

Preventie en Zorg
Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T +31 71 518 18 18
F +31 71 518 19 10
info-zorg@tno.nl

TNO-rapport

KvL/P&Z 2008.068

Sense: eerstelijnscentra voor seksuele en reproductieve
gezondheidszorg

Rapportage over zuidelijk Zuid-Holland, Midden-Holland
en Flevoland

Datum	Augustus 2008
Auteur(s)	M.R. Crone A.G. van Dorst P.L. Kocken
Opdrachtgever	ZonMw
Projectnummer	011.75141/01.01
Aantal pagina's	129 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	7

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

Samenvatting, conclusies en aanbevelingen

Samenvatting

Inleiding

Instellingen die werkzaam zijn op het terrein van soa-, zwangerschaps- en seksuologische hulpverlening in de regio's Midden-Holland, Flevoland en zuidelijk Zuid-Holland werken sinds 2005 samen in eerstelijnscentra op het terrein van seksuele en reproductieve gezondheidszorg, Sense genaamd. Deze eerstelijnscentra zijn gesubsidieerd door het programma Seksualiteit van ZonMw. In de projecten wordt een laagdrempelig geïntegreerd aanbod ontwikkeld, waarbij er in het hulpverleningscontact aandacht is voor soa, seksuele problemen en vraagstukken op het gebied van zwangerschap.

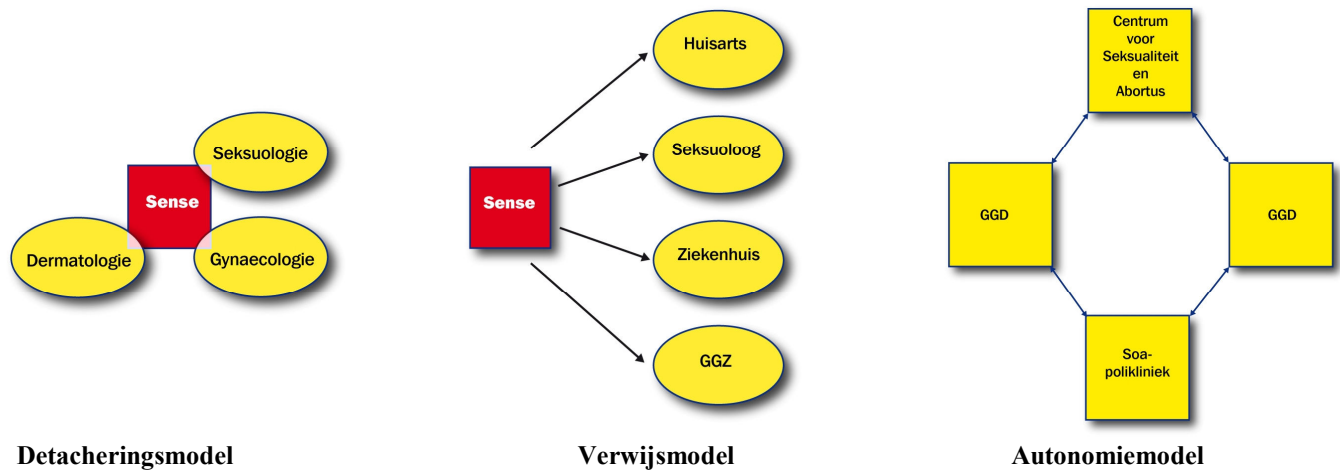
TNO heeft onderzocht hoe de oprichting van Sense verloopt en of de doelstellingen van Sense behaald zijn. In het onderzoek worden de volgende vragenstellingen beantwoord:

1. Worden de samenwerkingsplannen van onder andere soa-poliklinieken, abortusklinieken en GGD'en gerealiseerd zoals bedoeld?
2. Leidt de samenwerking tussen de eerstelijns seksualiteitshulpverlening en reproductieve zorg tot meer bekendheid met de organisaties en tot een groter bereik in de algemene bevolking en bij specifieke doelgroepen?
3. Hoe worden door cliënten de door de participerende instellingen geboden adviezen, voorlichting en behandeling gewaardeerd?
4. Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren in de totstandkoming van de samenwerkingsverbanden?
5. Hoe waarderen professionals en managers van participerende eerstelijns hulpverleningsinstellingen de samenwerking? Hoe waarderen externe betrokkenen Sense?

Het onderzoek volgt de methode van programma-evaluatie. Op basis van de doelstellingen van de regionale projecten zijn, in overleg met de regionale samenwerkingsverbanden, criteria bepaald waaraan het succes van de samenwerkingsinspanningen kan worden afgemeten. Bij de toetsing van de criteria zijn de volgende evaluatiemethoden gebruikt: analyse van notulen, rapportages en andere relevante documenten, analyse van registratiegegevens van het aanbod en gebruik van de eerstelijnscentra, een survey in de bevolking naar de bekendheid met de eerstelijnscentra en spreekuren, een enquête naar cliëntsatisfactie, en enquêtes en (groeps-)interviews over belemmerende en bevorderende factoren en tevredenheid bij hulpverleners en managers. Deze onderzoeksmethoden zijn parallel aan elkaar gebruikt.

De drie regio's

De wijze waarop het hulpaanbod van Sense in de drie regio's is georganiseerd, verschilt per regio. Aan de hand van de meeste in het oog springende kenmerken kunnen drie organisatiemodellen worden onderscheiden: het detacheringsmodel, verwijzingsmodel en autonomiemodel (zie figuur 1). Overigens sluiten de modellen elkaar niet helemaal uit. Zo vindt in alle modellen verwijzing plaats. Het gaat echter om accenten die men aan de organisatievormen heeft gegeven.



Figuur 1. Drie organisatiemodellen van Sense

Sense Midden-Holland: detacheringsmodel

In Midden-Holland is Sense ondergebracht bij het soa-sprekuur van de GGD. De seksuoloog, dermatoloog en gynaecoloog van het Groene Hart Ziekenhuis zijn naar dit spreekuur gedetacheerd en nemen de medische zorg op zich. Er vindt triage plaats. Afhankelijk van de hulpvraag van de cliënt wordt deze verwezen naar de disciplines op het gebied van soa-, zwangerschaps- of seksuologische hulpverlening. De professionals bieden integrale zorg, dat wil zeggen, zij onderzoeken de hulpvraag op alle drie genoemde problemen. Zonodig wordt de cliënt verwezen naar de tweede lijn. De meeste zorgvragen kunnen worden beantwoord door de soa-verpleegkundige. Er wordt door Sense Midden-Holland gewerkt volgens protocollen waarin de triage en zorgketens zijn vastgelegd. In de protocollen en stroomschema's is de advisering en behandeling op het gebied van soa, anticonceptiepillen, abortus en seksuologie beschreven. Het in Sense Midden-Holland gerealiseerde hulpaanbod komt gedeeltelijk overeen met het oorspronkelijke plan. Het is een regionaal centrum voor seksuele gezondheidszorg, waarin het aanbod van zorg vanuit de GGD en het Groene Hart Ziekenhuis is gebundeld. De in het plan genoemde huisartsen, geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijk werk zijn nog niet bij Sense betrokken. Het was ook de bedoeling om een nieuwe organisatie op te richten met eigen huisvesting. Hiervoor is geen financiering gevonden.

Sense Flevoland: verwijsmodel

Sense Flevoland hanteert het verwijsmodel. De verpleegkundigen gaan integraal in op de hulpvraag van de cliënt en verwijzen zonodig naar tweedelijnsorganisaties. Sense Flevoland is gesitueerd in de GGD-locaties. Dit is ook gerealiseerd. De soa-sprekuren in Almere en Lelystad zijn omgevormd tot een Sense spreekuur. Later zijn daar nog spreekuren bij de markt van Almere en in Emmeloord aan toegevoegd. De verpleegkundigen bieden daar een integraal aanbod gericht op alle drie terreinen soa, zwangerschap en seksuologie. In het oorspronkelijke plan werd nog gedacht aan een nieuwe organisatie, met een eigen bestuurlijke en juridische structuur. Echter, dit bleek te hoog gegrepen. Daarom is gekozen voor een netwerkorganisatie die werkt vanuit een groei-model, waarbij integraal wordt ingegaan op de hulpvraag van de cliënt en er

afspraken met de tweedelijnsorganisaties worden gemaakt over doorverwijzingen. Bij de afronding van het evaluatieonderzoek, begin 2008, is verbetering van deze afspraken met bijvoorbeeld de ziekenhuizen en GGZ-instellingen een aandachtspunt voor de coördinator van Sense Flevoland. Ook de sociale kaart van het hulpaanbod is nog niet klaar. Gebruik wordt gemaakt van de protocollen uit zuidelijk Zuid-Holland. Deze moesten aan het einde van de projectperiode nog worden aangepast aan de situatie van Flevoland. Voor bijscholing van de verpleegkundigen wordt gebruik gemaakt van zowel het landelijke cursusaanbod, als van scholing door een seksuoloog uit de regio. Echter, een gedeelte van de verpleegkundigen moet de landelijke opleiding van de NSPOH nog volgen.

Sense zuidelijk Zuid-Holland: autonomiemodel

De organisatie van Sense zuidelijk Zuid-Holland (zZH) kan worden beschouwd als een autonomiemodel. Het aanbod wordt integraal aangeboden door autonome organisaties. Vanuit verschillende spreekuren bieden de bestaande deelnemende organisaties (GGD'en, soa-polikliniek en centrum voor seksualiteit en abortus) hulp. Al bij aanvang werd het door de samenwerkingspartners niet wenselijk geacht een geheel nieuwe voorziening op te zetten met nieuwe vestigingen. De curatieve soa-sprekuren en abortushulpverlening in de regio besteden in hun aanbod geïntegreerd aandacht aan seksualiteit, anticonceptie en soa. Het aanbod kent bij de start van Sense drie geïntegreerde soa-sprekuren en één geïntegreerd abortussprekuur. Later worden hier nog aan toegevoegd een vierde geïntegreerd soa-sprekuur, enkele jongerensprekuren en een avondsprekuur voor speciale doelgroepen, met name prostituees. Afhankelijk van de behoefte van de cliënt wordt in de spreekuren een vervolgspraak gemaakt of wordt de cliënt verwezen. Zo kan er worden verwezen naar een spreekuur voor kortdurende counseling door een seksuoloog, die voor het project een dagdeel in de week beschikbaar is.

Sense zZH besteedt veel tijd en aandacht aan de ontwikkeling van protocollen voor de nieuwe werkwijze van geïntegreerde aandacht voor soa, zwangerschap en seksualiteit. Zo zijn onder meer een protocol geïntegreerd (soa-)sprekuur, een protocol geïntegreerd abortussprekuur en een richtlijn verstrekking anticonceptiepil ontwikkeld. De integrale aandacht voor alle aspecten van seksuele gezondheid is niet in alle spreekuren van Sense zZH tot uitvoering gekomen. Met name aandacht aan eventuele problemen met seksualiteit blijkt vanwege tijdsdruk en het ontbreken van vaardigheden door niet alle verpleegkundigen consequent bij alle cliënten te worden gegeven.

Een aanbod voor deskundigheidsbevordering is ontwikkeld. Tijdens zogenaamde medewerkersdagen zijn thema's behandeld over onder andere seksualiteit en over counseling. Ook zijn bijscholingen georganiseerd. Tot de doelgroep behoren voornamelijk verpleegkundigen. Met een regionale instelling voor geestelijke gezondheidszorg zijn afspraken gemaakt voor verwijzing van cliënten naar seksuologische hulpverlening. Voor bijscholing van huisartsen over seksualiteit bleek bij deze beroepsgroep te weinig belangstelling te bestaan. Sense zZH heeft geen prioriteit gegeven aan voorgenomen samenwerkingsafspraken met hulpverleners op het gebied van seksueel geweld, homo/lesbische hulpverlening en transseksualiteit.

Voor PR en communicatie werken de drie regio's samen volgens een landelijk communicatieplan. Ze voeren alle drie de naam Sense, die in Midden-Holland eerder is gehanteerd. Er is één huisstijl en logo ontwikkeld die door alle drie Sense regio's worden gebruikt. Ook is er één website ontwikkeld met doorklikmogelijkheden naar de afzonderlijke Sense centra. De PR in de drie regio's afzonderlijk heeft bestaan uit onder meer het uitdelen van flyers en condooms bij regionale manifestaties en folders, en het

neerleggen van folders in de spreekkamer van verwijzers. Ook zijn kick-off meetings en symposia georganiseerd.

Tot slot maken de drie regio's gebruik van het registratiesysteem soa-epd, waaraan een tabblad is toegevoegd voor de registratie van cliëntcontacten van Sense.

Opvattingen en tevredenheid van direct betrokkenen

De hulpverleners en managers die direct betrokken zijn bij Sense, zijn in 2006 en 2007 gevraagd een vragenlijst in te vullen en daarna geïnterviewd. Zij zijn aan het einde van de projectperiode positief over hetgeen door Sense tot stand is gebracht. In alle regio's vinden aan het einde van het project meer hulpverleners en managers dat de seksuele en reproductieve gezondheidszorg in de regio redelijk tot goed is georganiseerd. De stijging tussen de voor- en nameting van de opvatting dat het goed georganiseerd is, is in alle drie de regio's meer dan het criterium van 5%. Wanneer het door Midden-Holland gestelde criterium van 60% wordt gehanteerd, dan voelen in Midden-Holland en zuidelijk Zuid-Holland zich voldoende medewerkers betrokken bij Sense. In Flevoland voelt aan het einde van de projectperiode de helft van de respondenten zich betrokken tot zeer betrokken. Van de drie regio's vinden de respondenten van Flevoland het minst dat er goede afspraken zijn gemaakt en daar is op de nameting een achteruitgang. De medewerkers zijn in het algemeen vaker van mening dat het hulpaanbod van Sense aansluit op de behoeften van jongeren, dan op die van allochtonen.

In het algemeen zijn de medewerkers van mening dat de verbreding van hun werkgebied naar andere onderwerpen bevrediging geeft. In Midden-Holland voelen zeven van negen respondenten zich bij de tweede meting goed in staat hun taken uit te voeren. In Flevoland is dit slechts één van de vijf respondenten en in zuidelijk Zuid-Holland 48%.

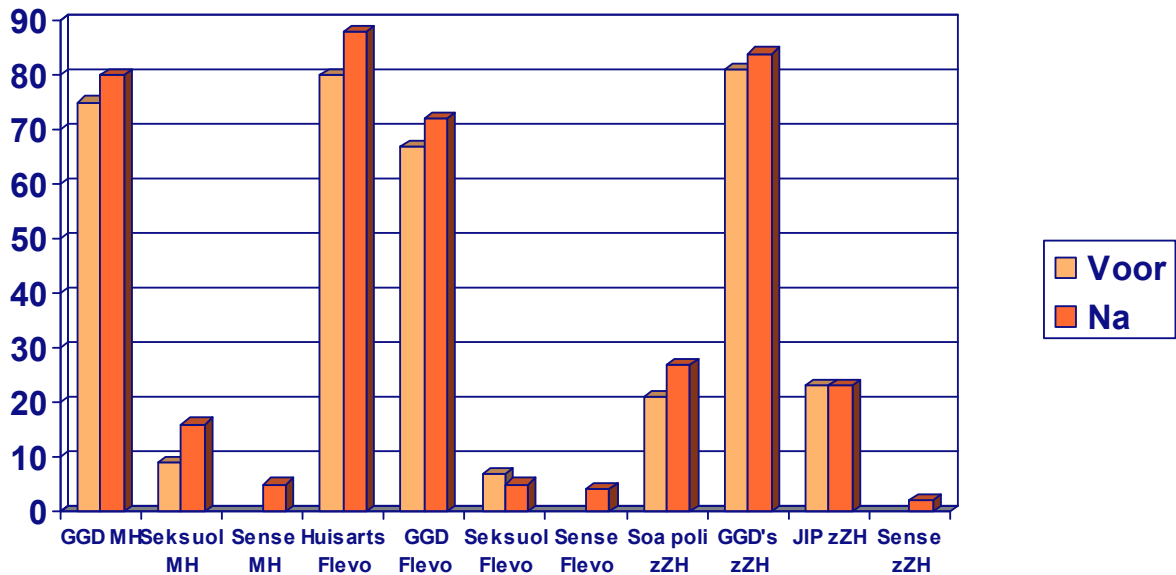
Bekendheid

TNS-NIPO heeft in 2005 en 2007 in de drie regio's onderzocht wat de bekendheid was van jongeren van 15 tot 29 jaar met organisaties in de seksuele en reproductieve gezondheidszorg. Op de vraag of jongeren spontaan instanties kennen die hulp bieden op het gebied van soa/hiv en anticonceptie, worden door meer dan 75% van de jongeren dergelijke instanties genoemd. De meeste spontaan genoemde instanties zijn huisartsen en GGD'en.

De jongeren zijn goed op de hoogte van het feit dat enkele aan Sense verbonden instellingen hulp verlenen op het gebied van de seksuele gezondheidszorg. Zo is 70-80% ermee bekend dat GGD'en een aanbod hebben op dit gebied (zie figuur 2). Het aanbod van seksuologiepraktijken is in de regio's veel minder bekend: 4-16%. De bekendheid van de GGD'en neemt tussen de twee metingen licht toe. Ook de bekendheid van de huisartsen die aan Sense Flevoland waren verbonden en de soa-poli van ErasmusMc neemt toe. In Midden-Holland neemt de bekendheid van de seksuoloog toe. In Flevoland blijft de bekendheid van seksuologiepraktijken laag. De toename in bekendheid is nergens, voor zover nog realiseerbaar, meer dan het criterium van 20%. Door de regio's is het criterium gesteld dat er een stijging is van 5% van jongeren die minimaal één instantie kunnen noemen waar ze terecht kunnen voor problemen op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheidszorg. De bekendheid met één of meer instanties die zorg bieden op het gebied van seksuele gezondheid is in Midden-Holland en Flevoland in 2005 al heel hoog (91% en 96%) en neemt daardoor ook niet toe. In zuidelijk Zuid-Holland stijgt de bekendheid met één of meer instanties met 4%, waarmee het criterium van 5% bijna wordt gehaald.

Door de drie regio's is als criterium gesteld dat de naam Sense aan het einde van de projectperiode bekend zou moeten zijn bij 35% (zuidelijk Zuid-Holland) en 60%

(Midden-Holland en Flevoland) van de jongeren van 15 tot 29 jaar. Dit criterium was duidelijk veel te hoog gesteld. De bekendheid van de naam Sense blijft in de tweede meting bij ongeveer 5% steken.



Figuur 2. Bekendheid met seksuele gezondheidszorg

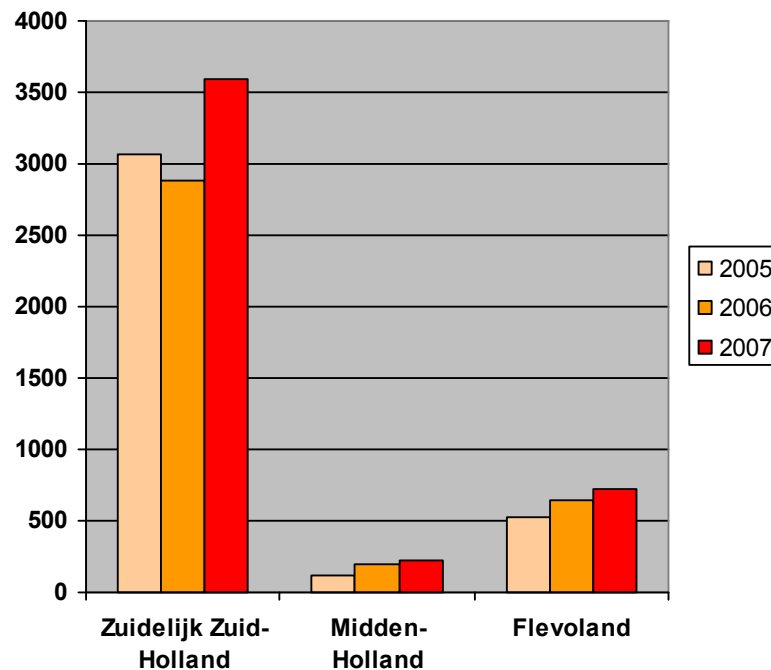
Gebruik van Sense

De regio's hadden criteria gesteld op het gebied van het gewenste aantal zorgvragen dat Sense in de experimentele periode zou krijgen. De registraties van cliëntcontacten en consulten van instellingen zijn geanalyseerd. Het aantal nieuwe consulten dat men zich in 2006 en 2007 ten doel had gesteld is alleen in zuidelijk Zuid-Holland gehaald. Daar kwam men in 2007 boven het streefaantal van 12.500.

Overigens was er in alle drie regio's wel een stijging in consulten, zoals dat met soa-consulten landelijk ook de trend is. In Midden-Holland was de stijging in één jaar tijd in 2006 zelfs 100%. Dit is ruim boven het landelijke stijgingspercentage van 10% in soa-consulten in 2006. In het tweede jaar is alleen het aantal consulten seksuologie in de regio met 25% gestegen, hoger dan het criterium van 20%. Ook in Flevoland steeg aantal consulten in de totale bevolking in 2006 met meer dan de landelijke trend. In zuidelijk Zuid-Holland was er in 2007 een sterke stijging.

Het aantal zorgvragen bij jongeren beneden de 25 jaar stijgt gemiddeld genomen in de drie regio's, en loopt in de pas met de stijging bij de oudere leeftijdsgroepen (zie figuur 3).

Opvallend is dat jongeren die in het bekendheidsonderzoek van TNS-NIPO antwoorden wel eens te maken hebben gehad met een vraag of probleem op het gebied van seksuele gezondheid, in Midden-Holland in 2007 minder vaak zeggen een beroep te hebben gedaan op een instantie dan in 2005 (van 57% naar 35%). In Flevoland en zuidelijk Zuid-Holland is het percentage in beide jaren ongeveer 50%. Aan het criterium van een stijging van 10% wordt daarmee niet voldaan.

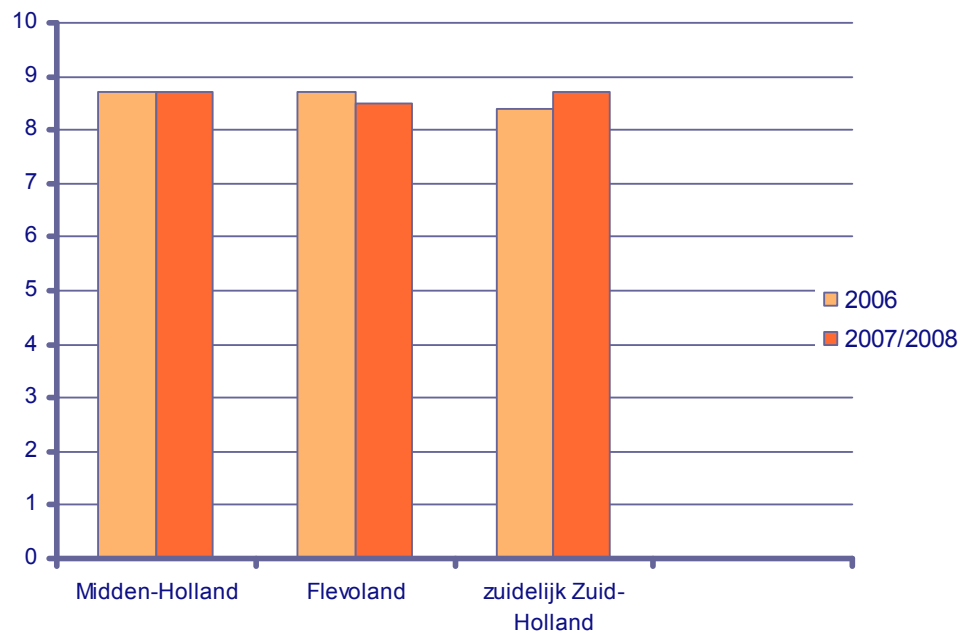


Figuur 3. Aantal consulten in de leeftijdsgroep 24 jaar en jonger

Tevredenheid cliënten

Cliënten van Sense hebben na het consult een vragenlijst over hun tevredenheid ingevuld. Dit is in 2006 gedaan en aan het einde van 2007. De tevredenheid van cliënten met het hulpaanbod van Sense is zeer hoog. De respondenten geven het spreekuur een gemiddeld rapportcijfer van 8,4 tot 8,7 (zie figuur 4). Eerdere satisfactieonderzoeken bij soa-sprekuren en centra die de oude MH/SH-regeling uitvoerden, laten satisfactiecijfers zien van 7,6 tot 8,5 (Boers, e.a., 2005, Berlo en Vanwesenbeeck, 2005, Slooten, 2006). Men is zeer tevreden over de deskundigheid, betrokkenheid, vriendelijkheid, begripvolheid en duidelijkheid van de hulpverlener die geholpen heeft. Meer dan 90% geeft in 2006 al een hoge score op deze aspecten van de hulpverlening. Een stijging met het criterium van 5% cliënten dat een hoge score geeft op vragen over tevredenheid is op de meeste punten niet mogelijk. Bijna alle respondenten vinden het prettig dat de hulpverlener ook de andere onderwerpen aan de orde heeft gesteld, dan waarvoor de cliënt naar het spreekuur kwam.

Uit het onderzoek naar de cliëntsatisfactie blijkt dat veruit de meeste respondenten een afspraak hebben gemaakt voor vragen of hulp bij soa en hiv. Slechts enkele respondenten maken een afspraak voor vragen of hulp bij seksuele problemen. Ook een hulpvraag over anticonceptie wordt in eerste instantie nauwelijks gesteld. Veel respondenten met een vraag op het gebied van soa en hiv geven aan dat tijdens het consult ook andere onderwerpen ter sprake komen.



Figuur 4. Tevredenheid cliënten

Opvattingen en tevredenheid van huisartsen

Ook huisartsen zijn in een enquête en interviews gevraagd naar hun mening over Sense. Het blijkt dat het draagvlak bij huisartsen voor Sense in de regio's Midden-Holland en Flevoland is verhoogd. In zuidelijk Zuid-Holland is het draagvlak constant gebleven. De huisartsen in alle regio's zijn vaker bekend met Sense. In Midden-Holland en Flevoland zijn huisartsen vaker positief gaan denken over het aanbod in de regio. Meer respondenten vinden in de tweede meting in 2007 dan in de eerste meting in 2006 Sense een goed initiatief. In Midden-Holland vindt in de eerste meting 44% het een goed initiatief en in de tweede meting 60%, in Flevoland respectievelijk 55 en 80% en in zuidelijk Zuid-Holland respectievelijk 62 en 65%. De tevredenheid van huisartsen met de seksuele en reproductieve gezondheidszorg neemt in Flevoland en Midden-Holland toe. In zuidelijk Zuid-Holland is er een lichte, niet significante daling. De huisartsen zijn grosso modo positiever geworden over de vraag of de hulp laagdrempeliger is geworden en of de hulp aansluit bij jongeren.

Conclusie en discussie

Onderzoek is gedaan naar de totstandkoming van Sense in de regio's, de bekendheid, vraag en aanbod, en opvattingen en tevredenheid van cliënten en professionals. Onderzocht is in hoeverre de oorspronkelijke doelstellingen van de drie regionale projecten zijn bereikt. In de loop van het traject hebben zich vanzelfsprekend omstandigheden voorgedaan die bij de aanvang van de projecten niet konden worden voorzien en waardoor er wijzigingen zijn opgetreden. Eerst zullen conclusies worden getrokken over de realisatie van de samenwerkingsplannen en de invloed van bevorderende en belemmerende factoren op de totstandkoming van Sense. Daarna wordt specifiek ingegaan op de mate waarin Sense heeft voldaan aan de verwachtingen op het gebied van de bekendheid en het bereik in de bevolking, en de tevredenheid onder cliënten en professionals.

Realisatie van Sense en bevorderende en belemmerende factoren

Geconcludeerd kan worden dat het in alle drie regio's is gelukt om een geïntegreerd aanbod van soa-, zwangerschaps/abortus en seksuologische hulpverlening van de grond te krijgen. De drie regio's komen weliswaar op verschillende organisatiemodellen uit, maar in alle regio's zijn centra gerealiseerd waar een laagdrempelig aanbod aanwezig is. Soms moesten plannen worden bijgesteld. De plannen van een nieuwe organisatie met eigen huisvesting van Midden-Holland en Flevoland zijn niet gelukt. De eerstelijnscentra zijn daar ondergebracht bij de GGD. In zuidelijk Zuid-Holland is het maar ten dele gelukt om in alle aangesloten organisaties geïntegreerde hulpverlening te realiseren.

Op het ontstaan en verloop van Sense zijn zowel positieve als negatieve factoren van invloed geweest. In de inleiding (hoofdstuk 1) worden enkele factoren genoemd die een positieve invloed hebben de diffusie van een innovatie (Greenhalgh et al., 2004) (Fleuren et al., 2004). Voor de verspreiding, acceptatie en implementatie van Sense zijn de volgende factoren van belang. Sense is een hulpaanbod dat past in de organisatiecultuur en niet te complex is. De organisaties die volgens de Sense werkwijze werken zijn van voldoende omvang en bereid tot vernieuwing. Er is een duidelijk budget en garantie op financiering in de toekomst. Een laatste voorwaarde is dat de medewerkers de motivatie en competentie hebben om met Sense aan de slag te gaan. Hieronder worden deze succesverhogende factoren kort nagelopen voor het verloop van de drie Sense projecten.

Sense is een hulpaanbod dat past in de organisatiecultuur: Sense bleek vrij lastig inpasbaar te zijn in de organisatiecultuur. De vraag om in alle cliëntcontacten seksualiteit te bespreken sloot niet altijd aan bij de organisatiecultuur en de normen en waarden van medewerkers. Zo is er in zuidelijk Zuid-Holland veel discussie gevoerd over de vraag of verpleegkundigen altijd seksuele problemen in het hulpverleningscontact aan de orde moeten stellen. Het is dan ook niet in alle organisaties gelukt om integraal aandacht te besteden aan seksuele problemen.

Sense is een hulpaanbod dat niet te complex is: Sense bleek een complexe organisatie en werkwijze te zijn. In Midden-Holland heeft het even geduurd om helder te krijgen of de gynaecoloog en seksuoloog integraal deel uitmaken van Sense of dat er vanuit het spreekuur naar wordt verwezen. Wat behoort wel en niet tot Sense was niet meteen duidelijk. In Flevoland heeft men ook de complexiteit van Sense ervaren. In de regio was het voorzieningenniveau op het gebied van de seksuele en reproductieve gezondheidszorg niet hoog. Dit bood kansen om met een nieuwe voorziening te starten. Echter, de oorspronkelijke plannen van het oprichten van een bestuurlijk zelfstandige

organisatie werden als te complex beschouwd. Vanuit een groeimodel is geleidelijk aan door de organisaties gestart met het spreekuur dat wordt georganiseerd vanuit de GGD. Sense Flevoland was aan het einde van ons onderzoek nog in opbouw.

De organisaties die volgens de Sense werkwijze werken, zijn van voldoende omvang en bereid tot vernieuwing: het succes van een nieuwe werkwijze is groter, wanneer de ontvangende organisatie voldoende groot is om de innovatie op te nemen. Een grote organisatie staat voor afdelingen die zelf besluiten kunnen nemen, voor professionele kennis, en 'stille' ongebruikte financiële middelen en menskracht. Een grote organisatie zal nieuwe kennis gemakkelijk kunnen opnemen en zal bereid zijn tot verandering. In de drie regio's is gebleken dat GGD'en in de praktijk de meest geschikte organisaties zijn geweest om integraal en laagdrempelig te werken. Bij de afdelingen infectieziekten is de professionele deskundigheid aanwezig geweest om het hulpverleningsmodel uit te werken, zonder dat er tegenover de nieuwe taken direct financiële middelen stonden. De organisaties in de regio zZH hebben bovendien een zodanige omvang in menskracht dat zij hebben kunnen investeren in het ontwikkelen van protocollen en richtlijnen. Deze hebben voor de kleinere regio's Midden- Holland en Flevoland tot voorbeeld gediend bij de protocollering van hun werkwijze. Een kleine omvang van de organisatie heeft daarentegen ook voordelen. Zo is Sense Midden-Holland een kleine organisatie, waar de medewerkers direct meepraten over het beleid. Daar was de betrokkenheid van de medewerkers het grootst, wat goed is geweest voor de implementatie van Sense. Bereidheid tot vernieuwing gaat vaak samen met de aanwezigheid van een sterke leider in de organisatie en een staf met visie. In Flevoland heeft het aan continuïteit ontbroken doordat als gevolg van personeelwisselingen bij de GGD het projectleiderschap enkele malen veranderde. Dit heeft tot gevolg gehad dat de totstandkoming van de Sense spreekuren in deze regio langer heeft geduurd dan in de andere regio's, waar het projectleiderschap steeds in handen was van dezelfde personen. Inmiddels is er in Flevoland weer langere tijd een coördinator en krijgt Sense een duidelijke plaats in de organisatie. In de verschillende regio's zijn verder verschillende opinieleiders actief geweest, die een stimulerende werking hebben gehad op de voortgang van de projecten. Vooral seksuologen in de regio's fungeerden als opinieleiders. Concluderend hebben de innovatiekracht van GGD'en, de aanwezigheid van krachtige projectleiders en opinieleiders een positieve invloed gehad op de totstandkoming van Sense.

Er is een duidelijk budget en garantie op financiering in de toekomst: de afwezigheid van financiering voor de tijd die het kost om in een cliëntcontact soa, zwangerschap en seksualiteit integraal te benaderen heeft de voortgang van het project vertraagd. Er was wel een subsidie van ZonMw, maar die was er niet voor het uitgebreidere cliëntcontact. Totdat duidelijk werd dat door de nieuwe regeling Aanvullende eerstelijns Seksualiteitshulpverlening (ASH) per 1 januari 2008 de laagdrempelige voorziening voor jongeren tot en 24 jaar zou worden vergoed, zijn de regio's in het ongewisse geweest over de toekomstige financiering van Sense.

De medewerkers hebben de motivatie en competentie om met Sense aan de slag te gaan: de mate van motivatie en bekwaamheid van de medewerkers tussen de drie regio's lijkt te verschillen. In de kleinschaligere regio Midden-Holland zijn de medewerkers persoonlijk betrokken bij de voorbereiding van Sense, wat een voorwaarde voor hoge motivatie is geweest. In zuidelijk Zuid-Holland zijn de meeste inspanningen gedaan om medewerkers te motiveren en bij te scholen. Vanwege de schaalgrootte van deze regio, is deze aanpak noodzakelijk geweest om de beroepskrachten bij de verandering te betrekken. Er zijn diverse medewerkersdagen gehouden om het draagvlak voor de nieuwe werkwijze te vergroten. Ook zijn er diverse bijscholingscursussen georganiseerd, op het terrein van onder meer seksuologie, motivational interviewing en abortus. Een probleem hierbij was dat de tijdsinvestering door sommige organisaties te groot werd gevonden, waardoor niet alle medewerkers het traject voor

draagvlakvergroting en bijscholing hebben gevolgd. Door de korte voorgeschiedenis en het lagere voorzieningenpeil liep Sense Flevoland bij de afsluiting van de projectperiode achter in de scholing van medewerkers. Er zijn in de loop van de tijd verpleegkundigen bij gekomen die de spreekuren zijn gaan uit voeren. Nog bij de afsluiting van de projectperiode volgden zij een opleiding om het integrale spreekuur te kunnen uitvoeren.

Concluderend hebben de innovatiekracht van GGD'en, de aanwezigheid van krachtige projectleiders en opinieleiders een bevorderende invloed gehad op de totstandkoming van Sense. Dus eigenlijk hebben de organisaties zelf in belangrijke mate bijgedragen aan het succes van Sense. De inpasbaarheid in de organisatiecultuur, de complexiteit van Sense, de afwezigheid van voldoende budget en perspectief op financiering, en competentieproblemen bij medewerkers hebben een belemmerende werking gehad op de verandering van de seksuele en reproductieve gezondheidszorg.

Gehaalde doelstellingen

Onderzocht is of de doelen en middelen die de Sense regio's in het begin voor ogen stonden zijn gerealiseerd. Geconcludeerd kan worden dat het gebruik van het Sense veelal hoger was dan de landelijke trend, maar lager dan waarnaar gestreefd. De doelstellingen ten aanzien van het aantal behandelde zorgvragen die de regio's zich in hun projectplannen hadden gesteld, zijn ten dele gehaald. Opvallend is dat de stijging in de drie regio's boven de landelijke trend uitkomt. De nieuwe subsidieregeling curatieve soa-bestrijding die op 1 januari 2006 is ingegaan, heeft ertoe geleid dat in alle regio's de zorgvraag is gestegen, maar in de Sense regio's was de stijging hoger dan verwacht. De totstandkoming van Sense kan hierbij een rol hebben gespeeld.

De stijging van de zorgvraag kan niet worden verklaard door een grote bekendheid van de naam Sense. De conclusie is dat de naam Sense nog maar weinig bekend blijkt te zijn bij 15 tot 29-jarigen, maar dat de bekendheid van deelnemende instellingen vaak groot is. Ook is de bekendheid van sommige instellingen die in Sense samenwerken licht verbeterd. Positief is dat de dienstverlening bij seksuele en reproductieve problemen van GGD'en, huisartsen en van sommige ziekenhuizen bij de 15-29 jarigen ruim bekend is. De bekendheid van instanties op het gebied van abortus, zwangerschap en seksuologische hulpverlening is voor verbetering vatbaar.

In de korte tijd dat Sense bestaat kan niet verwacht worden dat de ambitie van een bekendheid van 60% wordt gerealiseerd. Ofschoon de regio's op diverse manieren publiekscampagnes hebben gehouden, zal de investering beperkt zijn geweest door de ongewisse toekomst van de Sense projecten. Pas in de loop van 2007 werd duidelijk dat continuering als gevolg van de Aanvullende eerstelijns Seksualiteitshulpverlening (ASH) -regeling mogelijk werd.

Een belangrijke conclusie is voorts dat de cliënten zeer tevreden zijn over de deskundigheid, betrokkenheid, vriendelijkheid en duidelijkheid van de hulpverlener die geholpen heeft. De boordeling blijft in de loop van de tijd onveranderd hoog. De rapportcijfers die cliënten aan Sense geven en die variëren van 8,4 tot 8,7, zijn relatief hoog en steken gunstig af bij eerdere onderzoeken bij o.a. soa-sprekuren.

De tevredenheid over en betrokkenheid bij Sense in de regio's wisselt, maar zijn overwegend positief. In alle regio's vinden aan het einde van het project meer hulpverleners en managers dat de seksuele en reproductieve gezondheidszorg in de regio goed is georganiseerd. De gestelde doelen t.a.v. ervaren betrokkenheid, tevredenheid over de samenwerking en opvattingen over taakopvatting zijn in zuidelijk

Zuid-Holland en Midden-Holland voor een groot gedeelte gehaald. In Flevoland is men in het algemeen negatiever over de samenwerking tussen bij Sense betrokken organisaties en de onderling gemaakte afspraken. Mogelijk heeft hier een rol gespeeld dat de deelnemende instellingen een minder lange historie kennen van samenwerking dan in de andere twee regio's. Voor alle regio's geldt dat de tweede meting bij betrokken hulpverleners en managers gebeurde in de periode dat de ASH-regeling nog niet helemaal duidelijk was en daarmee de toekomst van Sense nog ongewis was. Dit kan een rol hebben gespeeld in het oordeel van sommige respondenten over Sense. Uit de interviews komt naar voren dat Sense medewerkers meer bevrediging scheppen uit de geïntegreerde benadering van seksuele en reproductieve gezondheid. Dit draagt bij aan hun motivatie om verder te gaan met Sense. Ook de mogelijkheid om Sense met middelen uit de ASH-regeling te kunnen continueren wordt door de direct betrokkenen positief gewaardeerd.

Tot slot kan worden geconcludeerd het draagvlak voor Sense in Midden-Holland en Flevoland bij huisartsen die in de regio's zijn geënuquêteerd, tussen de voor- en nameting is vergroot. In zuidelijk Zuid-Holland is het draagvlak constant gebleven. In Midden-Holland en Flevoland vinden de huisartsen bij de laatste meting vaker dat Sense een goed initiatief is en dat de seksuele en reproductieve gezondheid goed is georganiseerd. Een positief punt is dat volgens hen Sense de hulp laagdrempeliger maakt. In het algemeen vinden de direct betrokken en verwijzers vaker dat Sense aansluit op de behoeften van jongeren, dan op die van allochtonen.

Samenvattend kan worden geconcludeerd dat de criteria op het gebied van tevredenheid van cliënten, direct betrokkenen en huisartsen veelal zijn gehaald. De criteria op het gebied van de bekendheid en het gebruik van Sense zijn slechts ten dele gehaald. Uit het onderzoek komt een aantal factoren naar voren dat bevorderend of belemmerend heeft gewerkt voor het ontstaan en verloop van Sense. In weerwil van belemmerende factoren op het terrein van organisatie en financiering, hebben de deelnemende organisaties in belangrijke mate bijgedragen aan het succes van Sense.

Aanbevelingen

Aanbevelingen worden gedaan met betrekking tot de in de toekomst in Nederland te realiseren eerstelijnscentra op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheidszorg.

- De drie samenwerkingsmodellen detacheringsmodel, verwijzingsmodel en autonomiemodel hebben allen voors en tegens. De vraag in Midden-Holland naar hulp in de eerstelijns door de gedetacheerd seksuoloog en gynaecoloog was te klein. Het leverde discussie op of hun specifieke spreekuren moesten worden gecontinueerd. Het laagdrempelig aanbieden van seksuologische hulpverlening wordt echter wel als waardevol gezien. Het detacheringsmodel wordt aanbevolen, wanneer de regio een voldoende grote schaal heeft en er voldoende vraag is naar specifieke disciplines of deskundigheden. Het model waarbij de verpleegkundige laag complexe problemen zelf behandelt en voor de meer complexe problemen doorverwijst naar de tweede lijn (verwijsmodel) is een goed alternatief. In Flevoland werkt men met het verwijsmodel vanuit een verpleegkundig spreekuur. Echter, hier blijken de afspraken over verwijzing met GGZ, ziekenhuizen, maatschappelijke werk en dergelijk nog niet goed van de grond te komen. Deze organisaties staan nog ver van Sense. Voor het verwijzingsmodel dient de betrokkenheid van dergelijke tweedelijnsorganisaties in

de netwerkorganisatie van Sense goed te worden geregeld. Het autonomiemodel van zuidelijk Zuid-Holland heeft het voordeel dat de spreekuren van de verschillende instellingen fungeren als gezamenlijk loket voor de gehele hulp- en dienstverlening van Sense. Echter, in een losse samenwerkingsvorm, waarbij er weinig bestuurlijk is vastgelegd moet men er op bedacht zijn dat iedere instelling zijn eigen keuzes kan maken hoe het hulpaanbod wordt ingevuld. Hierbij is het van belang welke ideologie voor de samenwerkingspartners prevaleert: werkt men symbiotisch vanuit een inhoudelijke opvatting samen, of spelen belangen als overleving of macht een rol? Werkt men volgens het autonomie- en verwijzingsmodel, dan wordt aanbevolen om goede afspraken te maken over samenwerking. Ook wordt aanbevolen om goede afspraken te maken met de tweede lijn over verwijzingsmogelijkheden.

- De bekendheid van Sense is nog laag. Ook de bekendheid van het aanbod van seksuologische hulpverlening in de regio is laag. Zowel door middel van regionale als landelijke publiciteit dient verdere bekendheid gegeven te worden aan het hulpaanbod van Sense. Ook dienen de inspanningen om verwijzers te informeren worden geïntensiveerd.
- De Sense regio's hebben in hun experimentele periode niet de patiëntenaantallen weten te bereiken die zij zich aan het begin van het spreekuur ten doel hadden gesteld. Uit het onderzoek blijkt in Midden-Holland een stijging in zorgvraag bij het soa-sprekuren in 2006 en bij de tweedelijns seksuologiepraktijk in 2007. Deze stijging lijkt vooral het resultaat te zijn van financiële regelingen. In 2006 startte een nieuw soa-sprekuren bij de GGD, gefinancierd uit de subsidieregeling curatieve soa-bestrijding. Ook de toename van het aantal consultaties bij de seksuoloog lijkt een financiële oorzaak te hebben, namelijk afspraken tussen de seksuoloog met zorgverzekeraars over vergoeding. Het lijkt er op dat een goede financiële basis een voorwaarde is voor groei in aanbod en vraag. Hoewel alle regio's de mogelijkheden voor structurele financiering hebben verkend, zijn zij er maar deels in geslaagd om financiering van de integrale benadering in de spreekuren veilig te stellen. Met het uitblijven van zicht op financiering hebben Sense spreekuren maar beperkt de mogelijkheid gehad om nieuwe doelgroepen aan te boren en het volume in consulten te doen stijgen. Met de nieuwe ASH-regeling zijn er meer mogelijkheden om het hulpaanbod voor jongeren te laten groeien. Echter, op dit moment zijn er nog hiaten in de financiering van een laagdrempelig en integraal aanbod voor volwassenen en financiering van seksuologische hulpverlening. Dit zal de groei van Sense mogelijk belemmeren. Aanbevolen wordt om wegen voor financiering van het integrale aanbod voor andere doelgroepen dan jongeren te blijven onderzoeken.
- De tevredenheid van cliënten over de Sense spreekuren is zonder meer goed te noemen. Aanbevolen wordt om het cliëntenoordeel te blijven monitoren.
- Uit de resultaten van de enquête naar cliëntstatisfactie blijkt dat respondenten in de tweede meting vaker aangeven dat, behalve het probleem waarvoor men kwam, ook problemen met seksualiteit door de hulpverlener aan de orde zijn gesteld. Dit is een positieve ontwikkeling, hoewel slechts een beperkt aantal cliënten rapporteert dat het onderwerp seksuele problemen is besproken. Uit het onderzoek is gebleken dat in een aantal instellingen het niet eenvoudig is geweest om professionals te motiveren om seksuele en reproductieve gezondheidsproblemen integraal te benaderen. Behalve tijdsdruk in het werk, het ontbreken van financiën om de duur van het cliëntcontact uit te breiden zodat op meerdere hulpvragen kan worden

ingegaan, hebben ook onzekerheid en gebrek aan vaardigheden om seksualiteit bij de cliënt aan de orde stellen, een rol gespeeld. Aanbevolen wordt om voortdurend aandacht te besteden aan scholing en ontwikkeling van vaardigheden op de terreinen waar het hulpaanbod van Sense zich afspeelt. Verpleegkundigen en artsen moeten hiervoor voldoende tijd en faciliteiten worden geboden.

