



Wetenschapswinkel

Een nieuwe rol voor de verloskundige

Onderzoek naar kansen en belemmeringen voor de Wageningse verloskundigen

Dr.ir. Annemarie Wagemakers en Dr.ir. Lenneke Vaandrager

rapport 309
januari 2015



WAGENINGEN UR
For quality of life

Wetenschapswinkel

Een nieuwe rol voor de verloskundige

Onderzoek naar kansen en belemmeringen voor de Wageningse verloskundigen

Dr.ir. Annemarie Wagemakers en Dr.ir. Lenneke Vaandrager

rapport 309
januari 2015



WAGENINGEN UR
For quality of life

Colofon

Titel	Een nieuwe rol voor de verloskundige. Onderzoek naar kansen en belemmeringen voor de Wageningse verloskundigen.
Trefwoorden Keywords	Verloskundigen, seksuele gezondheidseducatie, jongeren Midwives, sexual health education, youth
Opdrachtgever	Verloskundepraktijk De Bakermat, Wageningen
Projectuitvoering	Dr.ir. Annemarie Wagemakers en Dr.ir. Lenneke Vaandrager Studenten opleiding Gezondheid en Maatschappij
Projectcoördinatie	Elsje Oosterkamp
Financiële ondersteuning	Wageningen UR Wetenschapswinkel
Begeleidingscommissie	Inger Aalhuizen, Koninklijke Organisatie van Verloskundigen (KNOV) Maeva Bonjour, Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden (VGGM) Franka Cadeé, Koninklijke Organisatie van Verloskundigen (KNOV) Nalonya van der Laan, Verloskundepraktijk De Bakermat Elsje Oosterkamp, Projectcoördinator/LEI Wageningen UR Leneke Pfeiffer-Vermeer, Wetenschapswinkel Wageningen UR Annemarie Wagemakers, Gezondheid en Maatschappij Wageningen University

Fotoverantwoording	De foto's, kaartjes en figuren zijn vervaardigd door de auteurs of de meewerkende studenten, tenzij anders aangegeven
Vormgeving	Wageningen UR, Communication Services
Druk	RICOH, 's-Hertogenbosch
Bronvermelding	Verspreiding van het rapport en overname van gedeelten eruit worden aangemoedigd, mits voorzien van deugdelijke bronvermelding
ISBN	978-94-6173-880-6

Wageningen UR, Wetenschapswinkel rapport 309

Een nieuwe rol voor de verloskundige

Onderzoek naar kansen en belemmeringen voor de Wageningse verloskundigen

Rapportnummer 309

Dr.ir. A Wagemakers, Dr.ir. L Vaandrager
Wageningen, januari 2015

De Bakermat, praktijk voor verloskunde

Boterstraat 4 A
6701 CW Wageningen
0317-411971
www.verloskundigenwageningen.nl



De Bakermat is een maatschap van verloskundigen die een breed pakket bieden aan met name vrouwen die zwanger zijn of dat willen worden. De Bakermat biedt individuele zorg op maat, informatie avonden en kinderwensspreekuren. In het werk maakt de Bakermat gebruik van recente en wetenschappelijke inzichten en richtlijnen en protocollen die door en/of in samenwerking met de KNOV tot stand zijn gekomen.

Leerstoelgroep Gezondheid en Maatschappij

Departement Maatschappij Wetenschappen
Wageningen University
Postbus 8130
6700 EW Wageningen
0317-482584
www.wageningenUR.nl/hso

Gezondheid en Maatschappij focust op maatschappelijk relevante gezondheidsvraagstukken. Het gaat hierbij om zowel de sociale als de fysieke leefomgeving en leefstijl en de interactie hiertussen. In het onderzoek en onderwijs wordt een multi- en interdisciplinaire benadering toegepast. Een gezonde samenleving is gelukkiger en productiever en is een belangrijke motor van economische groei. Investeren in de gezondheid van mensen betekent dus investeren in de samenleving.

Inhoud

Voorwoord	7
Dankwoord	9
Samenvatting	11
Summary	13
1 Inleiding	15
1.1 Aanleiding	15
1.2 Tienerzwangerschappen en -moeders	16
1.3 Uitbreiding van het takenpakket van verloskundigen	17
1.4 Doel onderzoek	18
1.5 Deelonderzoeken	18
1.6 Dit rapport	20
2 Seksuele gezondheidsverschillen en educatie	21
2.1 Inleiding	21
2.2 Seksuele gezondheid van jongeren: verschillen en behoefte aan kennis en vaardigheden	21
2.3 Educatie over seksuele gezondheid op scholen	22
2.3.1 Seksuele educatie op scholen in Nederland	22
2.3.2 Programma's en bestaande interventies	22
2.3.3 Evaluatie van seksuele educatie op scholen	23
2.4 Educatie over seksuele gezondheid door verloskundigen	26
2.4.1 Seksuele educatie door verloskundigen in Zweden	26
2.4.2 Seksuele educatie door verloskundigen in Amsterdam	27
2.4.3 Seksuele educatie door verloskundigen in Friesland	27
2.5 Educatie over seksuele gezondheid in Wageningen	29
2.5.1 Voorbereiding en inhoud van de lessen	29
2.5.2 Opzet van de evaluatie van de lessen	30
2.5.3 Resultaten van de evaluatie	31
2.6 Samenvatting en tussentijdse conclusies	33

3	De invulling van een nieuwe rol door verloskundigen	35
3.1	Inleiding	35
3.2	Competenties voor het geven van seksuele educatie	35
3.3	Organisatie rondom het geven van lessen	36
	3.3.1 De Zweedse verloskundige	36
	3.3.2 Lessen uit Nederland: Amsterdam, Friesland en Wageningen	36
3.4	Stakeholders en samenwerking	38
3.5	Ontwikkelingen en trends	41
3.6	Samenvatting en tussentijdse conclusies	42
4	Discussie, conclusie en aanbevelingen	43
4.1	Beantwoording van de onderzoeksvragen	43
4.2	Een nieuwe rol: Seksuele educatie aan laagopgeleide jongeren	44
4.3	Inbedding van de nieuwe rol en samenwerking	47
4.4	Beperkingen en voordelen van dit onderzoek	48
4.5	Conclusie en aanbevelingen	48
	Referenties	51
	Bijlage 1. Het aangepaste seksuele interactiecompetentie (SIC) model	57
	Bijlage 2. Vragenlijst voor evaluatie voor en na de les	59
	Bijlage 3. Evaluatieformulier les verloskundige	61
	Bijlage 4. Korte aangepaste vragenlijst	63

Voorwoord

De samenleving verandert en daarmee ook het werk van verloskundigen. Die ontwikkelingen stellen nieuwe eisen aan de vaardigheden en competenties van verloskundigen, dit geldt ook op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering. Verloskundigen sluiten in hun zorgverlening zo goed mogelijk aan op de vraag en behoeften van de (potentiële) cliënt en aan het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Hierbij gaat het niet alleen om de zorg rondom de gezonde zwangerschap en geboorte, maar ook om het bevorderen van seksuele gezondheid in andere levensfasen. Deze zorg start bij de jeugd. Educatie over de gezonde zwangerschap en het adviseren van anticonceptie dragen bij aan de seksuele gezondheid en een goede start van een zwangerschap.

Door de wijziging van de Algemene Maatregel van Bestuur (AmVB) hebben verloskundigen tegenwoordig de bevoegdheid om naast hun reguliere taken ook anticonceptiemiddelen voor te schrijven aan vrouwen die bij de verloskundigen onder controle zijn geweest. Een taak, die volgens de KNOV goed past bij het werk van verloskundigen.

In Wageningen hebben verloskundigen lessen over de gezonde zwangerschap verzorgd aan laagopgeleide jongeren. Dit onderzoek, waarin ook de ervaringen opgedaan in Zweden, Amsterdam en Friesland zijn meegenomen, laat zien dat jongeren de lessen van de verloskundigen waarderen. Door de lessen is de kans groter dat deze jongeren een meer weloverwogen keuze maken voor een zwangerschap en de weg naar de verloskundige praktijk makkelijker vinden. Randvoorwaarden voor het geven van lessen over de gezonde zwangerschap door verloskundigen zijn onder meer dat scholen de lessen opnemen in hun curriculum, dat verloskundigen goed getraind zijn om lessen over seksuele gezondheid te verzorgen en dat er regelmatig geëvalueerd wordt om de impact te monitoren.

De Nederlandse verloskundigen bevinden zich in een unieke situatie, zij staan voor de uitdaging om zowel hoogwaardige zorg te verlenen als invulling te geven aan preventie en gezondheidsbevordering voor een bredere doelgroep en gedurende de gehele levensloop. De Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) ondersteunt van harte het invullen en vormgeven van de nieuwe rol van de verloskundige en maakt daarbij gebruik van de bevindingen en aanbevelingen in dit onderzoeksrapport.

Linda Rentes

Voorzitter van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)

Dankwoord

Graag bedanken we alle mensen die hebben bijgedragen aan het tot stand komen van dit rapport.

Wij bedanken alle studenten Gezondheid & Maatschappij die een deelonderzoek in dit project hebben uitgevoerd. Geke van Dick heeft voor haar Bachelor scriptie literatuuronderzoek gedaan naar seksuele gezondheidsbevordering bij jongeren. Lian van Mourik heeft voor haar Masterscriptie verschillende stakeholders geïnterviewd, zowel in Nederland als in Zweden. Ook heeft Lian de evaluatie van de lessen seksuele gezondheid op het Pantarijn voorbereid en mee uitgevoerd. Twee groepen studenten hebben voor het vak 'Settings in Health Promotion' onderzoek gedaan. In 2013 hebben Lianne Otten, Jeanine Ruecker, Susma Thapa en Syfra Remst de situatie in Wageningen in kaart gebracht. In 2014 hebben Kelly van der Bult, Bonnie van Dongen, Karen van Engelshoven en Mirte Reimerink de evaluatie op het Pantarijn uitgevoerd.

Ook bedanken wij graag alle leden van de begeleidingscommissie voor hun expertise, inzet en tijd. Zij kwamen geregeld bij elkaar om de voortgang van het project te bespreken en ons van nuttige adviezen te voorzien. Ook hebben zij de studenten voorzien van informatie en waren zij aanwezig bij de presentaties van de studenten.

Tot slot bedanken wij Elsje Oosterkamp en Leneke Pfeiffer-Vermeer van de Wageningen UR Wetenschapswinkel voor de coördinatie en het prettige verloop van het project.

Wageningen, januari 2015

Annemarie Wagemakers en Lenneke Vaandrager

Samenvatting

Inleiding

De Wageningse verloskundigen willen graag 'het gezicht' worden op het gebied van seksuele gezondheid in Wageningen. Een belangrijke motivatie hiertoe is de door de verloskundigen vastgestelde toename van het aantal tienerzwangerschappen onder laagopgeleide jongeren in Wageningen. Om deze reden zijn de verloskundigen gestart met het verzorgen van educatie over seksuele gezondheid op een VMBO school, het geven van voorlichting over anticonceptie en het plaatsen van spiralen en het verzorgen van het kinderwensspreekuur. De uitbreiding van het takenpakket is in lijn met de wijziging van de Algemene Maatregel van Bestuur (AmVB). Een nieuwe rol voor de verloskundige sluit aan bij de visie van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) en wordt gevoed door de ervaringen die verloskundigen hebben opgedaan met het geven van lessen in seksuele gezondheid in Amsterdam en Friesland. Daarnaast is er nieuwsgierigheid naar het Zweedse systeem, waar de verloskundigen een bredere rol vervullen rondom het bevorderen van seksuele gezondheid en advies over anticonceptie.

Doel

Het doel van het onderzoek is om inzicht te krijgen in de sterkten/kansen en zwakten/belemmeringen voor een nieuwe rol voor de verloskundigen. Daartoe zijn twee onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Wat zijn sterkten/zwakten en kansen/belemmeringen voor het verzorgen van educatie over seksuele gezondheid aan laagopgeleide jongeren door verloskundigen?
2. Wat zijn sterkten/zwakten en kansen/belemmeringen voor het verbreden van de taken rondom seksuele gezondheid voor verloskundigen zelf en wat betekent dit voor de eerstelijns gezondheidszorg en voor de maatschappij?

Methode

De vragen zijn beantwoord op basis van vier deelonderzoeken, aangevuld met literatuur en informatie van leden van de begeleidingscommissie. De deelonderzoeken zijn in 2013 en 2014 uitgevoerd door studenten Gezondheid en Maatschappij. Het betrof de volgende studies:

- Verkenning naar de visie van stakeholders ten aanzien van de nieuwe rol van verloskundigen op basis van literatuuronderzoek, stakeholderanalyse en vragenlijsten.
- Literatuuronderzoek naar seksuele gezondheidsverschillen onder jongeren en naar mogelijkheden voor het bevorderen van seksuele gezondheid.
- Een inventarisatie van bestaande ervaringen en geleerde lessen in Zweden, Amsterdam en Friesland door middel van semi-gestructureerde interviews.
- De evaluatie van de drie lessen over de gezonde zwangerschap verzorgd door de verloskundige op het VMBO in Wageningen. De evaluatie bestond uit een schriftelijke vragenlijst die is ingevuld door 48 leerlingen, een interview met de docent en de verloskundige, een focus groeps gesprek met vier leerlingen, observatie tijdens de lessen en een analyse van verslagen van 24 leerlingen.

