

# Visitatiereglement

## GGD-centra seksuele gezondheid

**De Plenaire Visitatie Commissie**

**Juli 2015**

Visitatiereglement update vs 04/

Page **1** of **21**

## Woord vooraf

De hulpverlening rondom soa en seksualiteitshulpverlening wordt binnen de aanvullende regeling Seksuele Gezondheidszorg (ASG) door de GGD'en uitgevoerd in Centra voor Seksuele Gezondheid (CSG's). In enkele gevallen wordt de zorg geïntegreerd in een dermatologische polikliniek of in poliklinische samenwerking met een ziekenhuis of bij de abortushulpverlening. Er zijn afspraken met betrekking tot ondersteuning en consultaties met een dermatoloog/venereoloog, microbioloog, apotheker en een seksuoloog-NVVS voor deze vorm van geïntegreerde zorg binnen de ASG-regeling.

Om de kwaliteit van de geboden zorg binnen de CSG's te monitoren werden de afgelopen jaren, vanaf eind 2009, zogenoemde intercollegiale kwaliteitsvisitaties uitgevoerd. Deze visitaties vinden plaats onder verantwoordelijkheid van de Plenaire Visitatie Commissie (PVC) die ingesteld is door GGD- GHOR Nederland en het RIVM/Cib. Van de bevindingen tijdens deze visitaties wordt een verslag geschreven waarin adviezen gegeven worden ter verbetering van de geboden zorg.

In 2014 is de eerste ronde van visitaties, waarin alle CSG's minstens eenmaal intercollegiaal geëvalueerd zijn, geëvalueerd. Een van de belangrijkste aanbevelingen van die evaluatie was het proces van evalueren zodanig aan te passen dat er meer betrokkenheid met de visitatie en het te visiteren CSG ontstaat. Deze aanpassingen maken het ook noodzakelijk dat het visitatiereglement aangepast wordt.

Dit nieuwe reglement is gebaseerd op het Kwaliteitsprofiel Hulpverlening Seksuele Gezondheidszorg. Verschillende ontwikkelingen maken dat ook dit profiel aan aanpassingen onderhevig zal zijn. Een geupdated versie is op de RIVM-website te vinden<sup>1</sup>.

Namens de Plenaire Visitatie Commissie,

Dhr. Prof. dr. J. Verhoef (arts-microbioloog), voorzitter

Leden PCV:

Mw. H. Bos (Soa AIDS Nederland)

Mw. dr. S. David (RIVM/Cib, secretaris)

Mw. J. Elshoff (arts maatschappij en gezondheid; GGD Hollands Noorden)

Mw. S. van Elst (sociaal verpleegkundige; GGD Amsterdam)

Dhr. Dr. S. de Gouw (namens GGD-GHOR Nederland)

Mw. M. J. Ramakers (arts-seksuoloog NVVS)

Dhr. dr. P.C. van Voorst Vader (dermatoloog)

---

1

[http://www.rivm.nl/Documenten\\_en\\_publicaties/Professioneel\\_Praktisch/Richtlijnen/Infectieziekten/Soa/Documenten\\_ASG](http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Professioneel_Praktisch/Richtlijnen/Infectieziekten/Soa/Documenten_ASG)

## Inleiding

Het visiteren van een GGD vindt plaats binnen een (formeel) kader, zodat rollen, taken en verantwoordelijkheden van alle betrokkenen helder zijn. Iedere uitgevoerde visitatie van een CSG vindt plaats binnen dit reglement. Het reglement is opgedeeld in de onderdelen:

- I. Omschrijving, doel en uitgangspunten;
- II. Organisatorische inrichting
- III. De procedure
- IV. Algemene bepalingen en bezwaar

Het document bevat de volgende bijlages:

1. Kwaliteitsindicatoren uit het Kwaliteitsprofiel
2. Schematisch overzicht traject visitatie

## I. Omschrijving, doel en uitgangspunten van de visitatie

### Artikel 1: Omschrijving

Onder visitatie van een GGD-centrum seksuele gezondheid (CSG) wordt verstaan: “een ter plaatse te verrichten onderzoek waarbij een interdisciplinair samengestelde groep collega’s in georganiseerd verband een kwalitatief oordeel geeft over de manier waarop en de omstandigheden waaronder de betreffende organisatie als geheel de Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg (ASG) uitvoert, op grond van vooraf vastgestelde kwaliteitseisen”. De kwaliteitseisen tezamen met kwaliteitsindicatoren (zie bijlage 1) staan beschreven in het “kwaliteitsprofiel hulpverlening seksuele gezondheidszorg”<sup>2</sup> opgesteld door de tijdelijke werkgroep kwaliteit op uitnodiging van GGD-GHOR NL en RIVM/Cib naar aanleiding van de aanvullende regelingen per januari 2012.

### Artikel 2: Doel

Doel van periodieke visitatie van de CSG’s is:

- Het bevorderen en waarborgen van de kwaliteit van de aanvullende seksuele gezondheidszorg bij de CSG’s.
- Het bevorderen van eenzelfde kwaliteitsniveau in alle CSG’s.
- Het signaleren van knelpunten, trends en ontwikkelingen op grond waarvan de directeur van het RIVM/Cib aan het ministerie van VWS kan adviseren tot het bijstellen van de ASG-regeling.

### Artikel 3: Uitgangspunten

#### 3.1. Deelname visitaties

Een CSG dat werkzaamheden verricht in het kader van de aanvullende seksuele gezondheidszorg dient deel te nemen aan kwaliteitsvisitaties. De Plenaire Visitatie Commissie (PVC) stelt op basis van onder meer de uitkomsten van eerdere visitaties en

---

<sup>2</sup>

[http://www.rivm.nl/Documenten\\_en\\_publicaties/Professioneel\\_Praktisch/Richtlijnen/Infectieziekten/Soa/Documenten\\_ASG](http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Professioneel_Praktisch/Richtlijnen/Infectieziekten/Soa/Documenten_ASG)

binnen logistieke mogelijkheden een schema van visitaties op voor de periode van minimaal één jaar. De planning van deze visitaties wordt ter kennisname voorgelegd aan de stuurgroep ASG. Er wordt van de directies van de te bezoeken GGD'en verwacht dat zij de visitaties operationeel en inhoudelijk faciliteren.

### **3.2. Eigenaarschap visitatie rapport**

De gevisiteerde GGD is eigenaar van het definitieve visitatierapport en mag dit als enige naar eigen goeddunken aan derden verstrekken.

### **3.3. Geldigheid visitatie**

Indien een CSG voldoet aan de kwaliteitseisen dan geldt de visitatie voor een periode van maximaal vijf jaar. De PVC draagt zorg dat elk CSG tenminste éénmaal per vijf jaar wordt gevisiteerd.

