

Les(s) & More

Werkblad beschrijving interventie

Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam	Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden (VGGM) Afdeling Jeugdgezondheidszorg en Maatschappelijke Zorg Projectleider: Maeva Bonjour
Adres	Postbus 5364
Postcode	6802 EJ
Plaats	Arnhem
E-mail	info@vggm.nl
Telefoon	088-355 60 00
Website	www.vggm.nl

Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in, wanneer deze afwijkt van de ontwikkelaar of licentiehouder

Naam
Adres
Postcode
Plaats
E-mail
Telefoon
Fax

Referentie in verband met publicatie

Naam auteur: Maeva Bonjour, VGGM

Naam Coauteur : Lisette van Straaten, ROC Rijn IJssel

Titel interventie: Les(s) & More

Databank: Loket Gezond Leven, RIVM

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende organisaties



Inhoud

Colofon	2
Samenvatting.....	4
Uitgebreide beschrijving	6
1. Probleemomschrijving	6
2. Beschrijving interventie	7
2. Onderbouwing	19
4. Uitvoering	27
5. Onderzoek naar praktijkervaringen	32
6. Onderzoek naar de effectiviteit.....	34
7. Aangehaalde literatuur	35
Bijlage 1. Specifieke doelstellingen per subdoel	39

Samenvatting

Doelgroep

Jongeren van 16 tot 25 jaar die cursist zijn op het MBO niveau 1&2.

Doel

Het bewustzijn en de motivatie tot adoptie of behoud van een gezonde(re) leefstijl van de jongeren op het MBO niveau 1&2 zijn vergroot en die jongeren met een hulpvraag op gebied van hun gezondheid en leefstijl hebben een weg naar hulpverlening gevonden.

Aanpak

Het programma Les(s) & More bestaat uit drie opeenvolgende onderdelen:

1. Een lessenserie over relaties en seksualiteit, gezondheid en genotmiddelen, die door docenten van het ROC wordt gegeven in het kader van de kwalificatie-eisen Loopbaan en Burgerschap. De GGD biedt een docententraining aan in de lessenserie. Werkvormen uit de lessenserie zijn ontleend uit bestaande voorlichtingsmaterialen van Rutgers WPF en Soa Aids Nederland.

2. Een triage op basis van zelfgerapporteerde zorgvraag door middel van een gezondheidsvragenlijst. Deze vragenlijst wordt klassikaal afgenomen en volgens de richtlijnen van medisch beroepsgeheim verwerkt door de GGD. In deze vragenlijst wordt de gezondheidstoestand van de leerlingen bevraagd t.a.v. algemeen welzijn, psychologisch welzijn, slapen, voeding, roken, alcohol- en drugsgebruik, en seksualiteit. Per thema kunnen leerlingen aangeven dat ze hierover met een verpleegkundige in gesprek zouden willen (zelfgerapporteerde zorgvraag).

3. Een gecombineerd JGZ/SENSE/SOA spreekuur op de onderwijsinstelling. Leerlingen met zelfgerapporteerde zorgvraag worden uitgenodigd voor dit gecombineerde spreekuur en krijgen ondersteuning bij hun gezondheidsvragen en worden zo nodig doorverwezen naar andere zorg- of hulpverleningsprofessionals of -instanties.

Materiaal

Handleiding met een bijbehorende website waarop gerelateerde documenten te downloaden zijn.

Onderbouwing

Bij de onderbouwing van de interventie Les(s) & More is gebruik gemaakt van het *Integrated change model* (I-change model) (de Vries, 2008). Er zijn drie fasen te onderscheiden in het I-change model:

Bewustwording (signalen, kennis, risicoperceptie)

Motivatie (attitude, sociale steun, eigen-effectiviteitsverwachting)

Actie (eigen-effectiviteitsverwachting, actieplannen, vaardigheden, barrières)

Hoewel het gedrag een belangrijke laatste stap is in het model, is het niet te verwachten dat een korte interventie met slechts enkele contactmomenten met de jongeren zoals Les(s) & More gedragsverandering kan bewerkstelligen. De bedoeling van de interventie is dat het hiertoe een aanzet geeft, door in te spelen op aantal determinanten namelijk: kennis, attitude, risicoperceptie, eigen-effectiviteitsverwachting en actieplannen, en direct een laagdrempelige eerste stap aan te bieden richting hulpverlening.

Onderzoek

Uit het onderzoek van het project Les(s) & More op ROC Rijn IJssel tijdens schooljaar 2011-2012¹, kwamen de onderstaande resultaten naar voren.

Resultaten uit de procesevaluatie:

- Leerlingen, docenten en GGD medewerkers waren erg positief over de interventie.
- Lessenserie zorgde voor significante kennistoename. Score op kennistoets toegenomen van 6.9 naar 8.1.
- 51% van de leerlingen geeft in de vragenlijst aan behoefte te hebben aan een gesprek met de GGD, het merendeel met betrekking tot meer dan één gezondheidsthema. De grootste zorgbehoefte was het doen van een SOA test (39%) en ondersteuning bij hun psychische gezondheid (24%).
- 33% van de leerlingen heeft daadwerkelijk van het spreekuur gebruik gemaakt. Dit is 80% van de leerlingen die op de vragenlijst hadden aangegeven op gesprek te willen².
- 94% van de leerlingen die gebruik hebben gemaakt van het spreekuur, zou bij een volgend probleem weer naar het spreekuur komen en ook 94% zou het spreekuur bij een vriend(in) aanraden.

Uit de effectmeting van de interventie 'Les(s) & More' kwamen geringe significante effecten naar voren³. Op de volgende punten werd wel een trend of effect gevonden:

- Het volgen van de lessenserie alleen, lijkt onvoldoende om verandering in gedrag te bewerkstelligen.
- De complete interventie 'Les(s) & More' beschermt leerlingen mogelijk tegen een toename van risicovol seksueel gedrag.
- De zorgbehoefte van de leerlingen is na de interventie 'Les(s) & More' significant gereduceerd (OR = 0.44, $p < .05$), vergeleken met de groep die de interventie niet ontvangen heeft.
- De leerlingen die het spreekuur bezochten rapporteerden voor de interventie een slechtere psychische gezondheid dan de leerlingen die geen behoefte hadden aan een spreekuur. Na het spreekuur zijn de verschillen in psychische gezondheid tussen deze twee groepen weggevallen.
- Het aantal zorgbehoeften onder de leerlingen die naar het spreekuur gaan blijkt significant te verminderen, zowel op lange als op korte termijn.

¹ Goenee, publicatie in voorbereiding: De interventie Les(s) & More: Een JGZ aanbod voor MBO leerlingen.

² Een afwezigheid/uitval van 10-20% is inherent aan de doelgroep: leerlingen op MBO niveau 1&2 vertonen een hoge mate van (ziekte)verzuim, verloop en vroegtijdig schooluitval. In schooljaar 2012-2013 heeft 41% gebruikt gemaakt van het spreekuur. Het percentage leerlingen met een zorgvraag bleef gelijk op 51%, maar de no-show daalde.

³ De zeer hoge drop-out gedurende dit onderzoek speelt mogelijk een rol bij de geringe significante effecten die uit het onderzoek naar voren komen.

Uitgebreide beschrijving

1. Probleemomschrijving

Probleem

De gezondheid en leefstijl van jongeren in het MBO (Middelbaar Beroeps Onderwijs) en van allochtone herkomst is zorgelijk. Laag opgeleide en allochtone jongeren zijn een hoogrisicogroep wat betreft psychische gezondheid, middelengebruik en seksueel (risico) gedrag (De Graaf et al., 2005; De Graaf et al., 2012; Rijpstra & Bernaards, 2011; Rijpstra, Bernaards, Engbers & Jongert, 2009; Schrijvers & Schuit, 2010). In 2011 lag het landelijke percentage van depressieve klachten onder jongeren tussen de 16-20 op 13% (CBS, 2013). Leerlingen met een laag opleidingsniveau (vmo-b) blijken meer psychische problemen te hebben dan leerlingen uit het vwo (Schrijvers & Schoemaker, 2008). Laagopgeleide jongeren kennen daarnaast vaak een ongezonde leefstijl met betrekking tot het gebruiken van tabak, alcohol en drugs (Schrijvers & Schuit, 2010; Rijpstra & Bernaards, 2011; Rijpstra, Bernaards, Engbers & Jongert, 2009). In het TNO onderzoek 'De leefstijl van MBO studenten in Nederland 2009/2010' geeft 10% van de ondervraagden aan wel eens drugs en alcohol tegelijk te hebben gebruikt. Doordat laag opgeleide jongeren relatief vroeger starten met seksuele ervaringen en weinig kennis hebben van voorplanting en anticonceptie, beschermen laag opgeleide jongeren zich minder goed tegen SOA en zwangerschappen (De Graaf et al., 2012; Kaestle et al. 2005). In 'Seks onder je 25ste' gaf 26% van de meisjes en 21% van de jongens aan dat nooit een condoom werd gebruikt met de laatste partner. Het landelijke vindpercentage van SOA onder jongeren is 15% (RIVM, 2013) en 2,3% van de jongens en 1,7% van de meisjes heeft afgelopen jaar te maken gehad met een (ongepande) zwangerschap (De Graaf et al., 2012). De kans op een abortus is 8 keer zo groot voor een laagopgeleid meisje in vergelijking tot een hoogopgeleid meisje. Ook ligt het percentage jongeren dat te maken heeft gehad met seksuele dwang bij deze groep significant hoger (De Graaf et al., 2005).

De laagst opgeleide jongeren van het middelbaar beroepsonderwijs (MBO), namelijk niveau 1&2, waaronder relatief veel jongeren met een niet-westerse achtergrond, ontbreken vaak als respondenten bij landelijke onderzoeken. Echter is logischerwijs te verwachten dat de hierboven genoemde risicogedragingen evenveel - zo niet meer - bij deze subgroep van laagst opgeleide jongeren voorkomen. De resultaten van twee onderzoeken uitgevoerd in het kader van de interventie Les(s) & More onder jongeren op een onderwijsinstelling van het MBO niveau 1&2, bevestigen dat de cijfers voor deze groep op veel thema's ernstiger zijn dan voor de algemene MBO groep (Goenee, 2011; Goenee, in publicatie).

Uit de twee onderzoeken komt naar voren dat een relatief grote groep een ongezonde leefstijl met betrekking tot dagelijks roken (48%) en *binge drinking*⁴ (46%) vertoont. Het drugsgebruik heeft voor een redelijk grote groep geen experimenteel karakter: 67% heeft meer dan 10 keer hasj/wiet gebruikt en 10% heeft vaker dan 10 keer harddrugs gebruikt. Bovendien geeft 31% van de leerlingen aan wel eens drugs en alcohol tegelijk te hebben gebruikt. Hetzelfde onderzoek toont aan dat op basis van de CES-D score, bij drie op de tien leerlingen van MBO niveau 1&2 mogelijk een depressie speelt. Wat betreft seksueel risico hebben leerlingen uit deze studie meer ervaring met geslachts-gemeenschap (78%) dan de algemene populatie in hun leeftijdsgroep. Bovendien lieten de leerlingen een slecht beschermingsgedrag zien. Zo rapporteerde 53% geen condoom te gebruiken bij geslachtsgemeenschap en gebruikt een derde van de seksueel actieve meisjes geen enkele vorm van anticonceptie. 13-15% van de jongens en 18-23% van de meisjes heeft ervaring met een onbedoelde zwangerschap. Het vindpercentage seksueel overdraagbare aandoeningen lag op 18%. Verder blijkt seksuele grensoverschrijding veelvuldig voor te komen. Zo geeft 62% van de meisjes en 52% van de jongens minstens één ongewilde ervaring aan. De jongeren uit de onderzoeken op MBO niveau 1&2 rapporteren hierbij ook relatief vaak (22%) geslachtsgemeenschap tegen de wil.

Binnen deze risicogroep is het gedrag en de zorgbehoeftes op verschillende thema's vaak aan elkaar gerelateerd. Voor zowel jongens als meisjes is er een samenhang gevonden tussen middelengebruik en onveilig seksueel gedrag. Bij meisjes hangt psychische gezondheid nagenoeg samen met alle gezondheidsthema's (Goenee, 2011; Goenee, in publicatie).

⁴ Meer dan 4 glazen alcohol per keer

Spreiding van het probleem

Om vast te kunnen stellen of de resultaten van de twee onderzoeken uit regio Arnhem landelijk generaliseerbaar zijn, is replicatie op andere MBO niveau 1&2 instellingen in Nederland nodig. Echter tonen landelijke onderzoeken aan dat laag opgeleide en allochtone jongeren in Nederland in het algemeen meer risicogedrag en ongezonde leefstijl vertonen (De Graaf et al., 2005; De Graaf et al., 2012; Rijpstra & Bernaards, 2011; Rijpstra, Bernaards, Engbers & Jongert, 2009; Schrijvers & Schuit, 2010). Verwacht wordt daarom dat de jonge cursisten van de meeste MBO instellingen van niveau 1&2 een vergelijkbare levensstijl vertonen als de jongeren uit het onderzoek uitgevoerd op deze MBO niveau 1&2 in regio Arnhem, en de multiproblematiek en relatief hoge zorgbehoefte op de meeste MBO instellingen niveau 1&2 zullen voorkomen.

Gevolgen van het probleem

Depressieve klachten zijn gerelateerd aan verslechterde schoolprestaties, schoolverzuim, sociaal disfunctioneren, middelengebruik en suicidaliteit (Sytema et al., 2005). Roken is gerelateerd aan vroegtijdige sterfte en vele chronische aandoeningen waaronder hart- en vaatziekten (Tverdal et al., 1993; Qiao et al., 2000). Het vroeg beginnen met alcohol en een regelmatig zwaar gebruik wordt in verband gebracht met verminderde hersenontwikkeling (Hagemann, 2010), internaliserende problemen (zoals angst en depressie), externaliserende problemen (zoals agressie en delinquentie), verminderde concentratie en verslechterde schoolprestaties (Verdurmen et al., 2006), schooluitval (Ter Bogt et al., 2009), verkeersincidenten (SWOV, 2006), een vergrootte kans op seksueel risicogedrag (Corte & Sommers, 2005; Cooper, 2002) en agressie (Lemmers & Cuijpers, 2005). Het gebruiken van drugs kan leiden tot verminderd reactie- en concentratievermogen en het korte termijn geheugen, waardoor school- en werkprestaties nadelig worden beïnvloed (Monshouwer et al., 2006; Ter Bogt et al., 2009). Frequentie gebruikers hebben zelfs kans op psychosen (Henquet et al., 2005). Hoe jonger jongeren beginnen met drinken, hoe meer kans ze hebben om verslaafd te raken (Hingson & Zha, 2009).

De gevolgen van onveilig vrijen zijn een verhoogde kans op abortus, ongeplande (tiener)zwangerschap en chronische lichamelijke klachten en onvruchtbaarheid als gevolg van een soa of hiv. Een (ong geplande) zwangerschap op jonge leeftijd brengt gezondheidsrisico's voor moeder en kind met zich mee en kan de maatschappelijke participatie van vrouwen sterk belemmeren wat tot langdurige sociale achterstand bij moeder en kind kan leiden (Hobcraft & Kiernan, 2001). Seksuele dwang kan traumatiserend zijn en kan onder andere leiden tot angst- en stemmingsstoornissen, chronische posttraumatische stressklachten, en zowel tot internaliserende als externaliserende gedragsproblematiek. Daarnaast kunnen seksuele trauma's leiden tot seksuele problemen zoals een verminderd verlangen en orgasmestoomis (van Berlo et al., 2004).

2. Beschrijving interventie

2.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Deze interventie richt zich specifiek op jongeren (16-24 jaar) die cursist zijn op het MBO niveau 1&2 (Niveau 1&2 wordt vanaf januari 2014 entreeopleiding genoemd). Het percentage niet-westerse jongeren is op dit onderwijsniveau zeer hoog. Grootste groepen jongeren zijn afkomstig uit de Nederlandse Antillen, Suriname, Turkije, Marokko. Maar ook nieuwe Nederlanders uit andere niet-westerse landen zijn relatief veel vertegenwoordigd op deze onderwijsniveaus (Jager, Rolofs & Eimers, 2011). De geletterdheid (lezen, schrijven, verbaal) en het conceptuele en analytische denkvermogen onder deze leerlingen is van zeer laag niveau. De aandachtspanne is over het algemeen relatief kort en de leermethodes heel praktijkgericht (Lesterhuis, 2010).

Intermediaire doelgroep

Uitvoerders van deze interventie zijn vanuit de GGD de artsen, verpleegkundigen en evt. gezondheidsbevorderaars van de afdelingen Jeugdgezondheidszorg en de afdeling verantwoordelijk voor seksuele gezondheid, over het algemeen de afdeling Algemene Gezondheidszorg.

Wat betreft het onderdeel lessenserie, en het signaleren van zorgbehoefte, adequaat doorverwijzen en leveren van begeleiding en nazorg, richt deze interventie zich ook op docenten en medewerkers van MBO onderwijsinstellingen niveau 1&2 als intermediaire doelgroep.

Selectie van doelgroepen

In principe zijn alle MBO onderwijsinstellingen niveau 1&2 waar aan overwegend aan jongeren t/m 24 jaar wordt lesgegeven geschikt voor deze interventie.

Triage van de jongeren voor het spreekuur vindt plaats n.a.v. de vragenlijst en daarin geuite zorgbehoefte.

