

Les(s) & More

Werkblad beschrijving interventie

Gebruik de HANDLEIDING bij dit werkblad

Werkblad erkenningscommissie, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstituten:



Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie: Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden

Postadres: Postbus 5364

E-mail: info@vggm.nl

Telefoon: 088 8446 000

Website (van de interventie): www.vggm.nl/lessandmore

Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam : Milou van Zanten

E-mail : milou.van.zanten@vggm.nl

Telefoon : 088 35 55721

Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventiebeschrijving: Milou van Zanten

Titel interventie: Les(s) & More

Databank(en): Loket Gezond Leven

Plaats, instituut: Arnhem, Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden

Datum: 8 mei 2020

Het werkblad is een invulformulier voor het maken van een interventiebeschrijving, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel, enzovoort). De onderwerpen volgen de criteria voor beoordeling. De interventiebeschrijving is een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie over de interventie voor de bezoeker van de databanken effectieve interventies en voor de erkenningscommissie interventies. De informatie is van belang voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en randvoorwaarden van de interventie.

Dit werkblad wordt na erkenning, inclusief contactgegevens gepubliceerd op Loketgezondleven.nl en in indien relevant ook in de databases van onze samenwerkingspartners.

[Kijk bij het invullen in de handleiding die bij dit werkblad hoort.](#)

Inhoud

Colofon	2
Inhoud	3
Samenvatting	4
<i>Korte samenvatting van de interventie</i>	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal.....	Error! Bookmark not defined.
Onderbouwing.....	4
Onderzoek.....	5
Uitgebreide beschrijving	6
Beschrijving interventie.....	6
1.1 Doelgroep.....	6
1.2 Doel.....	8
1.3 Aanpak.....	8
Uitvoering	12
Onderbouwing	16
Onderzoek	21
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	21
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	22
Samenvatting Werkzame elementen	24
- Aangehaalde literatuur	25
Praktijkvoorbeeld	29

Samenvatting

Eén A-4tje, max 600 woorden

Korte samenvatting van de interventie – max 150 woorden

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 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.

Doelgroep – max 50 woorden

Les(s) & More richt zich specifiek op studenten (16-24 jaar) op het MBO niveau entree en niveau 2. Het percentage niet-westerse jongeren is hoog. De geletterdheid (lezen, schrijven, verbaal) en het conceptuele en analytische denkvermogen is van laag niveau. De aandachtspanne is relatief kort en de leermethodes praktijkgericht (Lesterhuis, 2010).

Doel – max 50 woorden

Jongeren op MBO niveau entree & 2 worden bewust gemaakt van hun (risico)gedrag ten opzichte van seksualiteit (online en offline) en worden toe geleid naar passende hulpverlening waardoor hun gezondheid en leefstijl verbetert.

Aanpak – max 50 woorden

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

1. Een lessenserie over relaties en seksualiteit. Gegeven door (door GGD) getrainde docenten.
2. Een triage op basis van zelfgerapporteerde zorgvraag door middel van een gezondheidsvragenlijst.
3. Een gecombineerd JGZ/SENSE/SOA spreekuur op de onderwijsinstelling.

Materiaal – max 50 woorden

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

www.vggm.nl/lessandmore

Onderbouwing – max 150 woorden

Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.

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 hoogerisicogroep wat betreft psychische gezondheid, middelengebruik en seksueel (risico) gedrag (De Graaf et al., 2005; De Graaf et al., 2012; De Graaf et al., 2017; Rijpstra & Bernaards, 2011; Rijpstra, Bernaards, Engbers & Jongert, 2009; Schrijvers & Schuit, 2010; Lisdonk, Dalmijn, Cense., 2016; Laar van, Cruts & Miltenburg, 2019).

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, motivatie en actie. Samengevat hebben jongeren op het MBO niveau entree & 2 een lager bewustzijn voor gezondheidsproblemen, geringe motivatie om gedrag aan te passen en ondernemen geringe actie tot hulpzoekgedrag.

De interventie zet in op zowel bewustzijn als motivatie als actie. De lessenserie werkt door middel van vergrote kennis en risicoperceptie voornamelijk in op bewustzijn en motivatie. Via de vragenlijst wordt de risicoperceptie en het bewustzijn vergroot. Daarnaast worden ze, door de mogelijkheid tot het uitspreken van een wens voor een gesprek met een verpleegkundige, aangezet tot actie. In het spreekuur komen bewustzijn, motivatie en actie aan bod.

Onderzoek – max 100 woorden

Onderzoeksresultaten schooljaar 2011-2012

Procesevaluatie:

- Alle betrokkenen positief over de interventie
- Lessenserie zorgt voor significante kennistoename (6.9 → 8.1 kennistoets)
- 51% van de studenten heeft behoefte aan gesprek met GGD
- 33% maakt gebruik van het spreekuur
- 94% raad het spreekuur aan bij een vriend(in)

Effectmeting:

- Alleen de lessenserie lijkt onvoldoende voor verandering in gedrag
- Complete interventie beschermt studenten mogelijk tegen een toename van risicovol seksueel gedrag
- De zorgbehoefte in de interventie is significant gereduceerd (OR = 0.44, $p < .05$) tov controlegroep
- Verschil in psychische gezondheid tussen studenten die behoefte hadden aan het spreekuur zijn weggevallen na bezoek aan het spreekuur.

Uitgebreide beschrijving

Beschrijving interventie

Het werkblad is ook geschikt voor een samenvattende beschrijving van complexe of samengestelde interventies. Dit zijn interventies die uit twee of meer afzonderlijke onderdelen bestaan. Denk aan interventies met aparte onderdelen voor verschillende doelgroepen, zoals een leefstijlinterventie die zowel gericht is op de community als op de school als op de individuele docent. Of aan interventies met verschillende modules die bij een doelgroep 'op maat' worden toegepast.

Naarmate er meer onderdelen zijn is het aan te bevelen de structuur visueel weer te geven in een schema. Dit geldt met name voor de subdoelen en voor de aanpak van de interventie. Zie ook de aanwijzingen in de handleiding.

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep – max 100 woorden

Wat is de uiteindelijke doelgroep van de interventie?

Deze interventie richt zich specifiek op jongeren (16-24 jaar) die student zijn op het MBO niveau entree en niveau 2. 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 – max 100 woorden

Zijn er intermediaire doelgroepen? Zo ja, welke?

Les(s) & More richt zich ook op intermediairs van de doelgroep: de docenten van het MBO. In de meeste gevallen zullen dit mentoren of docenten burgerschap zijn. Het is belangrijk dat de docent affiniteit heeft met het onderwerp leefstijl en relaties en seksualiteit. Docentenvinden het vaak lastig seksuele gezondheid met de jongeren te bespreken en krijgen daar ondersteuning in.

Selectie van doelgroepen – max 250 woorden

Hoe wordt de (intermediaire)doelgroep geselecteerd? Zijn er contra-indicaties? Zo ja, welke?

Alle MBO onderwijsinstellingen niveau entree&2 waar aan overwegend aan jongeren t/m 24 jaar wordt lesgegeven zijn geschikt voor deze interventie.

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

Mogelijke contra-indicatie spreekuur:

Studenten ouder dan 24 jaar (financiële reden). Zij zijn geen wettelijke doelgroep voor het Sense spreekuur of voor JGZ.

