begaan. In de gezondheidszorg wordt er wel steeds meer aandacht besteed aan het toegankelijker maken van het melden van incidenten, bijvoorbeeld door het Veilig Incident Melden. Daarnaast verloopt het selecteren van bekwame artsen op een andere manier dan het selecteren van bekwame piloten. Binnen de luchtvaart krijgt men een erg uitgebreide screening om te bekijken of de persoon geschikt is voor het werken in de cockpit. Bij de gezondheidszorg bestaat dit echter alleen uit een loting waarbij men met een acht gemiddeld gelijk doorstroomd, dit is in ieder geval zo voor de algemene geneeskunde studie. Voor de toelating tot de specialistische opleiding wordt er wel gekeken naar de kwaliteit van de desbetreffende persoon. Het zou beter zijn als er

gelijk bij het begin van de opleiding geselecteerd wordt op bekwame studenten. Zo kan er meteen een open cultuur gecreëerd worden. Daarnaast wordt het aantal basisartsen dat niet wordt toegelaten op een vervolgopleiding verminderd omdat er al geselecteerd is op kwaliteit. Procedures binnen de luchtvaart en het hoger onderwijs zijn daarnaast gemakkelijker te standaardiseren dan in de gezondheidszorg. Dit zijn namelijk vaak standaard processen tegenover de zorg die heel dynamisch is. Hierdoor zal eenzelfde vorm van systeemtoezicht zoals deze in de luchtvaart wordt toegepast niet bruikbaar zijn in de gezondheidszorg. Daarentegen kan de gezondheidszorg wel van de andere sectoren leren. Het onderwijs en de gezondheidszorg zitten op veel vlakken in dezelfde fase van het systeemtoezicht. Beide zijn pas sinds een aantal jaar gestart met het daadwerkelijk naleven van de wetten en het standaardiseren van processen. Daarentegen heeft het hoger onderwijs een heel duidelijk beeld wat zij goede kwaliteit van onderwijs vinden. In de gezondheidszorg wordt dit ook wel vastgesteld, maar minder duidelijk dan in het onderwijs.

Als conclusie van het onderzoek kan gesteld worden, dat de gezondheidszorg aan de volgende voorwaarden moet voldoen om het systeemtoezicht optimaal te laten werken.

- Een open cultuur creëren;
- Veranderen hiërarchische relatie tussen artsen en verpleegkundigen;
- Een goede vertrouwensband tussen instelling en inspectie;
- Regelgeving, techniek en personeel op orde hebben;
- Algemene visie op kwaliteit & veiligheid;
- Standaardisering binnen de instelling.

Summary

The last couple of years there has been a lot of pressure put on monitoring the healthcare sector. The quality and safety in healthcare facilities must be maintained and continuously optimized. The inspection of healthcare is currently developing a new form of monitoring. However, some professionals in this field think that this new form, namely system monitoring, is not appropriate for healthcare. Therefore research is needed to make this form of supervision fit healthcare. Therefore a comparison is made with two different sectors; aviation and higher education. System monitoring is seen as supervision by the inspection of healthcare on the internal supervision of an institution itself. In this form of monitoring mutual trust and openness are very important. The main question of this research is:

Which standards need to be fulfilled by the healthcare sector to make system monitoring fit this sector?

For this research, I spoke with quality employees and inspectors of three different sectors; healthcare, aviation and education. In addition I studied documents from the regarding inspections and the institutions where the quality staff work. The aviation sector has been using system monitoring for many years and therefore is very familiar with this type of monitoring. The healthcare and higher education sector lag behind but show a lot of similarities, as can be seen in working with professionals .

Research showed that there are large differences mainly between the aviation and healthcare sector that will determine if the system monitoring may or may not work. In aviation there is a just culture in which one is not punished for mistakes and everyone is open to each other. This ensures that one will report more and on that basis risks are classified and improvements are made. This is being done to increase the quality and safety. Healthcare has a very closed culture with a hierarchical atmosphere, where one comes into contact with the disciplinary judge quickly when a foul is committed. In healthcare more and more attention is being paid to make the reporting of incidents more accessible, such as the Secure Incident Reporting. In addition, the selection of skilled doctors is different than the selecting of skilled pilots. Within the aviation one gets a very extensive screening to see whether the person is suitable for working in the cockpit. In the healthcare sector this selection process consists of a draw, when one has an eight average this student will be admitted at once. This is the case for admission to the general medicine study. For the admission to the specialist training there will be looked at the quality of the individual in question. It would be better to start selecting skilled students at the beginning of the training. This will help creating an open culture from the start. Additionally the number of basic doctors that aren't allowed to participate in further training will be reduced because a selection on base of quality has already been made. Procedures in aviation and higher education are easier to standardize then in healthcare. These processes are

mainly standard and in healthcare the processes are very dynamic. This shows why one main system monitoring program would not be useable in healthcare.

So some things need to be specially made for healthcare. On the other hand healthcare is able to learn a lot from those two sectors, and they should use their information wisely. Education and healthcare are in many ways at the same stage of system monitoring. Both started only a few years ago with effectively applying the laws and standardize the processes. Healthcare also could learn from the way education delivers such high quality.

As conclusion of this study it can be said that healthcare must meet the following conditions to make system monitoring workable:

- Create an open culture;
- Change the hierarchical relationship between doctors and nurses;
- A good relationship of trust between the institution and the inspection;
- Regulations, technique and staff are in order;
- One general vision on quality and safety;
- Standardization within the institution.

Inhoudsopgave	blz.
Samenvatting	3
Summary	5
<i>Hoofdstuk 1: Inleiding</i>	9
<i>Hoofdstuk 2: Toezicht</i>	12
2.1 De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)	12
2.2 Toezicht in de gezondheidszorg	13
2.3 Inspectie voor het Onderwijs (IvHO)	14
2.4 Inspectie Leefomgeving en Transport (ILT)	14
<i>Hoofdstuk 3: Theoretisch kader</i>	16
3.1 Systeemtoezicht	16
3.2 Systeemtoezicht in de sectoren luchtvaart, hoger onderwijs en gezondheidszorg	18
3.3 Onderzoeksvragen	19
<i>Hoofdstuk 4: Methode</i>	20
4.1 Dataverzameling	20
4.2 Analyse	21
4.3 Validiteit en betrouwbaarheid	22
<i>Hoofdstuk 5: Resultaten</i>	24
5.1 Systeemtoezicht	24
5.1.1 De luchtvaart	24
5.1.2 Het hoger onderwijs	26
5.1.3 De gezondheidszorg	27
5.2 Kwaliteit operationaliseren	29
5.2.1 De luchtvaart	29
5.2.2 Het hoger onderwijs	31
5.2.3 De gezondheidszorg	33
5.3 Intern borgingssysteem	34
5.3.1 De luchtvaart	35
5.3.2 Het hoger onderwijs	36
5.3.3 De gezondheidszorg	37
5.4 Standaardisatie van processen	39
5.4.1 De luchtvaart	39
5.4.2 Het hoger onderwijs	40
5.4.3 De gezondheidszorg	41
5.5 Lessen voor de gezondheidszorg	42
5.5.1 Luchtvaart en gezondheidszorg	42

5.5.2 Hoger onderwijs en gezondheidszorg	46
<i>Hoofdstuk 6: Conclusie</i>	48
<i>Hoofdstuk 7: Discussie</i>	52
<i>Hoofdstuk 8: Bijlages</i>	55
Bijlage I: PCDA cyclus	55
Bijlage II: Werkwijze IvhO	56
Bijlage III: Relatie visitatie en TOE	57
Literatuurlijst	58

Hoofdstuk 1: Inleiding

To Err Is Human (US Institute of Medicine 1999)

De medische fout is een onderwerp dat de laatste jaren veel aandacht krijgt. In 1999, publiceerde de US Institute of Medicine een rapport met de titel *To Err Is Human*, waarin gekeken werd naar de rol van (menselijke) fouten in de gezondheidszorg. De constatering van het IOM dat in de Verenigde Staten 10 duizenden mensen per jaar overlijden als gevolg van medische fouten leidde tot een wereldwijde aandacht. In veel landen werden soortgelijke analyses gedaan; in 2000 werd bijvoorbeeld een rapport uitgebracht door de UK Department of Health (2000), waarin gekeken werd naar schade door medische fouten. (Randall 2003)

Ook in Nederland bestaat steeds meer aandacht voor risico's en fouten in de zorg. Deze toenemende aandacht leidt tot overheidsregulering en nadruk op het afleggen van verantwoording door de betrokken partijen. Toezichthouders willen de verantwoordingsplichten echter steeds dichterbij de daadwerkelijke uitvoering van de zorg brengen. (ZonMw 2012) Bij het klassieke toezicht richt de overheid zich vooral op de output, bijvoorbeeld de controle of er aan vergunningsvoorschriften is voldaan. Deze controle is niet alleen erg arbeidsintensief, maar kent daarnaast allerlei andere nadelen. Zo gaat er van klassiek toezicht op de output slechts een geringe stimulus tot leren uit. Daarnaast worden in deze vorm van toezicht allerlei belangrijke afhankelijkheden binnen systemen gemist die verantwoordelijk zijn voor de uitkomsten. (Helderman & Honingh 2009) Om deze mankementen te verhelpen worden nieuwe vormen van toezicht ontwikkeld. Een voorbeeld daarvan is het systeemtoezicht. In de ideale setting van systeemtoezicht bewaakt de onder toezicht gestelde zelf via haar interne borgingssysteem of aan de regels en normen van de toezichthouder is voldaan. De toezichthouder houdt toezicht in hoeverre dit ook daadwerkelijk gebeurt. (Helderman & Honingh 2009) Het denken over systeemtoezicht in de zorg is ook gestimuleerd door rapporten als dat van het IOM waarin een systeemperspectief op veiligheid wordt gepropageerd: veiligheid, zo is de veronderstelling van het IOM, is een kenmerk van het zorgsysteem en kan niet alleen door individueel handelen worden verklaard.

Uit onderzoek blijkt echter dat systeemtoezicht niet in alle sectoren bruikbaar is. Zo stellen Helderman & Honing (2009):

Systeemtoezicht heeft de grootste kans van slagen wanneer de sector zelf belang heeft bij het beheersen van veiligheids- en kwaliteitsrisico's. Daarnaast moet de verantwoordelijke veiligheids- of kwaliteitsfunctionaris gezag hebben in de organisatie en door de toezichthouder vertrouwd worden.

Hier is in de gezondheidszorgsector nog een hoop aan te winnen. De kwaliteitsfunctionaris heeft meestal onvoldoende gezag om de leiding aan te spreken en de IGZ omzeilt deze kwaliteitsfunctionaris vaak en stapt in plaats daarvan direct naar de Raad van Bestuur. Hierdoor ontstaat er geen goed beeld van wat er daadwerkelijk op de werkvloer gebeurt. (Helderman & Honingh 2009) Omdat bij het klassieke toezicht geen 100 procent controle plaats kan vinden, zal er naar een manier gezocht moeten worden om systeemtoezicht toch te laten werken. Aan wat voor voorwaarden en methoden moet systeemtoezicht voldoen om het passend te maken voor de zorg?

Er zijn vele andere sectoren waar systeemtoezicht net als bij de gezondheidszorg in ontwikkeling is en in enkele sectoren wordt het als volwaardig gebruikt. Volgens Helderman en Honingh (2009) komen de luchtvaart en de delfstofwinning als beste naar voren waar het om systeemtoezicht gaat. Daarnaast zijn er ook sectoren waar het systeemtoezicht net als bij de gezondheidszorg nog niet optimaal werkt, zoals het hoger onderwijs. Wanneer de gezondheidszorg verder wil in het passend maken van systeemtoezicht zal zij zich in andere sectoren moeten verdiepen. Wellicht kan de zorg dingen overnemen van de manier van werken uit deze sectoren. Er zijn in het verleden meerdere personen die onderzoek hebben gedaan naar de vergelijking tussen de luchtvaart en de gezondheidszorg. De Korne (2010) geeft aan dat de luchtvaart sector vergelijkbaar is met de gezondheidszorg. Dit komt volgens hem door de gelijkenissen in het gebruik van technologie, de eis om gespecialiseerde teams te hebben en het bestaan van risico's en onzekerheden. Randall (2003) heeft daar een meer kritische kijk op. Zij meent dat een vergelijking tussen de luchtvaart en de gezondheidszorg al vaker gemaakt is maar niet altijd even bruikbaar is. Dit komt doordat het type werk en technologie totaal verschillend is bij beide domeinen, er verschillende kwesties betrokken zijn bij de opleiding en de houding richting fouten verschilt tussen de domeinen. Amalberti en anderen (2005) zijn van mening dat het kopiëren en toepassen van de succes verhalen van de luchtvaart niet zomaar de oplossing is tot het veiliger maken van de zorgsector. De realiteit is vaak complexer, er zullen barrières overwonnen moeten worden die uiteindelijk de doorslag zullen geven. Daarnaast is er ook al eerder naar de vergelijking tussen het hoger onderwijs en zorgsector gekeken. DiPisa (2012) is van mening dat er erg veel gelijkenissen zitten tussen deze twee sectoren. Voorbeelden hiervan zijn de organisatiestructuur, de filosofie en de missie en behoeftes van het personeel. Doordat deze twee domeinen veel op elkaar lijken, kunnen zij gemakkelijk van elkaar leren op vlakken waar zij minder in presteren.

Vanuit dit onderzoek zal bekeken gaan worden of de gezondheidszorg kan leren van de wijze waarop het toezicht in de luchtvaart en het onderwijs is opgezet; en aan welke voorwaarden zou moeten voldoen om dat mogelijk te maken.

Dit onderzoek heeft als doelstelling: het genereren van meer kennis over het onderwerp systeemtoezicht. Het doel is om te kijken hoe de twee sectoren, luchtvaart, waar systeemtoezicht al een volleerd systeem is, en hoger onderwijs, dat in het zelfde stadium zit als de gezondheidszorg, systeemtoezicht toepassen binnen hun sector. Vanuit daar kan gekeken gaan worden wat de zorgsector hiervan zouden kunnen leren om systeemtoezicht passend te maken.

In het volgende hoofdstuk bespreek ik eerst de Inspectie voor de Gezondheidszorg en vervolgens de twee andere inspecties die worden onderzocht, namelijk de Onderwijsinspectie en de Inspectie Leefomgeving en Transport. Vervolgens ga ik in op wat er met toezicht bedoeld wordt. Hoofdstuk 3 bevat het theoretisch kader waarmee ik naar systeemtoezicht wil gaan kijken en mondt uit in een probleemstelling en specifieke onderzoeksvragen. Vervolgens presenteer ik in hoofdstuk 4 de methode van het onderzoek. In hoofdstuk 5 zal ik mijn resultaten tonen van het onderzoek waarbij de deelvragen de leidraad vormen. Uiteindelijk zal ik mijn scriptie eindigen met een discussie en de conclusie waarin ik antwoord geef op mijn probleemstelling.

Hoofdstuk 2: Toezicht

In dit hoofdstuk vindt een verdieping in de literatuur ten aanzien van toezicht plaats. Eerst bespreek ik wat de Inspectie voor de Gezondheidszorg voor een instantie is en wat er onder toezicht wordt verstaan. Daarnaast zullen ook die twee inspecties voor de luchtvaart en het onderwijs kort belicht worden.

2.1 De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

In 1995 werden de Geneeskundige Inspectie voor de Volksgezondheid, de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke volksgezondheid en de Inspectie van de Volksgezondheid voor de Geneesmiddelen ondergebracht in de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Hier is in 1997 nog het provinciale en grootstedelijk toezicht op de bejaardenoorden aan toegevoegd. (Robben et al. 2012)

De IGZ bevordert de volksgezondheid door handhaving van de kwaliteit van zorg, preventie en medische productie. De IGZ ziet daarbij toe op de uitvoering van een flink aantal wetten, waaronder de Kwaliteitswet Zorginstellingen, de Wet Beroepen in de Gezondheidszorg en de Wet op de Geneeskundige behandelovereenkomst (zie hieronder). De inspectie heeft een taak als adviseur richting bewindspersonen en maakt ten opzichte van zorgaanbieders gebruik van advies, stimulans, drang en dwang als bijdrage aan verantwoorde zorg. De inspectie onderzoekt en oordeelt onpartijdig, deskundig, zorgvuldig en onafhankelijk van de politiek. (IGZ 2012) De IGZ richt de handhaving voornamelijk op de risico's en fouten in de zorg en op de veiligheid van patiënten. Er wordt geprobeerd om de zorgaanbieder te stimuleren en in te grijpen wanneer de zorg niet verantwoord is. (IGZ 2008) Het primaire doel van de IGZ is om vanuit handhaving een bijdrage te leveren aan kwaliteitsverbetering en toename van patiëntveiligheid in de zorg waar dat kan en moet. (IGZ 2008)

Er zijn vier verschillende sectoren waar de IGZ toezicht op houdt. Als eerste is er de curatieve gezondheidszorg. Hierbij houdt de IGZ toezicht op de kwaliteit van de geneeskundige zorg die ziekenhuizen, huisartsen, apotheken, instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en andere zorgaanbieders leveren. Als tweede is er de verpleging en langdurige zorg, waarbij de IGZ opkomt voor de kwetsbare groepen als gehandicapten en ouderen. Daarnaast houdt de IGZ nog toezicht op de publieke gezondheidszorg. Deze tak gaat over de verantwoordelijkheid van de IGZ voor het toezicht op de zorg die aan de Nederlandse bevolking als geheel wordt gegeven, bijvoorbeeld door GGd's. Als laatste zijn er nog geneesmiddelen en medische technologie waar de IGZ toezicht op houdt. De inspectie controleert hiervoor fabrikanten, importeurs en groothandels die zich bezighouden op dit terrein. (IGZ 2012)

Het toezichtveld van de IGZ bestaat uit ongeveer 40.000 instellingen en bedrijven,

waar zo'n 1.3 miljoen personen werken, waaronder 800.000 zorgprofessionals. (IGZ 2012)

2.1 Toezicht in de gezondheidszorg

Toezicht kan omschreven worden als het verzamelen van informatie over de vraag of een handeling of zaak voldoet aan de daaraan gestelde eisen, waarna een oordeel wordt gevormd en naar aanleiding daarvan eventueel een interventie volgt. Toezicht is gericht op het bereiken van maatschappelijke effecten. Bij de gezondheidszorg is toezicht gericht op het voldoen aan kwaliteitseisen. (Velders-IMC 2012) De IGZ en de Nederlandse zorgautoriteit (Nza) houden toezicht op de kwaliteit van zorg. Daarnaast controleert de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) zorgondernemingen op grond van de mededingingswet. (Rijksoverheid 2012)

Er is een aantal wetten in Nederland waarin de kwaliteit van de zorg wordt gewaarborgd. Als eerste de Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ). De kwaliteitswet geldt voor instellingen die zorg verlenen op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en enkele andere regelingen. De eisen die in de wet worden gesteld zijn: het leveren van verantwoorde zorg, structurering van de organisatie/op kwaliteit gericht beleid, het opzetten van een kwaliteitssysteem en het maken van een kwaliteitsjaarverslag. (ZZP-MKB 2012) Hiernaast speelt ook de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet BIG) een belangrijke rol in de kwaliteitsbewaking. Deze wet beoogt de kwaliteit te bevorderen door de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren. De wet is gericht op de individuele gezondheidszorg en is dus rechtstreeks gericht op individuen. Om dit te waarborgen staan er in de wet bepalingen over zaken als titelbescherming, registratie, voorbehouden handelingen en tuchtrecht. (V&VN 2012) De KZi en de wet BIG samen vormen het kwaliteitsbeleid van de overheid; het leveren van verantwoorde zorg staat daarin centraal. (ZZP-MKB 2012)

Er zijn verschillende soorten toezicht die de IGZ toepast. Als eerste hanteert de IGZ het zogeheten *risico-indicator-toezicht*. Eerst brengt de inspectie in kaart waar de risico's voor de kwaliteit van de zorg groot zijn, waarna vervolgens via inspectiebezoeken of handavingsmaatregelen zij zorgaanbieders aansporen tot kwaliteitsverbetering. (IGZ 2012) Een tweede vorm is het *incident-toezicht*. Deze toezichtvorm is gebaseerd op meldingen en signalen die tot calamiteiten hebben geleid of wijzen op risicovolle situaties. (Robben et al. 2012) Naar aanleiding van sommige meldingen neemt de inspectie handavingsmaatregelen. Deze maatregelen kunnen variëren van advies en stimulering tot correctie of dwang. (IGZ 2012) Als derde bestaat dan nog *thema-toezicht*, dit toezicht is gericht op risicovolle aspecten of gebieden. (Robben et al. 2012) Het doel van deze vorm van toezicht is landelijk inzicht krijgen in zaken als: effecten van overheidsbeleid, specifieke knelpunten in de zorg, tekortkomingen in de zorg en traceren van dreigende

problemen in de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Het onderzoek naar zulke thema's kan leiden tot verbeteringen in de onderzochte instellingen. (IGZ 2012) Daarnaast is er een nieuwe vorm van toezicht die de laatste jaren aan het opkomen is in de zorg, het *systeemtoezicht*. (Robben et al. 2012) Die laatste vorm, die nog volop in ontwikkeling is, is het onderwerp van deze scriptie.