Contra-indicaties spreekuur:

Leerlingen ouder dan 24 jaar. Zij zijn geen wettelijke doelgroep voor het Sense spreekuur of voor JGZ. Tot op heden hebben wij de leerlingen boven de 24 jaar op reguliere wijze laten deelnemen aan Les(s) & More, en diegene met een zorgbehoefte toch uitgenodigd op het spreekuur. Daar gaan we vanaf schooljaar 2013-2014 mee stoppen, om financiële redenen.

Alleen indien leerlingen ouder dan 24 jaar tot de landelijk vastgestelde risicogroepen voor het soa spreekuur van de GGD behoren, kunnen zij een gratis soa consult aangeboden krijgen⁵. Zij zullen wel deelnemen aan de lessenserie. Echter zullen zij niet de reguliere vragenlijst krijgen, maar slechts een soa-triageringsvragenlijst. Diegene die aan de indicatiecriteria voldoen zullen voor het soa spreekuur uitgenodigd worden. Zij krijgen geen Sense of JGZ gerelateerde onderwerpen in hun vragenlijst en worden dus niet op Sense of JGZ consult uitgenodigd. Via een brochure worden zij doorverwezen naar reguliere zorg- en hulpverleningsinstanties, waaronder de huisarts en zorgstructuren op de onderwijsinstelling in het kader van de regeling 'Aanval op de Uitval'.

Verder heeft deze interventie geen specifieke contra-indicaties. Het spreekuur fungeert juist als portal om alle gezondheidsgerelateerde hulpvragen bespreekbaar te maken en indien nodig de doorverwijzing naar de jeugdarts, huisarts of andere instantie te faciliteren. Casuïstiek met multiproblematiek wordt wel altijd met de jeugdarts nabesproken waarbij afspraken worden gemaakt over nazorg.

2.2 Doel

Hoofddoel

Het bewustzijn en de motivatie tot adoptie en/of behoud van een gezonde(re) leefstijl ten opzichte van seksualiteit en genotmiddelengebruik van de jongeren op het MBO niveau 1&2 zijn vergroot en die jongeren met een hulpvraag op gebied van hun gezondheid en leefstijl⁶ hebben een weg naar hulpverlening gevonden.

Subdoelen

Dit hoofddoel wordt bereikt door middel van de volgende subdoelen (zie **bijlage 1** voor de specifieke doelstellingen per subdoel):

1. De kennis over de risico's van onbeschermd seks en het gebruik van genotmiddelen van jongeren in het mbo niveau 1&2 neemt toe.
2. De risicoperceptie en besef dat hun eigen gedrag invloed heeft op hun gezondheid onder jongeren van het mbo niveau 1&2 neemt toe.

⁵ Voor de indicatiecriteria, zie http://www.rivm.nl/Onderwerpen/S/Surveillance_van_soa_en_hiv_in_Nederland.

⁶ Gezondheid en leefstijl met betrekking tot JGZ thema's: algemeen welzijn, psychische gezondheid, voeding, slapen, internetverslaving, genotmiddelengebruik) en de soa/sense thema's seksualiteit en relaties.

3. De attitude van jongeren in het mbo niveau 1&2 ten opzichte van een gezonde(re) leefstijl en het gebruik maken van hulpverlening om dit te bereiken is positiever.
4. De eigen-effectiviteitsverwachting wat betreft gezond(er) gedrag van jongeren in het mbo niveau 1&2 is versterkt: jongeren zien mogelijke concrete stappen richting gezond(er) gedrag en hebben er meer vertrouwen in dat zij deze stappen kunnen zetten.
5. De gezondheidsvaardigheden van jongeren in het mbo niveau 1&2 nemen toe: jongeren weten de weg naar hulpverlening en kunnen hun hulpvraag uiten.
6. De jongeren in het mbo niveau 1&2 die behoefte hebben aan hulp, hebben hiertoe via de GGD een eerste stap gezet.

Deze subdoelen zijn deels voorwaardelijk, wat wil zeggen dat de eerste doelen bereikt moet worden voordat de volgende doelen gerealiseerd kunnen worden. Jongeren moeten eerst kennis opdoen van de gezondheidseffecten van hun leefstijl, en stil staan bij hun attitudes die aan de basis liggen van hun leefstijl. Naar aanleiding van een realistischere risicoperceptie kunnen jongeren zich bewust worden van de invloed die zij via hun gedrag op hun gezondheid kunnen hebben, en er vertrouwen in krijgen dat zij via gedragverandering of -behoud gezondheidswinst kunnen behalen. Pas als deze stappen zijn doorlopen en de jongeren zich bewust zijn van een eventuele zorgbehoefte, zal het gericht aanbieden van hulp effectief zijn, omdat het inspeelt op een directe en concrete hulpvraag vanuit de jongeren zelf.

Daarnaast heeft deze interventie de volgende subdoelen met betrekking tot de intermediaire doelgroep:

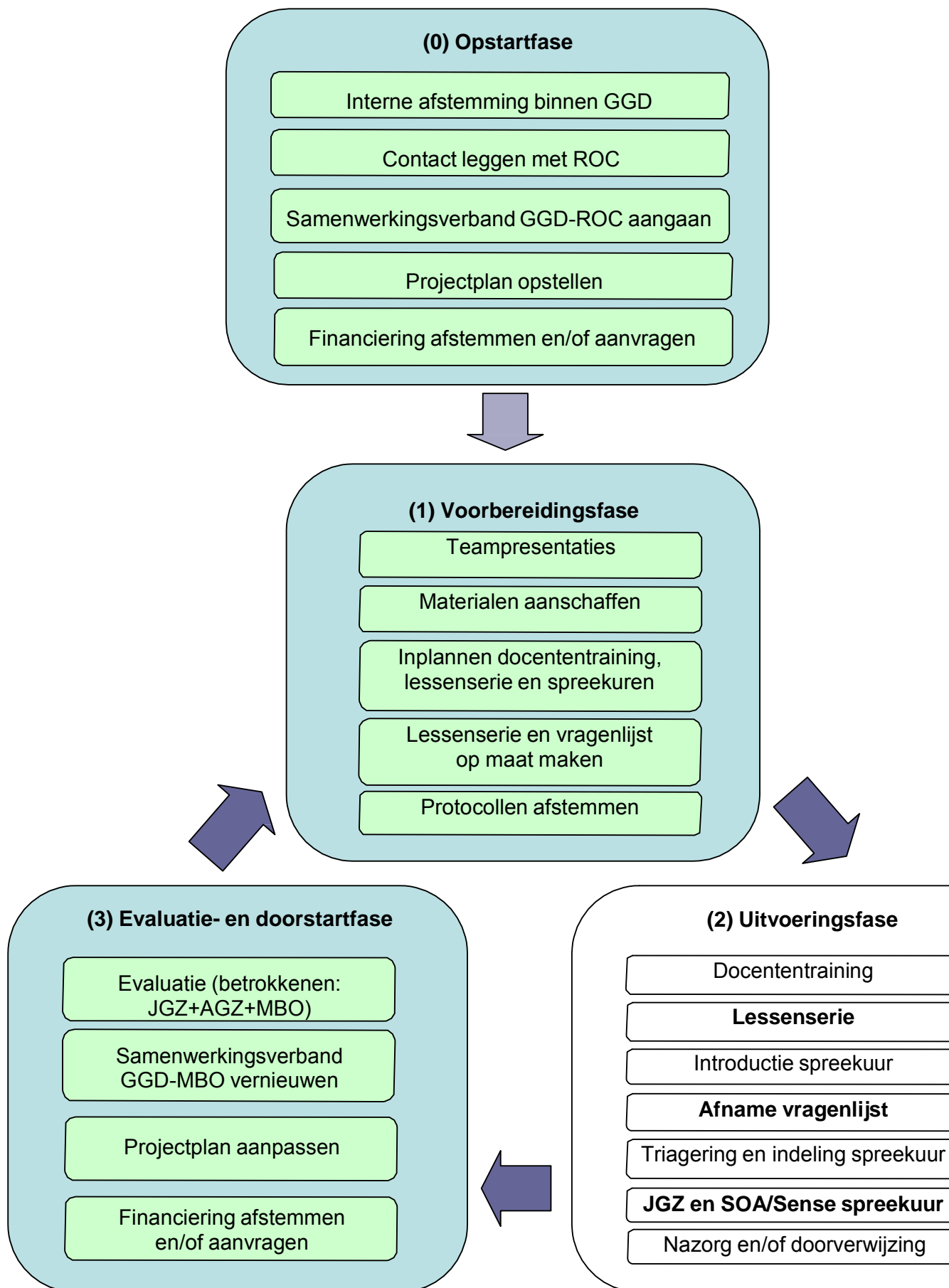
- Docenten MBO niveau 1&2:
 1. De docenten hebben voldoende kennis en vaardigheden om de lessenserie seksualiteit, relaties en genotmiddelen op effectieve wijze uit te voeren.
 2. Docenten zijn bekend met de afstemming met GGD voor de interventie Les(s) & More en de mogelijkheden tot doorverwijzing naar andere hulpverleners van de sociale kaart.
- JGZ/SOA verpleegkundigen van de GGD:
 1. De verpleegkundigen zijn in staat n.a.v. de zorgbehoefte aangegeven in de vragenlijst jongeren eerste (preventieve) zorg te verlenen tijdens een GGD spreekuur op de onderwijsinstellingen, en hen zo nodig te begeleiden in de doorverwijzing naar verdere hulpverlening.

2.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Het project is opgedeeld in een initiële opstartfase en een daaropvolgende jaarlijkse cyclus van 3 fasen, zoals weergegeven in figuur 1. Bij elke nieuwe onderwijsinstelling begint de interventie met een opstartfase, waarin GGD en de onderwijsinstelling kennismaken en een eerste samenwerkingsverband aangaan. Als deze opstartfase is doorlopen, zal vervolgens per schooljaar de projectcyclus bestaande uit de voorbereidingsfase, uitvoeringsfase en evaluatie- en doorstartfase worden doorlopen.

Figuur 1. Schematische weergave van de verschillende projectfase van de interventie Les(s) & More.



Hieronder worden de beoogde mijlpalen en gebruikelijke tijdsduur van elke fase besproken. Voor de uitgebreidere werkwijze, zie hoofdstuk 2 en 3.2 uit de handleiding bij deze interventie.

(0) Opstartfase

Beoogde mijlpalen:

- Draagvlak en akkoord voor gezamenlijke interventie bij directie GGD en directie ROC is bewerkstelligd.
- Duidelijke gezamenlijke doelen voor de interventie aansluitend op de verschillende beleidskaders zijn opgesteld.
- Duidelijke kaders voor samenwerking tussen JGZ, AGZ en ROC zijn opgesteld.
- Projectplan met heldere afspraken over wederzijdse verwachtingen, projectstructuur met taakverdeling, planning, budget zijn geformuleerd.
- Sluitend financieringsplan is beschikbaar.

Gebruikelijke tijdsduur: Tussen drie maanden en een jaar. Zeer afhankelijk van: (1) al dan niet reeds bestaande samenwerkingsverbanden tussen de betrokken partijen; (2) hoeveel tijd het kost om akkoord en overeenstemming te verkrijgen bij de verschillende betrokken partijen; (3) hoeveel tijd het kost om de financiering rond te krijgen.

(1) Voorbereidingsfase

Beoogde mijlpalen:

- Teams van ROC, JGZ en AGZ geïnformeerd en betrokken medewerkers gemotiveerd om deel te nemen
- Werkafspraken voor wijze van uitvoer JGZ/Sense spreekuur en doorverwijzing geformuleerd⁷.
- Definitieve opzet met evt. specifieke lokale accenten wat betreft de lessenserie en vragenlijst vastgesteld.
- Docenttraining, lessenserie afname vragenlijst en spreekuur ingepland in het lesrooster en het werkrooster van betrokken ROC en GGD medewerkers.
- Benodigde materialen op voorraad.

Gebruikelijke tijdsduur: Eén tot drie maanden.

(2) Uitvoeringsfase

Beoogde mijlpalen:

- Docenten ROC gemotiveerd en in staat de lessenserie uit te voeren
- Lessenserie uitgevoerd
- Vragenlijsten afgenomen
- Spreekuur uitgevoerd
- Nazorg en doorverwijzing waar nodig uitgevoerd

Gebruikelijke tijdsduur: Drie tot zes maanden, afhankelijk van welke opzet en planning wordt gekozen.

(3) Evaluatie- en doorstartfase

Beoogde mijlpalen:

- Evaluatieverslag met aanbevelingen voor komend schooljaar opgesteld
- Projectplan indien nodig aangepast n.a.v. aanbevelingen
- Samenwerkingscontract GGD-ROC indien nodig aangepast en vernieuwd
- Dekkend financieringsplan opgesteld, en indien nodig financiering aangevraagd

Gebruikelijke tijdsduur: Twee maanden

⁷ Aangezien dit JGZ/Sense consulten op MBO (leeftijd 16+) betreft, welke nog niet tot de wettelijke contactmomenten van JGZ behoren, zijn hiervoor nog geen landelijke richtlijnen en vaak ook geen lokale werkafspraken opgesteld.

Locatie en uitvoerders

De interventie vindt plaats op de MBO onderwijsinstelling niveau 1&2. De taakverdeling is op maat, en afhankelijk van de afspraken tussen de GGD en de onderwijsinstellingen:

- De projectleider is een medewerker van de GGD, afdeling JGZ of AGZ.
- Een verpleegkundige of gezondheidsbevorderaar van de GGD verzorgt de docententraining.
- De docenten van de onderwijsinstelling verzorgen de lessenserie.
- De introductie in de klassen van de vragenlijst en het spreekuur wordt gedaan óf door een verpleegkundige/gezondheidsbevorderaar van de GGD, óf n.a.v. een filmpje door een docent of zorgcoördinator van de onderwijsinstelling.
- De afname van de vragenlijst wordt gedaan door een verpleegkundige of gezondheidsbevorderaar van de GGD, en/of door de zorgcoördinator van de onderwijsinstelling.
- De verpleegkundigen van de GGD verwerken de vragenlijsten en sorteren de leerlingen voor het spreekuur (i.v.m. medisch geheim).
- Het indelen en uitnodigen/oproepen van de leerlingen voor het spreekuur wordt gedaan óf door het bedrijfsbureau of verpleegkundige van de GGD, óf door de onderwijsinstelling.
- JGZ-Sense en SOA-Sense verpleegkundigen voeren het spreekuur uit.
- De nazorg gebeurt door het zorg adviesteam en de zorgcoördinator van de onderwijsinstelling en de bij de onderwijsinstelling betrokken JGZ arts, in overleg met de JGZ en/of SOA verpleegkundige(n) die de betreffende leerling gesproken hadden tijdens hun consult.

Zie hoofdstuk 3.1 uit de handleiding bij deze interventie voor de uitgebreidere projectstructuur met o.a. de organogram.

Inhoud van de interventie

'Les(s) & More' bestaat uit drie geïntegreerde onderdelen; 1) een lessenserie, 2) een gezondheidsvragenlijst (t.b.v. selectie van leerlingen voor spreekuur op basis van zelfgerapporteerde zorgvraag) en 3) een gecombineerd JGZ/Sense en SOA/Sense spreekuur op de schoollocatie.

1. Lessenserie

De lessenserie bestaat uit 4 klassikale lessen van 50 minuten, die gegeven worden in het kader van de kwalificatie- eisen Loopbaan en Burgerschap (deze gelden voor alle MBO opleidingen). Indien de docenten die de lessenserie gaan verzorgen nog niet bekend zijn met de lessenserie of soortgelijke lessen, dienen zij voorafgaand aan de start van de lessenserie, te worden getraind in het gebruik van het lespakket en het bespreekbaar maken van de thema's seksualiteit en genotmiddelengebruik.

Hieronder staat de lessenserie zoals ontwikkeld bij deze interventie kort beschreven. Werkvormen die tijdens de voorlichtingen worden gebruikt zijn afgeleid van bestaande lesmaterialen (o.a.: Lang Leve de Liefde, Let's Talk en Girls' Choice). Zie handleiding hoofdstuk 2.1 voor een uitgebreidere beschrijving van de lessenserie en de docententraining.

Les 1. Relaties, seksualiteit en je lichaam

Doelen

<i>Kennis:</i>	<i>Houding:</i>	<i>Vaardigheden:</i>
- Jongeren kunnen beargumenteren dat gevoelens en meningen over relaties en seksualiteit voor iedereen verschillen en dat het geslacht, culturele of religieuze achtergrond en seksuele voorkeur hierbij een belangrijke rol spelen. - Jongeren kunnen verschillen	- Jongeren onderkennen dat elk individu relaties en seksualiteit op een eigen manier kan beleven en opvatten en onderkennen daarin het belang van gelijkwaardigheid en respect voor elkaar.	- Jongeren kunnen ideeën en meningen vormen over relaties en seksualiteit en deze ook onderling met elkaar uitwisselen.

tussen (het lichaam) van man en vrouw benoemen.		
---	--	--

Werkvormen

- 1.1 Regels afspreken met elkaar (15 min)
- 1.2 Woorden en stellingen over relaties en seksualiteit (20 min)
- 1.3 Waar/niet waar spel over je lichaam (15 min)

Les 2. Gezonde seks: SOA, anticonceptie, zwanger en dan?