Resultaten

Voor het realiseren van de gewenste nieuwe rol voor de verloskundigen zijn tal van interne sterkten en externe kansen. Daartegenover staan ook een aantal interne zwakten en externe belemmeringen. Interne sterkten van verloskundigen voor het geven van seksuele educatie op school zijn dat zij deskundigheid, autoriteit en praktijkervaring hebben op het gebied van zwangerschap en bevalling, dat zij goed kunnen omgaan met diverse groepen mensen en dat leerlingen op scholen de lessen van de verloskundige serieus nemen. Voorts zijn verloskundige praktijken doorgaans dichtbij en gemakkelijk bereikbaar voor jongeren. Voor verloskundigen betekent de nieuwe rol dat zij zich kunnen specialiseren op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering. Interne zwakten hebben vooral te maken met competenties en werkdruk: niet alle verloskundigen hebben de vereiste didactische vaardigheden en het geven van lessen seksuele educatie komt bovenop het al bestaande takenpakket, wat kan betekenen dat zij minder aandacht hebben voor hun primaire taken.

Externe kansen gerelateerd aan de doelgroep zijn dat er veel gezondheidswinst is te behalen bij laag opgeleide jongeren, dat preventie en gezondheidsbevordering op jonge leeftijd bijdraagt aan gezondheidswinst en het verminderen van de zorgkosten en dat leerlingen interesse hebben in het

onderwerp gezond zwanger worden, de bevalling en het werk van de verloskundige. De school is een belangrijke setting voor seksuele educatie. Kansen voor scholen zijn om seksuele educatie kwalitatief te verbeteren, bijvoorbeeld door leerlingen en ouders meer te betrekken, en de lessen seksuele educatie in te bedden. Lessen over de gezonde zwangerschap zijn namelijk nog geen onderdeel is van het schoolcurriculum en van het lesprogramma Lang Leve de Liefde (LLL). Kansen voor de zorg en de wijk zijn dat de lessen van de verloskundigen eraan bijdragen dat leerlingen beter de weg vinden naar zorgvoorzieningen, dat organisaties in de wijk samenwerken en dat preventie en zorg daardoor beter op elkaar worden afgestemd. Het benutten van kansen betekent dat ook een deel van de belemmeringen aangepakt worden. Leerlingen geven aan geen behoefte te hebben aan educatie over voor hun al bekende onderwerpen, zoals roken en gezond eten. Voor scholen geldt dat de inbedding van lessen seksuele educatie als voordeel heeft dat de uitvoering van de lessen niet meer afhankelijk is van de bereidwilligheid van individuele docenten. Een belangrijke belemmering is dat het voor verloskundigen en andere stakeholders lastig en tijdrovend is om contacten met scholen te leggen en te onderhouden. Daarbij speelt dat niet alle stakeholders bij voorbaat positief zijn over een nieuwe rol van de verloskundige.

Conclusie en aanbevelingen

Het geven van seksuele educatie door verloskundigen op scholen is een nieuw en uitdagend terrein. Het sluit aan bij de deskundigheid van verloskundigen en biedt meerwaarde voor verloskundigen omdat het goed past bij de uitbreiding van de AMvB waarbij de vraag naar preventie en gezondheidsbevordering groeit. Ook is de nieuwe rol van verloskundigen een kans om de seksuele gezondheid van laagopgeleide jongeren te bevorderen. De schoolsetting lijkt hiertoe geschikt.

Voor het realiseren van de lessen seksuele educatie is de aanbeveling aan verloskundigen dat zij:

- zich scholen in didactische vaardigheden voor lager opgeleide jongeren
- de lessen voorbereiden in samenwerking met scholen (leerkrachten, ouders, leerlingen)
- aansluiten bij de behoefte van scholen en leerlingen
- rekening houden met weerstand bij scholen
- nadenken over de plaats van de les, in school of buiten de school
- beschikken over lesmaterialen
- een pool met andere verloskundigen maken om elkaar te vervangen
- contacten leggen met scholen en andere organisaties
- beginnen met lesgeven, zien doet volgen
- de lessen eenvoudig (kwalitatief en kwantitatief) evalueren.

Voor scholen en andere stakeholders op lokaal niveau:

- maak lessen over de gezonde zwangerschap onderdeel van het curriculum
- betrek ouders en leerlingen
- schakel de verloskundige in voor de gastles over de gezonde zwangerschap

De KNOV en andere landelijke organisaties:

- leer van ervaringen van zorgprofessionals in het buitenland die seksuele educatie verzorgen
- zoek aansluiting bij het bestaande lesprogramma Lang Leve de Liefde of een andere interventie
- overweeg het beïnvloeden van wet- en regelgeving voor lessen seksuele educatie op scholen
- ondersteun of bied (bij-)scholing in didactische vaardigheden
- draag zorg voor lesmateriaal en een draaiboek
- ondersteun in het opzetten en onderhouden van samenwerkingsverbanden en netwerken
- benader koepelorganisaties
- stimuleer evaluatie onderzoek van de lessen seksuele educatie op scholen
- monitor lokale initiatieven en de evaluatie ervan.

Summary

Introduction

Wageningen's midwives would like to have a more central role in the area of sexual health in Wageningen. The midwives noticed an increase in the number of pregnancies amongst teens in lower levels of education, and therefore they are motivated to become more active in this area. For that reason, they have initiated lessons about sexual health at a preparatory secondary vocational school, health education about birth control, placing IUD's and a consultation hour for people who would like to become pregnant. This extension of the midwives' professional responsibilities is in accordance with an amendment designated by order in council (AmVB). A new role for midwives fits with the vision of the Royal Dutch Organisation of Midwives (KNOV) and is encouraged by similar experiences of midwives in Amsterdam and Friesland who have organised sexual health lessons for schools in the region. There was also interest in the Swedish system, because Swedish midwives already have an extended role in promoting sexual health and giving birth control advice.

Aim

The aim of this study is to explore the strengths, weaknesses, opportunities and constraints of a new role for midwives. The following research questions were formulated:

1. What are strengths/weaknesses and opportunities/constraints of sexual health education carried out by midwives for young people with lower education?
2. What are strengths/weaknesses and opportunities/constraints of extending the professional responsibilities of midwives with regard to sexual health, and what does this mean for the responsibilities in primary health care and for society?

Method

The answers to the research questions are based on four sub-studies completed using literature research and information of the advisory board. The following sub-studies were carried out by students in Health and Society study programme in 2013 and 2014:

- Exploring the vision of stakeholders with regard to the new role of midwives based on a literature study, stakeholder analysis and questionnaires.
- A literature study about sexual health differences amongst youth and possibilities for the promotion of sexual health.
- An inventory of existing experiences and learned lessons in Sweden, Amsterdam and Friesland based on semi-structured interviews.
- An evaluation of three lessons about healthy pregnancy taught by a midwife at a preparatory secondary vocational school in Wageningen. The evaluation consisted of a written questionnaire completed by 48 pupils, interviews with the teacher and the midwife, a focus group session with 4 pupils, observation during the lessons and an analysis of reports about the lessons written by 24 pupils.

Results

There are a number of internal strengths and opportunities and external weaknesses and constraints for the new role of the midwife.

Internal strengths of midwives to educate young people on sexual health in schools are the midwives' knowledge, authority and practical experience in the area of pregnancy and delivery; the midwives' ability to associate with different groups of people and the fact that pupils take the lessons of midwives seriously.

Furthermore, the midwife is easily accessible and close-by to people. This means that midwives can specialise in prevention and health promotion. Internal weaknesses concern competencies and work pressure: Not all midwives have the required didactical skills, and the sexual education lessons come on top of their ordinary professional responsibilities, implying that they have less time for their primary tasks.

External opportunities include the fact that a great deal of health development is possible amongst young people with lower education, that prevention and health promotion at a young age contributes to general health and reduction of health care costs and that pupils have an interest in healthy

pregnancy, childbirth and the work of the midwife. The school is an important setting for sexual health education. It is an opportunity for schools to qualitatively improve sex education, for example by involving pupils and parents, and to embed the sexual education lessons. For example, lessons about healthy pregnancy are not currently part of the school's curriculum or of the national sex education programme 'Long Live Love' (LLL4). Opportunities for improving care and for the community in general are that the lessons of the midwives contribute to pupils being better able to locate and access care facilities, that organisations in the community work together and that prevention and care are better linked. To make the most of these opportunities also means addressing constraints. Pupils indicate they do not need education about subjects that they have already heard a lot about, such as smoking prevention and healthy eating. If sex education lessons are more embedded in school policies, they become less dependent on the willingness of individual teachers. Lack of time to contact schools and to build relationships is an important constraint. In addition, not all stakeholders are initially positive about the new role of midwives.

Conclusion and recommendations

Sexual education by midwives in schools is a new and challenging endeavour. It fits with the competencies of midwives and is of additional value because it corresponds with an amendment designated by order in council (AmVB) and the request for prevention and health promotion. The new role of midwives is an opportunity to promote the sexual health of young people with lower education. The school is a good setting for this.

For the lessons in schools, it is recommended that midwives:

- educate themselves in didactical skills for young people with lower education
- prepare the lessons in collaboration with the schools (teachers, parents, pupils)
- link with the needs of schools and pupils
- take into account possible opposition at schools
- think about the location of the lesson—in school or outside school
- have teaching materials available
- make a roster of midwives to be able to replace each other
- make contact with schools and other organisations
- begin with teaching—seeing promotes doing
- evaluate the lesson in a simple manner (qualitatively and quantitatively)

For schools and stakeholders on the local level:

- make lessons on healthy pregnancy part of the curriculum
- involve parents and pupils
- involve the midwife for a lesson about healthy pregnancy

The KNOV and other national organisations:

- learn from foreign experiences with care professionals who provide sexual education
- seek connection with LLL4 or another intervention
- consider influencing law and regulations concerning sexual education in schools
- support or provide training in didactical skills
- provide teaching materials and a script
- facilitate collaboration structures and networks
- approach umbrella organisations
- stimulate evaluation research of the school lessons
- monitor and evaluate local initiatives

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

De Bakermat, verloskundige praktijk in Wageningen (Kader 1), heeft de Wageningen UR Wetenschapswinkel gevraagd om onderzoek te doen naar een nieuwe rol voor de verloskundige. De verloskundigen hebben de wens om een breder pakket van diensten aan te bieden. Zij willen hun huidige taken, het begeleiden van vrouwen tijdens de zwangerschap, voor en tijdens de bevalling en direct na de geboorte, uitbreiden. De uitbreiding betreft het opnemen van preventieve taken waarmee een gezonde zwangerschap en seksuele gezondheid bevorderd wordt. Dit betekent dat de verloskundigen zich ook richten op jongeren en op vrouwen gedurende de gehele vruchtbare levensfase.

Kader 1. De Bakermat

De Bakermat is een maatschap van drie verloskundigen. De Bakermat biedt een breed pakket van diensten aan vrouwen die zwanger zijn of dat willen worden. De Bakermat biedt individuele zorg op maat, informatie avonden, kindwens spreekuren, informatie over anticonceptie en zij plaatsen spiralen. In het werk maakt de Bakermat gebruik van recente en wetenschappelijke inzichten en worden de richtlijnen en protocollen toegepast die door en/of in samenwerking met de KNOV tot stand zijn gekomen. De Bakermat ambieert innovatief te zijn op het gebied van de verloskundigenzorg (De Bakermat, 2014).

De verloskundigen in Wageningen zijn gestart met het geven van seksuele educatie op het Pantarijn in Wageningen. Het Pantarijn is een regionale scholengemeenschap, met Praktijkonderwijs (PRO), VMBO, HAVO en VWO. Het idee is dat wanneer jongeren bekend zijn met de verloskundige, zij de weg naar de verloskundige weten te vinden en dat dit bijdraagt aan een gezonde zwangerschap en gezonde seksualiteit. Het geven van de lessen seksuele educatie is onderdeel van het project 'Seksuele gezondheid' dat de Bakermat samen met de GGD Gelderland-Midden uitvoert (Kader 2).

Kader 2. Project 'Seksuele gezondheid' in Wageningen 2012-2016

In 2012 is GGD Gelderland-Midden samen met Verloskundige praktijk De Bakermat, scholengemeenschap Pantarijn, Centrum Jeugd en Gezin (CJG), jongerenwerk Solidez en MEE Veluwe gestart met het project 'Seksuele gezondheid' in Wageningen. Het doel van het project is 'Bewustwording van jongeren op het gebied van liefde en seks versterken'. Activiteiten in het project zijn onder meer het opzetten van een Soa-Sense spreekuur in Wageningen en het geven van voorlichting over de Sense website en het Sense spreekuur op scholen door medewerkers van GGD Gelderland-Midden. De verloskundigen verzorgen gastlessen over de gezonde en geplande zwangerschap in enkele VMBO klassen van het Pantarijn. De gemeente Wageningen heeft het project gesubsidieerd in het kader van het Beleid maatschappelijke ondersteuning (Gemeente Wageningen, 2012).

Aanleiding voor het verbreden van de rol van de verloskundige en de vraag naar onderzoek van de Wageningse verloskundigen is tweeledig:

1. De verloskundigen wilden graag educatie over de gezonde zwangerschap aan laagopgeleide jongeren op scholen verzorgen omdat zij ervaren dat het aantal tienerzwangerschappen in Wageningen is toegenomen, vooral bij lager opgeleide jongeren.
2. Op landelijk niveau was er sprake van een uitbreiding van het takenpakket van verloskundigen, wat per 1 september 2014 is ingegaan. De uitbreiding van het takenpakket biedt mogelijkheden voor een bredere invulling van de rol van de verloskundige, waar onder het voorschrijven en – in geval van spiralen – plaatsen van anticonceptie.

De Wageningen UR Wetenschapswinkel heeft de Leerstoelgroep Gezondheid en Maatschappij gevraagd om het onderzoek naar kansen en belemmeringen van een nieuwe rol voor verloskundigen uit te voeren (Wageningen UR Wetenschapswinkel, 2013). In 2013 en 2014 hebben studenten Gezondheid en Maatschappij verschillende deelonderzoeken uitgevoerd. Dit rapport is de eindrapportage.