### **3.4. Termijn opheffen tekortkomingen**

Het CSG stelt zelf een verbeterplan op aan de hand van vooraf ingevulde vragenlijsten. Tijdens de visitatie wordt hier nader op ingegaan en kan het CSG gevraagd worden het verbeterplan verder aan te scherpen. De PVC stelt aanbevelingen en/of zwaarwegende adviezen op, alsmede de eventuele termijnbepaling waarbinnen de tekortkoming dient te zijn opgeheven. Het gevisiteerde CSG heeft de gelegenheid om binnen de vastgestelde termijn van maximaal twee jaar de vastgestelde aanbevelingen en zwaarwegende adviezen weg te werken.

### **3.5. Deelname vanuit GGD**

Aan de visitatie nemen in ieder geval deel het hoofd van de afdeling en alle medewerkers van het CSG die langer dan een jaar werkzaam zijn binnen het CSG (Zie Artikel 10 lid 3).

### **3.6. Onderliggende documenten**

De kwaliteitseisen waaraan de afdeling wordt getoetst worden ontleend aan:

- Het kwaliteitsprofiel Hulpverlening Seksuele Gezondheid 2011<sup>3</sup>.

### **3.7. Verhouding overige audits/certificeringen**

De visitatiecommissie neemt kennis van andere audits, zoals het HKZ kwaliteitsprogramma van de GGD of verslagen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, via de de meest recente relevante rapportages.

## **II. De organisatorische inrichting**

### **Artikel 4: De Plenaire Visitatie Commissie**

#### **4.1. leden PVC**

De PVC is ingesteld door GGD-GHOR Nederland. De PVC bestaat uit de volgende leden:

1. Een dermatoloog met kennis van en affiniteit met seksueel overdraagbare aandoeningen/infecties.
2. Een sociaal verpleegkundige, werkzaam bij een van de CSG's.
3. Een arts-microbioloog.

---

<sup>3</sup>

[http://www.rivm.nl/Documenten\\_en\\_publicaties/Professioneel\\_Praktisch/Richtlijnen/Infectieziekten/Soa/Documenten\\_ASG](http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Professioneel_Praktisch/Richtlijnen/Infectieziekten/Soa/Documenten_ASG)

4. Een arts-infectieziekten of arts Maatschappij en Gezondheid met ervaring op het gebied van soa en seksuele gezondheid en werkzaam bij een van de CSG's seksuele gezondheid.
5. Een seksuoloog NVVS, werkzaam bij een van de GGD-centra seksuele gezondheid.
6. Een vertegenwoordiger vanuit GGD-GHOR Nederland.
7. Een vertegenwoordiger vanuit Soa Aids Nederland (SANL).
8. Een ambtelijk secretaris vanuit het RIVM/Cib.

De leden 5 tot en met 7 worden voorgedragen door hun organisatie. De leden één tot en met zeven worden aangezocht en benoemd voor een periode van vier jaar. Zij zijn terstond herbenoembaar. De PVC kiest uit haar midden een voorzitter.

#### **4.2. Mandaat leden PVC**

De leden van de PVC hebben zitting op persoonlijke titel. De commissie stelt haar eigen werkwijze vast. Alle organisaties waaruit de vertegenwoordigers voortkomen respecteren de onafhankelijke rol van de PVC. Over het verloop en de inhoud van visitaties en visitierapporten rapporteren de leden alleen aan het gevisiteerde CSG en de betrokken GGD'en. Ten einde het derde doel (zie Artikel 2) te realiseren rapporteert de PVC aan het RIVM/Cib over de algemene voortgang van de visitatiesystematiek en verstrekt de PVC een overzicht van CSG's die zijn gevisiteerd. De PVC kan op grond van haar bevindingen algemene beleidsaanbevelingen doen aan de directeur van het RIVM/Cib. Gegevens die herleidbaar zijn tot of betrekking hebben op specifieke CSG's kunnen alleen met schriftelijke toestemming van het betrokken CSG worden verstrekt.

#### **4.3. Taak PVC**

De PVC heeft tot taak:

- De algehele kwaliteit en voortgang van de visitatiesystematiek te bewaken en te bevorderen.
- De criteria en normen uit het kwaliteitsprofiel behorende bij de ASG-regeling, die ten grondslag liggen aan de visitatie te evalueren en bij te stellen.
- De kwaliteit en de opleiding tot visiteur te bewaken en te bevorderen.
- Het signaleren en rapporteren van knelpunten, trends en ontwikkelingen op grond waarvan de directeur van het RIVM/Cib kan besluiten tot bijstelling van de uitvoering van de regeling ASG.

#### **4.4. Uitoefening Taak PVC**

De PVC oefent haar taken uit door:

- De vaststelling van de vragenlijsten ten behoeve van het vooronderzoek.
- De vaststelling van het visitatieprotocol.
- De werving en opleiding van visitateurs.
- Het opstellen van een visitatieplanning.
- Selectie van kandidaat visitateurs voor het visitatieteam.
- De aanmelding, door de voorzitter, van de voorgenomen visitatie bij de directeur van de GGD waaronder het CSG ressorteert.
- De versturing, door de voorzitter, van het definitieve visitatieverslag aan het gevisiteerde CSG en de GGD directeur waaronder het CSG ressorteert.
- De evaluatie van visitaties en kwaliteit visitatierapporten.
- Het jaarlijks rapporteren van algehele bevindingen en/of adviezen aan het RIVM/Cib.
- De ongevraagde advisering aan derde partijen over de verbetering van de publieke seksuele gezondheidszorg door GGD'en.

En voorts al hetgeen de commissie nodig acht om haar taken naar behoren uit te voeren. De commissie voert daarbij zo veel als nodig overleg met GGD-GHOR Nederland, het RIVM/Cib, de beroepsverenigingen en overige partijen die deskundig of betrokken zijn op het terrein van de infectieziektebestrijding of kwaliteitsverbetering in de publieke zorg.

#### **4.6. Vertrouwelijkheid**

Alle informatie die de leden van de PVC (inclusief visitatiesecretaris) krijgen, op grond van deelname aan visitatie en/of op grond van bespreking binnen de PVC over de inhoud en verloop van visitaties, is vertrouwelijk.

### **Artikel 5: De secretaris en visitatiesecretaris/rapporteur**

#### **5.1.**

Het RIVM/Cib onderhoudt het secretariaat voor de PVC. De secretaris wordt in zijn/haar taken ondersteund door een visitatiesecretaris tijdens voorbereiding en uitvoering van de visitaties. De visitatiesecretaris vervult tevens de rol van rapporteur.

#### **5.2.**

De secretaris heeft tot taak:

- De organisatie, voorbereiding en verslaglegging van de vergaderingen van de PVC.
- De werving van visiteurs
- De installatie van een visitatieteam.
- De coördinatie en communicatie ten behoeve van de voorbereiding en uitvoering van visitaties.
- De organisatie en coördinatie van de opleiding van visiteurs.
- Het begeleiden en ondersteunen van de opstelling van visitatierapporten.
- Het beheer van het archief van de PVC.

