

Visitatiereglement

GGD-centra seksuele gezondheid

De Plenaire Visitatie Commissie

april 2022

Woord vooraf

De soa-zorg soa en seksualiteitshulpverlening wordt binnen de aanvullende regeling Seksuele Gezondheidszorg (ASG) door de GGD'en uitgevoerd in Centra voor Seksuele Gezondheid (CSG's) In een enkel gevallen wordt de zorg geïntegreerd in een dermatologische polikliniek en/of in poliklinische samenwerking met een ziekenhuis uitgevoerd. In dit verband zijn er afspraken met betrekking tot ondersteuning en consultaties met een dermatoloog/venereoloog, arts-microbioloog, apotheker en een seksuoloog-NVVS.

Om de kwaliteit van de geboden zorg binnen de CSG's te monitoren werden vanaf eind 2009, 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.

De PVC evalueert regelmatig haar functioneren en het visitatieproces, wat met enige regelmaat leidt tot aanpassingen van het proces. Inzichten uit eerdere evaluatie(s) hebben voor een belangrijk deel gezorgd in vergrootte betrokkenheid van het gevisiteerde CSG. Een Normendocument fungeert als leidraad om toekomstige visitatie-uitkomsten beter te kunnen objectiveren. 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,

Dhr. F. de Groot
Voorzitter

Leden PCV:

Mw. H. Bos, (arts maatschappij en gezondheid; Soa Aids Nederland)

Mw. A Casanovas (sociaal verpleegkundige; kwaliteitsfunctionaris; GGD Amsterdam)

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

Dr. J. E. van Everdingen (dermatoloog) opgevolgd per mei door Dr. H Thio

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

Dr. B. M. de Jongh (arts-microbioloog); opgevolgd per april door Dr. P.M. Schneeberger

Mw. C. Manuels (arts-seksuoloog NVVS, GGD Amsterdam)

Vacature arts maatschappij en gezondheid

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. [Kwaliteitsafspraken 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) en PrEP-zorg uitvoert, op grond van vooraf vastgestelde “kwaliteitsafspraken”. De kwaliteitsafspraken 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 april 2022. Objectivering van de beoordeling van de kwaliteit vindt plaats middels het normendocument dat aan gevisiteerde voor begin van de visitatie verstrekt wordt² (zie bijlage 1 voor kwaliteitsafspraken).

Artikel 2: Doel

Doel van periodieke visitatie van de CSG’s is:

- Het bevorderen en waarborgen van de kwaliteit van de aanvullende seksuele gezondheidszorg en PrEP-zorg bij de CSG’s.
- Het bevorderen van eenzelfde kwaliteitsniveau in alle CSG’s.
- Het signaleren van knelpunten, trends en ontwikkelingen en terugkoppeling van de knelpunten aan de opdrachtgevers van de PVC GGD-GHOR en RIVM-Cib.

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

²

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

Commissie (PVC) stelt op basis van onder meer de uitkomsten van eerdere visitaties en 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 CSG verwacht dat zij de visitaties operationeel en inhoudelijk faciliteren.

3.2. Eigenaarschap visitatie rapport

De gevisiteerde GGD waaronder het CSG ressorteert 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 actieplan op aan de hand van de uitkomsten van vooraf ingevulde vragenlijsten. Tijdens de visitatie wordt hier nader op ingegaan en kan het CSG gevraagd worden het actieplan 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 aanbevelingen en zwaarwegende adviezen te verwerken. Na deze termijn wordt het CSG gehouden de PVC te informeren over de stand van zaken rond de implementatie van het actieplan en het toepassen van adviezen en aanbevelingen.

3.5. Deelname vanuit GGD/CSG

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 kwaliteitsafspraken waaraan de afdeling wordt getoetst worden ontleend aan:

- Het Kwaliteitsprofiel Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg³ met het daarbij behorende Normendocument t.b.v. Kwaliteitsvisitaties Seksuele gezondheidszorg binnen de GGD-centra seksuele gezondheid⁴. Het normendocument is bedoeld om de beoordeling van het functioneren van het CSG te kunnen objectiveren.

3.7. Overige audits/certificeringen

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

II. De organisatorische inrichting

Artikel 4: De Plenaire Visitatie Commissie

4.1. leden PVC

³

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

⁴ Dit document wordt voorafgaand aan de visitatie aan het te visiteren CSG ter hand gesteld

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. Een arts-microbioloog.
4. Een arts infectieziektebestrijding KNMG of een arts Maatschappij en Gezondheid met ervaring op het gebied van soa en seksuele gezondheid en werkzaam bij een van de CSG's.
5. Een seksuoloog NVVS, werkzaam bij een van de CSG's.
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 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 het kwaliteitsprofiel behorende bij 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 arts seksuele gezondheid, bij voorkeur minimaal drie jaar werkzaam bij een CSG (GGD soa-polikliniek en/of ervaring in de seksualiteitshulpverlening).
2. Een sociaal-verpleegkundige seksuele gezondheid, bij voorkeur minimaal drie jaar werkzaam binnen de infectieziektebestrijding bij een CSG (GGD-soa-polikliniek en/of ervaring in de seksualiteitshulpverlening).
3. Een seksuoloog, met bij voorkeur minimaal 3 jaar ervaring en bij een CSG betrokken als supervisor bij MDO in relatie tot seksualiteitsvraagstukken.
4. 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. Met ingang van 2015 (1^e herziening werkwijze visiteren) is door de PVC besloten om opnieuw een seksuoloog NVVS toe te voegen aan het visitatieteam, als ook een lid PVC mee te laten visiteren als onafhankelijke observator van het visitatieproces.