2.3 Inspectie voor het Onderwijs (IvhO)

De inspectie voor het onderwijs is opgericht in 1802 en vierde onlangs haar 210-jarig bestaan. De missie van de inspectie is: *Effectief toezicht voor goed onderwijs*. (IvhO website) Leerlingen, studenten en ouders moeten erop kunnen vertrouwen dat het onderwijs op een onderwijsinstelling goed is. Het schoolbestuur is verantwoordelijk voor de kwaliteit van het onderwijs en moet zich tegenover de inspectie verantwoorden over de resultaten. Het gaat hierbij over erg uiteenlopende resultaten. Voorbeelden hiervan zijn: krijgen alle leerlingen onderwijs van voldoende kwaliteit, voldoen scholen aan wet- en regelgeving en hebben ze hun financiën op orde? Daarnaast heeft de inspectie als taak om gevraagd en ongevraagd te rapporteren over ontwikkelingen binnen het onderwijs, met als uiteindelijke doel onderwijs als geheel te verbeteren. Wat goed onderwijs is, bepaalt de inspectie niet zelf. De kwaliteit van het onderwijs wordt door de inspectie beoordeeld op basis van voorschriften in de verschillende onderwijswetten en aan de hand van andere aspecten van kwaliteit. Voorbeelden hiervan zijn: het didactisch handelen van leraren, het schoolklimaat en leerresultaten. (IvhO 2012).

Het toezicht op het hoger onderwijs is geregeld in de Wet op het Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek (WHW) en in de Wet op het onderwijstoezicht (WOT). Daarnaast wordt de kwaliteit van individuele opleiding bewaakt met het accreditatiestelsel, dit geldt alleen in het hoger onderwijs. Dit stelsel wordt beheerd door de Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie (NVAO). Alleen opleidingen die door de NVAO goedgekeurd zijn, oftewel geaccrediteerd zijn, worden door de overheid erkend en ontvangen subsidie. De inspectie houdt toezicht op het functioneren van het gehele accreditatiestelsel. (IvhO 2013)

2.4 Inspectie Leefomgeving en Transport (ILT)

De Inspectie Leefomgeving en Transport bewaakt en stimuleert de naleving van wet- en regelgeving voor een veilige en duurzame leefomgeving en transport. Deze inspectie staat voor een goede dienstverlening, rechtvaardige handhaving en adequate opsporing. Dit doen ze vaak voor zover mogelijk in samenwerking met andere inspecties. Beleidsmakers bepalen de regels, burgers en bedrijven zijn verantwoordelijk voor de uitvoering en de inspectie ziet toe op de naleving. Bij het domein leefomgeving horen voornamelijk het behoud van een veilige en gezonde woon- en werkomgeving en het beperken van belastende invloeden op het milieu. Voorbeelden hiervan zijn: toezicht op veiligheid van bouwwerken en drinkwater, verantwoorde verwerking van afval en het beperken van risico's van gevaarlijke stoffen en industrieën. De transportdomeinen zetten zich in voor een veilig transport

over de weg, door de lucht en over het water. Hierbij kan gedacht worden aan: toezicht op bedrijven werkzaam in deze sector, de infrastructuur op het spoor en in de luchtvaart en de geldende eisen. De ILT is de inspectie die voortvloeit uit de samenvoeging van de VROM- inspectie en de Inspectie Verkeer en Waterstaat. (ILT 2012)

In 1992 is de Wet luchtvaart (WI) opgesteld met regels betreffende de bescherming van de openbare veiligheid bij het gebruik van het luchtruim en de bevordering van de veilige, ordelijke en vlotte afwikkeling van het luchtverkeer. Art.7.1 lid 1 WI verplicht natuurlijke personen en rechtspersonen die onder de wet vallen om voorvallen te melden. Voorvallen worden door Art.1 WI gedefinieerd als volgt: ~~een~~ operationele onderbreking, defect, fout of andere onregelmatigheid, waardoor de vliegveiligheid wordt of kan worden beïnvloed, zonder dat sprake is van een ongeval of ernstig incident.+Het toezicht op de naleving van de Wet luchtvaart wordt voornamelijk uitgeoefend door de minister van Infrastructuur en Milieu, en namens deze door de Inspectie Leefomgeving en Transport.

Hoofdstuk 3: Theoretisch Kader

In dit hoofdstuk bespreek ik wat systeemtoezicht precies inhoudt, hoe het ontstaan is en aan welke voorwaarden instellingen moeten voldoen om systeemtoezicht zo goed mogelijk te laten werken. Ook zal de theorie over systeemtoezicht besproken worden. Aan de hand hiervan worden uiteindelijk de probleemstelling en de daartoe behorende onderzoeksvragen benoemd.

3.1 Systeemtoezicht

Systeemtoezicht kan worden gedefinieerd als:

%Toezicht door de overheid dat gebruik maakt van en toezicht houdt op de kwaliteit van het kwaliteit & veiligheidssysteem zoals gehanteerd binnen instellingen waarbij zorgbestuurders en raden van toezicht meer verantwoordelijkheid nemen.+(ZonMw 2012)

Systeemtoezicht is een ander soort toezicht dan het klassieke toezicht. Bij het klassiek toezicht wordt gecontroleerd of een instelling de regels overtreedt. Bij systeemtoezicht controleert de instelling dit zelf op basis van het interne zorgsysteem en stuurt zichzelf bij waar nodig. (Helderman & Honingh 2009: 35) Bij systeemtoezicht wordt de verantwoordelijkheid en uitvoering van toezicht deels naar de zorgaanbieder zelf verplaatst. Daarnaast vraagt het een andere benadering voor de externe toezichthouder. (idem) Systeemtoezicht is het verticale toezicht vanuit de overheid waarbij de reikwijdte, werking en opzet van kwaliteitssystemen bij organisaties wordt vastgesteld en aan toezicht wordt onderworpen. Dit gebeurt door auditachtige onderzoeken met *reality checks* en door gebruik te maken van het interne borgingsysteem van de organisatie. (Robben et al. 2012; Helderman & Honingh 2009) In deze controle audits wordt nagegaan door de toezichthouder of werknemers en management de regels kennen, of er procedures en afspraken zijn om te garanderen dat deze regels worden nageleefd en of er controlemechanismen zijn. (Helderman & Honingh 2009: 35) In dit toezicht is er aandacht voor de systemen, processen en methoden die gericht zijn op het borgen van de naleving van de wettelijke eisen, maar is er ook aandacht voor de feitelijke naleving zelf. (de Bree 2010)

Door middel van systeemtoezicht kan een prikkel worden gegeven om bedrijven tot verbetering aan te zetten. Hiermee kan de toezichthouder ervoor zorgen dat het bedrijf maatschappelijke belangen borgt en blijft borgen. (EITC 2012) Vertrouwen speelt bij systeemtoezicht een erg belangrijke rol. Er moet wel opgepast worden bij systeemtoezicht dat het geen papieren vorm wordt, zonder fysieke en op de directe waarneming gebaseerde inspectie. De deskundige *reality checks* zoals net genoemd blijven nodig. (Knottnerus 2012)

De opkomst van systeemtoezicht past bij de roep naar een meer doeltreffende en doelmatige overheid. Het verminderen van de toezichtlast voor de onder toezicht gestelde en de overheid is een belangrijke motivatie geweest om naar een nieuwe vorm van toezicht te zoeken. Bij goede kwaliteitssystemen en bij correct naleefgedrag worden instellingen beloond met meer vertrouwen van de overheid en minder controle. Echter, vertrouwen is iets dat continu bestendig dient te worden. Soms zorgt een enkel incident ervoor dat vertrouwen snel omslaat in wantrouwen, waarnaar de roep naar strenger toezicht weer toeneemt. (Helderman & Honingh: 16) Daarentegen was in een aantal sectoren juist een crisissituatie of het besef van een dreigende crisis een directe aanleiding voor het ontwikkelen van systeemtoezicht. (Helderman & Honingh 2009: 64)

Het is echter de vraag of systeemtoezicht in alle sectoren kan worden toegepast. Zo stellen Helderman & Honingh dat de geschiktheid van sectoren voor systeemtoezicht afhangt van het type risico dat er bestaat en van de afhankelijkheidsrelatie van actoren die betrokken zijn bij deze risico's. (Helderman & Honingh 2009) Daar waar de risiconemer direct belang heeft bij het voorkomen van het risico is de kans op het effectief zijn van systeemtoezicht groter. Het is belangrijk om te weten wat kwaliteit inhoudt binnen een instelling en hoe dit geoperationaliseerd wordt. Vaak is kwaliteit moeilijk te objectiveren en operationaliseren, waarna het moeilijk is om effectief systeemtoezicht uit te oefenen. Immers, als instellingen zich niet aan eenduidige kwaliteitsmaatstaven kunnen houden, kunnen ze zelf ook moeilijker toezicht houden op de naleving daarvan. Ook moeten primaire werkprocessen, voor het gebruik maken van systeemtoezicht, gestandaardiseerd zijn. Het intern borgingsysteem is erg belangrijk, wil men dat het systeemtoezicht werkt binnen de organisatie. In een borgingsysteem vindt controle plaats door middel van bepaalde procedures op de kwaliteit die de instelling levert in bepaalde diensten. Daarom is de wijze waarop de organisatie gebruik maakt van dit intern borgingsysteem van groot belang voor de werking van het systeemtoezicht. Wanneer dit systeem onvoldoende garantie biedt voor het vermijden van risico's, is het niet betrouwbaar en daardoor niet bruikbaar is voor systeemtoezicht. (idem)

Voor de onder toezicht gestelde dient derhalve aan een aantal voorwaarden te worden voldaan om effectief systeemtoezicht te kunnen toepassen binnen de organisatie:

- Weten wat kwaliteit inhoudt binnen de organisatie en hoe dit geoperationaliseerd wordt;
- Standaardiseren van processen binnen de organisatie;
- Een goede kwaliteit en gebruik van het intern borgingssysteem.

Daarnaast is een aantal zaken belangrijk voor de toezichthouder zelf:

- Er moet vertrouwen zijn in de organisatie;
- Er moet gesproken worden met de kwaliteitsfunctionaris en met personen werkzaam in het primair proces, zodat duidelijk wordt wat zich op de werkvloer afspeelt;
- De inspectie moet fysiek en direct betrokken blijven bij de organisatie; ze moet *reality checks* uitvoeren.

3.2 Systeemtoezicht in de sectoren luchtvaart en onderwijs

Luchtvaart

Gezien de complexiteit van de luchtvaartsector en het grote maatschappelijke belang van een veilige luchtvaart is er binnen deze sector al in een ver verleden gekozen voor een integraal veiligheidsbeleid. Binnen de luchtvaartsector hebben de luchtvaart operationele bedrijven een eigen kwaliteitssysteem dat zowel intern als extern regelmatig wordt geaudit. Daarnaast hebben de luchtvaarmaatschappijen eigen veiligheidsmanagementsystemen en voeren ook eigen audits uit voor eventuele aanpassingen in deze systemen. Deze combinatie van elementen maakt het systeemtoezicht werkend binnen deze sector. (Helderman & Honingh 2009: 46)

Het hoger onderwijs

In het onderwijs blijkt er nog nauwelijks sprake te zijn van een systeem. Dit heeft te maken met het uiteenlopen van belangen voor verschillende partijen. Daarnaast hebben de risico's van onderwijs niet direct impact op de medewerkers zelf. Ze zijn meer politiek en maatschappelijk van aard. Programma's met betrekking tot onderwijs hebben vooral een preventief karakter en missen daarmee de urgentie die wel ervaren wordt als zich een zichtbare of voorstelbare ramp met fatale gevolgen volstrekt. Hierdoor blijft het systeemtoezicht in het onderwijs nog achter. (Helderman & Honingh 2009: 50)

Gezondheidszorg

Binnen de gezondheidszorg blijkt het systeemtoezicht nog niet effectief geïmplementeerd. Voor het effectief zijn van systeemtoezicht is het belangrijk dat de verantwoordelijke veiligheids- en kwaliteitsfunctionaris gezag heeft binnen de organisatie én vertrouwd wordt door de toezichthouder. In de gezondheidszorg is dit niet altijd het geval. De kwaliteitsfunctionaris heeft meestal onvoldoende gezag om de leiding aan te spreken. Daarnaast omzeilt de IGZ hem en spreekt daarentegen direct de Raad van Bestuur aan; deze laatste staat te ver af van de werkvloer om daar effectief om te kunnen reageren. (Helderman & Honingh 2009: 51) Hoewel Helderman & honing op basis hiervan pessimistisch zijn over de mogelijkheden systeemtoezicht toe te passen op de zorg laten ontwikkelingen in de afgelopen jaren

echter zien dat de voorwaarden voor systeemtoezicht zijn verbeterd. Zo is er veel geïnvesteerd in standaardisering van zorgprocessen alsmede in de totstandkoming van kwaliteitskaders. Op basis hiervan heeft de IGZ ook het initiatief genomen met het ontwikkelen van systeemtoezicht.

3.3 Onderzoeksvragen

Om te kijken hoe systeemtoezicht vanuit de Inspectie voor de Gezondheidszorg een passende vorm kan krijgen voor de zorg, moet gekeken worden waar verbeteringen nodig zijn en waar er eventuele mogelijkheden liggen. Omdat in een aantal andere sectoren het systeemtoezicht al als een volwaardige vorm van toezicht wordt gebruikt kunnen zorginstellingen en de IGZ hier mogelijk van leren. Het gaat dan enerzijds om sectoren waar al veel met systeemtoezicht wordt gewerkt, zoals de luchtvaart. Leren van deze sectoren kan in de praktijk echter lastig zijn, juist omdat in deze sectoren de voorwaarden voor systeemtoezicht zoals hierboven beschreven al in hoge mate gerealiseerd zijn. Dit kan bovendien mogelijk samenhangen met de aard van het werk in deze sectoren, die het beter mogelijk maakt processen te standaardiseren, kwaliteitsmaatstaven aan te leggen, alsmede met het eigenaarschap van de risico's. Het is daarom goed om ook te kijken naar een sector die meer overeenkomsten vertoont met de gezondheidszorg op deze aspecten, zoals het onderwijs. Hoe wordt binnen zo'n sector vormgegeven aan systeemtoezicht en in hoeverre wijkt dit af van systeemtoezicht van de luchtvaartsector? Vanuit daar zal deze vraag centraal staan in dit onderzoek:

Aan welke voorwaarden moet de gezondheidszorg voldoen om systeemtoezicht passend te maken voor deze sector?

Deze centrale vraag zal met behulp van een aantal meer specifieke onderzoeksvragen beantwoord worden.

- Op welke wijze wordt aan systeemtoezicht vormgegeven binnen de gezondheidszorg, het hoger onderwijs en de luchtvaart?
- Hoe wordt kwaliteit geoperationaliseerd binnen instellingen in de gezondheidszorg, het hoger onderwijs en de luchtvaart?
- Hoe is het intern borgingsysteem ingevuld binnen deze instellingen?
- Hoe worden processen gestandaardiseerd binnen deze instellingen?
- Welke lessen kunnen hieruit worden getrokken voor de gezondheidszorg?

Hoofdstuk 4: Methoden

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe het onderzoek is uitgevoerd. Ik beschrijf hoe de verschillende data verzameld zijn en hoe uiteindelijk de analyse gemaakt is om de probleemanalyse te beantwoorden. Daarnaast bespreek ik de kwaliteit van het onderzoek, meer specifiek de validiteit en de betrouwbaarheid.

4.1 Dataverzameling

Om een antwoord te geven op de probleemstelling is er naar drie verschillende sectoren gekeken, te weten de luchtvaart, het hoger onderwijs en de gezondheidszorg. Binnen elke sector is zowel de betreffende inspectie als een instelling onderzocht.

De dataverzameling bestaat voornamelijk uit interviews met inspecteurs en kwaliteitsmedewerkers uit instellingen. Het doel van het onderzoek was informatie verkrijgen over het toepassen van systeemtoezicht in de gezondheidszorg. Als eerst is er gesproken met dhr. Martin de Bree, een expert op het gebied van systeemtoezicht. Hij is als extern bureau ingehuurd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg om het systeemtoezicht te gaan toetsen in gezondheidszorg. Hij is met een team van inspecteurs en onderzoekers een pilot gestart met zes instellingen om zo te kijken hoe het systeemtoezicht werkt. Met hem is gesproken over hoe de gezondheidszorg op dit moment het systeemtoezicht toepast. Daarnaast is er binnen de gezondheidszorg gesproken met een kwaliteitsmanager en een kwaliteitsfunctionaris van een gehandicapten instelling. Er is gekozen om te gaan kijken naar de sector luchtvaart, omdat in de luchtvaart systeemtoezicht ver ontwikkeld is. Er is een interview gehouden met een Veiligheid Inspecteur van de Inspectie Leefomgeving en Transport en met een Safety Manager van een organisatie binnen de luchtvaart. Als laatste is er gekozen voor een sector die net als de gezondheidszorg nog niet erg ver is met het invoeren van systeemtoezicht. Deze sector is het hoger onderwijs. Er is binnen deze sector gesproken met een kwaliteit medewerker van een universiteit en met een inspecteur van de Inspectie voor het Onderwijs. Ook is er gesproken met een voormalig onderwijs directeur van een universiteit. Daarnaast is er een extra interview gehouden met een medewerker van de provincie Noord-Brabant die toezicht houden op chemie bedrijven binnen deze provincie. In het theoretisch kader is er gesproken over het algemene onderwijs en het hoger onderwijs. In het verdere onderzoek is het vooral gericht op het hoger onderwijs aangezien er gesproken is met een kwaliteitsmedewerker van een universiteit.

Daarnaast zijn er verschillende documenten bekeken van deze instellingen en de betreffende inspecties. Binnen de gehandicapten instelling waren dit management rapporten. Vanuit de kwaliteitsmedewerker van de universiteit waren dit beleidsplannen en jaarplannen. Daarnaast is er ook nog gekeken naar beleidskaders

voor systeemgericht toezicht vanuit de chemie. Ook heb ik tijdens mijn stage, die ik heb gelopen in het ziekenhuis, kunnen observeren hoe bepaalde zaken werken binnen ziekenhuizen. Vanuit hier heb ik ook data verzameld.

De interviews met inspecties en instellingen waren semi-gestructureerd waarbij de voorwaarden voor systeemtoezicht zoals geformuleerd in hoofdstuk 3 een leidraad vormden, maar waarin tegelijkertijd ruimte was voor het inbrengen van eigen ervaring met (systeem)toezicht van de respondenten. Een paar onderwerpen stonden in de interviews met de kwaliteitsmedewerkers centraal. Als eerste is er gevraagd wat toezicht inhoudt voor de bepaalde instelling. Hoe zij omgaan met het toezicht vanuit de inspectie en hoe zij direct te maken hebben met het toezicht dat de inspectie op hen heeft. Daarnaast is er gevraagd naar systeemtoezicht: wat de instelling bij systeemtoezicht denkt en hoe de instelling zich probeert te gedragen om het systeemtoezicht het best tot zijn recht te laten komen. Het tweede onderwerp was de kwaliteit van de diensten. Wat verstaan de instellingen onder kwaliteit en in hoeverre is dit binnen de instelling vastgesteld. Het is duidelijk geworden of de instellingen een eenduidig beleid hebben over wat nu precies kwaliteit is en hoe zij dit willen waarborgen. Hierbij komen we gelijk aan bij het derde onderwerp, namelijk het intern borgingsysteem. Hierover is gevraagd of er bepaalde procedures binnen de instelling zijn die de kwaliteit controleren van de geleverde diensten. Er is ter sprake gekomen hoe de instelling deze systemen gebruiken en of deze genoeg weerstand bieden tegen eventuele risico's binnen de instelling. Bij het laatste onderwerp is het gegaan over het standaardiseren van kwaliteitsprocessen binnen de instellingen. Er is gevraagd naar eventuele protocollen en richtlijnen die over processen gaan in de instelling. Wanneer er niet gebruik gemaakt wordt van gestandaardiseerde processen, is er gevraagd hoe zij dan de kwaliteit weten te waarborgen.