- Direct betrokkenen bij Sense en verwijzers zijn kritisch over de aansluiting van Sense bij allochtonen en in mindere mate over de aansluiting bij jongeren. Hun mening hierover is gevraagd nog voordat de ASH-regeling van kracht werd. Het is de opdracht voor de Sense organisaties die in oprichting zijn in Nederland om naar wegen te zoeken om in te spelen op de behoeften bij deze doelgroepen. Het uiteindelijke doel moet immers zijn om een hulpaanbod zonder drempels te realiseren en afgestemd op de vragen van jongeren en achterstandsgroepen.
- De ervaring die de Sense projecten in drie jaar hebben opgedaan, heeft duidelijk gemaakt dat de organisatie van Sense niet zonder slag of stoot tot stand is gekomen. In de praktijk is gebleken dat het voor de samenwerkende organisaties niet eenvoudig is geweest om autonomie op te geven. Zo zijn sommige organisaties pas bereid geweest om de naam Sense te voeren, toen er zicht kwam op continuering van de samenwerking door de ASH-regeling. Andere organisaties hebben het moeilijk gevonden om de integrale werkwijze in de organisatie te introduceren, zonder dat er extra financiële middelen beschikbaar kwamen. Ook weerstanden bij medewerkers die jaar in jaar uit een eigen werkwijze volgen hebben meegespeeld. In de regio's heeft men heel duidelijk gekozen voor een groeimodel: stap voor stap Sense op poten zetten en de ambities realistisch houden. In het model van de netwerkorganisatie die Sense uiteindelijk heeft gekregen, is commitment van de aangesloten partijen met de doelen en middelen van Sense van belang. Steeds moet in het samenwerkingsproces het relatieve voordeel van de samenwerking in oog worden gehouden. Aanbevolen wordt om de structuur van de Sense organisaties te verstevigen, bijvoorbeeld door de samenwerking een juridische status te geven. Ook de coördinerende rol die de GGD speelt in de subsidieregeling aanvullende curatieve soa-bestrijding en ASH-regeling kan worden benut om de ontwikkeling van Sense in Nederland te stimuleren.

Inhoudsopgave

	Samenvatting, conclusies en aanbevelingen.....	3
1	Inleiding.....	19
1.1	Doel- en vraagstelling.....	19
1.2	Knelpunten in seksuele en reproductieve gezondheidszorg.....	20
1.3	Voorwaarden voor samenwerking tussen organisaties.....	20
1.4	Onderzoeksmethode.....	22
1.5	Opbouw van het rapport.....	22
2	Sense in de regio zuidelijk Zuid-Holland.....	25
2.1	Het regionale plan.....	25
2.2	Aanbod, activiteiten en mijlpalen.....	27
2.3	Opvattingen en tevredenheid direct betrokkenen.....	32
2.4	Bekendheid.....	36
2.5	Gebruikscijfers.....	40
2.6	Tevredenheid cliënten.....	43
2.7	Opvattingen en tevredenheid huisartsen.....	47
3	Sense in de regio Midden-Holland.....	51
3.1	Het regionale plan.....	51
3.2	Aanbod, activiteiten en mijlpalen.....	53
3.3	Opvattingen en tevredenheid direct betrokkenen.....	57
3.4	Bekendheid.....	60
3.5	Gebruikscijfers.....	64
3.6	Tevredenheid cliënten.....	68
3.7	Opvattingen en tevredenheid van huisartsen.....	71
4	Sense in de regio Flevoland.....	75
4.1	Het regionale plan.....	75
4.2	Aanbod, activiteiten en mijlpalen.....	77
4.3	Opvattingen en tevredenheid direct betrokkenen.....	80
4.4	Bekendheid.....	83
4.5	Gebruikscijfers.....	87
4.6	Tevredenheid cliënten.....	88
4.7	Opvattingen en tevredenheid huisartsen.....	92
5	Literatuur.....	95
	Bijlage(n)	
	A Begeleidingscommissie	
	B Overzicht van de doelen, criteria en meetmethode van regio Midden Holland	
	C Overzicht van de doelen, criteria en meetmethode van regio Flevoland	
	D Overzicht van de doelen, criteria en meetmethode van regio zuidelijk Zuid-Holland	
	E Overzicht van onderwerpen waarvoor een afspraak gemaakt was in 2006 en 2007	
	F Onderzoeksmethode	
	G Vragenlijsten	

1 Inleiding

Van 2005 tot 2008 is in de regio's Flevoland, Midden-Holland en zuidelijk Zuid-Holland geëxperimenteerd met de oprichting van eerstelijnscentra voor seksuele en reproductieve gezondheidszorg, Sense genaamd. In drie regio's is een laagdrempelig geïntegreerd aanbod op het gebied van soa-, seksuologische, zwangerschaps- en abortushulpverlening ontwikkeld. TNO Kwaliteit van Leven heeft onderzocht hoe de oprichting van Sense verloopt en of de doelstellingen van Sense behaald zijn.

In dit hoofdstuk wordt de doel- en vraagstelling van het onderzoek toegelicht. Een korte beschrijving wordt gegeven van de knelpunten in de seksuele en reproductieve gezondheidszorg, die aanleiding zijn om eerstelijnscentra op te richten. Voor een goed begrip van het samenwerkingsproces in de drie Sense regio's wordt vervolgens ingegaan op voorwaarden voor een goede samenwerking tussen organisaties. Tot slot wordt de methode beschreven van het onderzoek naar Sense.

1.1 Doel- en vraagstelling

De doelstelling van het onderzoek is inzicht geven in het verloop van de regionale samenwerking op het terrein van soa, seksualiteit, anticonceptie en zwangerschap. Ook heeft het onderzoek tot doel om inzicht te geven in het gebruik van, de bekendheid met en de tevredenheid over het zorgaanbod van Sense.

Het programma Seksualiteit van ZonMw is de opdrachtgever van het onderzoek. In 2004 heeft ZonMw regio's uitgenodigd om een voorstel in te dienen voor een project dat moet leiden tot een laagdrempelig, geïntegreerd aanbod van seksuele en reproductieve gezondheidszorg, waardoor versnippering van het aanbod wordt tegen gegaan en een betere hulpverlening ontstaat voor mensen die met een hulpvraag niet naar de eigen huisarts kunnen of willen gaan. TNO Kwaliteit van Leven heeft de opdracht gekregen om na te gaan of de regionale projecten succesvol verlopen en bijdragen aan de doelstelling van het ZonMw-programma Seksualiteit. ZonMw wil weten of de projecten effectief zijn en stelt de volgende vragen: Lukt het om centra met een geïntegreerd aanbod in de regio van de grond te krijgen? Is dat centrum bekend in de regio? Komen er meer mensen naar toe? En zijn die tevreden over de behandeling? Kennis van de implementatie en de bereikte resultaten in de regio's is van belang voor de kwaliteit van de dienstverlening van de eerstelijns seksuele en reproductieve gezondheidszorg, en de eventuele toekomstige landelijke invoering van eerstelijnscentra.

De vraagstellingen van het onderzoek zijn:

1. Worden de samenwerkingsplannen van onder andere soa-poliklinieken, abortusklinieken, GGD'en, gerealiseerd zoals bedoeld?
2. Leidt de samenwerking tussen de eerstelijns seksualiteitshulpverlening en reproductieve zorg tot meer bekendheid met de organisaties en tot een groter bereik in de algemene bevolking?
3. Hoe worden door cliënten de door de participerende instellingen geboden adviezen, voorlichting en behandeling gewaardeerd?
4. Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren in de totstandkoming van de samenwerkingverbanden?

5. Hoe waarden professionals en managers van participerende eerstelijns hulpverleningsinstellingen de samenwerking? Hoe waarden externe betrokkenen Sense?

1.2 Knelpunten in seksuele en reproductieve gezondheidszorg

Goed toegankelijke eerstelijnscentra voor seksuele en reproductieve gezondheidszorg blijken aan een behoefte te voldoen. In de laatste jaren lijkt het percentage mensen dat positief is op een soa-test te stabiliseren. Wel neemt het absolute aantal opgespoorde en behandelde soa toe, doordat steeds meer mensen zich laten testen bij een soa-centrum (Veen et al., 2007). Het abortuscijfer is sinds 2002 stabiel. Tieners later steeds minder vaak een zwangerschap afbreken, wat duidt op een daling in tienerzwangerschappen. Wanneer meisjes zwanger zijn kiezen ze steeds vaker voor een abortus (Van Lee en Wijsen, 2006). Onderzoek toont aan dat aandacht voor seksuele gezondheidsbevordering bij de jeugd nodig is. Hoewel in het onderzoek seks onder je 25^{ste} wordt geconcludeerd dat het over het geheel genomen goed gaat met de seksuele gezondheid van jongeren tussen 12 en 25 jaar, doen zich ook enkele problemen voor. Onder laagopgeleide en allochtone jongeren komen vaker soa, ongeplande zwangerschappen en gedwongen seksuele contacten voor dan onder hoogopgeleide en autochtone jongeren. Voorts zijn verontrustende ontwikkelingen: gedwongen seksuele handelingen bij een grote groep jongeren en de lage acceptatie van homoseksualiteit onder jongeren (De Graaf e.a., 2005). Onderzoek bij volwassenen toont aan dat ongeveer de helft van de bevolking op een of meer terreinen van seksuele gezondheid problemen ervaart, te denken valt aan seksueel geweld, seksuele identiteit, vruchtbaarheid of seksuele disfuncties. Circa de helft van de mannen met problemen en 60% van de vrouwen doet een beroep op de zorg. De zorgbehoefte is het grootst bij twintigers en etnische minderheden. Een betere toegankelijkheid van eerstelijnszorg is gewenst (Bakker en Vanwesenbeeck, 2006). Een versnippering wordt waargenomen in het aanbod van advies, voorlichting en behandeling op seksueel en reproductief gezondheidsgebied. Veel voorzieningen zijn op dit terrein actief. Genoemd kunnen worden abortusklinieken, soa-poliklinieken, huisartsen, GGD'en, vrijgevestigde seksuologen en doelgroepspecifieke voorzieningen voor bijvoorbeeld mannen die seks hebben met mannen of prostituees. Als gevolg van de versnippering van het huidige aanbod, worden cliënten gedwongen om met problemen op het gebied van seksualiteit en reproductie naar diverse hulpverleningsinstanties te gaan. Een ander knelpunt is dat door sommige bevolkingsgroepen een hoge drempel wordt ervaren om naar dergelijke instanties te gaan. Vooral voor kwetsbare groepen, zoals migranten, blijkt de barrière hoog te zijn.

Uit een evaluatie van MH/SH-centra voor laagdrempelige, anonieme medische en seksuele hulpverlening, blijkt dat de kosten in vergelijking tot het aantal consulten te hoog zijn. Geadviseerd wordt om het aanbod met enkele locaties uit te breiden en de samenhang en coördinatie in de seksuele en reproductieve gezondheidszorg te verbeteren (College voor zorgverzekeringen, 2006). Inmiddels is de MH/SH-regeling, waaruit deze centra werden gefinancierd, veranderd in een regeling Aanvullende eerstelijns Seksualiteitshulpverlening (ASH-regeling).

1.3 Voorwaarden voor samenwerking tussen organisaties

De Sense organisaties kunnen worden beschouwd als netwerken. Een netwerk is een cluster van interdependente organisaties, die zich op enigerlei wijze gebonden hebben

om als collectiviteit een bepaald doel te bereiken (Van Gils, 1978). De organisaties en hulpverleners op het gebied van soa, zwangerschaps- en seksuele problemen nemen op basis van gelijkwaardigheid deel aan de Sense netwerkorganisatie. Er bestaat geen hiërarchie tussen de organisaties. De redenen waarom instellingen met elkaar een samenwerking aangaan kunnen divers zijn. Een onderscheid kan worden gemaakt tussen ideologieën die de samenwerking legitimeren: machtsideologieën, overlevingsideologieën, symbiotische ideologieën en pseudo-ideologieën (Luscuere, 1978). De soa-poliklinieken, seksuologen, GGD'en en abortusklinieken leggen in de projectaanvragen voor ZonMw symbiotische ideologieën aan de dag: de samenwerking is profijtelijk voor alle samenwerkingspartners en voor de cliënten. Echter, ook kunnen instellingen tot samenwerking komen vanuit de noodzaak om te overleven. Bij de pseudo-ideologie gaat het om een mengvorm waarbij sprake is van een uitgesproken ideologie en een verborgen (onderliggende) ideologie. De uitgesproken ideologie is dan meestal de symbiotische ideologie, en de onderliggende ideologie kan bijvoorbeeld de bijbedoeling zijn om via samenwerking de eigen machtspositie te versterken.

De invoering van een nieuwe werkwijze, waarbij instellingen en hulpverleners op het gebied seksuele en reproductieve gezondheidszorg samenwerken, gaat niet vanzelf. In de organisatieliteratuur worden voorwaarden beschreven die van invloed zijn op de invoering van een dergelijke innovatie in zorginstellingen (Greenhalgh et al., 2004, Fleuren et al., 2004). De volgende selectie van factoren lijkt relevant voor de Sense samenwerkingsverbanden:

1. *Kenmerken van de innovatie*: wanneer de werkwijze van Sense past in de normen waarden van de organisatie, niet complex is, zichtbare resultaten oplevert en voor de gebruiker aan te passen is aan zijn eigen routine, dan is de kans op toepassing groter. Ook wanneer de gebruiker weinig risico loopt en de innovatie niet tot onzekerheid leidt, zal de innovatie eerder worden gebruikt. Verder zal de Sense werkwijze eerder worden toegepast, wanneer het werk van de hulpverlener erdoor verbetert.
2. *Kenmerken van de organisatie*: de kans op succes van een nieuwe werkwijze is groter, wanneer de ontvangende organisatie voldoende groot is om de innovatie op te nemen. De aanwezigheid van semi-autonome afdelingen, gedecentraliseerde besluitvorming, professionele kennis en 'stille' ongebruikte financiële middelen en menskracht kunnen dit proces bevorderen. De mate waarin een organisatie nieuwe kennis kan opnemen en bereid is tot verandering is daarbij essentieel. Het vernieuwingspotentieel van een organisatie is groter, wanneer er een sterke leider is, staf met visie op cruciale posities, er goede relaties zijn in het management en er een klimaat heerst om risico's te nemen. Wanneer er een duidelijk budget is en garantie op financiering in de toekomst, dan zal een organisatie ook gemakkelijker bereid zijn om de nieuwe werkwijze op te nemen.
3. *Kenmerken van de gebruiker*: de bij de gebruiker aanwezige motivatie en vaardigheden zijn van belang voor het volgen van de nieuwe werkwijze. Ook steun van collega's en de mate waarin de uitvoerder er van overtuigd is dat de eindgebruiker tevreden is met de interventie spelen een rol.
4. *Kenmerken van de omgeving*: organisaties houden rekening met externe invloeden. Zo zal een organisatie eerder de nieuwe werkwijze overnemen, wanneer belangrijke, soortgelijke organisaties in de omgeving de innovatie ook gaan invoeren. Ook is de druk van politiek of beleid van belang. Daarbij kan het vooruitzicht op een budget voor de invoering van de innovatie helpen. Opgepast moet echter worden voor een zogenaamde 'must do' situatie. Wanneer de

verandering meer een politieke verplichting is, dan kan de organisatie worden afgeleid van belangrijkere lokale ideeën en prioriteiten.

1.4 Onderzoeksmethode

Bij het onderzoek naar Sense is de methode van programma-evaluatie gebruikt. In bijlage F wordt een uitgebreide toelichting gegeven op de onderzoeksmethode. Samen met de regionale samenwerkingsverbanden zijn criteria bepaald waaraan het succes van de samenwerkingsinspanningen kan worden afgemeten. Deze zijn gebaseerd op de doelen en middelen die de regio's voor ogen stonden bij het realiseren van Sense. De doelen en middelen zijn zoveel mogelijk gekwantificeerd in evaluatiecriteria, zodat beoordeling van het behalen van de doelstellingen mogelijk is (zie bijlage B t/m D).

De volgende meetmethoden zijn gebruikt:

1. Onderzoek naar het gerealiseerde aanbod en gebruik van de eerstelijnscentra en spreekuren: een analyse is gedaan van registratiegegevens van de aan Sense deelnemende voorzieningen over 2004 tot 2007. Ook zijn documenten, notulen en nieuwsbrieven van de Sense projecten in de drie regio's bestudeerd.
2. Een survey naar de bekendheid met de eerstelijnscentra en spreekuren in de algemene bevolking: TNS-NIPO heeft vooraf aan de implementatie van de regionale projectplannen in 2005 een survey uitgevoerd. In 2007 heeft eenzelfde meting plaats gevonden. De bereiksmeting is uitgevoerd bij steekproeven van 15 tot 29-jarige inwoners van de drie Sense-regio's.
3. Een cliëntsatisfactieonderzoek: cliënten van de aan de eerstelijnscentra verbonden voorzieningen zijn na het consult gevraagd om een enquête in te vullen met vragen over hun tevredenheid over de zorg. De meting is in twee perioden uitgevoerd. De eerste meting is in 2006 geweest, op het moment dat Sense officieel in de regio's is gestart. De tweede meting heeft eind 2007 en begin 2008 plaats gevonden, aan het einde van de projectperiode.
4. Onderzoek naar belemmerende en bevorderende factoren van implementatie van de projectplannen en de tevredenheid over de behaalde resultaten: hulpverleners en managers van de eerstelijnscentra en huisartsen zijn gevraagd om in een korte vragenlijst hun mening over het verloop van Sense te geven. Ook zijn per regio 'focus group' interviews gehouden met de bij Sense direct betrokken hulpverleners en managers. Met verwijzers zijn telefonische interviews gehouden over hun mening over het Sense aanbod. De enquête en interviews zijn bij de officiële start van Sense afgenomen in maart 2006 en bij de afronding van de projecten in 2007. De onderzoeksmethoden zijn parallel aan elkaar gebruikt.

1.5 Opbouw van het rapport

In dit rapport wordt verslag gedaan van de resultaten van het onderzoek. De resultaten zijn per regio in aparte hoofdstukken beschreven. Per hoofdstuk wordt achtereenvolgens ingegaan op:

- De plannen die men in de regio had met de eerstelijnscentra.
- Het verloop van de oprichting van Sense in de regio en het uiteindelijk gerealiseerde aanbod.
- De opvattingen en tevredenheid van de bij Sense betrokken hulpverleners en managers.
- De resultaten van de bekendheidsmeting bij 15-29-jarigen.
- Gebruikscijfers van de Sense spreekuren.

- De resultaten van het cliënttevredenheidsonderzoek.
- De opvattingen van externen (huisartsen) over Sense.

2 Sense in de regio zuidelijk Zuid-Holland

2.1 Het regionale plan

2.1.1 Aanleiding

In de regio zuidelijk Zuid-Holland waren ErasmusMC, Casa en GGD Rotterdam Rijnmond al sinds eind 2001 in gesprek om te komen tot een gezamenlijke seksualiteitspoli. De volgende ontwikkelingen baarden in de regio zorgen: een hoog niveau van tienerzwangerschappen, een toename van abortussen, een toename van soa-infecties, een mondiaal groeiende aidsepidemie en een versnipperde zorg op het gebied van seksualiteit in Nederland. Deze situatie was voor bovengenoemde instellingen, aangevuld met GGD Zuid-Holland Zuid en GGD Zuidhollandse Eilanden aanleiding om een aanvraag te doen bij ZonMw voor de oprichting van eerstelijnscentra op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheidszorg. Eind 2004 gaf ZonMw goedkeuring voor de uitvoering van de plannen van Sense zuidelijk Zuid-Holland. Het project heeft een looptijd van drie jaar.

2.1.2 Doelstelling

De missie van Sense zuidelijk Zuid-Holland (Sense zZH) is het leveren van een bijdrage aan de verbetering van de seksuele gezondheid van de burgers in zuidelijk Zuid-Holland. Met Sense wordt een laagdrempelig, kwalitatief hoogstaand en geïntegreerd aanbod van hulp- en dienstverlening gerealiseerd op het gebied van seksualiteit, anticonceptie, abortus en soa. Gelet op de samenstelling van de bevolking in zuidelijk Zuid-Holland en de hierboven genoemde volksgezondheidsproblemen krijgen jongeren, vrouwen, migranten, mannen met homoseksuele contacten en prostituees prioriteit.

Sense zZH streeft de volgende operationele doelen na:

- Het aanbieden van:
 - vier curatieve soa-sprekken in de regio met geprotocolleerde aandacht voor anticonceptie en seksualiteit
 - een abortus/anticonceptiesprekkuur met daarin een aanbod van soa-diagnostiek
 - drie seksualiteitssprekken in de regio
 - drie gesprekken voor specifieke doelgroepen (prostituees en jongeren) waarin geïntegreerd aandacht is voor seksualiteit, anticonceptie en soa.
- Jaarlijks 12.500 cliënten bereiken.
- De cliënttevredenheid moet aantoonbaar toenemen.
- Protocollen ontwikkelen voor de gesprekken met geïntegreerde aandacht voor soa, anticonceptie, seksualiteit en voorlichting ten behoeve van gedragsverandering. Op basis van praktijkervaring worden deze protocollen geëvalueerd, bijgesteld en landelijk beschikbaar gesteld.
- Jaarlijks 50.000 mensen bereiken met informatie over het geïntegreerde aanbod van hulp- en dienstverlening, onder andere via een website.

Op basis van deze operationele doelen zijn criteria geformuleerd voor het evaluatieonderzoek naar Sense zZH. Een volledig overzicht van evaluatiecriteria is opgenomen in bijlage D.

2.1.3 *Samenwerkingsstructuur*

Sense zZH is een samenwerkingsverband tussen:

- GGD Rotterdam Rijnmond (deze organisatie is een fusie tussen GGD Nieuwe Waterweg Noord en GGD Rotterdam e.o.)
- GGD Zuid-Hollandse Eilanden
- GGD Zuid-Holland Zuid
- Afdeling Dermatologie & Venereologie ErasmusMC
- CASA Rotterdam

Sense zZH kent uit een aantal overleg- en adviesgroepen. De directeuren en leden van de Raad van Bestuur van de deelnemende instellingen zijn vertegenwoordigd in een stuurgroep en eindverantwoordelijk voor Sense zZH. De coördinatiegroep zorgt, in opdracht van de stuurgroep, voor de realisatie en uitvoering van de doelstellingen van Sense zZH. De coördinatiegroep bestaat uit een vertegenwoordiger van elke organisatie, de projectsecretaris en de projectleider. Drie commissies adviseren de coördinatiegroep. Ten eerste is er een lokale adviescommissie met vertegenwoordigers van relevante maatschappelijke organisaties. Deelnemers zijn MEE, FIOM, Politie Rotterdam Rijnmond, Hiv-vereniging, Humanitas en ROC Albeda. Ten tweede is er een landelijke adviescommissie bestaande uit vertegenwoordigers van landelijke kennisinstituten op het gebied van infectieziektenbestrijding en seksualiteit, namelijk RNG, Soa Aids Nederland, NIGZ, GGD NL en de NVVS. Deze commissie is vijf keer bijeen geweest. Ten derde is er het klantenpanel. Over het functioneren van de overleggen zijn in de notulen verschillende opmerkingen gemaakt. In de notulen van de coördinatiegroep wordt enkele malen irritatie geuit over structurele afwezigheid van het ErasmusMC op de vergaderingen. De lokale adviescommissie wordt, op de eerste bijeenkomst na, matig bezocht. Het klantenpanel is in totaal drie keer bij elkaar gekomen. De bijeenkomsten worden matig bezocht. De discussies met cliënten leveren volgens de coördinatiegroep bruikbare informatie op.

Voor de verschillende taken worden door de coördinatiegroep uitvoeringsteams gevormd met medewerkers uit de betrokken organisaties. Deze uitvoeringsteams hebben een duidelijk omschreven opdracht binnen een gestelde tijd en worden ondersteund bij de uitvoering door de projectsecretaris. Onder meer de volgende uitvoeringsteams hebben in het project gefunctioneerd: het uitvoeringsteam protocollen, het uitvoeringsteam registratie en het uitvoeringsteam bijscholing.

2.1.4 *Projectplan*

In het projectplan worden voor de projectduur van drie jaar de volgende fasen onderscheiden:

- Fase 1, planningsfase: het schrijven van een uitgewerkt plan van aanpak, visieontwikkeling en teamvorming binnen de coördinatiegroep.
- Fase 2, ontwikkelfase: de ontwikkeling van een gezamenlijke intake en eerste protocollen, van een website en van foldermateriaal.
- Fase 3, pilotfase: het werken conform het protocol op de locaties ErasmusMC en CASA en op basis van ervaringen aanpassen van het protocol. De start van training van medewerkers.
- Fase 4, implementatiefase: de start van het nieuwe spreekuur op diverse locaties, de implementatie van ontwikkelde protocollen, het realiseren van een aanbod van cursussen voor huisartsen en andere hulpverleners.

Een aantal activiteiten, met name de visieontwikkeling en training van medewerkers, loopt gedurende de gehele projectperiode door, evenals de aandacht voor de financiering.

2.2 Aanbod, activiteiten en mijlpalen

2.2.1 *Het eerstelijnscentrum*

Organisatie tijdens het project

Op 1 mei 2006 is Sense zZH officieel met de spreekuren van start gegaan. In februari 2006 is GGD ZHE al gestart met het curatieve soa-spreekuur in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis. Ook op de soa-spreekuren van de GGD ZHZ is voor 1 mei 2006 al met een deel van het geïntegreerde soa-protocol gewerkt, waaraan door Sense zZH in de ontwikkelfase hard is gewerkt. Het Erasmus MC heeft de triage op basis van het protocol ook al voor de startdatum ingevoerd. Casa is op 19 juni 2006 begonnen met het geïntegreerde Sense zZH abortusspreekuur. De feestelijke kick-off bijeenkomst van Sense zZH is op 15 juni 2006. De aftrap vindt plaats op de Hogeschool InHolland in Rotterdam. Er wordt een interactief programma aangeboden met veel debat, informatie en entertainment. Medio juni zijn alle samenwerkingspartners begonnen met het geïntegreerd aanbieden van hulp bij problemen op het gebied van soa, zwangerschap en anticonceptie en seksualiteit. Het aanbod kent dan drie geïntegreerde soa-spreekuren en één geïntegreerd abortusspreekuur.

Sense zZH heeft gekozen voor spreekuren, die worden aangeboden vanuit de deelnemende organisaties, maar als onderdeel van Sense. Er is geen nieuwe organisatie opgezet. De spreekuren hebben hun specifieke focus op soa, abortus of seksuologie. Doordat binnen alle spreekuren geprotocolleerd aandacht wordt besteed aan andere aspecten van seksuele gezondheid, kan direct of in een vervolgspraak hulp worden geboden, of kan een verwijzing tot stand komen. De verschillende spreekuren fungeren daarmee als gezamenlijk loket voor de gehele hulp- en dienstverlening van Sense. Alle partners van Sense gebruiken één registratiesysteem, namelijk het soa-EPD.

Na de start in mei 2006 ontwikkelt Sense zZH in de implementatiefase nog het volgende aanbod:

- Kortdurende seksuologische counseling: in 2006 kan worden verwezen naar een Sense medewerker die een opleiding volgt tot seksuoloog. Cliënten die tijdens het spreekuur aangeven problemen te hebben met seksualiteit en daar hulp bij willen, kunnen voor 1 tot 3 gesprekken terecht voor probleemverheldering, informatie en advies, en eventueel verwijzing naar een seksuoloog. In het projectplan is sprake van drie seksuologische spreekuren. Verpleegkundigen van GGD ZHE, GGD Zuid-Holland Zuid en GGD Rotterdam-Rijnmond worden eind 2007 aanvullend geschoold, zodat in het werkgebied tevens een vervolgconsult rond seksualiteit kan worden aangeboden. Cliënten van het Sense soa-spreekuur kunnen dan op een ander moment terugkomen voor de counseling door dezelfde verpleegkundige.
- Geïntegreerd soa-spreekuur bij GGD Rotterdam Rijnmond: op 5 februari 2007 is gestart met het Sense spreekuur hiv-sneltest inclusief soa-screening voor cliënten waarbij lichamelijk onderzoek niet nodig is. Hoog risico cliënten worden middels triage verwezen naar ErasmusMC. Getest wordt op chlamydia, gonorroe en syfilis. ErasmusMC biedt geen hiv-sneltest aan. Bovendien heeft ErasmusMC te kampen met een onderbezetting in het personeel. In 2006 zijn er minder cliënten gezien.

- Jongerenspreekuur: in april 2007 wordt gestart met het Sense spreekuur op het Jongeren Informatie Punt (JIP). Het JIP-spreekuur werd al aangeboden door CASA, maar is voornamelijk gericht op anticonceptie. Het spreekuur wordt uitgebreid naar soa en relaties, en wordt daarmee een Sense-spreekuur. In 2007 wordt een tweede jongerenspreekuur gestart door GGD Rotterdam Rijnmond bij een ROC. Eind 2007 wordt in Middelharnis door GGD ZHE een jongerenspreekuur gestart. Ook zijn er plannen voor jongerenspreekuren in Vlaardingen en in het Centrum Jeugd & Gezin Feijenoord.
- Avondspreekuur ErasmusMC: dit spreekuur is gestart in april 2007 en is een Sense doelgroepen spreekuur dat zich met name richt op prostituees.

Financiering

De financiering van de Sense-sprekuren van zZH komt uit de reguliere middelen voor de curatieve soa-bestrijding en abortushulpverlening. De financiering van de kortdurende seksuologische counseling komt uit eigen middelen van GGD Rotterdam Rijnmond. Ook het tweede jongerenspreekuur bij een ROC wordt tijdelijk gefinancierd uit middelen van GGD Rotterdam Rijnmond. Na de start van de geïntegreerde spreekuren komt de vraag aan de orde hoe moet worden omgegaan met betaling van een zwangerschapstest op de Sense spreekuren. Eenzelfde vraag geldt voor de noodpil. Het wordt belangrijk gevonden dat vrouwen die met een anticonceptie vraag komen, met een pilrecept naar huis kunnen. De zwangerschapstest en/of noodpil wordt gratis door de GGD of CASA verstrekt en betaald uit eigen middelen. Gratis versprekking gebeurt als het gevaar bestaat dat de cliënte niet zelf een noodpil of test gaat kopen.

Sense zZH heeft een actieve rol in het veilig stellen van financiering na de projectperiode. Contacten worden gelegd met zorgverzekeraars. Sense zZh organiseert in samenwerking met Sense Midden-Holland en GGD Nederland in maart 2007 een expertmeeting over structurele financiering van de Sense spreekuren. Op dat moment zijn de voorbereidingen gaande van de nieuwe regeling Aanvullende eerstelijns Seksualiteitshulpverlening (ASH), maar is de inhoud ervan nog niet duidelijk. In de expertmeeting wordt gepleit voor financiering van het uitbreiden van de soa-sprekuren en abortussprekuren met 5 minuten, zodat de integrale benadering vanuit Sense kan worden gefinancierd. Ook werd gepleit voor bekostiging van kortdurende eerstelijns seksuologische counseling. In de expertmeeting wordt VWS gevraagd om een duidelijke uitspraak over de mogelijkheid om seksuologische hulpverlening op te nemen in het basispakket van de zorgverzekering. Ook plannen om het spreekuur te bekostigen voor jongeren tot en met 24 jaar is in de expertmeeting besproken.

2.2.2 *Integratie van taken en functies*

Afspraken binnen Sense

De samenwerkende instellingen in Sense zZH hebben een forse investering gedaan in de ontwikkeling van protocollen. Het uitvoeringsteam protocollen ontwikkelt in de voorbereidende fasen vooraf aan de start van de spreekuren het protocol geïntegreerd (soa-)spreekuur en een protocol geïntegreerd abortusspreekuur. Ook wordt gewerkt aan een gezamenlijke intake, die in het registratiesysteem wordt opgenomen. In figuur 2.1 is daarvan een overzicht opgenomen.

Uit een interne evaluatie blijkt dat bij de GGD-locaties alle medewerkers met de protocollen werken. Bij CASA is dat driekwart van de medewerkers. Bij ErasmusMC worden de protocollen als naslagwerk gebruikt, maar hebben de spreekuren geen

integrale opzet. ErasmusMC merkt in de evaluatie tevens op dat het uitvoeren van een triage op basis van het protocol lastig is. Vragen over seksualiteit hoeven naar de mening van ErasmusMC niet altijd te worden gesteld. ErasmusMC geeft hiervoor de volgende redenen. In een omzet gedreven polikliniek ontbreekt de tijd om cliënten standaard te vragen naar problemen met seksualiteit. Verder is men van mening dat de zeer ervaren verpleegkundigen een persoonlijke inschatting kunnen maken of er problemen kunnen zijn en er reden is om daarop in te gaan.

CASA merkt op dat door de strenge screeningscriteria in het protocol, er weinig patiënten overblijven die op een soa moeten worden gescreend. In een overleg tussen CASA en GGD Rotterdam Rijnmond zijn de triage criteria verruimd.

In Spijkenisse is een pilot uitgevoerd om bij het Sense soa-spreekuur de mogelijkheid te bieden een recept voor de de anticonceptie pil te krijgen. Op deze manier zijn de pil richtlijnen door Sense zZH geëvalueerd op bruikbaarheid. Het blijkt dat van 94 vrouwelijke cliënten er 10 voldoen aan criteria voor verstrekking van de pil. Twee vrouwen gaan daadwerkelijk met de pil naar huis. In beide gevallen is door de verpleegkundige een second opinion gevraagd aan een collega. De andere vrouwen zouden de anticonceptie op een andere manier regelen. De arts die de spreekuren superviseert kijkt de door de verpleegkundige ingevulde vragenlijst na en tekent de vragenlijst af. De uitkomst van de evaluatie is dat ook bij andere Sense soa-sprekuren pilrecept verstrekking mogelijk is.

Gedurende de projectperiode hebben de medewerkers van de Sense-sprekuren de mogelijkheid om een seksuologe telefonisch te consulteren, wanneer een consult met een cliënt met seksuologische problemen onbevredigend is verlopen. Het integreren van vragen over seksualiteit in het Sense spreekuur zorgt voor wat aanloopproblemen. Soms hebben Sense medewerkers moeite om seksualiteit bespreekbaar te maken, soms moeten cliënten wennen aan vragen over seksualiteit. Niet alle verpleegkundigen zijn even vaardig met het aan de orde stellen van vragen op het gebied van seksualiteit. Ook bij CASA vindt men het stellen van vragen over seksualiteit lastig. Daarnaast speelt, net als bij ErasmusMC, tijdgebrek een rol. Medewerkers van het ErasmusMC hebben de meerdaagse bijscholing seksualiteit niet gevolgd. Medewerkers van CASA hebben in oktober 2007 een 2-daagse door Sense aangeboden scholing seksuologie gevolgd.

- Een geïntegreerd soa-protocol.
- Een geïntegreerd abortusprotocol.
- Een prostitutieprotocol. Het prostitutieprotocol is een deel-protocol, d.w.z. het maakt deel uit van de andere basisprotocollen.
- Richtlijn voor uitgifte noodpil (morning-afterpil) en zwangerschapstesten.
- Richtlijn voor het verstrekken van de anticonceptie pil.
- Kortdurende seksuologische counseling, inclusief een lijstje aan de hand waarvan verpleegkundigen kunnen kiezen voor verwijzing naar 1e lijns kortdurende of 2e lijns seksuologische hulpverlening.
- Protocol voor jongerenspreekuur.

Figuur 2.1. Protocollen en richtlijnen van Sense zZH

Deskundigheidsbevordering

Een aanbod voor deskundigheidsbevordering is ontwikkeld. Tijdens zogenaamde medewerkersdagen worden thema's behandeld over onder andere seksualiteit en anticonceptie. Ook worden bijscholing georganiseerd. Tot de doelgroep behoren voornamelijk verpleegkundigen. De volgende dagen en bijscholing zijn georganiseerd voor alle medewerkers van de Sense locaties:

- Medewerkersdagen: met grote regelmaat worden medewerkersdagen (twee dagen en drie middagen gedurende de projectperiode) georganiseerd die moeten bijdragen aan de ontwikkeling van een gezamenlijke visie. Onderwerpen zijn onder andere counselen, seksualiteit en verwijismogelijkheden.
- Een dagdeel wordt besteed aan het oefenen met het protocol. Voor medewerkers van de GGD'en en het ErasmusMc vindt een informatiebijeenkomst plaats over abortus, voor CASA-medewerkers over soa en hiv.
- Eén dag 'Counselen voor beginners' en 'Kennismaken met Motivational Interviewing voor gevorderden'.
- Cursus Motivational interviewing: een driedaagse training i.s.m. Soa Aids Nederland.
- Scholing seksualiteit: begonnen is met een eendagstraining seksualiteit voor medewerkers.
- Training seksuologie: een aantal medewerkers geeft aan behoefte te hebben aan een verdere inhoudelijke scholing op het gebied van seksuologie. Hiervoor wordt najaar 2006 een vijfdaagse cursus in company gegeven, verzorgd door RINO Utrecht. De GGD'en stellen hun medewerkers in de gelegenheid deze scholing te volgen. In het najaar van 2007 is een vervoltraining van nog eens zes dagen gepland, zodat elf verpleegkundigen de aantekening seksuologie krijgen.
- Een bijscholing abortus voor nieuwe medewerkers is in januari 2008 gepland. Deelname door ErasmusMC aan de bijscholingsmomenten is niet altijd mogelijk. In de praktijk blijken Casa en ErasmusMC geen behoefte te hebben aan de cursussen seksuologie.

Vanaf oktober 2006 is vier keer per jaar collegiale consultatie (CC) voor verpleegkundigen georganiseerd. Het betreffen intervisiebijeenkomsten onder begeleiding van bij Sense werkzame professionals. Uit een interne evaluatie blijkt dat de opkomst overwegend goed is, behalve van medewerkers van CASA. De meeste deelnemers geven de bijeenkomsten een voldoende tot goed. Enkele medewerkers geven aan dat het de eigen mogelijkheden niet vergroot. Met name het onderwerp seksualiteit komt in de bijeenkomsten aan bod. De begeleiders zijn van mening dat het enthousiaste, vaste groepen zijn met een goede sfeer.

Afspraken buiten Sense

Seksuologie

Seksuologen uit de regio zijn op een bijeenkomst in oktober 2006 en maart 2008 over Sense geïnformeerd. Al vroeg in het project wordt gesignaleerd dat verwijzing naar een seksuoloog vanuit het spreekuur problemen kan opleveren. Het is mogelijk dat een zorgverzekeraar een verwijfsbrief van de huisarts verlangt of dat het consult bij de seksuoloog door de cliënt moet worden betaald. Vanuit de abortuskliniek wordt zonder problemen naar de seksuoloog van het RIAGG verwezen, maar dan is er al een verwijzing van de huisarts naar de abortuskliniek geweest. In 2006 worden gesprekken gestart met Psy-Q Rijnmond teneinde een sluitende keten te realiseren op het gebied van seksuologische hulpverlening. Wanneer op het Sense spreekuur duidelijk is dat een cliënt langdurige of complexe seksuele problemen heeft, dan wordt deze direct doorverwezen naar Psy-Q Rijnmond. De cliënt heeft ook de vrijheid om naar een vrijgevestigde seksuoloog of andere GGZ-instelling te gaan. Met Psy-Q Rijnmond is in december 2006 een samenwerkingsovereenkomst gesloten, waarin afspraken over verwijzing zijn vastgelegd. Een verwijzing via de huisarts is niet nodig.

Huisartsen

Huisartsen zijn per brief in het najaar van 2006 geïnformeerd over de start van Sense. In 2007 wordt door Sense zZH en Midden-Holland een nascholing voorbereid voor huisartsen. In april en mei bieden Sense zZH en Stichting Koel een scholing seksualiteit aan huisartsen aan. Ook zijn er plannen voor een dagdeel scholing over hetzelfde onderwerp voor andere hulpverleners, zoals docenten en medewerkers van beschermende woonvormen. Voor deze scholingen blijkt onvoldoende belangstelling.

Preventie, seksueel geweld, homo/lesbische hulpverlening

Er wordt besloten om samenwerkingsafspraken met hulpverleners op het gebied van seksueel geweld, homo/lesbische hulpverlening en transseksualiteit geen prioriteit te geven. De Sense samenwerkingspartners hebben al vormen van samenwerking met locale instellingen die zich op deze groepen richten. In 2007 vindt in de coördinatiegroep discussie plaats over afstemming met de preventie activiteiten van de deelnemende instellingen. Samenwerking op dit gebied wordt in verband met schaalvergroting als voordeel gezien. Gedacht wordt aan afstemming met preventie voor doelgroepen jongeren, prostituees en homomannen. Een extern medewerker heeft een notitie geschreven over preventie en deze is in de coördinatiegroep van maart 2008 besproken. Een vervolgnote voor de hoofden AGZ volgt.

2.2.3 *Communicatie en PR*

De informatievoorziening van Sense zZH richt zich op de medewerkers van de aangesloten instellingen, potentiële cliënten en verwijzers. In 2005 is samen met de twee andere Sense initiatieven onder begeleiding van ZonMw gewerkt aan een communicatieplan. Sense zZH voert de huisstijl en het logo die door de drie Sense-organisaties in 2006 zijn vastgesteld. Ten behoeve van de communicatie worden verschillende middelen ingezet:

- Folders, poster en factsheet: twee folders met uitleg over het Sense-aanbod zijn ontwikkeld, één voor cliënten en één voor verwijzers. Ook is er een factsheet gemaakt voor professionals waarin o.a. wordt uitgelegd dat Sense zZH een aanvullend aanbod heeft voor mensen die niet naar de huisarts willen, met aandacht voor de specifieke doelgroepen. Posters zijn gedrukt op A3- en A0-formaat. Voorts zijn kaartjes ontwikkeld met de locaties van Sense in de regio en kaartjes met verwijzadressen.
- Website www.sense.info: aangesloten wordt bij de landelijke website waarvan Sense zZH onderdeel is.
- Nieuwsbrief: de nieuwsbrief komt periodiek uit waarin medewerkers op de hoogte worden gehouden van relevante interne en externe ontwikkelingen. De nieuwsbrief van Sense zZH verschijnt gedurende de projectperiode eens per twee maanden.
- Condoom uitdeelacties: bij diverse gelegenheden zijn condooms met het Sense logo en website adres op de wrappers uitgedeeld.
- Bordjes met Sense-opschrift voor de balies en gevels van de locaties.
- Symposia en bijeenkomsten: de kick-off bijeenkomst in juni 2006 had een PR-doel. Voor het genereren van meer PR is in mei 2007 een mini-symposium georganiseerd, samen met Sense Midden-Holland. Thema's die op het symposium aan bod komen zijn seksuele gezondheidszorg en de huisarts, jongeren en GGZ.

In figuur 2.2 wordt een overzicht gegeven van de mijlpalen en nog te realiseren activiteiten van Sense zZh.

Mijlpalen:

- Bezinningsdagen/werkbijeenkomsten en medewerkersdagen voor bij Sense zZh aangesloten organisaties.
- Een visiedocument.
- Een aanbod van deskundigheidsbevordering voor medewerkers van bij Sense zZH betrokken organisaties.
- Een communicatieplan gezamenlijk met de andere Sense-regio's.
- Logo, huisstijl en website beschikbaar.
- Start met geïntegreerd spreekuren in mei 2006. Officiële kick-off op 15 juni 2006.
- Kortdurende seksuologische counseling.
- Een protocol geïntegreerd soa spreekuur, een protocol geïntegreerd abortusspreekuur.
- Een elektronisch registratiesysteem.
- De in het projectplan voorgenomen protocol voor het jongerenspreekuur met aandacht voor anticonceptie, soa en seksualiteit en prostitutiespreekuur met aandacht voor anticonceptie, soa en seksualiteit.

Nog te realiseren activiteiten:

- Afstemming en samenwerking met andere dienstverleners op het terrein van seksuele gezondheid.
- Interne stages bij de spreekuren en andere activiteiten van de samenwerkingspartners.

Figuur 2.2. **Mijlpalen en nog te realiseren activiteiten**

2.2.4

Continuering van Sense zuidelijk Zuid-Holland na de projectperiode

Sense zuidelijke Zuid-Holland gaat onder de nieuwe ASH-regeling verder. Behalve voor de regio zuidelijk Zuid-Holland, is GGD Rotterdam Rijnmond coördinerende GGD voor Sense Midden-Holland en GGD Hollands Midden. Het plan is om de jongerenspreekuren uit te breiden naar negen in het totale werkgebied. Ook is het de bedoeling om de geïntegreerde soa- en abortusspreekuren te continueren. Jongeren met aanvullende vragen op het gebied van seksualiteit kunnen dan daar worden geholpen. De afspraak is dat de GGD'en een integraal Sense spreekuur behouden en de Sense vragen blijven stellen. Het is onduidelijk of en hoe het Erasmus MC de soa-poli zal voortzetten. CASA overweegt of ook binnen de abortushulpverlening het mogelijk blijft om geïntegreerd aandacht te besteden aan soa, zwangerschap/anticonceptie en seksualiteit. CASA heeft per brief aangekondigd te willen stoppen, omdat VWS geen 5 minuten extra wil laten financieren per abortusconsult voor de vragen over soa en seksualiteit. De intervisie/intercollegiale consultatie, werkbijeenkomsten en deskundigheidsbevordering voor de verpleegkundigen worden in de nieuwe ASH-regeling gehandhaafd.

