

Accreditatieproces intensieve stoppen-met-rokeninterventies

Doel van accreditatie

Met accreditatie wordt vastgesteld of een (extra)intensieve stoppen-met-rokeninterventie voldoet aan de kwaliteitseisen uit het Kwaliteitskader, gebaseerd op de actuele Zorgstandaard Tabaks- en Nicotineverslaving.

Accreditatie biedt:

- duidelijkheid over kwaliteit voor behandelaren, cliënten, verwijzers, financiers en andere partijen in de zorg, zoals toezichthouders
- transparantie over inhoud en uitvoering van interventies
- transparantie over organisatie en kwaliteitsborging van intensieve stoppen-met-rokenzorg
- een basis voor verdere ontwikkeling en kwaliteitsverbetering

Accreditatie wordt verleend aan een interventie op aanvraag van de organisatie die eigenaar is van die interventie. Deze organisatie wordt in dit document aangeduid als de 'interventie-eigenaar'. De accreditatie wordt verleend door de Stichting Kwaliteit Stoppen met Roken Zorg ('de Stichting').

Waar moet een interventie minimaal aan voldoen om in aanmerking te komen?

Een interventie kan in aanmerking komen voor accreditatie als (extra)intensieve stoppen-met-rokeninterventie als:

- er sprake is van een programmatisch opgebouwde interventie;
- de interventie zich richt op stoppen met roken en het gebruik van andere nicotinehoudende producten;
- de interventie-eigenaar voldoet aan het kwaliteitskader en relevante wet- en regelgeving;
- de interventie is beschreven op een manier die navolgbaar en reproduceerbaar is.

Opzet van het accreditatieproces

Het accreditatieproces bestaat uit een aantal stappen.

Stap 1 – Indienen van de aanvraag

Voor iedere afzonderlijke interventie dient één volledig ingevuld format te worden ingediend. Dit format vormt het volledige dossier waarop de beoordeling volgens het Kwaliteitskader is gebaseerd en bevat de volgende onderdelen:

- een beschrijving van de interventie-inhoud;
- een beschrijving van de uitvoering (hoe de begeleiding plaatsvindt);
- een beschrijving van de organisatie en kwaliteitsborging;
- informatie over registratie en monitoring van uitkomsten.

De nadruk ligt op een heldere beschrijving van de interventie, niet op uitgebreide bewijsvoering. Voor het samenstellen van een compleet dossier wordt gebruik gemaakt van het hiervoor ontwikkelde [format van de Stichting Kwaliteit Stoppen met Rokenzorg](#).

Eén interventie kan een individuele en groepsgewijze variant kennen en meerdere doelgroepen bedienen. Alleen indien een variant wezenlijk anders is (bijvoorbeeld andere opzet, interventietechnieken, gedragsveranderingstechnieken, behandelen en/of naamgeving naar de buitenwereld), moet hij afzonderlijk worden ingediend voor accreditatie.

Stap 2 – Formele check

Er wordt door het secretariaat van de commissie binnen 3 werkdagen na ontvangst gecontroleerd of de aanvraag volledig is en binnen het format is ingediend, onder geheimhoudingsverklaring. Indien nodig wordt de interventie-eigenaar gevraagd de aanvraag aan te vullen voordat de inhoudelijke beoordeling start. De indiener ontvangt binnen 8 weken na het indienen van een compleet dossier zijn beoordeling. Mocht hiervan worden afgeweken, dan wordt hierover contact opgenomen met de indiener.

Stap 3 – Inhoudelijke beoordeling

De interventie wordt beoordeeld door een hiertoe opgeleide, onafhankelijke auditor. Deze heeft een geheimhoudingsverklaring getekend en krijgt volledige inzage in de ingeleverde stukken. Hij voert de audit uit, laat eventuele verduidelijkende vragen door het secretariaat stellen aan de interventie-eigenaar en schrijft een auditrapport.

De beoordeling richt zich op de samenhang tussen:

- inhoud van de interventie (gedragsmatige begeleiding);
- uitvoering (opbouw, intensiteit, contactmomenten, behandelduur, continuïteit, maatwerk);
- organisatie (kwaliteit, samenwerking, borging);
- registratie en uitkomsten (monitoring en evaluatie).

Stap 4 – Verduidelijking (indien nodig)

Bij onduidelijkheden kan de interventie-eigenaar gevraagd worden om een nadere toelichting. Het gaat hierbij om beperkte verduidelijking van de ingediende informatie, dus niet om een uitgebreide aanvulling of volledig nieuwe beschrijving van de interventie.

