

Visitatiereglement

GGD-centra seksuele gezondheid

De Plenaire Visitatie Commissie

maart 2018

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 gevisiteerd 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 Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg. Verschillende ontwikkelingen maken dat ook dit profiel aan aanpassingen onderhevig zal zijn. Een geüpdatete versie is op de RIVM-website te vinden¹.

Namens de Plenaire Visitatie Commissie,

Mw. J. Elshoff
Voorzitter

Leden PCV:

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

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

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

Prof. Dr. J. van Everdingen (dermatoloog)

Dhr. F. de Groot (namens GGD-GHOR Nederland)

Prof. Dr. B. de Jongh (arts-microbioloog)

Mw. C. Manuels (arts-seksuoloog NVVS)

Mw. M. Taal (Soa AIDS Nederland)

1

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. Kwaliteitsnormen 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 kwaliteitsnormen (zie bijlage 1) staan beschreven in het “Kwaliteitsprofiel Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg”² 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

²

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 visiteren 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. Na deze termijn zal de PVC navraag doen over de status van de implementatie van het verbeterplan en het toepassen van adviezen en aanbevelingen.

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 Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg³.

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 en RIVM/Cib. 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

http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Professioneel_Praktisch/Richtlijnen/Infectieziekten/Soa/Documenten_ASG

3. Een arts-microbioloog.
4. Een arts-infectieziekten of een 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 visitatierapporten 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 Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg⁴.
- 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 alsook een visitatieadvies aan de PVC samen met de visitatiesecretaris. Hiermee eindigen de taken van het visitatieteam.

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.

⁴

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 tijdsplan).
6. De visitatiesecretaris 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 CSG⁵ 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). Daarnaast wordt het te visiteren CSG verzocht een korte vragenlijst te versturen aan de samenwerkingspartners in relatie tot de ASG-regeling, te weten een toezichthoudend apotheker, een dermatoloog, een medisch-microbioloog en een seksuoloog (voor zover niet in huis aangesteld). De antwoorden op de vragenlijst kunnen door de samenwerkingspartners rechtstreeks aan de visitatiesecretaris verstuurd worden.

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.

⁵ Zie artikel 3.5

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 principe een tijdsduur van 6,5 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:

- een kwaliteitsmedewerker van de GGD/CSG,
- 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. De AVC adviseert de PVC naar aanleiding van de uitkomsten van de visitatie over de termijn waarop (her)visitatie moet worden vastgesteld. 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. Reactie op 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, onder andere op basis van het advies van het visitatieteam. Het visitatieteam is daarmee ontbonden. 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. Na een termijn van twee jaar zal de PVC navraag doen over de status van de implementatie van het verbeterplan en het toepassen van adviezen en aanbevelingen.

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. Algemene bepalingen en bezwaar

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 benoemt⁶], gehoord de PVC.

⁶ Rechtspersoon is GGD-GHOR Nederland

Kwaliteitsnormen

(Uit Kwaliteitsprofiel Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg, 2016⁷)

BIJLAGE 1 – OVERZICHT KWALITEITSNORMEN

Normen Taken coördinerende GGD

De coördinerende GGD:

- 1.A1 heeft een actueel objectief meetbaar activiteitenplan;
- 1.A2 heeft een jaarverslag voor aanvullende seksuele gezondheidszorg in het verzorgingsgebied;
- 1.A3 heeft een notitie waarin de taken en afspraken met de diverse CSG's binnen de regio staan beschreven. De coördinerende GGD stuurt daarbij aan op regionale samenwerking en
- 1.A4 neemt deel aan de landelijke en regionale structuur voor de seksuele gezondheidszorg waaronder ook e-health activiteiten onder andere in samenwerking met Soa Aids Nederland en doet verslag van landelijke en regionale overleggen waar relevant.

Normen Taken CSG

- 1.B1 Het CSG heeft een actueel activiteitenplan voor de aanvullende seksuele gezondheid.
- 1.B2 Het CSG heeft een jaarverslag.
- 1.B3 Het CSG 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.
- 1.B4 Het CSG 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.
- 1.B5 Het CSG voldoet aan taken die zijn afgeleid van de regeling ASG.