In dit hoofdstuk wordt in 1.2. de toename van het aantal tienerzwangerschappen en -moeders in Wageningen toegelicht en afgezet tegen de landelijke cijfers. In 1.3. wordt de uitbreiding van taken van de verloskundigen zoals bij wet geregeld uiteengezet. In 1.4. wordt het doel van dit onderzoek uitgelegd. Tot slot wordt in 1.5 een overzicht van de verschillende deelonderzoeken gegeven.

1.2 Tienerzwangerschappen en -moeders

De verloskundigen in Wageningen hebben geconstateerd dat het aantal tienerzwangerschappen in de afgelopen jaren is toegenomen. De verloskundigen rapporteren de zwangerschappen bij vrouwen van 14 (één in 2011) tot en met 19 jaar (Tabel 1) die zij begeleiden. Vooral in 2013 was het aantal zwangerschappen volgens de verloskundigen onder tieners hoog in vergelijking met de voorgaande jaren. De cijfers van de Bakermat betreffen tieners die zwanger zijn. Het is niet altijd zo dat deze tienerzwangerschappen resulteren in een geboorte en dus tienermoeder. Het werkgebied van de Bakermat is groter dan alleen Wageningen. Cijfers over de gemeente Wageningen (Jeugdstatline CBS, 2014) betreffen een iets andere maat, namelijk tienermoeders en geven een iets ander beeld. Deze tienermoeders hoeven niet allemaal cliënt te zijn geweest bij de Bakermat.

Tabel 1. Aantal tienerzwangerschappen (14-19 jaar) gerapporteerd door de Wageningse verloskundigen (De Bakermat, Wageningen) en aantal tienermoeders (14-19 jaar) gerapporteerd door CBS (Jeugdstatline CBS, 2014).

Jaar	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Tienerzwangerschappen Wageningse verloskundigen	8	4	5	4	5	5	6	9	5	14
Tienermoeders Jeugdstatline CBS	12	8	8	10	8	5	6	6	11	8

Bij tienerzwangerschappen gaat het om het percentage tienermoeders in de leeftijd van 15 tot en met 19 jaar als percentage van het totale aantal vrouwen in de leeftijd van 15 tot en met 19 jaar. In 2012 was het percentage tienermoeders in Wageningen 0,83%. Dit percentage is hoger dan in een groep gemeenten met vergelijkbare omvang waar het percentage 0,45% is. Ook ligt het percentage in Wageningen hoger dan gemiddeld in Nederland: 0,60% in 2012 (Verweij-Jonker Instituut, 2012). Het percentage tienermoeders is in Nederland al langere tijd aan het dalen. Tussen 2004 en 2008 daalde het percentage in Nederland van rond de 1% naar 0,65%. Daarna was er lange tijd sprake van stabilisering en bleef het percentage rond die 0,65%. De meeste tienermoeders bevinden zich in gemeenten op de zogeheten 'Bible belt' waar het doorgaans niet afwijkend is om op jonge leeftijd moeder te worden. Daarnaast zijn er ook relatief veel tienermoeders onder Antilliaanse/Arubaanse meisjes (Garsen, 2008; Stetekee *et al.*, 2014).

In vergelijking met andere landen, is het percentage tienermoeders in Nederland laag. Voor Zweden geldt eveneens dat de geboortecijfers onder tienermeisjes laag zijn, terwijl voor bijvoorbeeld het Verenigd Koninkrijk geldt dat het cijfer vier keer zo hoog was in 2006 (Garsen, 2008). Eveneens is in Nederland het aantal abortussen in vergelijking met andere landen, zoals in Zweden (Kader 3) en Engeland, laag (Garsen, 2008; Stetekee *et al.*, 2014). In Nederland is het abortuscijfer gedurende de periode 2002 – 2011 vrijwel stabiel. In 2011 werd bij 8,7 van elke 1.000 vrouwen van 15 tot en met 44 jaar een zwangerschap afgebroken. Zwangere tienermeiden kiezen het vaakst voor een abortus (62%) en vrouwen in de leeftijd van 30-34 jaar het minst (6%) (Groenee *et al.*, 2013).

Kader 3. Abortussen in Zweden

Het aantal abortussen is in Zweden aanzienlijk. Ongeveer een kwart van alle zwangerschappen eindigt in een abortus. De meeste abortussen vinden plaats bij 20-24 jarige vrouwen (Danielsson et al., 2014). Onder tienermeisjes, 15-19 jaar, was het aantal in 2008 aangegeven legale abortussen 24 per 1.000, in Nederland was dit in 2009 7 per 1.000 (Garsen, 2008; CBS, 2011) en in 2011 7,9 per 1.000 (Groenee et al., 2013). In de Zweedse cultuur is de seksuele vrijheid groot. Jongeren kunnen gratis terecht bij de jeugdcentra voor soa- en zwangerschapstesten en de morning afterpil (Van Mourik, 2014).

1.3 Uitbreiding van het takenpakket van verloskundigen

Het takenpakket van de verloskundige ligt vast in de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) en bestaat uit het begeleiden van vrouwen tijdens de zwangerschap, voor en tijdens de bevalling en direct na de geboorte. De verloskundige is een medisch professional en expert op het gebied van reproductieve zorg. Eén van de taken die bij het beroep hoort is die van voorlichter en counselor. Daarbij gaat het om voorlichting geven gericht op gedragsverandering en verbeteren van de gezondheid van vrouwen. Ook levert de verloskundige een bijdrage aan campagnes voor een gezonde leefstijl (KNOV, 2006). In het takenpakket van verloskundigen wordt onderscheid gemaakt in Basis taken (cliëntgebonden zorgtaken en praktijkvoeringstaken), die door alle verloskundige praktijken worden aangeboden en in bijzondere taken, die facultatief door verloskundigen worden aangeboden (Reitsma *et al.*, 2007). Het bespreken en adviseren over anticonceptie na de kraamperiode is onderdeel van de cliëntgebonden zorgtaken (Groenen, 2009). Het takenpakket van de verloskundige is per 1 september 2014 uitgebreid met het voorschrijven van orale anticonceptie en het voorschrijven (en plaatsen) van het spiraaltje middels de Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) (Kader 4) (KNOV, 2014).

Kader 4. Uitbreiding van Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB)

Voor het uitbreiden van het takenpakket van de verloskundige heeft het Ministerie van VWS besloten dat de Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) uitgebreid kan worden. Behalve het voorschrijven van orale anticonceptie en het voorschrijven (en plaatsen) van het spiraaltje gaat het ook om de bevoegdheid om zelfstandig lachgas toe te dienen. Een andere bevoegdheid, het voorschrijven van steriele waterinjecties, was eerst ook onderdeel van de uitbreiding, maar ligt op het moment van schrijven ter toetsing bij het Zorginstituut Nederland (voorheen College voor Zorgverzekeringen) (KNOV, 2014). Het Zorginstituut geeft het Ministerie van VWS advies over de uitbreiding van de AMvB.

De wijziging van de AMvB verloskunde is onderdeel van een zogenaamde 'veegwet', waarin dingen die niet eerder bij wet geregeld zijn bij elkaar geveegd zijn (Kolkman *et al.*, 2013). Oorspronkelijk was de verwachting dat de wijziging van de AMvB per 1 juli 2013 kon ingaan, later werd dit 1 juli 2014 en uiteindelijk is het 1 september 2014 geworden (KNOV, 2013; 2014). De KNOV vraagt een tarief aan voor de uitbreiding van taken (KNOV, 2013) en heeft een scholingstraject opgezet dat bestaat uit e-learning en vaardigheidsonderwijs voor het zetten van een spiraaltje (KNOV, 2014). In de e-learningmodule staan kennis, voorlichting en counseling centraal.

Sinds 2008 zijn verloskundigen bevoegd tot het plaatsen van een spiraal. Er zijn al verloskundigen die dit doen, echter, het voorschrijven van anticonceptie kan pas vanaf 1 september 2014. Tot die tijd konden verloskundigen onderhandelen met zorgverzekeraars over vergoedingen (Kolkman *et al.*, 2013).

In 2007 heeft onderzoek plaats gevonden onder verloskundigen naar anticonceptie zorg door verloskundigen (Van Schuppen *et al.*, 2007). Het merendeel (92,4%) van de 290 eerstelijns verloskundigen die een vragenlijst hebben ingevuld vindt dat anticonceptiezorg past in het takenpakket van de verloskundigen. De meeste verloskundigen willen naast het voorschrijven van anticonceptiemiddelen ook spiraaltjes plaatsen en daarmee anticonceptiezorg aanbieden aan alle vrouwen in de vruchtbare leeftijd. Een minderheid beperkt zich liever tot het alleen geven van informatie, voorlichting en advies, en voor een deel ook voorschrijven van anticonceptiemiddelen (Van Schuppen, 2007).

Een bredere invulling van anticonceptiezorg door verloskundigen wordt ondersteund door wetgeving gericht op het beter laten aansluiten van het eerstelijns aanbod bij de burgers en hun zorgvraag en het beperken van het aantal onderlinge verwijzingen (Van Schuppen *et al.*, 2007). Bovendien wordt in de wet uitgegaan van functiegerichte in plaats van beroepsgerichte beschrijvingen (Van Schuppen *et al.*, 2007, p. 13). Een bredere anticonceptiezorg sluit ook aan bij de visie van de KNOV: 'Verloskundigen kunnen betere zorg aan zwangeren, barenden en kraamvrouwen geven.' (Kolkman *et al.*, 2013, p. 8; KNOV, 2014). De KNOV heeft het standpunt anticonceptie voor verloskundigen ontwikkeld (KNOV site v.a. september 2014), wat gebaseerd is op de standaard anticonceptie van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) (Brand *et al.*, 2011).

1.4 Doel onderzoek

De ambitie van de verloskundigen van de Bakermat is om 'het gezicht' te worden op het gebied van seksuele gezondheid in Wageningen. Om deze reden zijn zij gestart met het geven van educatie over de gezonde zwangerschap aan laagopgeleide jongeren.

Een nieuwe rol voor de verloskundige met daarin een taakuitbreiding, gaat samen met zowel kansen als belemmeringen. Dit geldt zowel voor het geven van seksuele educatie aan laagopgeleide jongeren als voor het oppakken en inbedden van de nieuwe rol in het bredere gezondheidssysteem en in de maatschappij. Om hierop goed voorbereid te zijn, is inzicht nodig in de sterkten en zwakten in de interne omgeving van verloskundigen en in kansen en belemmeringen in de externe omgeving van verloskundigen. Om dit inzicht te verkrijgen, zijn voor deze eindrapportage de volgende twee onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Wat zijn sterkten/zwakten en kansen/belemmeringen voor het verzorgen van educatie over seksuele gezondheid aan laagopgeleide jongeren door verloskundigen?
2. Wat zijn sterkten/zwakten en kansen/belemmeringen voor het verbreden van de taken rondom seksuele gezondheid voor verloskundigen zelf en wat betekent dit voor de eerstelijns gezondheidszorg en voor de maatschappij?

Het onderzoek is toegespitst op de Verloskundige Praktijk De Bakermat in Wageningen. De resultaten zijn ook bruikbaar voor andere verloskundige praktijken. De KNOV kan op basis van de resultaten richtlijnen en aanbevelingen opstellen en ondersteuning bieden bij een eventuele uitbreiding van het takenpakket van verloskundigen.

1.5 Deelonderzoeken

Dit eindrapport is gebaseerd op de rapportages van vier deelonderzoeken. De deelonderzoeken zijn uitgevoerd door studenten Gezondheid en Maatschappij in 2013 en 2014. Voor de eindrapportage zijn de deelonderzoeken geanalyseerd op kansen en belemmeringen voor respectievelijk seksuele educatie op scholen (onderzoeksvraag 1) en de verbreding van de taken in het werkveld (onderzoeksvraag 2). Daarnaast is een telefonisch gesprek geweest met een medewerker van de GGD Gelderland-Midden en is literatuur bestudeerd om de resultaten van deelonderzoeken aan te vullen en in een breder kader te plaatsen. Het ging hierbij om literatuur over het Zweedse zorgsysteem (waar verloskundigen al een bredere rol vervullen) en over seksuele educatie op scholen. Daarnaast is de databank van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) gebruikt om inzicht te krijgen in bestaande educatieprogramma's over seksuele gezondheid. Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen in gebruik gemaakt van een SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities & Threats) analyse. Dit betekent dat enerzijds wordt gekeken naar sterkten en zwakten (intern) en kansen en belemmering (extern). De vier deelonderzoeken, de gebruikte methoden in deze deelonderzoeken en de bijdrage aan dit eindrapport zijn hieronder kort toegelicht.

Verkenning

Het eerste deelonderzoek 'A new role for the midwife in the Netherlands' (Otten *et al.*, 2013) kan gezien worden als een verkenning van de mogelijkheden voor een nieuwe rol van de verloskundigen. Hierbij is gekeken naar enerzijds de factoren die van belang zijn voor educatie over seksuele gezondheid onder jongeren en anderzijds naar de mening van verschillende stakeholders (belanghebbenden) over deze nieuwe rol van verloskundigen.

Er is literatuuronderzoek gedaan, er is een stakeholder analyse uitgevoerd en er zijn schriftelijke vragenlijsten afgenomen en interviews gedaan. Op landelijk niveau heeft een medewerker van Sense (centrum voor seksuele gezondheid) een vragenlijst ingevuld. Een GGD-medewerker en tevens regionale vertegenwoordiger van Sense heeft een vragenlijst ingevuld. In Wageningen heeft één huisarts de schriftelijke vragenlijst beantwoord. Mondelinge interviews zijn gehouden met de verloskundigen van de Bakermat, een gemeentebestuurder, met twee leraren van twee verschillende basisscholen (groep 8) en met een leraar biologie en een leraar verzorging van een middelbare school (Pantarijn).

De verkenning geeft een beeld hoe verschillende stakeholders in Wageningen aankijken tegen een nieuwe rol voor de verloskundige en draagt daarmee bij aan de beantwoording van de tweede onderzoeksvraag.