2.3

Opvattingen en tevredenheid direct betrokkenen

Een aantal van de evaluatiecriteria is gericht op de tevredenheid en kennis van de medewerkers die betrokken zijn bij de ontwikkeling en invoering van Sense. De criteria en de operationalisering hiervan staan in tabel 2.1.

Tabel 2.1. Criteria en operationalisering hiervan

Criteria	Operationalisering
KvL/P&Z/2008.0383	% hulpverleners (die een spreekuur draaien) dat aangeeft het protocol altijd of bijna altijd te gebruiken
Er is een stijging met 5%-punten in het aantal hulpverleners dat na de start van Sense tevreden is over het verloop van de spreekuren	5 % stijging in algemene tevredenheid over hoe de hulpverlening geregeld is
90 % kent de opzet en de missie van Sense	90 % is bekend met de doelstellingen van Sense
90 % weet wat er van ze verwacht wordt	90 % vindt het een taak om aandacht te besteden aan anticonceptie, soa, abortus en seksuele problemen
80 % is enthousiast over Sense	80 % vindt Sense een goed initiatief
80 % voelt zich betrokken	80 % voelt zich betrokken bij Sense

Nagegaan is wat de opvattingen zijn en hoe de tevredenheid is van hulpverleners die betrokken zijn bij Sense bij de start van de Sense-sprekuren en een jaar na de start. Dit is gedaan met behulp van vragenlijsten. De eerste meting in 2006 is door 40 mensen ingevuld en de tweede meting in 2007 door 44. Naast deze vragenlijst is na elk meetmoment een groepsinterview gehouden met de projectgroepleden van Sense, waarbij de antwoorden op de vragenlijsten verder besproken zijn. In 2007 is ook nog een groepsinterview geweest met medewerkers van de verschillende Sense locaties.

2.3.1 *Mening over seksuele en reproductieve hulpverlening*

In 2007 is in vergelijking met 2006 een duidelijke stijging te zien in het percentage respondenten dat de hulpverlening op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheidszorg goed geregeld vindt: in 2006 vond 23% het goed geregeld en in 2007 was dit gestegen naar 38%. Dit is een stijging van 15%, dat wil zeggen dat meer mensen dan verwacht tevreden zijn over hoe de hulpverlening geregeld is. Verder is in 2006 50% van de respondenten van mening dat de zorg redelijk is georganiseerd en in 2007 is dit 33%. In beide jaren vindt 10% van de respondenten dat de zorg niet goed georganiseerd is. De overigen geven aan geen zicht te hebben op dit punt. In tabel 2.2 wordt aangegeven wat in 2006 en in 2007 niet goed is of nog beter kan.

Tabel 2.2. Opmerkingen van respondenten over wat niet goed is of wat beter kan

2006	2007
Versnippering van de hulp	Versnippering van de hulp
Nauwelijks hulpverlening voor seksuele problemen	Te weinig bekend
Lange wachttijden	Te klein aanbod
	Triage moet en kan beter
	Samenwerking met de dermatologen
	Alle onderwerpen op het gebied van seksuele gezondheid moeten aan de orde komen, terwijl er geen extra tijd of personeel toegevoegd is

2.3.2 *Mening over Sense*

In 2007 zijn bijna alle betrokkenen bekend tot zeer bekend met de doelstellingen van Sense (88%); twee respondenten zijn hier enigszins mee bekend en drie geven aan hier redelijk onbekend mee te zijn. Dit komt overeen met hoe betrokken men zich voelt bij Sense: 88% voelt zich redelijk tot zeer betrokken bij Sense. In 2006 was de ervaren betrokkenheid gelijk, toen voelde 89% van de respondenten zich redelijk tot zeer betrokken bij Sense. Verder vindt in 2007 88% van de respondenten de oprichting van Sense een (zeer) goed initiatief, 10% vindt het een redelijk initiatief en 2% vindt het een slecht initiatief.

Wat betreft de afspraken die gemaakt zijn met de betrokkenen, is 38% van de respondenten in 2007 van mening dat deze (heel) goed zijn. De samenwerking is volgens 23% (zeer) goed en 39% vindt de samenwerking redelijk te noemen, 13% vindt de samenwerking niet goed en de rest geeft aan hier geen zicht op te hebben. Net als in 2006 vinden de meesten dat de hulpverlening door Sense laagdrempeliger wordt, dat de hulpverlening van betere kwaliteit wordt, dat het beter aansluit bij de behoefte van jongeren en dat het aansluit op de normen en waarden van de eigen organisatie. Wel vindt men in 2007 minder dan in 2006 dat Sense aansluit bij de behoeften van allochtonen.

In 2006 antwoordde niemand dat de hulpverlening door Sense niet zal veranderen of er slechter op zal worden. In 2007 is een kleine groep mensen van één organisatie (ongeveer 4 personen) van mening dat de hulpverlening door Sense niet zal veranderen of dat het er slechter op zal worden. Uit het interview in 2007 komt naar voren dat er bij een aantal van de organisaties interne problemen zijn, en dat dit zijn weerslag op Sense heeft.

2.3.3 *Invoering van Sense op organisatieniveau*

Sense leeft in 2007 meer in de eigen organisaties dan in 2006. In 2007 antwoorden uiteindelijk nog vier respondenten in de vragenlijst dat Sense veel te weinig in hun eigen organisatie leeft. Dit zijn dezelfde personen die zich negatief uitlaten over de doelstellingen van Sense.

Verloop van de invoering van Sense

In het interview, een jaar na de start van Sense, wordt verder aangegeven dat men tevreden is over hoe het jaar verlopen is (echter niet alle partijen waren tijdens dit tweede interview vertegenwoordigd). Volgens de aanwezige medewerkers is door de training en het werken met het protocol Sense meer gaan leven voor de medewerkers. Medewerkers van de verschillende organisaties kennen elkaar beter door Sense en kunnen daardoor ook makkelijker en sneller naar elkaar doorverwijzen. Tijdens het eerste interview, ongeveer twee maanden na de start van de Sense-sprekuren, was de mening van de betrokkenen over het algemeen ook al positief. Wel vond men toen dat er meer tijd in de landelijke afstemming met de andere Sense regio's is gaan zitten dan verwacht en waren er verschillen tussen de samenwerkende organisaties, bijvoorbeeld wat betreft deelname aan trainingen. In 2007 zijn hierin nog steeds verschillen tussen de organisaties.

In 2007 heeft er ook een apart interview plaats gevonden met enkele hulpverleners die de Sense spreekuren daadwerkelijk houden (opmerking: ook bij dit interview waren niet alle partijen vertegenwoordigd). Uit dit interview werd duidelijk dat doordat Sense een samenwerkingsverband is, het lastig is om duidelijk te communiceren naar de werkvloer wat Sense precies inhoudt. De trainingen en de medewerkersdagen zijn als waardevol ervaren bij het bekend raken met Sense. Helaas is het voor medewerkers van

niet-GGD organisaties lastig om aan deze activiteiten mee te doen. Uit dit interview wordt duidelijk dat het werken met het Sense protocol goed van de grond is gekomen.

Beschikbare tijd voor nieuwe werkwijze

Wat betreft beschikbare tijd om Sense taken uit te voeren, zijn de respondenten van de vragenlijst in 2007 weer positiever dan bij het begin van Sense. In 2007 is 18% van de respondenten van mening dat er (veel) te weinig tijd is, in 2006 was dit 23%. Uit het interview met de projectgroep in 2006 bleek al dat de angst dat de nieuwe werkwijze veel meer tijd zou kosten wel mee leek te vallen. In 2007 wordt in het interview met medewerkers duidelijk dat de medewerkers in eerste instantie huiverig waren om extra taken te krijgen, zonder extra tijd om dit uit te voeren. Voor de GGD-organisaties is de extra tijd per consult echter meegevallen, want niet alle cliënten hebben problemen of vragen met betrekking tot seksualiteit. Voor de niet-GGD organisatie die bij het interview vertegenwoordigd is, is tijd wel een probleem. Uiteenlopende redenen liggen hieraan ten grondslag; de medewerkers van deze organisaties hebben een ander opleidingsniveau, de ruimte voor het volgen van trainingen is beperkt en er zijn interne problemen binnen de organisaties geweest.

Zowel in 2007 als in 2006 rapporteert 18% van de respondenten dat men het (heel) ingewikkeld vindt om de Sense werkwijze in te passen in de eigen organisatie. Uit de interviews blijkt dat in het bijzonder de organisaties die geen GGD zijn het lastig vinden om Sense in te voeren.

2.3.4 Invoering Sense op individueel niveau

In het interview in 2007 geven de projectgroepleden én de medewerkers aan dat door de samenwerking in het kader van Sense het verwijzen van cliënten veel makkelijker is geworden. Wel wordt in het interview met de projectgroepleden duidelijk dat de samenwerking niet met alle partijen even goed verlopen is in 2007.

Mening over de Sense spreekuren

Uit de vragenlijst in 2007 wordt duidelijk dat minstens 90% van degenen die contacten hebben met cliënten aangeven het (zeer) zeker hun taak te vinden om aandacht te besteden aan anticonceptie en soa. Meer dan de helft (55 tot 62%) vindt het daarnaast ook (zeer) zeker hun taak om aandacht te besteden aan abortus en seksuele problemen. Slechts twee hulpverleners vinden het hierbij zeker niet hun taak om aandacht te besteden aan anticonceptie en abortus. Het jaar daarvoor, in 2006, vonden minder respondenten (24 tot 38%) het hun taak om aandacht te besteden aan abortus en seksuele problemen. Wel vonden bijna alle betrokkenen met cliëntencontacten dat het hun taak was om aandacht te besteden aan soa.

Vergeleken met 2006, geven meer hulpverleners in 2007 aan dat er door de invoering van Sense (zeer) veel veranderd is in hun dagelijks werk (in 2006 28% en in 2007 40%). Voor de grootste groep hulpverleners (46%) is er door Sense niet zo veel veranderd. Net als in 2006, vindt iedereen de verandering nog steeds goed. De meesten denken ook nog steeds dat het hen meer tijd gaat kosten om volgens Sense te werken. De meerderheid geeft aan dat het werk meer bevrediging gaat opleveren. In het interview met medewerkers wordt een paar keer aangegeven dat het werk door Sense leuker en completer is geworden.

Uitvoering van de Sense spreekuren

In 2007 voelen medewerkers zich beter in staat om advies te geven over anticonceptie en seksuele problemen, vergeleken met vorig jaar. Ook het doorverwijzen gaat de medewerkers in 2007 beter af.

De meeste respondenten (48%) voelen zich goed tot heel goed in staat om de Sense taken uit te voeren. Een kwart van de personen geeft aan redelijk in staat te zijn dit te doen. In totaal heeft 47% van de respondenten een training (motivational interviewing of seksuologie) gevolgd in het kader van Sense.

In 2007 geeft 69% van de respondenten die een spreekuur draaien aan dat ze altijd of meestal met het Sense protocol werken, slechts één persoon geeft aan meestal niet met het protocol te werken. In de interviews werd aangegeven dat een aantal medewerkers betrokken waren bij het ontwikkelen van het protocol. Dit heeft bijgedragen aan het invoeren hiervan. Ook heeft het geholpen dat het EPD is aangepast. Hierdoor werden de extra Sense vragen over bijvoorbeeld seksuele problemen een vanzelfsprekend onderdeel van de intake.

2.3.5 *Conclusie opvattingen en tevredenheid betrokkenen*

In 2007 geeft 69% van de hulpverleners aan bij het spreekuur de Sense protocollen meestal of altijd te gebruiken. De protocollen worden dus nog niet door alle medewerkers gebruikt. Wat betreft tevredenheid van de medewerkers over het verloop van de spreekuren kan men stellen dat het gestelde criterium van 5% stijging ruimschoots is gehaald. In 2007 zijn 15% meer respondenten tevreden over hoe de hulpverlening op het gebied van soa, seksuele en reproductieve gezondheidszorg in de regio georganiseerd is. Verder is in 2007 88% van de respondenten (zeer) bekend met de doelstellingen van Sense, ook hierbij is het gestelde criterium gehaald. Daarnaast vindt minstens 90% van de respondenten het hun taak om in het spreekuur aandacht te besteden aan soa en anticonceptie, maar 55 tot 62% van de respondenten vindt het hun taak om in het spreekuur aandacht te besteden aan abortus en seksualiteit. Het criterium dat 90% weet wat van ze verwacht wordt is hiermee niet gehaald. Wel is 88% van de respondenten van mening dat de oprichting van Sense een (zeer) goed initiatief is en voelt 88% zich redelijk tot zeer betrokken bij Sense.

Men kan concluderen dat 4 van de 6 vooraf opgestelde criteria gehaald zijn aan het eind van de projectperiode.

Verder kan men concluderen dat in vergelijking met een jaar geleden de hulpverleners vaker van mening zijn dat het hun taak is om aandacht te besteden aan abortus en seksuele problemen. Daarnaast voelen ze zich ook beter in staat om advies te geven over deze onderwerpen, met name anticonceptie en seksuele problemen. Verderervaart men dat het met Sense makkelijker is geworden om cliënten naar elkaar door te verwijzen. De verbetering in doorverwijzen wordt als een belangrijk pluspunt van Sense gezien. Men vindt dat door Sense de zorg laagdrempeliger wordt en dat de zorg van betere kwaliteit is. Tevens is men over het algemeen tevreden over de afspraken die gemaakt zijn met de betrokken instellingen en hulpverleners. De samenwerking wordt als redelijk beoordeeld. De betrokkenen zijn verder van mening dat de Sense-sprekuren aansluiten bij de voorkeuren en wensen van de jongeren. Men twijfelt wel iets vaker over de aansluiting bij allochtonen.

2.4 **Bekendheid**

In het onderzoek naar de invoering van Sense in de regio zuidelijk Zuid-Holland is ook gekeken naar de bekendheid van jongeren met de seksuele en reproductieve gezondheidszorg. In tabel 2.3 worden de gestelde criteria weergegeven en hoe dit gemeten is.

Tabel 2.3. Criteria en operationalisering hiervan

Criteria	Operationalisering
Er is een stijging van 5%-punten in het aantal jongeren van 15-29 jaar dat minimaal 1 instantie kan noemen waar ze voor verschillende problemen terecht kunnen	5%-punten stijging in het percentage jongeren dat bekend is met in ieder geval één van de hulpverlenende instanties op het gebied van seksuele gezondheid
De informatie heeft de mensen bereikt en de mensen hebben de informatie onthouden	Voldoende bekendheid met de hulp van de hulpverlenende instanties die bij Sense betrokken zijn
Er is een stijging van 20%-punten in de bekendheid onder jongeren van 15-29 jaar met de verschillende vormen van hulpverlening die de instanties bieden	20%-punten stijging in het percentage jongeren dat bekend is met verschillende vormen van hulpverlening die instanties betrokken bij Sense bieden
Sense is bekend bij 35% van de jongeren van 15-29 jaar	60% kent Sense als organisatie waar je terecht kunt voor vragen op het gebied van seksuele gezondheid
70% van de jongeren weet dat de anonimiteit gewaarborgd is binnen Sense	Minder dan 30 % van de jongeren noemt anonimiteit (dat anonimiteit niet gewaarborgd wordt) als een nadeel van Sense

Voor dit bekendheidsonderzoek is TNS NIPO voor de invoering van Sense (in 2005) en na de invoering van Sense (in 2007) nagegaan hoe de bekendheid van de reproductieve en seksuologische hulpverlening bij jongeren van 15-29 jaar in de regio zuidelijk Zuid-Holland is (Hendrix et al., 2007).

2.4.1 *Bekendheid met hulpverlenende instanties en hun dienstverlening*

Aan de jongeren is zowel de spontane als de geholpen bekendheid met instanties op het gebied van soa, seksuologische en reproductieve hulpverlening gevraagd.

Spontane bekendheid

Over het algemeen weten de jongeren zowel voor als na de invoering van Sense waar ze naar toe kunnen indien zij een vraag hebben op het gebied van soa, anticonceptie, ongewenste zwangerschap of seksuologie (zie tabel 2.4). Het minst bekend zijn ze met de hulpverlenende instantie als het gaat om abortus/zwangerschapafbreking en om seksuologische problemen. De bekendheid met instanties op het gebied van seksuologische problemen is in vergelijking met 2005 gedaald.

Tabel 2.4. Spontane bekendheid met hulpverlenende instantie voor de volgende onderwerpen

	Bekend in 2005	Bekend in 2007
Info over soa	90%	87%
Soa test	85%	84%
Hiv test	86%	84%
Soa/Hiv behandeling	83%	80%
Hulp bij anticonceptie	91%	93%
Abortus/zwangerschap afbreking	67%	63%
Hulp bij seksuele problemen	80%	72%

Voor vrijwel alle diensten geldt dat jongeren spontaan de huisarts het vaakst noemen als instantie waar zij terecht kunnen met hun vragen of problemen, gevolgd door de GGD en het ziekenhuis. De GGD is vooral bekend in verband met informatie over soa en soa/hiv-test, het ziekenhuis in verband met hiv-test, soa/hiv behandeling en zwangerschapsafbreking. Verder valt op dat de bekendheid van de Rutgerstichting in 2007 is afgenomen.

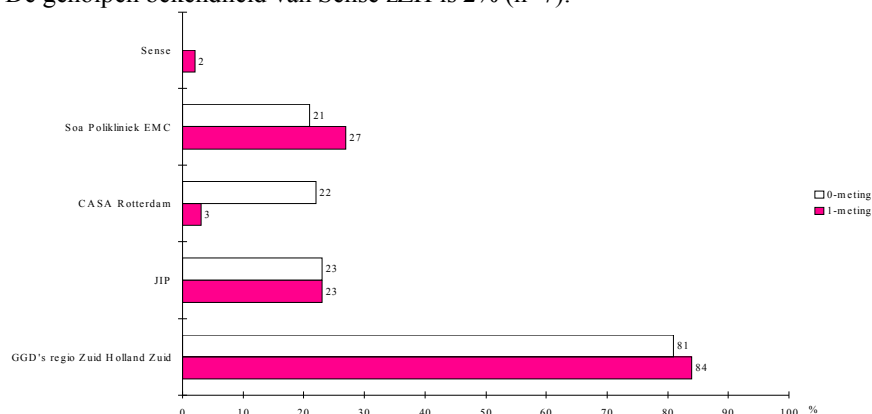
Geholpen bekendheid

Indien men de jongeren een lijst van instanties, die in de regio zuidelijk Zuid-Holland betrokken zijn bij Sense, voorlegt en vraagt in hoeverre ze er van op de hoogte zijn dat deze instanties zorg bieden op het gebied van seksuele gezondheid dan is in 2005 83% en in 2007 87% van de jongeren bekend met één of meer instanties.

In 2007 geeft 84% van de respondenten aan met één of meer van de drie voorgelegde GGD'en bekend te zijn: dit is een lichte stijging in vergelijking met 2005 (81%) (zie figuur 2.3). De bekendheid met de soa-polikliniek van het ErasmusMC is ook gestegen van 21% in 2005 naar 27% in 2007.

De geholpen bekendheid van CASA Rotterdam lijkt dramatisch te zijn gedaald (van 22% naar 3%). Dit verschil wordt echter verklaard door het feit dat deze antwoordcategorie in 2005 (CASA Rotterdam/ Dr. W.F. Stormkliniek/ Rutgershuis) anders beschreven is dan in 2007 (CASA Rotterdam (voormalige Dr. W.F. Storm kliniek)).

De geholpen bekendheid van Sense zZH is 2% (n=7).



Bron: TNS NIPO, 2007

Figuur 2.3. Geholpen bekendheid instanties regio Zuidelijk Zuid-Holland (0-meting n=340, 1 meting n=335)

Naast de bekendheid met de namen van de instanties is ook gevraagd naar bekendheid met de soort hulpverlening die de verschillende instanties betrokken bij Sense op het gebied van de seksuele gezondheidszorg verlenen. De jongeren zijn gevraagd om een cijfer te geven tussen de 1 en de 10 aan de mate waarin zij bekend zijn met de soort hulpverlening een instantie levert. Uit de meting in 2007 komt naar voren dat de jongeren onvoldoende bekend zijn met de specifieke hulpverlening van de instanties op het gebied van de seksuele gezondheidszorg. Alleen de bekendheid met de hulpverlening van de soa-polikliniek van het ErasmusMC is toegenomen: in 2005 gaf 21% van de jongeren een voldoende aan de mate waarin zij wisten wat het Erasmus deed en dit is 27% in 2007.

Alle verschillende instanties in zuidelijk Zuid-Holland staan bij de jongeren zeer bekend om de behandeling van soa en hiv. Het percentage jongeren dat deze behandeling bij de instanties verwacht is bijna of meer dan de 80%.

2.4.2 *Hulpvraag*

De ruime meerderheid (82% in 2005 en 81% in 2007) van de jongeren zegt nog nooit zelf met een vraag of probleem op het gebied van seksuele gezondheid te maken hebben gehad. Indien zij hier wel mee te maken zouden krijgen (in volgorde van meest genoemd) dan zouden zij een beroep doen op: de huisarts, de GGD of het ziekenhuis.

Zowel in 2005 als in 2007 geeft bijna een vijfde (18-19%) van de jongeren aan wel eens te maken hebben gehad met een vraag of probleem op het gebied van seksuele gezondheid.

Van de jongeren die een vraag of probleem hadden, heeft 47% gebruik gemaakt van een instantie. Dit is niet veranderd ten opzichte van 2005 (48%). De genoemde hulpverlenende instanties waar respondenten aangeven gebruik van te hebben gemaakt, zijn ook hetzelfde, maar de volgorde is veranderd. Nu maken jongeren het meeste gebruik van het ziekenhuis (46%), daarna volgt de huisarts (43%) en de GGD (36%). Terwijl in 2005 de meeste jongeren naar de huisarts gingen en daarna naar het ziekenhuis. De jongeren zijn vooral via vrienden/bekenden en de huisarts bij de eerder genoemde instanties terecht gekomen.

De jongeren die wel een vraag hadden, maar geen gebruik hebben gemaakt van een instantie geven als reden hiervoor, dat ze hiervoor naar hun huisarts zijn gegaan (57%), dat het niet duidelijk was welke instantie hulp verleent op dit gebied (20%) of dat ze de informatie op een website hebben opgezocht/ dat de omgeving heeft geholpen (13%).

2.4.3 *Perceptie van het huidige regionale hulpverleningsaanbod en van het samenwerkingsverband*

In 2007 vindt ruim de helft (56%) van de jongeren dat er voldoende hulp beschikbaar is op het gebied van seksuele gezondheid in de regio zuidelijk Zuid-Holland. Ten opzichte van 2005 is het percentage gestegen (47%).

Driekwart van de jongeren geeft verder aan het (heel) goed te vinden dat er meer locaties van Sense in de regio zijn, waar respondenten terecht kunnen voor seksuele gezondheidszorg. De jongeren zien meer voor- dan nadelen van het centraal georganiseerd Sense initiatief (tabel 2.5). De voordelen zijn laagdrempeligheid (33%), anonimiteit (30%) en overzichtelijk aanbod (25%). De nadelen die ze noemen zijn: locatie (te) ver (11%), hoge drempel en onpersoonlijk (beiden 10%). Daarnaast geeft 12% expliciet aan dat er in hun ogen geen nadelen aan dit initiatief zitten.

Tabel 2.5: Genoemde voor- en nadelen van Sense

De voordelen zijn:	De nadelen zijn:
Laagdrempeligheid (33%),	Locatie is (te) ver (11%)
Anonimiteit (30%),	Hoge drempel (10%)
Overzichtelijk aanbod (25%)	Onpersoonlijk (10%)
Persoonlijke aandacht/betrokkenheid (25%)	Minder anonimiteit (9%)
Betere hulpverlening (25%)	
Minder doorverwijzingen (24%)	
Betere communicatie/kennisuitwisseling (21%)	
Snellere hulpverlening/ kortere wachttijden (21%)	
Makkelijk bereikbaar/ dichterbij (19%)	

2.4.4 Conclusie bekendheid onder jongeren

De bekendheid met de instanties op het gebied van soa, seksuologische en reproductieve gezondheidszorg in de regio zuidelijk Zuid-Holland is hoog. Het minst bekend zijn de jongeren met de hulp op het gebied van abortus en ongewenste zwangerschap. De bekendheid is echter niet met 20% gestegen. Dit is gezien de reeds hoge bekendheid van sommige instellingen ook moeilijk te bereiken. Sense zelf is verder nog maar bij een zeer klein percentage van de jongeren bekend. Het criterium van 35% wordt niet gehaald.

Het criterium van een stijging van 5% van jongeren dat bekend is met minimaal één hulpverlenende instantie op het gebied van soa, seksuologische en reproductieve hulpverlening wordt in zuidelijk Zuid-Holland bijna gehaald: een stijging met 4% van 83% tot 87%. Vooral de bekendheid van de GGD'en en het ziekenhuis is gestegen.

De mate van bekendheid met de inhoud van de seksuele en reproductieve gezondheidszorg van de bij Sense betrokken instellingen is over het algemeen gedurende het project niet veel veranderd. Alleen de zorg van het ziekenhuis is in 2007 beter bekend dan in 2005.

Het percentage jongeren dat een vraag of probleem heeft op het gebied van de seksuele en reproductieve gezondheid en ook gebruik gemaakt heeft van een instantie om deze vraag te beantwoorden, is in de periode van het onderzoek niet gestegen. De meest genoemde hulpverlenende instanties waar jongeren aangeven gebruik van te hebben gemaakt zijn ook die waarmee ze het meest bekend zijn, dat wil zeggen de huisarts, het ziekenhuis en de GGD. Indien men geen hulp gezocht heeft, geven de jongeren hiervoor als reden aan dat ze naar hun huisarts zijn gegaan, dat voor hen niet duidelijk was welke instantie ze moesten benaderen voor hun probleem of dat ze de informatie op een website hebben opgezocht. De kosten van de zorg wordt door niemand als reden genoemd om geen hulp te zoeken.

Een criterium betrof de anonimiteit van Sense. De jongeren noemen anonimiteit vaker als een voordeel (30%) dan als een nadeel van Sense (9%).

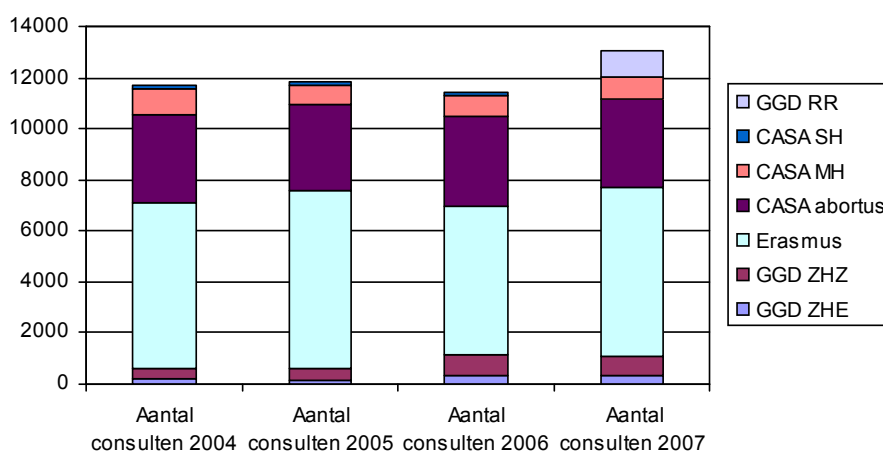
2.5 Gebruikscijfers

Een ander doel van de regio zuidelijk Zuid-Holland betrof het aantal zorgvragen per jaar. Men heeft als doel om jaarlijks in totaal 12.500 cliënten te zien bij alle geïntegreerde spreekuren samen. Hieronder worden de gegevens van de verschillende registraties gegeven.

Aantal consulten

In figuur 2.4 wordt het aantal nieuwe consulten op het gebied van soa, seksuologische en/of reproductieve problemen weergegeven die in de afgelopen vier jaren door de bij Sense betrokken instanties gehouden zijn. Vooral in 2007 is een stijging in het aantal nieuwe consulten te zien. Deze stijging lijkt voor een groot deel veroorzaakt te worden doordat GGD Rotterdam-Rijnmond ook spreekuren is gaan doen.

In 2007 is het aantal cliënten met nieuwe zorgvragen samen meer dan 12.500.

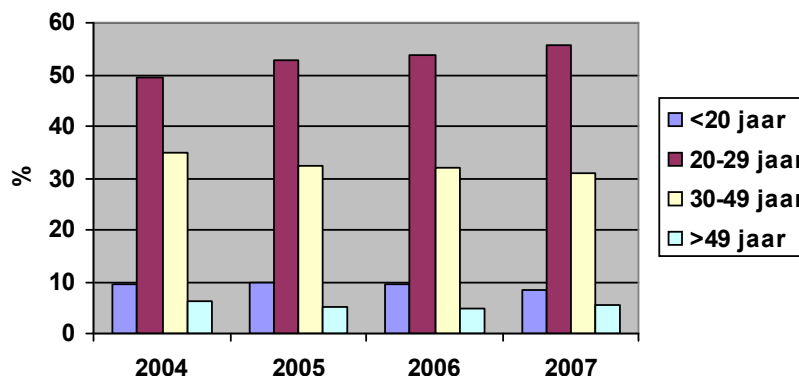


Figuur 2.4. Totaal aantal consulten vanaf 2004

Zorgvragen naar leeftijd

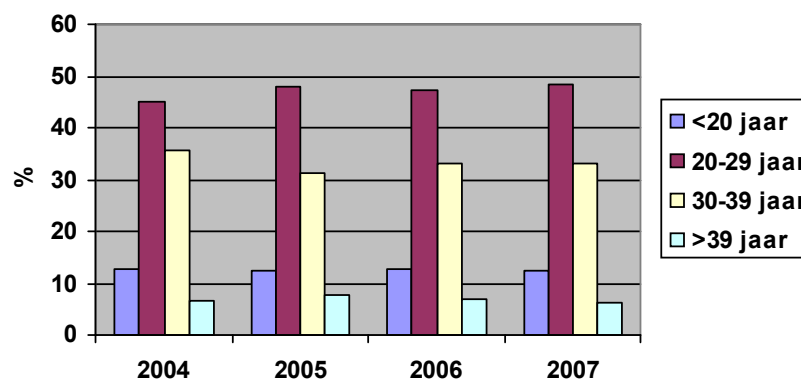
Er is ook gekeken naar de verdeling naar leeftijd over de jaren. In de figuren 2.5 en 2.6 wordt de verdeling weergegeven. In de eerste grafiek is de verdeling naar leeftijd van de cliënten die een zorgvraag hadden op het gebied van soa te zien, in de tweede grafiek de verdeling naar leeftijd van de cliënten die een zorgvraag hadden op het gebied van zwangerschapsafbreking.

Bij de soa-sprekuren is het percentage cliënten van 20-29 jaar gestegen van 50% naar 56% in 2007. Het percentage cliënten van 30-49 jaar is licht gedaald van 35% naar 31%. De overige twee leeftijdsgroepen veranderen weinig.



Figuur 2.5. Soa zorgvragen naar leeftijd vanaf 2004

Bij de abortus zorgvragen is, net als bij de soa-zorgvragen, een kleine stijging te zien in het percentage vrouwen van 20-29 jaar dat op het spreekuur komt: dat stijgt van 45% naar 49%. De leeftijdsgroep 30-39 komt relatief gezien iets minder vaak voor een abortus in 2007 (36%) dan in 2005 (33%).

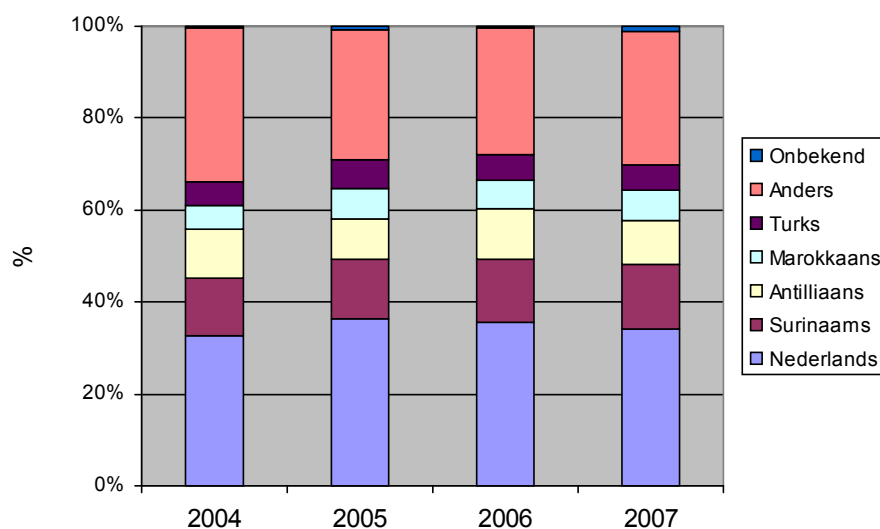


Figuur 2.6. Abortus zorgvragen naar leeftijd

Zorgvragen naar bevolkingsgroep

Net als bij leeftijd is ook bij bevolkingsgroep gekeken naar de verdeling over tijd. Ongeveer 70% van de cliënten die voor een soa-zorgvraag komt is van Nederlandse afkomst, 8% van Surinaamse afkomst, 5% van Antilliaanse, 2% van Marokkaanse en 2% van Turkse afkomst. De overige cliënten met zorgvragen heeft een andere etniciteit. Vanaf 2004 is in deze verdeling van cliënten met soa zorgvragen weinig veranderd.

In 2004 zijn de cliënten die voor een abortusspreekuur komen voor ongeveer eenderde van Nederlandse afkomst, 12% is van Surinaamse afkomst, 11% van Antilliaanse, 5% van Marokkaanse en 5% van Turkse afkomst. De overigen komen van een ander land. In de afgelopen jaar zijn alleen kleine fluctuaties in deze verdelingen te zien en geen duidelijke veranderingen (zie figuur 2.7).



Figuur 2.7. Abortus zorgvragen naar etniciteit

Conclusie

Het doel dat de regio zuidelijk Zuid-Holland zich had gesteld is in 2007 gehaald, minstens 12.500 cliënten zijn naar een Sense- spreekuur geweest, wanneer nieuwe consulten in de registraties worden gelijk gesteld met cliënten met nieuwe zorgvragen. Wat betreft de consulten van de soa-sprekuren van Sense zZH was er een daling van 8% in 2006, terwijl nationaal er een stijging van 10% was. In 2007 was er een stijging van 24% tegen een landelijke trend van 13%.

2.6 Tevredenheid cliënten

In de regio zuidelijk Zuid-Holland zijn van tevoren drie criteria opgesteld als het gaat om de tevredenheid van cliënten (tabel 2.6):

Tabel 2.6: Criteria en operationalisering

Criteria	Operationalisering
Er is tijdens de spreekuren inderdaad aandacht voor meerdere gebieden	Cliënten geven aan dat er aan meerdere onderwerpen aandacht is besteed tijdens het spreekuur
Er is een stijging van 5%-punten in het aantal cliënten dat na de start van Sense tevreden is over de ontvangen hulp.	Er is een 5% stijging in het percentage cliënten dat tevreden is over de deskundigheid, betrokkenheid, vriendelijkheid en duidelijkheid van de hulpverlener
De kosten van hulp zijn voor 90% van de cliënten geen belemmering om opnieuw hulp te zoeken.	90% van de cliënten vindt de kosten van de hulp niet te hoog

In oktober 2006 en in het najaar 2007 is in de regio zZH een klanttevredenheids-onderzoek gehouden onder de bezoekers van de Sense spreekuren. In 2006 zijn er vier verschillende Sense spreekuren, namelijk bij het ErasmusMC, bij CASA, bij de GGD

ZHE en bij de GGD ZHZ. In 2007 zijn er zeven verschillende Sense spreekuren, bij het ErasmusMC, bij CASA, bij de GGD ZHE, bij de GGD ZHZ, bij de GGD Rotterdam-Rijnmond, het avond spreekuur en het jongerensprek uur.

Er zijn respectievelijk 645 en 600 vragenlijsten verstuurd naar de verschillende locaties waar Sense spreekuren gehouden worden. In totaal zijn er in 2006 298 vragenlijsten ingevuld retour gezonden (respons 46%). In 2007 was de respons 38% (227 vragenlijsten retour). In 2007 heeft het ErasmusMC niet deelgenomen aan het tevredenheidsonderzoek.

2.6.1 *Achtergrondkenmerken cliënten*

In 2007 is de samenstelling van de respondenten wat betreft leeftijd, etnische herkomst en geloof vergelijkbaar met de groep respondenten in 2006. In 2007 zijn er wel minder mannelijke respondenten vergeleken met 2006 (zie tabel 2.7). Dit komt omdat het ErasmusMC in 2007 niet vertegenwoordigd is.

Tabel 2.7. Achtergrondkenmerken van respondenten in 2006 en 2007

	2006 N=298	2007 N=227
Geslacht		
Vrouw	52%	64%
Man	48%	36%
Leeftijd	Gem: 29,0 (sd=9,9)	Gem:30,8 (sd=10,9)
<20 jaar	11%	12%
20-24 jaar	30%	25%
25-29 jaar	24%	17%
30-49 jaar	30%	39%
>50 jaar	5%	7%
Etniciteit		
Nederlands	65%	69%
Antilliaans	4%	5%
Surinaams	9%	6%
Marokkaans	2%	0,4%
Turks	1%	4%
Indonesisch	4%	4%
Anders	15%	12%
Geloof		
Geen geloof	53%	56%
Katholiek	17%	14%
Protestant	18%	17%
Islamitisch	6%	5%
Ander geloof	7%	8%

2.6.2 *Bezoek Sense-sprek uur*

In 2006 én 2007 zijn de meeste respondenten (75% in 2006 en 71% in 2007) op eigen initiatief naar het Sense spreekuur gekomen. Een klein deel is doorverwezen door de huisarts (11% in 2006 en 13% in 2007). De rest geeft aan via een vriend(in), een folder of het internet naar het spreekuur te zijn gekomen. In 2007 wordt naast deze kanalen ook genoemd dat mensen naar het spreekuur zijn gekomen na informatie in de klas en via de GGD.

Uitzondering is CASA, waar meeste respondenten aangeven door de huisarts naar het spreekuur te zijn verwezen (40% in 2006 en 57% in 2007).

Zowel in 2006 als in 2007 heeft de grote meerderheid van de cliënten een afspraak gemaakt in verband met soa en hiv/aids. Onderwerpen die tijdens alle consulten nog door de hulpverlener zijn besproken hebben met name betrekking op anticonceptie en seksuele problemen (tabel 2.8 en zie bijlage E). Ongeveer 20% van de respondenten geeft aan dat er in 2006 geen andere onderwerpen zijn besproken. In 2006 zijn er echter wel grote verschillen te zien tussen de vier Sense locaties wat betreft het bespreken van andere onderwerpen dan waar de cliënt een afspraak voor heeft gemaakt: in de ene organisatie wordt dit door 34% van de cliënten gerapporteerd en in een andere organisatie maar door 10%.

Tabel 2.8: Het onderwerp waarvoor een afspraak gemaakt is (meerdere antwoorden mogelijk)

	2006	2007
	n(%)	n(%)
Anticonceptie	9 (3)	19 (8)
Morning-after pil	1 (0,3)	0
Soa	250 (84)	157(10)
Hiv/aids	103 (35)	81(36)
Zwangerschap	2 (1)	3(1)
Ongewenst zwanger	25 (8)	37 (16)
Seksueel probleem	6 (2)	4 (2)
Negatieve seksuele ervaring	1 (0,3)	0

Ook bij consulten in 2007 waar de cliënt niet in verband met soa of hiv/aids kwam, werd soa of hiv/aids door de hulpverlener besproken (zie bijlage E). Als cliënten wel in verband met soa of hiv/aids naar het spreekuur kwam, werden met name anticonceptie en seksuele problemen door de hulpverlener besproken. In 2007 geven minder respondenten aan dat er geen andere onderwerpen zijn besproken vergeleken met 2006 (15%). In 2007 blijven de verschillen tussen de verschillende Sense spreekuren wat betreft het bespreken van andere onderwerpen dan waar de cliënt een afspraak voor heeft gemaakt groot: het percentage cliënten dat aangeeft dat geen andere onderwerpen besproken zijn varieert van 5 tot 46%.

In 2006 vindt de grote meerderheid (92%) van de respondenten het prettig tot heel prettig dat de hulpverlener ook over andere onderwerpen gesproken heeft, 8% vindt het niet prettig en ook niet onprettig. In 2007 zijn deze percentages zo goed als gelijk gebleven.

2.6.3 *Tevredenheid Sense-spreekuur*

In 2006 én 2007 is een meerderheid van de respondenten tevreden over de deskundigheid, betrokkenheid, vriendelijkheid en duidelijkheid van de hulpverlener die geholpen heeft (tabel 2.9).

Tabel 2.9. Percentage cliënten dat (zeer) tevreden is over de hulpverlening.
((zeer) tevreden is een score van 6 of 7 op een schaal van 1 tot 7)

	2006	2007
Deskundig	94%	95%
Betrokken	93%	97%
Vriendelijkheid	98%	97%
Begripvol	94%	97%
Duidelijk	95%	97%

Ook vinden bijna alle respondenten dat de hulpverlener (heel) veel rekening houdt met zijn of haar wensen en behoeften, dit is zelfs licht gestegen in 2007 (van 93% in 2006 naar 97% in 2007). Ook geeft in 2006 49% van de respondenten aan dat de ontvangen informatie of hulp geholpen heeft om hun probleem op te lossen. In 2007 is dit gestegen naar 59%. Verder zouden de meeste respondenten in beide jaren de informatie of hulp ook aanbevelen aan vrienden die soortgelijke hulp nodig hebben (98% in 2006 en 97% in 2007).

In 2006 is het gemiddelde rapportcijfer voor de hulpverlening een 8,4 (sd=1,1). In 2007 is het rapportcijfer een 8,7 (sd=1,1). Dit is een significante stijging ($t=-2,9$, $p<0,01$).

In 2006 was het voor 69% van de respondenten de eerste keer dat zij een afspraak met deze hulpverlener hadden of op dit spreekuur geweest waren, 31% had al één of meer afspraken gehad. In 2007 geeft 68% van de respondenten aan voor de eerste keer te komen en 32% was al vaker op het spreekuur geweest. Deze vraag is niet gesteld voor bezoekers van het jongerensprekuren en het avondsprekuren, aangezien dit nieuwe spreekuren zijn.

Van degenen die bij de laatste meting aangaven al eerder geweest te zijn, heeft 11% dit contact gehad voordat Sense van start ging. Aan hen is gevraagd om een rapportcijfer te geven aan dit eerdere contact. Zij geven gemiddeld een 8,1 (sd=1,6) aan dit vorige consult terwijl ze aan het huidige consult een 8,8 (sd=1,0) geven. Dit is een significante stijging ($t=-2,1$, $p<0,05$). Zo'n 39% (n=9) geeft ook aan dat het consult beter was dan vorige keer. Niemand geeft aan dat het slechter is.

2.6.4 *Kosten Sense-sprekuren*

Er is ook gevraagd naar wat men van de kosten van de Sense-sprekuren vindt. De grote meerderheid (98%) geeft aan dat de hulpverlening gratis of vergoed wordt of niet te hoog is. Twee procent geeft aan dat de kosten hoog zijn, maar dat dat geen belemmering is.

2.6.5 *Conclusie tevredenheid cliënten*

De meeste cliënten komen naar het spreekuur met vragen over soa en/of hiv/aids. Andere onderwerpen die dan besproken worden, hebben met name betrekking op anticonceptie en seksuele problemen. Tijdens de spreekuren wordt er door de meeste cliënten gerapporteerd dat er aandacht is besteed aan meerdere gebieden. Daarnaast zijn de cliënten die de Sense spreekuren bezoeken zowel in 2006 als in 2007 zeer tevreden over de ontvangen hulpverlening. De tevredenheid kan vanwege het hoge beginniveau ook nauwelijks hoger worden. Tenslotte geeft 98% aan dat de Sense spreekuren gratis zijn of vergoed worden, dus kosten kunnen geen belemmering zijn om opnieuw hulp te zoeken.

Hiermee kan men stellen dat alle voorafgestelde criteria wat betreft klanttevredenheid gehaald zijn.

2.7 Opvattingen en tevredenheid huisartsen

Drie andere criteria waren gericht op huisartsen in de regio (zie tabel 2.10).

Tabel 2.10. Criteria en operationalisering

Criteria	Operationalisering
80% is enthousiast over Sense	80% van de huisartsen vindt Sense een goed initiatief
Er is een stijging met 5% punten in het aantal hulpverleners dat na de start van Sense tevreden is over het verloop van de spreekuren.	5% punten stijging in het percentage huisartsen dat aangeeft tevreden te zijn over de seksuele en reproductieve gezondheidszorg
90% kent de opzet en de missie van Sense	90% van de huisartsen is bekend met Sense

Om de tevredenheid van zorginstellingen na te gaan zijn in 2006 en 2007 huisartsen in de regio Zuidelijk Zuid-Holland gevraagd om een vragenlijst in te vullen over wat zij van Sense vinden. Tevens zijn er interviews geweest met een aantal scholen en huisartsen in de regio.

In 2006 en in 2007 zijn er 315 vragenlijsten verstuurd naar huisartsen in de regio. In totaal zijn er in 2006 112 vragenlijsten (respons 36%) ingevuld retour gezonden en in 2007 78 (respons 25%).