Normen Kwaliteitsbeleid en verantwoordelijkheidsverdeling

- 1.C1 Elk CSG heeft een lokaal kwaliteitsbeleid en draagt zorg voor implementatie en uitvoering van dit kwaliteitsbeleid.
- 1.C2 Het CSG heeft een klachtenprocedure.
- 1.C3 Het CSG heeft een werkwijze voor het doen van meldingen van incidenten en (bijna) fouten.
- 1.C4 Het CSG organiseert periodiek een klanttevredenheidsonderzoek.
- 1.C5 Het CSG heeft de lokale uitwerking van de verantwoordelijkheidsverdeling tussen professionals en organisaties beschreven en geborgd.
- 1.C6 Op lokaal (CSG) of regionaal (coördinerende GGD) niveau zijn werkafspraken aanwezig waarin de taakverdeling tussen artsen en verpleegkundigen is beschreven en wanneer een verpleegkundige een arts moet consulteren.
- 1.C7 Aan elke CSG is minimaal een arts M&G met profiel infectieziektebestrijding KNMG met opleiding op het gebied van

7

http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Professioneel_Praktisch/Richtlijnen/Infectieziekten/Soa/Documenten_ASG

- seksuele gezondheid verbonden. Dit kan eventueel in een regionale samenwerking van meerdere CSG's samen geregeld zijn.
- 1.C8 De aan het CSG verbonden verpleegkundigen zijn ingeschreven in het kwaliteitsregister V&VN, deskundigheidsgebied seksuele gezondheid.
- 1.C9 Aan elk CSG is een MI-coach verbonden. Dit kan eventueel in een regionale samenwerking van meerdere CSG's samen geregeld zijn.
- 1.C10 Het CSG stelt op basis van de landelijk geldende richtlijnen regionale werkafspraken en werkinstructies op. Het management heeft een arts aangewezen welke zorg draagt hiervoor.
- 1.C11 Het management van zowel de coördinerende GGD als de CSG's draagt zorg voor bekwaam en goed opgeleid personeel, uitgewerkt in een scholingsplan.
- 1.C12a Wanneer aangesloten wordt bij de landelijke online activiteiten zoals Sense.info en VrijFijn worden de daarvoor geldende kwaliteitsrichtlijnen gehanteerd.
- 1.C12b Voor regionale online activiteiten worden kwaliteitskaders opgesteld voortvloeiend uit het Competentieprofiel online hulpverlener (e-health) zoals in bijlage opgenomen.

Normen Samenwerking externe partijen

- 1.D1 Het CSG heeft een samenwerkingsovereenkomst met een laboratorium met een daaraan verbonden arts-microbioloog;
- 1.D2 Het CSG stemt minimaal één keer per jaar met de in de regio actieve laboratoria af over de aangevraagde soa-diagnostiek van alle verschillende aanvragers in het verzorgingsgebied om een overzicht te maken van de soa-diagnostiek van alle verschillende aanvragers in de regio.
- 1.D3 Het CSG heeft een samenwerkingsovereenkomst met een toezichthoudend apotheker;
- 1.D4 Het CSG heeft met een deskundige infectiepreventie afgestemd hoe de schoonmaak van onderzoeksruimte en toiletten dient te gebeuren met het oog op hygiëne en het voorkomen kruisbesmetting van monsters;
- 1.D5 Het CSG heeft samenwerkingsafspraken met minimaal één dermatoloog;
- 1.D6 Het CSG heeft samenwerkingsafspraken met minimaal één seksuoloog NVVS-SH. Bij begeleiding ten behoeve van bijvoorbeeld registratie wordt zo nodig een aparte samenwerkingsovereenkomst gesloten;
- 1.D7 Het CSG heeft samenwerkingsafspraken met minimaal één hiv-behandelaar;
- 1.D8 Het CSG heeft werkafspraken met dermatoloog, infectioloog en neuroloog over beleid bij (verdenking) op neurolyues;
- 1.D9 Het CSG heeft verslagen van periodiek overleg met alle externe partijen waarmee wordt samengewerkt volgens de hierboven beschreven taakstelling.

Normen Communicatie met verwijzers of bij verwijzing

- 1.E1 Het CSG heeft een werkwijze voor verwijzing naar andere hulpverleners. Bij rechtstreeks doorverwijzen naar de tweede lijn, wordt de huisarts hiervan op de hoogte gesteld met toestemming van de cliënt.
- 1.E2 Bij verwijzing door een hulpverlener naar het CSG wordt met toestemming van de cliënt een terugkoppeling gegeven aan de verwijzer.