Het visitatieteam kiest uit haar midden een voorzitter per visitatie.

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 (maar minimaal twee 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 Gezondheidszorg⁵ en het normendocument.
- De uitvoering van het vooronderzoek (kennis actieplan, kerngegevens, teamvragenlijst 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, voor presentatie 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 jaarlijkse opleiding tot visiteur/ terugkomdag. Deze wordt verzorgd door een door de PVC aangezochte opleider. Deelname aan de opleiding is verplicht voor alle (aspirant) visiteurs en PVC leden. Doel van de dag is kennis te maken met evt herzieningen in de visitatiemethodiek, ervaringen te delen van eerdere visitaties en oefening van gesprekstechnieken.

III. De procedure

Artikel 8: De voorbereiding

⁵

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

1. De PVC bepaalt voor de periode van 1 jaar welke CSG's geïnspecteerd zullen worden (dit zijn maximaal 6 per jaar) en legt de lijst met GGD'en ter kennisname voor aan de regiocoördinatoren van de ASG-regeling.
2. Het proces van inspectie 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 inspectie.
3. De voorzitter van de PVC informeert de directeur van het te bezoeken CSG schriftelijk over de voorgenomen inspectie.
4. De inspectiesecretaris verzoekt de regio-coördinator of het hoofd CSG om een contactpersoon voor de inspectie bij het betreffende CSG en plant een toelichtend gesprek (al dan niet face-to-face) over de procedure van de inspectie.
5. De inspectiesecretaris van de PVC stuurt alle relevante stukken (bijlage 3) als ook een tijdsplanning voor de voorbereiding en de rapportage (zie bijlage 2 voor tijdsplan).
6. De inspectiesecretaris van de PVC stelt een inspectieteam samen en maakt de leden bekend aan regio-coördinator of aan de contactpersoon van het te bezoeken CSG.

Artikel 9: Het vooronderzoek

9.1. Toezending relevante stukken

De inspectiesecretaris van de PVC verzoekt de contactpersoon van de te bezoeken 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. Toegang vragenlijsten

Het hoofd van het te bezoeken CSG, dan wel een door dit hoofd aangewezen contactpersoon, ontvangt van de inspectiesecretaris uiterlijk **drie maanden** voor de dag van inspectie de individuele vragenlijst voor elke medewerker⁶ en de zelfevaluatie m.b.t. de kwaliteit van de zorg die het CSG biedt. De zelfevaluatie dient in teamverband opgesteld te worden. Daarnaast ontvangt het CSG een vragenlijst over enkele kerngegevens van het CSG, alsmede een lijst met te overleggen stukken (al dan niet ter inzage; e.e.a. in overleg met het inspectieteam). Ook wordt het te bezoeken CSG verzocht een overzicht met contactgegevens van externe samenwerkingspartners in relatie tot de ASG-regeling aan te leveren, dan wel deze zelf te benaderen, in elk geval de (toezichthoudend) apotheker, de samenwerkende dermatoloog, de samenwerkende medisch-microbioloog en de samenwerkende seksuoloog (voor zover niet in huis aangesteld) en indien relevant andere (zorg)partners waarmee samenwerkingsafspraken zijn gemaakt. De inspectiesecretaris stuurt hen een link naar een online vragenlijst, waarvan de antwoorden op de vragen rechtstreeks aan de inspectiesecretaris verstuurd worden.

9.3. Deelname medewerkers aan inspectie

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

9.4. Individuele vragenlijst medewerkers

De individuele vragenlijst wordt binnen **twee weken** door alle medewerkers van het CSG ingevuld. De zelfevaluatie en de lijst met kerngegevens CSG wordt binnen **4-6 weken** opgestuurd, waarna de inspectiesecretaris de aangeleverde informatie bespreekt met de

⁶ Zie artikel 3.5

visitatieteamleden. Daarna koppelt de secretaris eventuele verhelderende vragen vanuit het visitatieteam terug aan het CSG. Inhoudelijke vragen worden tijdens de visitatie zelf geadresseerd.

9.5. Opstellen actieplan door CSG

Het CSG schrijft in gezamenlijk overleg op basis van de uitkomsten van de vragenlijsten een actieplan waarin verbetering van het functioneren van het CSG beschreven wordt. Het actieplan en de overige gevraagde relevante stukken (bijlage 3), worden uiterlijk **drie weken** voor de dag van visitatie toegezonden aan de secretaris van de PVC.

9.6.

Aan de hand van het actieplan 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 principe een tijdsduur van 6,5- 8 uur (inclusief pauzes) 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. De visitaties worden bij voorkeur op locatie uitgevoerd. Indien visitaties vanwege omstandigheden online plaatsvinden zal het programma hierop afgestemd worden.

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 CSG

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 seksuele gezondheid,
- 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 het CSG,
- Een medewerker Gezondheidsbevordering van de GGD, indien betrokken bij het CSG.

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, maar bij voorkeur ook de DPG. 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. Dit team adviseert de PVC naar aanleiding van de uitkomsten van de visitatie over de termijn waarop (her)visitatie moet worden vastgesteld. Regulier vinden visitaties van een CSG in een 5-jarig ritme plaats, hiervan kan wordt afgeweken op basis van uitkomsten van de visitatie. Het definitieve visitatierapport wordt vastgesteld door de PVC.

Het visitatierapport geeft een oordeel over de kwaliteit de geleverde zorg 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 **twee 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. Indien er geen (zwaarwegende) adviezen zijn afgegeven wordt hervisitatie na vijf jaar gepland. Na een termijn van twee jaar is het CSG gehouden de PVC te informeren 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 benoemt⁷],
gehoord de PVC.