Doelen

<i>Kennis:</i>	<i>Houding:</i>	<i>Vaardigheden:</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Jongeren kennen de belangrijkste soa, weten hoe zij een SOA kunnen oplopen en voorkomen - Jongeren kennen de meest voorkomende anticonceptiemiddelen en hoe zij een (ongewenste) zwangerschap kunnen voorkomen. - Jongeren weten waarvoor ze terecht kunnen met vragen over soa en anticonceptie en kennen de website www.sense.info. 	<ul style="list-style-type: none"> - Jongeren kunnen positieve argumenten aanvoeren om een condoom te gebruiken - Jongeren kunnen aangeven dat zowel een jongen als meisje verantwoordelijk is voor het hebben van veilige seks - Jongeren onderkennen de consequenties van een zwangerschap op een jonge leeftijd 	<ul style="list-style-type: none"> - Jongeren kunnen argumenten noemen om een partner te overtuigen van veilig vrijen - Jongeren zijn in staat om informatie op te zoeken op de site van Sense.info

Werkvormen

- 2.1 SOA Krasloten spel (15 min)
- 2.2 Stoplichtenspel (20 min)
- 2.3 Condoomdemonstratie (15 min)

Les 3. Seks, grenzen, media & internet

Doelen

<i>Kennis:</i>	<i>Houding:</i>	<i>Vaardigheden:</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Jongeren kunnen aangeven wat de invloed is van media, internet en groepsdruk. - Jongeren kunnen aangeven hoe zij zich kunnen verweren tegen seksueel grensoverschrijdend gedrag (via internet). 	<ul style="list-style-type: none"> - Jongeren zijn zich bewust van de risico's bij confrontaties met seksueel getinte berichten via bijvoorbeeld de media en internet. 	<ul style="list-style-type: none"> - Jongeren kunnen onderling het gesprek aangaan over grenzen, wensen, groepsdruk en de risico's van seksueel getinte media en internet.

Werkvormen

- 3.1 Stellingen over seks, grenzen, media & internet (15 min)
- 3.2 Filmpje over seks & internet + discussie (20 min)
- 3.3 Waar/niet waar spel seks, grenzen, media & internet (15 min)

Les 4. Genotmiddelen en seksualiteit

Doelen

<i>Kennis:</i>	<i>Houding:</i>	<i>Vaardigheden:</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Jongeren hebben kennis over de invloed van alcohol en cannabisgebruik op hun gezondheid - Jongeren hebben kennis over de 	<ul style="list-style-type: none"> - Jongeren zijn zich bewust van de veranderende houding in combinatie met middelengebruik. 	<ul style="list-style-type: none"> - Jongeren kunnen ideeën en meningen vormen over genotmiddelen en seksualiteit en deze ook onderling met elkaar uitwisselen.

vergrote risico's van alcohol en cannabisgebruik in combinatie met het thema seksualiteit.		
--	--	--

Werkvormen

4.1 Waar/niet waar spel over genotmiddelen en seks (15 min)

4.2 Stellingen over genotmiddelen en seks (20 min)

4.3 Filmpje over drugs of alcohol + discussie (15 min)

N.B. Er bestaan ook andere lessenseries die de bovenstaande doelen nastreven. Bijvoorbeeld *Lang Leve de Liefde voor het middelbaar beroepsonderwijs* van GGD Rotterdam-Rijnmond, SOA AIDS Nederland en Rutgers WPF⁸. Ook is er een lessenserie over genotmiddelen opgenomen als Goed onderbouwd in de database: *De gezonde school en genotmiddelen voor het middelbaar beroepsonderwijs* van Trimbos⁹. In principe kunnen (onderdelen) van deze interventies of andere bestaande lesopzetten ook worden gebruikt voor de lessen van deze interventie, zolang deze onderdelen ook de bovenstaande doelstellingen behalen en bruikbaar zijn bij de doelgroep van jongeren van MBO niveau 1&2. Het is voor deze doelgroep van belang dat de gebruikte werkvormen via actief leren concreet ingaan op voor deze doelgroep realistische (risico)situaties. Indien niet de hele bovengenoemde interventie wordt uitgevoerd, maar slechts onderdelen, moet men er echter wel rekening mee houden dat deze onderdelen van de lespakketten als losse onderdelen niet beoordeeld en onderzocht zijn op effectiviteit. Een eventuele nieuwe samenstelling van een lespakket vanuit deze losse onderdelen zal te zijner tijd verder moeten worden onderzocht op effectiviteit wat betreft het behalen van de doelen zoals hierboven gesteld bij de doelgroep MBO niveau 1&2.

De docentent training

Indien de docenten die de lessenserie gaan verzorgen nog niet bekend zijn met de thema's seksualiteit en middelengebruik, dienen zij hier voorafgaand aan de start van de lessenserie, te worden getraind in het gebruik van het lespakket en het bespreekbaar maken van de thema's. Indien de docenten al ervaring hebben met soortgelijke lessen over deze thema's en over de competenties beschikken om deze thema's bespreekbaar te maken, wordt een verkorte versie van de docentent training gegeven. In overleg met de docententeams worden in dat geval onderdelen uit de training ingekort of geschrapt. Doel van de verkorte versie is vooral dat alle docenten bekend zijn met de opzet van de interventie Les(s) & More in het algemeen, en de lessenserie in het bijzonder.

Deze docentent training duurt 4 uur¹⁰ en wordt verzorgd door één of twee medewerkers van de GGD¹¹, bijvoorbeeld een gezondheidsbevorderaar en/of een SOA verpleegkundige met trainingservaring.

De inhoud en opzet van de docentent training wordt hieronder kort toegelicht.

Doelstelling:

- Docenten van het ROC zijn gemotiveerd en gestimuleerd voor het geven van een lessenserie seksualiteit en middelengebruik in het kader van de kwalificatie-eisen Loopbaan en Burgerschap.
- Docenten van het ROC hebben kennis van de inhoud van de lessenserie seksualiteit en middelengebruik.
- Docenten van het ROC zijn bekend met werkvormen en aandachtspunten om seksualiteit en middelengebruik in een open en veilige sfeer te bespreken in de klas.
- Docenten van het ROC hebben met enkele werkvormen kunnen oefenen.
- Docenten van het ROC zijn bekend met de opzet van de interventie Les(s) & More, de afstemming met GGD en de mogelijkheden tot doorverwijzing naar hulpverleners van de sociale kaart.

Opzet docentent training:

Programma- onderdeel	Doel
Kennismaking	Kennismaking met elkaar.
Bespreken aanleiding en opzet	Docenten zijn op de hoogte van aanleiding/ achtergrond, doelen globale

⁸ Zie www.langlevedeliefde.nl

⁹ Zie www.trimbos.nl/onderwerpen/preventie/de-gezonde-school-en-genotmiddelen en www.loketgezondleven.nl/i-database/interventies/d/13955/

¹⁰ Voor de docentent training is een balans gezocht tussen de minimaal benodigde tijd om de kennis en vaardigheden over te brengen enerzijds, en de tijdsdruk die het lastig maakt voor docenten om veel tijd vrij te maken voor dit soort trainingen anderzijds. Mocht er meer tijd beschikbaar zijn, dan zou ook 2x 3uur kunnen worden ingepland en meer praktijkoefeningen worden gedaan.

¹¹ Indien er meer dan 10 docenten getraind worden, dient het sowieso de voorkeur om met twee personen de training te verzorgen, zodat de praktische onderdelen in kleinere groepjes gedaan kunnen worden. Eventueel kan de training ook verzorgd worden in samenwerking met een medewerker van een instelling betrokken bij preventie middelengebruik.

interventie	opzet van deze interventie.
Bespreken doel van deze training	Docenten hebben nagedacht over het doel wat ze zelf met deze training willen behalen.
Uitleg opzet lessenserie	Docenten hebben een globaal beeld van: - de inhoud en opzet van de lessenserie - opbouw handleiding en bijbehorende materialen - goede antwoorden bij de gebruikte stellingen.
Oefening eigen houding en lastige vragen	Docenten zijn zich bewust van eigen houding t.a.v. seksualiteit en de verschillen door ervaring, normen, waarden en opvoeding, en hoe te reageren op lastige vragen
Aandachtspunten voor in de klas en omgaan met lastige situaties	Docenten zijn op de hoogte van regels en afspraken die je kunt maken om een veilige sfeer in de klas te creëren en te behouden
Oefening krasloten	Docenten kennen de werkvorm met krasloten om gezonde seks in de klas te bespreken
Oefening condoomgebruik	Docenten kunnen instructies geven hoe een condoom te gebruiken en kennen de te nemen stappen
Doorverwijzen	Docenten zijn bekend met de sociale kaart en weten waar ze leerlingen naar toe kunnen doorverwijzen
Afronding en evaluatie	Feedback ontvangen van de docenten over de gegeven training

2. De vragenlijst

De leerlingen vullen aan het eind van de lessenserie de gezondheidsvragenlijst in. In deze vragenlijst worden 29 vragen gesteld over ervaren gezondheid en leefstijl, met betrekking tot algemeen welzijn en zelfbeeld, psychologisch welzijn, slapen, voeding, internetgebruik, roken, alcohol- en drugsgebruik, en seksualiteit. Leerlingen kunnen op de vragenlijst aangeven of zij op een bepaald thema met een verpleegkundige van de GGD zouden willen praten. Deze vragenlijst kan digitaal of op papier worden afgenomen. Deze afname gebeurt klassikaal, zodat een zo hoog mogelijke response wordt behaald.

De opzet van deze 5e les waarbij de vragenlijst wordt afgenomen ziet er als volgt uit:

1. Presentatie over vragenlijst en GGD spreekuur bij hen op school (10 min)
2. Uitleg SOA test (10 min)
3. Uitleg Sense spreekuur (5 min)
4. Afname vragenlijst (30 min)
5. Afsluiting (5 min)

Idealiter is bij deze les een verpleegkundige van de GGD aanwezig, die vragen kan beantwoorden en na de les direct de vragenlijsten gaat verwerken, zodat diezelfde dag nog een spreekuur kan worden aangeboden. Het inzien en verwerken van de vragenlijsten gebeurt i.v.m. medisch geheim alleen door de verpleegkundigen van de GGD.

De vragenlijst is tijdens de pilotstudie ontwikkeld in samenwerking met diverse partijen: de Universiteit van Utrecht, JGZ-artsen, JGZ en Sense verpleegkundigen, gezondheidsbevorderaars, medewerkers van het ROC (zorgcoördinator, docenten, management) en leerlingen van het ROC. De gezondheidsvragenlijst is opgesteld op basis van versimpelingen van vragen uit gevalideerde vragenlijsten vanuit andere onderzoeken¹². Naar aanleiding van evaluaties is de vragenlijst in 2013 nog verder versimpeld om de bruikbaarheid bij de doelgroep van niveau 1&2 verder te vergroten.

De vragenlijst gaat in op de volgende gezondheidsaspecten:

- Psychosociale gezondheid en depressie
- Voeding, slapen en internetgebruik
- Tabak-, alcohol-, en drugsgebruik
- Seksueel risicogedrag en seksualiteit

Voor elk van de bovenstaande onderwerpen krijgt de leerling enkele korte vragen over zijn/haar gezondheid of gedrag en wordt vervolgens de vraag gesteld of hij/zij over dit onderwerp met een verpleegkundige zou willen praten.

3. Het spreekuur

De JGZ/Sense of soa/Sense verpleegkundige nodigt vervolgens leerlingen die een zorgvraag op de vragenlijst hebben geuit uit voor het spreekuur op de onderwijsinstelling. De leerlingen worden aan hun afspraak herinnerd door hun

¹² Korte Indicatieve Vragenlijst Psychosociale Problemen bij Adolescenten (Bos et al., 2004); Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (Bouma, Ranchor, Sanderman & Van Sonderen, 1995); VGGM triage JGZ contactmoment 2^o klas Voortgezet Onderwijs; Elektronische Monitor Volksgezondheid; De leefstijl van MBO studenten in Nederland 2008/2009 (Rijpstra, Benaards, Engebers, & Jongert, 2009); Seks onder je 25ste (De Graaf et al., 2005).

mentor, of eventueel door de zorgcoördinator of verpleegkundige uit de klas geroepen mochten ze hun afspraak alsnog vergeten. Afhankelijk van het onderwerp van de hulpvraag worden de leerlingen opgeroepen voor het JGZ/Sense en/of SOA/Sense spreekuur. Tijdens consulten worden inhoudelijke vragen beantwoord, de leefstijl van de leerling besproken, bekeken welke mogelijkheden de leerling heeft om zijn gezondheid te verbeteren en via gesprekstechnieken zoals motivational interviewing de leerling te motiveren voor gezonder gedrag en/of doorverwijzing naar verdere hulpverlening. Hierbij past de verpleegkundige onder andere simpel taalgebruik toe, vraagt door, herhaalt de uitleg en controleert of deze is begrepen, geeft voorbeelden uit de praktijk, gaat in op concrete situaties en deelt problemen en mogelijke oplossingen in behapbare stappen op.

Tijdens het JGZ/Sense spreekuur kan ondersteuning plaatsvinden op het gebied van algemene (psychische) gezondheid, voeding, slapen, verslavingsproblematiek en vragen/problemen rond relaties en seksualiteit. Zorgbehoefte van andere aard kan desgewenst ook worden besproken.

De vragen uit de vragenlijst en van de leerling zijn leidend voor de opbouw van het gesprek. Over algemeen worden de vragen besproken, wordt besproken welke leefstijlgebieden de leerling mogelijk zou kunnen verbeteren en welke mogelijke opties hiervoor bestaan. Samen met de leerling wordt bekeken welke mogelijkheden voor de leerling realistisch en wenselijk zijn, en de leerling ontvangt concrete tips over mogelijke ondersteuning (informatieve websites, doorverwijzing, etc.). Indien een doorverwijzing gewenst is, wordt besproken hoe de verdere gang van zaken zal zijn. De administratie van het JGZ consult gebeurt via de reguliere registratiesystemen van de betreffende JGZ afdeling. Indien Sense onderwerpen worden besproken dient ook een Digitaal Sense Dossier aangemaakt te worden.

Tijdens het SOA/Sense spreekuur kunnen vragen/problemen rond relaties, seksualiteit en SOA besproken worden en is het ook mogelijk om een SOA test uit te voeren. In principe verloopt een SOA/Sense consult net als reguliere consulten op de SOA/Sense poli van de GGD. Het enige verschil is dat in eerste instantie de vragen uit de vragenlijst wat betreft de thema's seksualiteit en SOA leidend zijn in het gesprek. Verder verloopt een consult met SOA hulpvraag op geleide van het landelijke vastgestelde SOA Elektronisch Patiënt Dossier. Een consult met een Sense hulpvraag verloopt verder op geleide van het vastgestelde Digitaal Sense Dossier. De verpleegkundige registreert de consulten in de bovengenoemde dossiers, net als reguliere consulten op de GGD poli.

Het testen op SOA gebeurt volgens de landelijke richtlijnen voor het testen van personen onder de 25 jaar¹³. De uitslagen worden volgens het reguliere systeem van de SOA/Sense poli van de GGD aan de betreffende cliënt door gestuurd. In het geval van gevonden SOA wordt de cliënt verzocht contact op te nemen met de GGD en wordt vervolgens een tweede afspraak gepland voor de behandeling. Dit tweede consult kan in overleg met de leerling plaatsvinden op de onderwijsinstelling of bij de SOA/Sense poli van de GGD¹⁴.

Doorverwijzen na het spreekuur:

Verwijzing naar andere, externe hulpverlening zoals de huisarts, een psycholoog, verslavingszorg, abortuskliniek, schuldsanering of algemeen maatschappelijk werk vindt op indicatie plaats. Dit gebeurt volgens de reguliere werkafspraken en sociale kaart van de betreffende GGD voor verwijzing vanuit JGZ of SOA-Sense consulten. Hiervoor is het van belang dat de mogelijk benodigde ketenpartners in kaart zijn gebracht en de gegevens van deze ketenpartners direct beschikbaar zijn tijdens de consulten. De verpleegkundige bespreekt de mogelijke opties voor doorverwijzing en overlegt met de leerling welke stappen hij/zij wenst te nemen. Indien gewenst kan ook tijdens het consult al contact worden gelegd met de betreffende ketenpartner om de verwijzing tot stand te brengen. Hierbij wordt de deelnemer intensief geholpen om goed bij de hulpverlening aan te komen: er gaat een verwijsbrief mee om de problematiek te omschrijven, er wordt zo nodig samen een afspraak gemaakt en de verwijzing wordt zo nodig gemonitord.

Indien de verpleegkundige het raadzaam acht dat de leerling begeleiding/nazorg ontvangt vanuit het ROC, kan de verpleegkundige dit uit eigen initiatief voorleggen aan de leerling en bespreken in hoeverre de leerling inderdaad begeleiding door de zorgcoördinator of mentor van het ROC wenselijk acht. In dat geval wordt besproken of, en zo ja, hoe de leerling zelf contact met de zorgcoördinator/mentor op zal nemen. Ook moet de verpleegkundige toestemming vragen om wat besproken is tijdens het consult met de zorgcoördinator of mentor te mogen delen, zodat deze de leerling in het natraject kan begeleiden. Ook hierover moeten eenduidige werkafspraken gemaakt worden, conform de geldende richtlijnen wat betreft privacy en meldingplicht. Begeleiding door medewerkers van het ROC varieert van samen met hen de afspraak maken, tot soms zelfs de leerling tot de deur van de spreekkamer van de hulpverlener begeleiden.