Normen Ketenzorg in het verzorgingsgebied

- 1.F1 De coördinerende GGD en de CSG's hebben een sociale kaart van alle ketenpartners in de seksuele gezondheidszorg binnen het eigen verzorgingsgebied.
- 1.F2 Bij regionale afspraken die gemaakt worden met ketenpartners draagt het CSG zorg voor vastlegging en implementatie in relevante documentatie (sociale kaart, werkplannen, etc.)

Normen Integratie preventie en curatie

- 1.G1 In de uitvoering van het werk van het CSG dient duidelijk te blijken dat preventie geïncorporeerd is in de individuele zorg blijkend uit werkafspraken en lokale protocollen.
- 1.G2 Het CSG draagt zorg voor signalering en surveillance op lokaal niveau.
- 1.G3 De resultaten en conclusies van de regionale surveillance seksuele gezondheid zijn opgenomen in het activiteitenplan voor de regio.
- 1.G4 De coördinerende GGD en de CSG's hebben een preventiebeleid gebaseerd op regionale kenmerken en surveillanceresultaten.
- 1.G5 Het CSG hanteert het draaiboek Partnermanagement en heeft werkafspraken gemaakt over lokale implementatie en evaluatie.

Normen Clientindicering (indiceringsinstrument) en consultdifferentiatie

- 2.A1 Uit werkafspraken blijkt dat triage en consultdifferentiatie lokaal is geïmplementeerd en dat dit periodiek wordt geëvalueerd.
- 2.A2 Indien het CSG afwijkt van het landelijke beleid met betrekking tot triage, is er vastgelegd en onderbouwd beleid opgesteld.
- 2.A3 Het CSG houdt een registratie bij van afgewezen cliënten welke wel een indicatie hadden voor een consult bij het CSG en evalueert deze minimaal twee keer per jaar. Dit met als doel om inzicht te houden in welke mate voldaan kan worden aan de hulpvraag van de doelgroep van het CSG.
- 2.A4 Voor de doelgroep jongeren onder de 25 jaar is aantoonbaar beleid gemaakt voor hulpverlening bij hulpvragen seksuele gezondheid blijkend uit werkafspraken.
- 2.A5 Het CSG baseert haar regionaal beleid op regionale en landelijke surveillancegegevens.
- 2.A6a Indien de triagist medisch inhoudelijke vragen stelt aan degene die een consult wenst, behoort de triagist medisch geschoold te zijn, minimaal op het niveau van doktersassistente.
- 2.A6b Bij een triage door een niet medisch geschoolde medewerker of via internet moet er een tweedelijns triagist geregeld zijn die medisch geschoold is in het uitvragen en beoordelen van klachten en andere acute problematiek zoals seksaccidenten en seksueel geweld.
- 2.A7 Het internettriagesysteem bevat disclaimers ten aanzien van het risico om met mogelijk soa-gerelateerde klachten een consult te boeken via internet.

Normen Seksuele gezondheidszorg voor minderjarigen (jonger dan 18 jaar)

- 2.B1 Het CSG heeft werkafspraken voor zorg aan minderjarige cliënten op elke spreekuurlocatie.
- 2.B2 Het CSG heeft (werk)afspraken met ketenpartners/professionals in de regio hoe te handelen bij (een vermoeden van) seksueel geweld en/of zwangerschap bij een minderjarige.

Normen Openstelling en bereikbaarheid CSG

- 3.A1 Het CSG heeft beleidsafspraken ten aanzien van openingstijden en bereikbaarheid van off- en online dienstverlening
- 3.A2 Het CSG heeft (telefonisch, schriftelijk, via een website) materiaal beschikbaar over actuele openingstijden en (eventueel over online) bereikbaarheid.