⁷ Rechtspersoon is GGD-GHOR Nederland

Kwaliteitsafspraken

(Uit Kwaliteitsprofiel Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg, 2022⁸)

BIJLAGE 1 OVERZICHT KWALITEITSAFSPRAKEN

1. ORGANISATIE CSG

A. Taken coördinerende GGD

De coördinerende GGD:

- 1.A1 Heeft een actueel en 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 alle CSG's binnen de regio staan beschreven om regionale samenwerking en afstemming te faciliteren.
- 1.A4 Neemt deel aan de landelijke en regionale overlegstructuur voor de seksuele gezondheidszorg waaronder ook e-health activiteiten (onder andere in samenwerking met Soa Aids Nederland) en legt uitkomsten van landelijke en regionale overleggen waar relevant vast.

B. Taken CSG

- 1.B1 Het CSG heeft een actueel en meetbaar activiteitenplan voor de aanvullende seksuele gezondheidszorg.
- 1.B2 Het CSG heeft een actueel 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 implementeert besluiten en afspraken voortkomend uit de landelijke en regionale overlegstructuur en beleidsontwikkeling op het gebied van seksuele gezondheid in de eigen organisatie. Dit geldt zowel voor organisatorische als inhoudelijke zaken.

C. Kwaliteitsbeleid en verantwoordelijkheidsverdeling

- 1.C1 Het CSG heeft een lokaal kwaliteitsbeleid en draagt zorg voor implementatie en uitvoering van dit kwaliteitsbeleid.
- 1.C2 Het CSG heeft een klachtenprocedure en is aangesloten bij een geschillencommissie.
- 1.C3 Het CSG heeft een kwaliteitssysteem waarmee het zorgaanbod op basis van een doorlopende evaluatie van meldingen van incidenten en (bijna) fouten wordt geëvalueerd en verbeterd. Het CSG heeft een procedure om incidenten (veilig) te melden.
- 1.C4 Het CSG betreft het perspectief van de cliënt in zowel de directe zorgverlening als in het verbeteren van de kwaliteit van zorg en organiseert periodiek een klantervaringsonderzoek met het doel

- het zorgaanbod te evalueren en verbeteren.
- 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, verpleegkundig specialisten en verpleegkundigen is beschreven en wanneer een verpleegkundige een arts moet consulteren.
 - 1.C7 Het CSG heeft minimaal een arts M+G met profiel Infectieziektebestrijding KNMG in dienst met opleiding op het gebied van seksuele gezondheid en actuele deskundigheid op dit gebied. Dit kan eventueel in een regionale samenwerking van meerdere CSG's samen geregeld zijn. Het management wijst een arts M+G aan als eindverantwoordelijke voor de medisch inhoudelijke kwaliteit van zorg.
 - 1.C8 De aan het CSG verbonden verpleegkundigen zijn ingeschreven in het kwaliteitsregister V&VN, deskundigheidsgebied seksuele gezondheid.
 - 1.C9 Het CSG heeft een coach motiverende gespreksvoering (MI-coach). Dit kan eventueel in een regionale samenwerking van meerdere CSG's samen geregeld zijn.
 - 1.C10 Het CSG vertaalt richtlijnen en draaiboeken naar de eigen organisatie in protocollen, werkafspraken en/of werkinstructies. Alle relevante disciplines bespreken samen nieuwe richtlijnen en draaiboeken.
 - 1.C11 Het management van zowel de coördinerende GGD als de CSG's zorgt voor bekwaam en goed opgeleid personeel, uitgewerkt in een scholingsplan.

D. Integratie preventie en curatie

- 1.D1 Het CSG zorgt voor afstemming en verbinding tussen de preventieve taken voortkomend uit de Wpg en preventieve en curatieve taken voortvloeiend uit de ASG.
- 1.D2 Het CSG zorgt voor signalering en surveillance op lokaal niveau en informeert minimaal een maal per jaar directie en ketenpartners hierover.
- 1.D3 Het CSG geeft op basis van de resultaten en conclusies van de lokale surveillance aan welke groepen relatief slecht bereikt worden door het CSG en welke stappen zij onderneemt om de seksuele gezondheidszorg voor deze groepen te verbeteren.
- 1.D4 Het CSG baseert het preventiebeleid op regionale kenmerken en surveillanceresultaten (epidemiologie en gedragsdata).

E. Cliëntindicering en consultdifferentiatie

- 1.E1 Uit werkafspraken blijkt dat triage en consultdifferentiatie lokaal is geïmplementeerd en dat dit periodiek wordt geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
- 1.E2 Indien het CSG afwijkt van het landelijke beleid met betrekking tot triage, is er vastgelegd en onderbouwd beleid opgesteld.
- 1.E3 Om inzicht te houden in welke mate voldaan kan worden aan de hulpvraag van de doelgroep houdt het CSG bij hoeveel cliënten met een indicatie voor een consult bij het CSG worden afgewezen. Het CSG evalueert dit minimaal twee keer per jaar.
- 1.E4 Het CSG biedt jongeren onder de 25 jaar die het CSG benaderen met een zorgvraag de mogelijkheid voor seksualiteitshulpverlening.
- 1.E5 Het CSG stemt vorm en inhoud van het consult af op het gelopen risico en/of de hulpvraag en socio-demografische kenmerken van

- de cliënt.
- 1.E6 Indien de triagist medisch inhoudelijke vragen stelt aan degene die een consult wenst, is deze medisch geschoold, minimaal op het niveau van doktersassistente.
 - 1.E7 Bij een triage door een niet medisch geschoolde medewerker of via internet is er een tweedelijns triagist geregeld die medisch geschoold is in het uitvragen en beoordelen van klachten en andere acute problematiek zoals seksaccidenten en seksueel geweld.
 - 1.E8 Het internettriagesysteem bevat motiverende informatie waarin wordt benadrukt, om bij soa-gerelateerde klachten of waarschuwing voor een soa, contact op te nemen met het CSG.