Vervolgens zijn er inspecteurs uit de drie verschillende sectoren geïnterviewd. Er is gevraagd welke rol vertrouwen in de organisatie waar zij toezicht op moeten houden speelt en hoe de praktijk van het systeemtoezicht eruit ziet. Een voorbeeld hiervan is: hoe inspecteurs inzicht krijgen in wat zich op de werkvloer afspeelt. Als laatste is het gegaan over de vraag hoe de inspecties fysiek en direct betrokken blijven bij de organisatie en hoe zij reality checks uitvoeren. Natuurlijk is het gesprek ook gegaan over wat de inspecteur onder systeemtoezicht verstaat en wat hij vindt dat instellingen hiervoor moeten doen en verbeteren, maar ook wat zij zelf zouden moeten doen en verbeteren.

4.2 De analyse

Met behulp van de verkregen informatie uit de interviews en uit de verschillende documenten, geeft het volgende hoofdstuk de resultaten van het onderzoek weer. De gevonden voorwaarde in hoofdstuk 3 vormen de leidraad in deze analyse. Er is gekeken welke voorwaarden er nodig zijn voor systeemtoezicht en vanuit daar is bekeken hoe elke instelling ervoor staat en waar eventuele verbeterpunten zijn. Het

gaat hierbij om twee vergelijkingen: een tussen een sector waar aan de voorwaarden voor systeemtoezicht is voldaan met sectoren waar dat niet het geval is, namelijk tussen de luchtvaart en de zorgsector. De tweede vergelijking gaat over de sectoren (zorg en hoger onderwijs) waar niet aan de voorwaarden voor systeemtoezicht is voldaan: hoe proberen deze sectoren toch systeemtoezicht in te voeren en wat dit betekent voor betrokken instellingen en inspecties.

De deelvragen die eerder zijn opgesteld zijn evaluatieve vragen, die betrekking hebben op de voorwaarde om systeemtoezicht te laten werken. De antwoorden op deze vragen, die in het volgend hoofdstuk aan bod komen, maken duidelijk wat systeemtoezicht passend maakt binnen deze instellingen. Vanuit hier is bekeken wat de gezondheidszorg, met name zorginstellingen en de IGZ, hiervan kunnen leren. Dit leidde tot de beantwoording van de hoofdvraag, namelijk: wat de voorwaarden voor systeemtoezicht zijn om dit nieuwe toezicht binnen de gezondheidszorg te laten werken. Doordat ik met twee andere sectoren heb gesproken kwamen er ook dingen naar boven die de gezondheidszorg kan gaan gebruiken. Vanuit de interviews zijn eerst de deelvragen per sector beantwoord. Vervolgens is vanuit daar een algehele conclusie getrokken worden waarna de probleemstelling beantwoord is.

4.3 Validiteit en betrouwbaarheid

Er zijn een aantal strategieën gebruikt om de geloofwaardigheid van dit onderzoek te verhogen. Als eerste is er geprobeerd binnen interviews diep op het onderwerp in te gaan en niet te blijven hangen bij de oppervlakte. Zo is er geprobeerd om respondenten dieper in hun betekenisgeving te laten graven zodat alle details naar boven komen. Daarnaast zijn er verschillende soorten data geanalyseerd om zo op verschillende manieren naar dezelfde onderwerpen te zoeken. Zo zijn er eerst interviews gehouden en daarnaast is er op zoek gegaan naar verschillende soorten documenten. Vanuit de begeleider van dit onderzoek heeft er peer briefing plaatsgevonden. Hij heeft naar de resultaten gekeken en kritische vragen gesteld hierover. Op deze manier zijn er problemen en gaten in de analyse opgemerkt en konden die vervolgens verholpen worden. Ook dit heeft de validiteit verhoogd en dus de geloofwaardigheid van dit onderzoek. De betrouwbaarheid van dit onderzoek is ook verhoogd, namelijk door dezelfde interviews af te nemen bij al de verschillende kwaliteitsmedewerkers. Daarnaast is er een zelfreflectie gemaakt, hierin is duidelijkheid gecreëerd over de positie van de onderzoeker. Hierdoor zijn eigen visies en interpretaties over het onderwerp uitgeschakeld.

Naast het verhogen van de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek, waren ook de interviews zo goed mogelijk. Het uiteindelijke doel was namelijk dat er door middel van de interviews een goed beeld verkregen werd van de verschillende onderwerpen. De interviews zijn zo snel mogelijk na het hebben van de afspraak uitgetypt zodat het interview nog vers in het geheugen zat. Er is van het interview een goed en duidelijk transcript gemaakt, zodat de analyse uiteindelijk makkelijker te maken was. Ook zijn emoties meegenomen in dit transcript, zodat duidelijk was hoe

en waarom er bepaalde dingen werden gezegd.

De reikwijdte van dit onderzoek is niet erg groot omdat er maar met één instelling uit elke sector wordt gesproken. Daarom is het belangrijk dat het onderzoek van goede kwaliteit is wil het daadwerkelijk iets kunnen bijdragen aan de zorgsector. Daarnaast is de kracht van het onderzoek niet zo groot omdat het maar een klein onderzoek is. Daarom is er gestreefd om de interviews zo goed mogelijk te laten verlopen zodat er genoeg informatie beschikbaar kwam om uiteindelijk de deelvragen te beantwoorden. Hiervoor moesten de interviews goed voorbereid zijn zodat alles gevraagd werd en er niets gemist zou worden. Het onderzoek is vooral exploratief geweest, maar er zijn wel enkele aanbevelingen voor de zorgsector.

Hoofdstuk 5: Resultaten

Binnen dit hoofdstuk zullen de resultaten van het onderzoek naar systeemtoezicht worden weergegeven. Het hoofdstuk is opgebouwd uit verschillende paragrafen die de verschillende deelvragen vormen. Vervolgens is er onderscheid gemaakt tussen de verschillende sectoren per deelvraag.

5.1 Vormgeving systeemtoezicht

In de volgende paragraaf wordt weergegeven hoe het systeemtoezicht op dit moment is ingericht binnen de drie verschillende sectoren; de luchtvaart, het onderwijs en de gezondheidszorg. Hiervoor is gesproken met inspecteurs van de toezichthouders van deze sectoren.

5.1.1 De luchtvaart

De luchtvaart is al vele jaren geleden begonnen met het houden van systeemgericht toezicht. *“Dit is begonnen doordat men in de luchtvaart niet alleen te maken had met de Nederlandse regelgeving, maar ook met de regelgeving van Europa en daarbuiten. In principe is er niks aan de hand wanneer je in Nederland zou vliegen, dan kun je zo gezegd, neer storten waar je wilt. Dit is anders wanneer je bijvoorbeeld naar Engeland vliegt.”*+(Inspecteur ILT) Hierdoor moesten er al heel vroeg regels gemaakt worden tussen landen om het vliegen veiliger te maken. Dit begon net na de Tweede Wereldoorlog. Men was van mening dat de economie beter moest gaan draaien en dat er ook afspraken gemaakt moesten worden over de luchtvaart. De International Civil Aviation Organisation (ICAO) heeft daarom regels opgesteld voor het internationale vliegverkeer. Vanaf die periode is het bergopwaarts gegaan met de luchtvaart; er kwamen steeds minder ongelukken. Wanneer er wel weer een ongeluk gebeurde kwam er een nieuwe regel om dit voortaan te voorkomen. (Interview inspecteur ILT 2013)

Er waren drie stappen nodig voordat de luchtvaart startte met het houden van systeemtoezicht. Als eerst is er regelgeving nodig, wat vooral in het begin het geval was. Er gebeurde een ongeluk en om dit de volgende keer te voorkomen werd er een nieuwe regel gemaakt. Daarna werd er vooral veel tijd gestoken in de techniek. Hier gaat het in de luchtvaart om: modernere vliegtuigen en modernere motoren. Zo is rond 1956 besloten dat alles in het vliegtuig een back up nodig heeft. In een vliegtuig moeten altijd twee piloten aanwezig zijn, twee accu's, twee brandstofpompen en vier motoren. Als laatste is er nog het personeel. Iedereen moet opgeleid zijn, de duur van de opleiding speelt daarin geen rol, er is niemand in de luchtvaart die geen opleiding heeft gehad. Daarnaast worden er in de luchtvaart herhalingschecks gedaan om te zorgen dat iedereen up-to-date blijft. *“Er zal altijd aan regelgeving, techniek en personeel voldaan moeten worden in een bedrijf wil je de kwaliteit hoog krijgen en behouden”*+(Interview inspecteur ILT)

Vanuit deze klassieke manier van verbeteren van de veiligheid begon de luchtvaart in de jaren 80 aan systeemtoezicht. Zo begon de luchtvaart te werken met kwaliteitscirkels, plan-do-check-act, die de Amerikaan W. Edwards Deming geïntroduceerd had in Japan.

De plan-do-check-act (PDCA) cirkel is een bekend model voor het verbeteren van een continu proces. Het leert organisaties om een actie te plannen, het uit te voeren, te checken en om uiteindelijk te zien wat er geleerd is volgens het plan en hoe hierop gereageerd dient te worden. Walter A. Shewhart was de eerste die het concept van de PDCA bediscussieerde in zijn boek in 1939. Maar Deming was vervolgens de eerste die er een term aan vast hing en het concept introduceerde in Japan. (Johnson 2002) (zie bijlage I PDCA cyclus). *Binnen deze cyclus werd niet pas aan het eind van het proces gekeken wat er goed of fout gegaan was. Er werd overal in het proces gekeken hoe het ervoor stond op bepaalde momenten* (Inspecteur ILT) Het gevolg hiervan is dat de eindresultaten veel hoger zijn. Dit is wat ze in de luchtvaart het Quality Management System (QMS) noemen, oftewel het kwaliteit management systeem. Dit systeem houdt in wat zojuist ook al benoemd is: alle regelgeving op orde hebben, alle techniek op orde hebben en al het personeel opgeleid hebben. Het gaat dan niet alleen om het systeem als zondanig, maar vooral ook om de implementatie daarvan in opleidingen en procedures binnen de organisatie. Met het QMS wordt de kwaliteit van alle activiteiten geborgd. Voor systeemtoezicht moet voor elke activiteit een procedure zijn. Eigenlijk is het geen direct toezicht door de inspectie. Het toezicht ligt bij het bedrijf zelf. De rol van de inspectie is vooral het toezien op het functioneren van het kwaliteitssysteem. (Interview Inspecteur ILT)

Voordat systeemtoezicht gerealiseerd was binnen de luchtvaart werd er door de inspectie alleen gesproken met medewerkers op de vloer, zoals piloten en verkeersleiders. Toen er in de jaren 80 gewerkt ging worden met de borging van kwaliteit door middel van kwaliteitssystemen, ging de inspectie niet langer direct op de werkvloer controleren, maar stapte zij naar de kwaliteitsmanager van het bedrijf. Er werd gekeken of die kwaliteitsmanager zelf toezicht had gedaan binnen het bedrijf. Bij systeemtoezicht wordt namelijk gekeken of er zelf in het bedrijf is gekeken of de handboeken nog goed zijn en of er gecontroleerd is dat deze ook worden nageleefd. Daarnaast moet er gekeken worden naar de *waarom*-vraag. Er moeten bevindingen zijn, namelijk als de procedures niet worden nageleefd, waarom dat dan zo is. Er moet gekeken worden of de procedure aanpassing nodig heeft of dat de medewerkers een training nodig hebben. Binnen het bedrijf dient de kwaliteitsmanager de interne audits uit te voeren, waarin alles dat hierboven genoemd is naar voren komt. Vanuit deze interne audits moeten er bevindingen komen, waar vervolgens actie op ondernomen wordt. (Interview Inspecteur ILT)

Om te kijken of de organisatie ook daadwerkelijk doet wat zij zegt, houdt de inspectie ook reality checks. Hierin kijken inspecteurs of de realiteit overeenkomt met hetgeen ze gehoord hebben tijdens het gesprek met de kwaliteitsmanager. Het verschil met het klassieke toezicht is dat het ouderwetse inspecteren op de werkvloer

voor een gedeelte wegvalt. Dit gebeurt alleen nog in de reality checks. *%Uiteindelijk zijn er drie dingen waar het systeemtoezicht te allen tijden op terugvalt, namelijk de vangnetten: regelgeving, techniek en personeel. Dit kan ook daadwerkelijk gezien worden als vangnetten achter elkaar. Zoals James Reason ooit de gatenkaastheorie bedacht, de vangnetten zorgen ervoor dat het een het ander opvangt wanneer er ergens een fout zit.*+(Inspecteur ILT)

Uiteindelijk kan het systeemtoezicht in de luchtvaart omvat worden met drie kernbegrippen: regelgeving, techniek en personeel. Deze drie begrippen omvatten alle procedures en handboeken binnen de organisatie. Voor systeemtoezicht moet een bedrijf deze kernbegrippen daarom goed op orde hebben. De kwaliteitsmanager houdt hier intern toezicht op. De inspectie houdt zich hierbij meer op de achtergrond en controleert of de kwaliteitsmanager zelf toezicht heeft gehouden binnen het bedrijf.

5.1.2 Het hoger onderwijs

Het toezicht op instellingen in de onderwijssector is de laatste jaren erg veranderd. Dit komt voornamelijk doordat er meer aandacht is voor het onderwijs vanuit de pers en de politiek. Daarnaast wil de Inspectie voor het Onderwijs (Ivho) zich meer gaan richten op risicogericht toezicht, met veel aandacht daarin voor de basiskwaliteit. *%Afgelopen jaren zijn wij strenger geworden in het houden van toezicht. We zijn veel bezig geweest met de basiskwaliteit en willen ons nu gaan focussen op de scholen daar vlak boven: Hoe kunnen die nog beter worden?*+(Inspecteur Ivho)

De Ivho wil graag activerend te werk gaan. Zij vinden dat instellingen zelf verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van hun onderwijs, examinering en bedrijfsvoering. Inspecteurs activeren en stimuleren de instellingen om deze verantwoordelijkheden waar te maken. Dit gebeurt door aan te sluiten bij de zelfevaluatie, het eigen beleid en de verantwoordingsgegevens van de instelling. In 2012 heeft de inspectie besloten om het bestuur van een instelling intensiever aan te spreken op zijn verantwoordelijkheid voor kwaliteit en kwaliteitsborging. *%Wij willen bereiken dat de instelling vooral zelf risico's en tekorten in beeld heeft.*+(Toezichtkader Beroepsonderwijs 2012) Ook wil de Ivho het toezicht gaan verschuiven, in eerste instantie gaat het niet meer om het toezicht van Ivho zelf.

Daarnaast heeft de Ivho besloten om in 2012 het risicogericht toezicht verder aan te scherpen. Daarbij wordt het uitgangspunt gehanteerd om het toezicht te beperken waar dat kan. Nieuw in het toezichtkader is, dat inspecteurs bij instellingen die voldoende presteren en eventuele tekortkomingen onder controle hebben nog maar eens in de drie jaar op bezoek gaan. Wel wordt er jaarlijks aan risicomonitoring gedaan, maar dit gebeurt op afstand. Wanneer er in deze risicomonitoring niets bijzonders wordt geconstateerd merkt de instelling daar niets van. *%Proportioneel toezicht belooft instellingen die hun kwaliteit en hun kwaliteitsborging op orde hebben.*+(Toezichtkader Beroepsonderwijs 2012). Deze manier van werken levert een positieve prikkel: indien de inspectie minder risico constateert en de

kwaliteitsborging op orde is, leidt dit tot minder toezicht.

Binnen de werkwijze van de IvHO wordt er onderscheid gemaakt tussen eerste orde toezicht en tweede orde toezicht. Het eerste orde toezicht richt zich op alle instellingen. Dit bestaat onder andere uit het opmaken van de staat van de instelling aan de hand van een instellingsanalyse. Dit gebeurt eens in de drie jaar. Hierin wordt gekeken naar de resultaten van de instelling op vijf gebieden: opbrengsten, stabiliteit van organisatie en management, kwaliteit van onderwijs en examens, financiële continuïteit, doelmatigheid en rechtmatigheid en tevredenheid van studenten en personeel. Er moet gekeken worden of er op één of meerdere van deze gebieden risico's zitten en waar deze zitten. Daarnaast is er de risicomonitoring op afstand in de tussenliggende jaren voor instellingen die niet in de steekproef vallen. Het tweede orde toezicht geldt voor instellingen waar de inspectie risico's heeft geconstateerd en/of waar de kwaliteit onvoldoende geborgd is. Dit kan bijvoorbeeld bestaan uit een kwaliteitsonderzoek bij opleidingen, aangepast financieel toezicht of uit een onderzoek naar kwaliteitsverbetering. (Toezichtkader beroepsonderwijs 2012) (zie bijlage II Werkwijze IvHO)

De Nederlands-Vlaamse Accreditatie Organisatie (NVAO) heeft ook een belangrijk rol waar het gaat om toezicht houden op opleidingen. Zij beoordelen in Nederland de interne kwaliteitszorg van universiteiten en hogescholen en de kwaliteit van hun opleidingen. Wanneer opleidingen door de NVAO goed gekeurd zijn, worden zij geregistreerd in het Centraal Register Opleidingen Hoger Onderwijs (CROHO) van de Dienst Uitvoering Onderwijs(DUO). Registratie in het CROHO is een voorwaarde voor financiering van een bachelor- of masteropleiding door de overheid. Daarnaast zorgt registratie ervoor dat de opleiding erkende diploma's en titels mag vergeven aan studenten en dat deze studenten recht hebben op studiefinanciering. Voor opname in het CROHO is accreditatie door de NVAO verplicht. (NVAO 2013)

5.1.3 De gezondheidszorg

Er zijn verschillende sectoren waar systeemtoezicht al langere tijd gebruikt wordt. Bij de gezondheidszorg is deze vorm van toezicht echter vrij nieuw. Wel is er in de gezondheidszorg al eerder een idee geweest over een soort systeemtoezicht. Dit begon in de jaren 90 toen de kwaliteitswet werd ingesteld, maar is verder nooit uitgediept. Een extern bureau heeft een aantal jaar geleden een presentatie gegeven aan het MT van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) over het gebruik van systeemtoezicht en hoe deze vorm van toezicht in andere sectoren wordt toegepast. Dit sprak de IGZ aan en vanuit daar hebben zij besloten om een proefproject op te gaan zetten om te kijken of ook de zorgsector voor deze vorm van toezicht geschikt zou zijn. Hiervoor is een projectteam opgezet bestaande uit een aantal mensen van de IGZ en een paar externe onderzoekers en adviseurs. (Interview Extern adviseur IGZ 2013) *Van het kader van dit project is besloten om het instrument zoals dat in de chemie wordt toegepast, toe te gaan passen op de gezondheidszorg*+(Extern adviseur IGZ) Er is dus besloten om vanuit de gezondheidszorg op dezelfde manier

te werk te gaan als in chemie industrie wat betreft het systeemtoezicht.