Normen Inventaris polikliniek

In een spreekuurlocatie dienen aanwezig te zijn:

- 3.B1 volgens voorschrift ingerichte spreekkamer,
- 3.B2 een patiëntendossiersysteem,
- 3.B3 een (elektronisch) oproep/herinneringssysteem,
- 3.B4 actueel informatie- en voorlichtingsmateriaal (voor de verschillende doelgroepen),
- 3.B5 een onderzoekskamer volgens voorschrift,
- 3.B6 medicatie en een procedure voor medicijnverstrekking en monitoring,
- 3.B7 een crashkoffer en een protocol voor medische calamiteiten (zoals vasovagale collaps en anafylactische shock),
- 3.B8 een hygiëneprocedure voor besmettelijke materialen en indien van toepassing voor het reinigen van instrumenten,
- 3.B9 (elektronische) toegang tot laboratoriumuitslagen,
- 3.B10 toegang tot internet en e-mail en beveiligde online chatomgeving indien van toepassing en
- 3.B11 een administratie van cliëntgebonden correspondentie.

Normen Personele bezetting tijdens het spreekuur seksuele gezondheid

- 3.C1 Tijdens klachtenconsulten of consulten waar lichamelijk onderzoek door een arts nodig kan zijn, dienen de volgende personeelsleden aanwezig te zijn: een verpleegkundige en een arts of alleen een arts. Daarnaast is er eventueel een doktersassistent/administratief medewerker aanwezig.
- 3.C2 Voor het verrichten van overige spreekuren zijn werkafspraken gemaakt over spreekuursupervisie, lichamelijk onderzoek en syndromaal behandelen van soa, toediening van vaccinaties en calamiteiten.
- 3.C3 Artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten die bij spreekuren aanwezig zijn, hebben een training en jaarlijkse bijscholing *Basic life support (BLS)* gevolgd.
- 3.C4 Bij behandelconsulten dienen minimaal 2 werknemers met een BLS training aanwezig.
- 3.C5 Voor online contacten waarin advisering plaatsvindt worden werkafspraken gehanteerd (denk aan vast format, uitvoerend type professional, afhandelingsduur, privacy en opslagduur).
- 3.C6 Voor online spreekuren/veldwerk hanteert het CSG het Competentieprofiel online hulpverlener (e-health) (bijlage).
- 3.C7 Bij online consulten zijn protocollen beschikbaar over welke cliënten hiervan gebruik kunnen maken en wanneer naar een face to face spreekuur of naar andere hulpverlening moet worden doorverwezen.

Normen Het consult seksuele gezondheid

- 3.D1 Het CSG heeft het Draaiboek Consult seksuele gezondheid geïmplementeerd blijkend uit lokale werkafspraken.
- 3.D2 Het CSG evalueert periodiek hoe de afgesproken werkwijze in de praktijk wordt uitgevoerd.

Normen Minimale laboratoriumdiagnostiek bij de hulpvraag soa-test

- 3.E1 Het CSG voert het landelijke testbeleid uit conform het Draaiboek Consult seksuele gezondheid waarbij met de arts-microbioloog wordt afgestemd welke testen gebruikt worden en of er confirmatietesten nodig zijn.
- 3.E2 Bij afwijken van het landelijke testbeleid dient dit in het individuele dossier vastgelegd te worden. Bij structurele afwijkingen dient dit in lokaal beleid beschreven te zijn.

Normen binnen het CSG Kwaliteitseisen laboratoriumdiagnostiek die plaatsvindt

- 3.F1 Het CSG heeft beleid gemaakt op het gebied van 'point of care' diagnostiek.
- 3.F2 POC-testen worden uitgevoerd met supervisie van de arts van het CSG.
- 3.F3 De kwaliteitsborging van POC-testen vindt plaats waarbij zonodig advies wordt ingewonnen bij een arts-microbioloog.
- 3.F4 Zwangerschapstesten zijn beschikbaar. Hierover zijn er werkafspraken.
- 3.F5 Het uitvoeren van POC-testen gebeurt door medewerkers die hiertoe bevoegd en bekwaam zijn.
- 3.F6 Er dienen werkinstructies voor het uitvoeren van de sneltesten te zijn.
- 3.F7 Wanneer microscopisch onderzoek plaatsvindt, gebeurt dit door bewaam en geschoolde medewerkers.
- 3.F8 Er is gezorgd voor onderhoud van de materialen (zoals microscopen).