F. Personele bezetting spreekuur seksuele gezondheid

- 1.F1 Bij consulten zijn, op de locatie waar deze plaatsvinden, minimaal twee medewerkers met een BLS-training aanwezig en zijn afspraken vastgelegd met betrekking tot borging van veiligheid van medewerkers en cliënten. Minimaal één medewerker is een verpleegkundige dan wel hoger opgeleid. Overleg met een arts die de dagelijkse medische eindverantwoordelijkheid draagt is te allen tijde mogelijk.
- 1.F2 Tijdens spreekuren waarin -conform het triageprotocol- alleen consulten worden ingepland voor cliënten die geen klachten hebben en waar geen sprake is van een verhoogd risico of gecompliceerde problematiek, is de mogelijkheid tot telefonische overleg met arts of verpleegkundig specialist geregeld.
- 1.F3 Tijdens spreekuren waarbij -conform het triageprotocol- consulten worden ingepland voor cliënten die klachten hebben en/of waarbij op basis van professionele richtlijnen de verwachting is dat lichamelijk onderzoek nodig kan zijn, is een inhoudelijk bekwaam arts of verpleegkundig specialist op locatie aanwezig voor supervisie en beoordeling van de cliënt.
- 1.F4 Voor het verrichten van overige spreekuren zijn werkafspraken gemaakt over spreekuursupervisie, lichamelijk onderzoek, syndromaal behandelen van soa, directe behandeling van (vaste) partners, toediening van vaccinaties, verstrekken van de morning after pil (MAP) en anticonceptie en calamiteiten.
- 1.F5 Artsen, verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en doktersassistenten die bij spreekuren aanwezig zijn, hebben een training en tweejaarlijkse bijscholing Basic life support (BLS) gevolgd.

G. E-health aanbod

- 2.G1 Het CSG stelt voor onlineactiviteiten werkafspraken op voortvloeiend uit het Competentieprofiel online hulpverlener (e-health) zoals in bijlage opgenomen.
- 2.G2 Het CSG hanteert voor online spreekuren/veldwerk het Competentieprofiel online hulpverlener (e-health) (zie bijlage). Medewerkers werken volgens het Competentieprofiel en geldende wet- en regelgeving, zoals de AVG.
- 1.G3 Er zijn werkafspraken voor online consulten waarin advisering plaatsvindt (denk aan vast format, uitvoerend type professional, afhandelingsduur, privacy en opslagduur).
- 1.G4 Het CSG biedt online hulpverlening op laagdrempelige wijze aan en stemt online hulpverlening af op specifieke doelgroepen en/of hulpvragen.
- 1.G5 Het CSG beschikt bij online consulten over werkafspraken over welke

- cliënten hiervan gebruik kunnen maken en wanneer naar een fysiek spreekuur of naar andere hulpverlening moet worden doorverwezen.
- 1.G6 Bij het online afhandelen van vragen zorgt het CSG voor een goede doorgeleiding naar andere vormen van zorg.
 - 1.G7 Wanneer aangesloten wordt bij de landelijke online activiteiten zoals Sense.info hanteert het CSG de daarvoor geldende kwaliteitsrichtlijnen.
 - 1.G8 Online consulten worden enkel uitgevoerd door professionals die ook fysieke consulten uitvoeren. Het soort consulten dat zij online uitvoeren, komt overeen met het soort consulten dat zij ook fysiek uitvoeren.
 - 1.G9 Er is een aandachtsfunctionaris waarbij online consultvoerders terecht kunnen met vragen en problemen.
 - 1.G10 Als een verpleegkundige, een verpleegkundig specialist of een arts een online spreekuur uitvoert en/of superviseert heeft deze aanvullend op de overige scholingseisen een passende training gevolgd.
 - 1.G11 Om de kwaliteit te bewaken en te bevorderen voeren betrokken verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en/of artsen minimaal twee uur per maand een online spreekuur uit.

H. Inventaris polikliniek

- 1.H1 Een volgens voorschrift ingerichte spreekkamer.
- 1.H2 Een patiëntendossiersysteem.
- 1.H3 Een (elektronisch) oproep/herinneringssysteem.
- 1.H4 Actueel informatie- en voorlichtingsmateriaal (voor de verschillende doelgroepen).
- 1.H5 Een onderzoekskamer volgens voorschrift.
- 1.H6 Medicatie en een procedure voor medicijnverstrekking en monitoring,
- 1.H7 Een crashkoffer en een protocol voor medische calamiteiten (zoals vasovagale collaps en anafylactische shock).
- 1.H8 Een hygiëneprocedure voor besmettelijke materialen en indien van toepassing voor het reinigen van instrumenten.
- 1.H9 (Elektronische) toegang tot laboratoriumuitslagen.
- 1.H10 Toegang tot internet en e-mail en beveiligde online chatomgeving indien van toepassing.
- 1.H11 Een administratie van cliëntgebonden correspondentie.

I. Openstelling en bereikbaarheid CSG

- 1.I1 Het CSG heeft beleidsafspraken ten aanzien van openingstijden en bereikbaarheid van off- en online dienstverlening.
- 1.I2 Het CSG heeft (telefonisch, schriftelijk, via een website) materiaal beschikbaar over actuele openingstijden en (eventueel over online) bereikbaarheid.
- 1.I3 Het CSG is op werkdagen telefonisch dan wel online beschikbaar voor het maken van een afspraak. Indien geen spreekuren beschikbaar zijn, verstrekt het CSG adequate informatie over hoe om te gaan bij acute hulpvragen.