De inhoud van de consulten wordt wekelijks besproken met de JGZ-arts die op de schoollocatie aanwezig is voor de verzuimspreekuren en het ZAT (zorg advies team) overleg in het kader van de regeling 'Aanval op de Uitval'¹⁵. In overleg met de JGZ arts kan een leerling zo nodig worden doorverwezen naar de verzuimspreekuren van de JGZ/Sense arts op

¹³ Zie http://www.rivm.nl/Onderwerpen/Onderwerpen/S/Surveillance_van_soa_en_hiv_in_Nederland

¹⁴ Alleen in geval van chlamydia is behandeling op de onderwijsinstelling mogelijk, voor de andere SOA is de aanwezigheid van een arts achterwacht volgens de landelijke richtlijnen verplicht. Deze behandelconsulten moeten dus plaatsvinden op de GGD poli.

¹⁵ Mocht er geen verzuimspreekuur door een JGZ arts op de onderwijsinstelling plaatsvinden, dan zullen de betrokken partijen duidelijke afspraken moeten maken hoe leerlingen met complexe casuïstiek toch op laagdrempelige wijze doorverwezen kunnen worden.

de onderwijsinstelling of worden besproken in het ZAT. Hierdoor is er ook een beter beeld van de gezondheidsproblematiek van de leerlingen op school.

2.4 Ontwikkelgeschiedenis

Betrokkenheid doelgroep bij ontwikkeling

De lessenserie is in 2009 ontwikkeld in nauwe samenwerking met de docenten van de MBO niveau 1&2 onderwijsinstelling. De leerlingen zijn betrokken bij de evaluatie, en hun opmerkingen zijn meegenomen in de verdere verbetering van de lessenserie.

Voor eerste pilot met de combinatie van de vragenlijst en het spreekuur in 2011, heeft een behoeftepeiling met focusgroepsdiscussies onder leerlingen en medewerkers van de MBO niveau 1&2 onderwijsinstelling plaatsgevonden om te inventariseren of de geplande opzet en inhoud van deze interventie aansloot bij de behoefte en de context van de onderwijsinstelling. Ook zijn de vragen uit de vragenlijst vooraf getest bij de doelgroep en zijn voorgestelde aanvullingen of wijzigingen door de leerlingen meegenomen in de definitieve versie van de vragenlijst.

Zowel bij de eerste pilot in 2011 als de effectmeting in 2012, zijn de leerlingen en betreffende medewerkers betrokken bij de evaluatie. N.a.v. de beoordelingen en suggesties voor verbetering die hieruit naar voren zijn gekomen, zijn de verschillende elementen uit deze interventie aangepast.

Buitenlandse interventie

De interventie is in Nederland ontwikkeld.

2.5 Vergelijkbare interventies

In Nederland uitgevoerd

Voor zover bekend zijn er in Nederland geen andere interventies die deze 3 onderdelen (lessenserie, vragenlijst, spreekuur) integreren wat betreft zowel JGZ en SOA/Sense gerelateerde gezondheidsonderwerpen op onderwijsinstellingen van MBO niveau 1&2.

Overeenkomsten en verschillen

De GGD Rotterdam Rijnmond heeft de interventie ROsafe¹⁶ ontwikkeld voor MBO opleidingen, waarbij een lessenserie wordt gecombineerd met een SOA/Sense spreekuur op de onderwijsinstelling.

Verskil met Les(s) & More is dat:

- deze interventie zich alleen richt op SOA/Sense, en dus geen JGZ gerelateerde onderwerpen omvat.
- de lessenserie enkel gericht is op het bevorderen van testen, anticonceptie en kennis van de geslachtsorganen en minder op de relationele aspecten van seksualiteit. De lessen gaan niet in op genotmiddelengebruik.
- bij het spreekuur geen JGZ onderwerpen (voeding, slapen, psychische gezondheid, middelengebruik) aan bod komen.
- er geen vragenlijst gebruikt wordt om hulpvragen te inventariseren en vervolgens de leerlingen voor consulten op te roepen. De werkwijze van een inloopspreekuur wordt toegepast.

Verder heeft GGD Rotterdam Rijnmond ook recentelijk de interventie Wasstraat - Your Health¹⁷ ontwikkeld. In dit project worden jongeren die instromen op MBO niveau 1&2 onderzocht op problemen op gebieden als inkomen, gezondheid, huisvesting en gezin. Jongeren die dat nodig hebben, worden vervolgens binnen de zorgstructuur in het onderwijs

¹⁶ <http://www.loketgezondleven.nl/i-database/interventies/r/12997/>

¹⁷ <http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/wasstraat-your-health-integraal-preventief-zorgaanbod-aan-de-voorkant-van-het-mbo-voor-stude/samenvatting/>

geholpen en gevolgd. Overeenkomsten zijn dat de leerlingen worden gescreend via een vragenlijst, waarop zij ook kunnen aangeven dat ze graag op gesprek willen, en dat zij vervolgens via een GGD spreekuur de bestaande zorgstructuren ingeleid worden. Deze interventie bevat echter geen lessenserie voorafgaand aan de vragenlijst.

Ook zijn er interventies gericht op middelengebruik die algemene voorlichtingsactiviteiten combineren met coachingstrajecten voor een selectie hoogrisico jongeren (bijv. ROC Aanvalsplan¹⁸ en GRIP¹⁹). Verschil met Les(s) & More is dat deze interventies zich alleen richten op middelengebruik. Les(s) & More richt zich op een breder palet van gezondheidvragen (incl. SOA/Sense, psychische klachten, slapen en voeding). Daarnaast biedt Les(s) & More tijdens de spreekuren naast begeleiding bij gewenste gedragsverandering ook mogelijkheid tot zorg (bijv. soa testen en behandeling).

Overige interventies op MBO bestaan veelal uit of enkel voorlichtingsactiviteiten zoals een lessenserie (zoals bijv. Lang Leve de Liefde²⁰ en Gezonde school en Genotmiddelen²¹) of peer education (zoals bijv. Love & Sens(e)uality²²), of enkel een Sense of JGZ (inloop) spreekuur. Deze interventies zijn bovendien vaak gericht op één specifiek aspect van de leefstijl.

Toegevoegde waarde

De toegevoegde waarde van de interventie Les(s) & More is de combinatie van de drie onderdelen: een lessenserie, een gezondheidsvragenlijst en een GGD spreekuur op locatie. Deze drie elementen sluiten niet alleen op elkaar aan, maar versterken bovendien elkaars resultaten. Voor deze interventie geldt "1+1+1 = meer dan 3", vandaar de titel van deze interventie: Les(s) & More.

Op zichzelf staand zou een lessenserie alleen, of een spreekuur alleen, niet hetzelfde effect sorteren (zie ook Wolfers et al., 2011b). Een lessenserie roept vragen op en zet aan tot nadenken over mogelijke gedragsverandering, maar zonder spreekuur kunnen leerlingen vervolgens nergens terecht, en is de kans groot dat ze geen verdere actie zullen ondernemen. Anderzijds zal een spreekuur op locatie een geringe opkomst krijgen, als niet eerst via een voorlichtingsactiviteit het bewustzijn en de motivatie zijn vergroot en zo de hulpvraag vanuit de jongeren zelf komt. De vragenlijst verbindt bovendien de lessenserie en het spreekuur en versterkt het complementaire effect: de vragenlijst versterkt de risicoperceptie door leerlingen bewust te maken van signalen van risicogedrag binnen hun eigen leefstijl, maar biedt hierbij ook meteen de mogelijkheid tot actie, door een gesprek met een verpleegkundige aan te bieden. (voor meer details over de genoemde concepten bewustzijn, motivatie, risicoperceptie en actie, zie hoofdstuk 3 Onderbouwing)

¹⁸ <http://www.loketgezondleven.nl/i-database/interventies/r/17273/>

¹⁹ <http://www.loketgezondleven.nl/i-database/interventies/g/10453/>

²⁰ <http://www.loketgezondleven.nl/i-database/interventies/l/11857/>

²¹ <http://www.loketgezondleven.nl/i-database/interventies/d/13955/>

²² <http://www.loketgezondleven.nl/i-database/interventies/p/17457/>

2. Onderbouwing

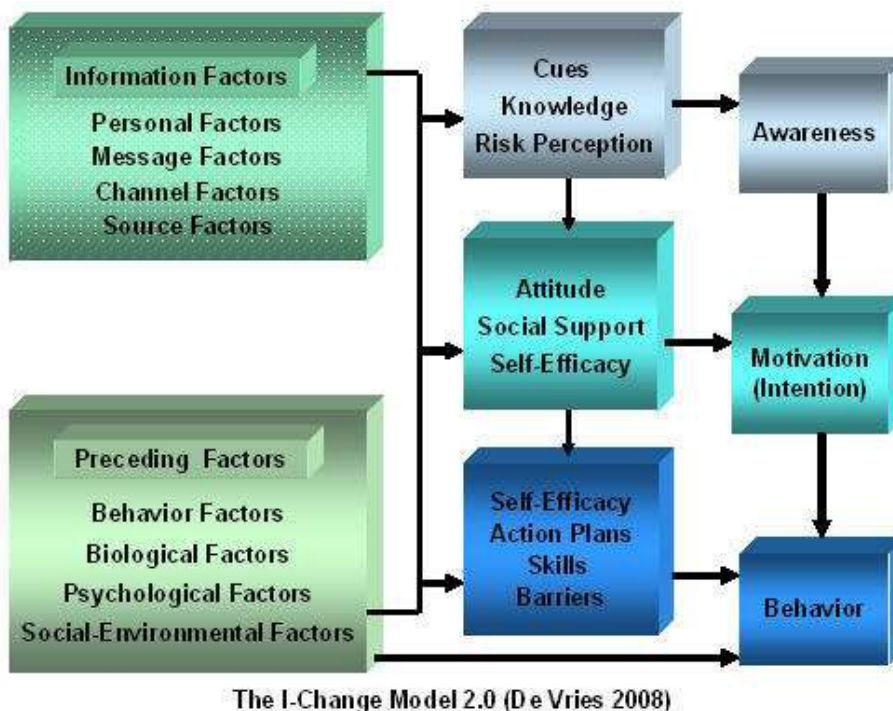
Oorzaken van het probleem

Bij de onderbouwing van de interventie Les(s) & More is gebruik gemaakt van het *Integrated change model* (I-change model) (de Vries, 2008).

Het I-change model

Het I-change model (figuur 2) is een model om gedrag en gedragsverandering te verklaren. Het is een combinatie van het attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit (ASE)-model (De Vries, Dijkstra & Kuhlman, 1988), het Trans-theoretische model (Prochaska, 1997), het Health Belief model (Janz en Becker, 1984) en theorieën over goal setting (Gollwitzer, 1999).

Figuur 2: Schematische weergave van het I-change model.



Er zijn drie fasen te onderscheiden in het I-change model:

- Bewustwording
- Motivatie
- Actie

Dit model is ook toepasbaar op gedrag ten opzichte van gezondheidsbevordering bij jongeren van MBO niveau 1&2, zowel wat betreft verandering van risicogedrag en/of behoud van gezond gedrag, als ten opzichte van hulpzoekgedrag bij (gezondheids)vragen en/of behoefte aan ondersteuning. Ondanks het feit dat laag opgeleide jongeren voor verschillende gezondheidsgebieden een hoog risicogroep vormen, lukt het hen maar weinig om de weg te vinden naar de reguliere hulpverlening voor ondersteuning bij gedragverandering en zorg. Hierbij spelen naast de verschillende bovengenoemde factoren ook de zogenaamde gezondheidsvaardigheden een belangrijke rol.

Gezondheidsvaardigheden zijn de vaardigheden van individuen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen en te gebruiken bij het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen (Fransen, Stronks & Essink-Bot, 2011). Hieronder valt het vermogen om informatie te verzamelen, analyseren en evalueren, maar ook bijvoorbeeld mondelinge vaardigheden om gezondheidsgerelateerde zorgen uit te drukken, of de vaardigheden om zich binnen het

zorgsysteem te navigeren en de benodigde zorg op de juiste plekken te vragen en/of vinden (Mancuso et al., 2008). Een lager niveau van gezondheidsvaardigheden is onder andere gerelateerd aan algemene laaggeletterdheid. Dit komt vooral veel voor bij mensen met een laag opleidingsniveau en/of waarvan Nederlands niet de eerste taal is. Deze kenmerken gelden in grote mate bij jongeren op het MBO niveau 1&2, wat doet verwachten dat een beperkte beheersing van deze gezondheidsvaardigheden bij de jongeren van MBO niveau 1&2 een extra remmend effect heeft op de verschillende bovengenoemde factoren voor gedragsverandering in het I-Change Model (Fransen, Stronks & Essink-Bot, 2011).

Samengenomen kunnen voor jongeren op het MBO niveau 1&2^{de} volgende factoren worden beschreven:

1. Laag bewustzijn van het gezondheidsprobleem:
 - a. Deze jongeren hebben een zeer lage kennis wat betreft seksualiteit, relaties en middelengebruik. Het blijkt dat jongeren in het mbo een zeer lage kennis hebben over seksualiteit en relaties (de Graaf, 2012). Ook hebben zij een geringe kennis van de schadelijke effecten van alcohol (Trimbos-instituut, 2008). Er bestaan onder jongeren in het mbo tevens misvattingen over de effecten van alcohol en drugs. Zo denken jongeren in het mbo in Amsterdam dat het gebruik van cannabis een positief effect heeft op de concentratie (Stolte et al., 2005).
 - b. Deze jongeren blijken de risico's van hun leefstijl niet te kennen of onderschatten deze risico's ten opzichte van hun eigen gezondheid. Uit onderzoeken onder jongeren in het MBO (niet specifiek niveau 1&2) naar hun risicoperceptie en testgedrag wat betreft SOA komt naar voren dat deze jongeren zich niet bewust zijn van de risico's en hun eigen risico's onderschatten (Wolfers et al, 2011a, Wolfers et al, 2011b).
 - c. Daarnaast treden mogelijke vermijdingsreacties op als gevolg van hun laag ingeschatte eigen-effectiviteit om het risicogedrag aan te passen. Ze zijn zich dan wellicht wel bewust van het risico, maar zien geen goede mogelijkheden deze dreiging weg te nemen via gedragsverandering. Om stress te reduceren richt men zich op angstreductie, omdat gevaarreductie niet mogelijk lijkt. Dit leidt ertoe dat ze signalen wat betreft hun risico's voor zichzelf bewust of onbewust ontkennen (Eagly & Chiaken, 1993, Wolfers et al, 2011a).
2. Geringe motivatie om gedrag aan te passen:
 - a. De attitude ten opzichte van de gedragverandering richting gezonder gedrag of behoud van gezond gedrag en het zoeken van hulp is veelal negatief bij laag opgeleide jongeren. Een negatieve attitude is een belangrijke barrière bij het aanpassen van een ongezonde leefstijl of het zoeken van hulp of zorg. Naarmate meiden positievere attitudes en intenties koesteren ten aanzien van veilig vrijen, de risico's op besmetting en ongewenste zwangerschap beter kunnen inschatten, anticiperen op spijtgevoelens, en meer vertrouwen hebben in hun eigen vaardigheden is de kans op consistent gebruik van condooms en anticonceptie groter (de Graaf, et al., 2005; Moore, Adler en Kegeles, 1996). Ook de attitude ten opzichte van soa testen is één van de belangrijkste determinanten op het daadwerkelijke testgedrag (Wolfers et al, 2010). Wat betreft het zoeken van professionele hulp, spelen bij jongeren vaak remmende attitudes zoals 'ik los dit zelf wel op', 'de hulpverlening kan me hier toch niet bij helpen' en 'een rol' (Walcott & Music, 2012).
 - a. Sociale netwerken en sociale steun hebben een belangrijke invloed op keuzes wat betreft een (on)gezonde leefstijl (Heaney & Isreal, 2008). Groepsdruk, gewoonten en voorbeelden van vrienden en ouders hebben een invloed op het al dan niet gebruiken van alcohol (Prins, 2008) en drugs (Conner, 1999), en consistent condoom- en pilgebruik (de Graaf et al., 2005).
 - b. De eigen-effectiviteitsverwachting om hun gedrag daadwerkelijk te kunnen veranderen is laag en ook de verwachting van de positieve invloed van hulpverlening op deze eigen-effectiviteit is gering. Studies onder jongeren laten zien dat een lage eigen-effectiviteitsverwachting in relatie staat met meer gebruik van alcohol (Norman et al., 1998) en drugs (Barkin, Smith & Durant, 2002) en minder soa testen (Wolfers et al, 2011a). Meiden die minder zelfvertrouwen hebben in hun eigen vaardigheden lopen een groter risico op onbeschermd seks (Crosby et al, 2000; van der Pligt & Richard, 1994).
3. Geringe actie (hulpzoekgedrag voor gedragsverandering van risicogedrag of bij zorgbehoefte):
 - a. Een zekere mate van cognitief en emotioneel vermogen, samengevat in de bovengenoemde gezondheidsvaardigheden, zijn nodig om signalen te verwerken en tot actie te komen voor gedragsverandering en het opzoeken van hulp (Brug et al, 2012; Walcott & Music, 2012; Stronks & Essink-Bot, 2011). Hierbij spelen onder andere sociale en emotionele zelfredzaamheid, analytische en mondelinge vaardigheden en het kunnen stellen van doelen en bedenken wat nodig is om deze doelen te behalen een belangrijke rol. Juist deze capaciteiten zijn bij jongeren op en MBO niveau 1&2 relatief laag.
 - b. Gebrek aan kennis over het aanbod van bestaande hulpverleningsmogelijkheden en gebrek aan vaardigheden om zich binnen de (complexe) zorgsystemen een weg te vinden, vormt ook een barrière voor het ondernemen van actie en het vragen van hulp hierbij. Hulpverlening kan net dat steuntje in de

rug bieden wat nodig is om tot actie te komen, maar om hulp te kunnen vragen, moeten de jongeren zich er wel van bewust zijn dat een bepaald zorgaanbod bestaat en voor hen beschikbaar is. De in 2008 in het leven geroepen Sense spreekuren (seksualiteitspreekuren waar jongeren tot 25 jaar gratis en anoniem gebruik van kunnen maken) op de GGD poli's worden bijv. nauwelijks bezocht de zeer laag opgeleide risicogroepen (factsheet VGGM, 2012).