Normen Kwaliteitseisen laboratoriumdiagnostiek die plaatsvindt buiten het CSG

- 3.G1 Laboratoriumdiagnostiek vindt plaats onder supervisie van een arts-microbioloog, waarbij zowel arts-microbioloog als laboratorium voldoen aan de geldende kwaliteitseisen (CCKL/ISO15189 (RvA)).
- 3.G2 Het laboratorium kan alle basis soa-testen (NAAT chlamydia inclusief LGV en gonorrhoe, kweek gonorrhoe inclusief resistentiebepaling, hiv-, syfilis- en hepatitis B-serologie) zelf uitvoeren of heeft dit uitbesteed aan een ander geaccrediteerd laboratorium.

Normen Aanbieden van thuisafnametesten

- 3.H1 Het CSG heeft indien van toepassing een beschreven werkwijze voor het aanbieden van thuisafnametesten.
- 3.H2 Het CSG evalueert het beleid en werkwijze in relatie tot het aanbod van thuisafnametesten periodiek.
- 3.H3 Het testaanbod voor thuisafname komt overeen met het landelijk testbeleid.
- 3.H4 Het type testen dat wordt aangeboden is hetzelfde als tijdens de consulten op het CSG (i.e. testen welke uitgevoerd worden door het microbiologisch laboratorium).
- 3.H5 Het CSG kan thuisafnametesten aanbieden als een aanvullende dienstverlening en niet als vervanging van de mogelijkheid voor de cliënt om op het spreekuur gezien te worden.
- 3.H6 Het CSG biedt (online) pretest counseling/voorlichting over soa, preventie en seksuele gezondheid in breder zin.
- 3.H7 Het CSG heeft voorzien in instructie over afname en retournering van het testmateriaal.

- 3.H8 Het CSG biedt bij het aantonen van een soa na een thuis afgenomen test counseling, behandeling, partnermanagement conform de kwaliteitseisen op het CSG.

Normen Confidentialiteit

- 3.I1 Het CSG heeft een privacyreglement en medewerkers werken conform dit reglement en de wet BIG en WGBO.
- 3.I2 Meldingsplichtige aandoeningen worden gemeld conform de wet- en regelgeving.
- 3.I3 Bij het doorbreken van de confidentialiteit wordt gehandeld conform de wet- en regelgeving.
- 3.I4 Met betrekking tot online interventies werken professionals conform het bijgevoegde Competentieprofiel online hulpverlener (e-health) (bijlage) en geldende wet- en regelgeving.

Normen Dossiervoering

- 3.J1 Binnen het CSG zijn er werkafspraken gemaakt over een eenduidige, gestructureerde wijze van noteren in het dossier welke periodiek worden geëvalueerd.
- 3.J2 De notities in het dossier zijn herleidbaar tot de persoon die deze heeft ingevoerd en wanneer dit is gebeurd.
- 3.J3 Het CSG draagt zorg dat correspondentie met huisartsen en specialisten wordt vastgelegd in het dossier van de cliënt.
- 3.J4 Het CSG heeft een werkwijze bij uitval van het digitale dossiersysteem.
- 3.J5 Binnen het CSG zijn er werkafspraken gemaakt hoe om te gaan met de wens van een cliënt met betrekking tot inzage, afschrift, aanpassing of vernietiging van het eigen dossier.
- 3.J6 CSG heeft geborgd dat cliënten geïnformeerd zijn over waar zij terecht kunnen met vragen over het dossier en hoe zij zich op hun dossierrechten kunnen beroepen.
- 3.J7 CSG heeft geborgd dat aan de verplichte bewaartermijn van medische dossiers wordt voldaan.
- 3.J8 Het CSG heeft technische en organisatorische maatregelen genomen om persoonsgegevens te beveiligen.
- 3.J9 Het CSG heeft geborgd dat alleen bevoegde medewerkers toegang hebben tot het patiëntendossiersysteem.
- 3.J10 Het CSG heeft een werkwijze hoe om te gaan met (mogelijke) datalekken.

Normen Seksaccidenten en prikaccidenten

- 3.K1 Het CSG heeft het Draaiboek Seksaccidenten geïmplementeerd en geborgd blijkend uit werkafspraken. Hierbij is zorg gedragen voor de mogelijkheid van doorverwijzing voor PEP.
- 3.K2 Het CSG heeft het Draaiboek Prikaccidenten geïmplementeerd en heeft werkafspraken over het afhandelen van hulpvragen op dit vlak of heeft hierover afspraken met de infectieziektebestrijding van de GGD.
- 3.K3 Het CSG informeert cliënten proactief over hoe te handelen bij een seksaccident of prikaccident en waar zij hulpverlening kunnen ontvangen.
- 3.K4 Bij het online afhandelen van vragen op het gebied van seks- en prikaccidenten is zorg gedragen voor een goede doorgeleiding naar offline hulpverlening.