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

Betrokkenheid doelgroep – max 150 woorden

Was de doelgroep betrokken bij de (door)ontwikkeling van de interventie, en op welke manier?

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

Voor de eerste pilot met de combinatie van de lessenserie met de vragenlijst en het spreekuur in 2011, heeft een behoeftepeiling met focusgroepsdiscussies onder leerlingen en medewerkers van de MBO niveau entree&2 plaatsgevonden. Dit om te inventariseren of de geplande opzet en inhoud van deze interventie aansloot bij de behoefte

en de context van de onderwijsinstelling. De vragen uit de vragenlijst zijn vooraf getest bij de doelgroep en aanvullingen en wijzigingen van betrokkenen zijn meegenomen.

Zowel bij de eerste pilot in 2011 als de effectmeting in 2012, zijn de leerlingen en betreffende medewerkers betrokken bij de evaluatie. Suggesties en verbeteringen zijn meegenomen.

In schooljaar 2018/2019 is de vragenlijst in samenwerking met de leerlingen en docenten herzien. De lessenserie is daarnaast geüpdatet in overleg met de docenten.

1.2 Doel

Hoofddoel – max 100 woorden

Wat is het hoofddoel van de interventie?

Jongeren op MBO niveau entree & 2 worden bewust gemaakt van hun (risico)gedrag ten opzichte van seksualiteit (online en offline) en genotmiddelen en worden toe geleid naar passende hulpverlening waardoor hun gezondheid en leefstijl verbetert.

Subdoelen – max 350 woorden

Wat zijn de subdoelen van de interventie? Indien van toepassing: welke subdoelen horen bij welke intermediaire doelgroepen of subdoelgroep(en)?

Dit hoofddoel wordt bereikt door middel van de volgende subdoelen:

1. De kennis over de risico's van onbeschermd seks, het gebruik van genotmiddelen en de relatie tussen deze twee neemt toe.
2. De risicoperceptie en besef dat hun eigen gedrag (waaronder middelengebruik) en de keuzes die zij hierin maken invloed hebben op hun seksuele gezondheid neemt toe.
3. Jongeren zien dat de voordelen van gezond seksueel gedrag groter zijn dan mogelijke bezwaren die zij hier tegen hebben.
4. De eigen-effectiviteitsverwachting wat betreft veilig vrijen is versterkt: jongeren zien mogelijke concrete stappen om gezond seksueel gedrag te bereiken en hebben er meer vertrouwen in dat zij deze stappen kunnen zetten.
5. Jongeren weten waar zij betrouwbare informatie over seksuele gezondheid kunnen vinden en hoe en waar zij hulp kunnen zoeken (dus: betere gezondheidsvaardigheden)
6. De jongeren weten welke stappen ze moeten nemen om hulp te krijgen op het gebied van seksualiteit-en zijn, indien nodig, overgedragen aan de betrokken jeugdarts en het Zorg Advies Team van de onderwijsinstelling

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 hebben. En er vertrouwen in krijgen dat zij via gedragsverandering of – behoud gezondheidswinst kunnen behalen. Pas wanneer deze stappen zijn doorlopen en de jongeren zich bewust zijn van een eventuele zorgbehoefte, zal het gericht aanbieden van hulp effectief zijn. Omdat het dan inspeelt op een directe en concrete hulpvraag van de jongeren zelf. Het thema genotmiddelen wordt in deze interventie alleen belicht in relatie tot seksualiteit, bijvoorbeeld in welke mate zijn genotmiddelen van invloed op de keuzes die iemand maakt op het gebied van seksualiteit.

Subdoelen intermediaire doelgroep:

1. De docenten hebben voldoende kennis en vaardigheden om de lessenserie seksualiteit, relaties en genotmiddelen op effectieve wijze uit te voeren.
2. zijn bekend met de afstemming met GGD
Docenten kennen de samenwerkingsstructuur (waaronder verdeling van verantwoordelijkheden en planning) van de GGD en het ROC die nodig is voor de succesvolle uitvoer van Les(s) & More en weten de mogelijkheden tot doorverwijzing naar andere hulpverleners van de sociale kaart.
3. Docenten van het ROC zijn gemotiveerd en gestimuleerd voor het geven van een lessenserie seksualiteit en middelengebruik. Dit gebeurt in het kader van de kwalificatie-eisen Loopbaan en Burgerschap.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie – max 200 woorden

Hoe is de opzet van de interventie en wat is de omvang (duur, aantal contacten – indien van toepassing)?

Voeg eventueel een schema toe als bijlage.

Het project is opgedeeld in een initiële opstartfase en een daaropvolgende jaarlijkse cyclus van 3 fasen (zie schema jaarcyclus). Bij elke nieuwe onderwijsinstelling begint de interventie met een opstartfase. Daarna wordt per schooljaar de projectcyclus doorlopen. Voor de uitgebreidere werkwijze, zie hoofdstuk 2 en 3.2 uit de handleiding bij deze interventie.

(0) Opstartfase

- Draagvlak en akkoord voor gezamenlijke interventie bij directie GGD en directie ROC

- Gezamenlijke doelen voor de interventie aansluitend op de verschillende beleidskaders.
- Kaders voor samenwerking tussen JGZ, AGZ en ROC.
- Projectplan opgesteld.
- Sluitend financieringsplan.

Gebruikelijke tijdsduur: 3 – 12 maanden.

(1) Voorbereidingsfase

- Informeren en motiveren betrokken teams.
- Werkafspraken spreekuur en doorverwijzing opstellen.
- Definitieve opzet met evt. specifieke lokale accenten wat betreft de lessenserie en vragenlijst.
- Docenttraining, lessenserie afname vragenlijst en spreekuur inplannen.
- Benodigde materialen op voorraad.

Gebruikelijke tijdsduur: 1 – 3 maanden.

(2) Uitvoeringsfase

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

Gebruikelijke tijdsduur: 3 – 6 maanden

(3) Evaluatie- en doorstartfase

- Evaluatie opstellen.
- Projectplan indien nodig aangepast
- Samenwerkingscontract GGD-ROC indien nodig aangepast en vernieuwd
- Dekkend financieringsplan opgesteld, en indien nodig financiering aangevraagd

Gebruikelijke tijdsduur: 2 maanden

Inhoud van de interventie – max 1200 woorden

Welke concrete activiteiten worden uitgevoerd en -eventueel- in welke volgorde? Geef geen uitputtende beschrijving van activiteiten; het is voldoende als de lezer zich een beeld kan vormen van wat er gedaan wordt en hoe dit gedaan wordt.

Indien van toepassing per onderdeel samenvatten. Vergeet niet aandacht te besteden aan de werving.

Bij interventies op maat: geef aan wat op basis van welke criteria wanneer wordt uitgevoerd. Geef ook aan wat minimaal moet worden uitgevoerd om de gestelde doelen te behalen.

(0) Opstartfase

In deze fase wordt het idee om te starten met de interventie ingebracht. Dit kan zowel iemand van de GGD als iemand van de MBO instelling zijn. Geadviseerd wordt om op basis van de handleiding een pitch te doen binnen de eigen instelling. De contacten worden gelegd en aanspreekpunten worden vastgesteld. Het is belangrijk dat de mogelijkheden en wensen van beide partijen worden geïnventariseerd. Indien de bereidheid van beide instellingen er is wordt een projectteam en stuurgroep samengesteld.