Seksuele gezondheidseducatie aan laag opgeleide jongeren

Het tweede deelonderzoek 'Seksuele gezondheidsbevordering voor jongeren' betrof een literatuuronderzoek naar seksuele gezondheidsverschillen onder jongeren en naar mogelijkheden om seksuele gezondheidseducatie op scholen te bevorderen (Van Dick, 2013).

Er is literatuur gezocht in wetenschappelijke databases (Scopus en Google Scholar) en in databanken van verschillende organisaties: Soa Aids, Rutgers WPF, Loket Gezond Leven (RIVM), CBS en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO).

Deze resultaten worden gebruikt voor het beantwoorden van de eerste onderzoeksvraag.

Seksuele educatie door verloskundigen

Het deelonderzoek 'Seksuele educatie door verloskundigen: Aanbevelingen voor het evalueren van een pilot' (Van Mourik, 2014) betrof een inventarisatie van bestaande ervaringen en geleerde lessen in Zweden en in Amsterdam en Friesland waar al geëxperimenteerd is met een nieuwe rol voor verloskundigen. Daarnaast is een opzet ontwikkeld voor de evaluatie van de lessen seksuele gezondheidseducatie op het Pantarijn in Wageningen.

In Zweden zijn in totaal vijf interviews met negen personen gehouden: drie leraren, twee verloskundigen die werken bij een jeugdcentrum, twee verloskundigen die werken bij een organisatie voor seksuele educatie, een leraar van de opleiding voor verloskundigen en de vicepresident van de vakvereniging voor verloskundigen. In Nederland is met drie experts gesproken over de evaluatie van seksuele gezondheidseducatie: een verloskundige van de Bakermat, een medewerker van de GGD en een medewerker van de KNOV.

Dit onderzoek beantwoordt een deel van beide onderzoeksvragen.

Evaluatie van de lessen op de VMBO-school

In het deelonderzoek 'The new role of the midwives. Effective sustainable sexual health education in a school setting' is de evaluatie van drie lessen seksuele educatie verzorgd door een Wageningse verloskundige beschreven en zijn aanbevelingen gedaan voor het vervolg (Van der Bult *et al.*, 2014). Voor het evalueren van deze lessen over seksuele gezondheid zijn vooraf en na de les schriftelijke vragenlijsten onder de leerlingen afgenomen, is een interview gehouden met de docent en de verloskundige, is een focusgroep gehouden met vier leerlingen en er is geobserveerd tijdens de lessen. Daarnaast zijn de verslagen die leerlingen naar aanleiding van de les moesten schrijven geanalyseerd. In dit onderzoek is ook gekeken hoe seksuele educatie ingebed kan worden op een school. Hiertoe is literatuur over gezondheidsbevordering op scholen bestudeerd en zijn beleidsdocumenten van het Pantarijn geraadpleegd.

Het deel over de evaluatie van de lessen draagt bij aan het beantwoorden van de eerste onderzoeksvraag. Het deel over de inbedding op scholen, draagt bij aan de tweede onderzoeksvraag.

1.6 Dit rapport

Dit eindrapport is opgebouwd rondom de twee onderzoeksvragen. In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op het geven van seksuele educatie op scholen door verloskundigen. In hoofdstuk 3 worden sterkten/zwakten en kansen/belemmeringen in kaart gebracht voor een nieuwe rol voor de verloskundigen. In hoofdstuk 4 wordt het SWOT schema gepresenteerd en een discussie over wat dit betekent voor een mogelijke nieuwe rol voor verloskundigen. Het rapport sluit af met conclusies en aanbevelingen.

2 Seksuele gezondheidsverschillen en educatie

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de sterkten/zwakten en kansen/belemmeringen voor het geven van seksuele educatie op scholen door verloskundigen.

Allereerst wordt in 2.2. ingegaan op seksuele gezondheidsverschillen onder jongeren en hun behoefte aan kennis en vaardigheden. In 2.3. wordt uiteengezet wat scholen al doen aan seksuele gezondheid, welke interventies er opgenomen zijn in de databank en wat er bekend is over de effectiviteit van de inspanningen op dit terrein. Hierbij wordt zowel gekeken naar de regelgeving en het curriculum van scholen als naar het aanbod van educatie programma's zoals bekend bij het Nederlands Instituut voor de Jeugd en het Loket Gezond Leven van het RIVM. Ook wordt geput uit de ervaringen in het buitenland, zoals beschreven in de literatuur. In 2.4. wordt beschreven hoe seksuele educatie door verloskundigen gegeven wordt in Zweden. Ook wordt beschreven wat in Nederland op dit terrein is gebeurd zover bekend. Verloskundigen in Amsterdam en Friesland hebben al ervaring met het verzorgen van seksuele educatie op scholen. Dit betrof educatie over gezond en bewust zwanger worden voor groepen jongeren en vrouwen met een lage opleiding. In 2.5 wordt uitgelegd hoe de lessen seksuele educatie in Wageningen zijn verlopen en wat de lessen hebben opgeleverd. Tot slot, in paragraaf 2.6, worden de bevindingen uit dit hoofdstuk samengevat en de tussentijdse conclusies op een rijtje gezet.

2.2 Seksuele gezondheid van jongeren: verschillen en behoefte aan kennis en vaardigheden

Het onderzoek 'Seks onder je 25^e 2012' (De Graaf *et al.*, 2012) naar de seksuele gezondheid van jongeren in Nederland laat zien dat er grote verschillen zijn tussen groepen jongeren. Opleiding, leeftijd, afkomst en religie spelen hierbij een belangrijke rol. Laag opgeleide jongeren zijn seksueel actiever dan hoog opgeleide jongeren, en hebben minder kennis van seksualiteit, voortplanting, anticonceptie en soa's. Laagopgeleide jongeren krijgen vaker te maken met zwangerschap, zowel gepland als ongepland, en hebben vaker te maken met grensoverschrijdend seksueel gedrag dan hoger opgeleide jongeren. Jonge starters gebruiken vaker geen anticonceptie (De Graaf *et al.*, 2012). Bijna 1 op de 4 VMBO leerlingen gebruikt bij de eerste keer seks geen anticonceptie in 2002 (Vanweesenbeeck *et al.*, 2003).

Religie en cultuur hebben een grote rol in de kennis en gedrag. Zo gebruiken Christelijke meisjes en Islamitische, Surinaamse en Antilliaanse jongens en meisjes vaker geen anticonceptie bij de eerste geslachtsgemeenschap dan andere groepen jongeren. Islamitische jongens en meisjes praten minder vaak met hun ouders over seksualiteit en relaties en krijgen van hun ouders minder vrijheid in de keuze voor de partner, het hebben van seks en het gebruiken van anti-conceptie. Jongens van Antilliaanse afkomst hebben relatief veel verschillende sekspartners (De Graaf *et al.*, 2012). Hoewel er duidelijke verschillen zijn tussen groepen jongeren, geven vrijwel alle Nederlandse jongeren zelf aan geen behoefte te hebben aan meer informatie (De Graaf *et al.*, 2012). Dit betekent niet dat zij voldoende kennis en vaardigheden hebben. Uit onderzoek blijkt dat jongeren niet altijd de juiste informatie hebben en niet weten waar zij terecht kunnen voor bijvoorbeeld een soa-test (De Graaf *et al.*, 2005; 2012). Tussen jongeren zijn er grote verschillen als het gaat om de behoefte aan informatie. Laagopgeleide jongeren hebben minder kennis over seksuele gezondheid dan hoog opgeleide jongeren (De Graaf *et al.*, 2012). Bij sommige jongeren is de kennis over anticonceptie gebrekkig en zijn er misvattingen over anticonceptie (Neef & Van Dijk, 2010). Jongeren geven aan andere informatie te willen dan op scholen gegeven wordt, bijvoorbeeld over relaties en positieve seksualiteit (Kuyper *et al.*, 2011), over zwangerschap en kinderen krijgen (De Graaf *et al.*, 2005) en over homoseksualiteit (De Graaf *et al.*, 2012).

Ook in buitenlands onderzoek komt naar voren dat jongeren zoeken naar informatie over seksualiteit. In een onderzoek naar online fora over seksualiteit onder jongeren (Cohn & Richters, 2013) is gevonden dat jongeren informatie zoeken over onder andere menstruatie, over hoe soa's worden overgedragen, over de symptomen die duiden op een zwangerschap en over 'normale' seksualiteit. Cohn & Richters (2013) en ook Tolman & McClelland (2011) schrijven dat de behoeften van jongeren vaak verondersteld zijn en niet op basis van onderzoek zijn vastgesteld.

Behalve kennis ontbreekt het jongeren ook aan vaardigheden. Een vaardigheid die bij vooral bij jonge jongeren, niet-westerse jongeren en islamitische jongeren ontbreekt, is het praten over wensen en grenzen en het consequent gebruiken van anticonceptie (Van Dick, 2013).

Voor effectieve seksuele gezondheidsbevordering is het van belang om te weten hoe jongeren seksuele gezondheidskeuzes maken. Van Dick (2013) heeft een veel gebruikt model in Nederland, het seksuele interactiecompetentie (SIC) model (Vanwesenbeeck *et al.*, 1999) op basis van haar literatuurstudie aangepast (zie Bijlage 1). Het bevorderen van de seksuele interactiecompetentie wordt bijvoorbeeld in het Nederlandse lespakket Lang Leve de Liefde (LLL) gedaan door het trainen van jongeren in vaardigheden die van belang zijn met betrekking tot het aangaan van relaties, het veilig vrijen en het gebruik van anticonceptie (Nederlands Jeugdinstituut, 2014).

2.3 Educatie over seksuele gezondheid op scholen

2.3.1 Seksuele educatie op scholen in Nederland

De school is een belangrijke setting waar jongeren informatie en vaardigheden opdoen rondom veilige seks, communicatie over seks en het omgaan met relaties. In Nederland kunnen scholen en leraren autonoom beslissen of en welke educatieprogramma's zij gebruiken. Voor de onderbouw van het voortgezet onderwijs zijn in 2012 de kerndoelen onderbouw op het gebied van seksualiteit en seksuele diversiteit aangepast (Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden 470, 2012). Voor die tijd waren er binnen de 58 kerndoelen geen expliciete richtlijnen voor seksuele en relationele vorming geformuleerd (Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden 316, 2006; Van de Bongardt *et al.*, 2009). In de aangepaste kerndoelen is vastgelegd dat leerlingen respectvol leren om gaan met seksualiteit en met diversiteit binnen de samenleving, waaronder seksuele diversiteit. De scholen kunnen de aangepaste kerndoelen naar eigen inzicht concreet uitwerken, bijvoorbeeld in vakken, in projecten of als specifieke voorlichtingactiviteit (Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden 470, 2012). Dit betekent dat scholen en leraren autonoom kunnen beslissen of en welke educatieprogramma's zij gebruiken.

Seksuele en relationele vorming is geen apart vak, maar wordt gegeven door de mentoren en/of behandeld als thema binnen andere vakken. Het gaat hierbij voornamelijk om de vakken biologie en verzorging, en deels bij maatschappijleer (Van de Bongardt *et al.*, 2009, p. 61; Lewis & Knijn, 2002, 2003). Daarnaast kan seksuele educatie een onderdeel vormen van de nieuwere leergebiedvakken zoals 'mens en natuur' en 'mens en gezondheid', waarin de vakken biologie en verzorging worden gecombineerd. De invulling van seksuele educatie verschilt per vak en hangt sterk samen met of docenten zijn opgeleid voor het geven van seksuele en relationele vorming. Uit de literatuur komt naar voren dat docenten bepaalde competenties nodig hebben om seksuele educatie te geven (Van de Bongardt *et al.*, 2009). Het geven van de lessen door andere professionals dan de docenten van de school wordt zover bekend in de Nederlandse literatuur niet genoemd.

2.3.2 Programma's en bestaande interventies

In de databank van het Loket Gezond Leven (www.loketgezondleven.nl) zijn 29 aanbevolen en goed beschreven interventies seksuele gezondheid opgenomen. Van deze interventies zijn er 12 gericht op het voortgezet onderwijs, waarvan VMBO scholen onderdeel kunnen zijn. Bij deze 12 interventies zijn interventies die zich alleen op MBO scholen richten (doelgroep ouder dan 16 jaar) niet meegeteld. Zeven interventies zijn als goed beschreven beoordeeld door de deelcommissie jeugdgezondheidszorg, preventie en gezondheidsbevordering, waaronder het lespakket Lang Leve de Liefde (LLL).

LLL is één van de meest gebruikte programma's op Nederlandse scholen: meer dan 50% van de VMBO scholen heeft het programma gekocht (Nederlands Jeugdinstituut, 2014). De laatste update is 'Lang Leve de Liefde 4' (LLL4), ontwikkeld door SOA Aids Nederland (Kader 5). In één van de lessen wordt de zwangerschap samen met soa's behandeld. Het gaat hierbij om de biologische aspecten en de preventie van zwangerschap en soa's. Een extra les genoemd 'Zwanger en dan' wordt momenteel ontwikkeld. Het doel van deze extra les is om te laten zien wat het betekent om tienermoeder te zijn. De GGD Gelderland-Midden, waar Wageningen onder valt, adviseert het gebruik van LLL4 aan scholen en ondersteunt scholen met de implementatie van lessen seksuele gezondheidseducatie (M. Bonjour, persoonlijke communicatie 24 juli 2014).

