

Procedure voor het verwerven van het
TOPGGz keurmerk
geldig van 1 januari 2017 tot 1 januari 2019



Procedure verwerven TOPGGz keurmerk

Als een afdeling het TOPGGz keurmerk wil verwerven doorloopt het globaal de volgende stappen:

Oriëntatie

Op basis van de **Quick Scan** wordt een afspraak gemaakt met het bureau om deze door te nemen en een inschatting te maken in hoeverre de afdeling aan de criteria voldoet. Tijdens dit gesprek worden alle criteria doorgenomen en vragen beantwoord. Dit indicatiegesprek dient te hebben plaatsgevonden voordat een nieuwe afdeling kan worden aangemeld. Vanaf 2017 wordt alleen nog maar de afdeling (de te visiteren eenheid) beoordeeld. De instellingsbeoordeling vervalt; het gaat immers om de vraag of de afdeling aan de criteria voor hoogspecialistische ggz voldoet. De criteria die betrekking hebben op het commitment en continuïteit van de afdeling zijn toegevoegd aan de criteria op afdelingsniveau en de onderbouwing ervan valt nog steeds onder de verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur van de instelling waar de betreffende afdeling onder valt.

Interne audit

Als een **aanmeldformulier** (ondertekend door de Raad van Bestuur) is ingediend en een voorkeurs visitatiedatum is gekozen krijgt de contactpersoon hier een bevestiging van. Tevens wordt indien nog beschikbaar de visitatiedatum bevestigd. Uiterlijk 18 weken voor de visitatiedatum wordt een audit aangemaakt in het visitatieweb. Contactpersonen van de instelling en afdeling ontvangen hier een account voor. Daar kan de Interne Audit worden aangeleverd. De interne audit bestaat uit een betoog bij elk criterium en een onderbouwing van het betoog met relevante documenten (geüploade bestanden). Deze interne audit (**fase 1**) dient 8 weken voor de visitatiedatum te zijn afgerond. Ook wordt het visitatieteam voorgesteld. De afdeling bevestigt het visitatieteam of beroept zich op wraking. Het visitatieprogramma wordt vastgesteld.

Aanvullende vragen/continueren visitatieproces

Er worden eventueel verduidelijkende vragen gesteld door het visitatieteam (**fase 2**). Als de beoordeling van de interne audit bij het visitatieteam geen zwaarwegende bezwaren oplevert en de contactpersoon van de instelling namens de Raad van Bestuur besluit het visitatieproces van de afdeling te continueren, is hiermee de visitatiedatum definitief bevestigd (**fase 3**). Dit wordt 4 weken voor de visitatiedatum door de contactpersoon van de instelling in het visitatieweb aangegeven. De aanvullende vragen worden vervolgens in het visitatieweb beantwoord. (**fase 4**)

Visitatie:

De visitatie vindt plaats op een centrale locatie binnen de instelling conform een **standaardprogramma**. (**fase 5**) Het visitatieteam bestaat uit vijf personen, de afdeling wordt geacht maximaal 6 personen af te vaardigen, die het meest belangrijk zijn voor het uitvoeren van de hoog specialistische taken. De afdeling wordt vanaf 2017 nadrukkelijk uitgenodigd een patiënt of diens vertegenwoordiger (naaste, lokale/regionale/landelijke cliëntenorganisatie) te laten deelnemen aan de visitatie. Tijdens de visitatie presenteert de afdeling zich middels een 'elevator pitch' en (facultatief) een ervaringsverhaal, waarna de criteria worden doorgenomen. Met de Raad van Bestuur wordt gesproken over de criteria die betrekking hebben op de continuïteit van de afdeling en het commitment van de Raad van Bestuur. Aan het eind van de dag vindt een globale, voorlopige terugkoppeling plaats naar de afgevaardigden van de te visiteren eenheid en de Raad van Bestuur.

Verslaglegging en wederhoor

3 weken na de visitatie worden de voorlopige conclusies via het visitatieweb (**fase 6**) voorgelegd aan de afdeling(en) in het kader van wederhoor (**fase 7**). Dan kunnen feitelijke onjuistheden worden gecorrigeerd. Er bestaat ook nog een laatste mogelijkheid aanvullende relevante documenten te uploaden of eerder geüploade bestanden te corrigeren.

Besluitvorming

Na de wederhoor formuleert het visitatieteam haar conclusies en legt deze voor aan de visitatiecommissie (**fase 8**). Na bespreking in de vergadering van de visitatiecommissie (4 keer per jaar) wordt een afdeling wel of niet voorgedragen voor het TOPGGz keurmerk aan het bestuur van TOPGGz. Het bureau doet na afloop van de visitatievergadering melding van de voordracht aan de te visiteren eenheid. Het bestuur toetst vervolgens uitsluitend op procedurele gronden en neemt het definitieve besluit (**fase 9**).

