

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 TOPGGz-visitatieteam bestaat uit vijf personen (met incidenteel een zesde persoon in het kader van inwerken). De te visiteren eenheid wordt geacht maximaal zes personen af te vaardigen, die het meest belangrijk zijn voor het uitvoeren van de hoogspecialistische functies. De te visiteren eenheid wordt nadrukkelijk uitgenodigd (als één van de zes personen) een patiënt, ervaringsdeskundige of diens vertegenwoordiger te laten deelnemen aan de visitatie; bij voorkeur een patiënt die zicht heeft op de verschillende topklinische functies. De contactpersoon van de instelling kan indien gewenst als toehoorder de visitatie bijwonen (als zevende persoon). 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. 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 B
		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 vraagt advies
	3	Afdeling besluit het visitatieproces wel/niet te continueren. Bij continuering volgt facturatie Deel B (70%). Indien beoordeeld 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 oorzaken worden vastgesteld
	8	Visitatiecommissie oordeelt over conclusies visitatieteam
	9	Conclusie visitatiecommissie wordt voorgedragen aan bestuur. Bestuur beoordeelt de gevolgde procedure en neemt beslissing
	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