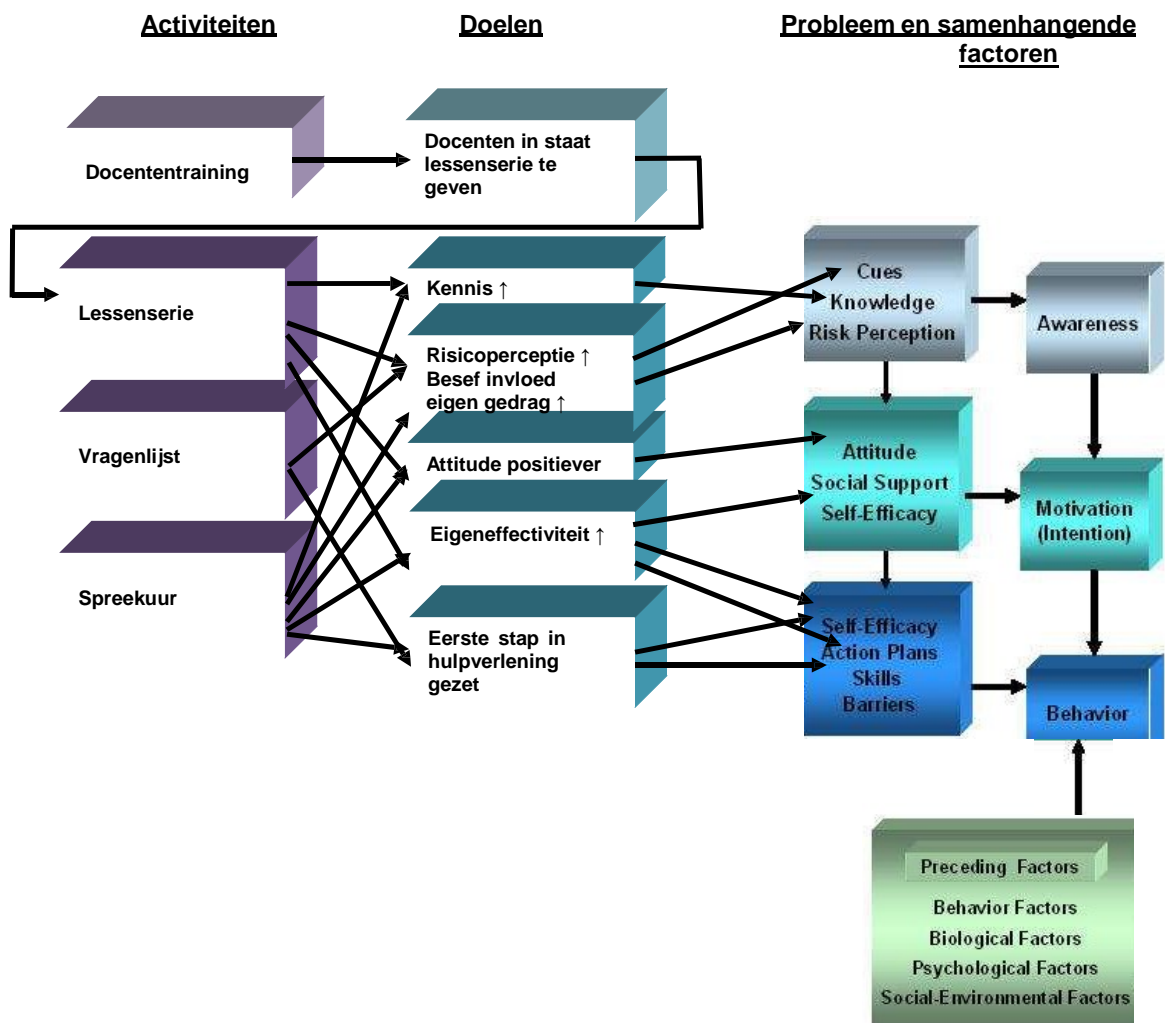
- c. Naast de bovengenoemde interpersoonlijke factoren, vormen ook omgevingsfactoren een barrière om zelf naar reguliere zorg (bijv. huisarts) te gaan met een hulpvraag. Hierbij kunnen fysieke (afstand), sociaal-culturele (schaamte, gewoontes), en economische (kosten) omgevingsfactoren worden onderscheiden (Burg et al, 2012). Ook is het bereik onder deze zeer laag opgeleide doelgroep vanuit de bestaande JGZ hulpverlening ontoereikend:
 - i. Uitgaande van de integratie met Centrum van Jeugd en Gezin, betreft de doelgroep van de JGZ jongeren tot de leeftijd van 23 jaar. Gerichte preventie en ondersteuning door de JGZ voor deze risicjongeren lijkt dan ook van belang om de gezondheid- en maatschappelijke risico's te beperken. Ondanks de recente uitbreidingen van een extra contactmoment van de JGZ op 15/16 jaar, bereikt het huidige wettelijke JGZ-aanbod niet de (risico)jongeren in de leeftijd van 16-23 jaar (Dunnink, 2009).
 - ii. In kader van projecten "Aanval op de uitval" worden leerlingen met gesignaleerde problematiek wel gezien door een JGZ arts. Dit vindt echter plaats nadat ernstige signalen zijn opgevangen, en de leerling zich dus al in een vergevorderd stadium van gezondheidproblematiek bevindt (VGGM, mondelinge communicatie).

Zoals eerder gezegd zijn de gevolgen van deze risicogedragingen aanzienlijk, voor zowel het individu als de maatschappij. Gezien het feit dat het hier gaat om een zeer kwetsbare groep is tijdige signalering en preventieve ondersteuning dan ook noodzakelijk.

Aan te pakken factoren

Hoewel het gedrag een belangrijke laatste stap is in het model, is het niet te verwachten dat een korte interventie met slechts enkele contactmomenten met de jongeren zoals Les(s) & More gedragsverandering kan bewerkstelligen. De bedoeling van de interventie is dat het hiertoe een aanzet geeft, door in te spelen op aantal determinanten namelijk: kennis, attitude, risicoperceptie, eigen-effectiviteitsverwachting, en actieplannen, en direct een laagdrempelige eerste stap aan te bieden richting hulpverlening.

De verschillende onderdelen van deze interventie pakken elk een aantal van de bovengenoemde factoren aan. De redenering voor de onderbouwing kan schematisch als volgt worden weergegeven:



De lessenserie werkt voornamelijk in op de factoren bewustzijn en motivatie, specifiek voor de leefstijlen rondom seksualiteit en middelengebruik. Bewustzijn wordt vergroot door vooral de kennis en risicoperceptie te vergroten. Doordat ook attitude, sociale druk en vaardigheden aan bod komen tijdens de lessenserie, wordt aan determinanten van de factor motivatie gewerkt.

De aan de lessenserie gerelateerde subdoelen uit 2.2 zijn:

- De kennis over de risico's van onbeschermde seks en het gebruik van genotmiddelen van jongeren in het mbo niveau 1&2 neemt toe.
- De risicoperceptie en besef dat hun eigen gedrag invloed heeft op hun gezondheid onder jongeren van het mbo niveau 1&2 neemt toe.
- De attitude van jongeren in het mbo niveau 1&2 ten opzichte van een gezonde(re) leefstijl en het gebruik maken van hulpverlening om dit te bereiken is positiever.
- De eigen-effectiviteitsverwachting wat betreft gezond(er) gedrag van jongeren in het mbo niveau 1&2 is versterkt.
- De docenten zijn in staat de lessenserie seksualiteit, relaties en genotmiddelen op effectieve wijze uit te voeren.

De vragenlijst werkt in op de risicoperceptie en signalen van het onderdeel bewustzijn, op meerdere aspecten van de leefstijl, naast seksualiteit en middelengebruik ook psychisch welzijn, voeding, slapen en internetgebruik. Bij het invullen van de vragenlijst worden de leerlingen geconfronteerd worden met hun eigen (risico)gedrag. Doordat ze in de vragenlijst kunnen aangeven of ze over een thema in gesprek willen met een verpleegkundige wordt de positieve gedragsverandering direct gestimuleerd, door direct een laagdrempelig zorgaanbod te doen, die aansluit bij de opgedane bewustwording en motivatie.

De aan de vragenlijst gerelateerde subdoelen uit 2.2 zijn:

- De risicoperceptie en besef dat hun eigen gedrag invloed heeft op hun gezondheid onder jongeren van het mbo niveau 1&2 neemt toe.
- De jongeren in het mbo niveau 1&2 die behoefte hebben aan hulp, hebben hierin via de GGD een eerste stap in gezet.

Het spreekuur haakt ten slotte in op alle determinanten, zowel bewustzijn, motivatie en gedrag(sverandering). Alle bovengenoemde leefstijl aspecten kunnen hierbij ter sprake komen. Door laagdrempelige en gratis JGZ en SOA/Sense spreekuren aan te bieden op hun eigen schoollocatie, worden de omgevingsbarrières voor het zoeken van hulp en zorg gedeeltelijk weggenomen. Tijdens het consult kunnen de jongeren aanvullende vragen stellen en komen de verschillende determinanten (bewustzijn, motivatie, actie) ter sprake. Er wordt op individueel niveau gekeken naar een realistisch actieplan voor gedragsverandering of behoud, en zo nodig doorverwezen. Het bezoeken van het spreekuur is al een eerste gedragsverandering op zich, aangezien deze jongeren over het algemeen geen contact hebben of zoeken met hulpverleningsinstanties wat betreft hun gezondheid.

De aan het spreekuur gerelateerde subdoelen uit 2.2 zijn:

- De kennis over de risico's van onbeschermde seks en het gebruik van genotmiddelen van jongeren in het mbo niveau 1&2 neemt toe.
- De risicoperceptie en besef dat hun eigen gedrag invloed heeft op hun gezondheid onder jongeren van het mbo niveau 1&2 neemt toe.
- De attitude van jongeren in het mbo niveau 1&2 ten opzichte van een gezonde(re) leefstijl en het gebruik maken van hulpverlening om dit te bereiken is positiever.
- De eigen-effectiviteitsverwachting wat betreft gezond(er) gedrag van jongeren in het mbo niveau 1&2 is versterkt.
- De jongeren in het mbo niveau 1&2 die behoefte hebben aan hulp, hebben hiertoe via de GGD een eerste stap gezet.

Verantwoording van werkzame elementen

Uit de evaluaties op proces en inhoud, is naar voren gekomen dat een zeer belangrijk aspect van Les(s) & More is dat bij elk onderdeel rekening wordt gehouden met de relatieve laaggeletterdheid en geringe gezondheidsvaardigheden van deze doelgroep. Specifiek zijn hierbij de volgende werkzame elementen geïdentificeerd:

- De flexibiliteit en aanpassing aan de (on)mogelijkheden van het maken van afspraken met deze zeer laaggeletterde en veelal weinig georganiseerde jongeren is een ander belangrijk werkzaam element, over het algemeen binnen Les(s) & More, maar vooral rondom het plannen en uitvoeren van de spreekuren.
- De lessenserie bevat veel interactieve onderdelen, en maakt gebruik van concrete voorbeelden en situaties uit de dagelijkse praktijk van deze jongeren.
- Door te werken met afwisselende korte oefeningen, wordt de aandachtspanne van de jongeren vastgehouden.
- In de vragenlijst wordt gebruik gemaakt van simpel taalgebruik²³.
- Een belangrijk aspect van de vragenlijst en het spreekuur is, dat het op meerdere gezondheidsthema's ingaat, welke door de onderwijsinstelling zijn geïdentificeerd als relevant binnen hun leerlingen groep (algemeen welzijn, psychische gezondheid, voeding, slapen, internetverslaving, genotmiddelengebruik, seksualiteit). Hierdoor kunnen leerlingen hun zorgbehoefte op meerdere onderwerpen uitspreken, en kan de verpleegkundige tijdens het consult deze verschillende onderwerpen als een integraal en samenhangend geheel van algemeen gezondheidsbevorderend gedrag bespreken, zonder individuele accenten bij specifieke risicogedragingen uit het oog te verliezen.
- De leerling wordt een directe optie geboden om per onderwerp zorg aan te vragen, zonder dat een leerling meer hoeft te doen dan dit in de vragenlijst aan te kruisen. Dit is een zeer laagdrempelige methode gebleken om zorgbehoefte te inventariseren.
- Dat het spreekuur zo kort mogelijk na het invullen van de vragenlijst wordt aangeboden, is een zeer belangrijk werkzaam element van deze interventie.
- De toegankelijkheid van het spreekuur wordt verder vergroot door deze op de onderwijsinstelling tijdens schooltijd aan te bieden.
- Bovendien worden de leerlingen aan hun afspraak herinnerd door hun mentor, of eventueel door de zorgcoördinator of verpleegkundige uit de klas geroepen mochten ze hun afspraak alsnog vergeten.

²³ De vragenlijst dient nog verder te worden versimpeld. Hier wordt in schooljaar 2013-2013 verder aan gewerkt.

- Tijdens het consult past de verpleegkundige onder andere simpel taalgebruik toe, vraagt door, herhaalt de uitleg en controleert of deze is begrepen, geeft voorbeelden uit de praktijk, gaat in op concrete situaties en deelt problemen en mogelijke oplossingen in behapbare stappen op.
- De intensieve begeleiding bij doorverwijzing, zowel tijdens of na het consult door de verpleegkundige, als door de zorgcoördinator en/of mentor van de onderwijsinstelling, is erg belangrijk om ervoor te zorgen dat de leerlingen daadwerkelijk de vervolgstappen nemen. Ervaring heeft uitgewezen dat zonder deze begeleiding, veel leerlingen niet bij hun doorverwijzing terecht komen.
- Doordat de lessen door de docenten zelf worden gegeven, worden de onderwerpen seksualiteit en middelengebruik bespreekbaarder binnen de onderwijsinstelling. Ervaring leert dat dankzij de lessenserie, docenten en de JGZ arts ook op een later moment worden aangesproken door leerlingen met vragen of zorgen op dit gebied. Hierdoor wordt signalering door het team van de onderwijsinstelling verbeterd en kunnen leerlingen met problemen, mede dankzij de aansluiting met het verzuimspreekuur door de JGZ arts en de Zorg Advies Team overleggen in het kader van Aanval op de Schooluitval, ook na de spreekuren van Les(s) & More eventueel nog zorg ontvangen.

Eerder onderzoek wat betreft het aanbieden van een SOA/Sense spreekuur op een ROC instelling heeft aangetoond dat de combinatie van educatie met daaraan direct gekoppeld een zorgaanbod een hogere opkomst oplevert bij het spreekuur dan een spreekuur alleen (Wolfers et al, 2011b).

In de onderstaande tabel is relatie tussen de determinanten, de toegepaste theoretisch onderbouwde methodieken en specifieke aanpak binnen Les(s) & more beschreven.