Toekenning van TOPGGz keurmerk

Als het bestuur een positief besluit heeft genomen, mag de afdeling direct het keurmerk voeren, conform het **reglement**. Eens per jaar vindt een feestelijke keurmerkuitreiking plaats. Indien de periode tot aan de uitreiking langer dan een half jaar is, kan het keurmerk op verzoek van de afdeling tijdens een feestelijke bijeenkomst (georganiseerd door de afdeling) uitgereikt worden door de directeur van TOPGGz.

Bezwaar/beroepsprocedure

Indien een instelling het niet eens is met het genomen besluit m.b.t. het keurmerk kan een beroep worden gedaan op de **bezwaar/beroepsprocedure TOPGGz**.

Procedure hervisitatie TOPGGz keurmerk

4 jaar na het verwerven van het TOPGGz keurmerk worden afdelingen standaard opnieuw gevisiteerd. U krijgt hierover een tot anderhalf jaar vóór de visitatie bericht met daarin drie opties voor een visitatiedatum. Uitgangspunt voor de visitatiedatum is de datum van het bestuursbesluit over toekenning keurmerk. De opties die wij u aanbieden voor een visitatiedatum liggen vier jaar na deze datum min drie tot vijf maanden. De volledige beoordelingsprocedure, inclusief visitatie is identiek aan een eerste visitatie. Er wordt dan gekeken of de afdelingen aan de, dan geldende, criteria voldoen. De criteria worden iedere 2 jaar geëvalueerd en zo nodig geactualiseerd en aangescherpt. De afdelingen moeten opnieuw aantonen dat zij voldoen aan de criteria en dit onderbouwen met relevante documenten. Resultaten uit de voorgaande visitatie (zoals toen opgevoerde publicaties, presentaties en, onderzoeken) tellen niet mee. Er moet duidelijk worden gemaakt dat de ingezette ontwikkelingen zich de afgelopen 4 jaar hebben voortgezet en opnieuw resultaten (conform de criteria) hebben opgeleverd. Mocht een afdeling niet meer (volledig) voldoen aan de criteria op het moment van hervisitatie, dan krijgt de afdeling 6 maanden de tijd om herstelbeleid in te zetten en uit te voeren. Dit herstelbeleid wordt dan getoetst. Vervolgens wordt definitief vastgesteld of het keurmerk geprolongeerd wordt (via dezelfde besluitvormingsprocedure). Als de afdeling ook na herstelbeleid nog niet voldoet, dan wordt het keurmerk ingetrokken.

Procedure bij relevante wijziging op een TOPGGz afdeling

Wanneer op een afdeling zich relevante wijzigingen voordoen, bijv. het vertrek van een boegbeeld of senior onderzoeker, het stoppen van promotieonderzoek, dan dient de afdeling hier melding van te doen binnen een maand na het optreden van de wijziging. De afdeling heeft vervolgens 6 maanden de tijd om een herstelbeleid in te zetten en uit te voeren. Dit herstelbeleid wordt via de reguliere besluitvormingsprocedure beoordeeld. Indien de afdeling niet meer voldoet, dan wordt het keurmerk ingetrokken. Een afdeling kan later opnieuw het keurmerk verwerven als het weer wel voldoet aan alle criteria.

Standaard visitatieprocedure 2017-2018

| | Fase | Omschrijving |
|--|------|--|
| | 0 | Instelling toont belangstelling: criteria, procedure en contributieregeling worden toegestuurd |
| DEEL A: Voorbereiding en interne audit | | Indicatiegesprek met bureau op basis van Quick scan |
| | | Ondertekenen aanmeldformulier en reserveren visitatiedatum |
| | | Concept visitatieteam en -programma, inloggegevens en instructie visitatieweb worden toegestuurd, facturatie Deel |
| | | Akkoord visitatieteam TOPGGz doorgeven |
| | 1 | Afdeling voert interne audit(s) uit en stuurt ingevuld visitatieprogramma retour |
| | 2 | Visitatieteam formuleert advies over wel of geen zwaarwegende bezwaren het visitatieproces te continueren en vraa |
| | 3 | Afdeling besluit het visitatieproces wel/niet te continueren. Bij continuering volgt facturatie Deel B (70%). Indien beo negatief advies oplevert en de instelling de afdeling terugtrekt, stopt het visitatieproces. Er volgt dan geen facturatie |
| Deel B: visitatie en besluitvorming | 4 | Indien er vragen door het visitatieteam gesteld worden, dient aanvullende informatie gegeven te worden. |
| | 5 | Externe visitatie (bij de instelling) |
| | 6 | Voorlopige bevindingen worden geformuleerd in het visitatieweb |
| | 7 | Afdeling controleert de voorlopige bevindingen op feitelijke onjuistheden. Eventueel kunnen laatste/zeer relevante o |
| | 8 | Visitatiecommissie oordeelt over conclusies visitatieteam |
| | 9 | Conclusie visitatiecommissie wordt voorgedragen aan bestuur. Bestuur beoordeelt de gevolgde procedure en neemt |
| | 10 | Vaststelling en terugkoppeling uitslag |