J. Wachtijd CSG

- 1.J1 Het CSG houdt elke werkdag minimaal één spreekuur ergens binnen het verzorgingsgebied en/of garandeert opvang bij acute hulpvragen. Dit wordt eventueel in samenwerking met een ander CSG gerealiseerd. Voor daadwerkelijke zorg kan het CSG bij spoedeisende klachten naar de eerstelijnsgezondheidszorg

- verwijzen.
- 1.J2 Het CSG heeft een werkwijze en werkafspraken om de termijnen in het Draaiboek Consult seksuele gezondheid te realiseren.

K. Confidentialiteit

- 1.K1 Het CSG heeft een privacyreglement en een werkwijze voor de situatie dat cliënten een beroep doen op inzage, aanpassing, aanvulling en/of vernietiging van het dossier. Medewerkers werken conform dit reglement en vigerende wet- en regelgeving.
- 1.K2 Het CSG hanteert t.b.v. adequate partnerwaarschuwing minimale persoonsgegevens conform het landelijke draaiboek Partnermanagement.
- 1.K3 Meldingsplichtige infectieziekten worden gemeld conform vigerende wet- en regelgeving.
- 1.K4 Het CSG handelt bij het doorbreken van de confidentialiteit conform vigerende wet- en regelgeving.

L. Dossiervoering

- 1.L1 Binnen het CSG zijn werkafspraken over een eenduidige, gestructureerde wijze van noteren in het dossier welke periodiek worden geëvalueerd.
- 1.L2 De notities in het dossier zijn herleidbaar tot de persoon die deze heeft ingevoerd en wanneer dit is gebeurd.
- 1.L3 Het CSG legt correspondentie met huisartsen en specialisten vast in het dossier van de cliënt.
- 1.L4 Het CSG heeft een werkwijze bij uitval van het digitale dossiersysteem.
- 1.L5 Binnen het CSG zijn werkafspraken hoe om te gaan met de wens van een cliënt met betrekking tot inzage, afschrift, aanpassing of vernietiging van het eigen dossier.
- 1.L6 Het CSG informeert cliënten over waar zij terecht kunnen met vragen over het dossier en hoe zij zich op hun dossierrechten kunnen beroepen.
- 1.L7 Het CSG voldoet aan de verplichte bewaartermijn van medische dossiers.
- 1.L8 Het CSG neemt technische en organisatorische maatregelen om persoonsgegevens te beveiligen.
- 1.L9 Binnen het CSG hebben alleen bevoegde medewerkers toegang tot het patiëntendossiersysteem.
- 1.L10 Het CSG heeft een werkwijze hoe om te gaan met (mogelijke) datalekken.

2. UITVOERING ASG ZORG

A. Het consult seksuele gezondheid

- 2.A1 Het CSG heeft het Draaiboek Consult seksuele gezondheid geïmplementeerd blijkend uit lokale werkafspraken.
- 2.A2 Het CSG hanteert het draaiboek Partnermanagement en heeft werkafspraken gemaakt over lokale implementatie en evaluatie.
- 2.A3 Het CSG evalueert periodiek hoe de afgesproken werkwijze in de praktijk wordt uitgevoerd.

B. Minimale laboratoriumdiagnostiek bij hulpvraag soa-test

- 2.B1 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.
- 2.B2 Bij afwijken van het landelijke testbeleid is dit in het individuele dossier vastgelegd. Bij structurele afwijkingen is dit in lokaal beleid beschreven.

C. Aanbieden van testen buiten een CSG-locatie

- 2.C1 Het CSG heeft indien van toepassing een beschreven werkwijze voor het aanbieden van zelfafnametesten of diagnostiek elders.
- 2.C2 Het CSG registreert de uitgifte van zelfafnametesten en evalueert periodiek het beleid en de werkwijze in relatie tot het aanbod van zelfafnametesten of diagnostiek elders.
- 2.C3 Het testaanbod voor zelfafname of diagnostiek elders komt overeen met het landelijk testbeleid.
- 2.C4 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).
- 2.C5 Het CSG kan zelfafnametesten of diagnostiek elders aanbieden als een aanvullende dienstverlening en niet als vervanging van de mogelijkheid voor de cliënt om op het spreekuur gezien te worden.
- 2.C6 Het CSG biedt (online) op maat counseling/voorlichting over soa, preventie en seksuele gezondheid in breder zin. Er is een laagdrempelige mogelijkheid vragen te stellen of te spreken over zorgen op vlak van seksuele gezondheid.
- 2.C7 Het CSG voorziet in toegankelijke instructies over afname en retournering van het testmateriaal.
- 2.C8 Het CSG biedt bij het aantonen van een soa na een thuis afgenomen test counseling, behandeling, partnermanagement conform de kwaliteitseisen op het CSG.

D. Kwaliteitseisen laboratoriumdiagnostiek binnen CSG

- 2.D1 Het CSG heeft beleid op het gebied van POC-testen, waarbij aandacht is voor de kwaliteitsborging.
- 2.D2 Het CSG voert POC-testen uit onder supervisie van de arts of verpleegkundig specialist.
- 2.D3 Het uitvoeren van POC-testen gebeurt door medewerkers die hiertoe bevoegd en bekwaam zijn.
- 2.D4 Er zijn werkinstructies voor het uitvoeren van de POC-testen.
- 2.D5 Er is gezorgd voor onderhoud van materialen (zoals microscopen).