%Het idee bij systeemtoezicht zoals we het nu toepassen is, dat we kijken naar de mate waarin instellingen zelf de naleving van regels borgen en de risico's beheersen voor zover die relevant zijn voor de inspectie. +(Extern adviseur IGZ) Als eerste wordt de mate van compliance, ook wel de mate van beheersing, bepaald. Er wordt bekeken of de instellingen zelf de naleving van regels borgen en of zij hun risico's beheersen. Afhankelijk van de mate van borging en beheersing wordt door de inspectie bekeken of er vaker of minder vaak kan worden geïnspecteerd. Daarnaast geeft de inspectie ook de instellingen zelf de ruimte bij het al dan niet zelf analyseren van gemaakte fouten. (Interview Extern adviseur IGZ 2013)

Alle instellingen moeten een governance code ondertekenen. In deze governance code wordt . als het goed is . vermeld dat de instelling de regels naleeft en de risico's beheerst. Dit is echter alleen een papieren vorm van controle van de inspectie. Naast deze papieren vorm voert de inspectie een check uit of hetgeen instellingen zeggen ook daadwerkelijk praktijk is. *%In principe kan het gezien worden dat de inspectie toezicht houdt op het interne toezicht van de instelling zelf.* +(Extern adviseur IGZ). Wanneer een instelling voldoende zelfcorrigerend en zelfkritisch is, dan is het voor de inspectie mogelijk om meer op afstand te gaan zitten. Wanneer dit niet het geval is en de instelling kent bijvoorbeeld de risico's niet, ze leven hun eigen afspraken niet na of ze hebben geen kennis van de wettelijke eis; dan is het zaak dat de inspectie daar wat nadrukkelijker bovenop gaat zitten. (Interview Extern adviseur IGZ 2013)

%Het aangrijpingspunt voor systeemtoezicht is het managementsysteem van de instelling die onder toezicht staat van de inspectie. +(Extern adviseur IGZ) Een managementsysteem bestaat uit procedures, afspraken, taken en protocollen. Dit samen vormt één managementsysteem en dat wordt door de inspectie beoordeeld op de mate waarin daarmee risico's worden beheerst en regels worden nageleefd. Voor systeemtoezicht wordt een zelf controlerend mechanisme verondersteld. Dit wordt nooit zomaar aangenomen door de inspectie. Wanneer afwijking worden geconstateerd die niet door het systeem zelf worden gezien of geregistreerd dan weet de inspectie dat er iets niet klopt binnen de instelling. Dit kunnen bijvoorbeeld incidenten zijn binnen de instelling of klachten van medewerkers of cliënten. (Interview Extern adviseur IGZ 2013)

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft met systeemtoezicht als doel dat er veilige en kwalitatief goede zorg wordt geboden. Veiligheid en kwaliteit zijn voor haar twee dingen die voorop staan. *%Het verschil tussen het klassieke toezicht en systeemtoezicht is, dat er bij systeemtoezicht wordt gekeken naar de preventieve kant.* +(Extern adviseur IGZ) Hiermee wordt bedoeld wat een instelling doet om een incident te voorkomen. Daarnaast wordt er bij dit toezicht gekeken naar afwijkingen, fouten, incidenten en calamiteiten. Wat heeft een instelling gedaan om een dergelijke afwijking te voorkomen, maar ook hoe zij erop reageren, hoe zij het oplossen en welke maatregelen er worden genomen om te voorkomen dat het weer gebeurt. Er wordt dus gekeken naar het resultaat, maar vooral ook wat er wordt gedaan om dat

resultaat te verkrijgen, namelijk de inspanning. (Interview Extern adviseur IGZ 2013)

Veel instellingen menen te weten wat de risico's zijn binnen de organisatie. Maar als er in de praktijk naar gekeken wordt heeft het merendeel van de instellingen geen idee waar zij als instelling eigenlijk op sturen. Er is vaak een heel groot gat tussen wat er op papier staat en wat er in de werkelijkheid is. *Met systeemtoezicht zijn wij erachter gekomen dat er een groot gat zit tussen hetgeen men denkt dat zij geregeld hebben en wat zij daadwerkelijk geregeld hebben.*+(Extern adviseur IGZ) Systeemtoezicht is daar tegenover niet de garantie dat het altijd goed zal gaan; een goed systeem hoeft niet gelijk de garantie te zijn dat het goed zal gaan. *Belangrijk hierbij is dat dit nieuwe toezicht meer omvat dan de klassieke soorten van toezicht en hiermee de kwaliteit verhoogd zal worden.*+(Extern adviseur IGZ)

Het is de verantwoordelijkheid van professionals in de zorgverlening en de besturen van zorgaanbieders om te zorgen voor kwalitatief goede- en veilige zorg en daar waar nodig maatregelen te nemen indien dit in het gedrang komt. De IGZ heeft daarentegen niet de taak om de kwaliteit van zorg te optimaliseren of kwaliteitsnormen vast te stellen. Wel is het de taak van de IGZ om actief toe te zien en te handhaven wanneer de zorg kwalitatief niet in orde is of medische producten niet voldoen aan de geldende eisen. De IGZ gaat daarbij meer dan nu het geval is voorrang geven aan toezicht op ernstige risico's en het aanpakken van ondeskundige of disfunctionerende aanbieders. (Kamerstuk Minister VWS 2013) Hierdoor kunnen de belangen van zorgaanbieders en de IGZ botsen en kan de onderlinge vertrouwensband niet altijd evengoed zijn.

5.2 Kwaliteit operationaliseren

In de volgende paragraaf wordt weergegeven hoe de verschillende sectoren, luchtvaart, onderwijs en gezondheidszorg denken over kwaliteit en hoe zij dit operationaliseren. Er wordt gekeken wat de algemene visie is op kwaliteit van de organisatie, hoe de kwaliteit hoog gehouden wordt en waar kwaliteit mee samenhangt.

5.2.1 De luchtvaart

Binnen de luchtvaart worden kwaliteit en veiligheid als twee aparte domeinen gezien. Er is dan ook een veiligheidsafdeling en een kwaliteitsafdeling. Deze twee afdelingen zitten vervolgens samen onder één baas. Voor deze scheiding is bewust gekozen aangezien beide afdelingen zich bezighouden met verschillende activiteiten. Zo houdt de kwaliteitsafdeling zich voornamelijk bezig met wetgeving. Zij bekijken of het bedrijf voldoet aan bepaalde standaarden. Daarnaast voeren zij interne audits uit binnen het bedrijf om te kijken of iedereen zich ook houdt aan deze standaarden. De kwaliteitsafdeling wordt daarom ook wel de *quality assurance* genoemd, letterlijk vertaald als kwaliteitsverzekering of -zekerheid. Daarentegen bekijken de medewerkers van de veiligheidsafdeling de data die vrijkomt vanuit de bemanningen of data vanuit het vliegtuig. Zij zoeken naar opvallende zaken en bekijken of er

afwijkingen en incidenten voorgekomen zijn. Vervolgens gaan zij deze incidenten onderzoeken. Er wordt op een pro-actieve manier gekeken naar wat risico's zouden kunnen zijn. Bij veranderingen kijkt de veiligheidsafdeling naar wat voor risico's daaraan kunnen zitten, wel dat de kwaliteitsafdeling bekijkt of er dan nog aan de wetgeving wordt voldaan. Het blijkt dat de grens tussen de twee afdelingen vaag blijft. Daarom zal er in de toekomst meer integratie plaatsvinden tussen beide domeinen. (Interview Safety manager 2013) *+Je kunt zeggen dat goede kwaliteit zorgt voor veiligheid, maar je kunt het ook andersom zien. Wanneer je volledig aan alle standaarden voldoet dan ben je ook veilig. Maar dit is niet het geval, bij ons wordt het nog steeds als twee aparte dingen gezien.* (Safety manager luchtvaart)

Binnen de luchtvaartsector vindt men het belangrijk om de veiligheid te waarborgen. Veiligheidsmanagers zijn continu op zoek naar nieuwe risico's om deze vervolgens te beheersen zodat de kwaliteit van het vliegen hoog blijft. Vanuit daar bestaat de luchtvaart uit lerende bedrijven die continu bezig zijn zichzelf te verbeteren en de vliegveiligheid te optimaliseren. Belangrijk hierbij is dat binnen de luchtvaart iedereen hetzelfde hierover denkt, er heerst hier een zogenaamde *'just culture'*. Deze cultuur houdt in dat men niet gestraft wordt voor zijn fouten, tenzij het geen fouten zijn maar bewuste overtredingen. Hiermee wordt er voornamelijk gelet op de intentie van de desbetreffende persoon bij de handeling. (Interview Safety manager 2013) *+Wanneer de cultuur niet-straffend is, zeg je eigenlijk dat men alles kan doen en hier niet voor gestraft kan worden. Je krijgt veel meldingen hierdoor, maar dit lokt ook onveilige situaties uit.* (Safety Manager luchtvaart) Het is belangrijk dat er een goede balans wordt gevonden tussen straffen en niet straffen. Men moet gestraft kunnen worden wanneer iemand bewust onveilige situaties uitlokt, maar wanneer men een fout begaat moet dit niet direct bestraft worden. Wanneer er altijd direct een sanctie aan vast zou zitten, bijvoorbeeld door het gevolgen te laten hebben voor de carrière van een piloot, zouden het aantal meldingen flink naar beneden gaan. Waardoor er uiteindelijk minder grip is op de veiligheid en deze ook verminderd. In plaats daarvan wordt er niet meteen naar de persoon gewezen maar wordt de gehele situatie met de betrokken factoren bekeken. (Interview Safety manager 2013) *+Hoe meer straffend de cultuur is, hoe minder rapportage je krijgt en hoe harder de veiligheid naar beneden gaat.* (Safety Manager luchtvaart) Aangezien informatie vanuit het personeel, bijvoorbeeld door meldingen, erg belangrijk is om de veiligheid te optimaliseren, moet ervoor gezorgd worden dat deze informatie niet verloren gaat. Vanuit die informatie kan er geleerd worden waardoor onveilige situatie opgespoord kunnen worden. Deze cultuur is binnen de luchtvaart een vaststaand begrip en wordt daarbij omarmd door alle hogere bazen. Daarnaast is de inspectie ook op de hoogte van deze cultuur en werken zij hier volledig aan mee. (Interview Safety manager luchtvaart 2013)

Rondom het personeel dat werkzaam is binnen de luchtvaart is ook het een en ander geregeld wat betreft het hoog houden van de kwaliteit. Wanneer men eenmaal begonnen is met werken binnen de luchtvaartsector zullen er altijd trainingssessies blijven. Piloten gaan vier keer per jaar de simulator in, waarvan er één keer een

examenmoment is. In de training worden allerlei factoren behandeld die het half jaar ervoor zijn opgevallen binnen de veiligheidsafdeling. *De veiligheidsafdeling is een belangrijke bron voor input voor het trainingsprogramma. Als er een trend opgemerkt wordt die negatief is kunnen zij dat oppikken en in de training verwerken.*+(Safety Manager luchtvaart) De trainingen worden gebruikt om op dat vlak de veiligheid te verhogen. Daarnaast vindt er voor de opleiding voor piloot een zeer strenge selectie plaats. Men wordt uitgebreid psychologisch getest. Het is namelijk belangrijk dat er stabiele mensen in de cockpit zitten en daarom wordt dit voorafgaand aan de opleiding getest. Binnen de luchtvaart wilt men geen mensen die snel gestrest zijn of snel fouten maken. Deze mensen worden met behulp van de selectie eruit gefilterd. Hierdoor blijft de kwaliteit van het personeel zo optimaal mogelijk en zorgt men ervoor dat er geen mensen met verkeerde intenties binnen de luchtvaart aan het werk komen. (Interview Safety manager luchtvaart 2013)

5.2.2 Het hoger onderwijs

Onderwijs wordt in Nederland als zeer belangrijk ervaren en staat daarom hoog op de agenda. Binnen universiteiten in Nederland werd voorheen vooral per opleiding aan de kwaliteit gewerkt. De kwaliteit was toen niet vanaf bovenaf gestructureerd, maar elke opleiding regelde dit voor zichzelf. Tegenwoordig houden universiteiten zich steeds meer bezig met de kwaliteit van alle opleidingen. (Interview Kwaliteitsmedewerker universiteit 2013)

Een opleiding kijkt op verschillende manieren naar kwaliteit. Als eerst moet een wetenschappelijke opleiding aan een aantal kwaliteitseisen voldoen wil de opleiding geaccrediteerd worden door de NVAO. Zo dient het onderwijs binnen de wetenschappelijke opleiding voor een groot deel verzorgd te worden door onderzoekers die een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van het vakgebied. De kwaliteit van dit wetenschappelijk onderzoek wordt daarom gemeten in onderzoekvisitaties. Bij een onderzoekvisitatie kan worden gemeten hoe goed de kwaliteit is van het onderzoekend personeel dat werkt binnen de opleiding. Het is de bedoeling dat binnen een opleiding, onderzoeksprogramma's en expertisegebieden van het docententeam corresponderen met het aangeboden onderwijs en daarmee in overeenstemming zijn met de doelstellingen en eindkwalificaties van het onderwijsprogramma. *Doordat het wetenschappelijk personeel een combinatie heeft van onderwijs en onderzoek wordt het academisch onderwijs gedragen door wetenschappelijk onderzoek.*+(Zelfevaluatie opleiding 2011) Daarnaast moet de kwaliteit van het personeel goed zijn. Hieronder wordt verstaan, dat het personeel gekwalificeerd is voor inhoudelijke, onderwijskundige en organisatorische realisatie van het programma. De kwaliteit van docenten binnen de opleiding wordt als zeer belangrijk ervaren. De toetsing van de onderwijskwaliteit van docenten vindt daarom ook systematisch plaats. Door middel van studentenevaluaties en panels worden de onderwijskundige kwalificaties van de docenten bewaakt. De opleidingsdirecteur krijgt voor de kwaliteitsbewaking van de onderwijsprestaties input vanuit deze

studentenevaluaties. Daarnaast wordt er ook in externe onderzoeken aandacht geschonken aan de kwaliteit van docenten. Zo beoordeelde bachelor-studenten in 2009 in het Elsevier-onderzoek de bekwaamheid en inzet van docenten. Daarnaast streven opleidingen ernaar om de didactische kwaliteit van het personeel te waarborgen. Hiervoor zijn opleidingsplannen opgesteld. *Na dit opleidingsplan wordt duidelijk wie, wanneer, welke didactische opleiding moet volgen. Deelname hieraan is verplicht.*+(Zelfevaluatie-rapport opleiding 2011)

Uiteindelijk is kwaliteitszorg een cruciaal onderdeel van het onderwijs en alle onderdelen van het onderwijsprogramma: vakken, samenhang van curricula, individuele docenten, aansluiting op het werkveld, academisch niveau en studeerbaarheid. Hierdoor zijn verschillende actoren binnen een opleiding betrokken bij de kwaliteit van dit onderwijs, iedereen heeft hierin zijn eigen rol. *Er zijn veel verschillende actoren betrokken bij de kwaliteit van de opleiding. Zij trachten deze kwaliteit te behouden en waar nodig te verbeteren.*+(Kwaliteitsmedewerker Universiteit) De kwaliteit van de opleidingen worden daarnaast systematisch en cyclisch geëvalueerd. Naar aanleiding van de resultaten van de zesjaarlijkse cyclus van externe accreditaties door de NVAO en de tussentijdse universiteits-evaluatie worden doelen opgesteld voor de langere termijn. Hier wordt in een latere paragraaf meer over verteld. (Interview Kwaliteitsmedewerker universiteit)

Sinds een aantal jaar is men begonnen om de kwaliteit meer vanuit de universiteit te gaan regelen. Er wordt daarom nu steeds vaker een centrale beleid opgesteld door een universiteit. *De kern van de visie van een universiteit kan verwoord worden in de begrippen motivatie, binding en prestatie.*%(Zelfreflectie universiteit 2012) Voor universiteiten vallen een aantal dingen onder goede kwaliteit van onderwijs. Zij willen dat het onderwijsproces zo is ingericht dat geschikte studenten niet uitvallen, maar juist afstuderen binnen de nominale studieduur. *Dit is verspilling van talent en geld en wanneer uitval niet te voorkomen is, moet dit zo snel mogelijk plaatsvinden*+(Kritische zelfreflectie universiteit 2012) Daarnaast moet het onderwijs verankerd zijn in wetenschappelijk onderzoek, zoals eerder al is vermeld. Ook moet het onderwijs voor excellente studenten uitdagend zijn en blijven. Dit kan in vormen zoals: extra curriculaire honoursprogramma of binnen een opleiding zelf. Als laatste moet het onderwijs vanuit de universiteit internationaal geïntereerd zijn. (Universiteit 2012)

De kwaliteit van het onderwijs richt zich op de permanente, systematische en cyclische aandacht voor het bepalen, bewaken en verbeteren van de kwaliteit. Er wordt gestreefd naar continue verbetering, hierbij wordt er bedoeld dat er voortdurend ingespeeld kan worden op interne en externe ontwikkelingen en het vermogen om te leren van gemaakte fouten. Kwaliteitszorg zorgt daarnaast voor resultaatgerichtheid en de bewaking en borging hiervan. Het CvB en de faculteiten maken afspraken ten aanzien van de te behalen resultaten en leggen deze in de convenanten vast. Daarnaast wordt kwaliteitszorg in universiteiten transparant ingevuld en georganiseerd. Er bestaat helderheid over de functie, de processen en de verantwoordelijkheden bij de betrokkenen. Het laatste woord wat bij kwaliteitszorg

past is de integraliteit. Het strekt zich namelijk uit over alle processen in de organisatie en alle niveaus zijn erbij betrokken. (Faculteit 2011)

5.2.3 De gezondheidszorg

Binnen de gezondheidszorg is kwaliteit een erg actueel begrip. Het is bijna onmogelijk om dit begrip in één hokje te plaatsen. Het grootste gedeelte van de zorginstellingen heeft kwaliteit hoog op de agenda staan, maar wat het precies inhoudt is voor iedereen lastig. Daarnaast zit er een groot verschil tussen care-instellingen of cure-instellingen. Een ziekenhuis heeft bij andere onderwerpen over kwaliteit een belang dan een gehandicapteninstelling. (Interview Kwaliteitsmanager 2013)

Binnen een gehandicapteninstelling werd voorheen voornamelijk gestuurd op de kwaliteit van de professionals. Bij deze groep professionals, zoals orthopedagogen en artsen, zat een afdeling kwaliteit die zich vooral richtte op verbeterprojecten ten opzichte van de inhoud. Daarnaast werd er gekeken naar wat de cliënten voor wensen hebben en hoe de kwaliteit van leven van deze mensen verhoogd kon worden. Dit werd bijvoorbeeld gedaan door het *werken aan wensen* project dat was opgestart. *Bij werken aan wensen wordt er gestreefd om de stem van de cliënten beter te horen. Dat wordt gedaan door een aantal gesprekken te plannen met hun coaches en hun begeleiders erbij om zo erachter te komen wat zij belangrijk vinden.* (Kwaliteitsmanager gehandicapteninstelling) Dit is een voorbeeld van een verbetertraject op kleine schaal. Later werden er vanuit de top van de instellingen het verzoek ingediend om meer te gaan sturen op processen. *Woen wij in 2006 de HKZ certificering haalde, vond de Raad van Bestuur het een mooi moment om meer te gaan kijken naar eenduidigheid van processen* (Kwaliteitsmanager gehandicapteninstelling) De kwaliteit van de werkprocessen moest beter, er moest efficiënter gewerkt gaan worden.

In de tijd verschuiven de visies die men heeft op kwaliteit. Tegenwoordig wordt er steeds meer landelijke druk uitgeoefend door externe partijen op de kwaliteit van zorginstellingen. Invalshoeken verschuiven en steeds meer mensen hebben er een mening over. Elke partij binnen een zorginstelling heeft daarnaast ook een verschillende mening over wat men goede kwaliteit vindt. *Iedereen vindt kwaliteit iets anders, je hebt de OR die iets vindt voor de medewerkers, je hebt de cliëntenraad die iets vindt voor de cliënten en je hebt de professionals. Daarbuiten hebben wij nog te maken met 7 verschillende zorgkantoren die allemaal iets vinden. Met als laatste nog de Inspectie voor de Gezondheidszorg die een mening heeft over goede kwaliteit.* (Kwaliteitsmanager gehandicapteninstelling) Over het algemeen is kwaliteit van de zorg heel lastig te meten. In de brede zin van het woord wordt er met kwaliteit bedoeld dat er goede kwaliteit aan de zorg wordt geleverd, professioneel werk wordt gedaan en er geen fouten worden gemaakt. *Wat het allerbelangrijkste is wel dat de cliënt tevreden is over de zorg die hij of zij ontvangt.* (Kwaliteitsfunctionaris gehandicapteninstelling)

Binnen een instelling wordt gestreefd naar een eenduidig beleid, zodat alle neuzen dezelfde kant opstaan. Er zijn afspraken die vast staan en aan deze afspraken moet iedereen zich aan houden. Bij kwaliteit is dit verhaal toch iets minder simpel. *Ik denk dat het nooit het geval kan zijn dat iedereen binnen een instelling kwaliteit als hetzelfde ziet. Daarnaast houden wij rekening met de behoefte van de cliënt, wij kunnen hen niks gaan opleggen omdat wij vinden dat dat goede kwaliteit is.* (Kwaliteitsmanager gehandicapteninstelling) In een gehandicapteninstelling vinden op verschillende plaatsen ook medische handelingen plaats. Deze dienen dan uitgevoerd te worden volgens de wet BIG. Daarvoor zijn wel bepaalde standaarden opgesteld.

