

Certificeringsreglement



Piet Mondriaanplein 25
3812 GZ Amersfoort
(033) 445 06 78
info@topggz.nl

Documentbeheer	
Datum vastgesteld in bestuursvergadering	17 maart 2026
Datum operationeel	1 januari 2027
Datum herziening	1 januari 2030 en eerder indien nodig

Inhoudsopgave

1. Algemene bepalingen

Artikel 1 - Grondslag

Artikel 2 - Rangorde

Artikel 3 - Definities

2. De procedure en actoren

ACTOREN

Artikel 4 - Bestuur Stichting Topklinische GGz

Artikel 5 - Bureau Stichting Topklinische GGz

Artikel 6 - Visitatiecommissie

Artikel 7 - Visitatieteam

Artikel 8 - De instelling met een of meer keurmerkdragers

Artikel 9 - De te visiteren eenheid (tve)

CERTIFICERINGSPROCEDURE

Artikel 10 - Quicksan

Artikel 11 - Indicatiegesprek

Artikel 12 - Aanvang certificeringsproces

Artikel 13 - Interne audit

Artikel 14 - Bezoek aan de tve: visitatie

Artikel 15 - Voorlopige bevindingen

Artikel 16 - Besluit toekenning TOPGGz-keurmerk

Artikel 17 - Overeenkomst

Artikel 18 - Keurmerkuitreiking

Artikel 19 - Wijzigingen

Artikel 20 - Hersteltermijn en herstelprocedure

Artikel 21 - Voortzetting keurmerk

Artikel 22 - Einde geldigheid TOPGGz-keurmerk

Artikel 23 - Bezwaar

3. Overige bepalingen

Artikel 24 - Verslaglegging en privacy

Artikel 25 - Aansprakelijkheid

Artikel 26 - Geheimhouding

Artikel 27 - Evaluatie

Artikel 28 - Onvoorziene omstandigheden of onverwachte omstandigheden

1. Algemene bepalingen

Artikel 1 - Grondslag

Dit reglement beschrijft de werkwijze voor certificering van het TOPGGz-keurmerk.

Artikel 2 - Rangorde

In geval van tegenstrijdigheid tussen formele documenten van de Stichting Topklinische GGz over het proces van certificeren geldt de volgende rangorde:

1. Certificeringsreglement;
2. Procedurebeschrijving/stroomschema.

Artikel 3 - Definities

3.1 - TOPGGz-keurmerk:

De vierjarige erkenning van een tve die zich richt op het realiseren van topklinische zorg, ontwikkeling van nieuwe vormen van diagnostiek en behandeling, het doen van patiëntgebonden wetenschappelijk onderzoek, kennisoverdracht, innovaties, en hiertoe participeert in landelijke en regionale zorg- en kennisnetwerken en het opleiden van talent.

3.2 - Criteria:

Een set van criteria die inhoud geven aan het TOPGGz-keurmerk. De criteria worden iedere vier jaar herzien en vastgesteld door het bestuur van de Stichting Topklinische GGz.

3.3 - Topklinische taken:

Praktijkgebonden wetenschappelijk onderzoek, innovatie en kennisoverdracht.

3.4 - Te visiteren eenheid (tve):

De eenheid die (opnieuw) opgaat voor certificering met het TOPGGz-keurmerk. De tve moet een herkenbare topklinische eenheid zijn, heeft een bij de tve passende hoogspecialistische disciplinemix en heeft een op continuïteit gerichte omvang die voldoende is voor de uitvoering van alle topklinische functies. Bijvoorbeeld een afdeling, een zorgprogramma, zorgpad of netwerk rondom een specifieke en duidelijk te beschrijven patiëntengroep.

3.5 - (her)Certificering:

Het proces van onafhankelijke intercollegiale toetsing van een tve ter beoordeling van het voldoen aan de TOPGGz-criteria en het besluit tot al dan niet toekennen van het TOPGGz-keurmerk.

3.6 - Visitatieweb:

De webapplicatie waarin de verslaglegging van het certificeringsproces plaats vindt.

3.7 - Keurmerkdrager:

De eenheid die het TOPGGz-keurmerk toegekend heeft gekregen door het bestuur van de Stichting Topklinische GGz.