- De projectgroep inventariseert wensen en problematiek bij de onderwijsinstelling (zowel professionals als leerlingen) om de interventie in een latere fase op maat te maken. In een latere fase zal de projectgroep verantwoordelijk zijn voor de planning en uitvoering van de bij de fase behorende taken.
- In de stuurgroep wordt een samenwerkingsverband vastgelegd. Eventuele extra financiering wordt aangevraagd. In een latere fase is de stuurgroep verantwoordelijk voor de benodigde financiering en besluitvorming.

(1) Voorbereidingsfase

In deze fase kan de interventie op maat worden gemaakt. Bijvoorbeeld door een nuancering in de vragenlijst of aansluiting bij andere leefstijlinterventies / lesmethoden. Alle onderdelen uit de interventie worden gepland en het benodigde materiaal wordt besteld.

(2) Uitvoeringsfase

Hieronder worden de 3 onderdelen toegelicht. Alle drie de onderdelen zijn verplicht.

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). Docenten worden getraind in het lesgeven over deze thema's. Indien zij bekend zijn met lesgeven over relaties en seksualiteit en genotmiddelen kan een verkorte training in het gebruik van het lespakket worden gevolgd.

Werkvormen zijn afgeleid van bestaande lesmaterialen (o.a.: Lang Leve de Liefde, Let's Talk, Girls' Choice en Up 2 U). In de verschillende lessen worden dezelfde werkvormen gebruikt. De werkvormen zijn herkenbaar, afwisselend en praktisch. De studenten gaan veel zelf aan het werk. Zie handleiding hoofdstuk 2.1 voor een uitgebreidere beschrijving van de lessenserie en de docentent training.

- Les 1. Relaties, seksualiteit en je lichaam
- Les 2. Gezonde seks: soa, anticonceptie, zwanger en dan?
- Les 3. Seks, grenzen, media en internet
- Les 4. Genotmiddelen en seksualiteit

Het thema genotmiddelen wordt alleen belicht in relatie tot seksualiteit. Voor een meer volledig preventieve aanpak van dit thema kan gebruik worden gemaakt van lessenseries die zich op dit thema focussen. Up 2 U is deels gebruikt in L&M, waardoor aansluiting hierbij soepel is. Andere interventies die als aansluiting om L&M gebruikt kunnen worden zijn bijvoorbeeld de erkende interventies 'Wiet-check' (Trimbos), 'Moti-4' (Monderiaan) en ROC-aanvalsplan (Youz).

2. Docentent training

Alle docenten volgen een training. Indien docenten al ervaring hebben met lesgeven over relaties en seksualiteit volstaat een training over het gebruik van het lesmateriaal. Dit gebeurt in overleg met de school.

De docentent training duurt 4 uur¹ en wordt verzorgd door één of twee medewerkers van de GGD², bijvoorbeeld een gezondheidsbevorderaar en/of een SOA verpleegkundige met trainingservaring.

Opzet docentent training:

- Kennismaking
- Bespreken aanleiding en opzet interventie
- Doel van de training: wat willen de docenten zelf uit de training halen
- Uitleg lessenserie
- Eigen houding en lastige vragen
- Omgaan met lastige situaties in de klas
- Diverse werkvormen oefenen
- Doorverwijzen
- Afronden en evaluatie.

3. 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. In de vragenlijst komen meer gezondheidsthema's aan bod dan in de lessenserie, omdat dat ook thema's zijn waar de JGZ verpleegkundige mee kan helpen of in kan doorverwijzen. Leerlingen kunnen op de vragenlijst aangeven of zij op een bepaald thema met een verpleegkundige van de GGD willen praten. De afname gebeurt klassikaal, zodat een zo hoog mogelijke response wordt behaald.

Bij het invullen is een verpleegkundige van de GGD aanwezig die de vragen kan beantwoorden en direct de vragenlijsten kan verwerken. Het inzien en verwerken van de vragenlijsten gebeurt i.v.m. medisch beroepsgeheim alleen door de verpleegkundigen van de GGD. Op dezelfde dag wordt het spreekuur gehouden. Dit is belangrijk omdat de leerlingen anders minder geneigd zijn op het spreekuur te komen.

4. Het spreekuur

De GGD verpleegkundige nodigt leerlingen die een zorgvraag op de vragenlijst hebben geuit uit voor het spreekuur op de onderwijsinstelling. Indien de leerling enkel een soa/sense vraag heeft wordt deze uitgenodigd door de soa/sense verpleegkundige. Bij een JGZ/sense onderwerp of JGZ onderwerp wordt deze door de JGZ/sense verpleegkundige uitgenodigd. De leerlingen worden uit de klas geroepen waarbij rekening wordt gehouden met de privacy van de leerlingen. Op de huidige locaties is het zo dat leerlingen regelmatig de klas uit worden gehaald. Hierdoor is voor de overige leerlingen onduidelijk wat de reden hiervoor is. Tijdens consulten worden inhoudelijke vragen beantwoord, de

¹ 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.

² Indien er meer dan 10 docenten getraind worden, dient het 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.

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. Gemiddeld duurt een consult 30 minuten. Leerlingen worden opgeroepen en niet gepland, waardoor meer of minder tijd per consult mogelijk is.

De verpleegkundige past 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 vragen uit de vragenlijst en van de leerling zijn leidend voor de opbouw van het gesprek. De spreekuren verlopen verder volgens de landelijk geldende richtlijnen. In het geval van gevonden SOA wordt de cliënt verzocht contact op te nemen met de GGD en wordt 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 GGD³. Er wordt gebruik gemaakt van de reguliere registratiesystemen.

Doorverwijzen na het spreekuur:

Verwijzing naar andere, externe, hulpverlening vindt op indicatie plaats. Dit gebeurt volgens de reguliere werkafspraken en sociale kaart van de betreffende GGD. De verpleegkundige bespreekt de 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. De leerling wordt intensief geholpen om goed bij de hulpverlening aan te komen. Zo nodig wordt de afspraak samen gemaakt en/of gemonitord. Doorverwijzing naar begeleiding en/of nazorg vanuit het ROC is ook mogelijk. De route moet worden vastgelegd in werkafspraken conform de geldende richtlijnen wat betreft privacy en meldingsplicht.

(3) Evaluatie- en doorstartfase

De evaluatie wordt uitgevoerd met leerlingen, docenten, uitvoerende verpleegkundigen en het projectteam (zie materialen op www.vggm.nl/lessandmore). Allen vullen een vragenlijst in gericht op proces en inhoud. Op basis van deze evaluatie wordt een evaluatieverslag geschreven. Daarnaast wordt een rapportage gemaakt van de ingevulde vragenlijsten en het gebruik van het spreekuur. Op basis van de evaluatie worden aanpassingen gedaan in het proces. Vooral het plannen van juiste moment in het schooljaar om de interventie in te zetten vergt vaak aanpassing. De keuze om volgend jaar (al dan niet met aanpassingen) door te gaan wordt gemaakt.

³ 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.

Uitvoering

Materialen – max 200 woorden

Welke materialen zijn beschikbaar voor de uitvoering, werving en evaluatie van de interventie?

De interventie is beschreven in de handleiding (zie www.vggm.nl/lessandmore). De volgende materialen zijn in deze handleiding te vinden

Deze materialen kunt u gebruiken in fase 0 (opstartfase) en 1 (voorbereidingsfase):

1. Projectdocumentatie

Hier vindt u voorbeelden van een samenwerkingsovereenkomst, uitgebreid projectplan en een behoefte onderzoek.