Kwaliteit binnen de gezondheidszorg is niet altijd eenduidig. Als organisatie worden er doelen gesteld die men belangrijk vindt en waar iedereen aan moet voldoen. Verder heeft iedereen vaak zijn eigen invulling over wat kwaliteit is. (Kwaliteitsmanager 2013) Daarnaast zijn er grote verschillen tussen de verschillende soorten instellingen. Een ziekenhuis ziet kwaliteit vaak als samenhangend onderwerp met patiëntveiligheid. Patiënten dienen de juiste zorg te ontvangen doordat zorgverleners veilige zorg leveren van goede kwaliteit. Binnen een ziekenhuis is er vaak een afdeling die gespecialiseerd is in kwaliteit en veiligheid en dit voor het hele ziekenhuis faciliteert. Hier is dan vaak het probleem dat niet alle artsen en verpleegkundigen deze visie zelf uitstralen. Zij zien vaak het nut niet van wat er door zo'n afdeling kwaliteit geregeld wordt en vinden het vaak zelfs vervelend. Met die insteek kan er nooit een eenduidig beleid ontstaan over wat goede kwaliteit zorg is op een zo veilig mogelijke manier. (Ziekenhuis 2013) *Elke professional, of dit nu een arts is, een verpleegkundige of een teamleider, iedereen moet zich verantwoordelijk voelen voor veiligheid.* (kwaliteitsmedewerker ziekenhuis) Doordat iedereen in de gezondheidszorg zijn eigen opvatting heeft over wat goede kwaliteit is, is kwaliteit lastig te operationaliseren. Men heeft namelijk vaak met veel verschillende mensen te maken. Daarnaast hebben vaak de verschillende afdelingen en vakgroepen een andere mening over wat zij goede kwaliteit vinden en voeren dit ook vaak uit op hun eigen manier. Vanuit het bestuur van een zorginstelling is er vaak één bepaalde visie over kwaliteit die de gehele organisatie zou moeten uitstralen. Dit komt echter niet snel aan bij alle werknemers. Zij zijn vaak niet op de hoogte wat bepaalde aspecten inhouden en interesseren zich er grotendeels minder voor. Het is belangrijk dat een organisatie één bepaalde visie heeft op kwaliteit en veiligheid. Dit moet vervolgens uitgestraald worden naar de werkvloer zodat dit met zijn alle wordt nagestreefd. (Ziekenhuis 2013)

5.3 Intern borgingssysteem

In de volgende paragraaf wordt weergegeven hoe het interne borgingssysteem is ingericht binnen de verschillende organisaties in de sectoren, luchtvaart, onderwijs en gezondheidszorg. Er wordt bekeken hoe zij risico's opsporen en hiervoor

beheersmaatregelen opstellen. Daarnaast is onderzocht hoe zij intern toezicht houden binnen de organisatie.

5.3.1 De luchtvaart

In de organisaties binnen de luchtvaart wordt al vrij lang gebruik gemaakt van verschillende managementsystemen. Het systeem waar ze bij deze organisaties mee werken is het Safety Management System. *Het SMS, Safety Management System, is iets waar wij heel erg mee bezig zijn. Het is een stukje wat vanuit de wetgeving komt, we moeten complianced zijn. Maar tegelijkertijd is het iets wat wij zelf heel graag willen, omdat het ons helpt met het managen van veiligheid. We kunnen veiliger worden als we een goedlopend SMS hebben.*+(Safety Manager luchtvaart) Het Safety Management System bestaat uit een framework waarin het veiligheidsbeleid beschreven wordt; wie waarvoor verantwoordelijk is binnen de organisatie en wat iedereen zijn rol is op het gebied van veiligheid. Daarnaast zijn er binnen dit framework bepaalde gevaren die als risico's geïdentificeerd dienen te worden. Vanuit daar moeten medewerkers zich er van bewust zijn dat zij gaan rapporteren. Wanneer men op de hoogte is van de risico's kunnen ze deze gaan beheersen. Vervolgens wil men binnen dit framework het verzekeren van de veiligheid hebben, men wilt monitoren hoe goed dat gaat. Ook wil men weten wat de gevolgen zijn van veranderingen binnen de organisatie. Nieuwe risico's worden hierdoor constant opnieuw geïdentificeerd, dit proces dient continu verbeterd te worden. Als laatste borgt het Safety Management System de scholing van personeel op dit vlak. *Iedereen moet weten wat hun rol is met veiligheid. Wat is je rol, hoe rapporteer je, hoe ben je jezelf bewust van risico's en hoe communiceer je dat.*+(Safety Manager luchtvaart) Wanneer men een incident constateert is het belangrijk dat dit goed wordt gecommuniceerd, aangezien anderen hiervan kunnen leren. Het verder structureren van het communiceren van incidenten of risico's is ook een onderdeel van het Safety Management System.

Binnen de luchtvaart is de meldingsbereidheid van de medewerkers erg hoog. Gemiddeld ontvangen wij 50 meldingen per week.+(Safety Manager luchtvaart) Alle meldingen komen binnen op de veiligheidsafdeling. Binnen deze afdeling worden alle meldingen verzameld door verschillende veiligheidsmedewerkers. Interessante meldingen, meldingen met een hoger risico of meldingen waarbij het risico niet gemakkelijk vast te stellen is worden eens per week besproken in een vergadering. In deze vergadering wordt gebruik gemaakt van een matrix, op basis hiervan kan het risico van het incident worden ingeschaald, waarna de follow-up wordt bekeken. Wanneer het risico hoog is, zal er eerder een follow-up plaatsvinden dan wanneer het risico lager is. Daarnaast kan het risico zo geïdentificeerd worden dat men deze beheerst wil hebben. Vanuit deze optiek wordt er een veiligheidsactie naar de desbetreffende verantwoordelijke gestuurd. Op deze manier wordt alles gestructureerd en veiliger gemaakt. Het is belangrijk dat ook de bijna-incidenten gemeld worden. *Binnen onze organisatie zijn de bijna-incidenten de meest voorkomende meldingen die gedaan worden.*+(Safety Manager luchtvaart) Het

melden van bijna-incidenten wordt als belangrijk ervaren, juist hier kan veel van geleerd worden.

+Soms zijn er ook incidenten die niet gerapporteerd worden. Vanuit onze flight data kunnen wij bekijken of er afwijkingen zijn. Niet alle afwijkingen worden gerapporteerd bij ons. Echter, met 50 meldingen in een week wordt veel wel gerapporteerd.+(Safety Manager luchtvaart) De meldingsbereidheid binnen de luchtvaart is zeer hoog. Men meldt veel, ook wanneer er niet direct een incident heeft plaatsgevonden. Hierdoor zijn de veiligheidsmanagers goed op de hoogte van alle risico's binnen het bedrijf, waardoor de werkomgeving steeds veiliger wordt.

5.3.2 Het hoger onderwijs

Het regelen van goede kwaliteit van onderwijs is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de faculteiten zelf en het College van Bestuur (CvB). Via een faculteit wordt de interne kwaliteitszorg die zich richt op faculteit, opleiding, opleidingsfasen en opleidingsonderdelen naar eigen inzicht ingericht. Zij maken naar aanleiding van de resultaten hier een jaarrapportage en een tussentijdse opleidingsevaluatie (TOE) van. *%Een jaarrapportage werkt kort cyclisch, terwijl de tussentijdse opleidingsevaluatie drie jaar voorafgaand aan de volgende visitatie plaatsvindt*+(Handleiding Tussentijds Opleidingsevaluatie 2013) Deze twee instrumenten van de faculteit en het CvB zorgen dat de kwaliteit van het onderwijs geborgd blijft en daarnaast ook verbeterd wordt. De handleiding voor deze TOE is opgesteld door de universitair brede werkgroep, Onderwijskwaliteit. (Handleiding TOE 2013)

De TOE sluit aan op de resultaten van de voorafgaande externe beoordeling en accreditatie. Daarnaast doet de TOE tegelijkertijd uitspraak over de stappen die genomen moeten worden om aan de voorwaarden voor de volgende accreditatie te voldoen. Hierdoor is er een koppeling tussen de externe accreditatiecyclus en de eigen kwaliteitsaanpak van faculteiten/opleidingen. *%De inzet van de TOE is om een constructief-kritisch beeld te verschaffen van de sterke- en zwakke punten van de opleiding en om de knelpunten en kansen voor de toekomst in kaart te brengen.*+(Handleiding Tussentijdse Opleidingsevaluatie 2013) In de TOE wordt via een procedure stap voor stap duidelijk wat de sterke- en zwakke punten van de opleiding zijn en welke knelpunten en kansen er zijn. Wanneer de TOE door de opleiding op de juiste wijze wordt gehanteerd, is dit een goede voorbereiding op de externe visitatie van de NVAO die de opleiding heeft om de zes jaar. (Bijlage II Relatie visitatie en TOE) (Handleiding TOE 2013)

Binnen de TOE zijn een aantal aandachtsgebieden geborgd. Zo vindt er een zelfanalyserapport plaats van de opleiding. Hierin wordt aandacht besteed aan sterkte- en zwakte analyse, overzicht van lopende verbetertrajecten en aan de lange termijn visie. Daarnaast worden de documenten van de laatste externe visitatie beschikbaar gesteld. Dit kan een accreditatiebesluit zijn van de NVAO of een

kritische zelfreflectie van de opleiding zelf. Ook worden er aanvullende documentatie en afstudeerwerken bekeken. Dit kunnen verslagen zijn van het bilateraal overleg tussen het CvB en de faculteit. Als vierde omvat de TOE het commissierapport. Dit commissierapport bevat het commentaar van een evaluatiecommissie op grond van het zelfanalyserapport en een *site visit*. Als laatste wordt er binnen de TOE aandacht besteed aan het plan van aanpak voor de komende drie jaren. Dit actieplan beschrijft concreet en toetsbaar (SMART) de verbetervoorstellen aan de hand van het commissierapport. Verbeteringen die hier uit voortkomen worden in een actieplan vastgelegd voor de komende periode van in ieder geval drie jaar. (Handleiding TOE 2013)

Er wordt gewerkt aan convenanten waarin afspraken tussen het CvB en de faculteiten worden vastgelegd. Momenteel worden er nieuwe strategische plannen ontwikkeld voor universiteiten. De convenanten die worden opgesteld zijn in lijn met de ingezette strategie. Daarnaast wordt er al geruime tijd gewerkt aan het ontwikkelen van een Management Informatie Systeem (MIS). Dit is een groot project dat gericht is op de gehele bedrijfsvoering van een universiteit. Voorheen werden opleidingen getoetst via een opleidingstoets, toetsing die alleen plaatsvond op opleidingsniveau. Tegenwoordig wil de inspectie gaan toetsen op de gehele instelling door middel van een instellingstoets. Aangezien er voor de instellingstoets nog geen geïmplementeerd systeem beschikbaar is, worden er tot die tijd handmatige managementinformatieboeken gemaakt voor het bestuur van de universiteit. Zo beschikt het CvB toch over alle belangrijke, generieke informatie op het gebied van onderwijskwaliteit. Het MIS zal hierna voor dynamische oplossingen moeten zorgen. De uitwerking hiervan kan echter nog geruime tijd duren. (Interview kwaliteitsmedewerker universiteit 2013)

5.3.3 De Gezondheidszorg

Binnen de gezondheidszorg is het belangrijk om een verschil te maken tussen *cure*- en *care*-instellingen. Met een *care*-instelling wordt bijvoorbeeld een gehandicapten instelling bedoeld en met een *cure*-instelling een ziekenhuis. Bij beide soorten instellingen is het normaal dat er een kwaliteitssysteem aanwezig is, aangezien zij gecertificeerd zijn voor een bepaald keurmerk, zoals HKZ of NIAZ. Door middel van dit keurmerk wordt er gewaarborgd dat de instelling goede zorg levert, aangezien zij hiervoor aan bepaalde eisen moeten voldoen. Een voorbeeld hiervan is een intern auditsysteem waarin eigen afdelingen en medewerkers gecontroleerd worden op kwaliteit en veiligheid. Deze interne audits zijn in de zorgsector vaak goed ingericht en worden gelopen op alle afdelingen binnen de instelling. (Ziekenhuis 2013) (Interview kwaliteitsmanager 2013)

Het veiligheidsbesef van medewerkers kan echter verder ontwikkeld worden. Zo kan een auditor melden dat er bepaalde aspecten op een afdeling veranderd dienen te worden in verband met veiligheidsoverwegingen, maar eigenlijk worden medewerkers geacht dit zelf te constateren. *Wanneer mensen van buitenaf komen*

en vertellen dat er bepaalde aspecten onveilig zijn wordt er hoogstwaarschijnlijk één of twee dagen aandacht aan besteed en daarna weer vergeten. Het is belangrijk dat medewerkers zelf dit veiligheidsbesef hebben. +(Kwaliteitsmanager gehandicapteninstelling) Dit veiligheidsbesef vanuit medewerkers is vaak niet aanwezig in de zorg. Dit dient vanaf bovenaf beter geregeld te worden. Medewerkers moeten weten wat veiligheid is en waarom er op deze wijze gewerkt dient te worden. Het blijkt echter dat intern toezicht nuttig is, omdat er vaak andere bevindingen uitkomen dan medewerkers in eerste instantie aangeven. *Mensen denken vaak dat ze alles op orde hebben. Maar wanneer puntje bij paaltje komt en je gaat heel gedetailleerd kijken blijkt dat dit vaak niet zo is.* +(Kwaliteitsmanager gehandicapteninstelling)

Daarnaast is het belangrijk dat binnen de gezondheidszorg incidenten en bijna incidenten gemeld worden zodat deze besproken kunnen worden binnen de organisatie. In ziekenhuizen is sinds kort het Veilig Incident Melden (VIM) geïntroduceerd. Dit moet ervoor zorgen dat medewerkers sneller incidenten durven te melden omdat dit anoniem gedaan kan worden. Men merkt in ziekenhuizen dat er door de invoering van het VIM de laatste tijd meerdere (ernstige) incidenten aan het licht zijn gekomen, welke voorheen niet gemeld werden. Echter, er is nog maar een klein gedeelte van alle medewerkers die ook daadwerkelijke incidenten meldt. Daarnaast worden de bijna-incidenten die juist veel informatie kunnen opleveren vaak niet gemeld. *De meldingsbereidheid in ziekenhuizen is laag. Dit is helemaal niet zo gek want wanneer je als arts een fout begaat is de kans groot dat je voor de tuchtrechter moet verschijnen, men wil dit vermijden en meldt daarom niet.* ‰ (Kwaliteitsmedewerker ziekenhuis) Doordat er vaak incidenten niet gemeld worden blijven deze onbekend voor het ziekenhuis en kan hier dus geen actie op ondernomen worden. Wanneer er wel een melding wordt gemaakt van een incident, wordt bij ernstige incidenten een analyse gemaakt. Dit wordt vervolgens besproken in het team waar het incident heeft plaatsgevonden en door het bestuur van de instelling. De IGZ vindt dat er alleen meldingen doorgegeven moeten worden die schade hebben aangericht of wanneer een overlijden had kunnen plaatsvinden. (Ziekenhuis 2013) Echter, ook de minder ernstige incidenten en bijna-incidenten zouden besproken moeten worden, deze kunnen namelijk in andere situaties ook leiden tot ernstige incidenten.

Binnen de gezondheidszorg wordt net als in de luchtvaart gesproken van een veiligheidssysteem. Dit systeem omvat alle onderdelen om de kwaliteit en veiligheid van de instelling te waarborgen. Hieronder vallen bijvoorbeeld: het opleiden van personeel, intern toetsingsbeleid, jaarplannen en beleidsstukken. Deze stukken dienen vaak teruggekoppeld te worden aan het management van de instelling. Het probleem is dat leidinggevende binnen de instelling vaak niet weten wat een veiligheidssysteem inhoudt. Men is niet goed op de hoogte van wat er speelt binnen het ziekenhuis. Daarnaast is men er niet van op de hoogte dat zij zelf bijdragen aan de veiligheid en wat hun rol hierin is. Dit zou ook in het veiligheidssysteem meegenomen moeten worden. (Ziekenhuis 2013)

Een groot verschil tussen cure- en care instellingen zit in het inventariseren van risico's binnen de organisatie. Bij care instellingen wonen en leven cliënten vaak en is men zich wel bewust van bepaalde risico's, maar wordt er soms voor gekozen om een risico te lopen. Dit komt omdat het gaat over een plek waar mensen leven en zich dagelijks bevinden. Dan kan ervoor gekozen worden om bij een hoog risico de persoon ervan te weerhouden, maar wanneer het iets is wat de cliënt het liefste doet is dit niet altijd mogelijk. In een ziekenhuis, een cure instelling, is dit het tegenovergestelde. Hier moet men geen risico's willen lopen aangezien cliënten hier komen om te genezen. Risico's moeten hier vermeden worden en wanneer ergens een risico ontstaat, moet ervoor gezorgd worden dat er een maatregel genomen wordt. Men kan daarentegen niet alle risico's vermijden, aangezien er soms een hoge prijs voor staat. Hiervoor dient dan een oplossing te worden gevonden. Wel moeten bij beide type instellingen risico's geanalyseerd en geclassificeerd worden, maar het blijkt dat dit in de gezondheidszorg nog in de kinderschoenen staat. Wel wordt daar de laatste tijd steeds meer aandacht aan besteed, ook vanuit de IGZ. (interview kwaliteitsmanager gehandicapteninstelling 2013) Daarentegen is het ook belangrijk om niet alleen aandacht te besteden aan de factoren die fout gaan wat betreft veiligheid, maar moet er ook gezocht worden naar de oorzaken van (on)veilige situaties. Wanneer dat gebeurt zal men er ook achter komen wat er juist goed gaat, in plaats van alleen veranderen wat er fout gaat. Aan beide dient namelijk aandacht besteed te worden. Zo kan er zichtbaar gemaakt worden wat er altijd al was maar waar nooit daadwerkelijk naar gekeken werd. (Mesman 2011)

5.4 Standaardisatie van processen

Binnen deze paragraaf wordt uitgelegd hoe de verschillende sectoren: luchtvaart, onderwijs en gezondheidszorg processen binnen organisaties vastzetten. Er wordt bekeken hoe dit gedaan wordt en wat voor effecten dit heeft voor de organisatie en medewerkers.