2. De procedure en actoren

ACTOREN

Artikel 4 - Bestuur Stichting Topklinische GGz

4.1 - Het bestuur heeft een visitatiecommissie ingesteld. Deze commissie adviseert het bestuur over de toekenning van een TOPGGz-keurmerk en alles wat daarmee samenhangt.

4.2 - Het bestuur beslist, op basis van kennisname van het advies van de visitatiecommissie, over het al dan niet toekennen van het keurmerk aan een tve.

Artikel 5 - Bureau Stichting Topklinische GGz

5.1 - Het bureau ondersteunt de visitatiecommissie bij de certificeringsprocedure. Ook vindt er vanuit het bureau communicatie plaats over de certificeringsprocedure en de (bestuurs) besluiten die tijdens de procedure worden genomen.

5.2 - Bureauvertegenwoordiger:

De bureauvertegenwoordiger adviseert het visitatieteam en -commissie over contextuele factoren voor topklinische taken die relevant zijn voor de certificering en over eenduidige interpretaties en beoordelingen, zodat sprake is van gelijkwaardige beoordelingen op inhoud en proces. De bureauvertegenwoordiger neemt deel aan de visitaties en de overige overlegvormen van de visitatiecommissie.

5.3 - Secretaris visitatiecommissie:

De secretaris ondersteunt de visitatiecommissie en heeft een centrale, verbindende en adviserende rol op proces en inhoud. Dit betekent onder meer dat diegene verantwoordelijk is voor:

- het informeren en begeleiden van belangstellende eenheden;
- het begeleiden en faciliteren van instellingen, te visteren eenheden en de visitatiecommissie binnen het gehele certificeringsproces. Diegene is de eerste contactpersoon;
- het bewaken van het proces, deadlines en termijnen binnen het certificeringsproces;
- het adviseren van de visitatiecommissie;
- het faciliteren van eenduidige en kwalitatief hoogstaande beoordelingen.

De secretaris is aanwezig tijdens de visitaties en de overige overlegvormen van de visitatiecommissie. In het certificeringsproces ondersteunt de secretaris de betrokken (vice)voorzitter.

Artikel 6 - Visitatiecommissie¹

6.1 - Het uitgangspunt van de beoordeling betreft onafhankelijke², intercollegiale toetsing. De visitatiecommissie bestaat uit experts die zijn betrokken bij de keurmerkdragers. Dit zijn professionals met ruime kennis en ervaring binnen de topklinische ggz die tezamen de verschillende topklinische taken kunnen beoordelen.

6.2 - De visitatiecommissie beoordeelt of een tve voldoet aan de TOPGGzcriteria en brengt advies uit over het toekennen van het TOPGGzkeurmerk aan het bestuur van de Stichting Topklinische GGz.

¹ De erkenningscommissie als bedoeld in artikel 9 van de statuten van de Stichting Topklinische GGz wordt in de dagelijkse praktijk aangeduid als visitatiecommissie. Daarom wordt deze term ook gehanteerd in dit reglement.

² De Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling (2016) wordt.

6.3 - De visitatiecommissie heeft een voorzitter. De voorzitter draagt het advies van de visitatiecommissie voor aan het bestuur van de Stichting Topklinische GGz. De voorzitter wordt bijgestaan door vicevoorzitters.

6.4 - De visitatiecommissie komt jaarlijks viermaal bijeen of zoveel vaker als noodzakelijk is voor een goede uitoefening van haar taken.

Artikel 7 - Visitatieteam

7.1 - De visitatiecommissie vaardigt voor het uitvoeren van een certificeringsprocedure bij een tve, enkele leden af. Zij vormen, tezamen met de secretaris en bureauvertegenwoordiger, het visitatieteam dat wordt voorgezeten door de voorzitter of één van de vicevoorzitters van de commissie. De samenstelling is multidisciplinair zodat een adequate beoordeling van de topklinische taken kan worden gegeven. Het visitatieteam toetst op basis van de in het certificeringsproces verkregen informatie of aan de TOPGGz-criteria wordt voldaan en bespreekt haar bevindingen in de visitatiecommissie. Een visitatieteam bestaat in principe uit vijf leden.

7.2 - Uiterlijk 18 weken voorafgaande aan de visitatiedag informeert de secretaris de tve over de samenstelling van het visitatieteam. Als de tve vindt dat een of meerdere leden van het visitatieteam onvoldoende onafhankelijk zijn dan kunnen zij dit binnen twee weken nadat zij geïnformeerd is over de samenstelling van het team, schriftelijk en met redenen omkleed aangeven bij de secretaris. De secretaris zal binnen twee weken een onderbouwde reactie geven.