Kader 5. Lang Leve de Liefde 4

Lang Leve de Liefde 4 (LLL4) heeft als centraal doel het bevorderen van de seksuele gezondheid en het voorkómen van ervaringen met grensoverschrijdend gedrag, ongewenste zwangerschap en soa/hiv besmetting. Met het lespakket worden leerlingen ondersteund in een prettige, gewenste, en veilige ontwikkeling. De eerste versie van LLL is 24 jaar geleden ontwikkeld en sindsdien verschillende malen verbeterd tot LLL4. Hierin zijn behoeften en ervaringen van leerlingen en docenten zoals in verschillende onderzoeken naar voren komt verwerkt. Het LLL4 is door de deelcommissie jeugdgezondheidszorg, preventie en gezondheidsbevordering beoordeeld als 'effectief volgens goede aanwijzingen' (Nederlands Jeugdinstituut, 2014).

LLL4 is bedoeld voor leerlingen in de leeftijd van 13-15 jaar. Het gaat om leerlingen in de tweede klas van het voortgezet onderwijs: praktijkonderwijs, VMBO basis beroep, VMBO, havo of vwo en desgewenst het speciaal voortgezet onderwijs. Het programma bestaat uit een lespakket van zes op elkaar volgende en aansluitende lessen van een uur, met daarin 26 leeractiviteiten. Het lespakket is gericht op het veranderen van kennis, risicoperceptie, attitude, subjectieve normen, eigen effectiviteit en intentie met betrekking tot gedragingen. De werkvormen zijn gebaseerd op leertheorieën en sociale leertheorie. Leerlingen worden geactiveerd om de informatie actief te verwerken en toe te passen op zichzelf, door bijvoorbeeld invuloefeningen. Het lespakket wordt gegeven door docenten biologie of verzorging of door de mentor. LLL4 bestaat uit een handleiding voor leraren, een leerlingenboekje en een video (Nederlands Jeugdinstituut, 2014).

2.3.3 Evaluatie van seksuele educatie op scholen

In het algemeen is er nog weinig onderzoek gedaan naar kwaliteit en effectiviteit van seksuele en relationele vorming binnen het Nederlandse voortgezet onderwijs (Van der Bongardt *et al.*, 2008) en naar de implementatie ervan (Schutte *et al.*, 2014a).

Hoewel seksuele en relationele vorming geen apart vak is en de richtlijnen beperkt zijn, laat het beperkte onderzoek wat er wel is, zien dat er op Nederlandse scholen wél aandacht aan wordt besteed. Het onderzoek 'Seks onder je 25e' (De Graaf *et al.*, 2005) toont aan dat 93% van de jongeren informatie over seksualiteit ontvangt op school. Volgens de jongeren is de informatie niet altijd voldoende, een kwart van de jongeren geeft aan dat de school te weinig informatie geeft. In vergelijking met bijvoorbeeld Engeland, is het Nederlandse onderwijs over seksuele gezondheid meer expliciet, pragmatisch, compleet en samenhangend en wordt seksualiteit bespreekbaar gemaakt. In Nederland wordt seksuele educatie minder vanuit het denken in risico's benaderd en meer als normaal en positief opgevat (Lewis & Knijn, 2001; Lewis & Knijn, 2003; Weaver *et al.*, 2005). Hoewel causale relaties niet kunnen worden aangetoond, wordt in de literatuur gesuggereerd dat een meer liberaal beleid rondom seksuele educatie gerateerd is aan gunstiger statistieken over seksuele gezondheid, waaronder zwangerschappen en geboorten bij tienermoeders (Weaver *et al.*, 2005). Anderzijds wordt aangegeven dat de educatie op scholen beperkt is tot 'technische informatie en waarschuwingen' en nogal seksespecifiek is (De Neef & Van Dijk, 2010, samenvatting).

Het programma Lang Leve de Liefde (LLL) is één van de weinige programma's in Nederland dat uitgebreid is geëvalueerd, waaronder een onderzoek naar gedrag en attitudes van VMBO leerlingen (Vanweesenbeeck *et al.*, 2003), een proces- en effectevaluatie in 2013 (Van Empelen, 2013) en twee evaluaties van de implementatie onder docenten, één in 2005 (Wiefferink *et al.*, 2005) en één in 2014 (Schutte *et al.*, 2014a). Ook is de ondersteuning vanuit de GGD bij de implementatie van LLL onderzocht (Schutte *et al.*, 2014b).

Het onderzoek naar gedrag en attitudes op het terrein van seksualiteit en seksuele risico's is uitgevoerd in de onderbouw van het VMBO (n=1590). De leerlingen zijn gemiddeld 14 jaar en 2 maanden en lopen volgens de auteurs een aanzienlijk seksueel risico. Het pakket LLL is effectief volgens het onderzoek, hoewel het beïnvloeden van gedrag en het behoud van veranderingen op de lange termijn met een pakket van zes lessen moeilijk is te realiseren (Vanweesenbeeck *et al.*, 2003). De procesevaluatie uit 2013 is onderdeel van de effectevaluatie, uitgevoerd onder leerlingen van het tweede leerjaar Voortgezet Onderwijs: VMBO, HAVO en VWO (59 scholen, n=5480). Het onderzoek met een quasi-experimenteel design was gerandomiseerd over twee experimentele groepen en een controle groep. De experimentele groepen kregen het LLL4+ lespakket met e-coaching voor docenten of het lespakket LLL4 zonder e-coaching voor docenten.

De procesevaluatie is uitgevoerd door het opnemen van procesvragen in de eerste nameting (n=3762, 44 scholen). De experimentele groepen krijgen meer seksuele educatie dan de controle groep, waarbij de groep met coaching het beste lijkt te scoren. Gegevens van de docenten in de controle groep laat zien dat docenten die LLL niet gebruiken wel zelfgemaakte lessen over seksuele educatie geven of andere lespakketten gebruiken.

Voor de effectevaluatie zijn de determinanten kennis, risicoperceptie, attitude, subjectieve normen en eigen effectiviteit gemeten met een vragenlijst vooraf aan de interventie (n=4623, 53 scholen), direct na afloop van de interventie (n=3762, 44 scholen) en 6 tot 8 maanden later (2151, 34 scholen).

Significante positieve effecten op de korte termijn zijn gevonden voor 8 van de 16 primaire uitkomstmaten: kennis over seksuele gezondheid, soa risicoperceptie, attitude, subjectieve norm, eigeneffectiviteit en intentie met betrekking tot condoomgebruik en attitude en subjectieve norm met betrekking tot pilgebruik. Eén uitkomstmaat, condoom-intentie, was op de lange termijn nog steeds significant. De meeste verbetering in kennis en gedrag wordt geboekt bij meisjes en bij HAVO en VWO leerlingen zonder seksuele ervaringen (Van Empelen, 2013).

Wiefferink en collega's (2005) hebben onderzocht hoe docenten het programma LLL uitvoeren. De docenten in het onderzoek (n=109) voeren de meeste activiteiten (81%) van het lesprogramma uit. In het recentere onderzoek van Schutte *et al.*, (2014a) is dit percentage iets lager, de meeste leraren in het onderzoek (n= 130) voeren twee derde van het programma uit. De opvattingen die leraren hebben over het curriculum en het hebben van een training in seksuele educatie zijn bepalend voor het geven van seksuele educatie. Daarnaast zijn er een aantal externe factoren van belang zoals condities die structurele inbedding in een school mogelijk maken, bijvoorbeeld schoolbeleid dat de interventie ondersteunt (Schutte *et al.*, 2014a).

Het onderzoek van Schutte *et al.*, (2014b) concludeert dat de implementatie van gezondheidsbevorderende programma's ondersteuning behoeft, en dat deze vaak door de GGD geboden wordt. Barrières voor het gebruiken van LLL op scholen zijn onder meer dat de uitvoering afhankelijk is van één of enkele docenten, vooral biologiedocenten en mentoren, dat docenten vaak tijdgebrek hebben en overbelast zijn en dat in veel gemeenten seksuele gezondheid geen speerpunt is en niet is opgenomen in de Gemeentelijke Nota.

Onderzoeken uit het buitenland geven soortgelijke resultaten. Een interessant verschil is dat de seksuele educatie vaak niet altijd door de docent op school wordt gegeven, maar (ook) door andere professionals. Heel vaak is dit een schoolverpleegkundige (Hayter *et al.*, 2012). Ook kunnen de lessen gegeven worden door studenten medicijnen die een training hiertoe hebben gehad of door verloskundigen, zoals in Zweden (Kader 6).

Kader 6. Voorbeelden van de opbrengst van seksuele educatie in het buitenland

Voorbeelden van onderzoek uit het buitenland naar de effecten van seksuele educatie op scholen zijn een Zweedse studie onder studenten van gemiddeld 17 jaar (Larsson *et al.*, 2006) en een studie in Texas, de Verenigde Staten onder 788 studenten waarvan de meesten 14 of 15 jaar oud (Realini *et al.*, 2010). De Zweedse interventie had tot doel om de kennis, attitude en (intentie tot) gedragsverandering van condoomgebruik en anticonceptie te verbeteren. De interventie bestond uit vier lessen, waarvan de eerste les wordt gegeven voor een verloskundige en de drie andere lessen door studenten geneeskunde die hiertoe getraind zijn. De Zweedse studenten ontvingen een kaart waarmee ze vrij condooms konden verkrijgen en kregen de contactgegevens van de verloskundige voor een consult over anticonceptie. In totaal hebben 326 studenten meegedaan aan de voor- en nameting. Volgens de auteurs zijn de geboekte successen, zoals het zelfvertrouwen om condooms te kopen, toe te schrijven aan de uitgebreide groepsdiscussies en de beschikbaarheid van gratis condooms. De verwachting was dat de leerlingen als gevolg van de educatie regelmatig gebruik gaan maken van voorzieningen zoals het Jeugdcentrum (Larsson *et al.*, 2006).

De Texaanse interventie 'Big Decisions' was gericht op seksuele onthouding als de meest gezonde keuze en op condoom- en anticonceptiegebruik. De interventie bestaat uit 10 lessen met veel interactie en wordt gegeven door gezondheidsbevorderaars van buiten de school. In totaal hebben 788 studenten aan de voor- en nameting meegedaan. Positieve veranderingen in zowel houding als gedrag zijn geboekt voor onthouding, soa's en condoomgebruik (Realini *et al.*, 2010).

In veel onderzoeken naar de effectiviteit van gezondheidsbevordering komt naar voren dat interventies met een positieve insteek effectiever zijn dan interventies met een negatieve benadering. Immers, seksuele gezondheid behelst meer dan alleen het voorkomen van negatieve aspecten zoals seksueel geweld, ongewenste zwangerschap en soa's. Voor een goede seksuele gezondheid zijn ook het kunnen aangaan van positieve, plezierige en respectvolle seksuele ervaringen en relaties van belang. Een positieve insteek kan ertoe bijdragen dat jongeren zich meer betrokken voelen bij het onderwerp (Kuyper *et al.*, 2011). Wanneer de nadruk ligt op risico's geeft dit spanning bij jongeren over wat van hen (cultureel) verwacht wordt en wat zij zelf ervaren (Russel, 2005). Veel interventies hebben al (deels) een positieve benadering en een punt van aandacht is hoe de balans tussen aandacht voor positieve en negatieve kanten het best kan liggen in interventies en onderzoek (Kuyper *et al.*, 2011; Russel, 2005; Tolman en McClelland, 2011).

Een artikel waar veelvuldig naar gerefereerd wordt in de literatuur over seksuele gezondheidseducatie, ook door LLL4 (Nederlands Jeugdinstuut, 2014), is de uitgebreide reviewstudie van Kirby (2004) naar de impact van 83 seks en HIV educatie programma's uit de hele wereld. Kirby heeft op basis van de review de kenmerken van effectieve programma's op een rijtje gezet. Van Dick (2013) heeft deze kenmerken aangevuld met bevindingen uit haar literatuuronderzoek (Kader 7).

Kader 7. Kenmerken van effectieve interventies (Van Dick (2013), gebaseerd op Kirby (2004))

1. Heldere doelen.
2. Theoretische onderbouwing.
3. Actieve betrokkenheid van jongeren zelf.
4. Positieve benadering.
5. Gericht op versterken van seksuele interactiecompetentie.
6. Afgestemd op leeftijd, geslacht, ervaring, cultuur.
7. Concrete en heldere informatie.
8. Lange termijn aanpak.
9. Getrainde voorlichters.
10. Een stimulerende en veilige omgeving.
11. Het (gratis) verstrekken van condooms.

2.4 Educatie over seksuele gezondheid door verloskundigen

2.4.1 Seksuele educatie door verloskundigen in Zweden

In Zweden is educatie over seksuele gezondheid onderdeel van het werk van de verloskundigen werkzaam bij de jeugdcentra. De lessen door de verloskundige worden in de regel gegeven op het jeugdcentrum (Kader 8).

Kader 8. Jeugdcentra in Zweden

De Jeugdcentra zijn in 1970 gestart om gratis zorg te verlenen aan zwangere tieners. In 2007 waren er in Zweden 277 jeugdcentra. De jeugdcentra zijn goed geëquipeerd en toegankelijk en worden aangestuurd door de gemeenten (Danielsson *et al.*, 2012). Het doel van de jeugdcentra is het bevorderen van de lichamelijke en mentale gezondheid van jongeren zodat zij in staat zijn om om te gaan met hun seksualiteit en zwangerschappen en Soa's kunnen voorkomen (FSUM, 2002). De jeugdcentra richten zich op jongeren van 12 tot 23 jaar. In de leeftijd van 16 tot 26 jaar bezocht 23% van de vrouwen en 4% van de mannen de afgelopen drie maanden een jeugdcentrum (Danielsson *et al.*, 2012).

In de jeugdcentra kunnen naast verloskundigen ook maatschappelijk werkers, psychologen, huisartsen, gynaecologen en dermatologen werkzaam zijn. Het aantal verloskundigen en andere professionals hangt af van de grootte van het jeugdcentrum. 'The Swedish Society for Youth Centres' (FSUM) behartigt de belangen van professionals, draagt bij aan de ontwikkeling van expertise op het gebied van seksuele educatie en ondersteunt professionals bijvoorbeeld door het geven van trainingen.