En voorts al hetgeen nodig is om deelname aan de visitatiesystematiek te bevorderen.

#### **5.3.**

De secretaris en rapporteur ontvangen inhoudelijke instructie van de voorzitter van de PVC.

### **Artikel 6: Het visitatieteam**

De PVC installeert voor het uitvoeren van visitaties in een CSG een visitatieteam.

#### **6.1. Leden visitatieteam**

Het visitatieteam bestaat uit de volgende leden:

1. Een soa-arts, minimaal drie jaar werkzaam bij een CSG (GGD soa-polikliniek en/of ervaring in de seksualiteitshulpverlening).
2. Een sociaal-verpleegkundige, minimaal drie jaar werkzaam binnen de infectieziektebestrijding bij een CSG (GGD-soa-polikliniek en/of ervaring in de seksualiteitshulpverlening).
3. Een secretaris/rapporteur

De PVC kan het visitatieteam ad hoc uitbreiden met additionele leden. In dat geval zijn het leden met werkervaring op een CSG. Beginnend met de nieuwe wijze van visiteren (in 2015) is door de PVC besloten om een seksuoloog NVVS als ook een lid PVC mee te laten visiteren voor de eerste periode tot eind 2016.

Het visitatieteam kiest uit haar midden een voorzitter per visitatie.

Alle leden hebben de opleiding tot visiteur gevolgd. Bij de samenstelling van het visitatieteam wordt erop gelet dat de bezoekers niet verbonden zijn aan het te visiteren CSG.

#### **6.2. Voorwaarden lidmaatschap aan het visitatieteam**

De leden van het visitatieteam zijn in het afgelopen jaar niet in dienst geweest bij het te visiteren CSG, noch hebben zij het voornemen in dienst te treden bij het te visiteren CSG. De leden hebben zitting op persoonlijke titel en ontvangen ten aanzien van hun inhoudelijke standpuntbepalingen geen instructie van de PVC. De leden zijn bereid om gedurende de hele visitatieronde (ca. één jaar) als visiteur aan te blijven.

#### **6.3. Taken van het visitatieteam**

Het visitatieteam heeft tot taak/de verplichting:

- Kennis te hebben van het visitatiereglement en het Kwaliteitsprofiel Hulpverlening Seksuele Gezondheidszorg<sup>4</sup>.
- De uitvoering van het vooronderzoek (kennis verbeterplan en individuele vragenlijsten), de (gezamenlijke) voorbereiding/ bespreking, en de uitvoering van de visitatie ter plaatse.
- Vooroverleg over de visitatie tussen alle leden te organiseren.
- Opstellen, na afloop van de visitatie, van een powerpoint presentatie met de voorlopige conclusies en mondelinge terugkoppeling door een vooraf aangewezen lid van het visitatieteam aan het CSG.
- Opstellen van een concept visitatieverslag samen met de visitatiesecretaris.

#### **6.4. Vertrouwelijkheid**

Met uitzondering van schriftelijke rapportage aan de PVC in vorm van het concept visitatierapport, treden de leden van het visitatieteam niet naar buiten over het verloop van de visitatie en de inhoud van het visitatierapport.

### **Artikel 7: De opleiding tot visiteur**

Er is een centrale opleiding tot visiteur voor CSG's. Deze wordt verzorgd door een door de PVC aangezochte opleider. Deelname aan de opleiding staat open voor medewerkers die minimaal drie jaar werkzaam zijn bij een CSG.

## **III. De procedure**

### **Artikel 8: De voorbereiding**

1. De PVC bepaald voor de periode van 1 jaar welke CSG's gevisiteerd zullen worden (dit zijn maximaal 6 per jaar) en legt de lijst met GGD'en ter kennisname voor aan de stuurgroep van de regiocoördinatoren van de ASG-regeling.
2. Het proces van visitatie begint door toezending door de secretaris van de PVC aan de regio-coördinator of het hoofd CSG, van een voorstel voor datum en plaats voor de visitatie.
3. De voorzitter van de PVC informeert de directeur van het te visiteren CSG schriftelijk over de voorgenomen visitatie.

---

<sup>4</sup>

[http://www.rivm.nl/Documenten\\_en\\_publicaties/Professioneel\\_Praktisch/Richtlijnen/Infectieziekten/Soa/Documenten\\_ASG](http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Professioneel_Praktisch/Richtlijnen/Infectieziekten/Soa/Documenten_ASG)

4. De visitatiesecretaris verzoekt de regio-coördinator of het hoofd CSG om een contactpersoon voor de visitatie bij het betreffende CSG en plant een toelichtend gesprek (al dan niet face-to-face) over de procedure van de visitatie.
5. De visitatiesecretaris van de PVC verstuurt alle relevante stukken (bijlage 3) als ook een tijdsplanning voor de voorbereiding en de rapportage (zie bijlage 2 voor tijdspad).
6. De secretaris van de PVC stelt een visitatieteam samen en maakt de leden bekend aan regio-coördinator of aan de contactpersoon van het te visiteren CSG.

## **Artikel 9: Het vooronderzoek**

### **9.1.**

De visitatiesecretaris van de PVC verzoekt de contactpersoon van de te visiteren CSG om toezending van alle relevante stukken, genoemd in toegezonden lijst waaronder een lijst van alle medewerkers (hun functies en de omvang van hun dienstverband), alsmede een overzicht van actuele vacatures en andere relevante stukken(zie ook bijlage 3).

### **9.2.**

Het hoofd van het te visiteren CSG, dan wel een door dit hoofd aangewezen contactpersoon, ontvangt van de visitatiesecretaris uiterlijk **drie maanden** voor de dag van visitatie toegang tot een elektronische, door elke medewerker van het CSG<sup>5</sup> in te vullen, vragenlijst. Daarnaast ontvangt het CSG een vragenlijst over enkele basisgegevens van het CSG, alsmede een lijst met te overleggen stukken (al dan niet ter inzage; e.e.a. in overleg met het visitatieteam).

### **9.3.**

Van het te visiteren CSG wordt verwacht dat alle bij het CSG werkzame medewerkers bij de voorbereiding van de visitatie betrokken worden.

### **9.4.**

De vragenlijst wordt binnen **twee weken** door alle medewerkers van het CSG ingevuld. De visitatiesecretaris verstrekt de geanonimiseerde, gecompileerde uitkomsten van de vragenlijst aan het CSG.

### **9.5.**

Het CSG schrijft in gezamenlijk overleg op basis van de uitkomsten van de vragenlijsten een verbeterplan over het functioneren van het CSG. Het verbeterplan en de overige gevraagde relevante stukken (bijlage 3), en de ingevulde algemene vragenlijst CSG worden uiterlijk **drie weken** voor de dag van visitatie toegezonden aan de secretaris van de PVC.