5.4.1 De luchtvaart

Binnen de luchtvaart hanteert men handboeken waarin alle processen van de gehele organisatie beschreven staan. Daarnaast is het standaardiseren van handelingen binnen de luchtvaart vrij gemakkelijk omdat het hier vaak om standaard handelingen gaat en alledaagse gebeurtenissen. Ook is het opgedragen vanuit de inspectie om alle processen die er zijn binnen de luchtvaart vast te zetten in die handboeken. Deze handboeken worden bij audits gecontroleerd of deze nog up-to-date zijn. Daarnaast is alles in de wet vastgesteld. In die wet wordt vermeld dat er handboeken nodig zijn waarin de procedures zijn geborgd. ~~Binnen de luchtvaart is alles gestandaardiseerd, alle procedures staan vast.~~+(Inspecteur ILT) De Inspectie Leefomgeving en Transport is van mening dat alles binnen de luchtvaart vast staat in procedures. Wanneer er een lamp in de cockpit gaat branden is het volgens hen niet

nodig voor de piloot om na te denken en hoeft deze alleen te werk te gaan volgens de procedures. (Interview Inspecteur ILT 2013)

Daarentegen vinden organisaties binnen de luchtvaart zelf dat de inspectie er vaak te gemakkelijk over denkt. Volgens hen is niet alles te standaardiseren binnen de luchtvaart. De normale gang van zaken, hoe bepaalde zaken werken, geregeld moeten worden of paden die belopen moeten worden, kunnen makkelijk gestandaardiseerd worden. Dit wordt een ander verhaal wanneer een incident zich voordoet tijdens een vlucht. Bij gemakkelijke fouten, wanneer er één systeem kapot gaat, komt er op het scherm te staan wat er moet gebeuren. Dit is gemakkelijk op te lossen. Dit is een heel ander verhaal wanneer het gaat om complexe fouten. *“Een vliegtuig is een complex apparaat waarin je ook interactie hebt met mensen. Daarnaast vindt er ook interactie plaats met weer en andere elementen.”* (Safety Manager luchtvaart). Wanneer er ergens binnen het vliegtuig iets kapot gaat kan het zijn dat er meerdere systemen uitvallen. Het uitvallen van deze systemen kan een ernstige calamiteit tot gevolg hebben en daar is niet altijd een standaard oplossing voor. Veel van dit soort vervolgcycli staan beschreven in de handboeken maar zo nu en dan moeten piloten ook zelf keuzes maken hierin. (Interview Safety manager 2013)

Doordat nooit alles van tevoren ingezien kan worden, is men aangewezen op weerbaarheid. Men moet zo getraind worden dat zij om kan gaan met onverwachte situaties. Daarnaast moeten systemen zo ingericht worden dat deze elkaar kunnen opvangen. Vanuit daar heeft de luchtvaart besloten voor elk systeem een vervanging aan boord te hebben. Het is daarentegen onmogelijk om alle horror scenario's uit te schakelen door training of dubbele systemen. Zo blijven ook medewerkers in de luchtvaart kans houden op onvoorziene gebeurtenissen waarvoor geen procedures beschikbaar zijn. (Interview Safety manager 2013)

5.4.2 Het hoger onderwijs

Het uitgangspunt binnen het onderwijs is dat er vrij weinig standaard is. Elke docent geeft het onderwijs op zijn eigen manier vorm, daarnaast hebben hoogleraren al heel lang autonomie gehad om zelf hun onderwijs samen te stellen en vorm te geven. Dit is tevens ook vastgelegd in de wet. Daarnaast lijkt het onderwijs qua vorm vrij veel op elkaar; colleges, werkgroepen en practica. Het standaardiseren van deze vormen is iets wat de laatste jaren pas is opgekomen. *“Standaardisatie van het onderwijs is pas iets sinds de laatste jaren en komt voor een groot deel uit de druk van visitaties en prestatieafspraken”* (Voormalig onderwijsdirecteur) Er worden binnen instellingen visitaties afgelegd, dit gebeurt steeds vaker op nationaal niveau. Daarnaast worden er afspraken gemaakt over prestaties met het ministerie, onder andere over rendementen. (Interview voormalig onderwijsdirecteur 2013)

Het CvB heeft al een tijd vrij veel macht door de onderwijswet, echter krijgt de rol van het CvB bij het onderwijs pas de laatste jaren echt vorm. In het begin, toen de onderwijswet net was opgesteld werd hier nog niet zoveel waarde aan gehecht.

Hierdoor heeft ook de standaardisatie pas toen meer vorm gekregen. Standaardisatie krijgt nu vorm in het onderwijs door het betrekken van onderwijsdeskundigen. *“Onderwijsdeskundigen verzorgen onderwijs voor docenten en zijn betrokken bij de opzet van nieuwe curricula. Zij geven een specifieke onderwijskundige blik op het onderwijs.”* (Voormalig onderwijsdirecteur) Onderwijsdeskundigen hebben een model dat onderliggend is aan de accreditatie van de NVAO, zoals deze al eerder is benoemd. Daarnaast krijgt standaardisatie vorm door de interne visitaties. Ook hierbij zijn de onderwijsdeskundigen betrokken en komt er meer kennis vrij over de verschillende onderwijsprogramma's op de campus. Door campus breed onderwijs, zoals minors, wordt er ook meegewerkt aan standaardisatie. Studenten verkrijgen kennis van onderwijs bij andere faculteiten en kunnen deze kennis weer terug koppelen naar hun eigen faculteit. (Interview voormalig onderwijsdirecteur 2013)

Als laatste is de macht van de rector van de universiteit vrij bepalend. Deze heeft vaak een sterke visie op onderwijs en speelt dit door naar alle opleidingen. Steeds meer komt het activerend onderwijs op. Hierin ligt de nadruk op kleine werkgroepen, studenten aan de lead laten, compensatie krijgen voor toetsen en met een klassikaal systeem gaan werken. Tegelijkertijd is de macht van de rector vrij relatief. Hij kan zijn wil niet opleggen aan de rest van de universiteit en daarom zal er altijd variatie blijven bestaan tussen de verschillende opleidingen. (Interview voormalig onderwijsdirecteur 2013)

5.4.3 De gezondheidszorg

In 1996 is er een wet opgesteld die zich richt op het hebben van verantwoordelijkheid van bestuurders ten opzichte van kwaliteit. Echter, de laatste jaren wordt er pas daadwerkelijk invulling gegeven aan deze wet. Het standaardiseren van processen binnen de gezondheidszorg is een onderwerp waar veel weerstand tegen bestaat. Dit komt voornamelijk doordat artsen nog altijd een grote autonomie hebben en daardoor zelf hun werkzaamheden inrichten. Daarnaast vinden artsen dat standaardisering zorgt voor bureaucratie en zij vinden dat juist niet de bedoeling in een ziekenhuis. Daarentegen kan standaardisering zorgen voor eenduidigheid in werkwijze en daardoor het verlagen van het aantal incidenten. *“Vaak vinden medewerkers dat zij teveel moeten registreren en niet meer voldoende tijd hebben voor hun oorspronkelijke werkzaamheden. Zij ontwikkelen hierdoor snel weerstand en voeren de registratie werkzaamheden niet correct uit.”* (Kwaliteitsmedewerker ziekenhuis)

Steeds vaker wil de IGZ of een andere organisatie, die een keurmerk regelt voor een instelling, dat de instelling handelingen op papier vastlegt. Zo krijgt men een duidelijker beeld over wat er geregeld wordt in een instelling en wat er goed of fout gaat. Vanaf de werkvloer is hier echter veel weerstand tegen. Medewerkers klagen dat ze minder tijd hebben om voor patiënten te zorgen aangezien ze meer moeten

registreren. Dit is voor hen een groot struikelblok. Vooral in ziekenhuizen is dit het geval, ziekenhuizen moeten vaak vastleggen hoeveel operaties zij uitvoeren voor een bepaalde aandoening. Aan de hand hiervan wordt bepaald of het ziekenhuis deze operaties mag blijven uitvoeren. Daarnaast wordt steeds meer verwacht van ziekenhuizen dat zij hun processen vastleggen. Het gehele zorgpad van een patiënt moet vaststaan zodat er bij elke patiënt hetzelfde te werk kan worden gegaan en er geen stappen vergeten worden. Het probleem hierbij is dat men vaak vindt dat alles op deze manier goed gaat en niet snapt waarom dit dan vastgelegd moet worden, aangezien het al jaren zo gaat. (Ziekenhuis 2013) *“Sinds kort moeten ziekenhuizen alle patiënten-processen in kaart brengen. Dit is vaak een probleem voor de medewerkers aangezien zij vinden dat het allemaal goed gaat, ze werken immers al jaren zo.”* (Kwaliteitsmedewerker ziekenhuis) Het is belangrijk dat het personeel het nut en de noodzaak van het vastleggen van processen inziet, anders is het lastig om dit in te voeren.

Het is een ander verhaal wanneer het gaat om een care-instelling zoals een gehandicapteninstelling. Het ligt daar namelijk aan het type mens, of procedures vast moeten staan. Iemand met autisme heeft dusdanig veel structuur in zijn leven nodig dat die vastheid nodig is. Daarentegen hebben anderen minder structuur nodig en wordt er wel eens afgeweken van de standaard. *“Ik kan alle processen standaard laten verlopen en zeggen we doen het zus en zo, maar bij de uitkomst ervan kan een cliënt alsnog ontevreden zijn. Je handelt naar wat zij willen, het is immers hun leven.”* (Kwaliteitsmanager gehandicapteninstelling) Alles kan procesmatig afgesproken worden maar dit wil niet zeggen dat de uitkomst daarvan altijd positief is. (Interview kwaliteitsmanager gehandicapteninstelling 2013)

Standaardiseren in een zorginstelling blijft een lastig verhaal. De zorg is dynamisch en geen patiënt is hetzelfde. Daarom zal er soms van het protocol of van de standaard afgeweken moeten worden, wanneer het beter lijkt om het anders aan te pakken. (Ziekenhuis 2013)

5.5 Lessen voor de gezondheidszorg

In de volgende paragraaf worden er twee vergelijkingen gemaakt. Eerst wordt er een vergelijking gemaakt tussen de luchtvaart en de gezondheidszorg, vervolgens tussen de gezondheidszorg en het onderwijs. Vanuit die vergelijkingen wordt bekeken waar de gezondheidszorg op achter loopt ten aanzien van de andere sectoren en wat zij eventueel kunnen verbeteren.

5.5.1 Luchtvaart en gezondheidszorg

Vanuit de vorige paragrafen is gebleken dat er grote verschillen zitten tussen de luchtvaart en de gezondheidszorg. Uit de interviews met de luchtvaartsector blijkt dat ten grondslag aan de voorwaarden voor systeemtoezicht bepaalde zaken geregeld dienen te zijn binnen de organisatie. Het probleem binnen de gezondheidszorg is dat deze zaken nog niet of nog niet geheel geregeld zijn. Zolang deze factoren niet volledig uitgewerkt zijn kan het systeemtoezicht niet als volwaardig gebruikt worden.

Uit onderzoek van het UK Department of Health (2000) blijkt dat de zorg tien jaar achter ligt op andere kritische veiligheidsdomeinen zoals de luchtvaart als het gaat om het verstaan van nadelige incidenten en hun oorzaak. Daarom gaven zij toentertijd het advies aan de zorgsector om meer aandacht te besteden aan het leren van de luchtvaart. Ook uit dit onderzoek blijkt dat de gezondheidszorg een aantal factoren zou kunnen overnemen van de luchtvaart. Hieronder worden daar enkele voorbeelden van gegeven.

Het grootste verschil tussen de luchtvaart en de zorgsector is de cultuur die er heerst. Binnen de luchtvaart is er sprake van een *just culture*, een cultuur waarin iedereen gelijk is en men niet gestraft wordt voor zijn fouten. (Dekker 2007) Deze cultuur zorgt er in de luchtvaart voor dat men open is en dat activiteiten die mislopen gerapporteerd worden. Dit wordt mede mogelijk gemaakt doordat men niet gestraft wordt wanneer zij een fout hebben begaan. Binnen de luchtvaart wordt er uitgegaan van de goede wil van mensen, tenzij er sprake is van een criminele activiteit. Deze manier helpt men om eerder te gaan melden en om geen incidenten of bijna incidenten te verzwijgen. Wanneer er een incident heeft plaatsgevonden wordt er daarnaast niet direct naar één persoon gewezen, bijvoorbeeld de piloot. De gehele situatie wordt geanalyseerd door een team om te bekijken wat er mis is gegaan, aangezien dit vaak een mengeling is van factoren. Dit type cultuur is grotendeels onbekend in de gezondheidszorg. De cultuur binnen instellingen in de zorgsector is tegenovergesteld aan de cultuur van de luchtvaart. Waar men in de luchtvaart spreekt over *het niet straffen van personeel* hangt er bij de gezondheidszorg al snel een tuchtrechtelijke procedure aan vast. Dit zorgt binnen de gezondheidszorg voor een gesloten cultuur. Men is bang om fouten toe te geven omdat er een straf aan vast zit of omdat het in de media terecht komt. Hierdoor is men als kwaliteitsmedewerker niet op de hoogte van alle incidenten en al helemaal niet van bijna-incidenten. Het gevolg hiervan is dat kwaliteitsmedewerkers geen risico's kunnen inschatten en geen verbeteracties kunnen inzetten waardoor de kwaliteit en veiligheid niet kan worden verhoogd. Met als gevolg: geen vermindering van onnodige schade of onnodige sterfgevallen. Het veranderen van cultuur zal echter niet zo gemakkelijk gaan, mede door de hiërarchische structuur die nog steeds aanwezig is in de zorg. Deze hiërarchische structuur is duidelijk te merken, artsen staan hoger in rang dan verpleegkundigen. Verpleegkundigen zullen niet altijd durven op te merken dat een arts een fout begaat of beter een andere handeling had kunnen doen. Wanneer ze dit al durven, zal een arts zich hier vaak weinig van aantrekken. (Ziekenhuis 2013) Binnen de luchtvaart is dit in de jaren 70 ook een groot issue geweest, maar na de grote ramp op Tenerife is hier een ommekeer in gekomen. Nu is iedereen *gelijk* binnen de luchtvaart en heerst er een open cultuur waar iedereen tegen elkaar kan zeggen wat hij wil. Dit heeft ertoe geleid dat het aantal incidenten binnen de luchtvaart sterk is afgenomen. (Interview Safety Manager 2013)

Het veranderen van cultuur kan de gezondheidszorg helpen om meer incidenten of bijna incidenten boven tafel te krijgen, waardoor vervolgens de kwaliteit

en veiligheid van de zorg verbeterd wordt. Instellingen binnen de zorgsector zijn wel steeds meer bezig om incidenten te overzien. Hiervoor werd het Veilig Incident Melden geïntroduceerd. Het blijkt nu al dat er daardoor meer gerapporteerd wordt dan voorheen. (Ziekenhuis 2013) Wanneer er een cultuuromslag plaatsvindt en ook de bijna incidenten gemeld worden zal dit een sprong voorwaarts zijn voor de zorg. Het is echter vreemd dat de IGZ van mening is dat alleen bij incidenten waar schade is of een overlijden plaatsvindt een analyse nodig is. Vanuit de ervaring van de luchtvaart is het analyseren van bijna incidenten of minder erge incidenten net zo belangrijk aangezien deze de volgende keer kunnen leiden tot ernstige gevolgen. Daarnaast zal de gezondheidszorg door middel van deze meldingen risico's beter kunnen inschatten en classificeren, iets waar het systeemtoezicht voor staat, namelijk de preventieve kant van toezicht houden. Dit begint bij het hebben van een open en gelijke cultuur.

Een ander verschil tussen de luchtvaart en de gezondheidszorg is de manier waarop studenten worden toegelaten tot de opleiding. Binnen de luchtvaart is het toetreden tot de opleiding voor piloot erg lastig. Men krijgt een enorme screening op allerlei gebieden. Er wordt getoetst op capaciteiten die men nodig zal hebben in de cockpit tijdens vluchten, hierbij kan gedacht worden aan; stressbestendig zijn, om kunnen gaan met hoge druk, om kunnen gaan met onverwachte situaties en psychologische testen. Zo worden er mensen aangenomen die binnen de cultuur van de luchtvaart passen en kan er gemakkelijker een open cultuur gecreëerd worden. (Interview Safety Manager & Inspecteur ILT 2013) Daarentegen heeft de gezondheidszorg een loting met betrekking tot het toelaten van studenten tot de algemene geneeskunde opleiding. Leerlingen die een acht gemiddeld staan worden rechtstreeks toegelaten tot de opleiding. (Wallenburg 2010) Het is niet aangetoond dat leerlingen met een zes gemiddeld minder goed zullen presteren als arts zijnde dan leerlingen met een acht gemiddeld. Er wordt verder niet geselecteerd op sociale vaardigheden, psychologisch kenmerken en professionele bekwaamheid. Wanneer dit wel zou gebeuren zou de gezondheidszorg ook een andere inrichting van cultuur kunnen krijgen. Het selecteren op bekwaamheid gebeurt in de gezondheidszorg pas wanneer basisartsen zich gaan specialiseren. Om binnen te komen bij een bepaalde vakgroep worden zij door de desbetreffende artsen gecontroleerd op capaciteiten en kwaliteit. Tijdens het selectieproces worden de kandidaten getoetst en vergeleken aan de hand van verschillende criteria. Op deze manier wordt er ook bij de gezondheidszorg geselecteerd op basisartsen die passen bij de normen van de beroepsgroep. Het komt echter veel voor dat het lang duurt voordat basisartsen in opleiding kunnen gaan bij een bepaalde beroepsgroep, in een aantal gevallen worden zij helemaal niet aangenomen. (Wallenburg 2010) Het gehele proces kan vereenvoudigd worden door leerlingen al te selecteren bij het allereerste begin van de opleiding. Zo is het vanaf het begin af aan zeker dat er studenten worden toegelaten op de opleiding die bepaalde capaciteiten beschikken om een goede arts te worden. Vervolgens moeten vakgroepen ook de kans behouden om hun eigen studenten toe te laten. Het selecteren aan de poort zou ook nog eens de groep

basisartsen verkleinen die niet wordt aangenomen bij een vakgroep. Daarnaast kan er vanaf het begin gebouwd worden aan een open cultuur door het kiezen van de juiste studenten.

Er zit daarnaast een verschil in de mate van standaardiseren tussen de luchtvaart en de gezondheidszorg. Binnen de luchtvaart werkt men vaak met standaard processen. In principe is dit bij de gezondheidszorg hetzelfde. Mensen met dezelfde klachten of afwijkingen worden hetzelfde behandeld. Dit kan allemaal gestandaardiseerd worden. Het enige probleem is dat men zich in de gezondheidszorg vaak niet aan de standaarden houdt, professionals trekken vaak hun eigen plan. Artsen hebben hun eigen autonomie waar ze aan vasthouden. Daarnaast is de zorg dynamisch en kan er niet altijd vastgehouden worden aan een procedure, bijvoorbeeld wanneer iemand meerdere afwijkingen heeft. Hiervoor dienen uitzonderingen gemaakt te worden. (Ziekenhuis 2013) De gezondheidszorg kan veel leren van de luchtvaart wat betreft het systeemtoezicht. Echter zullen er wel aanpassingen gedaan moeten worden bij het systeemtoezicht van de luchtvaart om deze ook te laten werken in de zorgsector. Zo zijn niet alle procedures gemakkelijk te standaardiseren zoals dit in de luchtvaart wel het geval is en dit zou versoepeld kunnen worden. Daarnaast zal de tuchtrechter moeten blijven binnen de gezondheidszorg, maar ook hier kunnen de regels versoepeld worden om alles zo minder strikt te maken, tenzij er daadwerkelijk sprake is van een misdrijf.

Uit een onderzoek van de Korne (2010) naar het overnemen van innovaties uit de luchtvaartsector door ziekenhuizen is gebleken, dat niet één innovatie vanuit de luchtvaart exact overgenomen kan worden door de gezondheidszorg. Alle innovaties moesten aangepast worden voor gebruik in de gezondheidszorg. Daarentegen bleek wel dat de innovaties positieve effecten hadden op de kwaliteit en veiligheid binnen het ziekenhuis. Daarnaast werd opgemerkt dat de professionals geïnteresseerd waren in het participeren bij het implementeren van de innovaties. De Korne (2010) beargumenteert daarom dat het goed is om de luchtvaartsector te vergelijken met de gezondheidszorg. Mede doordat zij gelijkenissen vertonen in het gebruik van technologie, de eis om gespecialiseerde teams te hebben en het bestaan van risico's en onzekerheden (de Korne 2010)

Randall (2003) daarentegen is kritisch over het maken van de vergelijking tussen de luchtvaart en de gezondheidszorg. In de poging om de omgeving van medische fouten te begrijpen, wordt vaak de focus gelegd op hoe men kan leren van de luchtvaart. Randall (2003) beargumenteert dat deze vergelijking niet altijd bruikbaar is. Dit komt volgens haar doordat het type werk en technologie totaal verschillend is bij beide domeinen, er verschillende kwesties betrokken zijn bij de opleiding en de houding richting fouten verschilt tussen de domeinen. Zij vindt het noodzakelijk dat vooral de houding richting fouten vanuit de gezondheidszorg veranderd dient te worden. Randall (2003) denkt wel dat er op verschillende gebieden veel geleerd kan worden van de luchtvaart, zoals het verbeteren van techniek en de open cultuur. Echter, men moet er wel rekening mee houden dat hier grenzen aan verbonden zijn. (Randall 2003)

Amalberti en anderen (2005) laten net als Randall zien dat de gezondheidszorg niet zomaar alles kan overnemen van de luchtvaart. Maar toch kijken zij hier een stuk positiever naar dan Randall. De zorgsector moet echter vijf barrières overwinnen om een optimaal veilig systeem te creëren. De gezondheidszorg moeten de lessen van de luchtvaart transformeren zodat deze werkzaam zijn in deze sector. De vijf barrières zijn volgens Amalberti et al. (2005); De noodzaak om grenzen te stellen aan de discretionaire ruimte van werknemers, de autonomie van de werknemers te reduceren, de omschakeling te maken van een vakmanschap mentaliteit naar een mentaliteit van vergelijkbaar werken als anderen, de veiligheidsstrategieën te optimaliseren onder het toezicht van senior leidinggevenden en de noodzaak om te vereenvoudigen. (Amalberti 2005)

5.5.2 hoger onderwijs en gezondheidszorg

Het onderwijs is net zo ver als de gezondheidszorg wat betreft het systeemtoezicht, namelijk zoekende. Uit het onderzoek is gebleken dat op een aantal gebieden gelijkenissen bestaan tussen deze twee sectoren. Binnen het onderwijs werd voorheen het meeste geregeld door de opleidingen zelf. Men is nu bezig om dit meer geregeld te krijgen op het niveau van de universiteit. Dit kan in verband gebracht worden met de gezondheidszorg. Vaak zijn er afdelingen die voor zichzelf werken, maar niet over de gehele instelling nadenken. Er moet dus meer geregeld gaan worden vanaf bovenaf om zicht te krijgen op verschillende zaken, zoals: incidenten, processen, opleidingen en kwaliteit. Ook in de gezondheidszorg besteed men hier steeds meer aandacht aan. (Ziekenhuis 2013) Het onderwijs en de gezondheidszorg zitten daarin in dezelfde leerperiode. Er moet vanaf bovenaf meer sturing komen over allerlei zaken zodat alle neuzen dezelfde kant op staan in de gehele organisatie. Hier kunnen vervolgens de verschillende afdelingen of opleidingen mee aan de slag. Het is belangrijk dat hier een algemeen beeld over bestaat en dat niet iedereen hier zelf een beeld over ontwikkeld.