Jongeren kunnen een afspraak maken of langskomen tijdens de inloopspreekuren. Jongeren komen vooral langs voor anticonceptie, soa-testen en soa-behandelingen, zwangerschapstesten, de morning-afterpil en vragen over seksualiteit, liefde en relaties. Verloskundigen hebben de mogelijkheid om op eigen initiatief projecten te starten en samen te werken met scholen, sportverenigingen etc. (Van Mourik, 2014).

In Zweden maakt seksuele educatie sinds 1955 onderdeel uit van het curriculum van scholen. Het vak seksuele educatie is verplicht, leerlingen worden getoetst en krijgen een cijfer voor dit vak. Het vak wordt verzorgd door reguliere docenten, meestal biologie of natuurkunde docenten. Scholen kunnen zelf de inhoud van de lessen bepalen. In 2004 bracht een enquête aan het licht dat slechts 6% van de leraren getraind is in het geven van seksuele educatie (Danielsson *et al.*, 2012). De Zweedse overheid heeft naar aanleiding hiervan training in seksuele educatie aan leerlingen van 10 tot 13 jaar verplicht gesteld. Scholen kunnen de lokale jeugdcentra vragen voor aanvullende lessen seksuele educatie door een verloskundige. De 14-15 jarige leerlingen bezoeken voor de les het jeugdcentrum (Kånåhols *et al.*, 2011). Dit gebeurt één of tweemaal per jaar, afhankelijk van de afspraken tussen de school en het jeugdcentrum. De verloskundigen verzorgen een specifieke les seksuele educatie, die zij naar behoefte aanpassen. Soms worden bijvoorbeeld aparte lessen voor jongens en voor meisjes gegeven. De leraar van de school is niet aanwezig bij de les, zodat leerlingen zich niet geremd voelen. De leerlingen maken op deze manier kennis met het jeugdcentrum en weten zo waar zij terecht kunnen met individuele vragen over seksuele en reproductieve gezondheid (Van Mourik, 2014).

Uit een evaluatiestudie van de jeugdcentra in Zweden (Kånåhols *et al.*, 2011) blijkt dat jongeren de lessen door professionals van het jeugdcentrum, waaronder de verloskundige, waarderen. De lessen zijn complementair aan de lessen op school. De jongeren bleken te worden bevestigd in de kennis die zij al hadden en leerden nieuwe dingen over soa's en anticonceptie. De verloskundige was niet veroordelend, wekte vertrouwen door haar expertise en ervaring, waardoor een ontspannen sfeer ontstond. De jongeren gaven aan het belangrijk te vinden dat de verloskundige ontspannen is, kennis heeft en gevoel voor humor. De educatie van de verloskundige bleek de voorkeur te hebben boven educatie door de eigen docent, omdat hij/zij zich vaak ongemakkelijk bleek te voelen bij het praten over seks en relaties. De geïnterviewde Zweedse verloskundigen in het onderzoek van Van Mourik (2014) bevestigen het beeld van de verloskundige als professional en bondgenoot. Dit heeft als bijkomend voordeel dat verloskundigen hun bijdrage als betekenisvol en leuk ervaren.

Hoewel de jeugdcentra goed toegankelijk zijn, zijn er ook kanttekeningen. Het geven van educatie komt in het gedrang wanneer er andere werkzaamheden zijn, bijvoorbeeld als gevolg van een chlamydia epidemie: de medewerkers richten zich dan op het traceren van seksuele contacten. Een

tweede kanttekening is dat weinig mannen de jeugdcentra bezoeken. In enkele locaties is met succes een mannen spreekuur opgezet (Danielsson, 2012).

2.4.2 Seksuele educatie door verloskundigen in Amsterdam

In Amsterdam is het project "Gelijke kansen voor een optimale zwangerschap" uitgevoerd van 2008 tot 2011 (Aalhuizen, 2011) (Kader 9).

Kader 9. Amsterdam: "Gelijke kansen voor een optimale zwangerschap"

Het KNOV project in Amsterdam is gestart om preconceptiezorg toegankelijk te maken voor laagopgeleide autochtone en allochtone vrouwen. In totaal zijn 11 verloskundigen getraind in didactische vaardigheden voor de doelgroep jongeren en in interculturele communicatie.

De verloskundigen hebben actief (jonge) vrouwen opgezocht en bereikt op VMBO scholen, ROC 's, inburgeringscursussen en welzijnsorganisaties. Het doel was om vrouwen en jongeren voor te lichten over bewust en gezond zwanger worden en de drempel naar het individueel kinderwensconsult te verlagen. Het project is gefinancierd door het Nuts Ohra fonds en de coördinatie van het project vond plaats vanuit de KNOV. In 2010 werd bekend dat het kinderwensconsult niet opgenomen wordt in de basisverzekering. Dit, in combinatie met andere prioriteiten van de gemeente Amsterdam, heeft ertoe geleid dat het project niet is voortgezet (Aalhuizen, 2011).

De verloskundigen hebben op 7 verschillende scholen in totaal aan 24 klassen lesgegeven. De meeste lessen waren op het MBO niveau 1 of 2. Twee lessen waren op VMBO-niveau. De eerste lessen zijn door twee verloskundigen samen gegeven. Later hebben de verloskundigen de lessen alleen verzorgd. De lessen waren gericht op het overbrengen van kennis en het stimuleren van gedragsverandering. Onderwerpen die aan bod kwamen zijn de menstruele cyclus, anticonceptie, soa's, ontwikkeling van een zwangerschap, gevolgen van tienermoederschap en zo gezond mogelijk zwanger worden. In de lessen werd gebruik gemaakt van PowerPoint presentaties, filmfragmenten, een anticonceptiekoffer en interactieve werkvormen.

De educatie op scholen is geëvalueerd met behulp van een vragenlijst met het doel om veranderingen in kennis en attitude ten aanzien van 'gezond zwanger worden' bij leerlingen te meten. De voormeting en de nameting werden elk bij andere groepen afgenomen. In een aantal groepen is het niet gelukt de nameting uit te voeren door tijdgebrek. In totaal hebben 255 leerlingen een vragenlijst ingevuld. Zij waren tussen de 14 en 26 jaar oud waarvan de meesten van niet-westerse afkomst.

De leerlingen waren tevreden over de lessen: 70% van de leerlingen gaf aan veel geleerd te hebben en 84% van de leerlingen gaf aan de les aan te raden aan andere leerlingen. Leerlingen vonden vooral de onderwerpen die niet in het curriculum zaten van de school leerzaam. Dit betrof de ontwikkeling van een zwangerschap en gezond zwanger worden.

De verloskundigen waren evenals de leerlingen enthousiast en zien de meerwaarde van het geven van seksuele educatie. De verloskundigen hebben zich bekend kunnen maken onder de doelgroep en de doelgroep heeft geleerd dat zij met acht weken zwangerschap naar de eerste controle moeten komen (Aalhuizen, 2011; Van Mourik, 2014).

Ondanks de positieve ervaringen bleek het in eerste instantie lastig om scholen te werven. Het benaderen per e-mail leverde weinig op. Daarom werd contact gezocht met een bestaande werkgroep rondom tienerzwangerschappen waaraan verschillende scholen deelnamen. Aanvankelijk waren de scholen huiverig om deel te nemen aan het project omdat zij dachten dat door de lessen nog meer tienerzwangerschappen zouden ontstaan. Pas nadat twee scholen over de brug kwamen en hun enthousiasme deelden kwam er vanuit andere scholen ook belangstelling om mee te doen.

2.4.3 Seksuele educatie door verloskundigen in Friesland

In Friesland is in 2011 en 2012 het project: "Gelijke kansen voor een optimale start!" uitgevoerd, later "Een beter begin" genoemd (Kader 10).

Kader 10. Friesland: "Gelijke kansen voor een optimale start"

Het project in Friesland kende drie pijlers: 1) voorlichting door verloskundigen over de gezonde zwangerschap aan vrouwen met lage sociaaleconomische status (SES), 2) extra ondersteuning voor zwangeren met lage SES zodat een veilige opgroei- en opvoedings situatie wordt gecreëerd en 3) het netwerk tussen zorgverleners en medewerkers voor onderwijs en welzijn versterken. Het project is uitgevoerd in 3 pilotregio's: Noordoost Friesland, Het Bildt en Zuid-West Friesland. In Friesland zijn 10 verloskundigen getraind in het verzorgen van educatie op het voortgezet onderwijs. De scholing is verzorgd door de betrokken beleidsmedewerker vanuit de KNOV. Gedurende het project is een actief netwerk ontwikkeld van zorgverleners en instanties die meisjes en jonge vrouwen met een lage SES begeleiden naar een gezonde zwangerschap en ouderschap.

Het project is gefinancierd met subsidie van de Provincie Friesland met cofinanciering vanuit ROS Friesland, de GGD Friesland, de Verloskundigen Kring Friesland en de KNOV. Het project werd ondergebracht bij ROS Friesland. Omdat het project als succesvol is ervaren, is het project een half jaar verlengd. Twee gemeenten hebben hiertoe het project opgenomen in de beleidsnota (Van der Wal & Westerik, 2013).

In totaal is er aan 10 MBO en 7 VMBO klassen met 373 leerlingen educatie gegeven. Per klas waren dit twee bijeenkomsten van 120 minuten. De leerlingen waren tussen de 15 en 22 jaar oud. De evaluatie van de educatie is uitgevoerd met behulp van eenzelfde vragenlijst als in Amsterdam (Van der Wal & Westerik, 2013).

Het doel van de les was kennisoverdracht en het stimuleren van gedragsverandering. In de lessen is gebruik gemaakt van PowerPoint presentaties, filmfragmenten, een anticonceptiekoffer, informatieboekjes en condooms. Interactie met de leerlingen werd gestimuleerd.

In eerste instantie is geprobeerd om jonge vrouwen via het welzijnswerk te bereiken. Omdat het welzijnswerk geen groepen had waarbij kon aangesloten worden, is het project vooral ingezet op scholen. Dit verliep succesvol. In tegenstelling tot de ervaring in Amsterdam was het aantal aanvragen van de scholen voor de educatie in het begin groter dan de geplande capaciteit en het beschikbare budget. Om alle aanvragen te kunnen honoreren is aan de Provincie Friesland een subsidie uitbreiding aangevraagd gekregen. De extra vraag heeft geleid tot een extra pilot locatie.

De voormeting werd in andere klassen uitgevoerd dan de nameting. Helaas zijn veel nametingen zoek geraakt op de scholen. In totaal zijn 75 evaluatieformulieren geanalyseerd. 70% van de leerlingen gaf aan veel geleerd te hebben en 67% van de leerlingen gaf aan de les aan te raden aan andere leerlingen. 83% van de leerlingen was positief over de mogelijkheid van een kinderwensspreekuur, maar wist nog niet of zij daar zelf gebruik van zouden maken.

In Friesland wordt de voorlichting als succesvol ervaren en voorzien de lessen van de verloskundigen in een behoefte. Alle betrokken bleken enthousiast. Leerlingen waren geïnteresseerd en docenten merkten dat de insteek van verloskundigen anders was dan wat gebruikelijk is bij seksuele educatie. De verloskundigen hebben een bredere en praktischere kennis en deze kennis sluit aan bij wat leerlingen willen weten. De verloskundigen zijn positief over het geven van educatie en verbazen zich over de ideeën van jongeren over het functioneren van het lichaam (Van der Wal & Westerik, 2013, p. 23). Ook de ervaringen van docenten zijn overwegend positief (Brand-Harbers & Van Dijk, 2014). De tien docenten van de VMBO en ROC scholen, die geïnterviewd zijn over de lessen verzorgd door de verloskundigen, baseren hun ervaring op de beleving van leerlingen, die de lessen positief hebben ervaren. De docenten vinden het onderwerp, seksuele educatie, van groot belang en een taak van school, waarden de respectvolle houding van verloskundigen en de afwisselende werkvormen die zij toepassen in de lessen. Wel signaleren de docenten verschillen tussen verloskundigen. Niet alle verloskundigen hebben ervaring om voor groepen te staan en niet alle lessen waren activerend genoeg.

Vanwege de positieve ervaringen worden de lessen voor jongeren met lagere sociaal economische status voortgezet en zijn ze in 2014 uitgebreid naar de hele provincie. De ROS Friesland voert het project uit samen met de GGD, Gemeenten en KNOV. De GGD legt de contacten met de scholen (ROS Friesland, 2014).

2.5 Educatie over seksuele gezondheid in Wageningen

2.5.1 Voorbereiding en inhoud van de lessen

Oorspronkelijk was het de bedoeling dat het Pantarijn met ondersteuning van de GGD het lespakket LLL4 in zijn geheel zou gebruiken. Hoewel daar bij de start van het project belangstelling voor was bij de docenten, heeft de school in 2013 besloten niet het lespakket LLL4 te gebruiken. De reden is dat in de reguliere lessen biologie dezelfde inhoud als in LLL4 wordt behandeld, en dat leraren graag de vrijheid behouden de lessen naar eigen inzicht in te vullen. Zij gebruiken wel materialen van LLL4, zoals oefeningen, filmpjes en de boekjes. Dit betekent dat de inhoud en kwaliteit van de lessen seksuele educatie op het Pantarijn afhankelijk is van het initiatief en de prioritering van individuele docenten, en dat, het oorspronkelijke idee – de les door de verloskundige te laten aansluiten bij het lespakket LLL4 – niet mogelijk was (M. Bonjour, persoonlijke communicatie 24 juli 2014).

In 2012 zijn de verloskundigen in samenwerking met de GGD, gestart met het voorbereiden van de pilot lessen op het Pantarijn. Het VMBO (Pantarijn) in Wageningen werd hiervoor benaderd. Het project kwam moeilijk van start. Allereerst was het vinden van het juiste contact persoon lastig. Vervolgens, bleek de organisatie niet makkelijk van de grond te komen.