2.7.1 Gang van zaken op dit moment

In 2006 was 35% van de huisartsen tevreden over hoe het aanbod van de seksuele en reproductieve gezondheidszorg in de regio op dat moment, georganiseerd was. In 2007 is dit licht gedaald naar 27%. In beide jaren wordt het aanbod door ongeveer 30% redelijk gevonden. In 2006 beoordeelde ook 15% dat het niet goed geregeld was, dit percentage is in 2007 gedaald naar 11%. De overige respondenten hebben hier naar eigen zeggen geen zicht op. Er is geen significant verschil tussen de mening van huisartsen in 2006 en 2007 over hoe het aanbod van sekshulp in de regio is georganiseerd. De belangrijkste opmerkingen over het aanbod gaan in 2007 over onvoldoende structuur van het aanbod, onduidelijkheid over wie welk aanbod heeft (versnippering), te weinig verwijsmogelijkheden voor seksuologische problemen en matige terugkoppeling.

Tabel 2.11. Bekendheid bij professionals waar ze hun cliënten naartoe door kunnen verwijzen met problemen over verschillende onderwerpen (n (%))

	(Zeer) zeker		Enigszins		Niet helemaal Zeker niet	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Anticonceptie	90 (86%)	57 (78%)	7 (7%)	8 (11%)	8 (8%)	8 (11%)
Abortus	105 (96%)*	70 (93%)	4 (4%)	3 (4%)	0	2 (3%)
Soa/hiv	72 (69%)	51 (69%)	26 (25%)	14 (19%)	7 (7%)	9 (12%)
Seksuele problemen	32 (29%)	23 (31%)	43 (39%)	23 (31%)	34 (31%)	29 (39%)

Zowel in 2006 als in 2007 is bij de onderwerpen anticonceptie en soa het meest duidelijk waar huisartsen hun cliënten naar kunnen doorverwijzen. Bij seksuele problemen, en in mindere mate ook bij abortus, is dit voor een kleiner aantal respondenten het geval. Voor ongeveer eenderde van de respondenten is het in 2007 onduidelijk waarnaar ze kunnen doorverwijzen bij seksuele problemen. Bij abortus is dit voor 7 à 12% van de huisartsen het geval (zie tabel 2.11).

2.7.2 *Bekendheid met Sense*

Ruim de helft van de respondenten (53%) is in 2007 op de hoogte van het samenvallen van de seksuele en reproductieve gezondheidszorg onder de naam Sense. Dit is een significante stijging in vergelijking met 2006 toen was dit 32% ($p < 0,01$).

Voor meer dan de helft van de respondenten die bekend is met Sense (56%) is de informatie die ze gekregen hebben duidelijk tot zeer duidelijk. Dit is licht gedaald sinds 2006, toen vond nog 68% van degenen die Sense kenden de informatie duidelijk.

2.7.3 *Mening over Sense*

Van alle respondenten, zowel bekend als niet bekend met Sense, vindt in 2007 65% de oprichting van Sense een goed tot zeer goed initiatief: dit was nog 62% in 2006. Deze stijging is niet significant.

In 2006 en in 2007 is ongeveer 30% van de respondenten van mening dat Sense de hulpverlening zeker laagdrempeliger maakt en ongeveer 40% dat Sense de hulpverlening van beter kwaliteit maakt. Hierin is in het afgelopen jaar weinig veranderd.

In 2006 vond 35% dat Sense zeker aansloot bij de behoeften van jongeren. Dit is gestegen naar 43% in 2007. Een jaar na de start van Sense vindt ook 31% van de respondenten dat Sense enigszins tot zeer zeker aansluit bij de behoeften van allochtonen. Dit is meer dan net na de start. Net na de start in 2006 vond 19% van de huisartsen dat Sense zeker aansloot bij de behoeften.

In vergelijking met 2006 is men in 2007 er meer van overtuigd dat Sense aansluit bij de normen en waarden van hun organisatie: in 2006 vond 69% dit enigszins tot zeker het geval en in 2007 is dit gestegen naar 79%.

2.7.4 *Gedragsintentie: doorverwijzing naar Sense.*

In 2007 is aanvullend aan de huisartsen gevraagd of zij patiënten zouden doorverwijzen naar Sense. In tabel 2.12 komt naar voren dat huisartsen vooral voor anticonceptie en abortus zouden doorsturen naar Sense, maar ook bijna de helft voor soa/hiv preventie.

Tabel 2.12. Doorverwijzingen van professionals naar Sense. (n (%))

	Nee, zeker niet	Misschien wel/ Misschien niet	Ja
Bij Anticonceptie	41 (56%)	25 (34%)	7 (10%)
Bij Abortus	26 (35%)	10 (14%)	21 (51%)
Bij soa/hiv preventie	1 (25%)	21 (29%)	28 (47%)
Bij Seksuele Problemen	2 (14%)	15 (21%)	41 (66%)

Een meerderheid van de huisartsen zouden cliënten vooral naar Sense doorverwijzen bij seksuele problemen. Bij anticonceptie is men het minst geneigd om cliënten door te

verwijzen naar Sense. Door 13% van de respondenten wordt aangegeven dat ze cliënten daadwerkelijk wel eens hebben doorverwezen naar Sense.

Degenen die (nog) niet doorverwezen hebben naar Sense gaven als reden op dat ze niet van het bestaan van Sense weten (51%), dat ze cliënten zelf konden helpen (27%), dat ze cliënten naar andere hulpverleners/instanties konden verwijzen (25%).

2.7.5 *Conclusie*

Het draagvlak voor Sense is onder huisartsen in zuidelijke Zuid-Holland redelijk constant gebleven. Een jaar na de start van Sense vindt 65% het een goed initiatief is. De bekendheid bij de huisartsen met Sense is toegenomen. De vooraf gestelde criteria zijn echter niet gehaald. Deze zijn mogelijk te hoog gesteld geweest. In vergelijking met het jaar daarvoor is er weinig veranderd in de mening dat Sense de hulpverlening kwalitatief beter en laagdrempeliger maakt en dat het aansluit bij de normen en waarden van hun eigen organisatie. In 2007 twijfelt men iets minder vaak of Sense beter aansluit bij de behoeften van jongeren en allochtonen. De tevredenheid van huisartsen met de seksuele en reproductieve gezondheidszorg neemt niet significant af. Een stijging van 5% is niet gerealiseerd.

Indien zij zouden doorverwijzen naar Sense dan zou dit vooral zijn in het geval van seksuologische problemen en abortus. Dertien procent van de huisartsen heeft ook daadwerkelijk al eens naar Sense doorverwezen.

3 Sense in de regio Midden-Holland

3.1 Het regionale plan

3.1.1 *Aanleiding*

De oproep van het ZonMw-vervolgprogramma Seksualiteit om een subsidieaanvraag in te dienen heeft voor de regio Midden-Holland de mogelijkheid geboden om plannen die al op de tekentafel lagen te realiseren. In de regio waren reeds enkele professionals actief die nadachten over de organisatie van de seksuele en reproductieve gezondheidszorg. Bij de subsidieaanvraag wordt een aantal knelpunten gesignaleerd. De zorg van de instellingen die actief zijn op het terrein van preventie, eerstelijns- en tweedelijnszorg is onvoldoende afgestemd. Professionals werken op hun eigen terrein, namelijk soa-bestrijding, zwangerschapsvraagstukken en seksuologie, terwijl de problematiek een gemeenschappelijke noemer heeft. De polikliniek seksuologie is gevestigd in het ziekenhuis, hetgeen drempelverhogend werkt. Het regionale aanbod heeft te maken met een stijgende zorgvraag, echter, door het versnipperde zorgaanbod en niet op elkaar aansluitende monitoringsystemen is de daadwerkelijke zorgvraag moeilijk in kaart te brengen.

Met de oprichting van Sense is het de bedoeling dat het gefragmenteerde zorgaanbod op het gebied van de reproductieve en seksuele gezondheid gebundeld wordt. De verschillende organisaties zullen toegang, diagnostiek, behandeling en nazorg afstemmen en integraal aanbieden.

3.1.2 *Doelstelling*

Sense Midden-Holland stelt zich in de projectaanvraag ten doel:

1. een toename van het aantal soa screeningen en -consulten, een toename van het aantal zorgtrajecten rondom ongewenste zwangerschap en abortus, en een toename aan consultatie seksuologie.
2. een expertisecentrum met referentie- en verwijfsfunctie voor seksuele gezondheidszorg en de samenhang tussen de 1e en 2e lijn en de collectieve gezondheidszorg te bevorderen Sense is complementair aan de zorg die de huisarts biedt: aanvullend voor huisartsen die willen verwijzen of om expertise vragen en voor cliënten die anoniem willen blijven.
3. een communicatieplan ontwikkelen en implementeren om Sense en de dienstverlening rondom seksuele gezondheid op een positieve manier bekend te maken in de regio.
4. een multidisciplinair elektronisch patiëntendossier inrichten, dat toegankelijk is vanuit de verschillende samenwerkende organisaties en dat aansluit bij de landelijke surveillances. De zorgvraag, het zorgaanbod en trends in de regio worden gemonitord, aansluitend op landelijke surveillance systemen.

De doelen zijn in de projectaanvraag gekwantificeerd. Het is de bedoeling dat de soa-screeningen en -consulten, zwangerschap/abortuszorgtrajecten en seksuologische consulten in het eerste jaar van Sense met 10% toenemen en in het tweede jaar met 20%. Het totale aantal zorgvragen dat aan het eerstelijnscentrum wordt gesteld, zou in het eerste jaar 1000 en in het tweede jaar 1100 moeten bedragen. Het doel van het expertisecentrum is in de projectaanvraag in enkele functies nader geconcretiseerd, te

weten bijscholing, protocollering van de zorg, implementatie van nationale richtlijnen en aansluiten bij primaire preventie.

De doelstellingen van Sense staan ten dienste van het algemene doel om de bevolking in Midden-Holland te laten beschikken over een laagdrempelig, multidisciplinair zorgaanbod op het gebied van seksuele gezondheid. Een specifieke doelgroep van Sense zijn jongeren, in het bijzonder allochtone jongeren. Het christelijke karakter van de regio heeft tevens de aandacht. In een interne notitie worden later nog enkele specifieke risicogroepen genoemd, zoals homomannen en prostituees die risico lopen op soa en hiv, en de groep vrouwen tot 24 jaar en vrouwen met een eerdere abortus die relatief vaker een abortus ondergaan.

De doelen van het project zijn vertaald in criteria op basis waarvan het project wordt geëvalueerd. Met de projectgroep en projectleider zijn de criteria in het eerste voorbereidende jaar verder aangescherpt en verder gekwantificeerd. In bijlage B is een schema opgenomen van de evaluatiecriteria van Midden-Holland.

3.1.3 *Samenwerkingsstructuur*

Sense Midden-Holland is een samenwerkingsverband tussen:

- GGD Hollands Midden
- Groene Hart Ziekenhuis
- Seksuoloog-huisarts P. Leusink
- Stichting Transmuraal Netwerk Midden-Holland

Deze instellingen zijn vertegenwoordigd in een stuurgroep, samengesteld uit vertegenwoordigers van de betrokken organisaties. In de stuurgroep worden de ontwikkelingen in het project gevolgd en getoetst en vindt besluitvorming plaats. Daarnaast is er een projectgroep en zijn er werkgroepen. De projectgroep is samengesteld uit uitvoerenden van de betrokken organisaties. Zij hebben deskundigheid op het gebied van seksuele gezondheid en de doelgroepen. In de projectgroep wordt het project uitgevoerd en opdrachten aan werkgroepen vastgesteld. Zo hebben in de loop van het project werkgroepen gefunctioneerd op het gebied van de ontwikkeling van de inhoud van de eerstelijns seksuele en reproductieve zorg en op het gebied van communicatie. Een projectleider is de sturende kracht van Sense Midden-Holland. Zij is de verbindende factor in het project, die het project organiseert en de voortgang bewaakt.

3.1.4 *Projectplan*

De start van het project Sense Midden-Holland was op 1 januari 2005. Sense bestond op dat moment alleen op papier. Vele voorbereidende activiteiten zijn gepland alvorens het geïntegreerde spreekuur daadwerkelijk van start kan gaan. Het project kent volgens het projectplan drie fasen:

- planning/voorbereiding: het eerste jaar wordt besteed aan het operationeel maken van het Sense-sprek uur. Dit betekent o.a. protocollen, zorgtrajecten en werkaafspraken moeten worden gemaakt, de organisatievorm van Sense moet worden bepaald, huisvesting moet worden geregeld, besprekingen met financiers moeten plaatsvinden, en evaluatie-indicatoren moeten worden vastgesteld. Deze eerste fase wordt opgedeeld in drie perioden: oriëntatiefase, ontwerpfas e en voorbereidingsfase.
- implementatie: in het tweede jaar dient Sense de deuren te openen voor cliënten en dient de mogelijkheid van e-consult te starten. Ook dient de financiering te zijn

geregeld, bijvoorbeeld in een pilot vraaggerichte financiering of DBC financiering. Voorts moeten de Sense-hulpverleners kunnen werken met een elektronisch patiëntendossier

- evaluatie: voor deze fase wordt een half jaar uitgetrokken. Het gaat dan om toetsing van behaalde resultaten en eventueel bijstellen van het aanbod en de organisatie van Sense.

Volgens het projectplan loopt het project na beëindiging van de ZonMw-subsidie op 1 juli 2007 af. Daarna zal Sense worden gecontinueerd als zelfstandige organisatie.

3.2 Aanbod, activiteiten en mijlpalen

3.2.1 *Het eerstelijnscentrum*

Op 28 april 2006 is Sense Midden-Holland als voorziening voor de bevolking in de regio van start gegaan. De fysieke locatie van Sense is ondergebracht bij de GGD, waar al een soa-spreekuur loopt. De dermatoloog, seksuoloog en gynaecoloog van het Groene Hart Ziekenhuis zijn naar dit spreekuur gedetacheerd en nemen de medische zorg op zich. De opening van het Sense-spreekuur is in het projectplan gepland op 1 september 2005. Het wordt uiteindelijk 28 april 2006.

In principe wordt een geïntegreerd spreekuur aangeboden, dat wil zeggen dat alle categorieën zorgvragen op het gebied van soa, zwangerschap, abortus en seksuologische problemen in het spreekuur aan bod kunnen komen. Om de juiste hulp aan de juiste cliënt aan te bieden wordt gewerkt met een triage systeem die hoofdzakelijk telefonisch geschiedt, wanneer een cliënt contact opneemt voor een afspraak. De persoon die de triage doet maakt een onderscheid naar het type vraag dat de cliënt stelt, te weten informatieve vragen over het Sense aanbod, algemene informatieve vragen die de verschillende categorieën zorgvragen betreffen, klachten of specifieke vragen die gekoppeld kunnen worden aan een zorgcategorie, en meervoudige vragen over verschillende categorieën zorgvragen of vragen waarvan niet duidelijk is in welke categorie deze thuis horen. Bij de triage wordt bepaald welke discipline het meest geschikt is voor de hulpvraag. Tevens beoordeelt degene die de triage doet binnen welke termijn de vraag opgepakt moet worden of beantwoord moet zijn. De soa-verpleegkundige, seksuoloog en gynaecoloog behandelen vragen op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheidszorg integraal en gaan niet alleen in op de primaire hulpvraag die uit de triage is gebleken. De seksuoloog en gynaecoloog zijn slechts beperkt beschikbaar voor het Sense-spreekuur. Zij behandelen eenvoudige hulpvragen in een beperkt aantal consulten, en verwijzen door naar de reguliere spreekuren in het Groene Hartziekenhuis, wanneer de hulpvraag complex is.

Financiering

Voorop stond dat Sense vraaggericht werkt: het zorgaanbod en de financiering zou vanuit de zorgvraag moeten worden georganiseerd, en niet vanuit de aanbieder zoals in het huidige systeem. Het was de bedoeling om een nieuwe organisatie met eigen huisvesting op te richten. Naar het voorbeeld van het Sandyford Initiative in Glasgow zou het eerstelijnscentrum een publieke informatie- en ontmoetingsfunctie moeten vervullen.

De werkgroep financiering is gedurende het project het gesprek aangegaan met verschillende zorgverzekeraars. Echter, het blijkt dat door veranderingen in de zorgverzekeringswet het moeilijk is om structurele financiering te krijgen. De zorgverzekeraars blijven de geïntegreerde consulten bestempelen als een publieke taak,

die door de overheid gefinancierd moet worden. Het verkrijgen van structurele financiering voor een voor de bevolking herkenbaar eerstelijnscentrum met eigen huisvesting is in de voorbereidingsfase niet gelukt. Er is daarom gezocht naar invulling van de samenwerking op een locatie binnen de bestaande regelgeving. Het soa-spreekuur van GGD Hollands Midden heeft onderdak geboden aan Sense.

De soa-zorg in Midden-Holland is in 2006 onder de subsidieregeling aanvullende curatieve soa-hulpverlening komen te vallen, die voor de regio wordt gecoördineerd door de GGD Rotterdam Rijnmond. Het ontbreken van financiering voor de geïntegreerde consulten door soa- verpleegkundigen blijkt een lastig punt te zijn. In de landelijke regeling voor aanvullende soa-zorg is een norm bepaald van ca. 400 soa-consulten per jaar per verpleegkundige. Door het ontbreken van een financieringsregeling voor Sense in de projectperiode, levert deze kwaliteitseis discussies op over hoe aan de (tijdrovende) geïntegreerde spreekuren kan worden voldaan. Het Groene Hart Ziekenhuis biedt in 2006 een oplossing voor de financiering van de gynaecologische (seksualiteit DBC) consulten binnen het spreekuur van Sense. Daarmee komt de financiering van de seksuoloog en gynaecoloog bij Sense rond.

De volgende tarieven voor de cliënt worden gerekend. Het zorgaanbod van Sense Midden-Holland op het gebied van soa is gratis. Alleen voor de hiv-test wordt een bijdrage van 25 euro gevraagd. Het zorgaanbod op het gebied van anticonceptie, zwangerschap en seksuologie is gratis, indien de cliënt verzekerd is. Indien de cliënt niet is verzekerd, wordt een bijdrage van 25 euro per consult gevraagd. Aan het voorschrijven van recepten voor anticonceptie (boven 21 jaar), het uitvoeren van een zwangerschapstest e.d. zijn tevens kosten verbonden.

3.2.2 *Integratie van taken en functies*

Afspraken binnen Sense

Er wordt door Sense Midden-Holland gewerkt volgens een protocol waarin de triage en zorgketens zijn vastgelegd. De zorgketen Sense bestaat uit alle organisaties en disciplines uit de eerste lijn, tweede lijn en de collectieve gezondheidszorg die onderdelen van de zorg op het gebied van de seksuele gezondheid aanbieden. Zorgvragen zijn in zorgketens uitgewerkt, waarbij de onderdelen intake, consult, diagnose, behandeling en nazorg zijn beschreven. Per zorgketen en per onderdeel zijn de werkafspraken en de verantwoordelijkheden van de verschillende disciplines protocollair vastgelegd. Voor de protocollering van de advisering en behandeling op het gebied van soa, anticonceptiepillen en abortus, maakt Sense Midden-Holland gebruik van de door Sense zuidelijk Zuid-Holland opgestelde protocollen. De gynaecologische en seksuologische hulpverlening is door Sense Midden-Holland geprotocolleerd door middel van een eigen stroomschema.

Sense Midden-Holland maakt voor de registratie van cliëntcontacten gebruik van het landelijk beschikbare EPD soa-spreekuur. Dit is een internetapplicatie waaraan een extra tabblad is toegevoegd voor registratie van voor Sense relevante gegevens, ook op het gebied van andere dan soa-gerelateerde hulpvragen. Het ontwikkelen en gebruiken van een multidisciplinair patiëntendossier, waarbij de anonimiteit desgewenst gewaarborgd blijft, was een belangrijke doelstelling van het project. Om praktische redenen is aangesloten bij het landelijk beschikbare soa-registratiesysteem.

De meeste hulp wordt geboden door de soa-verpleegkundigen. In de praktijk is er minder vraag naar de eerstelijns seksuologische en gynaecologische hulp. De seksuoloog en gynaecoloog worden vier dagen voor het spreekuur geïnformeerd of er een afspraak is gemaakt. De gynaecoloog is tevens bereikbaar voor de soa-verpleegkundigen voor overleg tussendoor, als medisch verantwoordelijke bij vraagstukken over anticonceptiegebruik (delegatie pilrecept bij een beperkte probleemgroep). Aan het einde van het project is er een discussie of er verder wordt gegaan met de gynaecologie- en seksuologieconsulten. Gedacht wordt dat de meeste vragen en adviezen door de verpleegkundigen van Sense, na wat extra scholing, meegenomen kunnen worden in hun spreekuur. Overige vragen en complexe zorgvragen kunnen dan verwezen worden naar het spreekuur van gynaecologie en seksuologie in de tweede lijn.

Afspraken met verwijzers, tweede lijn en bijscholing

Behalve over de verwijzing naar de bij Sense betrokken gynaecologische en seksuologische specialismen, zijn er geen nadere structurele afspraken gemaakt met verwijzers naar Sense of overige voor Sense relevante tweede lijnsdisciplines. Wel zijn in de loop van het project, relevante partijen geïnformeerd over Sense. De Regionale Huisartsen Vereniging is voor de start over de doelstelling en aanpak van Sense Midden-Holland geïnformeerd. Deze heeft zich officieel akkoord verklaard met het project Sense. Ook is Sense besproken in een HASCO-bijeenkomst tussen specialisten van het Groene Hart Ziekenhuis en huisartsen. Eind 2006 was een klankbordgroepbijeenkomst gepland met een vertegenwoordiger van Bureau jeugdzorg, een dominee, een schooldocent en een huisarts. Voorts heeft Sense zich aan hulpverleners in de regio gepresenteerd in het zogenaamde Transmuraal Café.

Wat betreft bijscholing heeft Sense Midden-Holland geen specifieke activiteiten ontplooid. Men is van oordeel dat alleen bij een behoefte een bijscholingsaanbod voor huisartsen zin heeft. Het onderwerp bijscholing is wel op de agenda van de projectgroep blijven staan en men was voornemens om de scholing van huisartsen samen met Sense zuidelijk Zuid-Holland in het najaar van 2007 op te pakken. Wegens gebrek aan belangstelling is dit niet doorgegaan.

3.2.3 *Communicatie en PR*

In het projectplan wordt in de fase van voorbereiding/planning het opzetten van een professioneel communicatieplan voorgenomen, waarbij aangesloten wordt bij of afgestemd met landelijke communicatieplannen. Het is de bedoeling dat er intensieve communicatie plaats vindt voor en rond de opening van Sense en doorlopende PR na opening van Sense. De boodschap dient te worden toegesneden op de doelgroep. In 2005 wordt samen met de twee andere Sense initiatieven in het land onder begeleiding van ZonMw gewerkt aan een communicatieplan. In de loop van 2005 besluiten de regio's zuidelijk Zuid-Holland en Flevoland de naam Sense die door Midden-Holland wordt gehanteerd over te nemen. Er wordt één huisstijl en logo ontwikkeld dat door alle drie Sense regio's zal worden gebruikt. Ook wordt er één website ontwikkeld met doorklikmogelijkheden naar de afzonderlijke Sense centra.

Bij de kick-off van Sense Midden-Holland treedt het project voor het eerste naar buiten met het logo. Zo worden rond Koniginndag condooms uitgedeeld met op de verpakking het logo en vermelding van de website van Sense. In het voorjaar van 2007 vindt in de week van de liefde een grootschalige PR-campagne plaats. Poster en flyers zijn in opdracht van Sense Midden-Holland ontworpen om bekendheid te geven aan de

voorziening. De flyers, uitdeelcondooms en gadgets worden door uitdeelteams verspreid onder het publiek. Posters worden opgehangen bij bussen en bill boards in de regio. In huis-aan-huis bladen zijn advertenties geplaatst. Voorts zijn onder de huisartsen, apothekers, zorgloketten van gemeenten en bibliotheken posters en folders verspreid.

De communicatie over Sense Midden-Holland krijgt voortdurende aandacht van de projectgroep. Het geeft vier keer per jaar een nieuwsbrief uit. In mei 2007 hebben Sense zuidelijke Zuid-Holland en Midden-Holland gezamenlijk een minisymposium georganiseerd. Het thema is seksuele gezondheid: vernieuwing in de zorg en tijd voor jongeren. Een kleine honderd personen nemen aan de middag deel.

Een punt van discussie in de projectgroepvergaderingen is de herkenbaarheid van Sense voor het publiek en cliënten. Zo is er de wens om Sense meer gezicht te geven door op het GGD-gebouw een bord met het opschrift en logo van Sense te plaatsen. Dit wordt niet gerealiseerd. Ook blijken de telefonistes van de GGD de telefoon niet altijd op te nemen met het antwoord “met de afsprakenlijn van Sense”. Aan het einde van de projectperiode blijkt de telefonische bereikbaarheid verbeterd te zijn en wordt er met Sense opgenomen.

In figuur 3.1 is een overzicht opgenomen van de mijlpalen en nog te realiseren plannen van het project Sense Midden-Holland.

Mijlpalen:

- Plan van aanpak Project Sense in maart 2005.
- Soa-spreekuur door verpleegkundige, dermatoloog, seksuoloog en gynaecoloog bij GGD Hollands-Midden.
- Beschrijving van zorgketens en zorgtrajecten in oktober 2005.
- Een communicatieplan gezamenlijk met de andere Sense-regio's.
- Officiële start: 28 april 2006.
- Logo, huisstijl en website beschikbaar.
- Een elektronisch registratiesysteem.
- www.sense.info.

Nog te realiseren plannen:

- Betrekken jongerenorganisaties en bezoeken van scholen in verband met communicatie over Sense.
- E-consult met een Sense expert.
- Een 24 uur per dag / 7 dagen per week loket functie, deels elektronisch, deels telefonisch, deels fysieke aanwezigheid.
- Na- en bijscholingstrajecten vanuit SENSE.
- Pilot vraaggerichte financiering.
- Eigen huisvesting, publieks- en informatiefunctie.

Figuur 3.1. Mijlpalen en nog te realiseren plannen

3.2.4

Continuering van Sense Midden-Holland na de projectperiode

Per 1 januari 2008 wordt de seksuele hulp vanuit Sense aan jongeren tot 24 jaar gefinancierd uit de Aanvullende Seksualiteitshulpverlening (ASH) regeling. De coördinatie van de ASH-regeling is in Midden-Holland tevens in handen van de GGD Rotterdam Rijnmond. Het probleem is nog wel dat de ASH-regeling alleen de financiering regelt tot de leeftijd van 24 jaar.

Na 1 januari 2008 wordt het geïntegreerde Sense spreekuur hoofdzakelijk door de verpleegkundigen verzorgd, die ook de meeste laag complexe consulten over anticonceptie/geboorteregeling en seksuologie voor hun rekening nemen. De huisvesting blijft bij de GGD Hollands Midden. De GGD is ook verantwoordelijk voor de uitvoering van Sense MH. De gynaecoloog houdt geen spreekuur meer bij Sense. Cliënten kunnen worden verwezen naar de polikliniek van gynaecologie. Over de vraag of de seksuoloog spreekuur blijft houden bij Sense was eind 2007 nog discussie. Het voorstel is dat de seksuoloog twee keer per maand een uur spreekuur houdt op aanvraag. Verwijzing naar de seksuologie polikliniek van het ziekenhuis blijkt een drempel te zijn. Over de financiële uitwerking van de nieuwe ASH-regeling vindt nog afstemming plaats. De adviesrol van gynaecologie kan op consultanttarief en worden gefinancierd uit het Sense budget van de GGD. Het tarief voor naar de gynaecoloog en seksuoloog verwezen patiënten is volgens de DBC. Bezoekers van het Sense-spreekuur die ouder zijn dan 24 jaar, gaan voorlopig een tarief van € 24,- betalen. Criteria voor hoog en laag complexe zorg worden opgesteld voor de instroom op het Sense-spreekuur. De planning van het starten van een jongerenspreekuur wordt verschoven naar na 1 april 2008.

3.3 Opvattingen en tevredenheid direct betrokkenen

Een aantal van de criteria was gericht op de tevredenheid en kennis van de medewerkers die betrokken zijn bij de ontwikkeling en invoering van Sense. De in dit onderzoek getoetste criteria staan in tabel 3.1.

Tabel 3.1. Criteria en operationalisering

Criteria	Operationalisering
Er is een stijging met 5%-punten in het aantal hulpverleners dat na de start van Sense tevreden is over het verloop van de spreekuren	5% stijging in algemene tevredenheid over hoe de hulpverlening geregeld is
90% kent de opzet en de missie van Sense	90% is bekend met de doelstellingen van Sense
90% weet wat er van ze verwacht wordt	90% vindt het een taak om aandacht te besteden aan anticonceptie, soa, abortus en seksuele problemen
80% is enthousiast over Sense	80% vindt Sense een goed initiatief
60% voelt zich betrokken	60% voelt zich betrokken bij Sense
Hulpverleners zijn van mening dat cliënten na triage op de juiste plek terecht komen	Mening over triage

Nagegaan is wat de opvattingen zijn en hoe de tevredenheid is van hulpverleners die betrokken bij Sense zijn bij de start van de Sense-sprekuren en een jaar na de start. Dit is gedaan met behulp van vragenlijsten. De eerste meting in 2006 is door 16 respondenten ingevuld en de tweede meting in 2007 is door 10 respondenten ingevuld. Behalve deze vragenlijst is na elk meetmoment een groepsinterview gehouden met enkele betrokkenen, waarbij de antwoorden op de vragenlijsten verder besproken zijn.

3.3.1 *Mening over seksuele en reproductieve hulpverlening*

In 2006 hebben twee respondenten in de vragenlijst geantwoord dat de seksuele en reproductieve gezondheidszorg goed geregeld is en zeven vinden het redelijk, de

overigen vinden het niet goed geregeld of hebben hier geen mening over. In 2007 vinden bijna alle respondenten de hulpverlening goed georganiseerd. Slechts één respondent vindt het dan redelijk georganiseerd. In tabel 3.2 wordt aangegeven wat in 2006 en in 2007 niet goed of nog beter georganiseerd kan worden.

Tabel 3.2. Opmerkingen van respondenten over wat niet goed is of wat beter kan

2006	2007
Ontoegankelijkheid zorg	Financiering is niet geregeld
Niet laagdrempelig (alleen na verwijzing)	Samenwerking met huisarts
Versnipperd	Duidelijker waar men moet zijn
Te weinig voorzieningen	
Niet anoniem	
Kosten (seksuoloog)	
Niet goed bereiken van risicogroepen	

3.3.2 *Mening over Sense*

In 2007 zijn bijna alle betrokkenen bekend tot zeer bekend met Sense (9 van de 10); een persoon is enigszins bekend. Dit komt overeen met hoe betrokken men zich voelt bij Sense: een persoon voelt zich enigszins betrokken, de anderen voelen zich (zeer) betrokken bij Sense. Men geeft verder aan dat men tevreden is over de afspraken die gemaakt zijn met de betrokken organisaties. De samenwerking is volgens iedereen ook goed (7) tot zeer goed (2) te noemen. In het interview wordt ook genoemd dat door deze samenwerking verwijzingen veel makkelijker zijn geworden. Ook vindt nog steeds iedereen het een goed initiatief. Wel komt in het interview naar voren dat het aanbod van cliënten bij de seksuoloog en gynaecoloog nog laag is: dit was niet conform de verwachtingen. Het aantal cliënten dat voor soa komt is daarentegen sterk gegroeid.

Net als in 2006 vinden de meesten dat de hulpverlening door Sense laagdrempeliger wordt, dat de hulpverlening van betere kwaliteit wordt, dat het aansluit op de normen en waarden van de eigen organisatie. Men denkt in 2007 ook zeker dat Sense aansluit op de behoeften van jongeren. Echter in 2006 was men hier iets stelliger over, toen dachten nog vier personen dat Sense zeer zeker aansluit bij de behoeften van jongeren. In 2007 is men er minder van overtuigd dan in 2006 dat Sense aansluit bij de behoeften van allochtonen.

Net als in 2006 antwoordt niemand dat de hulpverlening door Sense niet zal veranderen of dat het er slechter op zal worden.

3.3.3 *Invoering van Sense op organisatieniveau*

Tijdens het eerste interview in 2006 vraagt men zich af of de centrale plek voor de hulpverlening ideaal georganiseerd was, maar het feit dat het geregeld was vond men op dat moment het belangrijkste. Verder vonden de betrokkenen het toen jammer dat men nog niet aan het samenwerken op cliëntniveau was toegekomen. Er was, volgens hen, in het eerste jaar van het ontwikkel- en invoeringsproces van Sense vooral veel tijd gaan zitten in het ontwikkelen van een protocol voor de spreekuren en aan het vergaderen om iedereen op één lijn te krijgen. Een jaar na dit interview is men redelijk tevreden over hoe het jaar verlopen is. In dat jaar is veel duidelijker geworden: het is duidelijk geworden wie wat doet. Er zijn ook meer taken dan voorheen bij de verpleegkundigen komen te liggen, onder andere door de protocollering van het spreekuur.

In 2007 rapporteert men minder vaak dan in 2006 dat men het ingewikkeld vindt om de Sense werkwijze in te passen in de eigen organisatie. De betrokkenen in 2006 gaven

tijdens het interview aan dat men verwacht had dat men al meer zou kunnen samenwerken op cliëntniveau. Er is echter veel tijd gaan zitten in het ontwikkelen van het protocol.

Sense leeft ook meer in de eigen organisaties dan in 2006. Toen antwoordden nog vier respondenten in de vragenlijst dat Sense te weinig in hun eigen organisatie leefde. Dit wordt in 2007 door niemand meer geantwoord. In het laatste interview geeft men ook aan dat er in het afgelopen jaar veel tijd is gaan zitten in het veroveren van een plek binnen de GGD en erkenning krijgen voor het specifieke aanbod van Sense. Het feit dat er financiering kwam vanuit de ASH-regeling heeft zeker bijgedragen aan het verkrijgen van deze erkenning binnen de GGD.

3.3.4 *Invoering Sense op individueel niveau*

Mening over de Sense spreekuren

Degenen die contacten hebben met cliënten geven in 2007 aan dat zij het hun taak vinden om aandacht te besteden aan in ieder geval één van de onderwerpen op het gebied van de seksuele gezondheid: één hulpverlener vindt het hierbij zijn/haar taak om aandacht te besteden aan alle onderwerpen (anticonceptie, abortus, soa en seksualiteit), een ander vindt bijna alle onderwerpen, behalve abortus, zijn/haar taak en de overige twee vinden vooral één onderwerp zijn/haar taak. Het jaar daarvoor, in 2006, vonden nog alle betrokkenen met cliëntencontacten dat het hun taak was om aandacht te besteden aan soa en seksualiteit; over abortus en anticonceptie twijfelde men. In principe worden de basistaken wel in een algemeen spreekuur behandeld, maar als de vraag de basiskennis en -vaardigheden overstijgt dan wordt de cliënt door het triage-systeem gelijk naar het juiste spreekuur verwezen.

‘Een jonge meid komt meteen bij de gynaecoloog en een man met erectieproblemen komt meteen bij de seksuoloog terecht, die hoeft niet eerst via iemand anders’.

Net als in 2006 geven in 2007 twee hulpverleners aan dat er door de invoering van Sense veel veranderd is in hun dagelijks werk. Voor de andere hulpverleners is er door Sense niet zo veel veranderd.

Iedereen vindt de verandering nog steeds goed. De meesten denken wel dat het hen meer tijd gaat kosten om volgens Sense te werken. Slecht één hulpverlener geeft aan dat het qua tijd geen verschil uitmaakt. De meerderheid geeft aan dat het werk meer bevrediging gaat opleveren.

Uitvoering van de Sense spreekuren

Zeven personen voelen zich goed tot heel goed in staat om de Sense taken uit te voeren. Twee personen denken hiertoe redelijk in staat te zijn. Ook zeggen twee van de vier hulpverleners aan altijd volgens het protocol geïntegreerd Sense spreekuur te werken; de anderen antwoorden dit niet te doen. Aangegeven wordt dat men door het geprotocolleerde spreekuur meer kan doen. Door het protocol wordt er systematisch naar verschillende onderwerpen gevraagd.

Verder heeft een persoon een training gevolgd in het kader van Sense (motivational interviewing). Een persoon heeft behoefte aan bijscholing om de Sense-taken beter uit te voeren (vooral op het gebied van seksuologie).

Mening over het triage-systeem

Omdat de regio Midden-Holland met een triage-systeem werkt, waarbij de cliënten door de verpleegkundige naar het juiste spreekuur worden toegewezen, is expliciet aan de respondenten met cliëntencontacten gevraagd wat ze van het triage-systeem vinden: vier van de vijf geven aan dat het triage-systeem goed werkt: één persoon geeft aan dat het redelijk werkt. Tijdens het interview wordt aangegeven dat men het triage-systeem een sterk punt vindt van Sense in de regio Midden-Holland. Op het moment van het interview (eind 2007) wordt de triage nog door de soa-verpleegkundige uitgevoerd en nog niet door de receptie. Het is de bedoeling dat dit gaat veranderen.

3.3.5 *Conclusie, opvattingen en tevredenheid betrokkenen*

Het aantal personen betrokken bij de invoering en uitvoering van Sense is te klein om de veranderingen te kunnen kwantificeren. In 2007 is de grote meerderheid van de respondenten van mening dat de hulpverlening goed is geregeld. Ook zijn 9 van de 10 respondenten (zeer) bekend met Sense. Echter niet alle hulpverleners vinden het hun taak om aandacht te besteden aan alle onderwerpen op het gebied van de seksuele gezondheid (soa, anticonceptie, abortus/zwangerschap en seksualiteit). Degenen die de Sense-sprekuren houden vinden het in ieder geval hun taak om aandacht te besteden aan één van de onderwerpen op het gebied van de seksuele gezondheid. Ook vinden alle respondenten Sense een goed initiatief en voelen 9 van de 10 respondenten zich (zeer) betrokken bij Sense. Tenslotte zeggen 4 van de 5 respondenten met cliëntcontacten dat het triage-systeem goed werkt. Geconcludeerd kan worden dat 5 van de 6 criteria zijn gehaald.

In vergelijking met een jaar geleden is men vaker tevreden over de hulpverlening op het gebied van de seksuele en reproductieve gezondheid in de regio Midden-Holland. Men vindt dat door Sense de zorg laagdrempeliger wordt en dat de zorg van betere kwaliteit is. Tevens is men tevreden over de afspraken die gemaakt zijn met de betrokken instellingen en hulpverleners. De samenwerking is volgens iedereen dan ook goed te noemen.

Iedereen voelt zich betrokken bij Sense en men denkt over het algemeen ook de vaardigheden te hebben om de taken die bij Sense horen uit te voeren.

Door het triage-systeem is het verder mogelijk om cliënten met een specifieke hulpvraag gelijk door te verwijzen naar het juiste spreekuur. Dit wordt als een belangrijk pluspunt gezien van Sense.

De betrokkenen zijn verder van mening dat de Sense-sprekuren aansluiten bij de voorkeuren en wensen van de jongeren. Men twijfelt wel iets vaker over de aansluiting bij allochtonen.

3.4 **Bekendheid**

Een van de doelen van Sense was gericht op de bekendheid van de seksuologische en reproductieve hulpverlening in Midden-Holland. De criteria staan weergegeven in tabel 3.3.

Tabel 3.3. Criteria en operationalisering hiervan

Criteria	Operationalisering
Er is een stijging van 5%-punten in het aantal jongeren van 15-29 jaar dat minimaal 1 instantie kan noemen waar ze voor verschillende problemen terecht kunnen	5%-punten stijging in het percentage jongeren dat bekend is met in ieder geval één van de hulpverlenende instanties op het gebied van seksuele gezondheid
De informatie heeft de mensen bereikt en de mensen hebben de informatie onthouden	Voldoende bekendheid met de hulp van de hulpverlenende instanties die bij Sense betrokken zijn
Er is een stijging van 20%-punten in de bekendheid onder jongeren van 15-29 jaar met de verschillende vormen van hulpverlening die de instanties bieden	20%-punten stijging in het percentage jongeren dat bekend is met verschillende vormen van hulpverlening die instanties betrokken bij Sense bieden
Sense is bekend bij 60% van de jongeren van 15-29 jaar	60% kent Sense als organisatie waar je terecht kunt voor vragen op het gebied van seksuele gezondheid verleent
70% van de jongeren weet dat de anonimiteit gewaarborgd is binnen Sense en bij diegenen die Sense kennen	Minder dan 30 % van de jongeren noemt anonimiteit (dat anonimiteit niet gewaarborgd wordt) als een nadeel van Sense
Jongeren doen vaker een beroep op Sense wanneer zij een vraag of probleem hebben op het gebied van seksuele gezondheid	Onder jongeren van 15-29 jaar die aangeven wel eens een probleem of vraag te hebben gehad een neemt het gebruik van hulpverlening met 10%-punten toe

TNS NIPO is daarom voor de invoering van Sense (in 2005) en na de invoering van Sense (in 2007) nagegaan hoe de bekendheid van de reproductieve en seksuologische hulpverlening bij jongeren van 15-29 jaar in de regio Midden-Holland is (Abrams et al., 2007).

3.4.1 *Bekendheid met hulpverlenende instanties en hun dienstverlening*

Aan de jongeren is zowel de spontane als de geholpen bekendheid met instanties op het gebied van soa, seksuologische en reproductieve hulpverlening gevraagd.

Spontane bekendheid

Zowel voor als na de invoering van Sense zijn de jongeren spontaan redelijk bekend met de hulpverlenende instanties op het gebied van de seksuele gezondheid. Hierbij is gevraagd of ze weten naar welke hulpverlenende instantie ze naar toe kunnen gaan bij verschillende seksuele onderwerpen. Het minst bekend is men met hulpverlenende instanties op het gebied van abortus en zwangerschapsafbreking en op het gebied van soa/hiv-behandeling. In 2007 lijkt er, in vergelijking met 2005, in de spontane bekendheid niet veel veranderd te zijn (zie tabel 3.4).

Tabel 3.4. Spontane bekendheid met hulpverlenende instantie voor de volgende onderwerpen

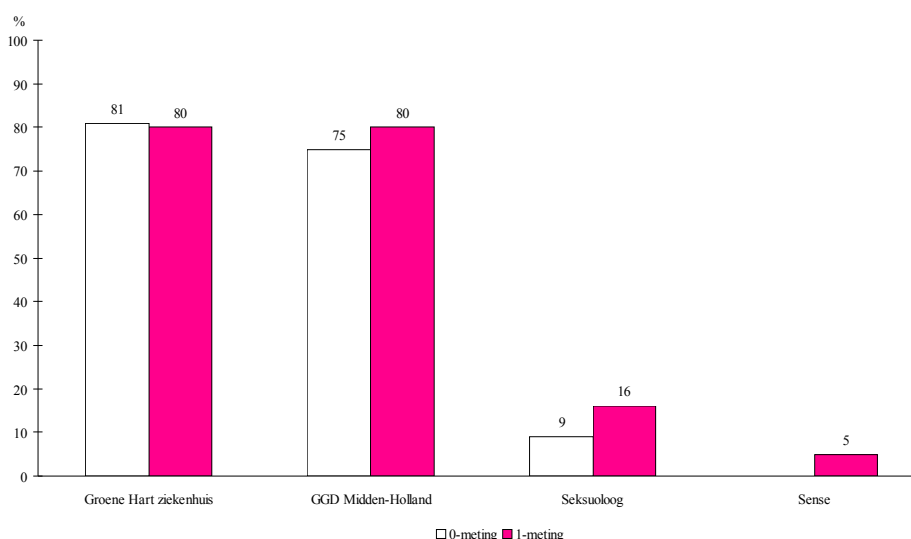
	Bekend in 2005	Bekend in 2007
Info over soa	84%	83%
Soa test	76%	78%
Hiv test	76%	76%
Soa/hiv behandeling	74%	71%
Hulp bij anticonceptie	92%	93%
Abortus/zwangerschap afbreking	60%	59%
Hulp bij seksuele problemen	75%	75%

Voor vrijwel alle onderwerpen geldt dat jongeren spontaan de huisarts het vaakst noemen als instantie waar zij terecht kunnen met hun vragen of problemen. Verder valt op dat de bekendheid van de seksuoloog in 2007 is toegenomen voor hulp bij seksuele problemen. In 2005 werd deze hulpverlener helemaal niet genoemd, in 2007 door 11% van de jongeren. Ook neemt de bekendheid van de Rutgerstichting af. Geen enkele jongere noemt Sense spontaan.

Geholpen bekendheid

Indien men de jongeren een lijst van instanties, die in de regio Midden-Holland betrokken zijn bij Sense, voorlegt en vraagt in hoeverre ze er van op de hoogte zijn dat deze instanties zorg bieden op het gebied van seksuele gezondheid dan is, zowel in 2005 als in 2007, 91% van de jongeren bekend met één of meerdere instanties. De cijfers laten zien dat de geholpen bekendheid van het Groene Hart ziekenhuis nagenoeg stabiel gebleven is, maar dat de bekendheid van de GGD Midden-Holland en de seksuoloog enigszins toegenomen is (figuur 3.2).

Vijf procent (n=16) van de jongeren van 15-29 jaar in Midden-Holland zegt Sense te kennen.



Bron: TNS NIPO, 2007

Figuur 3.2. Geholpen bekendheid instanties regio Gouda (0-meting n=216, 1-meting n=322)

Naast de bekendheid met de namen van de instanties is ook gevraagd naar bekendheid met de soort hulpverlening die de verschillende instanties betrokken bij Sense op het gebied van seksuele gezondheidszorg verlenen. De jongeren zijn gevraagd om een cijfer te geven tussen de 1 en de 10 aan de mate waarin zij bekend zijn met de soort hulpverlening een instantie levert.