### **9.6.**

Aan de hand van het verbeterplan en de overige relevante stukken, bereidt het visitatieteam zich voor op de uitvoering van de visitatie.

## **Artikel 10: De visitatie**

### **10.1. Dagprogramma visitatie**

Er is een standaard visitatiedagprogramma, dat in detail van tevoren door de visitatiesecretaris met het CSG afgestemd wordt. Het programma van visitatie heeft in

---

<sup>5</sup> Zie artikel 3.5



principe een tijdsduur van 5 uur en vindt plaats volgens een standaard indeling van gesprekken. Deze tijdsspanne bevat ook een onderling voorbereidend gesprek van het visitatieteam voorafgaand aan de daadwerkelijke gesprekken met de medewerkers en de tijd die nodig is om de (PowerPoint)presentatie van de voorlopige bevindingen ter afsluiting te maken.

#### **10.2. Inzage stukken**

Het visitatieteam krijgt op haar verzoek inzage in alle stukken van het CSG, voor zover deze nog niet werden toegezonden. Het visitatieteam geeft van te voren aan welke stukken tijdens de visitatie klaar moeten liggen voor inzage.

#### **10.3. Deelnemers visitatie vanuit GGD**

Het visitatieteam vormt haar oordeel door gesprekken te voeren met tenminste de volgende personen werkzaam binnen het CSG:

- het hoofd van het CSG,
- de arts(en),
- de (arts)-seksuoloog
- (vertegenwoordigers van) de sociaal verpleegkundigen
- de doktersassistenten en/of de administratieve medewerkers betrokken bij ontvangst cliënten/ triagering/ hulpverlening.

Op aanvraag van het visitatieteam kunnen ook gesprekken gevoerd worden met de volgende personen:

- de aan het CSG verbonden dermatoloog,
- de aan het CSG verbonden arts-microbioloog,
- een AG(N)IO dermatologie, indien betrokken bij de soa-polikliniek

#### **10.4. Organisatie gesprekken**

Gesprekken worden individueel dan wel in groepsverband gevoerd en dragen een besloten karakter. Het visitatieprogramma bepaalt welke medewerkers aan een bespreking deelnemen. Wie hierbij aanwezig is kan verschillen - afhankelijk van de organisatorische inrichting van de afdeling - en wordt van tevoren vastgesteld in contact tussen de secretaris en het hoofd/ contactpersoon van het CSG. Er worden geen andere - interne of externe - personen bij de bespreking toegelaten. Bij twijfel of onduidelijkheid beslist de voorzitter van het visitatieteam.

#### **10.5. Afsluiting visitatie**

De visitatie wordt afgesloten met een mondelinge samenvatting van de belangrijkste bevindingen aan de gevisiteerden, waaronder in ieder geval het hoofd van het CSG. Deze bevindingen worden ondersteund door een PowerPoint presentatie die de basis vormt voor de eindrapportage.

#### **10.7. Aanvullend onderzoek**

Op grond van de constatering tijdens de visitatie kan het visitatieteam besluiten dat de visitatie nog niet afgerond kan worden en aanvullend onderzoek noodzakelijk is. Dit wordt zo spoedig mogelijk aan de PVC en het betrokken CSG gemeld.

### **Artikel 11: Rapportage, Evaluatie**

#### **11.1. Concept visitatierapport**

Het concept visitatierapport wordt vastgesteld door het visitatieteam. Het definitieve visitatierapport wordt vastgesteld door de PVC.

Het visitatierapport geeft een oordeel over de kwaliteit van professioneel handelen binnen het CSG en geeft geen persoonlijke meningen weer. De PVC kan zo nodig adviezen tot verbetering van de kwaliteit of het functioneren van het CSG uitbrengen in de vorm van aanbevelingen en/of zwaarwegende adviezen.

- Aanbevelingen worden gedaan indien de PVC constateert dat een CSG in de toekomst in meer of mindere mate niet voldoet aan een of meerdere kwaliteitseisen waarbij verbetering noodzakelijk is en voor de volgende visitatie gerealiseerd moet zijn.
- Zwaarwegende adviezen worden gedaan indien de PVC van mening is dat het CSG in het algemeen niet aan de kwaliteitseisen voldoet en dat verbeteringen niet kunnen wachten tot de volgende visitatie. Een zwaarwegend advies kan worden gesteld indien in ernstige mate niet wordt voldaan aan een of meer kwaliteitseisen. De PVC geeft een nader te bepalen termijn aan waarbinnen de tekortkoming dient te zijn opgeheven.

#### **11.2. Concept visitatierapport**

Voorafgaande aan de vaststelling van het definitieve visitatierapport stelt de PVC, het gevisiteerde CSG in de gelegenheid kennis te nemen van de conceptrapportage. Eventuele opmerkingen van de kant van het gevisiteerde CSG dienen binnen **drie weken** na versturing van het concept visitatierapport gemeld worden aan de secretaris van de PVC.

De secretaris van de PVC stuurt het concept visitatierapport, inclusief de bijlage met bedenkingen en/of voorstellen tot wijziging welke niet overgenomen werden door het visitatieteam, van het gevisiteerde CSG aan de voorzitter van de PVC.

#### **11.4. Bekrachtiging visitatierapport**

De PVC bekrachtigt het visitatierapport. De voorzitter van de PVC stuurt het definitieve visitatierapport met conclusies over de stand van zaken van het gevisiteerde CSG met aanbevelingen, zwaarwegende adviezen en termijnbepaling waarbinnen naar haar mening de tekortkoming dient te zijn opgeheven aan het hoofd van het CSG.

#### **11.5. Beschikking over visitatierapport**

Over het definitieve visitatierapport hebben de volgende partijen de beschikking:

- Het hoofd van het gevisiteerde CSG,
- de directeur van de GGD waaronder het CSG ressorteert,
- de regio-coördinator van de ASG-regeling waaronder het CSG ressorteert,
- De PVC.

De PVC neemt op een vertrouwelijke wijze kennis van het visitatierapport. Zonder schriftelijke toestemming van het gevisiteerde CSG treden de PVC en het visitatieteam over de inhoud van het visitatierapport niet naar buiten, wanneer hierdoor het gevisiteerde direct of indirect herkenbaar kan zijn.

#### **11.6. Evaluatie visitatieproces**

Ten einde het visitatieproces te evalueren, kan de PVC door middel van een evaluatieformulier het visitatieteam en het gevisiteerde CSG benaderen.