Artikel 8 - De instelling met een of meer keurmerkdragers

8.1 - De instelling is de zorgaanbieder met een of meer keurmerkdragers. De (financiële) verhouding en wederzijdse verplichtingen tussen Stichting Topklinische GGz en de instelling staan beschreven in statuten, huishoudelijk reglement, contributieregeling en de overeenkomst tussen deze partijen. Het ter beschikking stellen van expert(s) voor de visitatiecommissie maakt deel uit van de verplichtingen.

8.2 - De instelling wijst een contactpersoon aan voor de Stichting Topklinische ggz. Diegene is verantwoordelijk voor coördinatie van alle afdelingen en netwerken binnen de instelling die (opnieuw) opgaan voor het TOPGGz-keurmerk en kan communicatie met de Stichting verzorgen in naam van de raad van bestuur van de instelling.

Artikel 9 - De tve

9.1 - De tve wenst het TOPGGz-keurmerk (opnieuw) te behalen en verplicht zich die bijdrage te leveren die nodig is om de certificeringsprocedure adequaat te laten verlopen. De eenheid houdt zich aan de verplichtingen uit dit certificeringsreglement en de afspraken tussen de eenheid, instelling en (het bureau van) de Stichting Topklinische GGz.

9.2 - De tve wijst een contactpersoon aan voor de Stichting Topklinische ggz. Deze is eerste aanspreekpunt voor communicatie met de Stichting Topklinische GGz.

CERTIFICERINGSPROCEDURE

Artikel 10 - Quickscan

10.1 - Om een inschatting te maken van de mate waarin een aspirant-tve voldoet aan de TOPGGz-criteria en wat nog nodig is om een certificeringsprocedure succesvol te doorlopen, voert de belangstellende tve een quickscan uit. Het formulier hiervoor is te vinden op de website van de Stichting Topklinische GGz.

10.2 - Als de aspirant-tve inschat dat een certificeringsprocedure succesvol kan worden doorlopen, dan verzoekt deze om een indicatiegesprek.

Artikel 11 - Indicatiegesprek

11.1 - Een aspirant-tve voert een indicatiegesprek op basis van de resultaten van de quickscan met (een) medewerker(s) van het bureau. Tijdens dit gesprek kunnen vragen worden beantwoord die er vanuit beide partijen zijn.

11.2 - Aan de uitkomsten van een quickscan en van een indicatiegesprek kunnen geen rechten worden ontleend.

11.3 - Op grond van het gesprek besluit de aspirant-tve of zij zich aanmeldt voor het certificeringsproces voor het TOPGGz-keurmerk en kan zij een voorlopige datum voor visitatie aanvragen.

11.4 - De aspirant-tve ontvangt van het bureau - via de contactpersoon van de instelling - een aanmeldingsformulier en stuurt dit, ondertekend door de raad van bestuur van de instelling, retour binnen de daarvoor aangegeven termijn. Met ontvangst van het ondertekende aanmeldformulier door de Stichting Topklinische GGz wordt de visitatiedatum uit lid 3 definitief. Deze datum is leidend voor de gehele procedure en kan in beginsel niet worden gewijzigd.

Artikel 12 - Aanvang certificeringsproces

12.1 - Het proces voor certificering beslaat circa zeven maanden. De verschillende fases en termijnen liggen vast en zijn gekoppeld aan de visitatiedatum.

12.2 - De secretaris start het proces circa vijf maanden voor de visitatiedatum.

12.3 - Contactpersonen van zowel de instelling als de tve ontvangen van de secretaris een account en een handleiding voor gebruik van Visitatieweb en de planning van het proces met bijbehorende termijnen en data.

Artikel 13 - Interne audit

13.1 - Aan de hand van de TOPGGz-criteria voert de tve een interne audit uit. De contactpersoon van de tve levert de resultaten en onderbouwing daarvan aan in het Visitatieweb, conform de criteria, aanwijzingen en formats in het Visitatieweb.