De volgende materialen zijn ondersteunend aan fase 2 (uitvoeringsfase):

2. Docententaining.

De opzet van de docenten training en bijbehorende powerpoints en werkbladen zijn hier te vinden. Deze zijn gerelateerd aan het lesmateriaal wat de docenten uiteindelijk zullen toepassen.

3. Lessenserie

Hierin bevindt zich de handleiding van de lessenserie en ondersteunende powerpoint. Daarnaast is er een optioneel in te zetten kennistoets.

4. Vragenlijst

U kunt een voorbeeld vinden van de gezondheidsvragenlijst en bijbehorende lesopzet. Er is ook een introductiefilmpje voor leerlingen.

5. Spreekuur

Er zijn voorbeelden opgesteld voor werkafspraken voor een outreach consult, welke ondersteunend kan zijn voor de uitvoerend verpleegkundige. Verder is een Excel sheet samengesteld om de consulten (anoniem) te registreren ten behoeve van de eindrapportage.

Ter ondersteuning aan fase 3 (evaluatie- en doorstartfase) zijn de volgende ondersteunende materialen ontwikkeld:

6. Een voorbeeld evaluatieplan, evaluatieformulieren (leerlingen, docenten, GGD professionals) en een opzet voor de jaarlijkse rapportage.

Locatie en type organisatie – max 200 woorden

Waar kan de interventie uitgevoerd worden en welk(e) soort(en) organisatie(s) kan/kunnen de interventie uitvoeren?

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 Opleidingscentrum, ROC) waar de middelbare beroepsopleiding op entreeniveau en niveau entree wordt verzorgd.

De praktische uitvoering van de interventie is altijd de onderwijsinstelling.

Opleiding en competenties van de uitvoerders – max 200 woorden

Wie zijn de uitvoerders en welke opleiding en competenties hebben zij nodig?

Onderstaande competenties zijn aanvullend aan de benodigde opleiding en competenties die benodigd zijn voor het reguliere werk van de betreffende professional:

De projectleider :

- Aanpassingsvermogen, gestructureerd, resultaatgericht, stressbestendig, helikopterview
- Communicatieve vaardigheden: inzien van verschillende belangen en bruggen leggen tussen verschillende partijen.
- Bij voorkeur ruime ervaring met het opzetten en (bege)leiden van complexe samenwerkingsverbanden

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

- Organisatie- en klantgericht, schriftelijke en communicatieve vaardigheden, flexibiliteit, creativiteit.
- Affiniteit met jongeren en docenten van MBO entree en 2
- Bij voorkeur kennis van effectieve lesmethoden voor dit onderwijsniveau of gemotiveerd zich hierin te verdiepen.

Vakdocenten en mentoren van het ROC:

- Affiniteit met leefstijlthema's en gemotiveerd om met deze thema's aan de slag te gaan. Vaardigheden kunnen worden opgedaan tijdens de docententraining.

Verpleegkundigen:

- Twee jaar ervaring met laagopgeleide jongeren.
- Flexibiliteit, aanpassingsvermogen en geduld.

Artsen (achterwacht op afstand):

- Geldende competentie eisen voor de functies als JGZ arts en/of SG arts

Kwaliteitsbewaking – max 200 woorden *Hoe wordt de kwaliteit van de interventie bewaakt?*

De kwaliteit van de interventie wordt bewaakt via:

- De inrichting van het projectteam: stuurgroep en projectgroep
- Jaarlijkse evaluatie
- (Reguliere) Casuïstiekbespreking

In de stuurgroep zit iemand met beslissingsbevoegdheid over financiën, een aanspreekpunt voor docenten op het gebied van gezondheid (zoals een zorgcoördinator) en een GGD professional. In de projectgroep zitten docenten, verpleegkundigen GGD en projectleider. Een stuurgroep komt jaarlijks 2 maal bijeen:

- Bij start van de interventie: contactpersonen, planning, trainingsbehoefte en budget.
- Bij afloop interventie voor evaluatie en voortzetting volgend jaar.
 - o Jaarlijks wordt een evaluatie gehouden en een rapportage gemaakt met de bereikte resultaten. Hierin staan de resultaten wordt het verloop/het proces besproken. Er wordt gebruik gemaakt van schriftelijke evaluatieformulieren en registratiesheets (zie handleiding). Input van professionals van beide instellingen en de doelgroep is de basis voor het evaluatiegesprek in de stuurgroep. De projectleider is verantwoordelijk.
- Tussentijds zijn er projectteamvergaderingen. Hierin worden praktische zaken besproken als leerlingenaantal, ruimte, betrokken professionals.

De jaarlijkse evaluatie en rapportage (zie Rapportage 2018-2019) wordt gebruikt voor doorontwikkeling. Op basis hiervan is bijvoorbeeld besloten om het spreekuur altijd op schoollocatie uit te voeren. De vragenlijst is aangepast naar een lager niveau en opnieuw bekeken vanuit de veranderingen omtrent AVG. De lessenserie is geüpdatet, met voorbeelden passend bij wat de leerlingen aanspreekt (bv muziek, reclames, afbeeldingen).

De reguliere Sense en/of JGZ bijscholingen, multidisciplinaire overleggen en intercollegiale toetsingen zouden afdoende moeten zijn om competenties op het gebied van seksualiteit en JGZ of SOA op peil te houden. Aangeraden wordt om, in ieder geval in het eerste jaar, extra overlegmomenten in te plannen – bij voorkeur onder begeleiding van een arts - om specifieke casuïstiek te bespreken.

Randvoorwaarden – max 200 woorden

Wat zijn de organisatorische en contextuele randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de interventie?

Binnen de GGD:

- Directie van GGD en management van JGZ en AGZ die werknemers ondersteunt bij de opzet en uitvoer van deze interventie. Bijvoorbeeld: uren, budget en scholing mogelijk maken.
- Functionerend samenwerkingsverband JGZ/AGZ, (of bereidheid om deze op te zetten)
- Functionerende afdeling JGZ met Sense-opgeleide JGZ professionals (of bereidheid om deze te volgen) en poli seksuele gezondheid.
- Bereidheid, logistieke mogelijkheden en flexibiliteit voor consulten op locatie en bijbehorende werkafspraken.
- Aanstellen van projectleider (of bereidheid om deze functie uit handen te geven aan een andere partij)
- Een JGZ- en verpleegkundige seksuele gezondheid neemt deel aan het projectteam.
- Verzorgen van een training aan docenten.

Binnen het ROC:

- Directie en management ondersteunt de opzet en uitvoer van deze interventie. Bijvoorbeeld vrijmaken van uren en budget, ruimte voor scholing en opname in jaarplan / beleid.
- Kartrekker vanuit het ROC die de regie verzorgt in de instelling en aan het projectteam deelneemt.
- Bereidheid en gemotiveerdheid onder de docenten om de lessenserie voor te bereiden en uit te voeren.