E. Kwaliteitseisen laboratoriumdiagnostiek buiten CSG

- 2.E1 Laboratoriumdiagnostiek vindt plaats onder supervisie van een arts-microbioloog, waarbij zowel arts-microbioloog als laboratorium voldoen aan de geldende kwaliteitseisen (CCKL/ISO15189 (RvA)).
- 2.E2 Het laboratorium voert alle basis soa-testen (NAAT-chlamydia inclusief LGV en gonorrhoe, kweek gonorrhoe inclusief resistentiebepaling, hiv-, syfilis- en hepatitis B-serologie) zelf uit.

F. Seksuele gezondheidszorg voor minderjarigen

- 2.F1 Het CSG heeft werkafspraken voor zorg aan minderjarige cliënten op elke spreekuurlocatie.
- 2.F2 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.

G. Anticonceptie en (onbedoelde) zwangerschap

- 2.G1 Het CSG heeft een werkwijze voor het afhandelen van hulpvragen met betrekking tot anticonceptie en verwijst zo nodig door naar passende initiatieven, zoals bijvoorbeeld 'Nu niet zwanger'.
- 2.G2 Het CSG voorziet in informatie over de verschillende methoden van anticonceptie.
- 2.G3 Er is een werkwijze voor het voorschrijven van anticonceptie waarbij de contra-indicaties voor het betreffende middel geïnventariseerd worden.
- 2.G4 Indien op het CSG ook anticonceptie wordt geplaatst, is er een werkwijze waarin de uitvoering van deze handelingen zijn vastgelegd.
- 2.G5 Het CSG heeft een werkwijze voor het afhandelen van acute hulpvragen met betrekking tot noodanticonceptie.
- 2.G6 Het CSG heeft een werkwijze voor het afhandelen van hulpvragen met betrekking tot (onbedoelde) zwangerschap.
- 2.G7 Het CSG heeft de verwijsmogelijkheden bij twijfel over zwangerschap of ongewenste zwangerschap in de sociale kaart opgenomen.

H. Pre-expositie profylaxe (PrEP)

- 2.H1 Het CSG implementeert besluiten en afspraken voortkomend uit de landelijke en regionale overlegstructuur en beleidsontwikkeling op het gebied van de PrEP-pilot in de eigen organisatie.
- 2.H2 Cliënten met een hoog risico voor het oplopen van hiv, worden actief gecounseld over PrEP als mogelijke preventiestrategie.
- 2.H3 Het CSG biedt een PrEP zorgaanbod volgens de kaders van de multidisciplinaire richtlijn PrEP en de subsidieregeling PrEP.
- 2.H4 Wanneer er meer vraag dan aanbod is, heeft het CSG werkafspraken gemaakt hoe hiermee om te gaan. Bij voorkeur wordt hierbij het standpunt van de WeArePrEPared Stuurgroep "Prioritering van PrEP-zorg via Centra Seksuele Gezondheidszorg" gevolgd, maar een CSG is vrij om hier een eigen invulling aan te geven.
- 2.H5 Als iemand niet in de PrEP regeling opgenomen kan worden, krijgt de cliënt advies op maat hoe via een andere betrouwbare route PrEP te verkrijgen is
- 2.H6 Er is een werkwijze om te monitoren of cliënten op hun periodieke controles verschijnen en hoe om te gaan met cliënten die niet verschijnen voor follow up consulten.
- 2.H7 Wanneer een cliënt verhuist naar een andere regio, zorgt het CSG waar de cliënt vertrekt voor een overdracht naar de andere GGD.
- 2.H8 Wanneer een cliënt verhuist naar een andere regio, neemt het ontvangend CSG de PrEP zorg van de cliënt uiterlijk binnen 6 maanden over.
- 2.H9 Er zijn afspraken hoe de huisarts en de apotheek van een cliënt geïnformeerd worden over het starten en stoppen van PrEP zorg via de GGD.
- 2.H10 De GGD draagt d.m.v. informatie, scholing en samenwerking, aan andere aanbieders van PrEP zorg in de regio, bij aan borging van het aanbod in de keten.

I. Seksaccidenten en prikaccidenten

- 2.I1 Het CSG heeft het Draaiboek Seksaccidenten geïmplementeerd en geborgd blijkend uit werkafspraken. Hierbij is gezorgd voor de mogelijkheid van doorverwijzing voor post expositie profylaxe (PEP).
- 2.I2 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.

- 2.I3 Het CSG informeert cliënten proactief over hoe te handelen bij een seksaccident of prikaccident en waar zij hulpverlening kunnen ontvangen.

J. Seksueel geweld en onveilige situaties voor cliënten

- 2.J1 Het CSG heeft een werkwijze voor het afhandelen van hulpvragen met betrekking tot (recent) seksueel geweld.
- 2.J2 Het CSG heeft een netwerk met ketenpartners op het gebied van hulpverlening aan slachtoffers en/of plegers van seksueel geweld (inclusief zedenrecherche).
- 2.J3 Het CSG hanteert de meldcode op het gebied van huiselijk geweld, kindermishandeling en de handreiking signalering mensenhandel en heeft werkafspraken over lokale implementatie en evaluatie.
- 2.J4 Het CSG draagt -in afstemming met de aandachtsfunctionaris- zorg voor zorgvuldige registratie van huiselijk geweld en kindermishandeling.
- 2.J5 Het CSG stemt af en voert periodiek overleg met het Centrum Seksueel Geweld over aanmelding van slachtoffers die zich bij het CSG melden.