Normen Seksueel geweld

- 3.L1 Het CSG heeft een werkwijze voor het afhandelen van

- 3.L2 hulpvragen met betrekking tot (recent) seksueel geweld. Het CSG heeft een netwerk met ketenpartners op het gebied van hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld (inclusief zedenrecherche).
- 3.L3 Bij het online afhandelen van vragen op het gebied van seksueel geweld is zorg gedragen voor een goede doorgeleiding naar offline hulpverlening.

Normen Anticonceptie en (onbedoelde) zwangerschap

- 3.M1 Het CSG heeft een werkwijze voor het afhandelen van hulpvragen met betrekking tot anticonceptie.
- 3.M2 Het CSG voorziet in informatie over de verschillende methoden van anticonceptie.
- 3.M3 Er is een werkwijze voor het voorschrijven van anticonceptie waarbij de contra-indicaties voor het betreffende middel geïnventariseerd worden.
- 3.M4 Het CSG heeft een werkwijze voor het afhandelen van acute hulpvragen met betrekking tot noodanticonceptie.
- 3.M5 Het CSG heeft een werkwijze voor het afhandelen van hulpvragen met betrekking tot (onbedoelde) zwangerschap.
- 3.M6 Het CSG heeft een werkwijze welke rekening houdt met de verplichte bedenktijd voor zwangerschapsbeëindiging.
- 3.M7 Het CSG heeft de verwijismogelijkheden bij twijfel over zwangerschap of ongewenste zwangerschap in de sociale kaart opgenomen.
- 3.M8 Bij het online afhandelen van vragen op het gebied van anticonceptie of (onbedoelde) zwangerschap is zorg gedragen voor een goede doorgeleiding naar offline hulpverlening.

Normen Onveilige situaties voor cliënten

- 3.N1 Het CSG heeft een uitgewerkte meldcode op het gebied van huiselijk geweld en kindermishandeling.
- 3.N2 Binnen het CSG zijn er werkafspraken over hoe te handelen bij signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling.
- 3.N3 Binnen het CSG zijn er werkafspraken over hoe te handelen bij signalen van mensenhandel.

Normen Afwijkingen van protocollen

- 3.O1 Indien bij een cliënt afgeweken wordt van de gehanteerde landelijke en lokaal geldende protocollen, dient dit te worden vermeld in het dossier.

Normen Participatie in landelijke activiteiten

- 3.P1 Het CSG participeert in landelijke campagnes gericht op het bevorderen van seksuele gezondheid.
- 3.P2 De coördinerende GGD draagt zorg voor afstemming binnen de regio en met landelijke partijen.

Normen Minimale aanstelling voor een verpleegkundige

- 4.A1 Een verpleegkundige werkzaam bij een CSG dient minimaal 16 uur per week aan het CSG te zijn verbonden, waarvan minimaal 8 uur per week cliëntcontactgebonden taken worden uitgevoerd.
- 4.A2 Als een verpleegkundige een chatspreekuur uitvoert dient deze aanvullend op de overige scholingseisen een basis chattraining te hebben gevolgd. Om de kwaliteit te bewaken en te bevorderen dienen de verpleegkundigen minimaal twee uur per maand een chat spreekuur uit te voeren.

Normen Minimale aanstelling voor een arts

- 4.B1 Een arts werkzaam bij een GGD dient minimaal 16 uur per week het centrum seksuele gezondheid van een GGD te zijn verbonden, waarvan binnen minimaal 8 uur per week cliëntcontactgebonden taken worden uitgevoerd.
- 4.B2 Als een arts een chatspreekuur uitvoert of deze superviseert, dient deze aanvullend op de overige scholingseisen een basis chattraining te hebben gevolgd. Om de kwaliteit te bewaken en te bevorderen dient de arts minimaal twee uur per maand een chat spreekuur uit te voeren. Deze uren vallen binnen de cliëntcontactgebonden uren.