- Actief deelnemen aan de docententruining.
- Aanschaffen benodigde lesmaterialen.
- Docenten kunnen adequaat omgaan met dilemma's rondom lesgeven over dit thema (zoals homonegativiteit, cultuurverschillen, ervaringsverschillen en het creëren van een veilige sfeer)
- Aanwezigheid van geschikte ruimte(n) voor consulten.
- Op de dag van het afnemen van de vragenlijst wordt het spreekuur op locatie georganiseerd, dan zijn de leerlingen de gehele schooldag aanwezig en beschikbaar om naar het spreekuur te komen.
- Wenselijk: bereidheid om de lessenserie als verplicht onderdeel in het lesprogramma op te nemen in het kader van de kwalificatie-eisen Loopbaan en Burgerschap.

Implementatie – max 200 woorden

Is er een systeem voor implementatie? Geef een samenvatting.

Werving

De interventie staat vermeld in de interventie database loket gezond leven en gezonde school, in de menukaart seksuele gezondheid GGD Gelderland-Midden en is gepitcht en via een informatiestand toegelicht op de informatiebijeenkomst gezonde school, thema gezonde relaties & seksualiteit (4 serieus geïnteresseerde GGD 'en).

GGD Gelderland-Midden heeft sinds 2020 op iedere MBO locatie een contactpersoon seksuele gezondheid.

- De interventie wordt gepromoot in de jaarlijkse nieuwsbrieven naar MBO-instellingen.
- De interventie wordt gepromoot in alle directe contacten met MBO: trainingen, adviesgesprekken, gastlessen.
- Bij de locaties die de interventie uitvoeren zijn ook locatie overstijgende professionals betrokken: medewerkers studentzaken, trajectbegeleiders, beleidsmedewerkers. Zij zoeken intern naar haakjes om het project te promoten, op basis van problematiek die speelt.

Implementatie

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

Barrières:

- Onderdeel JGZ moet betaald door de onderwijsinstelling.
- Scholen hebben andere prioriteiten.
- Lastig op te nemen in het curriculum, met name bij scholen die geen zorg gerelateerde opleidingen bieden.

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

(www.vggm.nl/lessandmore).

Kosten – max 200 woorden

Wat zijn de kosten van de interventie? Benoem daarbij de personele (in aantallen uren) en de materiële kosten.

De belangrijkste kostenpost in dit project zijn de arbeidskosten. Een uitgebreide projectbegroting is te vinden in de handleiding.

Bij de berekening zijn een aantal uitgangspunten gebruikt:

- De schattingen zijn gemaakt op basis van een onderwijsinstelling met 3 locaties en 14 klassen (ongeveer 230 leerlingen, 150 consulten).
- Per spreekuur dag wordt 8 uur geteld. Per spreekuur dag kunnen 6 tot 8 consulten uitgevoerd worden. Dit in verband met voorbereiding, reistijd, logistiek ter plaatse, oproepen van de leerlingen, administratie en nabespreking.
- De gebruikte tarieven zijn uit 2018, inclusief 40% opslag.
- Een aantal kosten zijn 'budgetneutraal' omdat er vanuit wordt gegaan dat de taken tot de reguliere werkzaamheden van de betreffende functionarissen behoren. Of het betreft materialen die aanwezig dienen te zijn.

Organisatie / afdeling	Bedrag
Arbeidskosten GGD AGZ	€ 17.88,50
Arbeidskosten GGD JGZ	€ 12.300,90
Arbeidskosten ROC	€ 5.575,50

Materiaalkosten	€ 300,00
Totaal	€ 36.020,90

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

Onderbouwing

Probleem – max 400 woorden

Voor welk probleem of (mogelijk) risico is de interventie ontwikkeld? Omschrijf aard, ernst, spreiding en gevolgen.

Probleem

De gezondheid en leefstijl van jongeren in het MBO en van allochtone herkomst is zorgelijk. Laag opgeleide en allochtone jongeren zijn een hoogrisicogroep voor seksueel (risico) gedrag, middelengebruik en psychische gezondheid (De Graaf et al., 2005; De Graaf et al., 2012; De Graaf et al., 2017; Rijpstra & Bernaards, 2011; Rijpstra, Bernaards, Engbers & Jongert, 2009; Schrijvers & Schuit, 2010; Lisdonk, Dalmijn, Cense., 2016; Laar van, Cruts & Miltenburg, 2019). De interventie L&M richt zich voornamelijk op het grotere risico dat laag opgeleide jongeren lopen op seksueel risicogedrag.

- Laag opgeleide jongeren starten vroeger met seksuele ervaringen, hebben minder kennis van voortplanting en anticonceptie, gebruiken anticonceptie minder consequent en hebben vaker te maken gehad met een ongeplande zwangerschap (De Graaf et al., 2017; Lisdonk, Dalmijn & Cense, 2016).
- Bij ongewenste seksuele ervaringen spelen alcohol of drugs vaak een rol (Messman-Moore, 2008). Meiden die veel alcohol gebruiken geven vakeraan spijt te hebben gehad van een seksuele ervaring. (Harreveld, 2009).
- Laagopgeleide jongeren kennen vaak een ongezonde leefstijl met betrekking tot tabak, alcohol en drugs (Schrijvers & Schuit, 2010, Rijpstra & Bernaards, 2011; Rijpstra, Bernaards, Engbers & Jongert, 2009; Laar van, Cruts & Miltenburg, 2019).
- In 2017 had 5% van de Nederlandse jongeren (16-20 jaar) depressieve klachten (CBS, 2019). Psychische problemen nemen aanzienlijk af naarmate het schoolniveau van jongeren toeneemt.

Jongeren van entree niveau en niveau 2 van het MBO ontbreken vaak als respondenten bij landelijke onderzoeken. Echter is te verwachten dat de risicogedragingen evenveel - zo niet meer - 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 entree&2, bevestigen dat de cijfers voor deze groep op veel thema's ernstiger zijn dan voor de algemene MBO groep (Goenee, 2011; Goenee et al. 2013). De leerlingen hebben meer ervaring met geslachtsgemeenschap dan de algemene populatie, waarbij 53% geen condoom gebruikt en 1/3 meiden geen anticonceptie. 13-15% van de jongens en 18-23% van de meisjes heeft ervaring met een ongeplande zwangerschap. Veel leerlingen rapporteren ongewilde seksuele ervaringen. Het drugsgebruik heeft voor een redelijk grote groep (67%) geen experimenteel karakter. Op basis van de CES-D score speelt bij 3/10 leerlingen mogelijk een depressie.

In 2019 zijn de cijfers van de ingevulde vragenlijsten van 4 schooljaren (2015-2016 t/m 2018-2019) bekeken (Factsheet Les(s)&More, Gelderland Midden). Hieruit blijkt dat:

- van de seksueel actieven
 - a. gebruikt 76% niet altijd anticonceptie
 - b. heeft 17% ervaring met onbedoelde zwangerschap
- 40% rookt
- 7% drugs en alcohol tegelijk gebruikt
- 35% zit niet lekker in zijn / haar vel

Spreiding

Veel ongezonde gedragingen clusteren binnen dezelfde jongeren. Onderzoek (12-16 jaar) wijst uit dat het vaak dezelfde jongeren zijn die alcohol drinken, roken, cannabis gebruiken en riskant seksueel gedrag vertonen (Schrijvers & Schoemakers, 2012). Ook blijkt dat een stapeling van risicofactoren gerelateerd is aan opleiding. Het hebben van meerdere risicogedragingen gaat samen met een grotere opleidingskloof (André, Meuleman & Kraaykamp, 2018). 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 et al., 2013). Om vast te kunnen stellen of de resultaten van de twee onderzoeken uit regio Arnhem landelijk generaliseerbaar zijn, is replicatie op andere MBO niveau entree&2 instellingen in Nederland nodig.