Hierin kan wel een verschil opgemerkt worden tussen de gezondheidszorg en het onderwijs. Het blijkt dat de algemene visie over kwaliteit binnen het onderwijs vanuit de universiteit beter vaststaat. Er is duidelijk wat zij verstaan onder kwaliteit en wat opleidingen hiervoor geregeld moeten hebben. Daarnaast hebben opleidingen zelf nog hun eisen over wat goede kwaliteit van onderwijs inhoudt. Hier zou de gezondheidszorg nog wat van kunnen leren. Er wordt tegenwoordig wel steeds meer energie gestoken in het bewustmaken van de organisatie over kwaliteit en veiligheid. Maar het personeel op de werkvloer heeft hier vaak nog een verkeerd beeld van en het is voor hen vaak niet geheel duidelijk wat alles betekent. (Ziekenhuis 2013) Er zou vanuit het bestuur meer gestuurd moeten worden op één algemene visie vanuit het ziekenhuis waar elke medewerker ook daadwerkelijk achter staat. Dit heeft vervolgens ook weer te maken met de cultuur die er heerst in de gezondheidszorg en dit niet toelaat.

Qua standaardiseren zitten het onderwijs en de gezondheidszorg ook op hetzelfde niveau. Bij beide sectoren is er al geruime tijd een wet waarin geregeld is

dat het bestuur de kwaliteit moet leveren van onderwijs en van zorg. Bij beide sectoren is dit echter een proces dat pas de laatste jaren echt vorm krijgt. De laatste jaren wordt er meer aandacht besteed aan het standaardiseren van processen. Zo kampen ook zij met dezelfde problemen wat betreft het standaardiseren. Hoogleraren en zorgprofessionals hebben beide een grote mate van autonomie waardoor zij hun eigen werk invulling mogen geven. Dit zit het standaardiseren over het algemeen in de weg. Het enige verschil tussen het onderwijs en de gezondheidszorg is de moeilijkheidsgraad. Binnen het onderwijs zijn er weinig verschillende vormen waarin gewerkt wordt en deze kunnen dan ook makkelijker gestandaardiseerd worden. Dit is in de gezondheidszorg anders. De zorgsector heeft te maken met dynamische processen, het behandelen van een aandoening bij twee verschillende mensen hoeft niet hetzelfde te zijn. Hier zit dan ook vaak de weerstand vanuit gezondheidszorg waar het gaat om standaardiseren, juist omdat zorgverleners vinden dat er niet één proces ~~de~~ juiste kan zijn. Op dit onderwerp valt zeker nog winst te behalen. Wellicht niet een zodanig grote als bij de luchtvaart en het onderwijs, maar wel aanzienlijk op hun eigen manier. Het standaardiseren van alle processen in de zorg wordt lastig. Ze kunnen daarentegen wel het intern audit systeem optimaliseren waardoor er constant een goed beeld blijft over hoe afdelingen te werk gaan en of dit conform de wetten en protocollen is. Daarnaast kunnen zij energie steken in het intern opleiden van personeel zodat ook dit onderwerp gewaarborgd blijft. Ook kunnen er deskundigen op het gebied van de gezondheidszorg worden ingezet om de kwaliteit constant te blijven verhogen en oneffenheden te verminderen.

Ook DiPisa (2012) heeft naar de vergelijking tussen het hoger onderwijs en de gezondheidszorg gekeken. Volgens hem tonen deze twee sectoren gelijkenissen in de organisatiestructuur, de filosofie en de missie en behoeftes van het personeel. Daarom argumenteert hij dat deze sectoren beide van elkaar kunnen leren, bijvoorbeeld door de uitwisseling van professionals. Daarnaast hebben beide sectoren te maken met kritiek van de consument. Hun succes hangt sterk af van de reputatie en de tevredenheid van de consumenten over de kwaliteit van diensten. De kwaliteit wordt mede bepaald door de feedback van consumenten en prestatimetingen. De meeste zorginstellingen en hogescholen of universiteiten zijn al lang bestaande, non-profit organisaties met een rijke traditie die vele jaren terug gaat. Na verloop van tijd zijn dit complexe organisaties geworden waar in de besluitvorming met veel verschillende actoren rekening gehouden dient te worden. Zo moeten ziekenhuisbestuurders terughoudende artsen, die niet openstaan voor veranderingen die nodig zijn om te reageren op de wisselende marktomstandigheden, betrekken bij het realiseren hiervan. In het hoger onderwijs dienen bestuurders input te vragen van docenten. (DiPisa 2012) Door deze overeenkomsten tussen beide sectoren kunnen zij juist van elkaar leren op vlakken waar ze in achterlopen.

Hoofdstuk 6: Conclusie

Aan het begin van dit onderzoek is er een hoofdvraag opgesteld. Deze luidde:
Aan welke voorwaarden moet de gezondheidszorg voldoen om systeemtoezicht passend te maken voor deze sector?

Om mijn hoofdvraag te beantwoorden heb ik onderzoek gedaan naar de volgende deelvragen:

- Op welke wijze wordt aan systeemtoezicht vormgegeven binnen de gezondheidszorg, het onderwijs en de transportsector?
- Hoe wordt kwaliteit geoperationaliseerd binnen instellingen in de gezondheidszorg, het onderwijs en de transport sector?
- Hoe is het intern borgingsysteem ingevuld binnen deze instellingen?
- Hoe worden processen gestandaardiseerd binnen deze instellingen?
- Welke lessen kunnen hieruit worden getrokken voor de gezondheidszorg?

Systeemtoezicht kan gedefinieerd worden als: toezicht door de overheid dat gebruik maakt van en toezicht houdt op de kwaliteit van het kwaliteit & veiligheidssysteem zoals gehanteerd wordt binnen instellingen waarbij zorgbestuurders en raden van toezicht meer verantwoordelijkheid nemen. De gezondheidszorg moet aan een aantal voorwaarden voldoen wil het systeemtoezicht werken in deze sector. Een aantal van deze voorwaarden is al naar voren gekomen in het theoretisch kader. Voorwaarden waaraan een instelling zou moeten voldoen zijn: weten wat kwaliteit inhoudt en hoe dit geoperationaliseerd wordt, standaardisering van processen en een goede kwaliteit en gebruik van het intern borgingssysteem. Ook de IGZ zou aan een aantal voorwaarden moeten voldoen: vertrouwen hebben in de instelling, spreken met de kwaliteitsfunctionaris en met personen in het primaire proces en daarnaast moet de IGZ fysiek en direct betrokken blijven.

Vanuit het onderzoek is echter gebleken dat er dieper in de organisatie gekeken moet worden hoe bepaalde zaken geregeld zijn willen deze voorwaarden ook werkzaam zijn. Op dit moment is het systeemtoezicht in de gezondheidszorg in een beginnend stadium. Als eerste wordt de mate van compliance, oftewel de mate van naleving van het wettelijk kader (in het geval van de gezondheidszorg gaat het vaak om zogeheten *zeldnormen*), bepaald. Er wordt hierbij gekeken of instellingen zelf de naleving van regels borgen en of zij hun risico's beheersen. Afhankelijk van deze mate van borging en beheersing wordt door de IGZ bekeken of er vaker of minder vaak kan worden geïnspecteerd. Op dit moment is dit de manier hoe de IGZ systeemtoezicht wil invoeren binnen de gezondheidszorg. Er zijn echter op dit moment nog een aantal voorwaarden die gerealiseerd moeten worden wil systeemtoezicht ook daadwerkelijk werken, hiervoor moet dieper in de organisatie gegraven worden.

Een van de belangrijkste dingen die in het onderzoek naar voren is gekomen,

is het creëren van een open cultuur binnen de gezondheidszorg. Op dit moment is de cultuur binnen de gezondheidszorg erg gesloten. Dit heeft te maken met de tuchtrechter die vaak gelijk wordt ingeschakeld wanneer een zorgverlener een fout begaat en met de grote publiciteit die dit met zich meebrengt. Hierdoor is men bang om incidenten te benoemen en zal dit niet transparant worden gemaakt binnen de instelling. De laatste tijd is dit al wel gedeeltelijk aan het veranderen door bijvoorbeeld het Veilig Incident Melden, maar nog steeds is dit niet optimaal. Het gevolg hiervan is dat kwaliteitsmedewerkers niet bewust worden van alle risico's binnen de organisatie en hier niet aan kunnen werken. Juist van incidenten en bijna-incidenten kan geleerd worden en kan ervoor zorgen dat het in het vervolg goed gaat. Dit zal uiteindelijk voor minder incidenten zorgen en daarbij voor minder onnodige schade en sterfte. Het idee achter systeemtoezicht is het kijken naar de preventieve kant, bekijken hoe instellingen hun risico's in kaart brengen en hier maatregelen op treffen. Wanneer de meldingsbereidheid zo laag is als nu het geval is in de gezondheidszorg kan een organisatie nooit op de hoogte zijn van alle risico's. Deze meldingsbereidheid kan alleen veranderd worden wanneer er een ommekeer plaatsvindt in de cultuur. Het is echter zeer moeilijk om uit het niets een cultuurverandering te bewerkstelligen, daarnaast hangt de heersende cultuur met veel andere factoren samen.

Zo moet er een goede vertrouwensband zijn tussen de instelling en de inspectie, zoals ook al in het theoretisch kader naar voren is gekomen. Men moet elkaar vertrouwen en weten dat zij beide voor het beste willen gaan. Een instelling moet niet alleen denken dat de inspectie alles wil controleren en hen wil straffen wanneer het fout gaat. Er moet samengewerkt worden naar het optimaliseren van de gezondheidszorg en het verminderen van risico's en onnodige schade. Daarentegen moet de inspectie ook de instelling erop vertrouwen dat zij intern alles in orde heeft en zelf toezicht houdt op de processen en systemen binnen de instelling. Wanneer er sprake is van een incident moet de inspectie erop vertrouwen dat de instelling dit oppakt en verbetermaatregelen treft om dit in het vervolg te voorkomen. Daarnaast moet er een open relatie zijn, men moet elkaar in vertrouwen nemen en overleg kunnen hebben. Echter hebben de IGZ en de zorginstellingen vaak verschillende belangen doordat zij beide een andere taak hebben. Deze belangen kunnen botsen en daardoor kan deze relatie soms barsten vertonen.

Daarnaast moet er binnen een instelling een hoop veranderen wil zo'n open cultuur bewerkstelligd worden. De hiërarchische lijn die nu bepalend is binnen instellingen in de zorgsector moet verdwijnen. Alle medewerkers moeten gelijk zijn en elkaar als gelijke behandelen. In het ideale beeld vertrouwen artsen de verpleegkundigen en andersom. Zij moeten van elkaar adviezen kunnen aannemen waar het gaat om behandelingen en diagnoses. Wanneer zij beter gaan samenwerken zullen zij meer als een team gaan werken, waardoor er minder snel fouten gemaakt worden en de veiligheid kan worden verhoogd. Ook dit heeft te maken met de eeuwenoude cultuur die nog steeds binnen de gezondheidszorg heerst. Het veranderen van deze hiërarchie kan leiden tot een open cultuur waarin

men veilige en onveilige situaties met elkaar bespreekbaar maakt, risico's zichtbaar maakt en samen werkt naar betere kwaliteit van zorg. Hetgeen waar systeemtoezicht uiteindelijk voor staat.

Naast het veranderen van de cultuur en alle bijbehorende zaken moeten instellingen zelf ook bepaalde zaken beter op orde hebben.

Als eerst dienen de regelgeving, techniek en personeel op orde te zijn. Zoals ook benoemd is binnen de luchtvaart. Men moet conform de wetten, die binnen de gezondheidszorg zijn opgesteld, handelen en deze moeten vaststaan in de procedures van de instellingen. Als tweede moeten de technieken continu verbeterd worden. Door deze continue verbetering zullen er ook steeds minder fouten gemaakt gaan worden. Als laatste is het belangrijk dat het personeel op orde is. Al het personeel binnen de organisatie moet opgeleid zijn voor de functie die ze uitoefenen. Daarnaast moeten zij meerdere malen in hun carrière cursussen volgen om zo hun kennis up-to-date te houden. Daarnaast kan er geleerd worden van eerder gemaakte fouten, deze kunnen vervolgens in zo'n cursus of training terugkomen. Het zou ook goed zijn om meer structuur aan te brengen bij het aannemen van studenten voor de opleiding van medisch specialist. Tot op heden wordt er alleen rekening gehouden met de hoogte van het gemiddelde cijfer op de middelbare school bij het toelaten van studenten tot de geneeskunde opleiding. Pas bij het toelaten van basisartsen tot de opleiding van een vakgroep wordt geselecteerd op normen die bij de professie passen. Het probleem hierbij is dat veel basisartsen lang moeten wachten op toelating tot een opleiding of zelfs nooit toegelaten worden. Wanneer er direct selectie aan de poort zou plaatsvinden zou dit helemaal niet hoeven, aangezien er dan sowieso al geselecteerd is op normen die passen binnen het beroep. Ook zou de cultuur hierdoor gevormd kunnen worden doordat er gelijk een geselecteerde groep ontstaat.

Deze drie elementen, regelgeving, techniek en personeel vallen samen met het gehele veiligheidssysteem wat een voorwaarde is voor een instelling om systeemtoezicht te laten werken. Iets wat uit de luchtvaart overgenomen kan worden. In de meeste instellingen is dit al aanwezig, alleen zou het beter georganiseerd kunnen worden. Alles met betrekking tot veiligheid zit in dit systeem. Alle betrokkenen moeten weten wat er van hen verwacht wordt qua veiligheid en rapporteren van incidenten. Men moet op de hoogte zijn van risico's die ze vervolgens kunnen gaan beheersen. Hierin komt de algemene visie tot uiting, dat volgens de luchtvaart een voorwaarde is voor systeemtoezicht, het veiligheidsbewustzijn van iedereen binnen de organisatie. De hoogste directeur kan dit uitstralen naar de organisatie, maar men moet daarnaast ook begrijpen waarom dit zo is. Wanneer men niet de essentie van dit alles begrijpt zullen werknemers nooit allemaal dezelfde visie kunnen ontwikkelen. Al de zojuist genoemde factoren komen tot uiting in het veiligheidssysteem, iets wat in de gezondheidszorg verder uitgediept kan worden.

Als laatste is er nog het standaardiseren van processen binnen de gezondheidszorg. Processen moeten zoals net verteld is de wet omvatten, maar moeten daarnaast ook vaststaan zodat er op een uniforme manier gewerkt wordt binnen de instelling. Het is lastig om voor alles een proces te maken aangezien de zorgsector een erg dynamische omgeving heeft. Er zullen altijd onverwachte momenten zijn waarop een standaard niet voldoet. Hierdoor zal er altijd onzekerheid zijn bij de desbetreffende arts of verpleegkundige. Dit kan vervolgens weer worden opgepakt bij trainingen, waar artsen en verpleegkundigen leren hoe om te gaan met onverwachte situaties. Daarnaast kan er bij de screening van personeel ook rekening gehouden worden dat de juiste personen hiervoor worden aangenomen.

Hoofdstuk 7: Discussie

Aan het begin van dit onderzoek is er een theoretisch kader opgesteld, waar vanuit de literatuur voorwaarden benoemd worden voor het werken van systeemtoezicht. Het blijkt echter uit het onderzoek dat er meer gekeken moet worden naar de kern van organisaties. Bij de kern van organisaties moeten bepaalde zaken goed geregeld zijn voordat de voorwaarden die benoemd worden überhaupt kunnen werken. Zo is er in de literatuur niet gesproken over de cultuur van een organisatie die bepalend is voor een aantal zaken. Voor systeemtoezicht dient men een intern borgingssysteem te hebben, maar om dit systeem goed te laten lopen moet de cultuur open zijn, iets wat in de gezondheidszorg nog niet helemaal het geval is. Dit is dan ook de reden dat de ingestelde kwaliteitssystemen niet datgene behalen wat ze eigenlijk zouden moeten behalen.

Het is opvallend dat er in de literatuur hier niet over wordt gesproken. In alle literatuur die er geschreven is over systeemtoezicht in de gezondheidszorg komt het woord cultuur niet voor. Zo ook wordt er niet gesproken over de hiërarchische lijn die bepalend is binnen zorgorganisaties of dat de screening van personeel aangepast kan worden. Al deze factoren staan aan de kern van het managementsysteem, het standaardiseren en de vertrouwensrelatie. Deze factoren worden allemaal benoemd als voorwaarden, maar hier dient dus meer geregeld voor te zijn dan alleen deze factoren, wil men het optimaal kunnen gebruiken. De voorwaarden zoals benoemd in de literatuur kloppen, voor het wel of niet werken van systeemtoezicht. Maar hier dient dus meer voor geregeld te worden. In het gehele onderzoek komen veel factoren naar voren die de luchtvaart en/of het onderwijs bevatten en die de gezondheidszorg zich nog zou moeten toe-eigenen. Hierdoor kan de vraag gesteld worden die al door meerdere deskundigen eerder is gesteld: Is systeemtoezicht werkzaam voor de gezondheidszorg? Moet er niet teveel aangepast worden in de gezondheidszorg en is dit niet teveel gevraagd voor deze sector? Het is lastig om hier antwoord op te geven aangezien de zorgsector continu bezig moet zijn om de kwaliteit en veiligheid te optimaliseren en dus automatisch naar het systeemtoezicht zal moeten toegroeien. Het aantal onnodige overlijdens en schade zal op een manier verminderd moeten worden binnen de gezondheidszorg en systeemtoezicht zou daar de oplossing voor kunnen zijn. Daarentegen moet de gezondheidszorg een gehele transformatie ondergaan qua cultuur en structuur, dat het slagen hiervan moeilijk zal zijn. Het zal opgepakt moeten worden door de overheid om uniform in heel Nederland een andere manier van werken, binnen de gezondheidszorg, te krijgen. Dit zal echter wel een aantal jaren in beslag gaan nemen wil dit goed gaan lukken, aangezien een cultuurverandering niet zomaar bewerkstelligd kan worden. De vraag of systeemtoezicht überhaupt ooit optimaal gaat werken in de zorgsector blijft waarschijnlijk nog enige tijd onbeantwoord.

Er zijn een aantal onderzoekers die geschreven hebben over de vergelijking tussen de luchtvaart en de zorg. Een voorbeeld hiervan is Randall (2003) die vrij negatief is over de eeuwige vergelijkingen tussen de luchtvaart en de gezondheidszorg. In haar stuk benoemt zij enkele verschillen tussen de luchtvaart en de gezondheidszorg, door deze verschillen mogen de twee sectoren niet te snel met elkaar vergeleken worden beargumenteerd zij. Uiteindelijk stelt zij als conclusie dat de gezondheidszorg echter wel kan leren van de luchtvaart, namelijk over de open cultuur en het verbeteren van techniek. Deze conclusie past bij de conclusie van mijn onderzoek waarin duidelijk wordt dat de gezondheidszorg van verschillende elementen kan leren uit de luchtvaart maar dit wel aangepast moet worden aan de zorgsector.