In 2014, met een enthousiaste docent biologie van het Pantarijn is uiteindelijk overeenstemming bereikt om op maandag 24 maart 2014 lessen over de gezonde zwangerschap te verzorgen in drie groepen van klas 3 en 4 van het VMBO, richting Zorg & Welzijn. De meeste leerlingen waren tussen de 15 en 17 jaar oud (Van Mourik, 2014; Van der Bult *et al.*, 2014).

Voor het verzorgen van de lessen is een plan van aanpak gemaakt. Het doel van de les was dat leerlingen kennis krijgen en bewust worden van een gezonde start van een zwangerschap. Het tweede doel was dat leerlingen kennis maken met de verloskundige en weten waarvoor zij bij haar terecht kunnen. Deze onderwerpen komen niet aan bod in het lespakket LLL4 en in de extra les die in de maak is (M. Bonjour, persoonlijke communicatie, 24 juli 2014).

De verloskundige heeft in samenspraak met de begeleidingscommissie en op basis van de ervaringen in Amsterdam en Friesland zes leerdoelen geformuleerd (Kader 11).

Kader 11. Leeruitlekomsten voor de lessen seksuele educatie aan VMBO leerlingen op het Pantarijn

1. Leerlingen zijn op de hoogte van de informatie die ze kunnen krijgen van een verloskundige van de Bakermat (Informatie over anticonceptie, Soa's, tienermoederschap en gezond zwanger worden).
2. Leerlingen weten hoe ze de verloskundige kunnen bereiken voor informatie (Telefoon, spreekuur).
3. Leerlingen weten welke nadelen er zijn bij een tienerzwangerschap (Verhoogde kans op vroeggeboorte en perinatale sterfte).
4. Leerlingen zijn zich bewust dat zij zelf een grote rol hebben / nemen verantwoordelijkheid voor een gezonde zwangerschap (Juiste wijze innemen van foliumzuur; Leefstijl: roken, alcohol, drugs, voeding, bewegen en gewicht; Risico's medicijnen, ook vrij verkrijgbare medicijnen bij drogist/Kruidvat).
5. Leerlingen zijn op de hoogte van de mogelijkheid om naar een kinderwensspreekuur bij de verloskundige te gaan.
6. Leerlingen weten welke informatie ze van de verloskundige krijgen bij het kinderwensspreekuur. (Erfelijkheid, medicijngebruik, uitvoering van individueel risico inventarisatie).

Onderwerpen die centraal stonden in de les zijn:

- Zwanger op een gezonde leeftijd.
- Zwanger worden met een gezonde leefstijl.
- Relaties, SOA-test, anticonceptie, hoe en waar te verkrijgen.

Hulpmiddelen in de les waren PowerPoint presentaties, filmfragmenten en een tas met voorwerpen. De voorwerpen werden gebruikt om een gezonde zwangerschap te bespreken: een verjaardagskaart (leeftijd en zwangerschap), een breezertje, sigaretten, foliumzuur, condoom en eventueel hardloopschoenen en filet americain. Ook werden foto's gebruikt om zwangere buiken te laten zien en

gezonde pasgeboren baby's, maar ook om de effecten van bijvoorbeeld alcohol en sigaretten te laten zien op de zwangerschap en de gezondheid van het kind. De verloskundige stimuleerde interactie met de klas. De leerlingen kregen een kaartje mee van Sense en een folder van de Bakermat (Van Mourik, 2014).

2.5.2 Opzet van de evaluatie van de lessen

Evaluatie van de lessen door de verloskundigen heeft plaats gevonden op verschillende manieren: vragenlijst voor- en/of na de lessen, een interview met de verloskundige en de docent, een focusgroep gesprek met vier leerlingen, observatie tijdens de lessen en het analyseren van de verslagen van de leerlingen over de les (Van der Bult *et al.*, 2014). Het toepassen van meerdere evaluatie methoden is gebaseerd op de aanbeveling uit de (internationale) literatuur om naast vragenlijsten ook informatie te verzamelen door het afnemen van interviews en/of focusgroep gesprekken. Daarmee kunnen eventuele effecten of het ontbreken ervan, beter verklaard worden. Praktische beperkingen van een vragenlijst met een voor- en nameting zijn onder andere de uitval van leerlingen bij follow-up metingen en het aantal leerlingen dat nodig is om effect te kunnen meten en de organisatie en tijd die het kost (Van Mourik, 2014).

Vragenlijsten

Het doel van de vragenlijst gebruikt in Wageningen was om veranderingen in kennis en attitude te meten. De vragenlijst (zie Bijlage 2) is opgesteld op basis van de vragenlijst gebruikt in Amsterdam (Aalhuizen, 2011) en de geformuleerde leeruitkomsten voor de les (zie kader 11). Voor de evaluatie in Wageningen waren van te voren een aantal vragen aangepast, in de zin dat de zinsopbouw en de gebruikte woorden eenvoudiger zijn gemaakt.

Tijdens de voormeting is vraag 1 tot en met 4 en vraag 10 gesteld aan de leerlingen. In de nameting is vraag 1 tot en met 8 gesteld. Vraag 1 gaat over kennis met betrekking tot zwangerschap en bevat vijf stellingen. Vraag 2 gaat over intentie tot gedragsverandering met betrekking tot gezond zwanger worden. Vraag 3 meet kennis over de informatie die een verloskundige kan geven en vraag 4 over het kinderwensspreekuur. In vraag 5, 6 en 7 wordt de leerlingen gevraagd wat zij van de les door de verloskundige vonden. Met vraag 10, de geboortedatum, konden verschillen per leerling tussen de voor- en nameting geanalyseerd worden.

De leerlingen van de 4 VMBO klassen hebben zowel de voor- als nameting ingevuld. De leerlingen van de 3 VMBO klas hebben alleen de nameting ingevuld omdat de les maar 1 uur duurde. Enkele leerlingen hadden moeite om de vragen te beantwoorden. Ook hadden sommige leerlingen meer tijd nodig dan gegeven werd om de vragen in vullen.

De vragenlijsten zijn geanalyseerd met SPSS. Vraag 1d was in de oorspronkelijke versie negatief gesteld en is voor de analyse hercodeerd. De normale verdeling van de vragen is gecheckt. De stellingen uit vraag 1 en 2 zijn geanalyseerd met behulp van de gepaarde t-test. Vraag 3 en 4 zijn geanalyseerd door een 'check-box ratio' te berekenen: het aantal studenten dat een onderwerp had aangekruist gedeeld door het totaal aantal studenten.

Op basis van de ervaringen opgedaan tijdens de evaluatie op 24 maart 2014 zijn nog enkele aanpassingen gemaakt in de vragenlijst. Het ging hierbij om het verwijderen van (dubbel) negatief geformuleerde stellingen (vraag 1D, 6D en 6F) en de uitleg voor jongens versimpelen (vraag 2). De verbeterde vragenlijst voor evaluatie voor en na de les is opgenomen in dit rapport (Bijlage 2).

Interview met verloskundige en docent

Met de verloskundige en de docent is een semigestructureerd interview gehouden na afloop van de lessen. Daarnaast was er een evaluatieformulier voor iedere les. Dit kon apart ingevuld worden door de verloskundige, de docent en door de onderzoekers (zie Bijlage 3).

Focusgroep gesprek

Met vier leerlingen is drie dagen na de lessen een focus groep gesprek gehouden aan de hand van semigestructureerde item lijst. De leerlingen is gevraagd naar hun mening over de les seksuele educatie door de verloskundige.

Observatie tijdens de lessen

Tijdens de lessen op 24 maart 2014 zijn studenten Gezondheid en Maatschappij aanwezig geweest. Zij hebben zorg gedragen voor het afnemen van de vragenlijsten en zij hebben geobserveerd tijdens de les. Bij het observeren is gekeken hoe de interactie in de les verliep, of leerlingen meededen en of zij bijvoorbeeld opmerkelijke meningen hadden.

Verslag van leerlingen

De leerkracht van het Pantarijn heeft de leerlingen van beide 4 VMBO klassen gevraagd een verslag te schrijven van de les door de verloskundige van ongeveer 1 A4. De leerlingen kregen verder geen instructies. In totaal hebben 24 leerlingen een verslag geschreven.

De verslagen van de leerlingen zijn geanalyseerd op de volgende onderwerpen: roken/drugs/alcohol, tienerzwangerschap, ontwikkeling van de foetus, medicijngebruik, foliumzuur, (rauw) vlees, gezonde voeding, soa's, anticonceptiva, gezonde zwangerschap en taken van de verloskundige. Ook is gelet op bijzondere opmerkingen, zoals een mening of een oordeel van de leerling.

2.5.3 Resultaten van de evaluatie

Op maandag 24 maart 2014 werden drie lessen gegeven: een les van 2 uur aan een 4 VMBO-basis klas met 14 leerlingen, een les van 2 uur aan een 4 VMBO-kader klas met 9 leerlingen en een les van 1 uur aan een 3 VMBO basis-kader klas met 25 leerlingen. De leerlingen zaten in een cirkel. Aan de hand van de voorwerpen in de koffer gaf de verloskundige informatie en ging het gesprek aan met de leerlingen. De inhoud van de lessen verschilde hierdoor per klas.

In de eerste 4VMBO klas waren de leerlingen aanvankelijk onrustig omdat zij les kregen van een verloskundige. Daar kwam bij dat er een brandalarm was, waardoor de les een kwartier werd onderbroken. Vervolgens hebben de leerlingen actief meegedaan en veel vragen gesteld. Het ging vooral over tienerzwangerschappen en de wat minder bekende vormen van anticonceptie. Volgens de verloskundige hadden deze leerlingen een scherpe mening en waren sommigen van hen veroordelend over tienerzwangerschappen.

In de tweede 4VMBO klas werd veel aandacht besteed aan tienerzwangerschap en roken. Alle meisjes in de klas rookten. De verloskundige vond het lastig om de vraag te beantwoorden of zij ook gerookt had, omdat zij bang was hiermee haar autoriteit en geloofwaardigheid te verliezen. Opvallend in deze groep was dat leerlingen elkaar of zwangeren die zij kennen, niet willen aanspreken op roken tijdens de zwangerschap. Zij vinden dat deze verantwoordelijkheid alleen bij de verloskundige ligt (N. van der Laan, persoonlijke mededeling 16 september 2014).

In de 3VMBO groep met 25 leerlingen was het lastiger om de discussie op gang te krijgen in vergelijking met de kleinere 4 VMBO groepen. In deze klas riep de korte film over tienermoederschap veel discussie op. Doordat de les maar 1 uur was konden niet alle onderwerpen aan bod komen.

Door de les van de verloskundige hebben leerlingen significant meer kennis gekregen over de ontwikkeling van de foetus, medicijngebruik, rauw vlees en foliumzuur. Voor foliumzuur geven de leerlingen aan de intentie te hebben hun gedrag te veranderen (Tabel 2). De toename van kennis over de ontwikkeling van de foetus is in één vierde klas significant. De verandering in attitude voor het innemen van foliumzuur is in beide klassen significant. Het item over het inwinnen van informatie bij de verloskundige of huisarts voorafgaande aan het zwanger worden is op klasniveau niet significant. De resultaten voor beide 4 VMBO-groepen samen duiden wel op een significante verbetering in kennis. Voor (niet) roken, gezond eten en medicijngebruik bleek vooraf al een positieve attitude te bestaan.

Tabel 2. Gemiddelde scores (1-5) van de studenten tijdens de voormeting en de nameting.

Item	4 VMBO-k (n=9)		4 VMBO-b (n=14)		Totaal 4 VMBO (n=23)		3 VMBO-bk (n=25)		
	Voor	Na	Voor	Na	Voor	Na	Voor	Na	
1. Kennis ¹	A. kans op kleine baby	3.68	4.07	3.22	2.56	3.61	3.48	-	2.40
	B. aanleg foetus	2.86	1.64** ³	2.78	2.11	2.81	1.81**	-	3.32
	C. medicijngebruik	2.93	1.64**	2.44	1.56**	2.74	1.61**	-	2.12
	D. rauw vlees	2.57	1.57*	2.00	1.33*	2.35	1.48**	-	1.67
	E. foliumzuur	2.46	1.43**	3.56	1.56**	2.91	1.32**	-	1.48
2. Attitude ²	A. roken	1.00	1.07	1.22	1.44	1.09	1.22	-	1.46
	B. foliumzuur	2.54	1.07**	3.75	1.22**	3.00	1.14**	-	1.78
	C. vooraf inf. inwinnen	2.57	2.00	2.33	2.00	2.48	2.00*	-	2.43
	D. gezond eten	1.71	1.36	1.22	1.56	1.52	1.43	-	1.78
	E. medicijngebruik	1.50	1.14	2.11	1.89	1.74	1.43	-	2.18

¹ Een lage gemiddelde score betekent dat de leerlingen het (helemaal) eens zijn met de stelling. Een hoge score (maximaal 5) betekent dat zij het (helemaal) oneens zijn met de stelling. Een lagere score is gunstiger.

² Een lage gemiddelde score betekent dat leerlingen van plan zijn het gedrag zeker of waarschijnlijk te gaan uitvoeren, een hoge score betekent dat leerlingen niet van plan zijn het gedrag uit te voeren.

³ Significante veranderingen in de nameting op basis van een gepaarde t-test zijn aangegeven met *(0.05) en **(0.01).

De bevindingen worden onderbouwd in de verslagen van de leerlingen. Leerlingen schrijven het vaakst over het verband tussen foliumzuur en een open rug. Enkele leerlingen verwaarden foliumzuur met ijzer of valium. Andere onderwerpen die vaak genoemd werden zijn roken, drugs en alcohol, het gebruik van medicijnen en het eten van rauw vlees.