## IV. Bezwaren en algemene bepalingen

### **Artikel 12:** *Bezwaren*

#### **12.1.** Ten aanzien van leden het visitatieteam

De directeur van de GGD waaronder het te visiteren CSG ressorteert of het hoofd van het CSG kan bij de voorzitter van de PVC tot vier weken voor de dag van visitatie gemotiveerd bezwaar maken tegen een aangewezen lid van het visitatieteam. De PVC beslist op het aangevoerde bezwaar.

#### **12.2.** Bezwaartermijnen

De directeur van de GGD waaronder het te visiteren CSG ressorteert of het hoofd van het CSG kan bij de voorzitter van het visitatieteam tot drie weken na de dag van uitgave van het concept visitatierapport en de dag van de concept samenvatting van het visitatierapport, schriftelijk (per email) gemotiveerd bezwaar maken tegen feitelijke onjuistheden in het concept visitatierapport. De PVC beslist op het aangevoerde bezwaar.

### **Artikel 13:** *Archief*

Een kopie van de definitieve visitatierapporten worden in het archief van de PVC bewaard voor een periode van tien jaar. Dit archief wordt door de secretaris van de PVC beheerd.

### **Artikel 14:** *Onvoorziene omstandigheden*

In de gevallen waarin dit reglement niet voorziet beslist de PVC.

### **Artikel 15:** *Wijzigingen*

Over wijzigingen van dit visitatiereglement besluit [de rechtspersoon die de PVC benoemt<sup>6</sup>], gehoord de PVC.

---

<sup>6</sup> Rechtspersoon is GGD-GHOR Nederland

## Kwaliteitsindicatoren

(Uit Kwaliteitsprofiel Seksuele gezondheidszorg, 2011<sup>7</sup>)

### Taken coördinerende GGD van het RCSG

- 2.A1 De coördinerende GGD heeft een objectief meetbaar meerjarenplan met een actueel activiteitenjaarplan voor het RCSG of een implementatieplan om voor 2014 tot een RCSG te komen.
- 2.A2 De coördinerende GGD heeft een jaarverslag voor aanvullende seksuele gezondheidszorg in het verzorgingsgebied.
- 2.A3 De coördinerende GGD heeft een notitie waarin de taken en afspraken met de diverse GGD'en binnen het RCSG staan beschreven.
- 2.A4 De coördinerende GGD neemt deel aan de landelijke en regionale structuur voor de seksuele gezondheidszorg en doet verslag van regionale overleggen waar relevant.
- 2.A5 De coördinerende GGD heeft een regionaal kwaliteitsbeleid opgesteld en coördineert en stimuleert uniformiteit in het verzorgingsgebied.

### Taken GGD

- 2.B1 De GGD heeft een actueel activiteitenplan voor de aanvullende seksuele gezondheid.
- 2.B2 De GGD heeft een jaarverslag.
- 2.B3 De GGD heeft een notitie waarin de taken en afspraken met de coördinerende GGD, en indien van toepassing met de overige spreekuurlocaties binnen het verzorgingsgebied op het gebied van seksuele gezondheidszorg staan beschreven.
- 2.B4 De GGD draagt er zorg voor dat besluiten en afspraken voortkomend uit de landelijke en regionale overlegstructuur en beleidsontwikkeling op het gebied van seksuele gezondheid geïmplementeerd worden in de eigen organisatie.
- 2.B5 De GGD voldoet aan taken die zijn afgeleid van de regeling ASG.

### Kwaliteitsbeleid en verantwoordelijkheidsverdeling

- 2.C1 Het RCSG heeft een regionaal kwaliteitsbeleid opgesteld en draagt zorg voor implementatie en uitvoering van dit kwaliteitsbeleid.
- 2.C2 Elke GGD heeft een lokaal kwaliteitsbeleid dat aansluit op het regionale kwaliteitsbeleid en draagt zorg voor implementatie en uitvoering van dit kwaliteitsbeleid.
- 2.C3 Het RCSG heeft de verantwoordelijkheidsverdeling tussen professionals en organisaties beschreven en geborgd.
- 2.C4 Op lokaal (spreekuurlocatie) of regionaal (RCSG) niveau is een protocol aanwezig waarin de taakverdeling tussen artsen en verpleegkundigen is beschreven en wanneer een verpleegkundige een arts moet consulteren.
- 2.C5 Aan elke GGD is minimaal een profielarts infectieziektebestrijding KNMG met aantekening seksuologie NVVS en een sociaal

---

7

[http://www.rivm.nl/Documenten\\_en\\_publicaties/Professioneel\\_Praktisch/Richtlijnen/Infectieziekten/Soa/Documenten\\_ASG](http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Professioneel_Praktisch/Richtlijnen/Infectieziekten/Soa/Documenten_ASG)

- 2.C6 verpleegkundige met aantekening seksuologie NVVS verbonden.
- 2.C6 Aan een RCSG is minimaal een arts M&G, een sociaal verpleegkundige seksuele gezondheid en een MI-coach verbonden.
- 2.C7 Het RCSG stelt binnen de landelijk geldende richtlijnen, regionale werkafspraken en protocollen op.
- 2.C8 Het management van zowel het RCSG als de GGD'en draagt zorg voor bekwaam en goed opgeleid personeel, uitgewerkt in een scholingsplan.

### **Samenwerkingsovereenkomsten externe partijen**

- 2.D1 Het RCSG of een afzonderlijke GGD heeft samenwerkingsovereenkomsten met minimaal een dermatoloog, een seksuoloog NVVS, een laboratorium met een daaraan verbonden arts-microbioloog en met een toezichthoudend apotheker.
- 2.D2 Het RCSG of een afzonderlijke GGD heeft verslagen van periodiek overleg met alle externe partijen, waarmee wordt samengewerkt volgens de hierboven beschreven taakstelling.

### **Communicatie met verwijzers of bij verwijzing**

- 2.E1 De GGD heeft een archief van correspondentie met huisartsen en specialisten (registratie verwijsbrieven en vermelding in EPD) conform de wet persoonsgegevens.

### **Ketenzorg in het verzorgingsgebied**

- 2.F1 Het RCSG en de GGD'en hebben een sociale kaart van alle ketenpartners in de seksuele gezondheidszorg binnen het eigen verzorgingsgebied.
- 2.F2 Het RCSG en/of de GGD'en hebben verslagen van gemaakte regionale afspraken met ketenpartners binnen de seksuele gezondheidszorg.

### **Integratie preventie en curatie**

- 2.G1 Het RCSG en de GGD'en hebben een protocol seksuele gezondheid die de individuele zorg verbindt met preventie van seksuele gezondheid.
- 2.G2 De resultaten en conclusies van de regionale surveillance seksuele gezondheid zijn opgenomen in het meerjarenplan en activiteitenjaarplan van het RCSG.
- 2.G3 Het RCSG en de GGD'en hebben een preventiebeleid gebaseerd op regionale kenmerken en surveillanceresultaten.
- 2.G4 Het RCSG en de GGD'en hebben een protocol partnerwaarschuwing waarin is vastgelegd op welke wijze bij alle cliënten met een positieve soa-uitslag partnerwaarschuwing wordt uitgevoerd conform het draaiboek partnerwaarschuwing van het RIVM.