| | Functie | Planning | Wie |
|-------------------------------------|---------------------------------------|--|-----------------------------------|
| | Informereren | Binnen 1 week | Bureau |
| | Inschatting haalbaarheid en planning | Afspraak wordt binnen 2 weken gemaakt | Directeur of Senior Projectleider |
| | Aanmelding | | Raad van Bestuur |
| A | Voorbereiding en instructie visitatie | Uiterlijk 18 weken voor visitatiedatum | Bureau |
| | Vaststellen visitatieteam | 16 weken voor visitatiedatum | Contactpersoon instelling |
| | Interne audit | Uiterlijk 8 weken voor visitatiedatum | Contactpersoon afdeling |
| gt om aanvullende informatie | Advies aan afdeling | 6 weken voor visitatiedatum | Visitatieteam |
| oordeling interne audit een Deel B. | Besluit continuering visitatieproces | 4 weken voor visitatiedatum | Contactpersoon instelling |
| | Aanvullende informatie verschaffen | 2 weken voor visitatiedatum | Contactpersoon afdeling |
| | Visitatie | 1 of 2 dagen | Visitatieteam |
| | Verslaglegging | 3 weken na visitatiedatum | Ambtelijk secretaris |
| documenten worden geüpload | Wederhoor | 5 weken na visitatiedatum | Contactpersoon afdeling |
| | Beoordeling door visitatiecommissie | 4 x per jaar | Visitatiecommissie |
| besluit | Voordracht en besluit bestuur | 4 x per jaar | Bestuur TOPGGz |
| | Terugkoppeling besluit | Binnen 1 dag na bestuursvergadering | Directeur |

| Procedure bij standaard hervisitatie | |
|---|----------------|
| Omschrijving | Functie |
| (Standaard) hervisitatie, 4 jaar na het jaar van vorige visitatie | Hervisitatie |
| Afdeling blijkt bij hervisitatie niet meer te voldoen. Afdeling krijgt gelegenheid herstelbeleid in te zetten | Inzetten |
| Beoordeling of afdeling na uitgevoerd herstelbeleid voldoet aan criteria | Beoordelen |

| Procedure bij relevante wijziging bij een TOPGGz afdeling | |
|--|----------------|
| Omschrijving | Functie |
| Tussentijdse melding van relevante wijziging(en) op een TOPGGz afdeling | Melding |
| Afdeling dient herstelbeleid in te zetten en te formuleren | Inzetten |
| Beoordeling of afdeling na uitgevoerd herstelbeleid voldoet aan criteria | Beoordelen |

| Procedure bij tussentijds teruggeven keurmerk | |
|--|---------------------|
| Omschrijving | Functie |
| Tussentijds keurmerk teruggeven op initiatief van instelling | Keurmerk teruggeven |

| | Planning | Wie |
|-------------------------------|--|----------------------------|
| atatie | Na 4 jaar | Contactpersoon afdeling |
| n en formuleren herstelbeleid | Binnen 6 maanden na besluit hervisitatatie | Afdeling |
| deling herstelbeleid | Afhankelijk van complexiteit van herstelbeleid | Visitatiecommissie/bestuur |

| | Planning | Wie |
|-------------------------------|--|----------------------------|
| g van wijziging | Binnen 1 maand na opreden wijziging | Contactpersoon afdeling |
| n en formuleren herstelbeleid | Binnen 6 maanden na melding | Contactpersoon afdeling |
| deling herstelbeleid | Afhankelijk van complexiteit van herstelbeleid | Visitatiecommissie/bestuur |

| | Planning | Wie |
|---------------|--|------------------|
| rk teruggeven | Voor afloop van termijn van hervisitatatie | Raad van Bestuur |



Stichting Topklinische GGz

Postbus 1198 3800 BD Amersfoort
033-4450678 info@topggz.nl www.topggz.nl