Uit de meting in 2007 komt naar voren dat de jongeren onvoldoende bekend zijn met de specifieke hulpverlening van de instanties op het gebied van gezondheidszorg. In 2007 weet men inhoudelijk het meeste van de hulpverlening die de GGD levert (46% weet hier voldoende van, zij geven een rapportcijfer hoger dan 5) terwijl dit in 2005 nog van de hulpverlening van het Ziekenhuis was: het percentage jongeren dat hoger dan 5 geeft aan de mate van bekendheid met de specifieke hulpverlening van het Groene Hart ziekenhuis op het gebied van seksuele gezondheid is gedaald van 71% naar 42%.

Met uitzondering van de seksuoloog staan alle bij Sense betrokken instanties bekend om de behandeling van soa en hiv (bij allen rond de 80%). De seksuoloog is vooral bekend in verband met seksuele problemen.

3.4.2 *Hulpvraag*

De ruime meerderheid (75%) van de jongeren zegt nog nooit zelf met een vraag of probleem op het gebied van seksuele gezondheid te maken te hebben gehad. Indien zij hier wel mee te maken zouden krijgen (in volgorde van meest genoemd) dan zouden zij een beroep doen op: de huisarts, GGD of het ziekenhuis.

Een kwart (25%) van de jongeren geeft in 2007 aan wel eens te maken hebben gehad met een vraag of probleem op het gebied van seksuele gezondheid. De meting in 2005 laat bijna een gelijk beeld zien (20%). Het zijn voornamelijk vrouwen die wel eens een vraag of probleem hadden (31% versus 14% gemiddeld).

Van de jongeren die een vraag of probleem hadden, heeft 35% gebruik gemaakt van een instantie. Dit percentage is lager dan in 2005 toen had nog 57% gebruik gemaakt van een instantie. De meest genoemde hulpverlenende instanties waar respondenten aangeven gebruik van te hebben gemaakt, zijn in beide metingen (in volgorde van de meest genoemde) de huisarts, het ziekenhuis en de GGD. Zij geven hierbij aan dat zij vooral via vrienden/bekenden en de huisarts bij deze instanties terecht zijn gekomen; de huisarts vervult voor hen dus ook een belangrijke doorverwijsfunctie. Hiernaast is een klein aantal jongeren via tijdschriften/magazines, folders/brochures en de websites van de betreffende instanties daar terechtgekomen.

De jongeren die wel een vraag hadden, maar geen gebruik hebben gemaakt van een instantie geven als reden hiervoor, dat ze informatie op website hebben opgezocht 43%, dat ze naar hun huisarts zijn gegaan (39%) of dat ze er met behulp van de omgeving wel uit kwamen.

3.4.3 *Perceptie van het huidige regionale hulpverleningsaanbod en van het samenwerkingsverband.*

Zowel in 2005 als in 2007 vindt ongeveer de helft van de jongeren dat er voldoende hulp beschikbaar is op het gebied van seksuele gezondheid in de regio Midden-Holland. Vooral respondenten die in 2007 zelf wel eens een vraag of probleem op het gebied van seksuele gezondheid hebben gehad vinden dat er voldoende hulp beschikbaar is (63%). In 2007 is aan de jongeren gevraagd wat zij vinden van het Sense initiatief in hun regio. Een ruime meerderheid (65%) van de respondenten geeft aan het (heel) goed te vinden dat er één locatie van Sense in de regio is. Degenen die zelf te maken hebben gehad met seksuele problemen zijn het meest enthousiast. Hiervan vindt driekwart het een (heel)

goed initiatief. De jongeren zien meer voor- dan nadelen van het centraal georganiseerd Sense initiatief. De voor- en nadelen worden in tabel 3.5 weergegeven.

Tabel 3.5. Door jongeren genoemde voor- en nadelen van Sense

De voordelen zijn:	De nadelen zijn:
Minder doorverwijzingen (33%),	Hoge drempel (17%)
Overzichtelijk aanbod (33%),	Locatie is (te) ver (12%)
Betere communicatie/kennisuitwisseling (28%)	Minder anonimiteit/privacy (10%)
Anonimiteit (27%)	Onpersoonlijk/weinig betrokkenheid (8%)
Laagdrempeligheid (25%)	Minder snelle hulpverlening/
Makkelijk bereikbaar/ dichterbij (24%)	lange wachtlijsten (9%)
Betere hulpverlening (22%)	Duurder (7%)
Persoonlijke aandacht/ betrokkenheid (21%)	
Snellere hulpverlening/kortere wachtlijsten (16%)	
Betere doorverwijzing (16%)	

Negenenzestig procent geeft aan dat zij veel belang hechten aan de anonimiteit bij de hulpverlening op het gebied van de seksuele gezondheid. Zoals uit het kader naar voren komt is dit volgens 27% ook een voordeel van Sense. Hoewel er volgens 10% ook minder anonimiteit/privacy is bij Sense.

3.4.4 *Conclusies bekendheid onder jongeren*

De bekendheid met de hulpverlenende instanties op het gebied van de seksuele gezondheid is vrij hoog, ook voordat Sense ingevoerd was. Van de respondenten is 91% bekend met één of meer instanties. Dit percentage stijgt niet. Op het gebied van abortus en zwangerschapsafbreking is de kennis echter lager. De meest genoemde hulpverlener op het gebied van seksuele gezondheid is zowel voor- als na de invoering van Sense de huisarts.

Er is sinds 2005 vooral een stijging in de bekendheid van de seksuoloog te zien: de bekendheid is in 2007 met 7% gestegen. Ook de bekendheid met de GGD is met 5% licht gestegen. Het criterium van 20% meer bekendheid is niet gehaald. De naam Sense is slechts bij 5% van de respondenten bekend, waardoor de aanvankelijk gestelde doelstelling niet is gehaald. Het percentage jongeren met een hulpvraag dat ook gebruik gemaakt heeft van een instantie is gedaald. Een eventuele verminderde anonimiteit wordt nauwelijks als een probleem gezien van Sense.

3.5 **Gebruikscijfers**

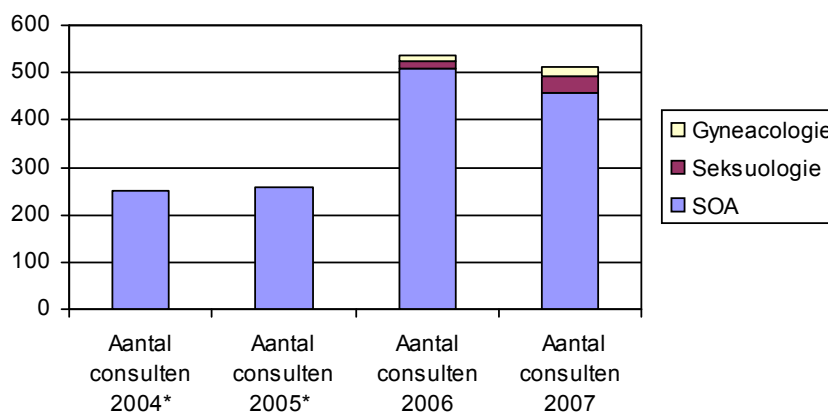
In Midden-Holland is ook een aantal uitkomstcriteria vastgesteld voor het aantal zorgvragen op het gebied van seksuologische en reproductieve gezondheid. Deze criteria worden in onderstaande tabel 3.6 weergegeven.

Tabel 3.6. Criteria en operationalisering

Criteria	Operationalisering
Totaal aantal zorgvragen neemt toe	1000 zorgvragen bij Sense in 1 ^{ste} en 1100 in 2 ^{de} jaar
Toename aantal soa screeningen en consulten	1 ^{ste} jaar 10%, 2 ^{de} jaar 20%
Toename aantal zorgtrajecten rondom ongewenste zwangerschappen en abortus	1 ^{ste} jaar 10%, 2 ^{de} jaar 20%
Toename consultatie seksuologie	1 ^{ste} jaar 10%, 2 ^{de} jaar 20%

3.5.1 Aantal zorgvragen bij Sense

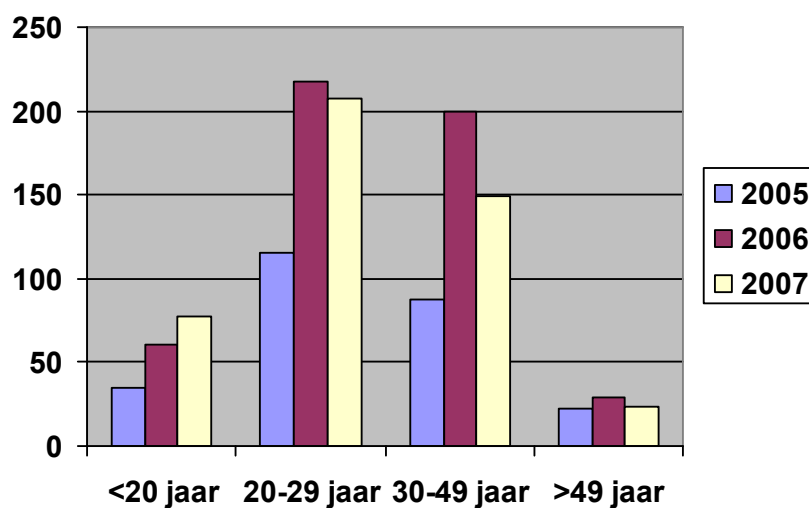
In april 2006 zijn de Sense-sprekuren Gynaecologie en Seksuologie bij de GGD van start gegaan. In figuur 3.3 wordt het aantal consulten op het gebied van soa, seksuologie en reproductieve gezondheid die in de afgelopen vier jaren bij de GGD plaatsgevonden hebben weergegeven. In 2004 en in 2005 ging het alleen om soa-consulten. Het aantal zorgvragen bij de Sense-sprekuren is toegenomen. Vanaf 2006 is een verdubbeling van het aantal consulten te zien. De meeste consulten zijn gericht op soa (zie figuur 3.3). Indien we er vanuit gaan dat een (nieuw) consult een zorgvraag is dan is de conclusie dat de 1000 zorgvragen zoals aangegeven in de criteria zowel in 2006 als in 2007 niet gehaald zijn.



Figuur 3.3. Aantal zorgvragen soa, seksuologie en reproductieve gezondheid vanaf 2004

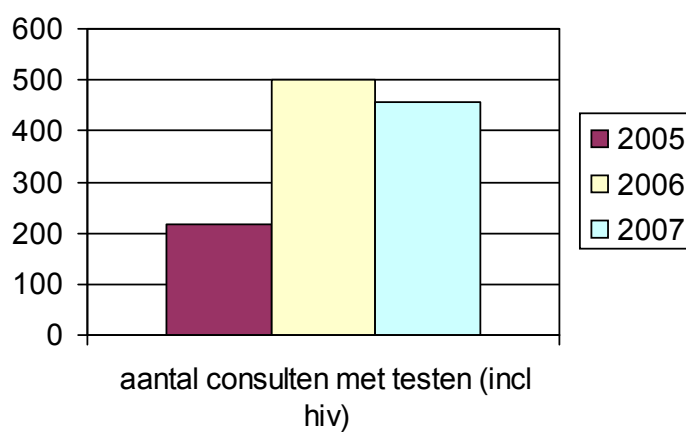
3.5.2 Aantal soa screeningen en consulten

In 2006 is, in bijna alle leeftijdscategorieën, het aantal cliënten dat naar een soa-sprekuur is gekomen verdubbeld (zie figuur 3.4). Alleen in de leeftijdsgroep van 50+ is dit niet het geval. Opvallend is dat het aantal jongere cliënten (jonger dan 20 jaar) ook in 2007 gestegen is terwijl er in de andere leeftijdsgroepen geen verdere stijging te zien is.



Figuur 3.4. Aantal cliënten dat op een soa-spreekuur gekomen is vanaf 2005

Het aantal consulten met soa-screenings (big five) is, in vergelijking met 2005, vanaf 2006 verdubbeld (figuur 3.5).

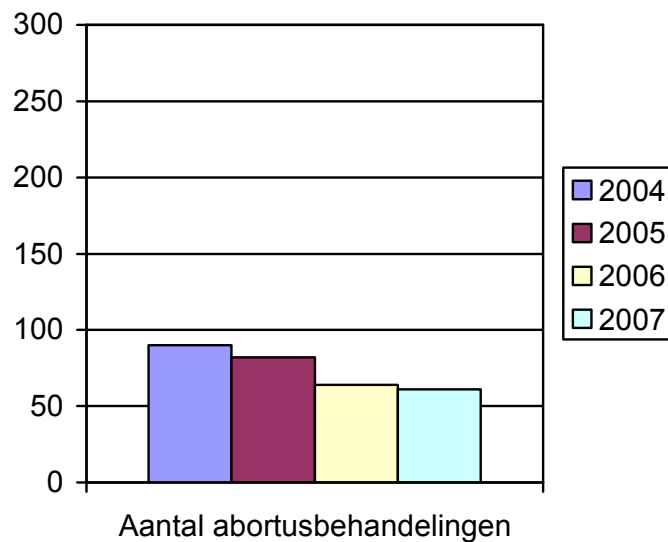


Figuur 3.5. Aantal consulten met een soa-screening vanaf 2005

3.5.3

Aantal zorgtrajecten rondom ongewenste zwangerschappen en abortus

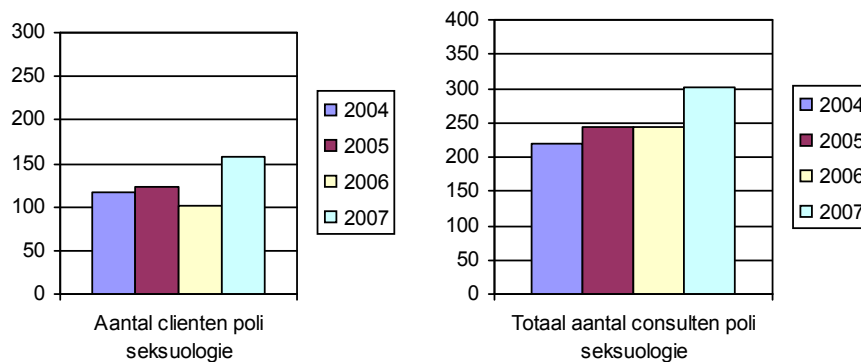
Het aantal abortus behandelingen is in de afgelopen jaren gedaald van 90 in 2004 naar 61 in 2007. Het criterium dat het aantal zorgtrajecten rondom ongewenste zwangerschappen en abortus met 10% en 20% stijgt, is daarmee niet gehaald (figuur 3.6).



Figuur 3.6. Aantal cliënten voor abortusbehandeling vanaf 2004

3.5.4 Aantal consulten seksuologie

Voor het aantal consulten seksuologie is gekeken naar het aantal cliënten dat bij de poli seksuologie geweest is. Het aantal cliënten is vooral in 2007 gestegen, in 2006 is geen stijging te zien (figuur 3.7). In vergelijking met 2005 is het aantal cliënten met 27% gestegen. Ook het totale aantal consulten is in 2007 gestegen (een cliënt kan meerdere consulten hebben voor één zorgvraag): het totale aantal consulten is met 25% gestegen.



Figuur 3.7. Aantal cliënten polikliniek seksuologie vanaf 2004

3.5.5 Conclusie gebruik

Het aantal soa-consulten en -screeningen is verdubbeld in de afgelopen twee jaar. Het criterium van een stijging van respectievelijk 10 en 20% in 2 jaar is daarmee gehaald. De stijging met 100% in 2006 is ook beduidend hoger dan het landelijke stijgingspercentage van 10% in soa-consulten (Veen et al., 2007). Ook het aantal consulten bij de seksuoloog is in 2007 met meer dan 20% gestegen. Deze laatste stijging heeft deels ook te maken met een verandering in financiering van de seksuoloog. Het aantal zorgvragen is zowel in 2006 als 2007 in Midden-Holland

beneden de gewenste 1000 gebleven. Het aantal zorgtrajecten rondom abortus is gedaald.

3.6 Tevredenheid cliënten

Er is een drietal criteria opgesteld als het gaat om de tevredenheid van de cliënten die de Sense-sprekuren bezoeken.

Tabel 3.7. Criteria en operationalisering

Criteria	Operationalisering
Er is tijdens de spreekuren inderdaad aandacht voor meerdere gebieden	Cliënten geven aan dat er aan meerdere onderwerpen aandacht is besteed tijdens het spreekuur
Er is een stijging van 5%-punten in het aantal cliënten dat na de start van Sense tevreden is over de ontvangen hulp	Er is een 5% stijging in het percentage cliënten dat tevreden is over deskundigheid, betrokkenheid, vriendelijkheid en duidelijkheid van de hulpverlener
De kosten van hulp zijn voor 90% van de cliënten geen belemmering om opnieuw hulp te zoeken	90% van de cliënten vindt de kosten van de hulp niet te hoog

Voor het beantwoorden van deze criteria is in mei 2006 en in juni 2007 in de regio Midden-Holland een klanttevredenheidsonderzoek gehouden onder bezoekers van de Sense-sprekuren. In totaal zijn 173 van de 350 uitgezette vragenlijsten ingevuld retour gezonden (respons 49%) in 2006 en 180 van de 400 uitgezette vragenlijsten in 2007 (respons 45%).

3.6.1 Achtergrondkenmerken cliënten

In 2007 is de samenstelling van de respondenten wat betreft geslacht, leeftijd, etnische herkomst en geloof vergelijkbaar met de groep respondenten in 2006 (tabel 3.8).

Tabel 3.8. Achtergrondkenmerken van respondenten in 2006 en 2007

	2006 N=173	2007 N=180
Geslacht		
Vrouw	49%	55.6%
Man	51%	44.4%
Leeftijd	Gem: 29,5 (sd=10,9)	Gem: 29,1 (sd=10,5)
<20 jaar	17%	15%
20-24 jaar	29%	33%
25-29 jaar	13%	14%
30-49 jaar	35%	33%
>50 jaar	6%	5%
Etniciteit		
Nederlands	88%	84%
Surinaams	3%	1%
Marokkaans	2%	6%
Indonesisch	1%	2%
Anders	6%	8%
Geloof		
Geen geloof	54%	58%
Katholiek	15%	16%
Protestant	22%	14%
Ander geloof	9%	12%

3.6.2 Bezoek Sense-spreekuur

In 2006 én 2007 zijn de meeste respondenten (76% in 2006 en 82% in 2007) op eigen initiatief naar het Sense-spreekuur gekomen. Een klein deel is doorverwezen door de huisarts (3% in 2006 en 4% in 2007) of een andere hulpverlener (5% in 2006 en 1% in 2007). De meeste cliënten zijn op het spreekuur gekomen via een vriend(in) of kennis, het internet of een TV of radio spot. In 2007 is men ook via swingers naar het spreekuur gekomen.

Zowel in 2006 als 2007 heeft de grote meerderheid van de cliënten een afspraak gemaakt in verband met soa en hiv/aids (tabel 3.9). Indien men voor een soa kwam werd volgens de antwoorden van de cliënten in 2006 en in 2007 bij ongeveer 85% van de consulten ook andere onderwerpen besproken (zie bijlage E). Onderwerpen die tijdens deze consulten nog meer door de hulpverleners zijn besproken hebben met name betrekking op anticonceptie en seksuele problemen. Bij consulten waar de cliënt niet in verband met soa of hiv/aids kwam, werd soa en hiv/aids door de hulpverlener ter sprake gebracht.

Opvallend is dat 63% van de respondenten aangeeft dat de hulpverlener bij het seksuologische spreekuur geen andere onderwerpen ter sprake heeft gebracht.

Tabel 3.9. Het onderwerp waarvoor een afspraak gemaakt was (meer antwoorden mogelijk (n (%)))

	2006	2007
Anticonceptie	3 (2%)	3 (2%)
Morning after pil	0	0
Soa	156 (90%)	164 (91%)
Hiv/aids	56 (32%)	56 (31%)
Zwangerschap	0	1 (1%)
Ongewenst zwanger	0	0
Seksueel probleem	8 (5%)	7 (4%)
Negatieve seksuele ervaring	2 (1%)	1 (1%)
Anders	11 (6%)	13 (7%)

In 2006 en 2007 vindt de grote meerderheid (minstens 90%) van de respondenten het prettig tot heel prettig dat de hulpverlener ook over andere onderwerpen gesproken heeft. De overige respondenten (7% in 2006 en 12% in 2007) vindt het niet prettig en ook niet onprettig dat de hulpverlener andere onderwerpen besproken heeft.

3.6.3 *Tevredenheid Sense-spreekuur*

In 2006 én 2007 is een grote meerderheid van de respondenten zeer tevreden over de deskundigheid, betrokkenheid, vriendelijkheid en duidelijkheid van de hulpverlener die geholpen heeft (tabel 3.10). De hulpverlener houdt volgens bijna alle respondenten (minstens 95%) ook (heel) veel rekening met zijn of haar wensen en behoeften. Verder geeft 95% of meer van de respondenten aan dat de informatie of hulp die ze ontvangen hebben in zekere mate geholpen heeft om hun probleem op te lossen. Tenslotte zouden bijna alle respondenten (98% in 2006 en 96% in 2007) de informatie of hulp ook aanbevelen aan vrienden die soortgelijke hulp nodig hebben.

Tabel 3.10. Percentage cliënten dat (zeer) tevreden is over de hulpverlening. ((zeer) tevreden is een score van 6 of 7 op een schaal van 1 tot 7)

	2006	2007
Deskundig	93%	96%
Betrokken	94%	99%
Vriendelijkheid	96%	98%
Begripvol	97%	97%
Duidelijk	97%	98%

In 2006 is het gemiddelde rapportcijfer voor de hulpverlening een 8,7 (sd=0,9). In 2007 is het rapportcijfer ook een 8,7 (sd=0,9).

In 2006 was het voor 79% de eerste keer dat zij een afspraak met deze hulpverlener hadden of op dit spreekuur geweest waren, 21% had al meer afspraken gehad. In 2007 is het voor 80% de eerste keer. Van degenen die bij deze laatste meting aangaven al eerder geweest te zijn, hebben 14 cliënten dit contact gehad voordat Sense van start ging. Aan hen is gevraagd om een rapportcijfer te geven aan het consult dat zij eerder gehad hebben en een cijfer voor het huidige consult: zij waarden het eerdere consult met een gemiddeld rapportcijfer van 7,9 (sd=2,3) en het huidige consult met een gemiddeld rapportcijfer van 8,8 (sd=1,6). In vergelijking met vorige keer vinden vijf

van deze cliënten de hulpverlening beter dan vorige keer en de overige vinden de kwaliteit van de hulpverlening hetzelfde.

3.6.4 *Kosten Sense-spreekuur*

Er is ook gevraagd naar wat men van de kosten van de Sense-sprekuren vindt. Het zorgaanbod van Sense Midden-Holland is op het gebied van soa gratis. Alleen voor de hiv-test wordt een bijdrage van 25 euro gevraagd. Het zorgaanbod op het gebied van anticonceptie, zwangerschap en seksuologie is gratis, indien de cliënt verzekerd is. Indien de cliënt niet is verzekerd, wordt een bijdrage van 25 euro per consult gevraagd. Aan het voorschrijven van recepten voor anticonceptie (boven 21 jaar), het uitvoeren van een zwangerschapstest e.d. zijn tevens kosten verbonden. De meeste cliënten kwamen voor een soa-spreekuur en zoals aangegeven was dit aanbod gratis. Uiteindelijk vond twee procent dat het aanbod duur was (maar dat was geen belemmering om toch te komen), 10% vond de kosten niet te hoog en de overige 88% gaf aan dat de afspraak gratis was.

3.6.5 *Conclusie tevredenheid cliënten*

De tevredenheid van de cliënten is sinds de start van de Sense-sprekuren al hoog. Er is nauwelijks een verandering waargenomen, maar de tevredenheid had vanwege het hoge beginniveau ook nauwelijks hoger kunnen worden. Wel waarderen de cliënten, die ook al voor de invoering van Sense bij de GGD geweest zijn voor een seksueel probleem, hun meest recente contact beter dan het eerdere contact. De meeste cliënten rapporteren dat er in het spreekuur aandacht is besteed aan andere onderwerpen. Het seksuologisch spreekuur lijkt hier een uitzondering op te zijn. Dat er tijdens het contact met de hulpverlener ook andere onderwerpen besproken worden dan waar men voor komt, wordt door de meesten als prettig ervaren. De kosten van het zorgaanbod is geen probleem voor de cliënten. De meesten geven aan dat het consult gratis was en als het al geld kostte dan was dat voor niemand een belemmering om te gaan. Hiermee kan men stellen dat alle voorafgestelde criteria wat betreft klanttevredenheid gehaald zijn.

3.7 **Opvattingen en tevredenheid van huisartsen**

Drie ander criteria waren gericht op zorginstellingen in de regio (tabel 3.11).

Tabel 3.11. Criteria en operationalisering

Criteria	Operationalisering
Er is een stijging met 5%-punten in het aantal hulpverleners dat na de start van Sense tevreden is over het verloop van de spreekuren	5%-punten stijging in het percentage huisartsen dat aangeeft tevreden te zijn over de seksuele en reproductieve gezondheidszorg
Instellingen in de regio onderschrijven de doelstelling van Sense. 80% is enthousiast over Sense	80% van de huisartsen vindt Sense een goed initiatief
90% kent de opzet en missie van Sense	90% van de huisartsen is bekend met Sense

Om de tevredenheid van zorginstellingen na te gaan zijn in 2006 en 2007 huisartsen in de regio Midden-Holland gevraagd om een vragenlijst in te vullen over wat zij van

Sense vinden. Tevens zijn er interviews geweest met een aantal scholen en huisartsen in de regio.

In beide jaren heeft een steekproef van 69 huisartsen de vragenlijst ontvangen. In het eerste jaar hebben we er 27 terugontvangen en in het tweede jaar 25.

3.7.1 *Gang van zaken op dit moment*

In 2006 was 48% van de respondenten tevreden over de manier waarop het aanbod van seksuele en reproductieve gezondheidszorg in de regio georganiseerd was. In 2007 is 63% van de huisartsen tevreden over het aanbod. Wat men in 2007 minder goed vindt is dat het aanbod nog onvoldoende bekend is en dat het aanbod onoverzichtelijk is en dreigt te versnipperen.

Huisarts: 'ik verwacht dat Sense in het komende jaar wat vaker haar naam zal laten zien in bijvoorbeeld plaatselijke bladen en dergelijke zodat de doelgroep meer bekend raakt met Sense.'

Tabel 3.12. Bekendheid bij professionals waar ze hun cliënten naartoe door kunnen verwijzen met problemen over verschillende onderwerpen. (n (%))

	(Ze)er zeker		Enigszins		Niet helemaal Zeker niet	
	2006	2007	2006	2007	2006	
Anticonceptie	23 (92%)	23 (96%)*	0	1 (4%)	2 (8%)	0
Abortus	23 (96%)*	21 (89%)	1 (4%)	2 (8%)	0	1 (4%)
Soa/hiv	14 (56%)	21 (89%)	7 (28%)	3 (38%)	4 (16%)	0 (5%)
Seksuele problemen	19 (76%)	23 (92%)	3 (12%)	2 (8%)	3 (12%)	4 (19%)

* Een persoon heeft deze vraag niet beantwoord

Bij alle onderwerpen over soa, seksuologische en reproductieve gezondheid is het voor de meeste respondenten in 2007 duidelijk waar ze hun cliënten naar kunnen doorverwijzen (tabel 3.12). 92% tot 96% van de respondenten is zeker bekend met waar ze hun cliënten op het gebied van anticonceptie en seksuele problemen naar kunnen doorverwijzen. Bij problemen over abortus en soa/hiv is dit voor 89% van de respondenten het geval. Sinds 2006 is er vooral een duidelijke stijging te zien in het aantal huisartsen/gynaecologen dat bekend is met waar ze cliënten met problemen op het gebied van soa/hiv naar door kunnen verwijzen.

3.7.2 *Bekendheid met Sense.*

In 2007 zijn de meeste respondenten (88 %) op de hoogte van het samenvallen van de soa, seksuologische en reproductieve gezondheidszorg onder de naam Sense. Dit is een duidelijk hoger dan in 2006, toen was 54% van de huisartsen/gynaecologen bekend met Sense.

Van de manieren waarop de respondenten op de hoogte gebracht zijn van de oprichting van Sense wordt de speciale nieuwsbrief over Sense het vaakst genoemd (63%). Hierna volgen nieuwsbrief, personeelsblad of intranet van de eigen organisatie (37%), gevolgd door vergadering of werkoverleg, lokale pers of media en een speciale bijeenkomst (allen 21%). Voor bijna drie kwart (74%) van de groep respondenten die bekend is met Sense, is de informatie die ze gekregen hebben duidelijk tot zeer duidelijk.

3.7.3 *Mening over Sense*

Van alle respondenten, zowel bekend als niet bekend met Sense, vindt in 2007 60% de oprichting van Sense een goed tot zeer goed initiatief. Dit vond in 2006 nog 44%. Toen vond ook een kwart het niet zo'n goed initiatief. In 2007 vindt 16% de oprichting van Sense een niet zo'n goed tot slecht initiatief.

Men vindt vaker dan in 2006 dat Sense de hulpverlening laagdrempeliger en kwalitatief beter maakt (60% in 2006 en 80% in 2007). Omstreeks 80% van de artsen denkt dat Sense enigszins tot zeer zeker aansluit bij de behoeften van jongeren. Men is hier minder uitgesproken over dan in 2006: toen vond nog 48% dat het zeker aansloot, terwijl dit nu door 33% wordt gezegd. De meesten zeggen nu dat het enigszins aansluit.

Huisarts: 'Het helpt dat de organisatie laagdrempelig en anoniem is, omdat jongeren vaak niet zeker zijn of een huisarts hun anonimiteit zal waarborgen.'

Huisarts: 'Het is belangrijk dat Sense zich ontwikkelt als een alternatief wat kan functioneren naast de huisartsen en niet als een instantie die probeert aan dezelfde boterham als de huisartsen te trekken. Op die manier kan het een vangnet zijn vooral voor mensen die graag anoniem willen blijven.'

De mening over of Sense aansluit op de behoeften van allochtonen is sinds 2006 gestegen: in 2006 vond 61% dat het in zekere mate aansloot op de behoeften van allochtonen en dit wordt in 2007 door 80% gezegd. In 2006 dacht nog 40% van de huisartsen dat Sense voor de aansluiting bij allochtonen niet uitmaakte terwijl in 2007 dit nog maar 17% van de huisartsen denkt (en een respondent vindt dat de aansluiting slechter wordt).

In 2006 dacht tweederde van de respondenten dat Sense in zekere mate aansloot bij de normen en waarden van hun organisatie. In 2007 denkt 88% van de respondenten dit.

3.7.4 *Gedragsintentie: doorverwijzing naar Sense.*

In 2007 is aanvullend aan de huisartsen gevraagd of zij patiënten zouden doorverwijzen naar Sense. In tabel 3.13 komt naar voren dat huisartsen vooral voor anticonceptie en abortus zouden doorsturen naar Sense

Tabel 3.13. Doorverwijzingen van professionals naar Sense. (n (%)).

	Nee	Misschien wel/ Misschien niet	Ja
Bij anticonceptie	18 (72)	2 (8.0)	5 (20)
Bij abortus	15 (60)	5 (20.0)	5 (20)
Bij soa/hiv preventie	9 (36)	8 (32.0)	8 (32)
Bij seksuele problemen	5 (20)	7 (28.0)	13 (52)

Bijna een kwart van de respondenten (24%) heeft wel eens cliënten daadwerkelijk doorverwezen naar Sense.

Van de respondenten die cliënten nog nooit naar Sense hebben doorverwezen gaf ruim drie kwart aan dat ze hun cliënten zelf konden helpen. 60% van de respondenten gaven doorverwijzingen naar andere hulpverleners dan Sense als rede voor het nalaten van een doorverwijzing. Twaalf procent van de respondenten bleek aan te geven dat ze doorverwijzingen naar Sense achterwege hebben gelaten doordat ze zich niet bewust waren van het bestaan van Sense.

Huisarts: 'de grootste winst zie ik op het gebied van de seksuologie. Voor andere problemen heeft hij de uroloog of de gynaecoloog bij de hand om naar door te verwijzen.'

Seksuoloog: 'ik merk een verandering aan het aantal doorverwijzingen. De doorverwijzingen naar seksuologie zijn al meer geworden. Er is inmiddels ook een grote deskundigheid bij verpleegkundigen.'

3.7.5 *Conclusie opvattingen en tevredenheid huisartsen*

Het draagvlak voor Sense bij huisartsen in de regio Midden-Holland neemt toe. Sense is meer bekend. Het percentage respondenten dat tevreden is met de wijze waarop de seksuele en reproductieve hulpverlening in de regio is georganiseerd, neemt met meer dan 5% toe. Een jaar na de start van Sense vindt men ook vaker dat het een goed initiatief is, dat het de hulpverlening kwalitatief beter en laagdrempeliger maakt en dat het aansluit bij de normen en waarden van hun eigen organisatie. De meesten denken in 2007 wel dat het enigszins aansluit op de behoeften van jongeren en allochtonen. Indien zij zouden doorverwijzen naar Sense dan zou dit vooral zijn in het geval van seksuologische problemen en soa/hiv preventie. Een kwart van de huisartsen heeft ook daadwerkelijk al eens naar Sense doorverwezen.

4 Sense in de regio Flevoland

4.1 Het regionale plan

4.1.1 *Aanleiding*

In Flevoland is op het moment van de planvorming voor de oprichting van een eerstelijnscentrum voor reproductieve en seksuele gezondheidszorg sprake van een stijging van het aantal vragen voor zwangerschapsonderbreking, waar in de rest van Nederland sprake is van een daling. Ook is er een stabilisatie in het aantal soa-diagnoses, waar in de rest van Nederland sprake is van een stijging. Deze ontwikkelingen zijn niet te verklaren door de ontwikkelingen in de bevolkingsopbouw. Op het gebied van seksuologische hulpverlening bestaat er in Flevoland een absolute ondercapaciteit. De huisartsen kampen met tijdgebrek en hebben onvoldoende verwijsmogelijkheden. Verwijsmogelijkheden naar specifieke hulpverlening voor homoseksuelen en lesbiennes ontbreken nagenoeg helemaal. Door het geringe aanbod is er geen zicht op de vraag voor seksuologische hulpverlening.

Bovenstaande situatie is uit oogpunt van de volksgezondheid ongewenst, daarom hebben een aantal instellingen in Flevoland, werkzaam in de nulde, eerste en tweede lijn, en ondersteund door een koepel van belangenorganisaties en cliëntenraden, besloten een aanvraag te doen bij ZonMw voor de oprichting van een eerstelijnscentrum op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheidszorg, Sense genaamd. Eind 2004 gaf ZonMw goedkeuring voor het project met als einddatum eind 2006.

4.1.2 *Doelstellingen*

De doelstelling van het project is het opzetten van een integraal en laagdrempelig aanbod op het gebied van de eerstelijns seksualiteitshulpverlening voor alle inwoners van Flevoland. Onder seksualiteitshulpverlening wordt verstaan: het geven van informatie en advies over en het behandelen van seksueel overdraagbare aandoeningen, het geven van informatie en advies over en het verstrekken van middelen voor anticonceptie, en het geven van informatie en advies over en het behandelen van seksuologische problemen. Onder integraal wordt verstaan dat de hulpverleners deskundig zijn op alle drie de bovengenoemde terreinen. Onder laagdrempelig wordt verstaan dat het aanbod gemakkelijk te vinden is, dat het aanbod zo dicht mogelijk bij de inwoners wordt aangeboden en dat er geen financiële drempels zijn. Gezien de bevolkingsopbouw in Flevoland zal het project zich vooral richten op jongeren tot 23 jaar en allochtonen.

In een periode van drie jaar wordt gestreefd naar minder vragen voor zwangerschapsonderbrekingen, meer vragen over en behandeling van soa en een gemiddeld aantal vragen over en behandeling van seksuologische problemen.

Om dit doel te bereiken wordt in het bedrijfsplan 'van soa naar Sense Flevoland' aangegeven dat hier voor nodig is dat na drie jaar:

- Minimaal 75% van de jongeren en minimaal 50% van alle allochtonen weet waar men informatie en advies kan krijgen over soa, anticonceptie en seksuologische problemen.
- Deze informatie bij de mensen thuis of bij de openbare instellingen toegankelijk is.

- Daar waar mensen voor de beantwoording van een vraag een persoonlijk contact met een hulpverlener nodig hebben, deze hulpverlener op minder dan een half uur reizen gevonden kan worden in een eerstelijns seksualiteitshulpverleningscentrum.
- 75% van de vragen in een dergelijke eerstelijns seksualiteitshulpverleningscentrum beantwoord kan worden.

De doelen van het project zijn vertaald in criteria op basis waarvan het project wordt geëvalueerd. Met de projectgroep en projectleider zijn de criteria in het eerste voorbereidende jaar verder aangescherpt en verder gekwantificeerd. In bijlage C is een schema opgenomen van de evaluatiecriteria.

Hieronder wordt besproken hoe het aanbod in de afgelopen twee jaren ontwikkeld is, hoe de situatie op dit moment is en wat er in de toekomst nog gaat gebeuren.

4.1.3 *Samenwerkingsstructuur*

Sense Flevoland is gestart als een samenwerking van de Hulpverleningsdienst Flevoland/GGD, de zorggroep Almere, de Stichting Samenwerkende Gezondheidscentra Lelystad, het Flevoziekenhuis Almere, de Zuiderzeeziekenhuizen Lelystad/ Emmeloord, de seksualiteitspraktijk Almere en de Zorggebruikersbundeling Flevoland. Deze instellingen zijn vertegenwoordigd in een werkgroep. Oorspronkelijk heette dit de stuurgroep. In een convenant van samenwerking zijn afspraken over de uitvoering van Sense en ieders betrokkenheid vastgelegd.

Binnen het project zijn verschillende werkgroepen in het leven geroepen: een werkgroep 'PR en communicatie', een werkgroep 'spreekuur' en een werkgroep 'deskundigheidsbevordering'. In juli 2006 is tevens een werkgroep 'Financiën en Structuur' ingesteld, met de opdracht om met zorgverzekeraars te praten over mogelijkheden van structurele financiering.

4.1.4 *Projectplan*

In de aanvraag bij ZonMw wordt uitgegaan van een aantal fases waarin de ontwikkeling van de eerstelijns seksuologische en reproductieve hulpverlening in Flevoland zou gaan plaatsvinden.

In fase 1 wordt in kaart gebracht wat de behoefte is van jongeren en allochtonen wat betreft seksualiteit en wordt bepaald wat de omvang van de leemte in de hulpverlening is. In deze fase wordt ook begonnen met het ontwikkelen van een website voor informatie en advies op het terrein van soa, anticonceptie/zwangerschap en seksuologie en worden er voorbereidende gesprekken gehouden met financiers van het hulpaanbod om een beeld te krijgen van de mogelijkheden voor vergoeding.

Fase 2 is gericht op het organiseren van het aanbod. De projectgroep komt in deze fase met een voorstel waarin staat hoeveel hulpverleners en welke deskundigheid nodig is. Wat betreft de locaties van de spreekuren, wordt aangegeven dat aangesloten wordt bij de landelijke ontwikkeling met betrekking tot de soa-bestrijding. Er wordt een registratiesysteem ontwikkeld wat gebruikt gaat worden om inzicht te krijgen in de samenstelling van de cliëntenpopulatie. Verder worden er afspraken gemaakt met tweedelijnsorganisaties over mogelijke doorverwijzingen, de wijze waarop deze verwijzingen gedaan worden en zo nodig de omvang van de doorverwijzingen. De website wordt daadwerkelijk geïnstalleerd, voorafgegaan door een publiciteitscampagne. Met de zorgverzekeraar worden duidelijke afspraken gemaakt over de vergoedingen. In Fase 3 wordt de hulpverlening ingevoerd en vindt de evaluatie plaats.

In Fase 4 wordt het aanbod zo nodig aangepast en wordt het aanbod structureel geïmplementeerd in het totale hulpaanbod in Flevoland.

4.2 Aanbod, activiteiten en mijlpalen

4.2.1 Het eerstelijnscentrum

Het Sense spreekuur in Flevoland is een laagdrempelig spreekuur op meerdere locaties (Almere, Lelystad en elders in de provincie), gevoerd door ervaren verpleegkundigen. Deze verpleegkundigen functioneren op het niveau van nurse practitioner, in samenwerking met artsen als achterwacht en met expertise op het gebied van soa en eenvoudige seksuologische hulpverlening.

De stuurgroep heeft begin 2006 het standpunt uitgesproken absoluut niet toe te willen werken naar een nieuwe zelfstandige organisatie in Flevoland. Eind 2005 werd nog gedacht aan een bestuurlijke en juridische integratie van de partners. De stuurgroep herformuleerde, de opdracht als volgt: 'Sense Flevoland moet een netwerkorganisatie met kenniscentrum worden'. Gekozen is voor een groeimodel: 'de beste kans op succes biedt volgens het bedrijfsplan een geleidelijke start in Almere. Daar is de expertise in ontwikkeling en in achterwachtvorm aanwezig, er is ruimte beschikbaar en de ontwikkeling in de samenwerking met andere expertise is gunstig. In Lelystad zal de voorbereiding iets intensiever moeten plaatsvinden i.v.m. de beschikbare ruimtes en samenwerking met specialisten. Aangezien het lastig is om een PR-campagne te starten voor alleen Almere is ook gestart in Lelystad. Bovendien geven medewerkers aan dat zij er "klaar" voor staan.'

Volgens het projectplan zou de hulpverlening vanaf 1 juli 2006 van start gaan. Dit is uiteindelijk drie maanden later geworden. In oktober 2006 zijn er in Almere en in Lelystad Sense-sprekuren gestart. In Almere is gestart met spreken op maandagmiddag, woensdagmiddag- en avond. In Lelystad is gestart met wekelijks een spreekuur op de dinsdagochtend en 2-wekelijks op de donderdagavond. Er is in 2007 ook een spreekuur op de Grote Markt in Almere gestart. Dit inloopsprekuren biedt ruimte aan maximaal 10 personen.

Begin 2008 zijn de spreken uitgebreid en zijn er in Almere spreken bij gekomen op dinsdagochtend en middag en vrijdagochtend en middag. In Lelystad zijn de spreken nu op donderdagmiddag en -avond en op vrijdagochtend en -avond. Er is ook een spreekuur in Emmeloord van start gegaan. Deze is op dinsdagmiddag. Aangezien het een groeimodel betreft zijn naast de huidige opties in de toekomst nog meer locaties mogelijk.

In het begin werden de spreken zowel door artsen als verpleegkundigen uitgevoerd. Nu zijn het, zoals gepland, vooral de verpleegkundigen die de spreken houden en zijn de artsen achterwacht in het geval van vragen. Zes verpleegkundigen houden de spreken. Er is één verpleegkundige aangewezen als coördinator van Sense. Zij zorgt voor de coördinerende werkzaamheden rondom de spreken.

De coördinator/verpleegkundige is begonnen met het ontwikkelen van de sociale kaarten voor de verschillende regio's in Flevoland. De komende jaren blijft het verder ontwikkelen en bijhouden van de sociale kaarten een belangrijk punt.

Financiering

Het eerste en tweede consult van de Sense-sprekuren zijn voor de cliënten zonder kosten. Deze consulten worden in eerste instantie betaald uit de aanvullende subsidieregeling soa-bestrijding en de WCPV. Aanvullende financiering wordt op termijn wel geacht, gezien het bredere aanbod van een Sense spreekuur en de beperkingen vanuit de financieringsregeling aanvullende curatieve soa-bestrijding. Een werkgroep is ingesteld om de mogelijkheden voor financiering te inventariseren en met zorgverzekeraars afspraken te maken over de vergoeding van de geleverde hulpverlening. Uiteindelijk is dit probleem deels opgelost door de Aanvullende eerstelijns Seksualiteits Hulpverlening (ASH)-financieringsregeling die in januari 2008 van start is gegaan.

Registratiesysteem

In het projectplan wordt ook genoemd dat er een registratiesysteem ontwikkeld zou worden om inzicht te krijgen in de samenstelling van de cliëntenpopulatie van de eerstelijns seksualiteitshulpverleningscentra, de aard van de hulpvraag, de aard en duur van de behandeling, het resultaat en de eventuele doorverwijzing. In eerste instantie is het de bedoeling om hiervoor, net als in de twee andere Sense-regio's, gebruik te maken van het landelijk beschikbare EPD soa-spreekuur. Dit is een internetapplicatie waaraan een extra tabblad is toegevoegd voor registratie van voor Sense relevante gegevens, ook op het gebied van andere dan soa-gerelateerde hulpvragen. Het blijkt echter lastig te gebruiken in een spreekuur waar cliënten met verschillende hulpvragen kunnen komen. Doordat de Sense-gegevens aan het EPD soa-spreekuur vastzitten, moet de hulpverlener bij elke cliënt de soa-EPD doornemen ook al heeft hij/zij daar geen vraag over. Sense Flevoland is daarom begonnen met het ontwikkelen van een eigen registratiesysteem.

Protocollering

Voor de protocollering van de Sense-sprekuren is gekeken naar de protocollen uit zuidelijk Zuid-Holland. Omdat deze meer zijn gericht op soa, is besloten om voor Flevoland aangepaste protocollen te ontwikkelen. In het stappenplan van het voorjaar 2006 wordt aangegeven dat deze protocollen over de inhoud (anamnese, onderzoek, behandeling) van het spreekuur nog verder worden beschreven. Dit onderdeel is in 2007 nog niet uitgevoerd, maar staat wel op de planning voor 2008.

Deskundigheidsbevordering

Voor de deskundigheidsbevordering van de Sense-verpleegkundigen zijn een tweetal modulen van de NSPOH uitgekozen, tevens zorgt een seksuoloog in de regio voor scholing op het gebied van anticonceptie, ongewenste zwangerschap en seksuele vraagstukken. Eind 2007 zijn twee van de zes verpleegkundigen getraind. De andere vier zijn net begonnen met de trainingsmodulen.