### **Cliëntindicering (indiceringsinstrument) en consultdifferentiatie**

- 3.A1 Het RCSG en de GGD'en hanteren en evalueren een indiceringsinstrument en een protocol consultdifferentiatie.
- 3.A2 De GGD'en houden een registratie bij van weggestuurde/niet-geïndiceerde cliënten.

- 3.A3 Voor de doelgroep jongeren onder de 25 jaar is aantoonbaar beleid gemaakt voor laagdrempelige opvang bij hulpvragen seksuele gezondheid.
- 3.A4 Het RCSG baseert haar regionaal beleid op regionale en landelijke surveillancegegevens.

### **Seksuele gezondheidszorg voor minderjarigen (jonger dan 18 jaar)**

- 3.B1 De GGD heeft een lokale richtlijn voor zorg aan minderjarige cliënten op spreekuurlocatie.
- 3.B2 De GGD heeft (werk)afspraken met ketenpartners/professionals in de regio hoe te handelen bij (een vermoeden van) seksueel geweld en/of zwangerschap bij een minderjarige.

### **Openstelling en bereikbaarheid RCSG**

- 4.A1 Het RCSG heeft beleidsafspraken ten aanzien van openingstijden en bereikbaarheid
- 4.A2 Het RCSG en of de GGD hebben (telefonisch, schriftelijk, via een website) materiaal beschikbaar over actuele openingstijden en bereikbaarheid.

### **Polikliniek inventaris**

- 4.B1 Een cliëntendossier (indien elektronisch: een onderhoudscontract en een noodplan indien dit niet functioneert).
- 4.B2 Een (elektronisch) oproep/herinneringssysteem.
- 4.B3 Een op maat ingerichte spreekuurlocatie.
- 4.B4 Up to date/actuele voorlichting en foldermateriaal (voor de verschillende doelgroepen).
- 4.B5 Een onderzoekskamer volgens voorschrift.
- 4.B6 Therapeutica en een procedure voor medicijnverstrekking en monitoring.
- 4.B7 Een crashkoffer en een protocol voor anafylactische shock calamiteiten.
- 4.B8 Een hygiëneprocEDURE voor besmettelijke materialen en indien van toepassing voor het reinigen van instrumenten.
- 4.B9 (Elektronische) toegang tot laboratoriumuitslagen.
- 4.B10 Toegang tot internet en email.
- 4.B11 Een administratie van cliëntgebonden correspondentie.
- 4.B12 Toegang tot relevante tekstboeken, tijdschriften, werkafspraken en landelijke richtlijnen.

### **Personele bezetting tijdens het spreekuur seksuele gezondheid**

- 4.C1 Tijdens een klachten- en/of hoog risico-spreekuur seksuele gezondheid dienen de volgende personeelsleden aanwezig te zijn: een sociaal verpleegkundige, een arts en bij voorkeur ook een doktersassistent/administratief medewerker.
- 4.C2 Voor het verrichten van screenings-, laag risico- en/of outreachsprekuren zijn werkafspraken gemaakt omtrent spreekuursupervisie, lichamelijk onderzoek en syndromaal behandelen van soa, toediening van vaccinaties en calamiteiten.
- 4.C3 Artsen, sociaal verpleegkundigen en doktersassistenten die bij spreekuren aanwezig zijn, hebben een training en jaarlijkse bijscholing "basic life support" gevolgd.

4.C4 Indien de GGD consultdifferentiatie hanteert, dient deze systematisch plaats te vinden en periodiek te worden geëvalueerd.

#### **Minimale laboratoriumdiagnostiek bij de hulpvraag soa-test**

- 4.D1 Het RCSG stelt in samenwerking met de artsen infectieziektebestrijding van de GGD, de dermatoloog en de arts microbioloog een richtlijn op voor het diagnostisch handelen en evalueert deze periodiek.
- 4.D2 Bij een soa-hulpvraag wordt geïndiceerde diagnostiek bedreven conform de regeling ASG.

#### **Kwaliteitseisen laboratoriumdiagnostiek die plaatsvindt binnen het RCSG**

- 4.E1 Eenvoudige diagnostiek in de vorm van microscopie en 'point of care'-testen hebben een plaats binnen de GGD. Zwangerschapstesten zijn beschikbaar.
- 4.E2 Microbiologische POC-testen vinden plaats onder toezicht van een arts-microbioloog.
- 4.E3 Er dienen protocollen voor het uitvoeren van de sneltesten te zijn die minimaal de volgende onderwerpen regelen: bevoegdheidentabel/register, inwerktraject, periodiek bijscholing van degenen die de test uitvoeren; vastleggen van resultaten, inclusief vastleggen wie de test heeft uitgevoerd; lotnummerregistratie/-controle; recall-procedure; werkinstructie; afvoer materiaal; communicatie/rapportage resultaten; vervolgtesten.

#### **Kwaliteitseisen laboratoriumdiagnostiek die plaatsvindt buiten het RCSG**

- 4.F1 Laboratoriumdiagnostiek vindt plaats onder supervisie van een arts-microbioloog, waarbij zowel arts-microbioloog als laboratorium voldoen aan de geldende kwaliteitseisen (ISO 15189 door de CCKL, MSRC-registratie en beroepsvisitatie).
- 4.F2 Het laboratorium (de laboratoria) moet(en) minimaal één keer per jaar, maar bij voorkeur vaker, een overzicht maken van het voorkomen van de voor de GGD relevante pathogenen, de soa in het bijzonder. Dit moet zijn van alle in de regio aanwezige aanvragers. Deze gegevens zijn anoniem en worden geanalyseerd in tijd, naar leeftijd, geslacht en postcode.
- 4.F3 Schriftelijke afspraken zijn gemaakt met alle in de regio actieve, aanwezige laboratoria hoe men verheffingen danwel ongebruikelijke infecties signaleert en meldt bij de GGD.
- 4.F4 Het laboratorium kan alle basis soa-testen (PCR chlamydia en gonorrhoe, kweek gonorrhoe inclusief resistentiebepaling, HIV-test, syfilis- en hepatitis B-serologie) zelf uitvoeren conform de kwaliteitscriteria.

#### **Confidentialiteit**

- 4.G1 Het RCSG en de GGD hebben een privacyreglement en medewerkers werken conform dit reglement en de wet BIG en WGBO.
- 4.G2 Meldingsplichtige aandoeningen worden uitgevoerd conform de wet en regelgeving.
- 4.G3 Bij het doorbreken van de confidentialiteit wordt gehandeld conform de wet en regelgeving. Alle handelingen, de werkwijze en afspraken

met derden worden vastgelegd in het cliëntendossier. Er is een protocol aanwezig dat de lokale werkwijze beschrijft.