13.2 - Het visitatieteam neemt kennis van de aangeleverde resultaten en onderbouwing in Visitatieweb. Zij informeert de tve of er al dan niet zwaarwegende bezwaren zijn tegen het voortzetten van het visitatieproces en stelt eventueel aanvullende vragen. Aan de reactie van het visitatieteam kunnen geen rechten worden ontleend.

13.3 - De contactpersoon van de instelling geeft namens de raad van bestuur in Visitatieweb aan of het certificeringsproces door de tve wordt voortgezet.

13.4 - De tve beantwoordt de eventueel gestelde vragen en sluit de interne audit.

Artikel 14 - Bezoek aan de tve: visitatie

14.1 - Uiterlijk vier weken voor het bezoek aan de tve plaatst de secretaris het definitieve programma voor de visitatie in Visitatieweb.

14.2 - De tve vaardigt voor de visitatie minimaal zes en maximaal acht medewerkers af die de topklinische functies representeren, waaronder - indien onderdeel van het team - een ervaringsdeskundige. Daarnaast draagt de tve zorg voor de aanwezigheid van een patiënt of diens vertegenwoordiger. De patiënt of diens vertegenwoordiger kunnen ervoor kiezen gedurende de hele visitatie aanwezig te zijn of bij specifieke onderdelen.

14.3 - De visitatie vindt plaats bij de instelling. De tve zorgt voor adequate facilitaire voorzieningen ten behoeve van een effectief, efficiënt en veilig verloop van de visitatie en een ruimte waarin het visitatieteam ongestoord en discreet gesprekken kan voeren.

14.4 - Alle betrokkenen van de tve en het visitatieteam zijn tijdens de visitatie fysiek op locatie aanwezig.

Artikel 15 - Voorlopige bevindingen

15.1 - Na de visitatie legt het visitatieteam in het Visitatieweb haar voorlopige verslag, met daarin eventueel nog openstaande vragen, voor aan de tve. De tve mag alleen feitelijke onjuistheden in het verslag corrigeren en eventuele vragen van het visitatieteam beantwoorden. De tve krijgt hiervoor veertien dagen de tijd.

15.2 - Het visitatieteam formuleert haar bevindingen en legt deze voor aan de visitatiecommissie.

15.3 - De visitatiecommissie bespreekt de bevindingen in haar vergadering en brengt een advies uit aan het bestuur van de Stichting Topklinische GGz over het toekennen van het TOPGGz-keurmerk. De tve ontvangt diezelfde dag bericht over het uitgebrachte advies.

Artikel 16 - Besluit toekenning TOPGGz-keurmerk

16.1 - Tijdens een bestuursvergadering neemt het bestuur van de Stichting Topklinische GGz op basis van het zwaarwegende advies van de visitatiecommissie een besluit over het (opnieuw) toekennen van het TOPGGz-keurmerk voor een periode van vier jaar. Het bestuur van de Stichting Topklinische GGz kan gemotiveerd afwijken van het advies van de visitatiecommissie. Ten bate van de besluitvorming kan het bestuur van de Stichting Topklinische GGz kennisnemen van alle documenten die beschikbaar zijn in Visitatieweb.

16.2 - Als de tve voor de eerste keer opgaat voor het TOPGGz-keurmerk en het bestuur besluit deze niet toe te kennen, dan is er geen mogelijkheid voor herstel conform artikel 20. Wanneer bij een hervisitatie blijkt dat de tve niet aan alle criteria voldoet, kan het bestuur het besluit om het keurmerk toe te kennen uitstellen en krijgt de tve de mogelijkheid tot herstel conform artikel 20.

16.3 - Het bureau informeert de tve en de raad van bestuur van de instelling over het bestuursbesluit op de dag waarop het besluit is genomen.

16.4 - Als de tve het TOPGGz-keurmerk toegekend heeft gekregen, mag zij direct nadat hierover bericht is ontvangen het keurmerk en bijbehorende logo voeren, conform de communicatierichtlijnen van de Stichting Topklinische GGz die de tve heeft ontvangen bij het bericht over de toekenning.

16.5 - Na het bestuursbesluit maakt de secretaris van de visitatiecommissie de verslaglegging in Visitatieweb definitief.

16.6 - Twee weken nadat het bestuursbesluit is genomen, archiveert de secretaris de visitatie in het Visitatieweb.

Artikel 17 - Overeenkomst

De rechten en plichten die na het verkrijgen van het TOPGGz-keurmerk gelden tussen de Stichting Topklinische GGz en de instelling staan beschreven in een overeenkomst.