4.2.2 *Communicatie en PR*

In de loop van 2005 besluiten de regio's zuidelijk Zuid-Holland en Flevoland de naam Sense, die door Midden-Holland wordt gehanteerd, over te nemen. Er wordt één huisstijl en logo ontwikkeld dat door alle drie de Sense regio's wordt gebruikt. Ook wordt er één website ontwikkeld met doorklikmogelijkheden naar de afzonderlijke Sense centra. Er wordt daarbij uitgegaan van het franchise principe: andere regio's kunnen onder voorwaarden de naam en formule van Sense gaan overnemen.

Er hebben verschillende activiteiten plaatsgevonden om Sense bekend te maken in de regio. Op 19 oktober 2006 is een kick-off bijeenkomst gehouden op een ROC in

Almere. Hierbij is eerst in een bijeenkomst uitgelegd waar Sense voor staat, vervolgens is er een feestelijke aftrap geweest voor de studenten. Een cabaretgroep is hierbij ingeschakeld. De leerlingen hebben na afloop een pakketje gekregen waarin een condoom zit, een flyer van Sense met de tijden waarop Sense-sprekuren worden gehouden en hartvormig snoepgoed. In november en december 2006 is er informatiemateriaal naar de artsen en scholen in de regio gestuurd.

Voor 2007 waren vervolgens de volgende PR-activiteiten gepland
Op drie ROC's hebben vergelijkbare evenementen als bij de kick-off plaatsgevonden. Er is een Sense prijsvraag uitgeschreven. Hierbij moesten een aantal vragen over soa beantwoord worden en er moest een slagzin afgemaakt worden. Er zijn A3-posters in bussen in Lelystad en Almere opgehangen. Ook zijn opnieuw allerlei instanties aangeschreven. Er is een banner op de site Almere4you gezet. Dit is een veelbezochte website. Per dag komen er ongeveer 15.000 jongeren op de site, met in totaal 450.000 pageviews.

In figuur 4.1 wordt een overzicht gegeven van de in Flevoland gerealiseerde mijlpalen en nog te realiseren activiteiten.

Mijlpalen:

- Sense-sprekuren door verpleegkundigen
- Achterwacht artsen
- Een website gezamenlijk met de andere Sense-regio's
- Een communicatieplan
- Officiële start: 19 oktober 2006
- Logo, huisstijl en website beschikbaar

Nog te realiseren plannen:

- Het ontwikkelen van een Sense-protocol aan de hand van de reeds bestaande protocollen
- Opleiding van alle verpleegkundigen
- De ontwikkeling van de sociale kaarten van de verschillende regio's
- Het voorschrijven van anticonceptie door de verpleegkundige

Figuur 4.1. Mijlpalen en nog te realiseren plannen

4.2.3

Continuering

De Sense spreken in Flevoland worden ook na de projectperiode gecontinueerd. Daarvoor zijn de volgende plannen.

- Met het Flevoziekenhuis wordt nagegaan of het mogelijk is om een koppeling te maken van de abortushulpverlening aan de Sense hulpverlening.
- Een administratieve medewerker heeft tot maart 2008 de triage van de cliënten gedaan. Sinds maart gebeurt dit door een verpleegkundige. Het percentage personen dat niet komt voor een afspraak is namelijk 30%. Verpleegkundigen stellen nu bij het eerste (telefonische) contact voor een afspraak een indicatie en kunnen dan direct doorverwijzen dan wel aandringen op het belang van het bezoeken van het spreekuur. De verpleegkundigen zullen hiervoor opgeleid worden.
- Het netwerk van Sense moet verstevigd worden. Bij de huisartsen is nog te weinig kennis over dit onderwerp.
- GGD Flevoland zal tevens de coördinatie van de invoering van Sense in de regio Noord-Holland verzorgen.
- Er zijn ook stappen gezet om allochtone jongeren meer bij Sense te betrekken. Men heeft besloten om de volgende activiteiten hiervoor verder uit te werken:

‘Outreachen’ benaderen in samenwerking met de Jeugdgezondheidszorg bij scholen, ROC’s en buurthuizen.

- Digitaal spreekuur, eventueel chatprogramma op gezette tijden.

4.3 Opvattingen en tevredenheid direct betrokkenen

In de regio Flevoland zijn criteria gesteld ten aanzien van de kennis en tevredenheid van directe betrokkenen bij Sense (zie tabel 4.1).

Tabel 4.1. Criteria en operationalisering hiervan

Criteria	Operationalisering
Er is een stijging met 5%-punten in het aantal hulpverleners dat na de start van Sense tevreden is over het verloop van de spreekuren	5% stijging in algemene tevredenheid over hoe de hulpverlening geregeld is
90% kent de opzet en de missie van Sense	90% is bekend met de doelstellingen van Sense
90% weet wat er van ze verwacht wordt	90% vindt het een taak om aandacht te besteden aan anticonceptie, soa, abortus en seksuele problemen
Medewerkers van Sense voelen zich vaardig om met de nieuwe werkwijze te werken	Medewerkers geven aan dat het gaat lukken om volgens de werkwijze van Sense te werken
80% is enthousiast over Sense	80% vindt Sense een goed initiatief
75 % van de hulpverleners is tevreden over de gemaakte afspraken	75% is tevreden over de gemaakte afspraken tussen de bij Sense betrokken organisaties
80% voelt zich betrokken	80% voelt zich betrokken bij Sense
Hulpverleners zijn van mening dat het vernieuwde aanbod aansluit bij voorkeuren en wensen van bevolking	Mening over in hoeverre de werkwijze van Sense aansluit op de behoeften van jongeren en allochtonen

Wat betreft opvattingen en tevredenheid van de direct betrokkenen is in 2006, voor de start van de Sense-sprekuren, en in 2007, na de start, aan de hand van een vragenlijst gevraagd hoe degenen die betrokken zijn bij de invoering en uitvoering van Sense over Sense denken. In 2006 hebben 14 personen en in 2007 hebben 8 personen deze vragenlijst ingevuld. Daarnaast is in beide jaren een groepsinterview gehouden met de betrokkenen om zo de resultaten van de vragenlijst verder te bespreken. Hieronder worden de resultaten van de vragenlijst en interviews gepresenteerd. Hierbij wordt gerapporteerd wat men ten tijde van het onderzoek van de seksuele en reproductieve hulpverlening vindt, wat men van Sense vindt, en hoe de invoering op organisatieniveau en individueel niveau verlopen is.

4.3.1 *Mening over seksuele en reproductieve hulpverlening*

In 2007 vinden de meesten betrokkenen dat de seksuele en reproductieve gezondheidszorg goed tot redelijk goed georganiseerd is. Slechts één persoon vindt het niet goed georganiseerd. Het jaar daarvoor vonden nog vijf personen de hulpverlening niet goed georganiseerd. In tabel 4.2 staan de belangrijkste kritiekpunten van de seksuele en reproductieve gezondheidszorg. In 2006 gaan de kritiekpunten vooral over de versnippering, afstemming en bereik van de zorg terwijl in 2007 de kritiekpunten gaan over de onderdelen van Sense die op dat moment nog onvoldoende gerealiseerd zijn.

Tabel 4.2. Opmerkingen van respondenten over wat niet goed is of wat beter kan

2006	2007
Niet goed op elkaar afgestemd	Sense nog te weinig bekend
Te versnipperd	Nog te weinig Sense-sprekuren
Onvoldoende bereik van risicogroepen	Nog te weinig deskundigheid
Geen abortushulpverlening	Netwerk van hulpverleners nog onvoldoende
Te duur	aanwezig

4.3.2 *Mening over Sense*

Sense wordt zowel in 2006 als in 2007 als een goed initiatief gezien. In 2007 vindt iedereen dat de hulpverlening door Sense laagdrempeliger wordt en dat de hulpverlening van betere kwaliteit wordt. Men denkt verder in beide jaren dat Sense beter aansluit op de behoeften van jongeren. Over de aansluiting op de behoeften van allochtonen is men in 2007 minder zeker (5 respondenten twijfelen). Men lijkt hier ook wat meer over te twijfelen dan het jaar daar voor.

Er is enige twijfel over de afspraken die gemaakt zijn door de bij Sense betrokken organisaties: twee mensen vinden ze goed tot zeer goed en de overigen twijfelen. Over de samenwerking tussen de organisaties twijfelt men ook enigszins: één persoon vindt de samenwerking heel goed gaan, de rest is hier minder positief over. In het interview wordt duidelijk dat het moeilijk is om de hulpverlenende instanties in Flevoland voldoende bij de netwerkvergaderingen te betrekken. Verder blijft het lastig om Sense bij groepen zoals huisartsen in het zicht te krijgen. Ook geeft men aan dat het idee van korte verwijismogelijkheden nog onvoldoende uitgewerkt is. Men is wel begonnen met het ontwikkelen van een sociale kaart om deze verwijismogelijkheden te verbeteren. In de vragenlijst wordt aangegeven, net als vorig jaar, dat men er redelijk van overtuigd is dat het gaat lukken om volgens Sense te werken.

4.3.3 *Invoering van Sense op organisatieniveau*

In 2006 wordt in het interview aangegeven dat het moeilijk is om de Sense-sprekuren binnen de betrokken organisaties van de grond te krijgen. In het begin was er veel onduidelijk over hoe Sense er uit moest zien, waarna besloten is om een pas op de plaats te maken en een bedrijfsplan te laten ontwikkelen door een onafhankelijk persoon. Dit heeft geresulteerd in een aanpak gericht op het ontwikkelen van een netwerk voor soa, seksuologische en reproductieve hulpverlening in de regio. Dit wil zeggen dat de verpleegkundigen die de Sense-sprekuren houden, via korte verwijismogelijkheden, naar een netwerk van regionale instanties kunnen doorverwijzen en dit netwerk om advies kunnen vragen. In oktober 2006 zijn, zoals boven beschreven, die Sense-sprekuren van start gegaan.

Verloop van de invoering van Sense

In 2007 leeft Sense meer in de organisatie dan in 2006. Men merkt op dat Sense vorm heeft gekregen en ook duidelijker ingebed raakt in de afdeling infectieziekten van de GGD. Sinds de start zijn er locaties bijgekomen en ook het team is in korte tijd snel uitgebreid. De eerste twee verpleegkundigen hebben de eerste basis MSH-opleiding achter de rug. De overige verpleegkundigen zijn begonnen met de eerste module van de opleiding. Per januari 2008 zullen er meer spreken komen. Er is, dankzij o.a. een uitgebreide PR-campagne, een toename in het aantal klanten.

De werkgroep moet echter nog wel verder ontwikkeld worden. Er is daarom een verpleegkundige aangewezen als coördinator van Sense. Zij zorgt voor de coördinerende werkzaamheden rondom de spreken en zij gaat er voor zorgen dat het

verwijzingsdeel verbetert en de netwerkgroep meer vorm krijgt door onder andere het ontwikkelen en bijhouden van sociale kaarten.

Werken volgens de Sense werkwijze

Over het inpassen van de Sense werkwijze in de eigen organisatie is men zowel in 2006 en 2007 verdeeld. De één geeft in de vragenlijst aan dat het ingewikkeld is en de ander vindt het eenvoudig. Er wordt wel aangegeven dat in vergelijking met het begin vaker volgens een protocol gewerkt wordt. Hierbij wordt gebruik gemaakt van bestaande protocollen. In de toekomst moeten er echter aangepaste protocollen komen voor Flevoland. Ook is het registratiesysteem nog niet goed bruikbaar. De registratie is nu gekoppeld aan de soa-registratie, waardoor personen die niet voor een soa komen niet ingevoerd worden in de registratie.

Zowel voor als na de start van de Sense-sprekuren vindt men dat het de organisatie meer tijd kost om volgens de Sense werkwijze te werken.

4.3.4 Invoering van Sense op individueel niveau

Over het algemeen is men redelijk tot zeer betrokken bij Sense. In hoeverre men het een taak vindt om aandacht te besteden aan verschillende onderwerpen (anticonceptie, abortus, SOA, seksuologische problemen) is in één jaar niet zo veel veranderd. Men vindt het de taak om aandacht te besteden aan de verschillende onderwerpen. Door Sense heeft de verpleegkundige bovendien ook de taak gekregen om aan verschillende onderwerpen aandacht te besteden. Naar eigen zeggen is door deze uitbreiding van de taken het werk bevredigender geworden. Wel is de werkdruk gestegen, maar doordat de verpleegkundigen gemotiveerder zijn is deze werkdruk tot nu toe wel draaglijk.

Volgens de betrokkenen is het een probleem dat de abortushulpverlening niet door de Sense-verpleegkundigen gegeven mag worden. De belangrijkste taak van de verpleegkundige is nu ook nog inventariseren en verwijzen, maar ze mogen nog geen anticonceptie voorschrijven.

Verder geeft men in de vragenlijst wat vaker aan dan in 2006 dat men vaardigheden mist om adviezen te geven over anticonceptie en abortus. Vorig jaar dacht eigenlijk nog iedereen dat ze daar de vaardigheden voor hadden. Nu de Sense-sprekuren gestart zijn, zijn daar wat meer twijfels over. In het laatste interview wordt opgemerkt dat het moeilijk is om Sense-hulpverleners een zelfde wijze van handelen en denken bij te brengen. Dit kost veel tijd omdat de hulpverleners opleidingen moeten volgen, praktijkervaring moeten krijgen en daarbij ook coaching nodig hebben.

4.3.5 Conclusie opvattingen en tevredenheid betrokkenen

Er is duidelijk een stijging in het aantal betrokkenen dat na de start van Sense tevreden is over de hulpverlening op het gebied van de seksuele en reproductieve gezondheid in de regio Flevoland. Het aantal personen betrokken bij de invoering en uitvoering van Sense is echter te klein om de veranderingen te kunnen kwantificeren.

Uit de vragenlijst wordt duidelijk dat respondenten verdeeld zijn wat betreft het gemak waarmee de Sense werkwijze in te passen is in de eigen organisatie, de één vindt het ingewikkeld en de ander vindt het eenvoudig.

Ook is er enige twijfel over de afspraken die gemaakt zijn door de bij Sense betrokken organisaties. Hetzelfde geldt voor de samenwerking tussen de organisaties. Tot nu toe is het nog onvoldoende gelukt om hulpverlenende instanties in Flevoland bij de netwerkvergaderingen te betrekken en ook is het idee van korte verwijzingsmogelijkheden nog onvoldoende uitgewerkt. Dit zijn beide wel activiteiten die op de agenda staan voor de komende periode.

Iedereen voelt zich betrokken bij Sense en degenen die de Sense-sprekuren houden vinden het ook hun taak om tijdens het spreekuur aandacht te besteden aan de verschillende onderwerpen (soa, seksuologie, anticonceptie en abortus/ongewenste zwangerschap). Over of men voldoende vaardigheden heeft om een geïntegreerd spreekuur te houden is men nog enigszins onzeker. Nog niet alle Sense-verpleegkundigen hebben hiervoor de geplande opleidingen gevolgd, daarnaast kost het tijd om deze vaardigheden eigen te maken.

De betrokkenen zijn verder van mening dat de Sense-sprekuren aansluiten bij de voorkeuren en wensen van de jongeren, men twijfelt wel iets vaker over de aansluiting bij allochtonen.

Van de 8 gestelde criteria kan men concluderen dat er 5 gehaald zijn. Medewerkers voelen zich nog niet vaardig om volgens de Sense werkwijze te werken, ze zijn niet tevreden over de gemaakte afspraken met deelnemende organisaties en het aanbod sluit nog niet voldoende aan op de voorkeuren en wensen van de bevolking.

4.4 Bekendheid

Een doel van de Regio Flevoland was dat jongeren weten waar men advies en informatie kan krijgen over soa, anticonceptie en seksuologische problemen. Dit doel is vervolgens verdeeld in een aantal criteria (zie tabel 4.3). De mate waarin deze criteria bereikt zijn wordt in deze paragraaf beschreven.

Tabel 4.3. Criteria en operationalisering hiervan

Criteria	Operationalisering
Er is een stijging van 5%-punten in het aantal jongeren van 15-29 jaar dat minimaal 1 instantie kan noemen waar ze voor verschillende problemen terecht kunnen	5%-punten stijging in het percentage jongeren dat bekend is met in ieder geval één van de hulpverlenende instanties op het gebied van seksuele gezondheid
De informatie heeft de mensen bereikt en de mensen hebben de informatie onthouden	Voldoende bekendheid met de hulp van de hulpverlenende instanties die bij Sense betrokken zijn
Er is een stijging van 20%-punten in de bekendheid onder jongeren van 15-29 jaar met de verschillende vormen van hulpverlening die de instanties bieden	20%-punten stijging in het percentage jongeren dat bekend is met verschillende vormen van hulpverlening die instanties betrokken bij Sense bieden
70% van de jongeren weet dat de anonimiteit gewaarborgd is binnen Sense en bij diegenen die Sense kennen	Minder dan 30% van de jongeren noemt anonimiteit (dat anonimiteit niet gewaarborgd wordt) als een nadeel van Sense
Geografische afstand is geen belemmering om gebruik te maken van diensten van Sense	De afstand naar de Sense locatie is voor een meerderheid geen nadeel
Onder jongeren van 15-29 jaar die aangeven wel eens een probleem of vraag te hebben gehad neemt het gebruik van hulpverlening met 10%-punten toe	10% stijging in het percentage jongeren met een hulpvraag dat aangeeft hiervoor van een hulpverlenende instantie gebruik te hebben gemaakt

TNS NIPO is voor de invoering van Sense (in 2005) en na de invoering van Sense (in 2007) nagegaan hoe de bekendheid is van de seksuele en reproductieve hulpverlening bij jongeren van 15-29 jaar in de regio Flevoland. In beide jaren zijn ongeveer 300 jongeren geïnterviewd (Van der Storm et al., 2007).

4.4.1 *Bekendheid met hulpverlenende instanties en hun dienstverlening*

Zowel voor als na de invoering van Sense zijn de jongeren redelijk bekend met hulpverlenende instanties op het gebied van de seksuele en reproductieve gezondheid (tabel 4.4). Hierbij gaat het om hun spontane bekendheid met deze organisaties. Het minst bekend is men met hulpverlenende instanties op het gebied van abortus en zwangerschapsafbreking en op het gebied van seksuologische problemen. In 2007 lijkt men iets minder bekend met de instanties die hulp verlenen bij seksuologische problemen dan in 2005.

Tabel 4.4. Spontane bekendheid met hulpverlenende instantie voor de volgende onderwerpen

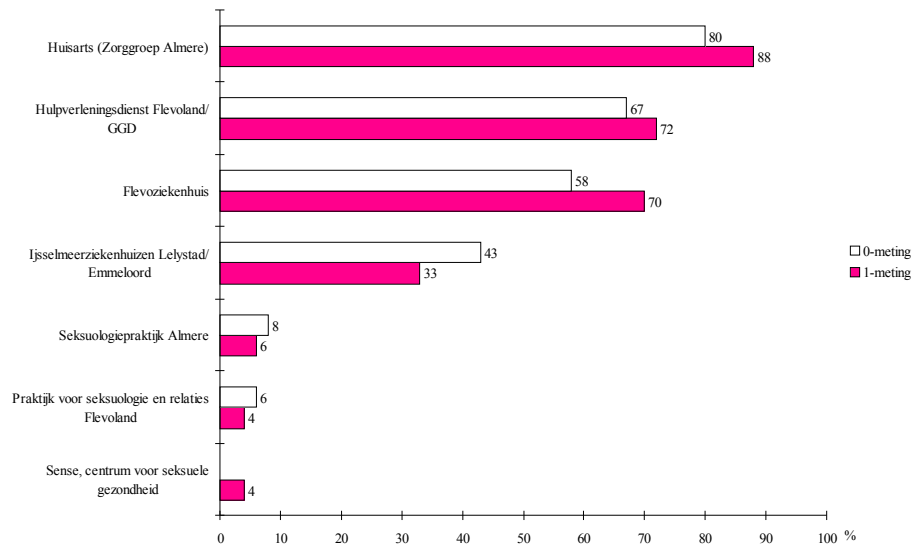
	Bekend in 2005	Bekend in 2007
Info over soa	86%	85%
Soa test	86%	87%
Hiv test	83%	85%
Soa/hiv behandeling	80%	81%
Hulp bij anticonceptie	92%	91%
Abortus/zwangerschap afbreking	65%	67%
Hulp bij seksuele problemen	78%	72%

De hulpverleners die het meest genoemd worden op alle gebieden zijn de huisartsen, gevolgd door de GGD. Geen enkele jongere noemt spontaan bekend met Sense te zijn.

4.4.2 *Geholpen bekendheid*

Naast de spontane bekendheid is ook aan de jongeren gevraagd in hoeverre ze bekend zijn met de instanties die in hun regio deel uitmaken van het Sense regionale samenwerkingsverband. In de regio Flevoland gaat het om de huisarts (zorggroep Almere), de GGD, Flevoziekenhuis, IJsselmeerziekenhuizen, Sekuologiepraktijk Almere, Praktijk voor seksuologie en relaties Flevoland en Sense (alleen bij de meting in 2007). Een lijst met de namen van deze instanties is aan de jongeren voorgelegd en hen is gevraagd in hoeverre ze bekend zijn met deze instanties als het gaat om soa-, seksuologische en reproductieve hulpverlening. Zowel in 2005 (96%) als in 2007 (97%) zijn vrijwel alle jongeren bekend met een of meerdere van deze instanties. De huisarts wordt het vaakst genoemd. In 2007 (88%) wordt de huisarts vaker genoemd dan in 2005 (80%). Hetzelfde geldt voor de GGD: deze wordt in 2007 (72%) vaker genoemd dan in 2005 (67%). De seksuologiepraktijken zijn zowel in 2005 als in 2007 nauwelijks bekend. Bij ziekenhuizen is het ene ziekenhuis in bekendheid gestegen (van 58% in 2005 naar 70% in 2007) terwijl het andere ziekenhuis in bekendheid is gedaald (van 43% in 2005 naar 33% in 2007) (figuur 4.2).

In 2007 is ook gevraagd of de jongeren Sense kennen. Vier procent (n=14) geeft aan dat Sense een instantie is waarmee ze bekend zijn.



Bron: TNS NIPO, 2007

Figuur 4.2. Geholpen bekendheid instanties regio Flevoland (0-meting n=342, 1-meting n=350)

Naast de bekendheid met de namen van de instanties is ook gevraagd naar de bekendheid met de soort hulpverlening die de verschillende instanties betrokken bij Sense in Flevoland op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheidszorg verlenen. De jongeren zijn gevraagd om een cijfer te geven tussen de 1 en de 10 aan de mate waarin zij bekend zijn met de soort hulpverlening een instantie levert. In de 2007 blijkt dat de inhoudelijke bekendheid met de soa, seksuologische en reproductieve hulpverlening van de GGD en de huisartsen niet verschilt met 2005. De jongeren zijn ook inhoudelijk het meest bekend met de hulpverlening van de huisartsen gevolgd door de hulpverlening van het Flevoziekenhuis en van de GGD.

De inhoudelijke bekendheid met de hulpverlening van de seksuologiepraktijken is in 2007 gestegen: in 2005 was 15% van de jongeren voldoende bekend met de hulp die seksuologiepraktijken leverden en in 2007 is dit 21%.

Alle instanties, behalve de seksuologiepraktijken, staan zeer bekend om de behandeling van soa en hiv (bijna 80%). De huisarts wordt daarnaast ook geassocieerd met anticonceptie (89%) en met seksuologische problemen (80%). De ziekenhuizen zijn daarnaast vooral bekend vanwege zwangerschapsafbrekingen (ongeveer 75%).

4.4.3 Hulpvraag

De ruime meerderheid (80%) van de jongeren zegt nog nooit zelf met een vraag of probleem op het gebied van seksuele gezondheid te maken te hebben gehad. Indien zij hier wel mee te maken zouden krijgen (in volgorde van meest genoemd) dan zouden zij een beroep doen op: de huisarts, de GGD of het ziekenhuis.

Bijna een vijfde van de jongeren geeft zowel in 2005 als in 2007 aan wel eens te maken te hebben gehad met een vraag of probleem op het gebied van seksuele gezondheid. Vrouwen hebben vaker vragen of een probleem (26% versus 17% gemiddeld). Van de jongeren die een vraag of probleem hadden, heeft ongeveer 60% zowel in 2005 als in 2007 gebruik gemaakt van een instantie. De meest genoemde hulpverlenende instanties waar respondenten aangeven gebruik van te hebben gemaakt, zijn in beide

metingen de huisarts, het ziekenhuis en de GGD. Zij zijn vooral via vrienden/bekenden en de huisarts bij de eerder genoemde instanties terecht gekomen.

De jongeren die wel een vraag hadden, maar geen gebruik hebben gemaakt van een instantie geven als reden hiervoor, dat ze naar hun huisarts zijn gegaan (33%), dat ze niet durfden (25%) of dat ze de informatie op een website hebben opgezocht (25%). Sense wordt door één respondent genoemd als informatiebron.

4.4.4 *Perceptie van het huidige regionale hulpverleningsaanbod en van het samenwerkingsverband*

Zowel in 2005 als in 2007 vindt de helft van de jongeren dat er voldoende hulp beschikbaar is op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid in de regio Flevoland. Met name de respondenten die aangeven zelf wel eens te maken te hebben gehad met een vraag of probleem op het gebied van seksuele gezondheid vinden dat er voldoende hulp beschikbaar is (68%).

In 2007 is aan de jongeren gevraagd wat zij vinden van het Sense initiatief in hun regio. Van de respondenten geeft bijna driekwart (71%) aan het (heel) goed te vinden dat er meerdere locaties van Sense in de regio zijn. De jongeren zien vaker voor- dan nadelen van het centraal georganiseerd Sense initiatief (zie tabel 4.5).

Tabel 4.5. Door jongeren genoemde voor- en nadelen van Sense

De voordelen zijn:	De nadelen zijn:
Anonimiteit (34%),	Hoge drempel (14%)
Overzichtelijk aanbod (25%),	Kosten (10%)
Laagdrempeligheid (24%)	Minder anonimiteit/privacy (9%)
Persoonlijke aandacht/betrokkenheid (23%)	Locatie is (te) ver (9%)
Snellere hulpverlening/kortere wachttijsten (22%)	Onpersoonlijk/weinig betrokkenheid (8%)
Makkelijk bereikbaar/ dichterbij (21%)	Minder snelle hulpverlening/ lange wachttijsten (7%)
Minder doorverwijzingen (20%)	
Betere communicatie/kennissuitwisseling (20%)	
Betere hulpverlening (18%)	

4.4.5 *Conclusie bekendheid onder jongeren*

De bekendheid met de instanties op het gebied van soa, seksuologische en reproductieve gezondheidszorg is hoog. Van de jongeren is meer dan 95% bekend met één of meer instanties en dit percentage stijgt niet. Het minst bekend zijn de jongeren met de hulp op het gebied van abortus en ongewenste zwangerschap. In 2007 is de bekendheid van de zorggroep Almere met 8% gestegen en de bekendheid van de GGD met 5%. De bekendheid onder jongeren met de instellingen betrokken bij Sense is echter niet met 20% gestegen. Dit is gezien de reeds hoge bekendheid van de instellingen ook moeilijk te bereiken. Sense zelf is verder nog maar bij een klein percentage van de jongeren bekend.

De mate van bekendheid met de inhoud van de seksuele en reproductieve gezondheidszorg van de bij Sense betrokken instellingen is gedurende het project niet veel veranderd. Het aanbod van de huisarts is het meest bekend, gevolgd door de zorg van het Flevoziekenhuis en de zorg van de GGD.

Het percentage jongeren dat een vraag of probleem heeft op het gebied van de seksuele en reproductieve gezondheid en ook gebruik gemaakt heeft van een instantie om deze vraag te beantwoorden, is in de periode van het onderzoek niet gestegen. De meest

genoemde hulpverlenende instanties waar jongeren aangeven gebruik van te hebben gemaakt zijn ook degenen waarmee ze het meest bekend zijn, dat wil zeggen de huisarts, het ziekenhuis en de GGD. Indien men geen hulp gezocht heeft, geven de jongeren hiervoor als reden aan dat ze naar hun huisarts zijn gegaan, dat ze niet durfden of dat ze de informatie op een website hebben gezocht.

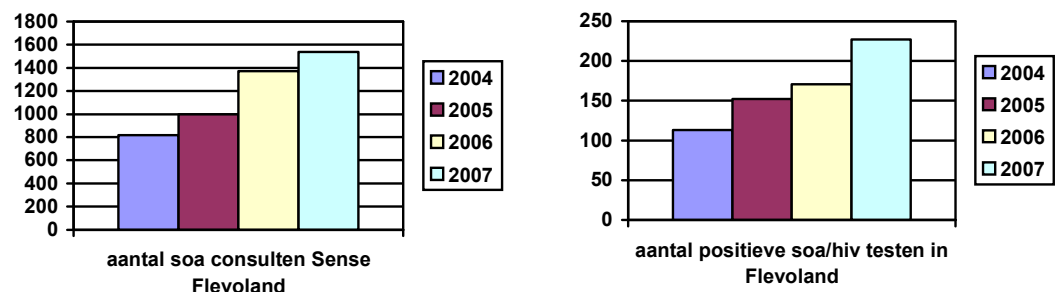
Twee andere criteria betroffen de bereikbaarheid en anonimiteit van Sense. De jongeren noemen de bereikbaarheid en anonimiteit vaker als een voordeel dan als een nadeel van Sense.

4.5 Gebruikscijfers

Een ander doel van de regio Flevoland was dat het aantal vragen over soa en hiv minimaal zo hoog is als gemiddeld in de andere regio's in Nederland. Hieronder worden de gegevens van de SOAP-registratie gegeven waarover in het onderzoek kon worden beschikt.

4.5.1 Algemeen gebruik

Er is sinds 2004 een duidelijke stijging in het aantal soa-consulten, en positieve soa-testen (zie figuur 4.3).

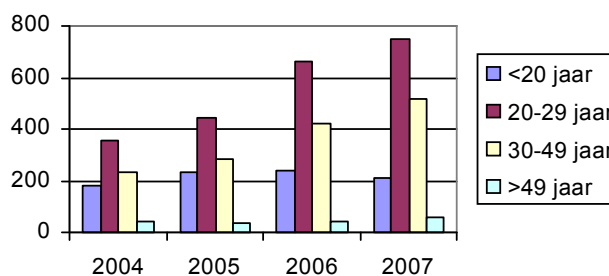


Figuur 4.3. Aantal soa-consulten en positieve soa-testen vanaf 2004

4.5.2 Gebruik naar leeftijd

Het aantal soa-consulten is vooral gestegen in de leeftijdsgroepen 20-29 jaar en 30-49 jaar. In de leeftijdsgroep 20-29 jaar is het aantal soa-consulten met 108% gestegen (verdubbeld) en in de leeftijdsgroep 30-49 jaar met 120% (zie figuur 4.4).

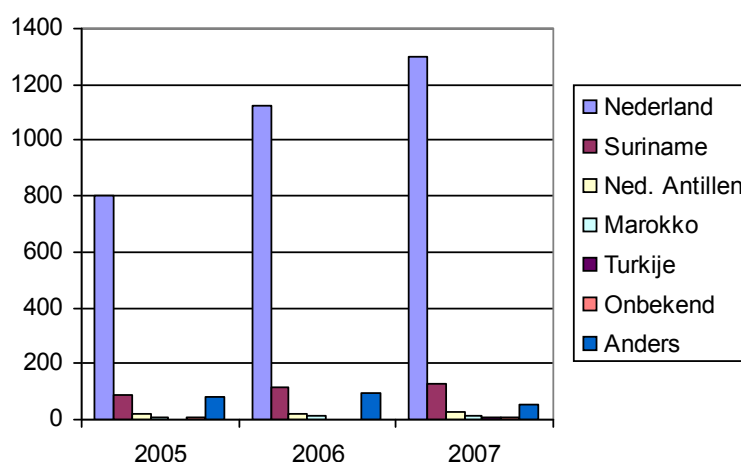
soa-consulten naar leeftijdsgroep



Figuur 4.4. Aantal soa-consulten vanaf 2005 naar leeftijd

4.5.3 Gebruik naar bevolkingsgroep

Aanvullend is ook gekeken of er een verschil is in de stijging in het aantal soa-consulten naar bevolkingsgroep. Bevolkingsgroep betekent de bevolkingsgroep waartoe de cliënt zich vindt behoren. Vooral in de Nederlandse bevolkingsgroep is het aantal soa-consulten in 2007 sterk gestegen: in vergelijking met 2005 zijn er 63% meer cliënten uit de Nederlandse bevolkingsgroep voor een soa-consult geweest. In de niet-Nederlandse bevolking is het aantal consulten met 50% gestegen (zie figuur 4.5).



Figuur 4.5. Aantal soa-consulten naar bevolkingsgroep

4.5.4 Conclusie gebruik

Het aantal soa-consulten en het aantal positieve soa/hiv-testen is in 2007 sterk gestegen. Deze stijging heeft vooral in de leeftijdsgroep van 20 tot 50 jaar plaatsgevonden. De toename is het grootste in de Nederlandse bevolkingsgroep.

Het aantal nieuwe soa-consulten in totale bevolking van de regio Flevoland is lager ten opzichte van het landelijke incidentie. In 2006 was in Flevoland het aantal soa-consulten 3,66 per 1000 inwoners en in Nederland 4,22 per 1000. In 2007 was dit respectievelijk 4,22 en 4,76. In 2005 was het aantal consulten per 1000 inwoners van Flevoland beduidend lager, namelijk 2,70/1000. Het aantal soa-consulten is in 2006 gestegen met 37% ten opzichte van 2005 (1371 consulten). In 2007 is er een stijging met 12% tot 1538 consulten. De stijging in 2006 is boven de landelijke trend van 10%. In het tweede jaar loopt de stijging in de pas met de landelijke trend.

4.6 Tevredenheid cliënten

Er zijn in Flevoland drie criteria gesteld die zijn getoetst bij de cliënten zelf (tabel 4.6).

Tabel 4.6. Criteria en operationalisering

Criteria	Operationalisering
Er is een stijging van 5%-punten in het aantal cliënten dat na de start van Sense tevreden is over de ontvangen hulp	Er is een 5% stijging in het percentage cliënten dat tevreden is deskundigheid, betrokkenheid, vriendelijkheid en duidelijkheid van de hulpverlener
In de nieuw te vormen Sense spreekuren	Cliënten geven aan dat er aan meerdere

kunnen mensen met alle vragen terecht en wordt aandacht besteed aan meerdere onderwerpen (anticonceptie, soa/hiv, abortus, seksuele problemen)	onderwerpen aandacht is besteed tijdens het spreekuur
De kosten van hulp zijn voor 90% van de cliënten geen belemmering om opnieuw hulp te zoeken	90% geeft aan dat de kosten van de hulpverlening geen belemmering is

In januari 2007 is hiervoor in de regio Flevoland een eerste klanttevredenheidsmeting uitgevoerd en in februari 2008 de tweede meting. In totaal zijn er bij de eerste meting 151 vragenlijsten ingevuld retour gezonden en bij de tweede meting 72. Bij de eerste meting zijn 390 vragenlijsten naar de locaties gestuurd en bij de tweede meting 400. De respons op de eerste meting is daarmee 39%. Bij de tweede meting zijn door tijdgebrek niet alle vragenlijsten uitgedeeld, waardoor de respons niet kan worden berekend.

4.6.1 *Achtergrondkenmerken cliënten*

Cliënten die aan de eerste en tweede meting meegedaan hebben zijn vergelijkbaar op bijna alle achtergrondkenmerken (tabel 4.7). In de tweede meting doen iets meer cliënten van niet-Nederlandse herkomst mee aan het onderzoek.

Tabel 4.7. Achtergrondkenmerken van respondenten in 2006 en 2007

	2006 N=151	2007 N=72
Geslacht		
Vrouw	60%	56%
Man	40%	44%
Leeftijd	Gem: 28,2 (sd=10,6)	Gem: 31,3 (sd=12,0)
<20 jaar	21%	17%
20-24 jaar	29%	21%
25-29 jaar	12%	17%
30-49 jaar	35%	40%
>50 jaar	3%	5%
Etniciteit		
Nederlands	76%	68%
Antilliaans	7%	5%
Surinaams	8%	10%
Marokkaans	1%	3%
Indonesisch	1%	6%
Anders	7%	8%
Geloof		
Geen geloof	65%	64%
Katholiek	17%	11%
Protestant	11%	11%
Ander geloof	7%	9%

4.6.2 *Bezoek Sense-sprekuren*

Zowel bij de eerste (84%) als de tweede meting (89%) zijn de meeste cliënten op eigen initiatief naar het Sense spreekuur gekomen. Een klein deel is doorverwezen door de huisarts (2% eerste meting en 6% tweede meting). De rest geeft aan via een vriend(in) of ex-partner naar het spreekuur te zijn gekomen.

De grote meerderheid van de cliënten heeft zowel bij de eerste als de tweede meting een afspraak gemaakt in verband met soa en hiv/aids. Bij de 1^e meting kwam dit iets vaker voor dan bij de tweede meting. Bij de tweede meting wordt ook een aantal keren anticonceptie of seksuele problemen genoemd als reden om naar Sense te komen (zie tabel 4.8).

Bij de eerste meting zegt 23% van de cliënten dat er tijdens het consult geen andere onderwerpen besproken zijn dan waarvoor zij gekomen waren, bij de tweede meting wordt dit door meer respondenten aangegeven, namelijk 29% (zie bijlage E).

Tabel 4.8. Het onderwerp waarvoor een afspraak gemaakt was
(meerdere antwoorden mogelijk (n (%)))

	2006	2007
Anticonceptie	1 (1)	3 (4)
Morning after pil	1(1)	1 (1)
Soa	135 (89)	60 (83)
Hiv/aids	61 (40)	26 (36)
Zwangerschap	0	1 (1)
Ongewenst zwanger	0	0
Seksueel probleem	0	4 (6)
Negatieve seksuele ervaring	2 (1)	0
Anders	18 (12)	7 (10)

Bij de tweede meting vindt iedereen het prettig dat de hulpverlener ook over andere onderwerpen gesproken heeft. Bij de eerste meting vond 88% van de respondenten het al prettig: dit is nu nog verder gestegen.

4.6.3 *Tevredenheid over Sense-sprekkuur*

Een ruime meerderheid van de respondenten is zeer tevreden over de deskundigheid, betrokkenheid, vriendelijkheid en duidelijkheid van de hulpverlener die geholpen heeft (tabel 4.9).

Tabel 4.9. Percentage cliënten dat (zeer) tevreden is over de hulpverlening.
((zeer) tevreden is een score van 6 of 7 op een schaal van 1 tot 7)

	2006	2007
Deskundig	98%	99%
Betrokken	96%	94%
Vriendelijkheid	97%	97%
Begripvol	95%	97%
Duidelijk	99%	97%

Bij zowel de eerste als tweede meting geeft een grote meerderheid van de respondenten aan dat de hulpverlener (heel) veel rekening met zijn of haar wensen en behoeften heeft gehouden. Bij de eerste meting gaf ook 95% van de respondenten aan dat de ontvangen informatie of hulp geholpen heeft om hun probleem op te lossen. Dit is iets gedaald bij de tweede meting waar 83% van de cliënten vindt dat het geholpen heeft.

Verder zou iedereen de informatie of hulp ook aanbevelen aan vrienden die soortgelijke hulp nodig hebben.

De gemiddelde rapportcijfers voor de manier waarop men geholpen is was bij de beginmeting 8,7 (1,0) en bij de eindmeting 8,5 (1,3). Dit verschil is niet significant.

4.6.4 *Kosten Sense-sprekkuur*

Er is ook gevraagd naar wat men van de kosten van de Sense-sprekuren vindt. Het zorgaanbod van Sense Flevoland is gratis. 95% gaf dan ook aan dat de afspraak gratis was en 3% dat de kosten niet te hoog waren. Twee cliënten gaven aan dat het spreekuur duur was.

4.6.5 *Conclusie tevredenheid cliënten*

In de tevredenheid van de cliënten is sinds de start van de Sense-sprekuren weinig veranderd. Men is over het algemeen zeer tevreden over de hulpverlening. De 5%

stijging in tevredenheid, zoals genoemd in één van de criteria, is moeilijk te bereiken aangezien de tevredenheid over de hulpverlening vanaf het begin al erg hoog is. De meeste cliënten rapporteren dat er tijdens het contact ook andere onderwerpen zijn besproken. Dat er tijdens het contact met de hulpverlener ook andere onderwerpen besproken worden dan waar men voor komt, wordt bij de laatste meting door alle cliënten als prettig ervaren. Er is bij de laatste meting wel een daling te zien in het percentage respondenten dat vindt dat de hulp of informatie geholpen heeft om hun probleem op te lossen.

De kosten van het zorgaanbod zijn geen probleem voor de cliënten. De meesten geven aan dat het consult gratis is. Hiermee kan men stellen dat alle voorafgestelde criteria wat betreft klanttevredenheid gehaald zijn.

4.7 Opvattingen en tevredenheid huisartsen

Ook in de regio Flevoland is een aantal criteria gesteld over de tevredenheid en bekendheid van Sense bij de hulpverleners in de regio (zie tabel 4.10).

Tabel 4.10. Criteria en operationalisering

Criteria	Operationalisering
Er is een stijging met 5% punten in het aantal hulpverleners dat na de start van Sense tevreden is over het verloop van de spreekuren	5% punten stijging in het percentage huisartsen dat aangeeft tevreden te zijn over de seksuele en reproductieve gezondheidszorg
80% is enthousiast over Sense	80% van de huisartsen vindt Sense een goed initiatief
90% kent de opzet en de missie van Sense	90% van de huisartsen is bekend met Sense

In 2006 en 2007 zijn huisartsen in de regio Flevoland gevraagd om een vragenlijst in te vullen over wat zij van Sense vinden. In beide jaren heeft een steekproef van 102 huisartsen de vragenlijst ontvangen. In het eerste jaar hebben we er 41 terugontvangen en in het tweede jaar 21.

4.7.1 Gang van zaken op dit moment

In 2007 zijn de huisartsen vaker tevreden over het aanbod van sekshulp in de regio (72%) dan in 2006 (59%). Wat in 2007 over het algemeen minder goed bevonden werd, was dat vooral de seksuele hulpverlening niet inzichtelijk en beperkt is.

Tabel 4.11. Bekendheid bij professionals waar ze hun cliënten naartoe kunnen verwijzen met problemen over verschillende onderwerpen (n (%))

	(Ze)er zeker		Enigszins		Niet helemaal	
	Zeker				Zeker niet	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Anticonceptie	37 (93%)	17 (85%)	3 (8%)	2 (10%)	0	1 (5%)
Abortus	40 (100%)	19 (95%)	0	0	0	1 (5%)
Soa/hiv	26 (63%)	12 (57%)	11 (27%)	8 (38%)	3 (7%)	1 (5%)
Seksuele problemen	18 (44%)	12 (57%)	14 (34%)	5 (23%)	9 (20%)	4 (19%)

Bij de onderwerpen Anticonceptie en Abortus is het net als in 2006 voor de meeste respondenten op dit moment zeker tot zeer zeker duidelijk waar ze hun cliënten naar kunnen doorverwijzen (tabel 4.11). Bij de onderwerpen soa/hiv en seksuele problemen is dit voor een kleiner aantal respondenten het geval. In 2007 is 57% van de respondenten bekend met waar ze hun cliënten op het gebied van soa/hiv naar kunnen doorverwijzen en bij seksuele problemen is dit ook 57%. Artsen lijken iets beter te weten dan in 2006 waar ze cliënten met seksuele problemen naar kunnen verwijzen.

4.7.2 *Bekendheid met Sense*

De meeste respondenten (81%) zijn op de hoogte van het samenvallen van de seksuele en reproductieve gezondheidszorg onder de naam Sense. In 2006 was iets meer dan de helft bekend met Sense (61%). Van de manieren waarop de respondenten op de hoogte gebracht zijn over de oprichting van Sense wordt, net als vorig jaar, de speciale nieuwsbrief over Sense het vaakst genoemd (63%). Hierna volgen nieuwsbrief, personeelsblad of intranet van de eigen organisatie (44%), en de lokale pers of media (19%). De informatie die men gekregen heeft is voor 69% van de huisartsen duidelijk. Dit verschilt niet met het jaar daarvoor.

4.7.3 *Mening over Sense.*

Van alle respondenten, zowel bekend als niet bekend met Sense, vindt in 2007 80% de oprichting van Sense een goed tot zeer goed initiatief. Dit is een hele duidelijke stijging ten opzichte van 2006 toen nog maar 55% het een goed tot zeer goed initiatief vond. Men vindt vaker dan in 2006 dat Sense de hulpverlening laagdrempeliger en kwalitatief beter maakt (74% in 2006 en 95% in 2007). Men vindt ook vaker dat Sense zeker tot zeer zeker aansluit bij de behoeften van jongeren (40% in 2006 en 63% in 2007). Huisartsen denken ook vaker dat het enigszins tot zeker aansluit bij de behoeften van allochtonen. In 2006 dacht nog een kwart van de huisartsen dat Sense voor de aansluiting bij allochtone niet uitmaakte terwijl in 2007 dit nog maar één respondent zegt. Van de respondenten is 88% van mening dat Sense enigszins tot zeer zeker aansluit bij de normen en waarden van hun organisatie: dit is iets hoger dan vorig jaar (76%).

4.7.4 *Gedragsintentie: doorverwijzing naar Sense.*

In 2007 is aanvullend aan de huisartsen gevraagd of zij patiënten zouden doorverwijzen naar Sense. In tabel 4.12 komt naar voren dat huisartsen vooral voor soa/hiv preventie en seksuele problemen patiënten zouden doorsturen naar Sense

Tabel 4.12. Doorverwijzingen van professionals naar Sense.(n (%))

	Nee	Misschien wel/ Misschien niet	Ja
Bij anticonceptie	11 (52,4)	7 (33.3)	3 (14.3)
Bij abortus	9 (45.0)	8 (40.0)	3 (15.0)
Bij soa/hiv preventie	2 (9.5)	7(33.3)	12 (59.2)
Bij seksuologische problemen	2 (9.5)	6 (28.6)	13 (61.9)

Twee respondenten hebben wel eens cliënten daadwerkelijk doorverwezen naar Sense.