### **Acute hulpvragen: seksueel geweld, mogelijke onbedoelde zwangerschap, seksaccidenten, prikaccidenten en het gebruik van PEP**

- 4.H1 De GGD'en hebben een protocol voor acute hulpvragen met betrekking tot (recent) seksueel geweld.
- 4.H2 De GGD'en hebben een protocol voor acute hulpvragen met betrekking tot een mogelijk onbedoelde zwangerschap.
- 4.H3 De GGD'en hebben de landelijke richtlijnen (seks-, prikaccidenten en PEP) geïmplementeerd.
- 4.H4 De GGD'en hebben een regionaal draaiboek voor de ketenzorg bij seks- en prikaccidenten.
- 4.H5 De GGD'en hebben een lokaal draaiboek PEP opgesteld voor het verwijzen van bezoekers naar PEP- verstrekkende instanties binnen de regio.

### **Afwijkingen van protocollen**

- 4.I1 Indien bij een cliënt afgeweken wordt van de gehanteerde landelijke en lokaal geldende protocollen, dient dit te worden vermeld in het (elektronisch) cliëntendossier.

### **Aantal consulten voor een sociaal verpleegkundige**

- 5.A1 Een sociaal verpleegkundige werkzaam bij een RCSG dient per jaar minimaal vierhonderd nieuwe consulten seksuele gezondheid uit te voeren.

### **Aantal consulten voor een arts**

- 5.B1 Een arts werkzaam bij een GGD dient per jaar minimaal honderd klachten- of hoog risico-sprekuren seksuele gezondheid te superviseren.

### **Regionale samenwerking tussen GGD'en**

- 5.C1 GGD'en kunnen samenwerken binnen een verzorgingsgebied in een spreekuurrooster. Dit is vermeld en uitgelegd in de schriftelijke werkwijzen van de GGD en het RCSG.
- 5.C2 Er is een lokale schriftelijke werkwijze "verwijzing/toegang tot consult seksuele gezondheid en consultdifferentiatie" in het desbetreffende verzorgingsgebied.

### **Wachttijd spreekuurlocaties per RCSG**

- 5.D1 De GGD'en in een verzorgingsgebied van een regionaal centrum worden geacht gezamenlijk ervoor te zorgen elke werkdag minimaal één spreekuur ergens binnen het verzorgingsgebied te houden of opvang bij acute hulpvragen te garanderen.
- 5.D2 Cliënten met soa-gerelateerde klachten, gewaarschuwde contacten van indexcliënten met een bewezen soa en cliënten met vragen rondom een (ongewenste) zwangerschap, worden uiterlijk de volgende werkdag op de GGD gezien. De GGD of het RCSG heeft in een werkafpraak uitgewerkt welke problematiek en indicaties binnen een werkdag moeten worden gezien. Cliënten die een recente ervaring met seksueel geweld hadden



- (seksaccident) worden zo spoedig mogelijk dezelfde dag op de GGD gezien of worden na telefonisch overleg verwezen naar een andere hulpverlener.
- 5.D3 Voor de overige indicaties geldt een wachttijd van maximaal tien werkdagen bij de GGD.

#### **Minimale eisen aan medewerkers**

- 6.A1 Voor elke functie binnen het RCSG is een profiel vastgelegd in een functietypering, inclusief taakomschrijving en minimale opleidingseisen.
- 6.A2 Alle artsen, verpleegkundigen, doktersassistenten en medisch analisten voldoen aan de minimale opleidingseisen, zoals hierboven beschreven, of zijn in opleiding hiervoor.
- 6.A3 Voor het inwerken van nieuwe medewerkers zijn in een inwerkschema begeleiding, inwerkrooster, leerdoelen en evaluatie vastgelegd.
- 6.A4 Voor elke medewerker is een bij- en nascholingstrajectplan opgesteld.
- 6.A5 Op elke GGD is vastgelegd op welke wijze schriftelijke bekwaamheidsverklaringen worden geactualiseerd.

#### **Deskundigheidsbevordering en vaardigheidsonderhoud**

- 6.B1 ICT: alle verpleegkundigen en artsen nemen aantoonbaar deel aan periodieke intercollegiale toetsing (ICT) (minimaal 2x per jaar) over alle aspecten van het leveren van zorg rondom seksuele gezondheid. Minimaal 5 professionals nemen deel aan deze bijeenkomsten.
- 6.B2 MDO: alle verpleegkundigen en artsen nemen aantoonbaar deel aan multidisciplinaire overleggen (MDO) (minimaal 3 x per jaar) in het bijzijn van minimaal de seksuoloog NVVS en minimaal twee professionals met aantekening seksuologie NVVS. Minimaal vijf professionals nemen deel aan deze bijeenkomsten.
- 6.B3 Artsen en verpleegkundigen volgen minimaal 16 uur per jaar bij- en nascholing in specifieke thema's gerelateerd aan het leveren van seksuele gezondheidszorg in de publieke gezondheidszorg.
- 6.B4 Het RCSG heeft een plan ontwikkeld voor het waarborgen van vaardigheden (waaronder het uitvoeren van een seksuele risicoanamnese, MI en het bespreekbaar maken van seksualiteitsthema's).
- 6.B5 Het RCSG heeft een plan ontwikkeld voor themabesprekingen en deelname van medewerkers aan bijscholing, congressen en/of workshops.

#### **Het consult seksuele gezondheid**

- 7.A1 Het RCSG heeft regionale werkafspraken en protocollen voor het consult seksuele gezondheid.
- 7.A2 Het RCSG heeft (schriftelijk) voorlichtingsmateriaal en informatie over de procedure en de onderwerpen die in het consult aan de orde kunnen komen.
- 7.A3 Het RCSG beschikt over schriftelijke informatie over producten en methoden van anticonceptie; er is een checklist met voor- en nadelen en (contra)indicaties van de verschillende producten en methodes.

- 7.A4 Het RCSG beschikt over zwangerschapstesten en verwijfsformulieren voor een abortuskliniek.
- 7.A5 Het RCSG beschikt over een protocol zedendelicten en heeft afspraken over samenwerking met een forensisch arts.
- 7.A6 Het RCSG heeft vastgelegd op welke wijze hulpverlening seksuele gezondheid in al haar aspecten aan jongeren onder de 25 jaar op laagdrempelige wijze wordt gewaarborgd.

**Landelijke campagnes: preventie en vaccinatie**

- 7.B1 Het RCSG participeert in landelijke campagnes gericht op het bevorderen van seksuele gezondheid.