Artikel 18 - Keurmerkuitreiking

18.1 - Na de toekenning van het TOPGGz-keurmerk neemt een medewerker van het bureau contact op met de contactpersoon van de keurmerkdruager over de keurmerkuitreiking.

18.2 - Het keurmerk wordt door een vertegenwoordiger van de Stichting Topklinische GGz uitgereikt aan de gevisiteerde eenheid op een gezamenlijk te bepalen moment.

Artikel 19 - Wijzigingen

19.1 - Uitgangspunt is dat een keurmerkdruager gedurende de hele periode waarvoor het keurmerk is toegekend voldoet aan alle TOPGGz-criteria.

19.2 - Als zich tijdens de periode waarvoor een keurmerkdruager het keurmerk toegekend heeft gekregen, wijziging(en) voordoen die van invloed zijn op het voldoen aan de TOPGGz-criteria, dan meldt de contactpersoon van de instelling dit binnen een week na het voordoen ervan bij het bureau van Stichting Topklinische GGz via visitatiecommissie@topggz.nl.

19.3 - In geval van administratieve wijzigingen voert de secretaris de wijzigingen door. Dit zijn wijzigingen die niet van invloed zijn op het voldoen aan de TOPGGz-criteria. De secretaris beoordeelt of sprake is van een administratieve wijziging en overlegt waar nodig met de (vice) voorzitter van de visitatiecommissie.

19.4 - Wijzigingen die mogelijk invloed hebben op het voldoen aan de TOPGGz-criteria worden door de visitatiecommissie getoetst.

19.5 - Als de keurmerkdruager blijft voldoen aan de criteria, dan behoudt hij het keurmerk. De secretaris stelt de keurmerkdruager hiervan schriftelijk op de hoogte.

19.6 - Als de keurmerkdruager niet meer voldoet aan de criteria kan een periode van herstel volgen.

Artikel 20 - Hersteltermijn en herstelprocedure

20.1 - Als een keurmerkdruager niet langer voldoet aan een of meer criteria, dan kan een periode van herstel volgen.

20.2 - Er zijn twee situaties die kunnen leiden tot een periode van herstel:

- a) De keurmerkdruager voldoet na een tussentijdse wijziging niet langer aan de criteria;
- b) De keurmerkdruager voldoet bij een herbezoek niet aan alle criteria;

20.3 - Een keurmerkdruager krijgt maximaal zes maanden tijd om alsnog aan alle criteria te voldoen. In situatie a) vangt de termijn aan op het moment dat de wijziging is ingegaan. In geval van situatie b) vangt de termijn aan op het moment dat de tve wordt geïnformeerd over de constatering dat zij niet voldoet aan de TOPGGz-criteria.

20.4 - Als er binnen deze periode van herstel nog een wijziging plaatsvindt die van invloed is op het voldoen aan de criteria, dan valt deze binnen de al lopende periode van herstel. De lopende termijn blijft hetzelfde en wordt niet verlengd.

20.5 - Het proces van herstel is in beginsel een schriftelijk proces. Als de visitatiecommissie daartoe aanleiding ziet organiseert zij die acties die nodig zijn voor een goede beoordeling in het kader van het herstelbeleid.

20.6 - Gedurende de periode van herstel mag de keurmerkdrager het keurmerk blijven dragen.

20.7 - Het visitatieteam beoordeelt aan het einde van de periode van herstel of de tve voldoet aan alle TOPGGz-criteria. De bevindingen van het visitatieteam worden besproken door de visitatiecommissie, waarna de visitatiecommissie advies uitbrengt aan het bestuur. Het bestuur besluit daarna over opnieuw toekennen of behoud van het keurmerk.

20.8 - Als de uitkomst van de beoordeling is dat de keurmerkdrager niet meer voldoet aan alle criteria, wordt het keurmerk ingetrokken. Zij kan later, indien zij dit wenst, opnieuw het keurmerk trachten te verwerven via de reguliere procedure als zij meent weer te voldoen aan alle criteria.

Artikel 21 - Voortzetting keurmerk

Het bureau draagt zorg voor een tijdige gelegenheid tot hervisatie zodat het proces van certificeren plaats vindt vóór of rond de vervaldatum van het huidige keurmerk.