Indien men nog niet doorverwezen had naar Sense gaf de helft van de respondenten als reden dat men naar andere hulp had verwezen. Andere redenen waren dat ze hun cliënten zelf konden helpen, dat ze zich niet bewust waren van het bestaan van Sense, dat er het afgelopen jaar geen cliënten met vragen/problemen op het gebied van seks zijn geweest en dat hij of zij simpelweg niet aan Sense heeft gedacht bij de behandeling van zijn of haar cliënten.

4.7.5 *Conclusie, opvattingen en tevredenheid huisartsen*

Het draagvlak voor Sense onder huisartsen in Flevoland neemt toe. Sense is meer bekend bij de huisartsen. Het percentage respondenten dat tevreden is met de wijze waarop de seksuele en reproductieve hulpverlening in de regio is georganiseerd neemt met meer dan 5% toe. Een jaar na de start van Sense vindt men ook vaker dat het een goed initiatief is, dat het de hulpverlening kwalitatief beter en laagdrempeliger maakt en dat het aansluit bij de normen en waarden van hun eigen organisatie. De meesten denken in 2007 vaker dan in 2006 dat het aansluit op de behoeften van jongeren en allochtonen.

De huisartsen denken vooral te zullen doorverwijzen naar Sense bij seksuologische problemen en soa/HIV preventie. Tot nu toe heeft maar een klein percentage huisartsen wel eens doorverwezen naar Sense.

5 Literatuur

ABRAMS L, STORM E VAN DER, VERMEULEN M, MAZOR L. Onderzoek naar bekendheid instanties seksuele gezondheid bij 15-29 jarigen. Trendmeting regio Gouda (1-meting). TNS NIPO, Amsterdam, 2007.

BAKKER F, VANWESENBEECK I. Seksuele gezondheid in Nederland 2006. Delft: Eburon, 2006.

BERLO W VAN, VANWESENBEECK I. Tevredenheid over de medische en seksuologische hulpverlening in de eerstelijnscentra; een onderzoek onder cliënten. Rutgers Nisso Groep, Utrecht, 2005.

BOERS J, HERMANS C, JAKOBS E. De GGD Amsterdam volgens Amsterdammers. Dienst Onderzoek en Statistiek, Amsterdam, 2005.

COLLEGE VOOR ZORGVERZEKERINGEN. Evaluatie subsidie medische en seksuologische hulpverlening. KPMG, 2006.

FLEUREN M, WIEFERINK K, PAULUSSEN T. Determinants of innovation within health care organizations. Literature review and Delphi study. Int J for Quality in Health Care 2004;16:107-123.

GILS MR. De organisatie van organisaties: aspecten van interorganisationale samenwerking. M&O 1978;32:9-31.

GRAAF H DE, MEIJER S, POELMAN J, VANWESENBEECK I. Seks onder je 25^{ste}. Seksuele gezondheid van jongeren anno 2005. Delft: Eburon, 2005.

GREENHALGH T, ROBERT G, MACFARLANE F, BATE P, KYRIAKIDOU O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. The Milbank Quarterly 2004;82:581-629.

HENDRIX C, STORM E VAN DER, VERMEULEN M, MAZOR L. Onderzoek naar bekendheid instanties seksuele gezondheid bij 15-29 jarigen. Trendmeting regio zuidelijk Zuid-Holland (1-meting). TNS NIPO, Amsterdam, 2007.

LEE L VAN, WIJSEN C. Landelijke abortus registratie 2006. Utrecht: Rutgers Nisso Groep, 2006.

LUSCUERE E. Samenwerking tussen organisaties, ideologieën en dilemma's. M&O 1978:49-61.

SLOOTEN L. Wachttijdenonderzoek soa-inloopsprekuren hulpverleningsdienst Kennemerland, GGD. Scriptie Inholland, 2006.

STORM E VAN DER, HENDRIX C, VERMEULEN M, MAZOR L. Onderzoek naar bekendheid instanties seksuele gezondheid bij 15-29 jarigen. Trendmeting regio Flevoland (1-meting). TNS NIPO, Amsterdam, 2007.

TWEEDE KAMER DER STATEN-GENERAAL Brief staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over wijziging van de Subsidieregeling publieke gezondheid (eerstelijns seksualiteitshulpverlening voor jongeren). Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 29 220, nr. 11

VEEN MG VAN, KOEDIJK FDH, BROEK IVF VAN DEN, COUL ELM OP DE, BOER IM DE, SIGHEM AI VAN, SANDE MAB VAN DER SANDE. Sexually transmitted infections in The Netherlands in 2006. Bilthoven: RIVM, 2007.

A Begeleidingscommissie

Mevr. S. Dewkinandan, Stichting Transmuraal Netwerk Midden-Holland, tot oktober 2006

Mevr. A. de Booij, GGD Hollands Midden, vanaf april 2008

Dhr. H. van den Kerkhof, GGD Zuid-Holland Zuid, afdeling Infectieziekten

Mevr. I. Vanwesenbeeck, Rutgers Nisso Groep

Dhr. G.J. van Zessen

Dhr. R. Dubbeldam, Hulpverleningsdienst Flevoland, tot oktober 2006

Dhr. T. Vogels, TNO Kwaliteit van Leven, voorzitter

B Overzicht van de doelen, criteria en meetmethode van regio Midden Holland

In onderstaande matrix staan de doelen voor het geïntegreerde aanbod op het gebied van seksuele en reproductieve hulpverlening voor de regio Midden Holland. Elk doel is uitgesplitst in een aantal criteria waaraan voldaan moet worden om het doel te behalen. Criteria zijn dus een soort specifiekere sub-doelen van het hoofddoel. In de laatste kolom staan suggesties hoe we de criteria kunnen meten.

De percentages van stijging (of daling) die bij de criteria worden genoemd zijn voorlopige stijgingspercentages tussen de voor- en de nameting die, naar aanleiding van de resultaten van de voormeting, nader gespecificeerd kunnen worden. Het gaat om een stijging in %-punten, d.w.z. een stijging van 5%-punten betekent dat wanneer er bij de voormeting bijvoorbeeld 70% tevreden is, er bij de nameting 75% tevreden moet zijn.

Tabel B1. Overzicht Midden-Holland

	doelstelling	criterium	Metten
Gerealiseerd aanbod			
	Eén expertise- centrum seksuele gezondheidszorg met referentie- en verwijzfunctie voor de eerste en tweede lijn. Plan is nu: Sense is een werkwijze. Het adres is het bestaande GGD gebouw als aanspreekpunt. Van daaruit worden cliënten na bezoek, telefoon of via de website doorverwezen (een lichte vorm van triage) Met minder schakels bij de juiste hulp terecht komen. Sneller geholpen worden.	Er is één aanspreekpunt voor Sense van waaruit triage plaatsvindt.	• Checken door navraag
		Hulpverleners zijn van mening dat cliënten na triage op de juiste plek terecht komen.	• Focusgroep & vragenlijst hulpverleners • Registratie hulpverleners
		60 % van de cliënten kan voor een afspraak met de benodigde hulpverleners binnen 72 uur terecht.	• Registratie door receptie/ administratie
		Er is een stijging met 5%-punten in het aantal hulpverleners dat na de start van Sense tevreden is over het verloop van de spreekuren.	• Focusgroep & vragenlijst hulpverleners
		Er is een stijging van 5%-punten in het aantal cliënten dat na de start van Sense tevreden is over de ontvangen hulp.	• Cliëntsatisfactiemeting
	(Vraaggericht) financieringssysteem, waarmee Sense kosten dekkend is. Deze financiering mag structureel zijn en er moet slechts een beperkte eigen bijdrage	Er is een structureel financieringssysteem.	• Checken door navraag
		Er is een daling van 5%-punten in het aantal jongeren 15-29 dat kosten als reden noemt om geen hulp te zoeken bij problemen.	• NIPO Bereiksmeting
		De kosten van hulp zijn voor 90% van de cliënten geen belemmering	• Cliëntsatisfactiemeting

	van patiënten nodig zijn; een bijdrage naar rato, op basis van inkomsten en leeftijd.	om opnieuw hulp te zoeken.	
	Protocollen die het proces van aanmelding, triage en afhandeling van de zorgvraag beschrijven. Plan is nu: Elk vakgebied heeft voldoende eigen protocollen, daaruit moeten per vakgebied de beste protocollen geselecteerd worden en die moeten dan door alle hulpverleners in dat vakgebied worden gebruikt. Daarnaast moet er een soort overkoepelend keten-protocol komen over de samenwerking en de verwijzing. Het keten-protocol moet doublures voorkomen.	Per vakgebied binnen Sense zijn de beste protocollen geselecteerd en deze zijn geïntegreerd tot een keten protocol.	• Checken door navraag
		De protocollen zijn voor alle betrokken hulpverleners elektronisch beschikbaar.	• Focusgroep & vragenlijst hulpverleners
		75% van de hulpverleners is tevreden over de in de protocollen beschreven processen.	• Focusgroep & vragenlijst hulpverleners
	Handhaven anonieme soa-zorg	Anonieme soa zorg is mogelijk binnen Sense.	• Checken door navraag
Gerealiseerde bijscholing			
	Geen concrete plannen omtrent bijscholing, iedereen blijft zijn eigen ding doen.		
Gerealiseerde communicatie			
Publiek bekend maken met het aanbod van Sense	Ontwikkelen van een website waarop alle informatie over seksuele gezondheid en over het aanbod van Sense kan worden gevonden.	De website is gerealiseerd.	• Checken door navraag
		Aantal hits op website -> nader te specificeren.	
	Er is een folder ontwikkeld over Sense en het aanbod.	Aantal uitgedeelde folders/flyers -> nader te specificeren.	
Herkenbaarheid	Er wordt een herkenbaar logo ontwikkeld.	Er is een logo.	• Checken door navraag

	De basic stationary is herkenbaar (briefpapier e.d.).	Er is een basic stationary aanwezig.	• Checken door navraag
Betrokken professionals en eigen medewerkers	Betrokken professionals en eigen medewerkers kennen de opzet van Sense	90% kent de opzet en de missie van Sense.	• Focusgroep & vragenlijst hulpverleners / managers
	Betrokken professionals en eigen medewerkers weten wat er van hen in de nieuwe situatie verwacht wordt.	90% weet wat er van ze verwacht wordt.	• Focusgroep & vragenlijst hulpverleners / managers
	Betrokken professionals en eigen medewerkers zijn enthousiast over de nieuwe organisatie.	80% is enthousiast over Sense.	• Focusgroep & vragenlijst hulpverleners / managers
	Betrokken professionals en eigen medewerkers voelen zich sterk betrokken bij de nieuwe organisatie.	60% voelt zich betrokken.	• Focusgroep & vragenlijst hulpverleners / managers
Bekendheid			
	Jongeren weten waar ze met problemen terecht kunnen.	Er is een stijging van 5%-punten in het aantal jongeren van 15-19 jaar dat minimaal 1 instantie kan noemen waar ze voor verschillende problemen terecht kunnen.	• NIPO Bereiksmeting
	Sense is bekend bij jongeren.	Er is een stijging van 20%-punten in de bekendheid onder jongeren van 15-29 jaar met de instellingen die deelnemen aan Sense.	• NIPO Bereiksmeting
		Sense is bekend bij 60% van de jongeren van 15-29 jaar.	• NIPO Bereiksmeting
		Er is een stijging van 20%-punten in de bekendheid onder jongeren van 15-29 jaar met de verschillende vormen van hulpverlening die de instanties bieden.	• NIPO Bereiksmeting
		70% van de jongeren weet dat de anonimiteit gewaarborgd is binnen Sense.	• NIPO bereiksmeting
	Sense heeft maatschappelijk draagvlak.	Instellingen in de regio, zoals scholen en zorginstellingen, onderschrijven de doelstelling van Sense.	• Vragenlijst onder een aantal instellingen in de regio

Gebruik			
	Totaal aantal zorgvragen neemt toe	1000 zorgvragen bij Sense in 1 ^{ste} en 1100 in 2 ^{de} jaar	• Registratie o.b.v. hulpgegevens
	Toename aantal soa-screeningen en consulten	1 ^{ste} jaar 10% 2 ^{de} jaar 20%	• Registratie o.b.v. hulpgegevens
	Toename aantal zorgtrajecten rondom ongewenste zwangerschappen en abortus	1 ^{ste} jaar 10% 2 ^{de} jaar 20%	• Registratie o.b.v. hulpgegevens
	Toename consultatie seksuologie	1 ^{ste} jaar 10% 2 ^{de} jaar 20%	• Registratie o.b.v. hulpgegevens
	Jongeren doen vaker een beroep op Sense wanneer zij een vraag of probleem hebben op het gebied van seksuele gezondheid	Onder jongeren van 15-29 jaar die aangeven wel eens een probleem of vraag te hebben gehad een neemt het gebruik van hulpverlening met 10%-punten toe	• NIPO bereiksmeting
Aansluiting bij de wensen van de doelgroep			
	Projectgroep	Projectgroep bevat vertegenwoordigers van de doelgroepen	• Checken door navraag

C Overzicht van de doelen, criteria en meetmethode van regio Flevoland

In deze matrix staan de doelen voor het geïntegreerde aanbod op het gebied van seksuele en reproductieve hulpverlening voor de regio Flevoland. Elk doel is uitgesplitst in een aantal criteria waaraan voldaan moet worden om het doel te behalen. Criteria zijn dus een soort specifiekere subdoelen van het hoofddoel. In de laatste kolom staan suggesties hoe we de criteria kunnen meten.

De percentages van stijging (of daling) die bij de criteria worden genoemd zijn voorlopige stijgingspercentages tussen de voor- en de nameting die, naar aanleiding van de resultaten van de voormeting, nader gespecificeerd kunnen worden. Het gaat om een stijging in %-punten, d.w.z. een stijging van 5%-punten betekent dat wanneer er bij de voormeting bijvoorbeeld 70% tevreden is, er bij de nameting 75% tevreden moet zijn.

Tabel C1. Overzicht Flevoland

	Doelstelling	Criterium	Metten
Gerealiseerd aanbod			
	Integraal aanbod op het gebied van de eerstelijns seksualiteits-hulpverlening.	In de nieuw te vormen Sense-sprekuren kunnen mensen met alle vragen terecht en wordt aandacht besteed aan meerdere onderwerpen (anticonceptie, soa/hiv, abortus, seksuele problemen.	• Registratie hulpverleners • Cliëntsatisfactiemeting
		Er is een stijging met 5%-punten in het aantal hulpverleners dat na de start van Sense tevreden is over het verloop van de spreekuren.	• Focusgroep • Vragenlijst hulpverleners
		Er is een stijging van 5%-punten in het aantal cliënten dat na de start van Sense tevreden is over de ontvangen hulp.	• Cliëntsatisfactiemeting
		Eerstelijnscentra kunnen 75% van de binnengekomen vragen oplossen.	• Registratie hulpverleners
	Laagdrempelig aanbod. Over de locaties wordt nog gedacht. Groot verschil tussen Almere en de rest van Flevoland. Veel dunbevolkte gebieden, ver van de 3 steden in Flevoland (Almere, Lelystad en Emmeloord). Streven	Gerealiseerde locaties.	• Checken door navraag
		Geografische afstand is geen belemmering om gebruik te maken van diensten van Sense.	• NIPO Bereiksmeting • Cliëntsatisfactiemeting
		Er is een daling van 5%-punten in het aantal jongeren. 15-29 dat kosten als reden noemt om geen hulp te zoeken bij problemen.	• NIPO Bereiksmeting
		De kosten van hulp zijn voor 90%	• Cliëntsatisfactiemeting

	naar dekking binnen de provincie. In eerste instantie komen Sense-sprekuren in Almere en Lelystad, maar het is een groeimodel, later kunnen wellicht ook bij gezondheidscentra spreken georganiseerd worden.	van de cliënten geen belemmering om opnieuw hulp te zoeken.	
Gerealiseerde bijscholing			
	Hulpverleners zijn deskundig op alle gebieden van seks-hulpverlening.	Er is een scholingsplan.	• Checken door navraag
		De hulpverleners zijn geschoold in diverse gebieden van sekshulpverlening.	• Checken door navraag
		Medewerkers van Sense voelen zich vaardig om met de nieuwe werkwijze te werken.	• Focusgroep & vragenlijst hulpverleners
Gemaakte afspraken			
	Afspraken met verzekeraars over vergoeding geleverde hulp. Afspraken met GGZ en ziekenhuizen over aard en omvang van verwijzingen naar 2^{de} lijn. Afspraken over continuering van samenwerking in fase 4. Contract of rechtspersoon -> zorgen voor structurele inbedding en voortgang na de projectperiode. Afspraken over preventieactiviteiten in fase 4-> preventie in het basispakket en niet op projectbasis. Structureel karakter, afgestemd met de eerstelijns.	Afspraken zijn gemaakt.	• Checken door navraag
		75 % van de hulpverleners is tevreden over de gemaakte afspraken.	• Focusgroep & vragenlijst hulpverleners / managers

Gerealiseerde communicatie			
Publiek bekend maken met het aanbod van Sense	Ontwikkelen van een website waarop alle informatie over seksuele gezondheid en over het aanbod van Sense kan worden gevonden.	De website is gerealiseerd.	• Checken door navraag
		Aantal hits op website -> nader te specificeren.	
	Regionale media zijn gebruikt om Sense onder de aandacht te brengen.	Er is aandacht voor Sense in de regionale media.	• Checken door navraag
		40% van de jongeren in de regio heeft wel eens iets over Sense in de media gezien.	• NIPO bereiksmeting
	In het onderwijs wordt voorlichting gegeven over Sense.	Op 40% van de scholen is voorlichting gegeven over Sense.	• Checken door navraag
	Er is een folder ontwikkeld over Sense en het aanbod.	Aantal uitgedeelde folders/flyers -> nader te specificeren.	
Herkenbaarheid	Er wordt een herkenbaar logo ontwikkeld.	Er is een logo.	• Checken door navraag
	De basic stationary is herkenbaar (briefpapier e.d.).	Er is een basic stationary aanwezig.	• Checken door navraag
Betrokken professionals en eigen medewerkers	Betrokken professionals en eigen medewerkers kennen de opzet van Sense.	90% kent de opzet en de missie van Sense.	• Focusgroep & vragenlijst hulpverleners / managers
	Betrokken professionals en eigen medewerkers weten wat er van hen in de nieuwe situatie verwacht wordt.	90% weet wat er van ze verwacht wordt.	• Focusgroep & vragenlijst hulpverleners / managers
	Betrokken professionals en eigen medewerkers zijn enthousiast over de nieuwe organisatie.	80% is enthousiast over Sense.	• Focusgroep & vragenlijst hulpverleners / managers
	Betrokken professionals en eigen medewerkers voelen zich sterk betrokken bij de nieuwe organisatie.	80% voelt zich betrokken.	• Focusgroep & vragenlijst hulpverleners / managers

Bekendheid			
	Jongeren weten waar ze met problemen terecht kunnen.	Er is een stijging van 5%-punten in het aantal jongeren van 15-19 jaar dat minimaal 1 instantie kan noemen waar ze voor verschillende problemen terecht kunnen.	• NIPO Bereiksmeting
	Sense is bekend bij jongeren.	Er is een stijging van 20%-punten in de bekendheid onder jongeren van 15-29 jaar met de instellingen die deelnemen aan Sense.	• NIPO Bereiksmeting
		Sense is bekend bij 60% van de jongeren van 15-29 jaar.	• NIPO Bereiksmeting
		Er is een stijging van 20%-punten in de bekendheid onder jongeren van 15-29 jaar met de verschillende vormen van hulpverlening die de instanties bieden.	• NIPO Bereiksmeting
		70% van de jongeren weet dat de anonimiteit gewaarborgd is binnen Sense.	• NIPO bereiksmeting
Gebruik			
	Meer cliënten uit specifieke doelgroepen bereiken, zoals jongeren, allochtonen, MSM.	Aantal nader te specificeren.	• Registraties
	Aantal vragen over anticonceptie stijgt.	Aantal nader te specificeren.	• Registraties
	Aantal adviesvragen soa stijgt.	Aantal vragen over SOA's minimaal zo hoog als gem. in NL.	• Registraties
	Aantal soa-screeningen/testen stijgt.	Aantal vragen over SOA's minimaal zo hoog als gem. in NL.	• Registraties
	Aantal behandelingen soa stijgt.	Aantal behandelingen van SOA's minimaal zo hoog als gem. in NL.	• Registraties
	Aantal adviesvragen hiv stijgt.	Aantal vragen over hiv minimaal zo hoog als gem. in NL.	• Registraties
	Aantal hiv screeningen/testen stijgt.	Aantal vragen over hiv minimaal zo hoog als gem. in NL.	• Registraties
	Aantal behandelingen hiv/aids stijgt.	Aantal behandelingen van hiv minimaal zo hoog als gem. in NL.	• Registraties
	Aantal vragen om zorgtrajecten ongewenste zwangerschappen en abortus stijgt.	Aantal nader te specificeren.	• Registraties

	Aantal zwangerschapsonderbrekingen in regionale bevolking(?) daalt.	Aantal zwangerschapsonderbrekingen niet hoger dan gem. in NL.	• Registraties
	Aantal (vragen om) seksuologisch advies en consultatie stijgt.	Aantal vragen over seksuele problemen minimaal zo hoog als gem. in NL.	• Registraties
		Aantal behandelingen van seksuele problemen minimaal zo hoog als gem. in NL.	• Registraties
	Jongeren doen vaker een beroep op Sense wanneer zij een vraag of probleem hebben op het gebied van seksuele gezondheid.	Onder jongeren van 15-29 jaar die aangeven wel eens een probleem of vraag te hebben gehad een neemt het gebruik van hulpverlening met 10%-punten toe.	• NIPO bereiksmeting
Aansluiting bij de wensen van de doelgroep			
	Aanbod is afgestemd op wensen die uit behoefteonderzoek in fase 1 naar voren komen.	Hulpverleners zijn van mening dat het vernieuwde aanbod aansluit bij voorkeuren en wensen van bevolking.	• Focusgroep en vragenlijst hulpverleners/managers

D Overzicht van de doelen, criteria en meetmethode van regio zuidelijk Zuid-Holland

In deze matrix staan de doelen voor het geïntegreerde aanbod op het gebied van seksuele en reproductieve hulpverlening voor de regio zuidelijk Zuid-Holland. Elk doel is uitgesplitst in een aantal criteria waaraan voldaan moet worden om het doel te behalen. Criteria zijn dus een soort specifiekere subdoelen van het hoofddoel. In de laatste kolom staan suggesties hoe we de criteria kunnen meten.

De percentages van stijging (of daling) die bij de criteria worden genoemd zijn voorlopige stijgingspercentages tussen de voor- en de nameting die, naar aanleiding van de resultaten van de voormeting, nader gespecificeerd kunnen worden. Het gaat om een stijging in %-punten, d.w.z. een stijging van 5%-punten betekent dat wanneer er bij de voormeting bijvoorbeeld 70% tevreden is, er bij de nameting 75% tevreden moet zijn.

Tabel D1. Overzicht zuidelijk Zuid Holland

	Doelstelling	Criterium	Metten
Gerealiseerd aanbod			
	Op 4 locaties curatieve soa-sprekuren realiseren, met via een protocol ook aandacht anticonceptie en seksualiteit (als check), bij GGD ZHZ, GGD ZHE, Erasmus MC en bij Casa.	Er zijn 4 soa-sprekuren. Er is 1 abortus/anticonceptie spreekuur. Er zijn 3 seksualiteit spreken. Er zijn 3 spreken voor specifieke doelgroepen.	• Checken door navraag
	Op 1 locatie een abortus/anticonceptie spreekuur realiseren met aanbod soa diagnostiek, bij Casa.	Er zijn protocollen voor spreken met geïntegreerde aandacht voor soa, anticonceptie, seksualiteit en voorlichting.	• Checken door navraag
	Op 3 locaties seksualiteit spreken realiseren, bij GGD ZHZ, GGD ZHE en bij Casa.	De protocollen worden gebruikt; er is tijdens de spreken inderdaad aandacht voor meerdere gebieden.	• Focusgroep & vragenlijst hulpverleners • Registratie hulpverleners • Cliëntsatisfactiemeting
	3 spreken voor specifieke doelgroepen (prostituees, jongeren) realiseren met geïntegreerde aandacht	Protocollen worden op basis van praktijkervaring geëvalueerd en aangepast; De protocollen gaan mee in kwaliteitscycluspartners (waarschijnlijk GGD Rdam). Protocollen worden landelijk beschikbaar gesteld. De landelijke adviescommissie is bereid hier een rol in te spelen. Wellicht beperkte rol ZonMw in Ventweg traject.	• Checken door navraag

	voor seksualiteit, anticonceptie en soa, op locatie dicht bij de doelgroep.	Er is een stijging van 5%-punten in het aantal hulpverleners dat na de start van Sense tevreden is over het verloop van de spreekuren.	• Focusgroep & vragenlijst hulpverleners
		Er is een stijging van 5%-punten in het aantal cliënten dat na de start van Sense tevreden is over de ontvangen hulp.	• Cliëntsatisfactiemeting
		Spreekuren voor specifieke doelgroepen worden door leden van deze doelgroepen bezocht: Prostituees: nu 320 -> verhogen naar 600 bezoeken per jaar Jongeren: nu 200 -> Antillianen / Arubanen: nu 200 ->.	• Checken door navraag • Registratie hulpverleners
	Betere doorverwijzing	Cliënten komen sneller op de juiste plek terecht.	• Focusgroep & vragenlijst hulpverleners • Registratie hulpverleners
Gerealiseerde bijscholing			
	Medewerkers die samenwerken in Sense en werkzaam zijn op het terrein van seksualiteit, anticonceptie, abortus en soa, moeten worden getraind om alle basale vragen op het gebied van sekshulp te kunnen beantwoorden.	De medewerkers van Sense zijn getraind.	• Checken door navraag
		Medewerkers van Sense voelen zich vaardig om met de nieuwe werkwijze te werken en basale vragen over alle gebieden van sekshulp te beantwoorden.	• Focusgroep & vragenlijst hulpverleners
	Sense biedt twee maal een training aan ten behoeve van andere werkenden op dit terrein.	Er is een training geweest voor andere werkenden op het terrein.	• Checken door navraag
Gemaakte afspraken			
	Er worden basisafspraken over preventie uit eigen middelen gemaakt.	Er zijn afspraken gemaakt over preventie uit eigen middelen.	• Checken door navraag
	Partijen werken een breed gedragen visie-document uit.	Er is een visiedocument gemaakt door de partijen.	• Checken door navraag
		Het visiedocument wordt breed gedragen.	• Interviews met de verschillende betrokken partijen • Focusgroep & vragenlijst hulpverleners

	Samenwerkingsafspraken met hulpverlenende instanties op het gebied van seksueel geweld, homo/lesbo. en transseksualiteit.	Er zijn afspraken gemaakt met hulpverlenende instanties op het gebied van seksueel geweld, homo/lesbo en transseksualiteit.	• Checken door navraag
	Sense maakt afspraken met regionale verzekeraars over vergoeding voor aanbod. Er is een begroting voor Sense zZH. Er zijn nog geen afspraken gemaakt vooruitlopend op structurele financiering. We zien dit als een klus voor de tweede helft van het project. Eén van de medewerkers heeft de zorgverzekeraars als aandachtspunt.	Er zijn afspraken met verzekeraars over vergoeding van het aanbod.	• Checken door navraag
		Er is een daling van 5%-punten in het aantal jongeren 15-29 dat kosten als reden noemt om geen hulp te zoeken bij problemen.	• NIPO Bereiksmeting
		De kosten van hulp zijn voor 90% van de cliënten geen belemmering om opnieuw hulp te zoeken.	• Cliëntsatisfactiemeting
Gerealiseerde communicatie			
Betrokken professionals en eigen medewerkers	Betrokken professionals en eigen medewerkers kennen de opzet van Sense.	90% kent de opzet en de missie van Sense.	• Focusgroep & vragenlijst hulpverleners / managers
	Betrokken professionals en eigen medewerkers weten wat er van hen in de nieuwe situatie verwacht wordt.	90% weet wat er van ze verwacht wordt.	• Focusgroep & vragenlijst hulpverleners / managers
	Betrokken professionals en eigen medewerkers zijn enthousiast over de nieuwe organisatie.	80% is enthousiast over Sense.	• Focusgroep & vragenlijst hulpverleners / managers
	Betrokken professionals en eigen medewerkers voelen zich sterk betrokken bij de nieuwe organisatie.	80% voelt zich betrokken.	• Focusgroep & vragenlijst hulpverleners / managers
	Medewerkers bijeenkomsten.	Er zijn een aantal medewerkers bijeenkomsten georganiseerd waarop alle medewerkers kunnen samenkomen en als groep een programma krijgen aangeboden.	• Checken door navraag

Publiek bekend maken met het aanbod van Sense	Ontwikkelen van een website waarop alle informatie over seksuele gezondheid en over het aanbod van Sense kan worden gevonden.	De website is gerealiseerd.	• Checken door navraag
		Aantal hits op website -> nader te specificeren.	
	Er is een folder ontwikkeld over Sense en het aanbod.	Aantal uitgedeelde folders/flyers -> nader te specificeren.	
Herkenbaarheid	Er wordt een herkenbaar logo ontwikkeld.	Er is een logo.	• Checken door navraag
	De basic stationary is herkenbaar (briefpapier e.d.).	Er is een basic stationary aanwezig.	• Checken door navraag
	Jaarlijks 50.000 mensen bereiken met informatie over het geïntegreerde aanbod van hulp- en dienstverlening, o.a. via website.	De informatie heeft de mensen bereikt en de mensen hebben de informatie onthouden.	• NIPO bereiksonderzoek
Bekendheid			
	Jongeren weten waar ze met problemen terecht kunnen.	Er is een stijging van 5%-punten in het aantal jongeren van 15-19 jaar dat minimaal 1 instantie kan noemen waar ze voor verschillende problemen terecht kunnen.	• NIPO Bereiksmeting
	Sense is bekend bij jongeren	Er is een stijging van 20%-punten in de bekendheid onder jongeren van 15-29 jaar met de instellingen die deelnemen aan Sense.	• NIPO Bereiksmeting
		Sense is bekend bij 35% van de jongeren van 15-29 jaar.	• NIPO Bereiksmeting
		Er is een stijging van 20%-punten in de bekendheid onder jongeren van 15-29 jaar met de verschillende vormen van hulpverlening die de instanties bieden	• NIPO Bereiksmeting
		70% van de jongeren weet dat de anonimiteit gewaarborgd is binnen Sense	• NIPO bereiksmeting
Gebruik			
	Meer cliënten.	Jaarlijks 12.500 cliënten zien in totaal bij alle geïntegreerde spreekuren samen.	• Registraties

	Jongeren doen vaker een beroep op Sense wanneer zij een vraag of probleem hebben op het gebied van seksuele gezondheid.	Onder jongeren van 15-29 jaar die aangeven wel eens een probleem of vraag te hebben gehad neemt het gebruik van hulpverlening met 10%-punten toe.	• NIPO bereiksmeting
Klant- tevredenheid			
	Cliëntentevredenheid neemt aantoonbaar toe.	Een stijging van 5%-punten in de cliëntsatisfactie.	• Cliëntsatisfactiemeting
Aansluiting bij de wensen van de doelgroep			
	Projectpanel	In het panel zitten leden van de doelgroep of deze leden worden geraadpleegd.	• Checken door navraag
	Locale begeleidings- commissie	In de locale begeleidingscommissie zitten leden van de doelgroep of worden zij worden geraadpleegd.	• Checken door navraag

E Overzicht van onderwerpen waarvoor een afspraak gemaakt was in 2006 en 2007

Zuidelijk Zuid Holland

Tabel E1. Het onderwerp waarvoor een afspraak gemaakt was in 2006 en 2007 en de onderwerpen die door de hulpverlener nog ter sprake zijn gebracht (meerdere antwoorden mogelijk) (n (%))

	Onderwerp van de afspraak		Andere onderwerpen die besproken zijn ^a		
	2006	2007		2006	2007
Anticonceptie	9 (3.0)	19 (8.4)	Soa	3 (33.3)	3(15.8)
			Zwangerschap	0	1(5.3)
			Ongewenste zwangerschap	2 (22.2)	5(26.3)
			Seksueel probleem	1 (11.1)	2(10.5)
			Negatieve sekservaring	0	1(5.3)
			Geen ander onderwerp	3 (33.3)	6(31.6)
Morning-after pil	1 (0.3)	(0)	Zwangerschap	1 (100)	0
			Anders	1 (100)	0
			Geen ander onderwerp	0	0
Soa	250 (83.9)	157(9.8)	Anticonceptie	62 (24.8)	64 (40.8)
			Morning-after pil	3 (1.2)	6 (3.8)
			Hiv/aids	124 (49.6)	96 (61.1)
			Zwangerschap	6 (2.4)	8 (5.1)
			Ongewenste zwangerschap	6 (2.4)	9 (5.7)
			Seksueel probleem	27 (10.8)	57 (36.3)
			Negatieve sekservaring	6 (2.4)	19(12)
			Geen ander onderwerp	48 (19.2)	19 (12.1)
Hiv/aids	103 (34.6)	81(36.0)	Anticonceptie	30 (29.1)	31 (38.8)
			Morning-after pil	1 (1)	3 (3.7)
			Soa	51 (49.5)	53 (65.4)
			Zwangerschap	2 (1.9)	5 (6.2)
			Ongewenste zwangerschap	3 (2.9)	3 (3.7)
			Seksueel probleem	92 (10.7)	34 (42.0)
			Negatieve sekservaring	7 (6.8)	0
			Geen ander onderwerp	22 (21.4)	13 (16.0)
Zwangerschap	2 (0.7)	3(1.3)	Anticonceptie	1 (50)	1 (33.3)
			Soa	1 (50)	2 (66.7)
			Hiv/aids	0	1 (33.3)
			Ongewenste zwangerschap	1 (50)	1 (33.3)
			Seksueel probleem	0	1 (33.3)

			Geen ander onderwerp	0	0
Ongewenst zwanger	25 (8.4)	37 (16.4)	Anticonceptie	15 (60)	28 (75.7)
			Soa	6 (24)	0
			Morning-after pil	0	1 (2.7)
			Soa	0	5 (13.5)
			Hiv/aids	1 (4)	1 (2.7)
			Zwangerschap	1 (4)	0
			Seksueel probleem	3 (12)	1 (2.7)
			Geen ander onderwerp	6 (24)	5 (13.5)
Seksueel probleem	6 (2)	4 (1.8)	Anticonceptie	3 (50)	1 (25.0)
			Soa	3 (50)	1 (25.0)
			Hiv/aids	2 (33.3)	2 (50.0)
			Geen ander onderwerp	2 (33.3)	1 (25.0)
Negatieve seksuele ervaring	1 (0.3)	0	Anticonceptie	1 (100)	0
			Soa	1 (100)	0
			Hiv/aids	1 (100)	0
			Seksueel probleem	1 (100)	0
			Geen ander onderwerp	0	0

^a De onderwerpen die *niet* genoemd zijn door respondenten zijn niet in de tabel opgenomen.

Midden Holland

Tabel E2. Het onderwerp waarvoor een afspraak gemaakt was in 2006 en 2007 en de onderwerpen die door de hulpverlener nog ter sprake zijn gebracht (meerdere antwoorden mogelijk) (n (%))

	Onderwerp van de afspraak			Andere onderwerpen die besproken zijn ^a	
	2006	2007		2006	2007
Anticonceptie	3 (2)	3 (2)	Soa		1 (33)
			Hiv/aids	3 (100)	1 (33)
			Zwangerschap	3 (100)	3 (100)
			Anders		2 (67)
			Geen ander onderwerp	0	0
Morning-after pil	0				
Soa	156 (90)	164 (91)	Anticonceptie	50 (32)	58 (35)
			Morning-after pil	2 (1)	2 (1)
			Hiv/aids	88 (56)	93 (57)
			Zwangerschap	3 (2)	18 (11)
			Seksueel probleem	26 (17)	39 (24)
			Negatieve seksuele ervaring	5 (3)	8 (5)

			Anders	6 (4)	6 (4)
			Geen ander onderwerp	20 (13)	22 (14)
Hiv/aids	56 (32)	56(31)	Anticonceptie	18 (32)	18 (32)
			Morning-after pil	2 (4)	1 (2)
			Soa	33 (59)	35 (63)
			Zwangerschap	1 (2)	9 (16)
			Seksueel probleem	8 (14)	12 (21)
			Negatieve seksuele ervaring	2 (4)	5 (9)
			Anders	4 (7)	3 (6)
			Geen ander onderwerp	8 (14)	10 (18)
Zwangerschap	0	1 (1)	Soa	0	1 (100)
Ongewenst zwanger	0	0			
Seksueel probleem	8 (5)	7 (4)	Anticonceptie	0	1 (14)
			Soa	2 (25)	2 (29)
			Hiv/aids	2 (25)	1 (14)
			Negatieve seksuele ervaring	2 (4)	1 (14)
			Anders	4 (7)	0
			Geen ander onderwerp	8 (14)	5 (71)
Negatieve seksuele ervaring	2 (1)	1 (1)	Soa	1 (50)	1 (100)
			Hiv/aids	1 (50)	1 (100)
			Negatieve seksuele ervaring	1 (50)	1 (100)
			Geen ander onderwerp	1 (50)	0
Anders	11 (6)	13 (7)	Anticonceptie	1(9)	3 (23)
			Morning-after pil	1 (9)	0
			Soa	6 (55)	8 (62)
			Hiv/aids	5 (46)	8 (62)
			Zwangerschap	1 (9)	3 (23)
			Seksueel probleem	2 (18)	2 (15)
			Negatieve seksuele ervaring	0	1 (8)
			Anders	2 (18)	3 (23)
			Geen ander onderwerp	4 (36)	2 (15)

^a De onderwerpen die *niet* genoemd zijn door respondenten zijn niet in de tabel opgenomen

Flevoland

Tabel E3. Het onderwerp waarvoor een afspraak gemaakt was in 2006 en 2007 en de onderwerpen die door de hulpverlener nog ter sprake zijn gebracht (meerdere antwoorden mogelijk) (n (%))

	Onderwerp van de afspraak			Andere onderwerpen die besproken zijn ^a	
	2006	2007		2006	2007
Anticonceptie	2 (1)	3 (4)	Soa	2 (100)	0
			Geen ander onderwerp	0	1(33)
Morning-afterpil	1 (1)	1 (1)	Hiv/aids	1 (100)	1(33)
Soa	135 (89)	60 (83)	Anticonceptie	32 (23)	11 (19)
			Morning-after pil	0	3 (5)
			Hiv/aids	55 (41)	20 (34)
			Zwangerschap	1 (1)	3 (5)
			Ongewenst zwanger	2 (2)	0
			Seksueel probleem	3 (3)	3 (5)
			Negatieve seksuele ervaring	2 (2)	0
			Anders	7 (5)	7 (12)
			Geen ander onderwerp	33 (21)	15 (25)
Hiv/aids	36 (24)	25 (36)	Anticonceptie	13 (21)	5 (20)
			Morning-after pil	0	2 (8)
			Soa	33 (54)	15 (60)
			Zwangerschap	1 (2)	1 (4)
			Ongewenst zwanger	2 (3)	
			Seksueel probleem	1 (2)	1 (4)
			Negatieve seksuele ervaring	1 (2)	0
			Anders	4 (7)	5 (20)
			Geen ander onderwerp	16 (26)	6 (24)
Zwangerschap	0	1 (1)	Geen ander onderwerp		1 (100)
Ongewenst zwanger	0	0			
Seksueel probleem	0	4 (6)	Anticonceptie		1 (25)
			Soa		2(50)
			Aids/hiv		1 (25)
			Geen ander onderwerp		2 (50)

Negatieve seksuele ervaring	2 (1)	0	Soa	1 (50)	0
			Geen ander onderwerp	1(50)	0
Anders	18 (12)	7 (10)	Anticonceptie	3 (17)	
			Soa	11 (61)	2 (27)
			Hliv/aids	10 (56)	1 (14)
			Anders	0	1(14)
			Geen ander onderwerp	1 (6)	3 (43)

^a De onderwerpen die *niet* genoemd zijn door respondenten zijn niet in de tabel opgenomen

F Onderzoeksmethode

Vraagstelling

De vraagstelling van het onderzoek is:

1. Worden de samenwerkingsplannen van onder andere soa-poliklinieken, abortusklinieken, GGD'en, gerealiseerd zoals bedoeld?
2. Leidt de samenwerking tussen de eerstelijns seksualiteitshulpverlening en reproductieve zorg tot meer bekendheid met de organisaties en tot een groter bereik in de algemene bevolking?
3. Hoe worden door cliënten de door de participerende instellingen geboden adviezen, voorlichting en behandeling gewaardeerd?
4. Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren in de totstandkoming van de samenwerkingverbanden?
5. Hoe wordt door professionals en managers van participerende eerstelijns hulpverleningsinstellingen de samenwerking gewaardeerd? Hoe wordt door externe betrokkenen de eerstelijnscentra gewaardeerd?

Doelen en criteria

Bij het onderzoek naar Sense is de methode van programma-evaluatie gebruikt. Donker definieert programma-evaluatie als onderzoek, waarin een waardeoordeel wordt uitgesproken over het feitelijk functioneren van een programma, door het feitelijk functioneren te vergelijken met de doelstellingen ervan, met de bedoeling bij te dragen tot betere, meer gefundeerde, 'rationelere' beslissingen over het programma en om daardoor uiteindelijk bij te dragen aan de vormgeving van een optimale hulp- en zorgverlening (Donker, 1990). Kenmerkend voor een programma is dat het een geheel van gecoördineerde activiteiten is, waarmee een bepaalde dienst wordt verleend en bepaalde effecten worden bewerkstelligd. Bij programma-evaluatie zijn de doelen en middelen van het onderzochte object belangrijk. Wat dient met het programma te worden bereikt en met welke middelen? De zorg vanuit de Sense spreekuren, de deskundigheidsbevordering van medewerkers, de communicatie over Sense, het betrekken van de doelgroep, het realiseren van huisvesting en financiering zijn allen activiteiten met het doel om een integrale, laagdrempelige hulp te verlenen op het gebied van soa, zwangerschap/abortus en seksuologie. Daarmee kan Sense worden beschouwd als een programma.

De drie Sense-regio's zijn bij het indienen van hun financieringsaanvraag door ZonMw gestimuleerd om de doelstellingen van de projecten zo SMART mogelijk te omschrijven. De in de subsidieaanvragen geformuleerde doelstellingen en activiteiten zijn voor de onderzoekers vertrekpunt geweest bij de evaluatie. In het eerste voorbereidende jaar van de Sense-projecten zijn in gesprekken met de regionale coördinatoren de doelstellingen verder geëxpliciteerd en aangevuld. Een discussie is gevoerd over de relevantie van de doelstellingen en uitkomstmaten voor hun regio. Zo is het mogelijk dat bij de start van projecten er in vergelijking tot de projectaanvragen nieuwe inzichten zijn geweest over de te bereiken doelen. Deze nieuwe doelstellingen en middelen in de beginperiode van Sense zijn zoveel mogelijk meegenomen in het onderzoek. De doelstellingen zijn zoveel mogelijk gekwantificeerd in evaluatiecriteria, zodat beoordeling van het behalen van de doelstellingen mogelijk is. Per regio zijn overzichten van doelen, criteria en meetmethode gemaakt (zie bijlagen B t/m D), die in het eerste jaar van Sense ter accordering zijn voorgelegd aan de regionale werkgroepen. Halverwege het project en aan het einde zijn de inspanningen en (tussentijdse)

resultaten van de regionale Sense samenwerkingsverbanden getoetst aan de criteria. Het bleek dat de doelen en criteria in de schema's te uitgebreid waren. Over sommige criteria bleken bovendien geen data beschikbaar. Er is daarom door de onderzoekers een selectie gemaakt uit de criteria, waarbij getoetst is aan de criteria die het meest dicht bij de doelen van de drie Sense regio's staan.

De criteria zijn uitgangspunt geweest bij de evaluatie van de implementatie en het effect van de samenwerkingsinitiatieven. Een voorbeeld is het in het projectvoorstel van de regio Midden-Holland genoemde criterium 'toename van soa-screeningen in Sense en de huisartspraktijk met 10% (absoluut +350) in het eerste jaar'. Om de criteria te kunnen toetsen zijn deze nader geoperationaliseerd. Zo is het criterium '90% van direct betrokkenen kent de opzet en de missie van Sense' geoperationaliseerd in '90% is bekend met de doelstellingen van Sense', en '90% van direct betrokkenen weet wat er van ze verwacht wordt' is geoperationaliseerd in '90% vindt het een taak om aandacht te besteden aan anticonceptie, soa, abortus en seksuele problemen'.

Meetmethoden

Bij de dataverzameling is zoveel mogelijk aangesloten bij de lokale situatie. Het evaluatieonderzoek is zoveel mogelijk afgestemd op de dataverzamelingssystemen en registraties die de initiatiefnemers in de regio's zelf verrichten. Daarnaast zijn de volgende meetmethoden gebruikt: bestudering van notulen, rapportages en andere relevante documenten die door de drie Sense samenwerkingsverbanden zijn geproduceerd, analyse van registratiegegevens over het gebruik van de eerstelijnscentra, een survey in de bevolking naar de bekendheid met de eerstelijnscentra en spreekuren, een enquête naar cliëntsatisfactie, en enquêtes en (groeps-)interviews met vragen over belemmerende en bevorderende factoren en tevredenheid bij hulpverleners en managers. Deze onderzoeksmethoden zijn parallel aan elkaar gebruikt.