Stap 5 – Besluitvorming

Er zijn drie mogelijke uitkomsten van de beoordeling:

1. *Geaccrediteerd*
De interventie voldoet aan de gestelde eisen.
2. *Voorwaardelijk geaccrediteerd*
De interventie voldoet grotendeels, maar er zijn beperkte aanvullingen of verduidelijkingen nodig. De interventie-eigenaar krijgt 2 weken de tijd om deze aan te leveren, waarna binnen 4 weken stap 3 en 5 worden herhaald.
3. *Niet geaccrediteerd*
De interventie voldoet niet aan de gestelde eisen. De interventie-eigenaar ontvangt een inhoudelijke toelichting.

De auditor legt de beoordeling en zijn advies voor aan de kwaliteitscommissie van de Stichting. De commissie ziet niet het protocol, maar beoordeelt het auditrapport en de aanbeveling van de auditor. Na goedkeuring neemt de kwaliteitscommissie het advies over. Indien de kwaliteitscommissie geen goedkeuring kan verlenen, vindt overleg plaats met de auditor om de kwaliteit te verhogen en/of wordt een tweede auditor betrokken.

Wanneer het advies door de kwaliteitscommissie is overgenomen, wordt dit ter bekrachtiging voorgelegd aan het bestuur van de Stichting. Het bestuur wijzigt niet de inhoudelijke beoordeling.

De indiener ontvangt de uitkomst van zijn procedure in de vorm van een e-mail met de uitkomst, voorzien van het auditrapport.

Indien de interventie-eigenaar beroep wil aantekenen tegen dit besluit, kan dat binnen 2 weken na ontvangst van de uitkomst bij het bestuur van de stichting.

Stap 6 - Publicatie en administratie

Na accreditatie worden de naam van de interventie en de naam van de interventie-eigenaar gepubliceerd op de website van de Stichting. De interventie-eigenaar krijgt hiermee het recht om gedurende de accreditatieperiode in zijn eigen communicatie te vermelden dat de betreffende interventie is geaccrediteerd als intensieve stoppen-met-rokeninterventie door de Stichting Kwaliteit Stoppen met Roken Zorg. De documenten die ingediend zijn bij de aanvraag, worden gearhiveerd door het secretariaat van de kwaliteitscommissie gedurende de looptijd van de accreditatie en niet aan derden beschikbaar gesteld.

Stap 7 – Geldigheid en heraccreditatie

Accreditatie wordt aanvankelijk verleend voor een periode van 3 jaar. Deze periode is gekozen om de leerpunten die samen met het werkveld worden opgedaan tijdens de eerste termijn, te kunnen verwerken in de kwaliteitskaders. Uiterlijk 31 december 2028 wordt door de Stichting gecommuniceerd of er na de eerste termijn sprake is van verlenging of van heraccreditatie en welke accreditatieperiode gaat gelden na 1 januari 2030.

Herbeoordeling vindt plaats:

- Als de accreditatieperiode gaat aflopen;
- Bij relevante gebleken afwijkingen in de uitvoering van de interventie ten opzichte van de ingediende beschrijving;
- Bij wijzigingen in de interventie of de interventie-eigenaar die de kwalificatie als (extra) intensieve stoppen-met-rokeninterventie of de kwaliteit van de uitvoering kunnen beïnvloeden. De interventie-eigenaar meldt zich bij de stichting als hier sprake van is.
- Bij relevante wijzigingen in de Zorgstandaard of overige regelgeving, die ertoe leiden dat het kwaliteitskader en het bijbehorende accreditatieproces significant moeten worden aangepast.

De interventie-eigenaar blijft verantwoordelijk voor het actueel houden van de interventiebeschrijving en de kwaliteit van uitvoering.

Uitgangspunten beoordeling

Bij de beoordeling gelden de volgende uitgangspunten:

- *Integrale beoordeling*
Kwaliteit ontstaat in samenhang tussen interventie, behandelaar en organisatie.
- *Zorgstandaard als basis*
De normen zijn afgeleid van de Zorgstandaard Tabaks- en Nicotineverslaving.
- *Programmatisch werken*
De interventie wordt beoordeeld als geheel, niet op losse onderdelen.
- *Proportionele bewijslast*
Beschrijving staat centraal; bewijs wordt alleen gevraagd waar nodig.
- *Ruimte voor maatwerk*
nterventies mogen variëren in opzet, mits onderbouwd en passend bij de doelgroep.