Gevolgen

Depressieve klachten	Verslechterde schoolprestaties, schoolverzuim, sociaal disfunctioneren(Sytema et al., 2005).
Roken	Belangrijkste oorzaak van ziekte en vroegtijdige sterfte (Laar van, Cruts & Miltenburg, 2019)

Vroege start en regelmatig zwaar alcoholgebruik	Verminderde hersenontwikkeling (Hagemann, 2010), internaliserende problemen en externaliserende problemen, lagere concentratie, slechtere schoolprestatie (Verdurmen et al., 2006), seksueel risicoedrag (Corte & Sommers, 2005), verslaving (Hingson & Zha, 2009). Bij jongeren is dit risicovoller dan bij volwassenen (Hendriks et al., 2014).
(on geplande) zwangerschap jonge leeftijd	Gezondheidsrisico's moeder en kind, belemmering maatschappelijke participatie en sociale achterstand (Hobcraft & Kiernan, 2001). Schaamte of schuld (Cense & Dalmijn, 2016). Schooluitval (Fiom, 2017).
Seksuele dwang	Trauma, angst- en stemmingsstoornissen, PTSS, internaliserende en externaliserende gedragsproblematiek (Hobcraft & Kiernan, 2001). Psychologische aandoeningen, waaronder PTSS, depressie, angst, dissociatieve stoornissen, stoornis in seksueel functioneren, eetstoornis, slaapstoornis en middelengebruik (ISTSS studies, 2018)
Seksuele trauma's	Verminderd verlangen, orgasmestoornis (van Berlo et al., 2004).

Oorzaken – max 400 woorden

Welke factoren veroorzaken het probleem of (mogelijk) risico?

Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.

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

Drie fasen in het I-change model:

- Bewustwording
- Motivatie
- Actie

Dit model is ook toepasbaar op gezondheidsbevordering bij MBO-leerlingen niveau entree&2 voor gedragsverandering n/of behoud gezond gedrag en hulpzoekgedrag bij (gezondheids)vragen.

Jongeren op het MBO hebben minder kennis en zijn zich minder **bewust** van eigen (risico)gedrag.

- Lage kennis en misvattingen met betrekking tot relaties en seksualiteit (De Graaf et al., 2017) en minder bewust van risicogedrag ten opzichte van soa (Wolfers et al, 2011a, Wolfers et al, 2011b).
- Geringe kennis van schadelijke effecten alcohol (Trimbos-instituut, 2008)
- Misvattingen over effecten van alcohol en drugs (Stolte et al., 2005).

Dit kan leiden tot een laag bewustzijn van het gezondheidsprobleem, waardoor zijn minder geneigd zijn om hulp te zoeken.

Volgens het I-change model is **motivatie** noodzakelijk voor gedragsverandering. Motivatie wordt beïnvloed door attitude, sociale netwerken, sociale steun en eigen-effectiviteitsverwachting.

- Positieve attitude en intentie ten aanzien van veilig vrijen, risico's op besmetting en ongewenste zwangerschap, anticiperen op spijtgevoelens en vertrouwen in eigen vaardigheden vergroot de kans op consistent condoom gebruik bij meiden (de Graaf, et al., 2005; Moore, Adler en Kegeles, 1996).
- Jongeren denken negatief over het bij zich dragen van condooms: dan ben je uit op seks. Dit is echter één van de belangrijkste voorspellers van condoomgebruik (De Graaf et al., 2017). Het negatieve beeld draagt niet bij aan de motivatie om condooms bij je te dragen.
- Attitude ten opzichte van soa testen is één van de belangrijkste determinanten van testgedrag (Wolfers et al, 2010).
- Sociale netwerken en sociale steun hebben een belangrijke invloed op keuzes over een (on)gezonde leefstijl (Heaney & Isreal, 2008). Groepsdruk, gewoonten en voorbeelden van vrienden/ouders hebben invloed op alcoholgebruik (Prins, 2008), drugs (Conner, 1999) en consistent condoom- en pilgebruik (de Graaf et al., 2005). Deze factoren kunnen echter ook gebruikt worden om positieve attitude te verstevigen.
- Seksueel ervaren laagopgeleide jongeren hebben een lage effectiviteitsverwachting ten opzichte van soatesten (Wolfers et al., 2011a). Meiden met minder vertrouwen in eigen vaardigheden lopen een groter risico op onbeschermd seks (Crosby et al, 2000; van der Pligt & Richard, 1994).

MBO leerlingen vertonen minder **actie** voor gedragsverandering of bij zorgbehoefte. Een zekere mate van cognitief en emotioneel vermogen zijn nodig om signalen te verwerken en tot actie te komen (Brug et al, 2012; Walcott & Music, 2012; Stronks & Essink-Bot, 2011). Door hulp naar jongeren toe te brengen, is minder actie vanuit hen vereist.

- Het merendeel van de laagopgeleide jongeren voor senseconsulten werd bereikt via Les(s) & More (interne cijfers VGGM, 2018).
- Jongeren hebben vaak remmende attitudes; 'ik los dit zelf wel op' (Walcott & Music, 2012).
- Omgevingsfactoren (afstand & kosten) kunnen een barrière vormen (Burg et al, 2012).
- Bestaande JGZ-hulpverlening richt zich niet op de leeftijd 16-23 jaar (Dunnink, 2009)

Een lager niveau van **gezondheidsvaardigheden** is onder andere gerelateerd aan laaggeletterdheid. Dit komt vooral voor bij mensen met een laag opleidingsniveau en/of waarvan Nederlands niet de eerste taal is. Deze kenmerken gelden in grote mate bij MBO-leerlingen niveau entree&2. De verwachting is dat beperkte gezondheidsvaardigheden een extra remmend effect hebben op de factoren voor gedragsverandering in het I-Change Model (Fransen, Stronks & Essink-Bot, 2011).

Aan te pakken factoren – max 200 woorden

Welke factoren pakt de interventie aan en welke onder 1.2 benoemde (sub)doelen horen daarbij?

Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.

Hoewel het gedrag een belangrijke laatste stap is in het model, is het niet te verwachten dat een korte interventie met slechts enkele contactmomenten gedragsverandering kan bewerkstelligen. De bedoeling van de interventie is dat het hiertoe een aanzet geeft, door in te spelen op aantal determinanten uit het Integrated I-change model, namelijk: kennis, attitude, risicoperceptie, eigen-effectiviteitsverwachting, 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 (zie het onderdeel 'verantwoording' van dit werkblad voor een schematische weergave).

De lessenserie

- Bewustzijn door middel van vergroten kennis en risicoperceptie
- Motivatie door middel van attitude, sociale druk en vaardigheden

Gerelateerde sub 1, 2, 3, 4, 5, 6.

- De docenten zijn in staat de lessenserie seksualiteit, relaties en genotmiddelen op effectieve wijze uit te voeren.

De vragenlijst

- Risicoperceptie: invullen van de vragenlijst zorgt voor confrontatie met eigen risicogedrag
- Motivatie: jongeren geven in de vragenlijst aan of ze behoefte hebben aan een gesprek met een verpleegkundige

Gerelateerde subdoelen: 2, 7.