Artikel 22 - Einde geldigheid TOPGGz-keurmerk

22.1 - Het TOPGGz-keurmerk wordt toegekend voor de periode van vier jaar.

22.2 - De geldigheid van TOPGGz-keurmerk eindigt zoveel eerder als een keurmerkdrager niet meer voldoet. Dit kan aan de orde zijn als:

- De keurmerkdrager zelf constateert dat zij niet meer voldoet en dit niet kan of wenst te herstellen;
- De keurmerkdrager constateert dat zij niet meer voldoet en na een periode van herstel besluit het bestuur van de Stichting Topklinische GGz tot intrekken van het keurmerk.

Artikel 23 - Bezwaar

23.1 - De instelling kan bezwaar maken tegen de besluiten uit de artikelen 16 (toekenning keurmerk), 20 (uitkomst herstelprocedure) en 28 (onvoorziene omstandigheden of onverwachte omstandigheden).

23.2 - De bezwaar- en beroepsprocedure is vastgelegd in de regeling Bezwaar- en beroepsprocedure.

3. Overige bepalingen

Artikel 24 - Verslaglegging en privacy

24.1 - De (belangstellende) instelling is verantwoordelijk voor de persoonsgegevens die tijdens de certificeringsprocedure worden aangeleverd.

24.2 - Vanwege de verwerking van persoonsgegevens zorgen zowel de (belangstellende) instelling en de Stichting Topklinische GGz voor een rechtmatige verwerking en houden rekening met dataminimalisatie.

24.3 - De Stichting Topklinische GGz bewaart persoonsgegevens niet langer dan nodig is op basis van het opslagdoel van de gegevens. Daarbij houdt de stichting met passende middelen en maatregelen persoonsgegevens veilig voor inzage door onbevoegden en informeert de (belangstellende) instelling over haar rechten.

Artikel 25 - Aansprakelijkheid

De certificeringsprocedure wordt door de Stichting Topklinische GGz en de visitatiecommissie met zorgvuldigheid uitgevoerd. Daarbij gaan zij ervanuit dat de tve in het kader van de procedure volledige en juiste informatie verstrekt. De Stichting Topklinische GGz en de visitatiecommissie zijn evenwel niet aansprakelijk voor enige schade als gevolg van de door haar uitgevoerde certificeringsprocedure en het op grond daarvan opgestelde advies en besluit.

Artikel 26 - Geheimhouding

26.1 - De Stichting Topklinische GGz regelt dat eenieder die aan haar zijde betrokken is bij de certificering en daarbij de beschikking krijgt over gegevens waarvan hij het vertrouwelijk karakter kent of redelijkerwijs moet vermoeden, verplicht wordt tot geheimhouding.

26.2 - De (aanvragende) instelling regelt dat eenieder die aan haar zijde betrokken is bij de certificering en daarbij de beschikking krijgt over gegevens waarvan hij het vertrouwelijke karakter kent of redelijkerwijs moet vermoeden, verplicht wordt tot geheimhouding.

Artikel 27 - Evaluatie

Het bureau van de Stichting Topklinische GGz zorgt ervoor dat dit reglement iedere vier jaar wordt geëvalueerd en zoveel eerder als noodzakelijk is.

Artikel 28 - Onvoorziene omstandigheden of onverwachte omstandigheden

28.1 - Bij onvoorziene omstandigheden tijdens een visitatiedag beslist de (vice)voorzitter van de visitatiecommissie hoe daarmee om wordt gegaan en informeert betrokkenen (waaronder zo nodig, en samen met de bureauvertegenwoordiger, het bestuur van de instelling) daarover.

28.2 - Bij onverwachte omstandigheden die zich tijdens de procedure voordoen of situaties waarin deze regeling niet voorziet beslist het bestuur van de Stichting Topklinische GGz. Het bestuur van de Stichting Topklinische GGz informeert betrokkenen over het besluit.

Vragen

Vragen of opmerkingen over dit document kunt u stellen aan de Stichting Topklinische GGz via info@topggz.nl of (033) 445 06 78.

Vrijwaring

De Stichting Topklinische GGz heeft de grootst mogelijk zorg besteed aan de samenstelling van dit document. Desondanks accepteert zij geen aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden in de informatie, noch voor schade, overlast of ongemak dan wel andersoortige gevolgen die voortvloeien uit of samenhangen met het gebruik van de informatie.