Tabel 1. Relatie tussen determinant, methodiek en aanpak in Les(s) & More (gebaseerd op Brug et al., 2012)

Determinant	Methodiek	Aanpak in Les(s) & More
Kennis (Zie bijlage 1 voor de specifiek bijbehorende doelen)	Informatie overdracht (Schaalma & Kok, 2011) Actief leren (Bandura, 1986)	Lessenserie: Door middel van participatieve elementen zoals goed/fout stellingen, meerkeuze quiz, en beantwoorden van vragen uit de vragenbox nemen de leerling actief deel aan de les, en leren ze feiten over het lichaam, zwangerschap, soa, condooms en anticonceptie en de werking en effecten op het lichaam van tabak, alcohol en soft- en harddrugs. De docent corrigeert misvattingen en geeft extra uitleg waar nodig. Spreekuur: Tijdens het consult beantwoordt de verpleegkundige vragen, corrigeert misvattingen en geeft waar nodig extra uitleg.
Risicoperceptie en bewustzijn effect eigen gedrag (Zie bijlage 1 voor de specifiek bijbehorende doelen)	Informatie geven over relatie tussen gedrag en gezondheid (Weinstein & Sandman, 2002), in combinatie met actief leren (Bandura, 1986) Confrontatie met eigen gedrag/situatie (Rothman & Kiviniemi, 1999)	Lessenserie: Door middel van goed/fout stellingen wordt de relatie tussen gedrag en gezondheid uitgelegd wat betreft (on)veilig vrijen, seksueel grensoverschrijdend gedrag en genotmiddelengebruik. De eventuele onderschatting van effecten en gezondheidsrisico's wordt gecorrigeerd. Door deze participatieve werkvorm, blijft de informatie vaak beter hangen, en komen misvattingen die leven onder de leerlingen aan het licht. Vragenlijst: Doordat de leerlingen worden ondervraagd naar hun gedrag en ervaren gezondheid, worden zij met hun eigen mogelijke risicogedrag en/of eventuele slechte(re) gezondheid geconfronteerd. Spreekuur: Tijdens het consult corrigeert de verpleegkundige de onderschatting van de effecten van risicogedrag en geeft waar nodig extra uitleg over de relatie tussen risicogedrag en gezondheidsproblemen. De verpleegkundige vraagt

		door om details van betreffende gedragingen en/of ervaren gezondheid boven tafel te krijgen en vat deze samen, waardoor de leerling zich nog meer bewust wordt van zijn/haar gezondheidsrisico's.
Attitude (Zie bijlage 1 voor de specifiek bijbehorende doelen)	<p>Nadelen van gewenst gedrag afzwakken, voordelen versterken (Witte, 1995)</p> <p>Nieuwe argumenten, zelf (her)evaluatie (Fishbein & Azjen, 2010)</p> <p>Geanticiperde spijt (Sandberg & Conner, 2008)</p> <p>Model-leren (Schaalma & Kok, 2009)</p>	<p>Lessenserie: Door middel van eens/oneens stellingen gaan jongeren met elkaar in discussie over voor- en nadelen van gedrag wat betreft seksualiteit en genotmiddelengebruik. Bij de goed/fout stellingen worden ook onderschatte nadelen gecorrigeerd, wat kan leiden tot her-evaluatie van de balans tussen voor- en nadelen. In de gebruikte filmpjes komen jongeren aan het woord waaraan de jongeren zich kunnen spiegelen. De sociale druk die mogelijk achter onveilig vrijen, seksueel grensoverschrijdend gedrag of overmatig middelengebruik staat, wordt in de discussies n.a.v. de filmpjes tegenover de persoonlijke opvattingen en (gezondheids)nadelen gezet.</p> <p>Spreekuur: Door middel van gesprekstechnieken zoals Motivational Interviewing (Rollnick et al., 2007) worden de leerlingen door de verpleegkundige gestimuleerd om na te denken over mogelijke voor en nadelen van hun huidige gedrag en het eventueel gezonde(re) gedrag. De verpleegkundige kan hierbij ook nieuwe argumenten aandragen en inspelen op geanticiperde spijt bij risicogedragingen.</p>
Eigeneffectiviteit (Zie bijlage 1 voor de specifiek bijbehorende doelen)	<p>Actief leren (Bandura, 1986)</p> <p>Begeleid leren met feedback (Brug et al., 2012)</p> <p>Model-leren (Schaalma & Kok, 2009)</p> <p>Risicocommunicatie met direct realistisch gezondheidsadvies (Ruiter & Kok, 2012)</p>	<p>Lessenserie: De leerlingen oefenen concreet met communicatieve vaardigheden, zoals je mening formuleren, onderhandelen over condoomgebruik, weerstaan van groepsdruk bij middelengebruik. Ook leren ze hoe je een condoom gebruikt. Zij ontvangen hierbij feedback van de docent en medeleerlingen. Ook zien zij in filmpjes hoe jongeren, waarmee ze zich kunnen identificeren, met de situaties die mogelijk leiden tot risicogedrag omgaan.</p> <p>Spreekuur: Het is van belang dat de risico's van het huidig gedrag worden uitgelegd, maar de verpleegkundige zal tegelijkertijd ervoor zorgen dat de leerlingen het idee hebben dat het advies wat betreft gedragverandering dit risico vermindert, en het gevoel hebben dat zij het gezondheidsadvies kunnen uitvoeren.</p>
Actie (Zie bijlage 1 voor de specifiek bijbehorende doelen)	<p>Motivational Interviewing (Rollnick et al., 2007)</p> <p>Goal setting (Gollwitzer, 1999)</p>	<p>Lessenserie: Tijdens de lessenserie en bij de les waarin de vragenlijst wordt afgenomen, doen de leerlingen via korte en interactieve opdrachten gezondheidsvaardigheden op. Zo leren de leerlingen over hulpverleningsinstanties zoals de GGD en regionale verslavingszorg; hoe ze hier terecht kunnen, en voor welke zorg. Ook worden de leerlingen doorverwezen naar websites met meer informatie, zoals www.sense.info en www.irisz.nl.</p> <p>Vragenlijst: In de vragenlijst wordt een eerste concrete actie mogelijk gemaakt: namelijk het aangeven dat de leerling op een</p>

		<p>bepaald onderwerp een gesprek met de GGD zou willen.</p> <p>Spreekuur: Tijdens de consulten gaat de verpleegkundige via gesprekstechnieken als motivational interviewing met de leerling in gesprek over zijn/haar situatie en wat hij/zij daar zelf graag in zou willen veranderen, en wat hij/zij zelf realistisch acht aan acties om zijn/haar gezondheid te verbeteren. De verpleegkundige zal samen met de leerling doelen stellen en bespreken welke acties hiervoor gedaan kunnen worden. Ondersteunende websites kunnen tijdens het consult al samen met de leerling bezocht worden, om zo de drempel voor de leerling om later nogmaals deze site te bezoeken te verlagen. Indien doorverwijzing gewenst is, biedt de verpleegkundige hierbij ondersteuning, door bijv. tijdens het consult samen met de leerling het eerste contact met de professional/instelling te leggen.</p>
--	--	--

4. Uitvoering

Materialen

De interventie is beschreven in de handleiding. Bij de handleiding hoort een website waarop de onderstaande documenten te downloaden zijn²⁴.

1. Projectdocumentatie

- a. Format samenwerkingsovereenkomst GGD- ROC
- b. Format projectplan Les(s) & More
- c. Voorbeeld projectplanning
- d. Voorbeeld Analyse projectrisico's
- e. Voorbeeld begroting met verantwoording uren
- f. Voorbeeld offerte bijdrage ROC
- g. Opzet behoefte-onderzoek leerlingen
- h. Introductie filmpje Les(s) & More voor professionals (niet online beschikbaar, maar op te vragen bij VGGM: niet te gebruiken voor jongeren. Er is aan de deelnemende leerlingen beloofd dat dit filmpje enkel aan professionals getoond zou worden.)

2. Docentent training:

- a. Overzicht opzet docentent training
- b. PowerPoint bij docentent training c.
Werkblad - Eigen houding
- d. Werkblad – Doel training
- e. Evaluatieformulier voor deelnemers

3. Lessenserie:

- a. Overzicht opzet lessenserie
- b. Docenteninstructie voor les 1 t/m 4
- c. PowerPoint bij de lessenserie
- d. Kennistoets
- e. Evaluatieformulier voor leerlingen
- f. Evaluatieformulier voor docenten
- g. Extra – Beschrijving Filmpjes Lang Leve de Liefde voor MBO

4. Vragenlijst

- a. Voorbeeld Gezondheidsvragenlijst (versie 2013)
- b. Lesopzet afname vragenlijst
- c. Introductie Filmpje Les(s) & More voor leerlingen

5. Uitnodigen spreekuur

- a. Begeleidende brief uitnodigingen- voor mentor/zorgcoördinator
- b. Voorbeeld uitnodigen per brief
- c. Voorbeeld uitnodigen per mail
- d. Voorbeeld uitnodigen per sms

6. Spreekuur

- a. Voorbeeld stappenplan werkwijze spreekuur
- b. Format werkafpraak SOA/Sense consult op locatie
- c. Evaluatieformulier per consult - verpleegkundige
- d. Evaluatieformulier spreekuur – leerlingen

²⁴ Deze website zal medio/eind september gereed zijn.

7. Projectevaluatie

- a. Voorbeeld Evaluatieplan Les(s) & More
- b. Agenda Projectevaluatie - Leerlingen
- c. Agenda Projectevaluatie - Projectteam
- d. Agenda Projectevaluatie - ROC team
- e. Evaluatie formulier Les(s) & More - docenten

Type organisatie

Deze interventie wordt uitgevoerd als drievoudig samenwerkingsverband tussen:

1. de afdeling van de GGD waar het team Seksuele Gezondheid (SOA-Sense) is ondergebracht, over het algemeen de afdeling Algemene Gezondheidszorg (AGZ);
2. de afdeling Jeugdgezondheidszorg (JGZ) van de GGD;
3. een onderwijsinstelling (Regionaal Opleidingencentrum, ROC) waar de middelbare beroepsopleiding niveau 1&2 (vanaf 1 januari 2014 de entreeopleiding genaamd) wordt verzorgd.

Opleiding en competenties

De projectleider

- Dient algemene competenties voor projectleiderschap te bezitten (zoals o.a. gestructureerd en resultaatgericht werken, stressbestendigheid, helikopterview houden, delegeren van taken, etc.).
- Daarbij heeft deze bij voorkeur ruime ervaring met het opzetten en (bege)leiden van complexe samenwerkingsverbanden.
- Communicatieve vaardigheden, het inzicht hebben in de belangen van de betrokken partijen en het kunnen leggen van bruggen tussen verschillende partijen is hierbij belangrijk. Er heersen tussen verschillende instellingen ook verschillende organisatie- en werkculturen, die niet altijd op een lijn hoeven te liggen.
- Aanpassingsvermogen is ook een vereiste, omdat de doelgroep van leerlingen van MBO niveau 1&2 flexibiliteit in omgang en organisatie van zorg en onderwijs nodig heeft. Dit betekent dat tijdens de uitvoering van de interventie Les(s) & More regelmatig aanpassingen nodig zijn in de planning en organisatie. Met name het lage aantal vaste contacturen en het hoge verzuim van leerlingen op dit onderwijsniveau speelt hierin een grote rol. Hier moet het project en dus de projectleider flexibel op in kunnen spelen.

De medewerkers die de lessenserie op maat maken, de docententraining opzetten en deze verzorgen:

- De algemene competenties van een gezondheidsbevorderaar zijn van toepassing (zoals: .
- Verder dienen zij bij voorkeur affiniteit met jongeren en docenten van MBO niveau 1&2 te hebben en kennis te hebben van effectieve lesmethode voor leerlingen op dit onderwijsniveau, of gemotiveerd zijn zich hierin te verdiepen.

Vakdocenten en mentoren van het ROC

- Hebben geen aanvullende competenties nodig, mits zij voldoen aan de basiscompetenties benodigd voor het docentschap op het middelbare beroepsonderwijs niveau 1&2.
- De specifieke competenties benodigd voor het geven van de lessenserie kunnen zij opdoen tijdens de docententraining. Hiervoor is het wel van belang dat zij affiniteit met de thema's hebben en gemotiveerd zijn om met deze thema's aan de slag te gaan.

Sense geschoolde JGZ verpleegkundigen en het SOA/Sense door sociaal verpleegkundige SOA-Sense (voeren het JGZ/Sense spreekuur uit):

- Hiervoor gelden de algemene competentie eisen voor deze functies²⁵. De reguliere Sense en/of JGZ opleiding en bijscholingen, multidisciplinaire overleggen en intercollegiale toetsingen zouden afdoende moeten zijn om de vereiste competenties op het gebied van seksualiteit en JGZ of SOA te bereiken.
- Het is van belang dat de verpleegkundige beschikken over counselinggesprekstechnieken zoals motivational interviewing. Voor zover dit niet al bij de standaard (bij)scholingen aan bod is gekomen, is het aan te raden hiervoor een specifieke bijscholing te organiseren.

²⁵ Zie <http://vogz.venvn.nl/Documenten.aspx> en <http://eerstelij.venvn.nl/Jeugdverpleegkundigen.aspx>

- Daarnaast is het aan te raden dat de verpleegkundigen minstens twee jaar ervaring hebben met laagopgeleide jongeren. Hierbij is het van belang dat zij onder andere het woordgebruik en zinsbouw aan het niveau van de jongeren kunnen aanpassen, informatie en vragen zeer concreet kunnen maken en in kleine hapklare brokken kunnen knippen. Ze moeten door kunnen blijven vragen om het 'daadwerkelijke probleem achter het probleem' te achterhalen, en vervolgens de analyse van de cliëntsituatie en de mogelijkheden om deze (multi)problematiek aan te pakken ook weer in behapbare en concrete stappen weten te vertalen.
- Ze moeten stevig in hun schoenen staan om de thema's en behandelmogelijkheden binnen het spreekuur duidelijk af te bakenen en voor alles wat daarbuiten valt door te verwijzen.
- Flexibiliteit en geduld zijn ook belangrijke competenties van de verpleegkundigen die de spreekuren met jongeren van MBO niveau 1&2 zullen verzorgen.

Indien niet genoeg verpleegkundigen deze ervaring hebben, kan een inwerktraject waarbij een onervaren verpleegkundige meekijkt met een ervaren collega, een oplossing bieden. Ditzelfde geldt uiteraard ook voor de competenties op gebied van Sense.

Kwaliteitsbewaking

Gedurende de uitvoeringfase:

De reguliere Sense en/of JGZ bijscholingen, multidisciplinaire overleggen en intercollegiale toetsingen zouden afdoende moeten zijn om de vereiste competenties op het gebied van seksualiteit en JGZ of SOA op peil te houden. Verder wordt via de wekelijkse casuïstiek besprekingen door de JGZ verpleegkundigen met de JGZ arts de kwaliteit van de inhoud en processen rondom de spreekuren (verloop van de consulten, gegeven advies, doorverwijzingen, etc.) bewaakt. Aangeraden wordt om daarnaast, in ieder geval in het eerste jaar, extra overlegmomenten met de betrokken verpleegkundigen in te plannen – bij voorkeur onder begeleiding van een arts - om specifieke casuïstiek ook onderling te bespreken.

Voor de monitoring worden tussentijdse (bijv. maandelijks) projectteam vergaderingen gehouden, waarbij de voortgang en eventuele knelpunten worden besproken en tot eventuele aanpassingen in de projectplanning wordt besloten. Indien gewenst kunnen tussentijds ook analyses van evaluatieformulieren worden meegenomen in deze monitoring (zie volgende alinea).

Op basis van het evaluatieplan worden na afloop van de docententraining, lessenserie en de spreekuren evaluatie formulieren ingevuld door betrokken docenten, leerlingen en verpleegkundigen/gezondheidsbeoordelaars. Deze formulieren worden verzameld en tussentijds of na afloop van het project geanalyseerd.

Gedurende de evaluatie- en doorstart fase:

Na afloop van het project worden terugkoppelingsbijeenkomsten met leerlingen, docenten, uitvoerende verpleegkundigen en projectteam voor bereid en uitgevoerd. De resultaten en aanbevelingen vanuit zowel de evaluatieformulieren als de bijeenkomsten worden door het projectteam gebundeld in een verslag, met daarin ook specifieke aanbevelingen voor de toekomst. (Zie de bijlagen bij de handleiding voor voorbeelden van een evaluatieplan, evaluatieformulieren en agenda's focusgroep bijeenkomsten).

Dit evaluatieverslag en de bijbehorende aanbevelingen worden vervolgens binnen de stuurgroep besproken, waarbij tot al dan niet voortgang en eventuele aanpassing van het project voor het volgende schooljaar wordt besloten.

Randvoorwaarden

Uit de procesevaluaties zijn de volgende punten naar voren gekomen:

Binnen de GGD:

- Directie van GGD en management van afdelingen JGZ en AGZ die haar betreffende werknemers in woord en daad ondersteunt bij de opzet en uitvoer van deze interventie, en hier uren en budget voor vrijmaakt.
- Functionerend samenwerkingsverband JGZ/AGZ, of bereidheid vanuit beide afdelingen om deze op te zetten.
- Functionerende afdeling JGZ met Sense-opgeleide JGZ professionals of bereidheid om JGZ-professionals de Sense opleiding te laten volgen en bereidheid en logistieke mogelijkheden om JGZ/Sense consulten op locatie uit te voeren.

- Functionerende poli seksuele gezondheid met SOA en Sense verpleegkundige(n) en arts(en), sluitende financiering voor SOA/Sense consulten, en bereidheid en logistieke mogelijkheden om deze consulten ook op locatie uit te voeren.
- Eenduidige werkafspraken voor JGZ/Sense/SOA consulten op (MBO) onderwijsinstellingen, zoals genoemd in het vorige hoofdstuk, of bereidheid om deze op te stellen.
- Mogelijkheid om een projectleider aan te stellen, of bereidheid om deze functie uit handen te geven aan een andere partij, zoals het ROC of het centrum voor Jeugd en Gezin.
- Aanwezigheid en beschikbaarheid van gezondheidsbevorderaars en/of SOA/Sense verpleegkundigen met trainingservaring.

Binnen het ROC:

- Directie en management ROC die haar betreffende werknemers in woord en daad ondersteunt bij de opzet en uitvoer van deze interventie, en hier uren en budget voor vrijmaakt.
- Bereidheid om de lessenserie als verplicht onderdeel in het lesprogramma op te nemen in het kader van de kwalificatie-eisen Loopbaan en Burgerschap, en tijd in te roosteren bij vakdocenten en mentoren die affiniteit hebben met het onderwerp voor zowel de docenttraining als de lessenserie zelf.
- Bereidheid om een trekker vanuit het ROC aan te stellen (bijv. de zorgcoördinator), welke als lid van het projectteam de regie van Les(s) & More verzorgt binnen de onderwijsinstelling, en afhankelijk van de gekozen taakverdeling ook tijd moet kunnen investeren in de uitvoer, bijvoorbeeld bij de afname van de vragenlijsten, het indelen van de leerlingen en het oproepen voor de spreekuren, etc.
- Bereidheid en gemotiveerdheid onder de vakdocenten en/of mentoren om de lessenserie voldoende voor te bereiden en adequaat uit te voeren. En, indien nodig, actief deel te nemen aan de docenttraining.
- Aanwezigheid van een of meerdere geschikte ruimte voor consulten, en de bereidheid deze beschikbaar te stellen als spreekkamer voor de consulten op locatie.