Het spreekuur

- Bewustzijn: gesprekken met de verpleegkundigen over eigen gedrag
- Motivatie: motiverende gespreksvoering
- Gedragsverandering: realistisch, individueel actieplan

Gerelateerde subdoelen: 1, 2, 3, 4, 6, 7

Verantwoording – max 1000 woorden

Maak aannemelijk dat met deze aanpak ook daadwerkelijk de doelen bij deze doelgroep bereikt kunnen worden.

Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.

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). In het onderdeel probleem en oorzaken zijn diverse determinanten aan bod gekomen die van invloed zijn op het probleem. Deze determinanten worden in deze interventie aangepakt.

Determinant	Methodiek	Aanpak in Les(s) & More
Kennis	<p>Informatie overdracht (Schaalma & Kok, 2011)</p> <p>Actief leren (Bandura, 1986)</p>	<p>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. Ze leren 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.</p> <p>Spreekuur: Tijdens het consult beantwoordt de verpleegkundige vragen, corrigeert misvattingen en geeft waar nodig extra uitleg.</p>
Risicoperceptie en bewustzijn effect eigen gedrag	<p>Informatie geven over relatie tussen gedrag en gezondheid (Weinstein & Sandman, 2002), in combinatie met actief leren (Bandura, 1986)</p> <p>Confrontatie met eigen gedrag/situatie (Rothman & Kiviniemi, 1999)</p>	<p>Lessenserie: Door middel van goed/fout stellingen wordt de relatie tussen gedrag en gezondheid uitgelegd over (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.</p> <p>Vragenlijst: Doordat de leerlingen vragen invullen over hun gedrag en ervaren gezondheid worden zij bewust gemaakt van hun eigen (mogelijke) risicogedrag en/of eventuele slechte(re) gezondheid en daarmee geconfronteerd.</p> <p>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 gedragingen en/of ervaren gezondheid boven tafel te krijgen en vat deze samen. Hierdoor wordt de leerling zich nog meer bewust van zijn/haar gezondheidsrisico's.</p>
Attitude	<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. Dit kan leiden tot her-evaluatie van de balans tussen voor- en nadelen.</p> <p>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>

	Motivational Interviewing (Rollnick et al., 2007)	<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 nieuwe argumenten aandragen en inspelen op geanticipeerde spijt bij risicogedragingen.</p>
Eigeneffectiviteit	<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: De risico's van het huidige gedrag worden uitgelegd. De verpleegkundige legt uit dat gedragsverandering dit risico zal verminderen en de leerlingen het gevoel geven dat ze dit gezondheidsadvies kunnen uitvoeren.</p>
Actie	<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 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. Ook wordt besproken 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. Zo wordt de drempel voor de leerling om later nogmaals deze site te bezoeken verlaagd. 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>

Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering – max 600 woorden

Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de uitvoering van de interventie?

Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van ieder genoemd onderzoek mee.

Beschrijf per onderzoek:

- a) De titel, auteurs, organisatie en jaar van uitgave (indien gepubliceerd)
- b) Het type onderzoek, de onderzoeksmethode en de omvang van het onderzoek
- c) Een samenvatting van de meest relevante uitkomsten met betrekking tot inzicht in de mate waarin activiteiten zijn uitgevoerd volgens plan, het bereik van de interventie, de waardering en ervaring van de uitvoerders en doelgroep, succes- en faalfactoren, en -indien beschikbaar- de uitvoerbaarheid, de randvoorwaarden en de omgevingsvariabelen.

Pilot 2010-2011

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

- A. Niet gepubliceerd.
- B. Feedback verzameld via evaluatieformulieren na lessenserie, afname vragenlijst en spreekuren. Verder aangevuld met focusgroepgesprekken met betrokken professionals 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.

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.
- De lessenserie moet structureel worden aangeboden. Er moet aansluiting komen met trainingen op studiedagen. Om de vrijblijvendheid van de lessenserie af te halen, moet vanuit 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 gemist. Sindsdien is het mogelijk een arts te kunnen consulteren tijdens een spreekuur en te kunnen doorverwijzen naar een arts.

Vervolg onderzoek 2011-2012

- A. Goenee, 2013: eindverslag ZONMW projectnummer 156512001
- B. Quasi-experimentele studie. Door middel van evaluatieformulieren onder professionals (docenten en verpleegkundigen) en leerlingen zijn de lessenserie en de spreekuren geëvalueerd.
 - Lessenserie / docententraining - enquête: 116/127 en 12/14 docenten vulden de vragenlijst in.
 - Spreekuur: 38/42 leerlingen en 4/4 verpleegkundigen vulden de vragenlijst in.

C. Lessenserie:

- Rapportcijfer: Leerlingen 7,6 / docenten 8,2

Vragenlijst:

- 51% van de leerlingen die de vragenlijst hebben ingevuld, heeft behoefte aan een gesprek met de GGD. Het merendeel over meer dan één gezondheidsthema. De grootste zorgbehoefte was 1) een SOA test (39%) en 2) ondersteuning bij hun psychische gezondheid (24%). De leerlingen die aangaven een SOA test te willen rapporteerden ook meer seksueel risicogedrag. Leerlingen die psychische ondersteuning wilden rapporteerden ook een slechtere psychische gezondheid. De meeste van de leerlingen die een hulpbehoefte uitten, gaven aan niet eerder hulp te hebben gezocht.

Spreekuur:

- 33% Van de leerlingen die aan de interventie heeft deelgenomen, heeft van het spreekuur gebruik gemaakt.

- 80% Van de leerlingen die op de vragenlijst hadden aangegeven graag op gesprek te willen, is 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. 22% van de SOA testen en 2/3 zwangerschapstesten was positief.
- 45% van de leerlingen die naar het spreekuur zijn geweest, zijn een vervolgtraject gestart.
- 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:

- Enkele werkvormen uit de lessenserie zijn ondertussen verouderd. Leerlingen willen ook graag meer variatie in de werkvormen.
 - ➔ De lessenserie is vernieuwd in 2018.
- 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.
 - ➔ De vragenlijst is versimpeld in taalgebruik. Het aantal vragen zijn gelijk gebleven ten behoeve van onderzoeksdoeleinden.
- 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%).

Leerlingen worden na het invullen van de vragenlijst (op dezelfde dag) uit de klas geroepen).

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten – max 600 woorden

Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de behaalde effecten met de interventie?

Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van iedere genoemde studie mee.

Let op: dit onderdeel (4.2) hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op de niveaus 'Goed beschreven' en 'Goed onderbouwd'.

Beschrijf per onderzoek:

- a) De titel, auteurs, organisatie en jaar van uitgave
- b) Het type onderzoek, de meetinstrumenten en de omvang van het onderzoek
- c) Een samenvatting van de meest relevante uitkomsten met betrekking tot het bereik van de interventie, de gevonden effecten en -indien beschikbaar- de door de doelgroep ervaren effectiviteit en de mate waarin de veronderstelde werkzame elementen daadwerkelijk zijn uitgevoerd.

Onderzoek in Nederland

A. Goenee, 2013

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 entree & 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 ($t(91) = -2.38, p = .019, \eta^2 = .06$). 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 ; $t(28) = 2.16, p = .040, \eta^2 = .14$) als op korte termijn (T1-T2: -2.64 versus -0.44 ; $t(28) = 3.38, p = .002, \eta^2 = .29$).

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.