Een andere onderzoeker die ik heb meegenomen in mijn vergelijking is de Korne (2010), een recenter onderzoek. Hij was juist erg positief over de vergelijking tussen de gezondheidszorg en de luchtvaart, vooral over het overnemen van innovaties. Het is interessant om in een vergelijking twee tegenpolen naast elkaar te zetten. Randall die juist wat negatiever was en de Korne die positief gestemd was. Er is wel te zien dat beide keuzes maken over wat ze vertellen om het verhaal te laten passen bij hun argumentatie.

Amalberti et al. (2005) zitten eigenlijk tussen de eerste twee onderzoekers in. Zij zijn positief over de vergelijking, maar vindt net als Randall dat de gezondheidszorg niet zomaar alles over kan nemen. De lessen vanuit de luchtvaart moeten getransformeerd worden naar de gezondheidszorg, waarna er 5 barrières overwonnen moeten worden. Dit is naar mijn mening een erg realistische kijk op de vergelijking en daarom past deze er goed tussen. Zo zijn er naast mijn eigen onderzoek diverse invalshoeken om te kijken naar de vergelijking tussen de luchtvaart en de gezondheidszorg.

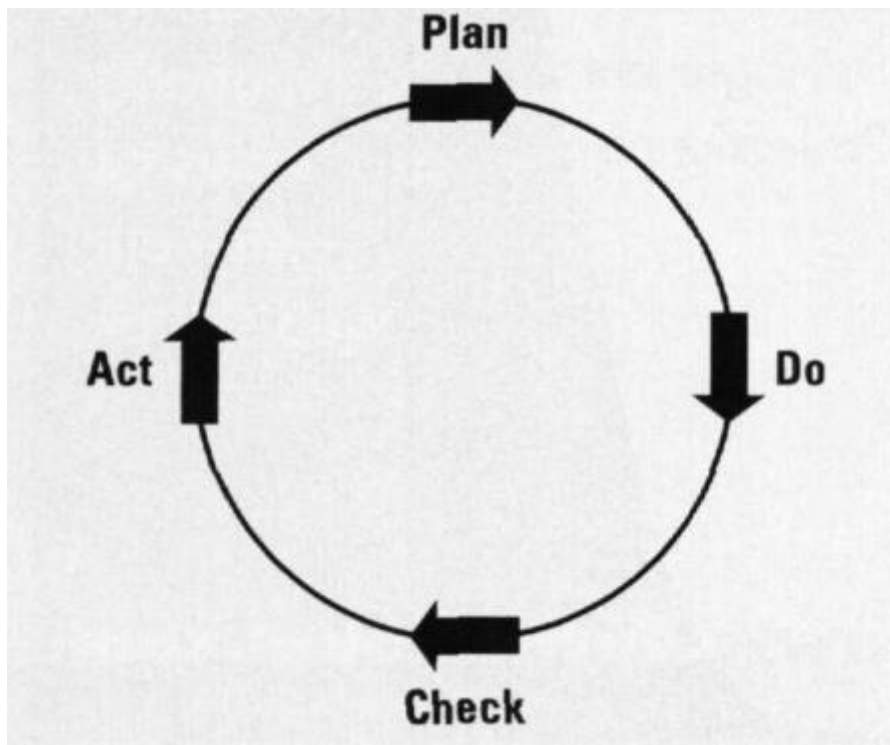
Ook is er onderzoek gedaan door DiPisa (2012) over de vergelijking tussen het hoger onderwijs en de gezondheidszorg. Vanuit dit onderzoek is gebleken dat er veel gelijkenissen tussen deze twee sectoren zijn. Dit komt overeen met mijn onderzoek aangezien daar ook een aantal gelijkenissen in naar voren kwamen.

Een vervolg onderzoek op dit onderzoek zou naar mijn mening erg nuttig zijn. Het zou dan beter zijn, als er in meerdere organisaties binnen één sector gekeken wordt. Zo kan er beter gekeken worden wat het algemene beeld is. Vanuit dit onderzoek is er een vrij klein veld bezocht en daarom is het lastig om het op de gehele sector te betrekken. Er kwamen vanuit de respondenten vaak dezelfde soort antwoorden waar ik vervolgens mijn conclusie op kon baseren. Hierdoor is er uiteindelijk toch een duidelijk antwoord op de hoofdvraag gekomen. Wellicht als er naar meer organisaties gekeken wordt, dat er dan nog meer factoren benoemd kunnen worden of dat enkele factoren die ik benoemd heb niet meer zo sterk van toepassing zijn. Daarnaast zou er met meer mensen in de instelling gesproken moeten worden, bijvoorbeeld over de culturele aspecten, zodat duidelijk wordt hoe een organisatie in elkaar steekt. Vanuit daar kan ook geleerd worden hoe dit veranderd zou kunnen worden. Het is het dan ook belangrijk dat er met verschillende functies uit een zorginstelling gesproken

wordt, aangezien zij allemaal een ander beeld erover hebben. Zo zou er gesproken kunnen worden met verpleegkundigen, specialisten, facilitaire diensten, P&O, kwaliteitsmedewerkers, de OR en het bestuur. Wellicht iets voor de toekomst.

Hoofdstuk 8: Bijlages

I: PDCA cyclus



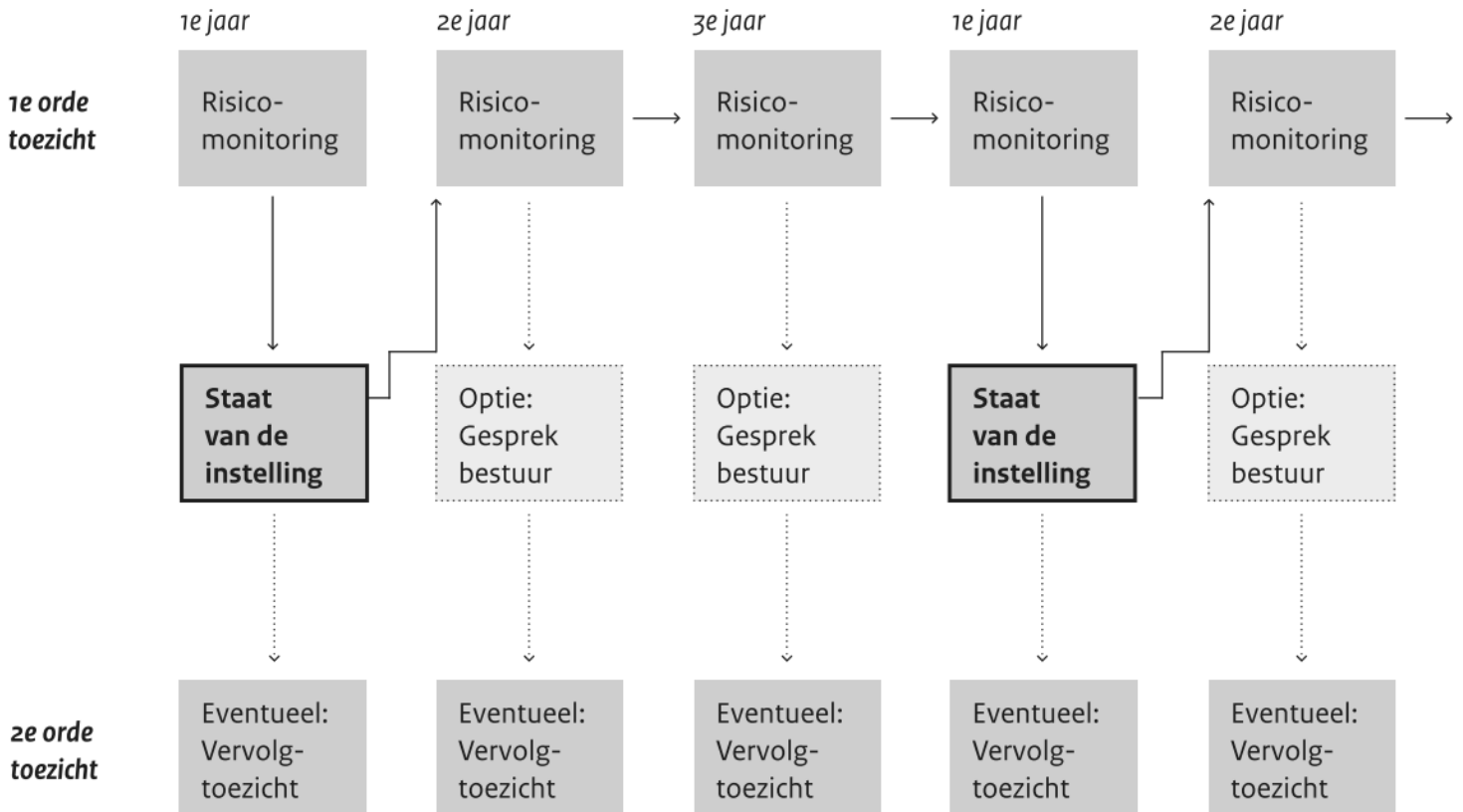
PLAN - het identificeren en analyseren van het probleem

DO - Het bedenken en implementeren van de oplossing

CHECK - Het evalueren van de resultaten en bekijken of het vooropgestelde doel gerealiseerd is

ACT - Het standaardiseren van de oplossing voor als het nogmaals gebeurt

II : Werkwijze Inspectie voor het Onderwijs



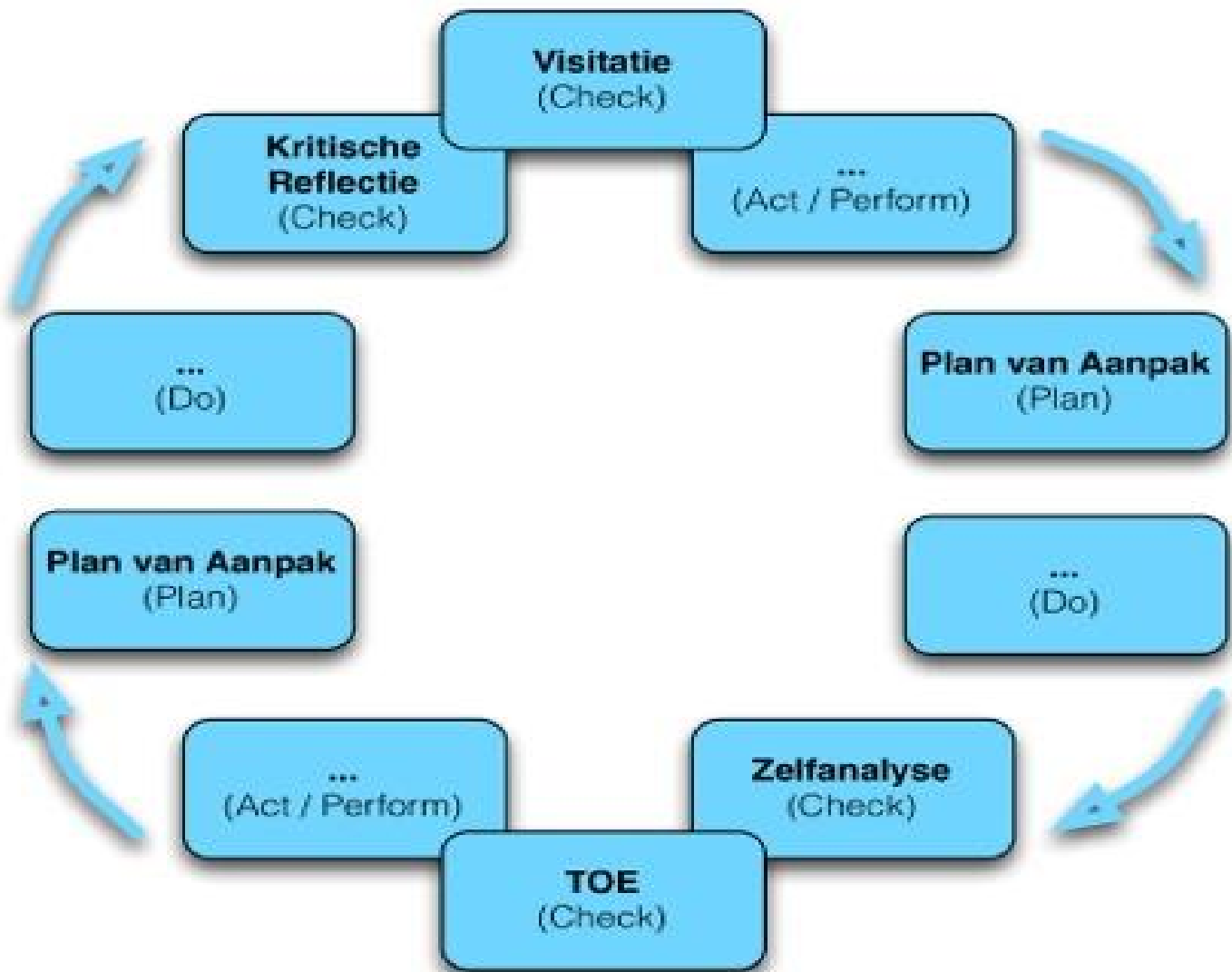
Staat van de instelling:

- onderzoek onderwijskwaliteit, en
- onderzoek kwaliteitsborging, en
- analyse gegevens instelling en overige bronnen, en
- opbrengsten, en
- eventuele themaonderzoeken.

2e orde toezicht:

- onderzoek onderwijskwaliteit, en/of
- onderzoek kwaliteitsverbetering, en/of
- onderzoek kwaliteitsborging/naleving wettelijke vereisten, en/of
- intensivering financieel toezicht, en/of
- maatwerkafspraken.

III: Relatie visitatie en TOE



Literatuurlijst

Art. 1 Wet luchtvaart

Art. 7.1 lid 1 Wet luchtvaart

Amalberti, R. & Y. Auroy. & D. Berwick. & P. Barack. 2005. *Five System Barriers to Achieving Ultrasafe Health Care*. ACP: Annals of Internal Medicine. 142 : 9.

de Bree, M.A. 2010. Hoe landelijke inspectiediensten omgaan met systeemtoezicht? *Tijdschrift voor Toezicht*. (1) 3.

Chief Medical Officer. 2000. *An organisation with a memory*. Londen: Department of Health,

Dekker, S. 2007. *Just culture: Balancing safety and accountability*. Aldershot: Ashgate. Wallenburg, Iris, Antoinette Bont, Maas-Jan Heineman, Fedde Scheele, and Pauline Meurs. 2013. Learning to doctor: tinkering with visibility in residency training. *Sociology of Health & Illness* 35 (4):544-559.

DiPisa, R. 2012. *Health Care and Higher Education: Different Industries, Similar Profiles*. Hingham: Phillipsdipisa.

(EITC). 2012. *Systeemtoezicht volop in ontwikkeling*. [Internet] Erasmus Instituut Toezicht & Compliance, 18-11-2012 [aangehaald op 18-11-2012] Bereikbaar op <http://www.toezichtencompliance.nl/nieuws?cid=930>

Faculteit X. 2011. *Zelfevaluatierapport ten behoeve van de accreditatie 2011*. Instituut opleiding X.

Helderman, J-K. & M.E. Honingh. 2009. *Systeemtoezicht: Een onderzoek naar de condities en werking van systeemtoezicht in zes sectoren*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.

Helderman, J-K. & M.E. Honingh. 2009. *Systeemtoezicht niet voor alle sectoren geschikt*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.

(IGZ). 2012. *Organisatie*. [Internet] Inspectie voor de Gezondheidszorg, 17-11-2012 [Aangehaald op 17-11-2012] Bereikbaar op <http://www.igz.nl/organisatie/>

(IGZ). 2012. *Onderwerpen*. [Internet] Inspectie voor de Gezondheidszorg, 17-11-2012 [Aangehaald op 17-11-2012] Bereikbaar op <http://www.igz.nl/onderwerpen/>

IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg). 2008. *IGZ-handboek kader: Richtlijn voor transparante handhaving*. Den Haag

(ILT). 2012. *Organisatie*. [Internet] Inspectie Leefomgeving en Transport, 22-11-2012 [aangehaald op 22-11-2012] Bereikbaar op <http://www.ilent.nl/organisatie/>

Interview Extern adviseur IGZ. 2013

Interview Inspecteur ILT. 2013.

Interview Inspecteur IvhO. 2013.

Interview Kwaliteitsmanager gehandicapteninstelling. 2013.

Interview Kwaliteitsmedewerker gehandicapteninstelling. 2013.

Interview Kwaliteitsmedewerker universiteit. 2013.

Interview Safety Manager luchtvaart. 2013.

Interview Voormalig onderwijsdirecteur. 2013.

(IvhO). 2012. *Organisatie*. [Internet] Inspectie voor het Onderwijs, 22-11-2012 [aangehaald op 22-11-2012] Bereikbaar op <http://www.onderwijsinspectie.nl/organisatie/Missie>

(IvhO). 2013. *Hoger Onderwijs*. [Internet] Inspectie voor het Onderwijs, 10-7-2013 [aangehaald op 10-7-2013] Bereikbaar op <http://www.onderwijsinspectie.nl/onderwijs/Hoger+onderwijs>

Johnson, C.N. 2012. *The benefits of PDCA*. Quality Progress. ProQuest: 35, 5:120

Kamerstuk. 2013. *Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)*. Brief van de Minister van VWS. Kamerstuk: Den haag.

de Korne, D. & J. van Wijngaarden. & F. Hiddema. & F. Bleeker. & J. Pronovast. & N. Klazinga. 2010. *Diffusing Aviation Innovations in a Hospital in the Netherlands*. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 36 : 8.

Knottnerus, A. 2012. *Regels, Compliance en Toezicht*. Toespraak op 4 oktober 2012.

Mesman, J. 2011. *Resource of Strength: An Exnovation of Hidden Competence to Preserve Patient Safety*. Ashgate. Chapter 4.

(NVAO). 2013. *Beoordeling hogeronderwijsopleidingen en . instellingen*. [Internet] nederlands- vlaamse accreditatieorganisatie, 8-7-2013 [aangehaald op 8-7-2013] Bereikbaar op <http://www.nvao.net/accreditation>

Observatie ziekenhuis. 2013.

Randall, R. 2003. *Medicine and Aviation: A Review of the Comparison*. Department of Computing Science. United Kingdom: University of Glasgow.

(Rijksoverheid). 2012. *Kwaliteit van zorg*. [Internet] Rijksoverheid, 20-11-2012 [aangehaald op 20-11-2012] Bereikbaar op <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/toezicht-in-de-zorg>

Robben, P.B.M. & R. Bal & R.P.T.M. Grol. 2012. *Overheidstoezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg*. Den Haag: WRR.

Universiteit X. 2012. *Kritisch Zelfreflectie 2012*. CvB Universiteit X.

Universiteit X. 2013. *Handleiding Tussentijdse Opleidingsevaluatie*. Universiteit X.

(V&VN). 2012. *De wet BIG*. [Internet] Beroepsvereniging van zorgprofessionals, 17-11-2012 [aangehaald op 17-11-2012] Bereikbaar op <http://www.venvn.nl/Vakdossiers/WetBIGenHerregistratie.aspx>

(Velders-IMC). 2012. *Wat is toezicht?*. [Internet] Velders-IMC, 17-11-2012 [aangehaald op 17-11-2012] Bereikbaar op <http://www.velders-imc.nl/html/toezicht.html>

Wallenburg, I. 2010. *Een Hobbelige Opleiding: Drempels, kansen en Strategieën in het Medisch Opleidingstraject*. Achtergrondstudie bij RVZ Advies Numerus Fixus. RVZ: Den Haag

(ZonMw). 2012. *Systeemtoezicht op kwaliteit en veiligheid van de zorg: Formatieve evaluatie van het IGZ project ST*. [Internet] ZonMw, 12-11-2012 [aangehaald op 12-11-2012] Bereikbaar op <http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/systeemtoezicht-op-kwaliteit-en-veiligheid-van-de-zorg-formatieve-evaluatie-van-het-igz-project-st/samenvatting/>

(ZZP-MKB). 2012. *Kwaliteitswet zorginstellingen*. [Internet] ZZP-MKB, 17-11-2012 [aangehaald op 17-11-2012] Bereikbaar op <http://www.zzp-mkb.nl/cms/artikelen/8/1/Kwaliteitswet-Zorginstellingen/Pagina1.html>