3. MEDEWERKERS VAN EEN CSG

A. Minimale aanstelling

- 3.A1 Een doktersassistente, verpleegkundige, verpleegkundig specialist en arts werkzaam bij een CSG is minimaal 16 uur per week aan het CSG verbonden, waarvan minimaal 8 uur per week cliëntcontactgebonden taken worden uitgevoerd.

B. Minimale eisen en taken

- 3.B1 Het CSG gaat bij indiensttreding na hoe medewerkers zijn opgeleid, checkt diploma's en neemt afschriften hiervan op in het personeelsdossier.
- 3.B2 Het CSG stelt op basis van scholing vast voor welke handelingen medewerkers bekwaam zijn.
- 3.B3 Het CSG draagt zorg voor protocollen waarin staat welke taken door wie onder welke voorwaarden mogen worden uitgevoerd.
- 3.B4 Het CSG toetst periodiek de bekwaamheid van medewerkers en legt dit vast.
- 3.B5 Het CSG zorgt ervoor dat de bekwaamheid van het team op peil blijft.
- 3.B6 Voor elke functie binnen het CSG en de coördinerende GGD is een profiel vastgelegd in een functietypering, inclusief taakomschrijving en minimale opleidingseisen.
- 3.B7 Alle artsen, verpleegkundig specialisten, 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.
- 3.B8 Voor het inwerken van nieuwe medewerkers zijn in een inwerkschema begeleiding, inwerkrooster, leerdoelen en evaluatie vastgelegd.
- 3.B9 Voor elke medewerker is een bij- en nascholingstrajectplan opgesteld.

- 3.B10 Het CSG heeft vastgelegd op welke wijze schriftelijke bekwaamheidsverklaringen worden vastgelegd en geactualiseerd.

C. Deskundigheidsbevordering en vaardigheidsonderhoud

- 3.C1 Intercollegiale toetsing (ICT): alle verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en artsen nemen aantoonbaar deel aan periodieke (minimaal 2x per jaar) intercollegiale toetsing.
- 3.C2 Intervisie: alle verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en artsen nemen aantoonbaar deel aan periodiek (minimaal 2x per jaar) intervisie overleggen. Per bijeenkomst nemen minimaal vier professionals deel. Deze intervisie kan binnen een bredere context dan seksuele gezondheid worden gevolgd.
- 3.C3 Multidisciplinair overleg (MDO): alle doktersassistenten die cliëntgebonden activiteiten uitvoeren, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en artsen nemen aantoonbaar deel aan periodieke MDO in het bijzijn van een vakspecialist⁹ én een arts/verpleegkundig specialist met opleiding seksualiteitshulpverlening. Aan het MDO nemen minimaal drie professionals deel (FMS-eis) waarbij elke discipline vertegenwoordigd is. Er is aandacht voor dat de casuïstiek die besproken wordt divers is en aantoonbaar (bv door verslaglegging) gaat over het brede scala van seksuele gezondheidszorg. Voor de registratie van de aantekening NVVS zijn minimaal 4 MDO's per jaar met een seksuoloog NVVS-SH noodzakelijk.
- 3.C4 Artsen, verpleegkundig specialisten 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. Via een persoonlijk opleidingsplan wordt bijgehouden dat op een diversiteit aan thema's kennis wordt behouden.
- 3.C5 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).
- 3.C6 Het CSG heeft een plan ontwikkeld voor themabesprekingen en deelname van medewerkers aan bijscholingen, congressen en/of workshops.

4. SAMENWERKING

A. Samenwerking binnen het team

- 4.A1 Het CSG bespreekt minimaal eenmaal per jaar de onderlinge samenwerking en het 'klimaat' binnen het team en heeft een werkwijze om team functioneren te analyseren en te bespreken, al dan niet met behulp van een gevalideerd instrument.
- 4.A2 Minimaal 1 keer per jaar vindt, op basis van de resultaten van de analyse van team functioneren, een activiteit plaats ter bevordering van de teamsamenwerking.

B. Samenwerking externe partijen

⁹ Onder vakspecialist wordt o.a. verstaan een seksuoloog NVVS-SH, dermatoloog, medisch microbioloog, infectioloog, neuroloog of arts M+G/infectieziektebestrijding afhankelijk van de te behandelen casuïstiek.

- 4.B1 Het CSG heeft een samenwerkingsovereenkomst met een laboratorium met een daaraan verbonden arts-microbioloog. In die samenwerkingsovereenkomst zijn afspraken gemaakt over dagelijkse consultatieve beschikbaarheid van een arts-microbioloog, sneldiagnostiek, overleg surveillance data, early warning bij verheffing, en microbiologische bijscholing van medewerkers.
- 4.B2 Het CSG zet zich in om minimaal één keer per jaar met de in de regio actieve laboratoria af te stemmen over de aangevraagde soa-diagnostiek van alle verschillende aanvragers in het verzorgingsgebied om inzicht te krijgen in aangevraagde soa-diagnostiek van alle verschillende aanvragers in de regio.
- 4.B3 Het CSG heeft een samenwerkingsovereenkomst met een apotheker waarin minimaal frequentie en inhoud m.b.t. continue levering en bevoorrading van medicatie zijn geregeld (NB deze taken kunnen door meer dan één apotheker geleverd worden). M.b.t. (toezicht op) goede opslag en uitgifte van medicatie heeft het CSG een samenwerkingsovereenkomst met een toezichthoudend apotheker of heeft het CSG deze verantwoordelijkheid neergelegd bij de eindverantwoordelijk arts van het CSG.
- 4.B4 Het CSG heeft met een deskundige infectiepreventie afgestemd hoe de schoonmaak van onderzoeksräume en toiletten dient te gebeuren met het oog op hygiëne en het voorkomen kruisbesmetting van monsters;
- 4.B5 Het CSG heeft samenwerkingsafspraken met minimaal één dermatoloog/dermatologengroep.
- 4.B6 Het CSG heeft samenwerkingsafspraken met minimaal één seksuoloog NVVS-SH.
- 4.B7 Het CSG heeft samenwerkingsafspraken met minimaal één hiv-behandelaar.
- 4.B8 Het CSG heeft beleid bij (verdenking) op neurolyes afgestemd met dermatoloog, infectioloog en/of neuroloog.
- 4.B9 Het CSG heeft verslagen van periodiek overleg met alle externe partijen waarmee wordt samengewerkt volgens de hierboven beschreven taakstelling.