**Evaluatie van het consult seksuele gezondheid**

- 7.C1 Het RCSG organiseert periodiek (minimaal elke 3 jaar) een klanttevredenheidsonderzoek.
- 7.C2 Het RCSG evalueert periodiek de regionale protocollen en werkafspraken met (externe) ter zake deskundigen, zoals dermatoloog, arts-microbioloog, apotheker en seksuoloog NVVS.

## Bijlage 2

### Tijdschema voor voorbereiding en verloop van visitatie Centrum Seksuele Gezondheid (CSG)

Tijdstip	Actie
	<b>Vorbereiding visitatiecyclus</b>
	De PVC stelt op basis van eerdere visitaties een plan op voor te visiteren CSG's in de komende periode van ca. een jaar en vraagt om commentaar vanuit de stuurgroep ASG.
	Visiteurs worden geschoold.
	PVC installeert en committeert de leden van het visitatieteam voor een periode van ca. een jaar
	<b>Vorbereiding visitatie van een CSG</b>
Uiterlijk 4 maanden voor visitatie	De vz van de PVC informeert de directeur van de te visiteren GGD schriftelijk over het voornemen van visitatie van het CSG.
Uiterlijk 3,5 maanden voor visitatie	De visitatiesecretaris doet datum voorstel voor visitatie aan het CSG. Tevens wordt het visitatie pakket <sup>8</sup> aan het CSG verstuurd en een afspraak gemaakt voor mondelinge toelichting van de procedure en verwachtingen, m.n. ten aanzien invullen elektronische vragenlijst en maken verbeterplan.
	Visitatiesecretaris/ secretaris PVC bevestigt de definitieve visitatie datum en informeert het CSG over de samenstelling van het visitatieteam.
3 maanden voor visitatie	Elke medewerker van het CSG vult elektronische vragenlijst in en stuurt deze <b>binnen twee weken</b> op naar secretaris.
10 weken voor visitatie	CSG ontvangt van de visitatiesecretaris de geanonimiseerde en gecompileerde data van vragenlijst om een verbeterplan op te stellen .
Uiterlijk 3 weken voor visitatie	CSG levert verbeterplan in bij visitatiesecretaris.
Uiterlijk 2 weken voor visitatie	Alle CSG stukken genoemd in bijlage 4 (lijst te overleggen stukken ) zijn in het bezit van de PVC en zijn verspreid onder het visitatieteam.
	Het visitatieteam organiseert onderling (telefonische) voorbereidend overleg

<sup>8</sup> Het visitatiepakket omvat de volgende stukken: het visitatiereglement GGD-centra seksuele hulpverlening, het conceptdagprogramma visitatie, format verbeterplan, papieren versie elektronische vragenlijst, de lijst met in te sturen stukken: de ingevulde vragenlijst karakteristiek GGD, verslag klanttevredenheidsonderzoek, etc., lijst met medewerkers (inclusief functies, datum in diensttreding, omvang dienstverband), lijst met gesprekspartners tijdens visitatie en de lijst met gereed te houden stukken tijdens de visitatie. Vooraf in te vullen lijst inventaris CSG spreekkamer.

	<b>Na visitatie</b>
Direct na visitatie op dag van visitatie	Belangrijkste bevindingen van de visitatie worden in een format rapport opgesteld door visitatiesecretaris samen met visitatieteam.
Uiterlijk 2 weken na visitatie	Concept verslag opgesteld door visitatiesecretaris ter goedkeuring aan visitatieteam.
Uiterlijk 3 weken na visitatie	<b>Concept visitatie rapport</b> door visitatiesecretaris verstuurd aan het gevisiteerde CSG.
Binnen 2 weken na ontvangst concept rapportage	Uiterlijke reactie CSG op concept visitatie rapport in bezit van de AVC inclusief voorgenomen <b>aanpassingen verbeterplan</b> en planning uitvoering verbeteringen.
	Concept visitatierapport (al dan niet met bedenkingen en/of voorstellen tot wijziging welke niet overgenomen werden en/of bezwaar van het CSG als bijlage is ontvangen door PVC.
Uiterlijk 2 weken na ontvangst concept rapportage bij PVC	<b>PVC bekrachtigt</b> het concept visitatie rapport met aanbevelingen en zwaarwegende adviezen. CSG ontvangt brief van vz PVC met het definitieve visitatie rapport evenals de directeur en, indien van toepassing, de regio-coördinator waaronder het gevisiteerde CSG ressorteert.
<b>z.s.m. na visitatie</b>	PVC stuurt het gevisiteerde CSG's en leden van het visitatieteam per e-mail formulier ten behoeve van <b>evaluatie</b> van de visitatie.
<b>z.s.m. na visitatie</b>	Uitkomsten evaluatiedoor CSG worden met gevisiteerde CSG met en leden visitatieteam gedeeld.
	Concept visitatierapport (al dan niet met bedenkingen en/of voorstellen tot wijziging welke niet overgenomen werden en/of bezwaar van het CSG als bijlage) in het bezit van de PVC.
Uiterlijk 2 weken na ontvangst conceptrapportage	PVC bekrachtigt het definitieve visitatie rapport met aanbevelingen en zwaarwegende adviezen. Het definitieve visitatierapport wordt verstuurd door de voorzitter van de PVC naar het gevisiteerde CSG en de directeur en regio-coördinator waaronder het gevisiteerde CSG ressorteert.
<b>z.s.m. na visitatie</b>	Visitatiesecretaris stuurt de gevisiteerde CSG per mail formulier ten behoeve van evaluatie van de visitatie.
<b>z.s.m. na visitatie</b>	Uitkomsten evaluatie worden met leden visitatieteam en gevisiteerde CSG gedeeld.

## *Bijlage 3*

### **Lijst te overleggen stukken**

#### **(12-10 weken voor visitatiedatum elektronisch aan visitatiesecretaris)**

- Ingevulde elektronische vragenlijst van alle werknemers werkzaam binnen het CSG op de GGD.

#### **(3 weken voor visitatiedatum elektronisch aan visitatiesecretaris)**

- Verbeterplan
- Korte karakteristiek van de GGD soa-polikliniek (ingevuld volgens format)
- Checklist spreekkamers (ingevuld volgens format)
- Resultaten klanttevredenheidsonderzoek (indien aanwezig)
- Kwaliteitsrapportage, kwaliteitsjaarverslag of werkplan (met betrekking tot soa-/Sense-zorg)
- Implementatieplan, jaarwerkplan of jaarverslag (met name informatie relevant met betrekking tot soa-/Sense-zorg)
- Format met betrekking tot bekwaamheidsverklaringen (verpleegkundigen)

#### **Ter inzage tijdens visitatie:**

- (indien beschikbaar) rapportage van interne audit
- (indien beschikbaar) rapportage van externe audit
- HKZ-certificeringsverslag (indien aanwezig)
- Folder/informatiemateriaal voor cliënten (inclusief klachtenprocedure en privacybeleid)
- Overig materiaal