Implementatie

Het project is opgedeeld in een initiële opstartfase en een daaropvolgende jaarlijkse cyclus van 3 fasen. Bij elke nieuwe onderwijsinstelling begint de interventie met een opstartfase, waarin GGD en de onderwijsinstelling kennismaken en een eerste samenwerkingsverband aangaan. Als deze opstartfase is doorlopen, zal vervolgens per schooljaar de projectcyclus bestaande uit de voorbereidingsfase, uitvoeringsfase en evaluatie- en doorstartfase worden doorlopen.

Zie voor meer informatie hoofdstuk 2.3 van dit werkblad en de Handleiding van Les(s) & More met bijbehorende bijlagen.

Kosten

De belangrijkste kostenpost in dit project zijn de arbeidskosten. Hieronder is een indicatie gegeven van de kosten. Deze schattingen zijn gemaakt op basis van de eerdere ervaringen op een onderwijsinstelling met 3 locaties en 14 klassen, waarbij ongeveer 230 leerlingen de vragenlijst hebben ingevuld, en hierbij 150 consulten²⁶ aangevraagd zijn.

Tabel 2. Voorbeeld projectbegroting²⁷.

Organisatie/afdeling	Functie	Uren	Tarief	Kosten
GGD afdeling AGZ	Afdelingshoofd	12	-	budget neutraal
GGD afdeling AGZ	Bureauhoofd	8	-	budget neutraal
GGD afdeling AGZ	Projectleider	119	68	€ 8.092,00
GGD afdeling AGZ	Verpleegkundige	137	55	€ 7.535,00
Totale arbeidskosten GGD, afdeling AGZ				€ 15.627,00

Organisatie/afdeling	Functie	Uren	Tarief	Kosten
GGD afdeling JGZ	Afdelingshoofd	22	-	budget neutraal
GGD afdeling JGZ	Bureauhoofd	8	-	budget neutraal
GGD afdeling JGZ	Stafarts	20	83,5	€ 1.670,00
GGD afdeling JGZ	Verpleegkundige	163	55	€ 8.965,00
Totale arbeidskosten GGD, afdeling JGZ				€ 10.635,00

Organisatie/afdeling	Functie	Uren	Tarief	Kosten
ROC	Manager	12	-	budget neutraal
ROC	Zorgcoördinator	63	88,5	€ 5.575,50
ROC	Docenten	25	-	budget neutraal
Totale arbeidskosten ROC				€ 5.575,50

Materiaalkosten		Kosten
	Materiaal promotie	€ 100,00
	Materiaal lessenserie	€ 200,00
	Materiaal spreekuur	budget neutraal
	Projectadministratie	budget neutraal
Totale materiaalkosten		€ 300,00

Totale	€32.137,50
---------------	-------------------

Mogelijkheden voor dekking van de kosten zijn te vinden in hoofdstuk 1.6 van de handleiding.

²⁶ Het aantal benodigde uren per spreekuurdag is ruim gerekend: 8 uur per spreekuurdag van in theorie 8 consulten, waarvan in praktijk gemiddeld 6 consulten uitgevoerd zullen worden. Dit i.v.m. voorbereiding, reistijd, logistiek ter plekke, oproepen/zoeken van leerlingen, administratie en nabespreking met arts. Vooral in het begin moet de tijd die nodig is om een spreekuur uit te voeren niet onderschat worden.

²⁷ De kosten voor personeelsuren zijn berekend op basis van de tarieven uit 2011, incl. 40% opslag. Wanneer 'budgetneutraal' is opgegeven, is er vanuit gegaan dat deze taken behoren tot de algemene werkzaamheden van de betreffende functionarissen, en dus door de betreffende organisatie worden bekostigd. Deze worden daarom niet meegerekend in de projectbegroting. Hetzelfde geldt voor de kosten van materialen benodigd voor het spreekuur (folders, testmateriaal en laboratoriumkosten) en de projectadministratie.

5. Onderzoek naar praktijkervaringen

Onderzoek en resultaten

Pilot 2010-2011

Tijdens de eerste pilot van Les(s) & More op 1 locatie van ROC Rijn IJssel in schooljaar 2010-2011, maakte middelengebruik nog geen onderdeel uit van de lessenserie, maar werd in de vragenlijst en tijdens het spreekuur al wel ingegaan op seksuele gezondheid en de JGZ gerelateerde gezondheidsthema's. Tijdens deze pilot is een onderzoek uitgevoerd, resulterend in de volgende publicatie:

- A. Goenee, M.S. (2011)
- B. Cross-sectionele studie, waarin MBO niveau 1&2 studenten een schriftelijke vragenlijsten invulden over seksueel risicogedrag, middelengebruik, psychische gezondheid, en zorgbehoefte op deze thema's. 135 MBO leerlingen tot 25 jaar vulden de vragenlijsten in. Tweederde van de leerlingen was vrouw en iets meer dan de helft was allochtoon. Beschrijvende statistieken, onafhankelijke t-testen, chikwadraat toetsen, variantie analyses, correlatie en lineaire regressies werden uitgevoerd.
- C. Een grote meerderheid van de studenten had ervaring met geslachtsgemeenschap (85%). Een relatief grote groep had een ongezonde leefstijl met betrekking tot het gebruik van tabak (57%), alcohol (70%) en drugs (29%). De leerlingen lieten een slecht beschermingsgedrag zien (bijv. slechts 27% vrijt altijd met condoom, 45% gebruikt geen anticonceptiemiddel en slechts een kwart heeft zich ooit laten testen op SOA) en 23% van de meisjes en 15% van de jongens gaf aan ooit te maken gehad te hebben met een onbedoelde tienerzwangerschap. Analyses lieten zien dat verhoogd tabak- en drugsgebruik was gerelateerd aan seksueel risicogedrag. De mate waarin de leerlingen drugs gebruiken blijkt de mate van seksueel risicogedrag het meest te beïnvloeden. De helft van de leerlingen hebben het spreekuur bezocht. De leerlingen kwamen met complexe zorgvragen en waren vaak overbelast op verschillende gezondheidsthema's. Ook specifieke cultureel gerelateerde vragen over meisjesbesnijdenis, maagdenvliesherstel en eerwraak kwamen aan bod.

Het project is gedurende de pilot in 2010-2011 daarnaast geëvalueerd op zowel inhoud als proces:

- A. Niet gepubliceerd.
- B. Feedback verzameld via evaluatieformulieren na lessenserie, afname vragenlijst en spreekuren. Verder aangevuld met focus groep gesprekken met docenten, GGD professionals en betrokken management na afloop van het project.
- C. Leerlingen, docenten, GGD professionals en betrokken management waren positief over Les(s) & More en de samenwerking tussen GGD en ROC. Specifieker kwamen de volgende punten naar voren:

Lessenserie:

De thema's gerelateerd aan het gebruik van genotsmiddelen moeten, naast seksualiteit en relaties, worden meegenomen in de lessenserie, en het thema tienerzwangerschap moet meer aandacht krijgen. Voor het vervolg van het project moet de lessenserie op structurele manier worden aangeboden. Ook moet er aansluiting komen met trainingen tijdens de studiedagen. Om de vrijblijvendheid van de lessenserie af te halen, moet vanuit de verantwoordelijkheid van het management van het ROC besloten worden dat de lessenserie opgenomen wordt in de jaarlijn.

Vragenlijst en spreekuur:

Leerlingen vonden de vragenlijst niet te lang of te moeilijk.

Leerlingen staan er positief tegenover dat zij zelf kunnen aangeven dat zij een gesprek willen hebben met de verpleegkundige en vonden het erg prettig dat zij op school terecht konden.

Veel positieve beoordeling van de leerlingen over het spreekuur: gemiddeld cijfer 8.6. Leerlingen wezen elkaar op het spreekuur.

Tijdens de spreekuren kwam vaak multiproblematiek naar voren die niet in één consult kon worden afgehandeld. Het bieden van goede nazorg werd tijdens deze pilotfase gemist. N.a.v. deze bevinding is het sindsdien mogelijk gemaakt om een arts te kunnen consulteren tijdens een spreekuur en te kunnen doorverwijzen naar een arts.

Vervolg onderzoek 2011-2012

Tijdens schooljaar 2011-2012 heeft een vervolg onderzoek van het project Les(s) & More op ROC Rijn IJssel plaatsgevonden.

- A. Goenee, publicatie in voorbereiding. & Eindverslag ZONMW projectnummer 156512001
- B. In een quasi-experimentele studie is de interventie 'Les(s) & More' geëvalueerd. In de interventiegroep zijn d.m.v. evaluatieformulieren onder professionals (docenten en verpleegkundigen) en leerlingen de lessenserie en de spreekuren geëvalueerd. In totaal hebben 116 van de 127 leerlingen na afloop van de lessenserie een enquête ingevuld over hoe zij de lessenserie hebben ervaren. Twaalf van de veertien docenten hebben aan het einde van de lessenserie een vragenlijst ingevuld ter evaluatie van de lessenserie en de docententraining. Alle vier de verpleegkundigen die het spreekuur uitvoerden evalueerden schriftelijk, na elk consult. Achtendertig van de 42 leerlingen vulden de evaluatie na afloop van het spreekuur in. Verder is voorafgaand en na afloop van de lessenserie is een kennistoets afgenomen bij de leerlingen. De voormeting is door 142 leerlingen ingevuld en de nameting door 117 leerlingen. In totaal konden de leerlingen twaalf punten krijgen (voor elk goed antwoord één punt).
- C. De volgende resultaten kwamen naar voren:
- Lessenserie:
- Leerlingen en docenten beoordelen lessenserie gemiddeld met een rapportcijfer 7.6 resp. 8.2.
 - Significante kennistoename: gemiddelde score op kennistoets toegenomen van 6.9 naar 8.1.

Vragenlijst:

- 51% van de leerlingen die de vragenlijst hebben ingevuld, geeft aan behoefte te hebben aan een gesprek met de GGD, het merendeel met betrekking tot meer dan één gezondheidsthema. De grootste zorgbehoefte voor zowel meisjes als jongens was 1) het doen van een SOA test (39%) en 2) ondersteuning bij hun psychische gezondheid (24%). Hierbij gold dat de leerlingen die aangaven een SOA test te willen ook daadwerkelijk meer seksueel risicogedrag rapporteerden en diegene die psychische ondersteuning wilden ook een slechtere psychische gezondheid rapporteerden. De meeste van deze leerlingen die een hulpbehoefte uitten, gaven aan nog niet eerder hulp te hebben gezocht.

Spreekuur:

- Ongeveer 33% van de groep leerlingen die aan de interventie heeft deelgenomen, heeft van het spreekuur gebruik gemaakt.
- Ongeveer 80% van de leerlingen die op de vragenlijst hadden aangegeven graag op gesprek te willen, is ook daadwerkelijk gezien door een GGD verpleegkundige.
- 23% had een vraag over hun algemene gezondheid, 33% over hun psychische gezondheid, 28% rond middelengebruik. 52% wilde graag een SOA test en 33% had overige vragen over seksualiteit. Vier van de 18 SOA testen waren positief (22%), 2 van de 3 aangeboden zwangerschapstesten waren positief (66%).
- 45% van de leerlingen die naar het spreekuur zijn geweest, zijn een vervolgtraject gestart: zes leerlingen kregen een vervolgconsult bij de verpleegkundige, één leerling is doorverwezen naar de jeugdarts en twaalf leerlingen zijn na het eerste consult doorverwezen naar andere instanties zoals de huisarts, een psycholoog, een abortuskliniek, seksualiteitshulpverlening of verslavingszorg.
- Het spreekuur werd erg positief beoordeeld door de leerlingen: 94% zou bij een volgend probleem weer komen en ook 94% zou het spreekuur bij een vriend(in) aanraden.

Verder kwamen n.a.v. de procesevaluatie de volgende aanbevelingen naar voren:

- Enkele werkvormen uit de lessenserie, vooral de filmpjes zijn ondertussen wat verouderd. Ook is uit de evaluatie naar boven gekomen dat de leerlingen meer variatie in de werkvormen zouden willen. Voor schooljaar 2013-2014 zal de GGD Gelderland Midden samen met medewerkers van ROC Rijn IJssel de lespakketten uit de interventies Lang leve de liefde en Gezonde school en genotsmiddelen voor middelbaar beroepsonderwijs bekijken en onderdelen uit de bestaande lessenserie van Les(s) & More vervangen door onderdelen uit deze lespakketten.

- De vragenlijst is ontwikkeld voor een uitgebreider onderzoek en effectmeting wat betreft de gezondheid en het (risico) gedrag. Voor de doelen zoals hierboven beschreven, zijn niet alle vragen en antwoordcategorieën uit de huidige vragenlijst nodig. Voor schooljaar 2013-2014 zal GGD Gelderland-Midden i.s.m. ROC Rijn IJssel de vragenlijst inkorten en de antwoordcategorieën en het taalgebruik verder versimpelen. Indien deze aanpassingen als positief worden geëvalueerd, zal de ingekorte vragenlijst t.z.t. aan de bijlagen bij de handleiding worden toegevoegd.
- Het van te voren uitnodigen van de leerlingen kost erg veel tijd en moeite, en blijkt één van de oorzaken van de hoge no-show (20%). Daarom wordt voor schooljaar 2013-2014 een nieuwe opzet aanbevolen: De lessenseries worden zo gepland dat om de week een klas klaar is en de vragenlijst invult. Een verpleegkundige is aanwezig bij afname vragenlijsten en verwerkt deze terplekke. Zowel een JGZ als een SOA verpleegkundige houdt diezelfde dag parallel spreekuur. Wanneer niet alle leerlingen met een zorgbehoefte die dag gezien kunnen worden, wordt direct een andere afspraak gemaakt voor een bezem-spreekuurdag, of voor de reguliere spreekuren op de GGD poli.

6. Onderzoek naar de effectiviteit

Onderzoek in Nederland

- A. Goenee, publicatie in voorbereiding.
- B. In een quasi-experimentele studie is het effect van de interventie 'Les(s) & More' geëvalueerd, met hulp van drie condities: 1) controle groep (gezondheidsvragenlijst), 2) interventie groep 1 (lessenserie + gezondheidsvragenlijst), 3) interventie groep 2 (lessenserie + gezondheidsvragenlijst + aanbod JGZ/Sense spreekuur). De data is verzameld aan de hand van de gezondheidsvragenlijst. Eerste meting was na de lessenserie (T1), follow-up metingen werden verricht direct na de spreekuren (T2) en 6 maanden na de interventie (T3). In totaal vulden 318 leerlingen de baseline meting in. Hiervan waren 247 leerlingen tussen de 15 en 24 jaar. Voor de effectstudie bij het onderzoek in schooljaar 2011-2012 waren van 214 leerlingen zowel een baseline meting als de directe nameting beschikbaar; 83 controle groep, 38 interventie groep 1 (enkel lessenserie) en 93 interventie groep 2 (lessenserie en spreekuur). Van de follow-up meeting na 6 maanden waren er 68 vragenlijsten bruikbaar; 23 in de controle groep, 8 in interventie groep 1 en 37 in interventie groep 2.
- C. Bij dit onderzoek zijn de volgende resultaten naar voren gekomen:
 Het volgen van de lessenserie alleen, lijkt onvoldoende om verandering in gedrag te bewerkstelligen. In deze quasi-experimentele studie werd voor seksueel risico gedrag een trend gevonden; 'Les(s) & More' beschermt MBO niveau 1&2 leerlingen mogelijk tegen een toename van risicovol seksueel gedrag. Verder blijkt de zorgbehoefte van de leerlingen na de interventie 'Les(s) & More' significant gereduceerd ($OR = 0.44, p < .05$), vergeleken met de groep die de interventie niet ontvangen heeft.
 Binnen de groep leerlingen die zowel de lessenserie als het aanbod voor het spreekuur heeft ontvangen (interventie groep 2), rapporteerden de leerlingen die het spreekuur bezochten vóór het spreekuur een slechtere psychische gezondheid dan de leerlingen die niet naar het spreekuur gingen ($t(91) = -2.38, p = .019, \text{Eta}^2 = .06$). Na het spreekuur (T2) zijn de verschillen in psychische gezondheid tussen deze twee groepen weggevallen. Het bezoeken van het spreekuur heeft dus mogelijk de psychische gezondheid van deze leerlingen verbeterd. Verder blijkt het aantal zorgbehoeften onder de leerlingen die naar het spreekuur gaan significant te verminderen, zowel op lange (T1-T3: -2.29 versus -0.81 ; $t(28) = 2.16, p = .040, \text{Eta}^2 = .14$) als op korte termijn (T1-T2: -2.64 versus -0.44 ; $t(28) = 3.38, p = .002, \text{Eta}^2 = .29$).

Door de hoge drop-out is de power van de studie sterker gedaald dan voorzien. Het feit dat er geen interventie effecten zijn gevonden voor gedragsverandering op het gebied van psychische gezondheid, middelengebruik en slechts een trend voor seksueel risicogedrag, kan mogelijk worden toegeschreven aan een te lage power.