Normen Regionale samenwerking tussen CSG's

- 4.C1 CSG's kunnen samenwerken binnen een verzorgingsgebied in een spreekuurrooster. Dit is vermeld en uitgelegd in de schriftelijke werkwijzen van de CSG's en beschreven in het jaarplan van de coördinerend GGD.
- 4.C2 Als op deze wijze wordt samengewerkt, is er een lokale vastgelegde werkwijze "verwijzing/toegang tot consult seksuele gezondheid en consultdifferentiatie" in het desbetreffende verzorgingsgebied.

Normen Wachtijd CSG

- 4.D1 Het CSG wordt geacht ervoor te zorgen elke werkdag minimaal één spreekuur ergens binnen het verzorgingsgebied te houden of opvang bij acute hulpvragen te garanderen. Dit kan eventueel in samenwerking met een ander CSG gerealiseerd worden. Voor daadwerkelijke zorg kan het CSG bij spoedeisende klachten naar de eerstelijns gezondheidszorg verwijzen.
- 4.D2 Het CSG heeft een werkwijze geïmplementeerd en werkafspraken gemaakt om de termijnen in het Draaiboek Consult seksuele gezondheid te realiseren.

Normen Minimale eisen aan medewerkers

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

Normen Deskundigheidsbevordering en vaardigheidsonderhoud

- 5.B1 ICT: alle verpleegkundigen en artsen nemen aantoonbaar deel aan periodieke intercollegiale toetsing (ICT) over alle aspecten van het leveren van zorg rondom seksuele gezondheid. Per bijeenkomst nemen minimaal 4 professionals deel.

- 5.B2 Intervisie: alle verpleegkundigen en artsen nemen aantoonbaar deel aan periodiek intervisie overleggen. Per bijeenkomst nemen minimaal 4 professionals deel.
- 5.B3 MDO: alle verpleegkundigen en artsen nemen aantoonbaar deel aan periodiek multidisciplinaire overleggen (MDO) in het bijzijn van de arts-seksuoloog NVVS-SH of een psycholoog-seksuoloog NVVS-SH én een arts met opleiding seksualiteitshulpverlening. Het MDO wordt voorgezeten door de seksuoloog NVVS. Minimaal 4 professionals nemen deel aan deze bijeenkomsten waarbij elke discipline vertegenwoordigd is.
- 5.B4 Artsen en verpleegkundigen volgen minimaal 16 uur per jaar bij- en nascholing of congresbezoek in specifieke thema's gerelateerd aan het leveren van seksuele gezondheidszorg in de publieke gezondheidszorg.
- 5.B5 Het CSG heeft een plan voor het waarborgen van vaardigheden (waaronder het uitvoeren van een seksuele risicoanamnese, MI en het bespreekbaar maken van seksualiteitsthema's).
- 5.B6 Het CSG heeft een plan ontwikkeld voor themabesprekingen en deelname van medewerkers aan bijscholingen, congressen en/of workshops.

Bijlage 2

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

Tijdstip	Actie
	Vorbereiding visitatiecyclus
	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 vraag 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
	Vorbereiding visitatie van een CSG
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 ⁸ 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 binnen twee weken op naar secretaris. De secretaris vraagt het CSG een korte vragenlijst uit te sturen aan de samenwerkingspartners in relatie tot de uitvoer van de ASG-regeling.
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.

⁸ 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 dienstreding, 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.

	Het visitatieteam organiseert onderling (telefonische) voorbereidend overleg
	Na visitatie
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	Concept visitatie rapport 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 aanpassingen verbeterplan 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	PVC bekrachtigt 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.
z.s.m. na visitatie	PVC stuurt het gevisiteerde CSG's en leden van het visitatieteam per e-mail formulier ten behoeve van evaluatie van de visitatie.
z.s.m. na visitatie	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.
z.s.m. na visitatie	Visitatiesecretaris stuurt de gevisiteerde CSG per mail formulier ten behoeve van evaluatie van de visitatie.
z.s.m. na visitatie	Uitkomsten evaluatie worden met leden visitatieteam en gevisiteerde CSG gedeeld.

Bijlage 3

Lijst te overleggen stukken

(12-10 weken voor visitatiedatum elektronisch aan visitatiesecretaris)

- Inge vulde 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