C. Communicatie met verwijzers of bij verwijzing

- 4.C1 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.
- 4.C2 Bij verwijzing door een hulpverlener naar het CSG wordt met toestemming van de cliënt een terugkoppeling gegeven aan de verwijzer.

D. Ketenzorg in het verzorgingsgebied

- 4.D1 De coördinerende GGD en de CSG's hebben een sociale kaart van alle ketenpartners in de seksuele gezondheidszorg binnen het eigen verzorgingsgebied.
- 4.D2 Bij regionale afspraken die gemaakt worden met ketenpartners zorgt het CSG voor vastlegging en implementatie in relevante documentatie (sociale kaart, werkplannen, etc.).

E. Regionale samenwerking tussen CSG's

- 4.E1 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.E2 Als op deze wijze wordt samengewerkt, is er een lokale vastgelegde

werkwijze "verwijzing/toegang tot consult seksuele gezondheid en consultdifferentiatie" in het desbetreffende verzorgingsgebied.

F. Participatie in landelijke activiteiten

- 4.F1 Het CSG participeert in landelijke campagnes gericht op het bevorderen van seksuele gezondheid.
- 4.F2 De coördinerende GGD zorgt binnen de regio voor afstemming met landelijke partijen en activiteiten.

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 minimaal een jaar
	Vorbereiding visitatie van een CSG
Uiterlijk 4 maanden voor visitatie	De visitatiesecretaris doet datum voorstel voor visitatie aan het CSG dat daarna per brief aan de DPG word bevestigd. Tevens wordt het visitatie pakket ¹⁰ aan het CSG verstuurd en een afspraak gemaakt voor mondelinge toelichting van de procedure en verwachtingen, m.n. ten aanzien van het invullen van de zelfevaluatie en het maken van het actieplan.
	Visitatiesecretaris/ secretaris PVC bevestigt de definitieve visitatie datum en informeert het CSG over de samenstelling van het visitatieteam.
3 maanden voor visitatie	Alle medewerkers van het CSG vullen de elektronische teamvragenlijst in en de contactpersoon stuurt deze binnen twee weken op naar de visitatiesecretaris. De secretaris vraagt het CSG om een lijst met gegevens van externe samenwerkingspartners in relatie tot de uitvoer van de ASG-regeling. Deze krijgen van de visitatiesecretaris een korte vragenlijst toegestuurd.
± 8 weken voor visitatie	Het CSG ontvangt van de visitatiesecretaris vragen van de visitatieteamleden n.a.v. de zelfevaluatie. Visitatiesecretaris stuurt concept dagprogramma naar CSG.
Uiterlijk 3 weken voor visitatie	CSG levert het actieplan in bij de visitatiesecretaris met aanvullend antwoord op de door het visitatieteam gestelde vragen.
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 (telefonisch/online) voorbereidend overleg

¹⁰ Het visitatiepakket omvat de volgende stukken: het visitatiereglement GGD-centra seksuele hulpverlening, het conceptdagprogramma visitatie, format actieplan, links naar elektronische vragenlijsten, de lijst met in te sturen stukken: jaarplan verslag klanttevredenheidsonderzoek, etc., en de lijst met gereed te houden stukken tijdens de visitatie.

	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	Conceptverslag opgesteld door visitatiesecretaris ter goedkeuring aan visitatieteam.
Uiterlijk 3 weken na visitatie	Concept visitatierapport door visitatiesecretaris verstuurd aan het gevisiteerde CSG.
Binnen 2 weken na ontvangst concept rapportage	Uiterlijke reactie CSG op concept visitatie rapport in bezit van het visitatieteam inclusief voorgenomen aanpassingen in het actieplan 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 de voorzitter PVC met het definitieve visitatie rapport evenals de directeur en, indien van toepassing, de regio-coördinator waaronder het gevisiteerde CSG ressorteert. Ook toezending van het definitieve rapport aan de leden van visitatieteam.
z.s.m. na visitatie	PVC-secretaris stuurt het gevisiteerde CSG en leden van het visitatieteam per e-mail de link naar het online formulier ter evaluatie van de visitatie.
z.s.m. na visitatie	Uitkomsten van de evaluatie door het CSG worden met de gevisiteerde CSG, leden van het visitatieteam en de secretaris van de PVC gedeeld.

Bijlage 3

Lijst te overleggen stukken

(16-12 wek3-4 maanden en voor visitatiedatum al of niet elektronisch aan visitatiesecretaris)

- Ingevulde zelfevaluatie, ingevuld in samenspraak met alle werknemers werkzaam binnen het CSG op de GGD.
- Kernegevens van het CSG (ingevuld volgens online format)

(3 weken voor visitatiedatum elektronisch aan visitatiesecretaris)

- Actieplan
- 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 ASG en PrEP-zorg)
- Format met betrekking tot bekwaamheidsverklaringen (verpleegkundigen/DA's)

Ter inzage tijdens visitatie:

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