Hoewel met betrekking tot de risicogedragingen significante verschillen werden gevonden tussen leerlingen met een westerse en een niet-westerse achtergrond, waren er geen significante verschillen bij de gevonden interventie effecten. Dit pleit ervoor om de interventie 'Les(s) & More' niet aan te passen voor de verschillen in etniciteit, maar in te richten op de risicogedragingen.

Onderzoek naar vergelijkbare interventies

- A. Wolfers et al, 2011b.
- B. In een cluster gerandomiseerd onderzoek (N= 739 mannen en vrouwen, gem. leeftijd van 18.2 jaar) op 24 ROC scholen is de hypothese onderzocht dat de combinatie van het geven van voorlichting met het aanbieden van spreekuren op de schoollocatie meer effect heeft op het SOA testgedrag dan alleen voorlichting of spreekuren. Hierbij is gebruik gemaakt van 3 experimentele condities: 1) twee voorlichtingslessen van elk 100 minuten, 2) SOA/Sense spreekuur; 3) beide componenten; en een controle groep. Gegevens over het SOA testen zijn verzameld via zelfrapportage en registraties bij de GGD. Vervolgmetingen hebben plaatsgevonden na 1, 3, en 6-9 maanden. Multi-level analyses zijn uitgevoerd.
- C. In groep 1 (voorlichting en spreekuur) lieten de meeste studenten zich testen op soa: 29%; in de controlegroep liet slechts 4% zich testen. In de groepen die alleen voorlichting of spreekuur ontvingen lieten respectievelijk 6% en 17% van de studenten zich testen. Volgens multilevel regressie analyses waarbij gecorrigeerd is voor de clustering van studenten binnen scholen en klassen waren studenten in groep 1 (voorlichting en spreekuur) significant vaker getest dan de controlegroep (OR=4,5, $p < 0.05$), bij de andere twee groepen was het verschil met de controlegroep niet significant.
-

7. Aangehaalde literatuur

- Bandura, A. (1986) Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Engelwood Cliffs: Erlbaum.
- Barkin, S.L., Smith, K.S. & DuRant, R.H. (2002). Social skills and attitudes associated with substance use behaviors among young adolescents. *J Adolesc Health*. Vol. 30(6), 448-454.
- Berlo, W. van, van Engen, A. & Mooren, T. (2004). Behandeling van slachtoffers van seksueel geweld. In: Gijs, Gianotten, Vanwesenbeeck, Weijnenborg (red.). *Seksuologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bos, C.A., Ede, J. van & Maarsingh, E.J. (2004). Korte indicatieve vragenlijst voor psychosociale problematiek bij adolescenten. Handleiding voor het gebruik.
- Bouma, J., Ranchor, A. van, Sanderman, R. & Sonderen, E. van (1995). Het meten van de symptomen van een depressie met de CES-D. Een handleiding. Rijksuniversiteit Groningen.
- Brug, J., Assema, P. & Lechner, L. (2012). Gezondheidsvoorlichting en gedragverandering: een planmatige aanpak. Van Gorcum, Open Universiteit Nederland. Achtste druk.
- CBS, (2013). Statistieken over psychische klachten opgevraagd op 5-7-2013 via <http://statline.cbs.nl/statweb/>. Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen.
- Conner, M. & McMillan, B. (1999). Interaction effects in the theory of planned behaviour: Studying cannabis use. *British Journal of Social Psychology*, Vol. 38, 195-222.
- Cooper, M.L. (2002). Alcohol use and risky sexual behaviour among college students and youth: evaluating the evidence. *Journal of studies on alcohol*, 14, 101-117.
- Corte, C.M., & Sommers, M.S. (2005). Alcohol and risky behaviors. *Annual review of nursing research*, 23, 327-360.
- Crosby, R. A., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Sionéan, C., Cobb, B. K. & Harrington, K. (2000). Correlates of unprotected vaginal sex among African American female adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154, 893-899.

- De Vries, H., Dijkstra, M. & Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: The third factor besides attitude and subjective norm as predictor of behavioral intentions. *Health education research*, Vol. 3, 273-282.
- De Vries, H., Kremers, S., Smeets, T., Brug, J., & Eijmael, K. (2008). The effectiveness of tailored feedback and action plans in an intervention addressing multiple health behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 22 (6): 417-425.
- Dunnink G. Advies extra contactmoment 15-16 jaar. Bilthoven, RIVM, 2009.
- Eagly, A.H. & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Orlando: HBJ College Publishers.
- Fishbein, M., & Ajzen, I., (2010) *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. New York: Psychology Press.
- Fransen, M.P., Stronks, K., & Essink-Bot, M.L. (2011). *Gezondheidsvaardigheden: Stand van zaken*. AMC, Universiteit van Amsterdam.
- Godin, G. & Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: A review of its applications to health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion*, Vol. 11, 87-98.
- Goenee, M.S. (2011). *De invloed van genotsmiddelen, psychische gezondheid en gezinsfactoren op het seksuele risicogedrag en zorgbehoefte bij MBO niveau 1&2 & 2 leerlingen*. Afstudeerthesis, Universiteit Utrecht.
- Goenee, publicatie in voorbereiding. *De interventie Les(s) & More : Een JGZ aanbod voor MBO leerlingen*.
- Gollwitzer, P.M. (1999). Implementation intentions. Strong effects of simple plans. *Am Psychol*, Vol 54(7), 493-503.
- Graaf, H. de, Meijer, S., Poelman, J., & Vanwesenbeeck, I. (2005). *Seks onder je 25ste. Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2005*. Delft: Eburon.
- Graaf, H. de, Kruijer, H., Acker, J. van, & Meijer, S. (2012). *Seks onder je 25e. Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2012*. Delft: Eburon.
- Hagemann, T. (2010). *Alcohol en het adolescentie brein*. Afstudeeropdracht Faculteit Natuurwetenschappen, Open Universiteit Nederland. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Heaney, C.A., & Israel, B.A. (2008). Social networks and social support. In K. Glanz, B.K. Rimer, K. Viswanath. (Eds), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice* (pp. 189-210). San Francisco: Jossey-Bass.
- Hingson, R., Zha, W. (2009). Age of drinking onset, alcohol use disorders, frequent heavy drinking, and unintentionally injuring oneself and others after drinking. *Pediatrics*. 2009 Jun;123(6):1477-84.
- Hobcraft, J. & Kiernan, K. (2001). Childhood poverty, early motherhood and social exclusion. *British Journal of sociology*, 52, 3, 495-517.
- Jager A., Roelofs M. & Eimers T. (2011). Jongeren in het middelbaar beroepsonderwijs. *Forum Monitor, oktober 2011*. Forum, Instituut voor multiculturele vraagstukken.
- Janz, N.K., & Becker, M.H. (1984). The health belief model: a decade later. *Health education quarterly*, 11, 1-47.
- Lemmers, L. & Cuijpers, P. (2005). Alcohol en uitgaansgeweld. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60, 395-410.
- Lesterhuis, M. (2010). *De docent competent. De opvattingen van docenten die lesgeven aan mbo - niveau 1 en 2*. Master thesis, Faculteit Algemene Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht.
- Mancuso J.M. (2009). Assessment and measurement of health literacy: an integrative review of the literature. *Nurs Health Sci* 2009;11:77-89.
- Moore, P., Adler N., & Kegeles, S. (1996). Adolescents and the contraceptive pill: the impact of beliefs on intentions and use. *Obstetrics & Gynaecology*, 88, 3, 48S – 56S.

- Norman, P., Bennett, P. & Lewis, H. (1998). Understanding binge drinking among young people: an application of the Theory of Planned Behaviour. *Health Education Research*, Vol. 13(2), 163-169.
- Pligt, J van der . & Richard, R. (1994). Changing adolescents' sexual behaviour: perceived risk, selfefficacy and anticipated regret. *Patient Education and Counselling*, 23, 187-196
- Prins, M. (2008). De deugd van tegenwoordig: onderzoek naar jongeren en hun grenzen. Radboud Universiteit Nijmegen.
- Prochaska J.O., Velicer W.F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, Vol. 12(1), 38-48.
- Rijpstra, A., & Bernaards, C. (2011). De leefstijl van MBO studenten in Nederland 2009/2010. Leiden: TNO.
- Rijpstra, A., Bernaards, C., Engebers, L., & Jongert, M.W.A. (2009). De leefstijl van MBO studenten in Nederland 2008/2009. Leiden: TNO.
- RIVM. (2013). Thermometer Seksuele Gezondheid 2012. RIVM, Bilthoven.
- Rollnick, S., Miller, W.R., & Butler, C. (2007). *Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior*. New York: Guilford Press.
- Rothman, A. J., & Kiviniemi, M. T. (1999). Treating people with information: An analysis and review of approaches to communicating health risk information. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 25, 44-51.
- Ruiter, R.A.C., & Kok, G. (2012). Planning to frighten people? Think again! In C. Abraham & M. Kools (Eds.), *Writing health communication: an evidence-based guide for professionals*. London,,: Sage.
- Sanberg, T., & Conner, M. (2008). Anticipated regret as an additional predictor in the theory of planned behavior: A meta-analysis. *The British journal of Social Psychology*, 47, 589-606.
- Schaalma, H & Kok, G. (2009). Decoding health education interventions: The times are a-changin'. *Psychology and health*, 24, 5-9.
- Schaalma, H & Kok, G. (2011). Case study 3: A school HIV prevention program in the Netherlands. Case study on the companion site for bartolomew et al. <http://bcs.wiley.com/he-bcs/Books?action=index&itemId=0470528516&bcsId=6246>
- Schrijvers, C.T.M. & Schuit, A.J. (2010). *Rapport Middelengebruik en seksueel gedrag van jongeren met een laag opleidingsniveau. Aangrijpingspunt voor preventie*. RIVM rapport 270372001. Bilthoven: RIVM.
- Stolte, I.G., Schilthuis, W. & Van der Wal, M.F. (2005). Genotmiddelengebruik onder 1e-jaars MBO leerlingen in Amsterdam. GGD Amsterdam.
- SWOV (2006). Factsheet Rijden onder invloed van alcohol en drugs.
- Ter Borgt, T., Van Lieshout, M., Doornwaard, S. & Eijkemans, Y. (2009). Middelengebruik en voortijdig schoolverlaten; twee onderzoeken naar de actuele en gepercipieerde rol van alcohol en cannabis in relatie tot spijbelen, schoolprestaties, motivatie en uitval. Universiteit Utrecht en Trimbosinstituut, Utrecht.
- Trimbos-instituut (2008). Jongeren vragen het zelf: strengere en duidelijkere omgang met alcohol. Anker solutions (intern rapport).
- VGGM (2012). Bewaken, beschermen en bevorderen van de Seksuele Gezondheid in Gelderland-Midden. VGGM, Arnhem.
- Walcott, C. & Music, A. (2012). Promoting Adolescent Help-Seeking for Mental Health Problems: Strategies for School-Based Professionals. *NASP, Communiqué*, v41 n1 p4, 6-7.
- Weinstein, N. D., & Sandman, P. M. (2002). The Precaution Adoption Process Model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & B. A. Lewis (red.). *Health Behavior and Health Education* (pp 144-160). San Fransisco: Jossey-Bass.

Witte, K. (1995). Fishing for success: using the persuasive health message framework to generate effective campaign messages. In E. W. Maibach & R. L. Parrott (red.). *Designing health messages: Approaches from communication theory and public health practice* (pp 145-166). Thousand Oaks, CA: Sage.

Wolfers M., Kok, G., Mackenbach, J., & Zwart, O. de, (2010). Correlates of STI testing among vocational school students in the Netherlands. *BMC Public Health*, 10, 725.

Wolfers, M., Zwart, O. de, & Kok, G. (2011). Adolescents in the Netherlands underestimate risk for STI and deny the need for STI testing. *AIDS Patient Care STDS*, 25 (5), 311-319.

Wolfers, M., Kok, G., Looman, C., Zwart, O. de, & Mackenbach, J.M. (2011). Promoting STI testing among senior vocational students: effects of a cluster randomized study. *BMC Public Health*, 11, 937.

Bijlage 1. Specifieke doelstellingen per subdoel

Voor elk van de subdoelen zijn de volgende specifieke doelstellingen gesteld:

- 1. De kennis over de risico's van onbeschermd seks en het gebruik van genotmiddelen van jongeren in het mbo niveau 1&2 neemt toe.**
 - Jongeren kunnen beargumenteren dat gevoelens en meningen over relaties en seksualiteit voor iedereen verschillen en dat het geslacht, culturele of religieuze achtergrond en seksuele voorkeur hierbij een belangrijke rol spelen.
 - Jongeren kunnen verschillen tussen (het lichaam) van man en vrouw benoemen.
 - Jongeren kennen de belangrijkste soa, weten hoe zij een SOA kunnen oplopen en voorkomen
 - Jongeren kennen de meest voorkomende anticonceptiemiddelen en hoe zij een (ongewenste) zwangerschap kunnen voorkomen.
 - Jongeren kunnen aangeven wat de invloed is van media, internet en groepsdruk.
 - Jongeren hebben kennis over de invloed van alcohol en cannabisgebruik op hun gezondheid

- 2. De risicoperceptie en besef dat hun eigen gedrag invloed heeft op hun gezondheid onder jongeren van het mbo niveau 1&2 neemt toe.**
 - Jongeren kennen de risico's van onbeschermd seks
 - Jongeren zijn zich bewust van de risico's bij confrontaties met seksueel getinte berichten via bijvoorbeeld de media en internet.
 - Jongeren kennen de risico's van overmatig genotsmiddeengebruik
 - Jongeren hebben kennis over de vergrote risico's van alcohol en cannabisgebruik in combinatie met het thema seksualiteit.
 - De jongeren zijn zich meer bewust van hun eigen gedrag en gezondheidsproblemen.

- 3. De attitude van jongeren in het mbo niveau 1&2 ten opzichte van een gezonde(re) leefstijl en het gebruik maken van hulpverlening om dit te bereiken is positiever.**
 - Jongeren onderkennen dat elk individu relaties en seksualiteit op een eigen manier kan beleven en opvatten en onderkennen daarin het belang van gelijkwaardigheid en respect voor elkaar.
 - Jongeren kunnen positieve argumenten aanvoeren om een condoom te gebruiken
 - Jongeren kunnen aangeven dat zowel een jongen als meisje verantwoordelijk is voor het hebben van veilige seks
 - Jongeren onderkennen de consequenties van een zwangerschap op een jonge leeftijd
 - Jongeren zijn zich bewust van de groepsdruk rondom middeengebruik.
 - Jongeren hebben (direct of indirect) een positieve ervaring opgedaan met de GGD als zorginstelling die ook voor hen wat kan betekenen.

- 4. De eigen-effectiviteitsverwachting wat betreft gezond(er) gedrag van jongeren in het mbo niveau 1&2 is versterkt: jongeren zien mogelijke concrete stappen richting gezond(er) gedrag en hebben er meer vertrouwen in dat zij deze stappen kunnen zetten.**
 - Jongeren kunnen ideeën en meningen vormen over relaties en seksualiteit en deze ook onderling met elkaar uitwisselen.
 - Jongeren kunnen zich verweren tegen seksueel grensoverschrijdend gedrag (via internet).
 - Jongeren kunnen argumenten noemen om een partner te overtuigen van veilig vrijen
 - Jongeren kunnen onderling het gesprek aangaan over grenzen, wensen, groepsdruk en de risico's van seksueel getinte media en internet.
 - Jongeren kunnen ideeën en meningen vormen over genotsmiddelen en deze ook onderling met elkaar uitwisselen.
 - Jongeren hebben tijdens het spreekuur individuele en realistische acties besproken voor behoud en/of adoptie van gezond(er) gedrag.

- 5. De gezondheidsvaardigheden van jongeren in het mbo niveau 1&2 nemen toe: jongeren weten de weg naar hulpverlening en kunnen hun hulpvraag uiten.**
 - Jongeren weten waarvoor ze terecht kunnen met vragen over soa en anticonceptie.
 - Jongeren zijn in staat om informatie op te zoeken op de site van Sense.info.
 - Jongeren weten waar ze terecht kunnen voor ondersteuning vanuit de verslavingszorg.
 - Jongeren kunnen via de vragenlijst hun zorgbehoefte uiten.

- Jongeren hebben tijdens de spreekuren advies en begeleiding ontvangen voor verdere stappen binnen het zorgsysteem (door verwijzing naar website, geven van contactgegevens, hulp bij maken van afspraak, etc.)

6. De jongeren in het mbo niveau 1&2 die behoefte hebben aan hulp, hebben hiertoe via de GGD een eerste stap gezet.

- Jongeren hebben in een gesprek met een verpleegkundige hun vragen en zorgbehoefte kunnen uiten.
- De verpleegkundige heeft de vragen kunnen beantwoorden en heeft de zorgbehoefte en mogelijke acties ter verbetering van de gezondheid met de jongere besproken
- De verpleegkundige heeft waar relevant tip gegeven voor verdere informatie of adviezen en zo nodig doorverwezen naar verdere zorg of hulpverlening.
- Die leerlingen die verdere begeleiding nodig hebben om hun weg te vinden binnen het zorgsysteem zijn overgedragen aan de betrokken jeugdarts en het Zorg Advies Team van de onderwijsinstelling.