Bekendheidsmeting

TNS NIPO heeft een kwantitatieve bereiksmeting gehouden onder representatieve steekproeven van 15-29-jarigen in de drie regio's. Voor het onderzoek onder het brede publiek in de regio's is een disproportioneel gestratificeerde steekproef getrokken van n=300 per regio. Op deze wijze zijn drie leeftijdscategorieën 15-19, 20-24 en 25-29 jaar voldoende vertegenwoordigd, zodat uitspraken kunnen worden gedaan naar geslacht en leeftijd. Gebruik is gemaakt van TNS NIPO Base. Dit is een database met 200.000 respondenten die hebben aangegeven dat zij regelmatig willen meedoen aan onderzoek van TNS NIPO. Van deze respondenten is standaard een groot aantal gegevens beschikbaar, bijvoorbeeld over sociodemografische kenmerken, responsgedrag, waardenoriëntatie (WIN) en informatie over mediaconsumptie. De respondenten vullen via hun eigen PC de vragenlijst in. Aanvullend zijn door veldwerk in de regio Midden-Holland respondenten geworven, omdat de TNS-NIPO Base voor de regio onvoldoende onderzoekspersonen bevatte. In mei-juni 2005, de beginperiode van de samenwerkingsprojecten, is een beperkte set van vragen (voormeting) voorgelegd. De meting is in dezelfde maanden in 2007 herhaald (nameting). De vragen betreffen o.a. spontane en geholpen bekendheid met de naam en doelstelling van de voorzieningen die deelnemen aan Sense, bekendheid met de kosten van gebruik en andere kenmerken van de voorzieningen, mate waarin communicatie-uitingen over de samenwerking en eerstelijnscentra zijn opgevallen, gebruik van de voorzieningen in het afgelopen jaar en de aanleiding van het gebruik.

Satisfactieonderzoek

Om de tevredenheid over het Sense spreekuur te meten bij cliënten is aan hen een cliënttevredenheidsvragenlijst voorgelegd. Daarbij is een onderzoeksprocedure gevolgd die zo min mogelijk belastend is voor de cliënt en voor de hulpverlener. De vragenlijst is zo kort mogelijk gehouden (zie bijlage G). De items betreffen onder meer de kwaliteit van de service, vraaggerichtheid en tevredenheid. Ook is een vraag opgenomen over de waardering dat, behalve op de klacht waarvoor men naar het spreekuur kwam, ook werd ingegaan op zwangerschap, anticonceptie, soa-preventie of seksuele problemen. De hulpverlener verzoekt de cliënt om medewerking aan het onderzoek en benadrukt dat de enquête anoniem is. Medewerking aan het onderzoek is geheel vrijwillig. De hulpverlener reikt een begeleidende brief van TNO uit waarin het doel van het onderzoek wordt uitgelegd. De cliënt wordt gevraagd of deze het formulier direct wil invullen. Bij een ingrijpende behandeling kan de vragenlijst desgewenst worden meegenomen en in een portvrije envelop worden teruggestuurd. De instelling stelt een ruimte beschikbaar waar de cliënt de vragenlijst kan invullen. In de ruimte staat een postbus van TNO-PG, waarin de cliënt de vragenlijst kan deponeren. Voor Antillianen en Arubanen is een vertaalde vragenlijst in Papiamentu beschikbaar.

De vragenlijsten zijn in twee perioden afgenomen. Vanaf februari 2006, bij de start van de Sense spreekuren en vanaf juni 2007, wanneer de spreekuren 1 jaar draaiden. Voor de spreekuurlocaties zijn maxima van uit te delen vragenlijst vastgesteld, teneinde voldoende statistische power te kunnen bereiken. De spreekuren deelden vragenlijsten uit, totdat de gewenste respons was bereikt. Dit betekende dat de duur van meting per spreekuur verschilde. Op beide meetmomenten heeft een steekproef van cliënten de vragenlijst ingevuld. Vergelijking tussen de 2 periodes is mogelijk.

Registratie van gebruik van Sense

Voor het onderzoek naar de aard en omvang van de cliëntcontacten van de Sense spreekuren is gebruik gemaakt van de registratiesystemen die door de instellingen in gebruik zijn. Teneinde een nulmeting te kunnen uitvoeren in de eerste periode, wanneer in de regio's projectplannen zijn ontwikkeld, zijn gegevens vanaf 2004 opgevraagd. Een inventarisatie is gemaakt van de bestaande registratiesystemen die door de bij Sense aangesloten instellingen in de drie regio's in gebruik zijn. Nagegaan is welke gegevens, voor zover bekend, beschikbaar zijn ten behoeve van het evaluatieonderzoek. Bij de beslissing over welke gebruiksgegevens in het onderzoek worden gebruikt, is gekeken naar de doelen die elke regio voor zichzelf heeft gesteld. Om een vergelijking tussen regio's te kunnen maken is nagegaan of regio's een aantal gegevens op dezelfde manier registreren.

Voor de jaren 2004 tot 2007 zijn registratiegegevens opgevraagd over het aantal consulten dat er voor abortussen, seksuologische problemen en voor soa in de verschillende regio's geweest zijn. Bron zijn de registraties van de GGD'en, de ziekenhuizen, CASA en seksuologen (aangesloten bij Sense). De registraties van GGD'en zijn verkregen met medewerking van het RIVM die de SOAP-registratie bijhoudt op basis van de soa-epd van de GGD'en in de regio's. In de soa-epd is speciaal voor Sense sinds 2006 een apart tabblad opgenomen, waarin specifieke gegevens voor de Sense spreekuren kunnen worden opgeslagen. De volgende registratiebestanden van de drie regio's zijn geanalyseerd:

Zuidelijk Zuid Holland: soa-epd van de drie (voorheen vier) GGD'en, soa-registratie van de soa-polikliniek van het ErasmusMC, abortusregistratie van CASA.

Midden-Holland: soa-epd van de GGD, registratie van de seksuologie consulten van polikliniek van het Groene Hart Ziekenhuis, registratie van abortussen van de afdeling Gyneacologie van het Groen Hart ziekenhuis.

Flevoland: soa-epd van de GGD

Documentenanalyse

Inzicht in het verloop van Sense is verkregen door bestudering van de notulen, notities, nieuwsbrieven etcetera die in de drie regio's zijn geproduceerd. De coördinatoren van de samenwerkingsprojecten hebben gegevens aangeleverd over bijvoorbeeld de aard van de samenwerkingsafspraken, gerealiseerde bijscholingsmomenten en communicatiemiddelen, voor zover deze niet in de documenten konden worden teruggevonden.

Vragenlijsten bij direct betrokkenen

Aan de direct betrokken bij Sense hulpverleners en managers uit de regio is begin 2006 en april 2007 een korte schriftelijke vragenlijst toegestuurd, waarin een inventarisatie is gemaakt van de bevorderende en belemmerende factoren die in de regio spelen (zie bijlage G). Behalve naar belemmerende en bevorderende factoren, is in de enquête gevraagd naar hun tevredenheid over de behaalde resultaten. Het conceptuele kader van de vragenlijst betreft factoren waarvan uit onderzoek is gebleken dat deze het implementatieproces in positieve dan wel negatieve zin beïnvloeden. Het zijn a) kenmerken van de sociaal-politieke omgeving (bv. wijziging in financieringsstromen), b) kenmerken van de organisaties (bv. ervaring in het samenwerken met andere organisaties), c) kenmerken van de hulpverlener (bv. vaardigheden), en d) kenmerken van de vernieuwing (bv. procedurele helderheid van samenwerkingsverband) (Fleuren e.a., 2004). In totaal zijn telkens circa 15 à 45 medewerkers benaderd (afhankelijk van de regio). Het betreft steeds alle medewerkers die zich met taken op Sense terrein bezighouden. Zij hebben op beide tijdstippen dezelfde vragen beantwoord, zodat een vergelijking tussen de twee perioden kan worden gemaakt.

Vragenlijsten bij externen (huisartsen)

Een aan de vragenlijst voor direct betrokkenen gelijkende schriftelijke tevredenheidspelling is in de tweede helft van 2006 en de tweede helft van 2007 verzonden aan huisartsen in de omgeving van de Sense samenwerkingsverbanden (zie bijlage G). In totaal zijn telkens 70 à 315 huisartsen aangeschreven (afhankelijk van de regio). Met dit exploratieve onderzoek bij een relatief klein aantal respondenten per regio wordt een indicatie gegeven van hun tevredenheid.

In Flevoland en Midden-Holland werden alle huisartsen aangeschreven. Alleen in de regio zuidelijk Zuid-Holland was een steekproef getrokken uit de populatie huisartsen. Doordat in beide metingen dezelfde vragen zijn gesteld is een vergelijking in de tijd mogelijk.

Groepsinterviews met directe betrokkenen

Bij hulpverleners en managers die direct betrokken zijn bij projectgroepen of stuurgroepen van de regionale samenwerkingsverbanden, zijn medio 2006 en eind 2007 groepsinterviews afgenomen, nadat deze reeds schriftelijke vragenlijsten over hun mening over Sense hadden ingevuld. De respondenten van de groepsinterviews betroffen steeds een kleinere selectie uit de groep van de respondenten van de schriftelijke vragenlijst. In de interviews zijn factoren ter sprake gebracht die de

uitvoering van het samenwerkingsverband hebben beïnvloed. De belangrijkste factoren die uit de antwoorden van schriftelijke vragenlijsten naar voren kwamen zijn door de gespreksleider in het groepsinterview in discussie gebracht, aan de hand van een topiclijst.

Per regio is telkens één groepsinterview afgenomen waaraan zowel hulpverleners en managers van de Sense voorzieningen hebben deelgenomen. Omdat in zuidelijk Zuid-Holland het niet mogelijk was om managers en hulpverleners tegelijkertijd te interviewen zijn in deze regio met de twee disciplines afzonderlijk interviews gedaan. De groepsinterviews hebben de participanten de gelegenheid gegeven om samen het project door te spreken en de voortgang te evalueren. De momenten van de focusgroepen zijn tevens gebruikt voor presentatie van tussentijdse onderzoeksresultaten in de regio's.

Individuele interviews met externen (huisartsen)

Analoog aan de groepsinterviews met directe betrokkenen zijn eind 2006 en eind 2007/begin 2008 korte telefonische interviews gehouden met relevante partijen in de omgeving van Sense in de drie regio's. Het betreft huisartsen, jeugdwerkers en contactpersonen van scholen. In totaal zijn er per keer 15 telefonische interviews gehouden. Gevraagd is naar hun bekendheid met en tevredenheid over Sense. De interviews geven een verdieping aan de antwoorden die huisartsen hebben gegeven op de schriftelijke vragenlijsten.

Analyse

De gegevens van de registratie van het voorzieningengebruik, de bekendheidsmeting, het satisfactieonderzoek en de vragenlijsten bij direct betrokkenen en externen zijn geanalyseerd met SPSS 14.0. Wanneer het gebruiksgegevens betreft van alle cliënten of wanneer alle professionals of huisartsen in een regio zijn aangeschreven, dan heeft er geen statistische toetsing plaatsgevonden, maar is het bereikte resultaat vergeleken met het vooraf gestelde criterium of met de voormeting. Het satisfactieonderzoek is wel gedaan bij steekproeven van cliënten. Ook is ten behoeve van de meting bij huisartsen in zuidelijk Zuid-Holland een steekproef getrokken. In die gevallen heeft wel statistische toetsing van het verschil tussen de voor- en nameting plaatsgevonden. Getoetst is door middel van de Chi-kwadraat toets en t-toets voor onafhankelijke waarnemingen.

In figuur E1 wordt een overzicht gegeven van de onderzoeksactiviteiten.

	T1	T2
Registratiegegevens	Continu	Continu
Documentenanalyse	Continu	Continu
Bekendheidsonderzoek	Mei/juni 2005	Mei/juni 2007
Cliëntsatisfactieonderzoek	Start juni 2006	Start juni 2007
Enquête bij betrokkenen binnen Sense	April 2006	April 2007
Groepsinterview betrokkenen binnen Sense	Juni/september 2006	Oktober/November 2007
Enquête bij externen (huisartsen)	Juni 2007	Augustus 2007- januari 2008
Interviews met externen	December 2006	December 2007- januari 2008

Figuur E1. Planning onderzoeksactiviteiten

G Vragenlijsten

Onderzoek onder medewerkers van Sense zZH

Over Sense zZH

Sense zuidelijk Zuid-Holland werkt in deze regio aan een laagdrempelig geïntegreerd aanbod op het gebied van seksuele gezondheid. Sense zZH is een samenwerkingsverband van vijf partners: Erasmus Medisch Centrum (SOA poli), CASA Rotterdam (de vroegere Stormkliniek), GGD Zuid-Hollandse Eilanden (ZHE), GGD Zuid-Holland Zuid (ZHZ) en GGD Rotterdam-Rijnmond.

Sense zuidelijk Zuid-Holland is opgezet als een netwerkorganisatie, werkend vanuit verschillende bestaande organisaties die hulp bieden bij vragen over seksueel overdraagbare aandoeningen (soa), hiv/aids, seksuele problemen, (anti-)conceptie en abortus. Onder de naam Sense zZH hebben de bestaande organisaties hun aanbod verbreed. Dat betekent dat iedereen met een vraag op het terrein van de seksuele en reproductieve gezondheid terecht kan bij de medewerkers van Sense zZH, centrum voor seksuele gezondheid. Daarnaast houdt iedere organisatie haar specialisme.

Door het samenbrengen van het zorgaanbod binnen Sense zZH, is het de bedoeling dat deze zorg kwalitatief beter en meer toegankelijk wordt voor moeilijk bereikbare groepen.

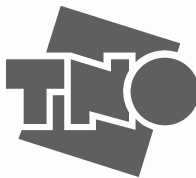
Het onderzoek

TNO onderzoekt hoe de oprichting en uitvoering van Sense zZH verloopt en of de doelstellingen van Sense zZH behaald worden. In het kader daarvan ontvangt u deze vragenlijst.

Wij vragen u deze vragenlijst binnen twee weken na ontvangst in te vullen en terug te sturen naar TNO in de bijgevoegde antwoordenvelop. Het invullen zal ongeveer 10 minuten in beslag nemen.

De vragenlijsten worden anoniem verwerkt.

Hartelijk dank voor uw medewerking



Kwaliteit van Leven, april 2007

Gang van zaken op dit moment

1. Wat vindt u van de manier waarop het aanbod van de seksuele en reproductieve gezondheidszorg in uw regio op dit moment georganiseerd is?

0 ik heb hier geen zicht op
0 heel goed
0 goed
0 redelijk
0 niet goed
0 slecht

2. Wat vindt u wel of niet goed aan de manier waarop het aanbod van de seksuele en reproductieve gezondheidszorg in uw regio op dit moment georganiseerd is?

3. Heeft u momenteel in uw dagelijks werk contact met cliënten met seksuele en reproductieve gezondheidsproblemen?

0 ja
0 nee -> ga door met vraag 11

4. Over welke onderwerpen op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheidsproblemen heeft u vooral contact met cliënten? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

0 voorlichting over of het voorschrijven van anticonceptie
0 seksueel overdraagbare aandoeningen en hiv
0 ongewenste zwangerschap en abortus
0 vragen rond (gewenste) zwangerschap
0 seksuele problemen
0 vragen over maagdenvlies of besnijdenis
0 andere problemen, namelijk _____

5. Onafhankelijk van de hulpvraag waarmee cliënten bij u komen, welke onderwerpen brengt u bijna altijd ter sprake? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

0 voorlichting over anticonceptie
0 seksueel overdraagbare aandoeningen en hiv
0 ongewenste zwangerschap en abortus
0 (gewenste) zwangerschap
0 seksuele problemen
0 anders, namelijk _____

6. Cliënten kunnen via verschillende wegen naar u toekomen; op eigen initiatief of op doorverwijzing van andere hulpverleners. Hieronder staan 7 van deze wegen genoemd.
Kunt u een ruwe schatting geven van het % van uw cliënten met een hulpvraag op het gebied van seksuele en reproductieve problemen dat via een van deze wegen bij u terecht komt? *(dus totaal 100% over de opties verdelen)*

- | | | |
|----|--|-------|
| A. | op eigen initiatief |% |
| B. | op verwijzing van de huisarts |% |
| C. | op verwijzing van een hulpverlener binnen mijn eigen instelling |% |
| D. | op verwijzing van een instelling die binnen Sense valt (GGD ZHZ, GGD ZHE, GGD Rotterdam-Rijnmond, Casa, SOA poli Erasmus MC) |% |
| E. | op verwijzing van een instelling die buiten Sense valt |% |
| F. | via een centraal aanspreekpunt van waaruit 'triage' plaatsvindt |% |
| G. | via een andere weg |% |

7. Wanneer een nieuwe cliënt met een hulpvraag op het gebied van seksuele en reproductieve problemen bij u komt, is het nog niet zeker dat u zijn of haar hulpvraag kunt beantwoorden. Het kan zijn dat u deze cliënt niet kunt helpen, of slechts gedeeltelijk en hem of haar moet doorverwijzen. Hieronder staan 3 verschillende situaties beschreven.

Kunt u een ruwe schatting geven van het % van uw nieuwe cliënten waarin de onderstaande situaties voorkomen? *(dus totaal 100% over de 3 opties verdelen)*

- | | | |
|----|--|-------|
| A. | u kunt de cliënt helpen / de vraag volledig beantwoorden, hulp van een andere hulpverlener is niet nodig |% |
| B. | u kunt deze cliënt gedeeltelijk van dienst zijn, maar doorverwijzing is noodzakelijk. |% |
| C. | de cliënt is met zijn hulpvraag bij u niet aan het goede adres en u moet hem of haar doorverwijzen |% |

8. Vindt u het op dit moment *uw taak* om waar nodig aan uw cliënten advies te geven over de onderstaande onderwerpen:

	Zeër zeker	Zeker	Enigszins	Niet helemaal	Zeker niet
Anti-conceptie	0	0	0	0	0
Abortus	0	0	0	0	0
Soa/hiv preventie	0	0	0	0	0
Seksuele problemen	0	0	0	0	0

9. Voelt u zich op dit moment *in staat* aan uw cliënten advies te geven over de onderstaande onderwerpen:

	Zeer zeker	Zeker	Enigszins	Niet helemaal	Zeker niet
Anti-conceptie	0	0	0	0	0
Abortus	0	0	0	0	0
Soa/hiv preventie	0	0	0	0	0
Seksuele problemen	0	0	0	0	0

10. Weet u op dit moment waar u uw cliënten naar kunt doorverwijzen met problemen over de onderstaande onderwerpen, wanneer u ze niet verder kunt helpen:

	Zeer zeker	Zeker	Enigszins	Niet helemaal	Zeker niet
Anti-conceptie	0	0	0	0	0
Abortus	0	0	0	0	0
Soa/hiv preventie	0	0	0	0	0
Seksuele problemen	0	0	0	0	0

Invoering van Sense zZH

11. Bent u bekend met de doelstelling van Sense?

- 0 zeer bekend
- 0 bekend
- 0 enigszins bekend
- 0 redelijk onbekend
- 0 ik weet er niets van

12. Met welke problemen of vragen kunnen mensen terecht bij een Sense spreekuur?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- 0 problemen of vragen over anticonceptie
- 0 problemen of vragen over seksueel overdraagbare aandoeningen en/of hiv
- 0 problemen of vragen over ongewenste zwangerschap of abortus
- 0 problemen of vragen over (gewenste) zwangerschap
- 0 problemen of vragen over seksuele problemen

13. Voelt u zich persoonlijk betrokken bij Sense?

- 0 zeer betrokken
- 0 betrokken
- 0 redelijk betrokken
- 0 neutraal
- 0 totaal niet betrokken

Mening over Sense

14. Wat vindt u van de oprichting van Sense?
- ☐ 0 zeer goed initiatief
 - ☐ 0 goed initiatief
 - ☐ 0 redelijk goed initiatief
 - ☐ 0 niet zo'n goed initiatief
 - ☐ 0 slecht initiatief
15. Bent u van mening dat de werkwijze van Sense de hulpverlening voor de inwoners van uw regio laagdrempeliger maakt?
- ☐ 0 zeer zeker
 - ☐ 0 zeker
 - ☐ 0 enigszins
 - ☐ 0 het zal niet veranderen
 - ☐ 0 het zal er slechter op worden
16. Bent u van mening dat de werkwijze van Sense bijdraagt aan een kwalitatief betere hulpverlening?
- ☐ 0 zeer zeker
 - ☐ 0 zeker
 - ☐ 0 enigszins
 - ☐ 0 het zal niet veranderen
 - ☐ 0 het zal er slechter op worden
17. Bent u van mening dat de werkwijze van Sense aansluit op de behoeften van jongeren?
- ☐ 0 zeer zeker
 - ☐ 0 zeker
 - ☐ 0 enigszins
 - ☐ 0 het maakt voor de jongeren niet uit
 - ☐ 0 jongeren zullen dit als een verslechtering zien
18. Bent u van mening dat de werkwijze van Sense aansluit op de behoeften van allochtonen?
- ☐ 0 zeer zeker
 - ☐ 0 zeker
 - ☐ 0 enigszins
 - ☐ 0 het maakt voor allochtonen niet uit
 - ☐ 0 allochtonen zullen dit als een verslechtering zien
19. Bent u van mening dat de werkwijze van Sense aansluit bij de normen en waarden van uw organisatie/praktijk?
- ☐ 0 zeer zeker
 - ☐ 0 zeker
 - ☐ 0 enigszins
 - ☐ 0 niet zeker
 - ☐ 0 helemaal niet zeker

De oprichting van Sense

20. Bent u betrokken geweest bij het ontwikkelen van de plannen rond Sense?
- ☐ daar ben ik van het begin af aan actief bij betrokken geweest
 - ☐ ik heb daar in een later stadium over mee gedacht / aan mee gewerkt
 - ☐ ik ben daar slechts zijdelings bij betrokken geweest
 - ☐ bij het ontwikkelen van de plannen rond Sense ben ik niet betrokken geweest
21. Wat vindt u van de afspraken die er tot nog toe tussen de bij Sense betrokken organisaties zijn gemaakt over Sense?
- ☐ ik heb hier geen zicht op
 - ☐ heel goed
 - ☐ goed
 - ☐ redelijk
 - ☐ niet goed
 - ☐ slecht
22. Hoe verloopt de samenwerking tussen de bij Sense betrokken partijen tot nu toe?
- ☐ ik heb hier geen zicht op
 - ☐ heel goed
 - ☐ goed
 - ☐ redelijk
 - ☐ niet goed
 - ☐ slecht
23. Lukt het de organisaties/praktijken die in uw regio bij Sense betrokken zijn om volgens de werkwijze van Sense te werken: een geïntegreerd aanbod op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheidszorg?
- ☐ dit lukt zeker
 - ☐ dit lukt
 - ☐ dit lukt enigszins
 - ☐ dit lukt niet
 - ☐ dit lukt zeker niet

De betekenis van Sense voor de organisatie waarin u werkt

24. Is er naar uw idee genoeg geld beschikbaar binnen uw organisatie/praktijk om de taken die uw organisatie heeft binnen Sense goed uit te voeren?
- ☐ 0 ik heb hier geen zicht op
 - ☐ 0 ruim genoeg
 - ☐ 0 genoeg
 - ☐ 0 net genoeg
 - ☐ 0 te weinig
 - ☐ 0 veel te weinig
25. Bent u werkzaam bij een van de organisaties op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheidszorg die een Sense spreekuur heeft?
- ☐ 0 ja
 - ☐ 0 nee, de organisatie waar ik werk is alleen betrokken bij de organisatie van Sense of als adviseur binnen het project -> *beantwoord de volgende vragen niet voor de organisatie waar u werkzaam bent, maar meer in het algemeen voor de verschillende organisaties die als Sense samenwerken.*
26. Hoe eenvoudig of ingewikkeld is het om de werkwijze van Sense goed in te passen in uw organisatie/praktijk?
- ☐ 0 heel eenvoudig
 - ☐ 0 eenvoudig
 - ☐ 0 enigszins ingewikkeld
 - ☐ 0 ingewikkeld
 - ☐ 0 heel ingewikkeld
27. Kost het uw organisatie/praktijk als geheel meer of minder tijd dan voorheen om de seksuele hulpverlening volgens de werkwijze van Sense aan te bieden?
- ☐ 0 veel meer tijd
 - ☐ 0 meer tijd
 - ☐ 0 enigszins meer tijd
 - ☐ 0 het maakt niet uit met hoeveel tijd het nu kost
 - ☐ 0 minder tijd
28. Lukt het uw organisatie/praktijk om volgens de werkwijze van Sense te werken?
- ☐ 0 dit lukt zeker
 - ☐ 0 dit lukt
 - ☐ 0 dit lukt enigszins
 - ☐ 0 dit lukt niet
 - ☐ 0 dit lukt zeker niet
29. Is er in uw organisatie/praktijk voldoende deskundigheid aanwezig is om volgens de werkwijze van Sense te werken?
- ☐ 0 zeer zeker
 - ☐ 0 zeker
 - ☐ 0 enigszins
 - ☐ 0 niet helemaal
 - ☐ 0 zeker niet

30. Is het de taak van uw organisatie/praktijk om volgens de werkwijze van Sense te werken?

- 0 zeer zeker
- 0 zeker
- 0 enigszins
- 0 niet helemaal
- 0 zeker niet

31. Leeft Sense in uw organisatie/praktijk?

- 0 zeer zeker
- 0 zeker
- 0 enigszins
- 0 neutraal
- 0 totaal niet

Sense voor u persoonlijk

Als u niet werkzaam bent bij een van de organisaties op het gebied van seksuele en reproductieve die onderdeel zijn van Sense, kunt u de volgende vragen overslaan is dit voor u het einde van de vragenlijst.

32. Is er voor u persoonlijk in uw dagelijkse werk iets veranderen door de start van Sense?

- 0 ik weet het niet -> ga door met vraag 34
- 0 ja zeer veel
- 0 ja veel
- 0 niet zo veel
- 0 weinig
- 0 niets -> ga door met vraag 34

33. Wat vindt u van deze verandering in uw dagelijks werk?

- 0 heel goed
- 0 goed
- 0 redelijk
- 0 niet goed
- 0 slecht

34. Kost uw werk u naar uw idee meer tijd na de invoering van Sense?

- 0 veel meer tijd
- 0 meer tijd
- 0 een beetje meer tijd
- 0 geen verschil
- 0 minder tijd

35. Is uw werk naar uw idee moeilijker na de invoering van Sense?

- 0 veel moeilijker
- 0 moeilijker
- 0 een beetje moeilijker
- 0 geen verschil
- 0 makkelijker

36. Levert uw werk u naar uw idee meer bevrediging op na de invoering van Sense?
- ☐ veel meer bevrediging
 - ☐ meer bevrediging
 - ☐ een beetje meer bevrediging
 - ☐ geen verschil
 - ☐ minder bevrediging
37. Wordt u door uw directe collega's gesteund om u in te zetten voor Sense?
- ☐ zeer zeker
 - ☐ zeker
 - ☐ enigszins
 - ☐ neutraal
 - ☐ totaal niet
38. Wordt u door het management van uw organisatie gesteund om u in te zetten voor Sense?
- ☐ n.v.t., ik ben (onderdeel van) het management
 - ☐ zeer zeker
 - ☐ zeker
 - ☐ enigszins
 - ☐ neutraal
 - ☐ totaal niet
39. Bent u in staat om de taken die er van u verwacht worden binnen Sense naar behoren uit te voeren?
- ☐ n.v.t., ik hoef niets te doen
 - ☐ heel goed
 - ☐ goed
 - ☐ redelijk
 - ☐ niet goed
 - ☐ slecht
40. Werkt u in de dagelijkse praktijk volgens het protocol geïntegreerd spreekuur Sense zZH?
- ☐ n.v.t., ik draai nooit een spreekuur
 - ☐ ja, altijd
 - ☐ ja, meestal
 - ☐ soms
 - ☐ nee, meestal niet
 - ☐ nee, nooit
41. Heeft u in het kader van Sense een training gevolgd?
- ☐ nee, ik heb geen training gevolgd
 - ☐ ja, de training motivational interviewing
 - ☐ ja, de training seksuologie
 - ☐ ja, de training motivational interviewing én seksuologie
42. Heeft u wel eens deelgenomen aan een collegiale consultatie?
- ☐ ja
 - ☐ nee

43. Heeft u wel eens gebruik gemaakt van een telefonische consultatie bij een seksuoloog?

- 0 ja
- 0 nee

44. Heeft u op dit moment nog behoefte aan bijscholing om de taken die er van u verwacht worden binnen Sense naar behoren uit te kunnen voeren?

- 0 ja
- 0 nee → einde vragenlijst

45. Op welk gebied/onderwerp zou deze bijscholing voor u betrekking moeten hebben?

.....

.....

.....

.....

.....

Hartelijk bedankt voor uw medewerking!

Vragenlijst voor professionals in de regio van Sense ZZH

Sense zuidelijke Zuid-Holland biedt in deze regio laagdrempelige zorg aan mensen met vragen op het gebied seksualiteit. In Sense zZH werken zes partners samen: Erasmus Medisch Centrum (SOA poli), CASA Rotterdam (de vroegere Stormkliniek), GGD Zuid-Hollandse Eilanden (ZHE), GGD Zuid-Holland Zuid (ZHZ) en GGD Rotterdam-Rijnmond.

Sense zuidelijk Zuid-Holland is een netwerkorganisatie, werkend vanuit verschillende bestaande organisaties die hulp bieden bij vragen over seksueel overdraagbare aandoeningen (soa), hiv/aids, seksuele problemen, (anti-)conceptie en abortus. Elk van de bestaande organisaties richt zich tot voor kort alleen op haar eigen specialisme, en verwijst cliënten die voor een andere problematiek komen door naar een zusterorganisatie. Onder de naam Sense zZH verbreden de bestaande organisaties hun aanbod. Dit betekent dat medewerkers van de regionale eerstelijns centra aandacht hebben voor alle vragen op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid en dat iedereen met een vraag op het terrein van de seksuele en reproductieve gezondheid terecht kan bij de medewerkers van Sense zZH, centrum voor seksuele gezondheid. Daarnaast houdt iedere organisatie haar specialisme.

Door het samenbrengen van het verschillende zorgaanbod binnen Sense zZH, is het de bedoeling dat deze zorg kwalitatief beter en meer toegankelijk wordt voor moeilijk bereikbare groepen.

TNO onderzoekt hoe de oprichting en uitvoering van Sense verloopt en of de doelstellingen van Sense behaald worden. Een onderdeel van dit onderzoek is een inventarisatie bij professionals van hun bekendheid met Sense en mening over Sense. Vorig jaar ontving u een soortgelijke vragenlijst van ons. De huidige vragenlijst is een vervolg hierop. Wij willen u vriendelijk verzoeken nogmaals mee te werken aan het onderzoek.

Wij vragen u de onderstaande vragenlijst binnen twee weken na ontvangst in te vullen en terug te sturen naar TNO in de bijgevoegde antwoordenvelop. Het invullen zal ongeveer 5 minuten in beslag nemen.

Hoewel de vragenlijst op naam wordt verstuurd, worden alle gegevens uit deze vragenlijst **anoniem verwerkt**. TNO geeft aan niemand inzicht in gegevens die tot personen te herleiden zijn en uitspraken in rapportages zullen nooit tot personen te herleiden zijn.

Hartelijk dank voor uw medewerking



Kwaliteit van Leven, oktober 2007

Achtergrondkenmerken

1. Wat is uw functie?

.....

2. In welke gemeente bent u werkzaam?

.....

Gang van zaken op dit moment

3. Wat vindt u van de manier waarop het aanbod van de seksuele en reproductieve gezondheidszorg in uw regio op dit moment georganiseerd is?

- 0 ik heb hier geen zicht op
0 heel goed
0 goed
0 redelijk
0 niet goed
0 slecht

4. Wat vindt u wel of niet goed aan de manier waarop het aanbod van de seksuele en reproductieve gezondheidszorg in uw regio op dit moment georganiseerd is?

.....
.....
.....
.....

5. Weet u op dit moment waar u uw cliënten naar kunt doorverwijzen met problemen over de onderstaande onderwerpen, wanneer u ze niet verder kunt helpen:

	Zeer zeker	Zeker	Enigszins	Niet helemaal	Zeker niet
Anti-conceptie	0	0	0	0	0
Abortus	0	0	0	0	0
Soa/hiv preventie	0	0	0	0	0
Seksuele problemen	0	0	0	0	0

Bekendheid met Sense

6. Bent u bekend met Sense?

- 0 ja
0 nee -> Ga door naar vraag 10

7. Bent u bekend met de doelstelling van Sense?
- ☐ 0 zeer bekend
 - ☐ 0 bekend
 - ☐ 0 enigszins bekend
 - ☐ 0 redelijk onbekend
 - ☐ 0 ik weet er niets van
8. Hoe bent u op de hoogte gebracht van de oprichting van Sense? (meerdere antwoorden mogelijk)
- ☐ 0 ik heb het via via wel gehoord, maar ben er niet officieel van op de hoogte gebracht
 - ☐ 0 ik heb er over gelezen of gehoord in lokale pers of media
 - ☐ 0 ik heb er over gelezen in een vakblad
 - ☐ 0 het is in een nieuwsbrief van mijn organisatie, in een personeelsblad of op intranet aangekondigd
 - ☐ 0 ik heb het gelezen in een speciale nieuwsbrief over Sense die ik heb ontvangen
 - ☐ 0 het is verteld in een vergadering of werkoverleg
 - ☐ 0 ik ben bij een speciale bijeenkomst geweest over (de oprichting van) Sense.
 - ☐ 0 anders, namelijk.....
9. Wat vindt u van de kwaliteit van de informatie die u over Sense heeft ontvangen?
- ☐ 0 zeer duidelijk
 - ☐ 0 duidelijk
 - ☐ 0 niet helemaal duidelijk
 - ☐ 0 onduidelijk
 - ☐ 0 heel onduidelijk

Mening over Sense

Hieronder staan een aantal vragen over uw mening over de oprichting en de werkwijze van Sense. We willen u vragen om al deze vragen te beantwoorden ook al heeft u nog weinig gehoord over Sense. In dit laatste geval gaat het vooral over wat uw eerste mening is over Sense.

10. Wat vindt u van de oprichting van Sense?
- ☐ 0 zeer goed initiatief
 - ☐ 0 goed initiatief
 - ☐ 0 redelijk goed initiatief
 - ☐ 0 niet zo'n goed initiatief
 - ☐ 0 slecht initiatief
11. Bent u van mening dat de werkwijze van Sense de hulpverlening voor de inwoners van uw regio laagdrempeliger maakt?
- ☐ 0 zeer zeker
 - ☐ 0 zeker
 - ☐ 0 enigszins
 - ☐ 0 het zal niet veranderen
 - ☐ 0 het zal er slechter op worden

12. Bent u van mening dat de werkwijze van Sense bijdraagt aan een kwalitatief betere hulpverlening?

- 0 zeer zeker
- 0 zeker
- 0 enigszins
- 0 het zal niet veranderen
- 0 het zal er slechter op worden

13. Bent u van mening dat de werkwijze van Sense aansluit op de behoeften van jongeren?

- 0 zeer zeker
- 0 zeker
- 0 enigszins
- 0 het maakt voor de jongeren niet uit
- 0 jongeren zullen dit als een verslechtering zien

14. Bent u van mening dat de werkwijze van Sense aansluit op de behoeften van allochtonen?

- 0 zeer zeker
- 0 zeker
- 0 enigszins
- 0 het maakt voor allochtonen niet uit
- 0 allochtonen zullen dit als een verslechtering zien

15. Bent u van mening dat de werkwijze van Sense in uw regio aansluit bij de normen en waarden van uw organisatie/praktijk?

- 0 zeer zeker
- 0 zeker
- 0 enigszins
- 0 niet zeker
- 0 helemaal niet zeker

16. Zou u cliënten met vragen over onderstaande onderwerpen doorverwijzen naar Sense?

	Ja zeker	Ja	misschien wel/misschien niet	nee	nee, zeker niet
Anti-conceptie	0	0	0	0	0
Abortus	0	0	0	0	0
Soa/hiv preventie	0	0	0	0	0
Seksuele problemen	0	0	0	0	0

17. Heeft u wel eens cliënten doorverwezen naar Sense?

- 0 ja -> Ga door naar vraag 19
- 0 nee

18. Wat is de reden dat u nog nooit cliënten heeft doorverwezen naar Sense?

- ☐ ik wist niet van het bestaan van Sense
- ☐ ik heb afgelopen jaar geen cliënten met vragen/problemen op het gebied van seks gehad
- ☐ ik heb de cliënten zelf kunnen helpen
- ☐ ik heb de cliënten naar een andere hulpverlener/instantie verwezen.
- ☐ anders, namelijk.....

19. Wat vindt u wel of niet goed aan Sense en wat roept Sense verder bij u op?

Hartelijk bedankt voor uw medewerking!

Onderzoek tevredenheid cliënten

Introductie

Zoals uw hulpverlener u wellicht verteld heeft, onderzoekt TNO hoe tevreden mensen zijn met het verloop van spreekuren en afspraken. Wij willen u daarom vragen deze vragenlijst in te vullen.

Het invullen van deze vragenlijst kost u **slechts 5 minuten**.

Uw medewerking aan dit onderzoek is van groot belang. Uw mening helpt ons de hulpverlening te verbeteren.

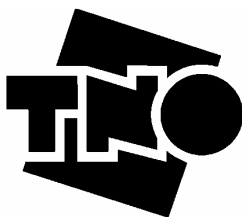
Deze vragenlijst is **anoniem**. Alleen de onderzoekers van TNO kunnen zien wat u heeft ingevuld op deze vragenlijst. Uw hulpverlener krijgt nooit te zien wat u heeft ingevuld. Uw naam hoeft u nergens in te vullen.

Uitleg bij het invullen van de vragenlijst

U kunt de vragenlijst invullen op de door uw hulpverlener aangewezen plaats in het gezondheidscentrum.

- ☐ De vragen gaan over het spreekuur of de afspraak waar u zojuist vandaan komt en de hulpverlener die u daar gezien heeft.
- ☐ Kruis bij elke vraag het antwoord aan wat het beste bij u past. Denk niet te lang na, kruis dat antwoord aan wat het eerste bij u opkomt.
- ☐ Sla geen vragen over.
- ☐ Geef één antwoord per vraag, tenzij anders staat vermeld.
- ☐ Als u klaar bent met het invullen van de vragenlijst kunt u de vragenlijst in de TNO-envelop doen en de envelop dichtplakken.
- ☐ De envelop met uw vragenlijst kunt u in de speciale TNO-brievenbus in het gezondheidscentrum doen.
- ☐ Als u de vragenlijst thuis invult, kunt u de envelop in een PTT-brievenbus doen zonder postzegel.

Hartelijk bedankt voor uw deelname aan dit onderzoek!



1. Wat is uw geboortedatum?

...../...../19.....

2. Wat is uw geslacht?

- ☐ Man
- ☐ Vrouw

3. Wat is het geboorteland van uzelf, uw moeder en uw vader?

	Uzelf	Uw moeder	Uw vader
a. Nederland	☐	☐	☐
b. Nederlandse Antillen of Aruba	☐	☐	☐
c. Suriname	☐	☐	☐
d. Turkije	☐	☐	☐
e. Marokko	☐	☐	☐
f. Indonesië/voormalig Nederlands Indië	☐	☐	☐
g. Anders, nl:.....	☐	☐	☐

4. Tot welk geloof rekent u uzelf?

- ☐ Rooms Katholiek
- ☐ Protestants Christelijk (Gereformeerd, Hervormd, Luthers, Baptist, Evangelisch etc.)
- ☐ Islam
- ☐ Jodendom
- ☐ Boeddhisme
- ☐ Hindoeïsme
- ☐ Ander geloof
- ☐ Geen geloof

5. Hoe bent u bij deze hulpverlener terechtgekomen?

- ☐ Doorverwezen door mijn huisarts
- ☐ Doorverwezen door een andere hulpverlener
- ☐ Op eigen initiatief
- ☐ Anders, namelijk.....

6. Wat was het onderwerp waar u een afspraak voor heeft gemaakt? (u kunt meerdere antwoorden aankruisen)

- ☐ Anticonceptie: de pil, condooms, spiraaltje e.d.
- ☐ Morning-after pil
- ☐ Geslachtsziekte of seksueel overdraagbare aandoening (soa); bijvoorbeeld: heb ik een soa, wat zijn soa, hoe krijg je het?
- ☐ Hiv/aids; bijvoorbeeld: heb ik Hiv/aids, wat is Hiv/aids, hoe krijg je het?
- ☐ Zwangerschap: problemen met zwanger worden
- ☐ Ongewenste zwangerschap, abortus
- ☐ Een seksueel probleem; bijvoorbeeld: pijn bij het vrijen, probleem met seksuele opwindning, erectieproblemen e.d.
- ☐ Negatieve seksuele ervaring; bijvoorbeeld: seksueel misbruik, ongewenste intimiteiten
- ☐ Anders, namelijk

7. Welke onderwerpen zijn nog meer genoemd in het contact met de hulpverlener? (u kunt meerdere antwoorden aankruisen)
- ☐ Anticonceptie: de pil, condooms, spiraaltje e.d.
 - ☐ Morning-after pil
 - ☐ Geslachtsziekte of seksueel overdraagbare aandoening (soa); bijvoorbeeld: heb ik een soa, wat zijn soa, hoe krijg je het?
 - ☐ Hiv/aids; bijvoorbeeld: heb ik Hiv/aids, wat is Hiv/aids, hoe krijg je het?
 - ☐ Zwangerschap: problemen met zwanger worden
 - ☐ Ongewenste zwangerschap, abortus
 - ☐ Een seksueel probleem; bijvoorbeeld: pijn bij het vrijen, probleem met seksuele opwinding, erectieproblemen e.d.
 - ☐ Negatieve seksuele ervaring; bijvoorbeeld: seksueel misbruik, ongewenste intimiteiten
 - ☐ Anders, namelijk
 - ☐ Er zijn geen andere onderwerpen aan bod gekomen. → ga door naar vraag 9
8. Wat vindt u ervan dat de hulpverlener met u ook over andere onderwerpen heeft gesproken dan waarvoor u de afspraak had gemaakt of op het spreekuur kwam?
- ☐ Heel prettig
 - ☐ Prettig
 - ☐ Niet prettig/niet onprettig
 - ☐ Onprettig
 - ☐ Heel onprettig
9. Wat heeft u na afloop van het bezoek aan deze hulpverlener afgesproken over terugkomen en doorverwijzen? (U kunt meerdere antwoorden aankruisen)
- ☐ Ik hoef hier niet meer terug te komen en ben ook niet doorverwezen naar een andere hulpverlener
 - ☐ Ik moet hier nog een keer terug komen
 - ☐ Ik moet hier nog meerdere keren terug komen
 - ☐ Ik ben doorverwezen naar een andere hulpverlener:
 Soort hulpverlener:.....
 Instantie:.....

10. Ik vond de **hulpverlener** die mij geholpen heeft:
 (wilt u bij elke rij één cijfer omcirkelen, dat het beste past bij uw mening)

<u>Niet</u> deskundig	1	2	3	4	5	6	7	Deskundig
<u>Niet</u> betrokken	1	2	3	4	5	6	7	Betrokken
<u>Niet</u> vriendelijk	1	2	3	4	5	6	7	Vriendelijk
<u>Niet</u> begripvol	1	2	3	4	5	6	7	Begripvol
<u>Niet</u> duidelijk in zijn/haar uitleg	1	2	3	4	5	6	7	Duidelijk in zijn/haar uitleg

11a. Hoeveel rekening hield de hulpverlener met uw wensen en behoeften?

- ☐ Heel veel
- ☐ Veel
- ☐ Niet veel/niet weinig
- ☐ Weinig
- ☐ Heel weinig

11b . Hoe duidelijk of onduidelijk vond u de uitleg van de hulpverlener?

- ☐ Heel duidelijk
- ☐ Duidelijk
- ☐ Redelijk duidelijk
- ☐ Beetje duidelijk
- ☐ Beetje onduidelijk
- ☐ Onduidelijk
- ☐ Heel onduidelijk

12. De ontvangen informatie en/of hulp heeft:

Niet geholpen mijn probleem op te lossen	1	2	3	4	5	6	7	Geholpen mijn probleem op te lossen
--	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

13. Als een vriend(in) soortgelijke hulp nodig heeft, zou u dan de door u ontvangen informatie en/of hulp aanbevelen?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Geen mening

14. Welk rapportcijfer zou u in totaal willen geven voor de manier waarop u werd geholpen?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

15. Was dit de eerste keer dat u op dit spreekuur bent geweest?

- ☐ Ja, ik was voor het eerst op dit spreekuur → einde vragenlijst
- ☐ Nee, ik ben al één keer eerder op dit spreekuur geweest
- ☐ Nee, ik ben al meerdere keren eerder bij deze hulpverlener geweest

16. Was uw vorige bezoek aan dit spreekuur vóór 1 april 2006?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

17. Welk rapportcijfer zou u geven voor de manier waarop u vorige keer werd geholpen?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

18. Hoe vond u de hulp die u vandaag heeft ontvangen in vergelijking met de vorige keer?

1. Veel beter
2. Beter
3. Niet beter, niet slechter
4. Slechter
5. Veel slechter

Tenslotte:

Heeft u nog suggesties en/of opmerkingen voor verbetering van de inhoud en service van de ontvangen hulp?

.....

.....

.....

Hartelijk dank voor uw medewerking!

- ☐ Stop de vragenlijst in de TNO-envelop en plak hem dicht
- ☐ De envelop met uw vragenlijst kunt u in de speciale TNO-brievenbus in het gezondheidscentrum doen.
- ☐ Als u de vragenlijst thuis invult, kunt u de envelop in een PTT-brievenbus doen zonder postzegel.