Samenvatting Werkzame elementen

Wat zijn de werkzame elementen van deze interventie waardoor de gestelde doelen bij de doelgroep gerealiseerd worden? Geef een puntsgewijs overzicht van de belangrijkste werkzame elementen van de interventie. Denk daarbij aan inhoudelijke en praktische elementen.

Max 250 woorden

Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.

Inhoudelijk werkzame elementen:

- Er wordt rekening gehouden met de laaggeletterdheid (simpel taalgebruik, interactieve werkvormen, concrete voorbeelden en situaties, korte oefeningen)
- Jongeren worden herinnerd aan hun afspraak doordat ze tijdens de lessen uit de klas worden gehaald (rekening houdend met anonimiteit).
- Tijdens het consult past de verpleegkundige 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.
- De intensieve begeleiding bij doorverwijzing (tijdens en na het consult) door de verpleegkundige / zorgcoördinator / mentor van de onderwijsinstelling, is belangrijk om ervoor te zorgen dat 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.
- De combinatie van educatie en zorgaanbod levert een hogere opkomst bij het spreekuur dan een spreekuur alleen (Wolfers et al, 2011b).

Praktische werkzame elementen:

- De drempel om gebruik te maken van het spreekuur is laag
- Interventie past binnen de kwalificatie-eisen Loopbaan en Burgerschap.

- Aangehaalde literatuur

Maak een alfabetische lijst van alle in deze beschrijving aangehaalde literatuur en gebruik hiervoor de APA-normen (variant met kleine letters, zie aanwijzingen in de handleiding).

André, S., Meuleman, R. & Kraaykamp, G. (2018). Een (on)gezonde leefstijl. Opleiding als scheidslijn. *Sociaal en cultureel planbureau*. Den Haag

Bandura, A. (1986) Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs: Erlbaum.

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.

CBS, (2019). Gezondheid en zorggebruik; persoonskenmerken opgevraagd op 4 maart 2019 via <https://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=83005ned&D1=28&D2=0-7&D3=0&D4=a&HD=170425-0958&HDR=G2,G3,T&STB=G1&P=T>. Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen.

Cense, M. & Dalmijn, E. (2016). In een klap volwassen. *Rutgers* 2016.

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.

Fiom, 2017. Richtlijn preventieve schooluitval zwangere studenten en studerende ouders.

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 entree & 2 leerlingen. Afstudeerthesis, Universiteit Utrecht.
- Goenee, M.S., Hulstijn, M., Straaten, L., Londen, M., Reitz E., Bezem. J. (2013). 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 adolescente brein. Afstudeeropdracht Faculteit Natuurwetenschappen, Open Universiteit Nederland. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Harreveld C. (2009). Ongewenste seks tijdens het uitgaan: Wanneer 'ja' tot spijt leidt en 'nee' niet wordt gerespecteerd. Utrecht: Universiteit Utrecht
- 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.
- Hendriks, V., Spijkerman, R. et al. (2014). Richtlijn ADHD en middelengebruik bij adolescenten. Screening, diagnostiek en behandeling in de jeugd-GGZ en jeugdverslavingszorg. Amersfoort: Resultaten Scoren.
- 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.
- International Society for Traumatic Stress Studies, Sexual Violence Briefing Paper Work Group. (2018). Sexual assault, sexual abuse, and harassment: Understanding the mental health impact and providing care for survivors. Retrieved from www.istss.org/sexual-assault
- 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.
- Laar, M.W. van., Cruts, A.A.N. & Miltenburg, C.J.A. van. (2019). Nationale drugmonitor. Jaarbericht 2019. *Trimbosinstituut*.
- 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 entree en 2. Master thesis, Faculteit Algemene Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht.
- Lisdonk, J. van., Dalmijn, El., & Marianne Cense. (2016), Gewoon gezellig zo'n buik. Tienerzwangerschap bij meiden met een lichte verstandelijke beperking. *Rutgers Kenniscentrum seksualiteit*.
- Mancuso J.M.(2009). Assessment and measurement of health literacy: an integrative review of the literature. *Nurs Health Sci* 2009;11:77-89.

- Messman-Moore T. L., Coates A. A., Gaffey K. J., Johnson C. F. (2008). Sexuality, substance use, and susceptibility to victimization: Risk for rape and sexual coercion in a prospective study of college women. *Journal of Interpersonal Violence*.
- 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.
- 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.
- 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.

Praktijkvoorbeeld

Beschrijf, indien beschikbaar, in max. 600 woorden een praktijkvoorbeeld van de uitvoering van de interventie: hoe was de situatie voor, tijdens en na de interventie?

Voor de interventie

Medewerkers van het ROC constateerde veel signalen van risicogedrag op niveau entree en 2. Ieder jaar zaten er een aantal tienermoeders in de klas en raakte er een aantal meiden zwanger. Er was gebrek aan kennis over basale zaken zoals de menstruatiecyclus. Er werd veel gebloed en alcohol gebruikt. Dit risicogedrag komt, zo blijkt uit de literatuur, vaker voor onder laag opgeleide jongeren. Op initiatief van de school is contact gezocht met de GGD om te kijken wat hier preventief aan kon worden gedaan.

Tijdens de interventie

Door de combinatie van de lessenserie (en bijbehorende docenttraining), de vragenlijst en het spreekuur wordt het praten over risicogedrag voor de leerlingen makkelijker, gewoner. Tijdens het spreekuur wordt problematiek besproken die door de studenten nog niet eerder geuit was, merken de docenten.

Een praktijkvoorbeeld: Tijdens het spreekuur seksuele gezondheid doet een meisje van 17 jaar een zwangerschapstest. Het meisje geeft aan nog niet bedacht te hebben dat het nodig is om deze te doen. De zwangerschapstest is positief. Met de hulp van zowel de verpleegkundigen als de school neemt het meisje het besluit tot abortus. Een lastige situatie, waarbij het meisje dankzij deze interventie goede begeleiding heeft gekregen. Zo zijn er nog meer voorbeelden te bedenken met onderwerpen als meisjesbesnijdenis, 'hersteloperaties' van het maagdenvlies en seksueel geweld.

Deze interventie geeft kennis over (risico) gedrag en inzicht in de eigen situatie. Hulp wordt direct geboden, terwijl jongeren voor de interventie vaak niet door hebben dat ze in een situatie zitten waarin ze geholpen kunnen worden. Daarnaast leert de ervaring dat, wanneer het niet mogelijk is om alle studenten die willen op het spreekuur op school te plannen, deze leerlingen (ook al willen ze dus wel) niet naar de GGD komen om met een verpleegkundige te praten. Jongeren geven aan dat de hulp laagdrempelig en vrijblijvend is, met een positieve insteek en zonder beschuldigende vinger. Ze krijgen direct antwoorden op hun vragen en tips om aan de slag te gaan. Belangrijk, want thuis bespreken ze deze onderwerpen vaak niet.

Na de interventie

De interventie wordt inmiddels een aantal jaar uitgevoerd. Het voor wordt het team steeds normaler om over risicogedrag te praten met jongeren. In het team onderling merk je dat het geen apart onderwerp is, maar onderdeel van het werk. Regelmatig is er een opfriscursus om nieuwe thema's, of onderzoeken te bespreken. Daarnaast worden nieuwe teamleden meteen meegenomen in het traject.

Les(s) & more is inmiddels onderdeel van het curriculum en heeft een vaste plek in de structuur van de school.