In de verslagen en ook in het focusgroep gesprek geven de leerlingen aan dat zij over onderwerpen zoals roken en gezonde voeding, al veel informatie hadden gehad. Ze vonden dat de informatie van de verloskundige over deze onderwerpen geen toegevoegde waarde had. Een leerling schreef dat de les van de verloskundige leuk was, maar dat hij/zij alles al wist en betwijfelde of hij/zij er iets van geleerd had. De docent vond het juist goed dat de verloskundige dezelfde dingen vertelde, vanwege "de kracht van de herhaling".

De leerlingen beoordelen de les gemiddeld met een ruime 7,5 (Tabel 3). Leerlingen gaven aan dat zij veel geleerd hadden en dat zij het goed vonden dat de les door de verloskundige werd gegeven. De leerlingen waren neutraal over hun eigen docent, de informatie had ook door haar gegeven kunnen worden.

Tabel 3. De mening van de leerlingen over de les door de verloskundige gemeten in de nameting.

Item	Cijfer ¹	Totaal (n=48)	4 VMBO-k (n=9)	4 VMBO-b (n=14)	3 VMBO-bk (n=25)
		Cijfer les	7.65	7.59	7.33
Evaluatie ²	A. Veel geleerd	1.79	1.64	1.89	1.83
	B. Aanwezigheid docent	2.02	1.77	2.00	2.17
	C. Les door verloskundige	1.69	1.57	1.78	1.73
	D. Informatie kan docent niet geven	2.69	2.82	2.89	2.54
	E. Informatie liever niet van docent	3.06	2.71	3.56	3.08

¹ Het gaat hier om een rapportcijfer van 1 tot 10.

² Een lage gemiddelde score duidt erop dat de leerlingen het (helemaal) eens zijn met de stelling, een hoge score betekent dat zij het (helemaal) oneens zijn met de stelling.

De leerlingen in het focusgroep gesprek zien een duidelijke meerwaarde van de lessen door de verloskundige. Ze gaven aan de verloskundige enthousiast te vinden en door haar aanwezigheid gingen ze meer op letten dan anders. Het praten aan de hand van voorwerpen maakte de les interactief, wat de leerlingen waardeerden. Wel hadden de leerlingen graag meer structuur gehad in de les. De leerlingen hadden graag meer gehoord over de dagelijkse activiteiten van de verloskundige en over de bevalling. Dit kan samenhangen met het feit dat het leerlingen van de richting "verzorging"

betrof. De leerlingen gaven aan dat voorlichting over anticonceptie niet zinvol te vinden omdat zij "hierover alles al weten" en dat "deze informatie door Sense al is gegeven". In de rapporten hebben enkele leerlingen aangegeven dat zij veel hebben geleerd van de les: "Ik vond het een hele leerzame les". Een aantal leerlingen beschreef het werk van de verloskundige "Ik heb van de mevrouw nu meer inzicht van wat ze allemaal doen". Voor enkele leerlingen was niet duidelijk dat de les door een verloskundige werd gegeven. Zij rapporteerden over "de vrouw die de dingen ging vertellen" of "We hadden gastles van een vrouw die verpleegkundige is". De docent en de verloskundige zijn beiden enthousiast over de lessen. Een belangrijke meerwaarde die zij ervaren is dat de leerlingen een positieve houding hebben tijdens de lessen.

2.6 Samenvatting en tussentijdse conclusies

De Wageningse verloskundigen constateren dat het aantal tienerzwangerschappen in Wageningen relatief hoog is. Dit is de reden voor de verloskundigen om lessen over de gezonde zwangerschap te geven aan laag opgeleide jongeren. Een andere uitbreiding van taken ligt op het gebied van anticonceptiezorg. Dit is bekrachtigd met de vernieuwde wetgeving per 1 september 2014.

De keuze voor laagopgeleide jongeren, en daarmee het PRO of VMBO, lijkt een goede keuze om de seksuele gezondheid van jongeren te verbeteren. Laagopgeleide jongeren en niet-westerse allochtone jongeren hebben niet altijd de juiste en voldoende kennis, missen vaardigheden en hebben meer risico op seksuele ongezondheid.

In Nederland is de invulling van de lessen seksuele educatie vrij. Seksuele educatie wordt behandeld als onderwerp binnen andere vakken, zoals biologie, verzorging en maatschappijleer. Scholen kunnen kiezen om een interventie te gebruiken. Lang Leve de Liefde 4 (LLL4) is het meest gebruikte lespakket op VMBO scholen en erkend als 'effectief volgens goede aanwijzingen'. Een extra les over tienerzwangerschap wordt momenteel ontwikkeld. Een mogelijkheid voor verloskundigen is om aan te sluiten bij deze extra les. Scholen hebben de vrijheid om zelf de seksuele educatie in te richten en onderzoek toont aan het laag opgeleide jongeren ontbreekt aan voldoende kennis en vaardigheden. Dit biedt mogelijkheden om seksuele educatie beter te laten aansluiten bij de behoefte van de jongeren en in te bedden bij scholen. Scholen zijn echter niet altijd meteen enthousiast als ze benaderd worden voor een gastles van een verloskundige.

Is deze eerste hobbel echter genomen, dan blijkt uit het Zweedse voorbeeld en uit de Nederlandse pilots dat er duidelijk een meerwaarde van de verloskundige als docent naar voren komt. De verloskundige wordt gewaardeerd omdat zij een open houding heeft, een veilige sfeer creëert en beschikt over expertise. De Nederlandse leerlingen zijn positief, letten meer op in de les dan gewoonlijk en kennen een autoriteit toe aan de verloskundige. De verloskundigen ervaren dat zij, door de interactie met leerlingen, meer inzicht krijgen in de doelgroep. Het lesgeven draagt bij aan de bekendheid van hun diensten. De docenten zien dat de praktische kennis van de verloskundige goed aansluit bij de leerlingen en dat leerlingen betrokken zijn bij de les.

De verloskundigen maken in hun lessen gebruik van PowerPoint presentaties, filmfragmenten, een anticonceptiekoffer en verschillende voorwerpen waarmee de interactie met de leerlingen wordt gestimuleerd. Participatie van leerlingen en een positieve benadering zijn cruciaal voor een effectieve voorlichting en het betrekken van leerlingen. Uit de evaluatie van de pilot op Pantarijn blijkt dat de kennis over gezond zwanger worden onder de leerlingen is toegenomen en dat de lessen gemiddeld met een ruime 7 ½ worden gewaardeerd. Het bespreken van de meer bekende vormen van anticonceptie, (niet) roken en gezonde voeding zijn thema's waarvan de leerlingen aangeven dat ze hier minder interesse in hebben terwijl ze juist specifieke informatie over de bevalling en over het beroep van de verloskundige missen in de gastles van de verloskundige.

3 De invulling van een nieuwe rol door verloskundigen

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de sterkten/zwakten en kansen/belemmeringen voor de invulling van een nieuwe rol voor verloskundigen. Het gaat hierbij vooral om het geven van seksuele educatie op scholen en, daar waar van toepassing, ook het voorschrijven (en plaatsen) van anticonceptie.

In paragraaf 3.3. wordt ingegaan op de competenties van belang voor het geven van lessen over seksuele gezondheid. In paragraaf 3.3. wordt stilgestaan bij wat het hebben van nieuwe en meer taken betekent voor verloskundigen zelf en hoe dit georganiseerd kan worden. Eerst wordt naar de situatie in Zweden gekeken, vervolgens wordt beschreven hoe de organisatie en uitvoering van de lessen door de verloskundigen in Nederland is gedaan. In paragraaf 3.4. wordt hetgeen bekend is over de verschillende stakeholders beschreven en wordt, in zoverre relevant, belicht wat dit betekent voor de samenwerking met verloskundigen en/of een herschikking van taken. In paragraaf 3.5 worden kort een aantal trends aangegeven die samenhangen met de invulling van een mogelijk nieuwe rol van verloskundigen. Tot slot, in paragraaf 3.6, wordt een overzicht gegeven van de kansen en belemmeringen voor een nieuwe rol door verloskundigen.

3.2 Competenties voor het geven van seksuele educatie

In de literatuur komt veelvuldig naar voren dat docenten en professionals die seksuele educatie verzorgen op scholen hiertoe getraind moeten zijn (zie o.a. Kånåhols *et al.*, 2011; Schutte *et al.*, 2014a; Young *et al.*, 2013; Wiefferink *et al.*, 2005). Dit geldt eveneens voor verloskundigen die seksuele educatie geven, hetgeen onderschreven wordt door de pilots in Amsterdam (Aalhuizen, 1011) en in Friesland (Van der Wal & Westerik, 2013).

In de literatuur worden veel verschillende competenties voor het geven van seksuele educatie genoemd (Kader 12). Eén competentie is bijvoorbeeld empathisch zijn (Young *et al.*, 2013) en zich capabel voelen en zich kunnen verplaatsen in de doelgroep (Otten *et al.*, 2013). Docenten moeten gemotiveerd zijn en, gezien het intieme en persoonlijke onderwerp, in staat zijn om op een ontspannen en comfortabele wijze seksuele gezondheid bespreekbaar te maken en ruimte te geven voor vragen (Kånåhols *et al.*, 2011).

De 23 geïnterviewde Nederlandse docenten in het onderzoek van Van der Bongardt en collega's (2009) geven aan dat belangrijke competenties voor het geven van seksuele educatie zijn: een veilige en positieve sfeer in de klas creëren; discussies kunnen leiden en het kunnen stellen en bewaken van persoonlijke grenzen.

Kader 12. Competenties voor het geven van seksuele educatie

(Internationale) literatuur geeft de volgende competenties aan voor docenten die seksuele educatie verzorgen (Allen 2005; Van der Bongardt *et al.*, 2009; Milton *et al.*, 2001):

- Zelf gemakkelijk over seksualiteit kunnen praten.
- In staat zijn contact te maken met leerlingen.
- Goed kunnen luisteren.
- Toegankelijk zijn.
- Flexibel zijn.
- Een open en positieve houding hebben ten opzichte van seksualiteit onder jongeren en ten aanzien van seksuele diversiteit.

3.3 Organisatie rondom het geven van lessen

3.3.1 De Zweedse verloskundige

In Zweden zijn verloskundigen het aanspreekpunt voor alles rondom seksuele gezondheid, vruchtbaarheid, zwangerschap, bevalling en menopauze. In Zweden hebben verloskundigen andere en meer taken in vergelijking met de Nederlandse verloskundigen (Kader 13). Een belangrijk verschil met Nederland is dat seksuele educatie een verplicht onderdeel is van het curriculum op scholen en dat verloskundigen al sinds 1975 seksuele educatie verzorgen (Danielsson, 2012) en anticonceptie voorschrijven. Samenwerking tussen de verloskundigen en de scholen is zo vanzelfsprekend geworden (Otten *et al.*, 2013).

Kader 13. Verloskundigen in Zweden

In Zweden hebben verloskundigen een breder takenpakket dan in Nederland. Dit blijkt ook uit de doelstelling van de 'The Swedish Association of Midwives' (2014), een vergelijkbare organisatie als de KNOV (6000 leden in 2014). Het doel van The Swedish Association of Midwives is de vaardigheden van verloskundigen te ontwikkelen, de seksuele en reproductieve gezondheid van vrouwen te bevorderen en een goede reproductieve en perinatale zorg in stand te houden.

Verloskundigen in Zweden zijn werkzaam in jeugdcentra, prenatale klinieken, kraamafdelingen en abortusklinieken. Hoewel in Zweden 99% van de bevallingen in het ziekenhuis plaats vindt, is de rol van verloskundigen werkzaam in ziekenhuizen in de loop van de jaren ingeperkt door nieuwe medische technieken, medicalisering en centralisering van kraamafdelingen. Verloskundigen hebben vooral buiten de ziekenhuizen een grotere rol gekregen. Taken liggen op het gebied van anticonceptie, abortussen, menopauze counseling en gezondheidsadvies (Van Mourik, 2014).

Verloskundigen werkzaam in de jeugdcentra en prenatale klinieken voeren deze bevoegdheid uit. Ook doen verloskundigen onderzoek, zwangerschapstesten, de diagnose van sommige soa's, het voorlopig beoordelen van gynaecologische klachten en indien nodig, doorverwijzen naar een arts (FSUM, 2002). Ook zijn verloskundigen bevoegd om tot de 9^e week een zwangerschap te beëindigen met behulp van medicatie (Van Mourik, 2014).

Een keerzijde van de grote hoeveelheid taken van de verloskundige is dat dit een verhoogde werkdruk kan geven en er risico is voor stress bij verloskundigen (Otten *et al.*, 2013). Hildingsson en collega's (2013) schrijven dat meer dan een derde van de 475 Zweedse verloskundigen die een vragenlijst hadden ingevuld burn-out klachten rapporteerden, en dat deze klachten gerelateerd zijn aan gebrek aan personeel en middelen.

3.3.2 Lessen uit Nederland: Amsterdam, Friesland en Wageningen

In Amsterdam, Friesland en Wageningen zijn de lessen seksuele educatie uitgevoerd in het kader van een groter project met verschillende doelstellingen (zie Kader 2, 9 en 10). In Amsterdam waren 11 verloskundigen getraind voor het geven van de lessen, in Friesland waren 10 verloskundigen getraind. In Wageningen heeft één van de verloskundigen de lessen op het Pantarijn verzorgd. Op het moment dat één van de verloskundigen seksuele educatie op een school verzorgt, moeten andere verloskundigen de reguliere werkzaamheden verrichten en zondig het werk opvangen. Dit vraagt motivatie en flexibiliteit, niet alleen van de verloskundigen die lesgeven, maar ook van hun collega's. Aalhuizen (2011, p 28) geeft een overzicht van de taken voor verloskundigen voor het organiseren van seksuele educatie op scholen (Kader 14). De betrokken organisaties en rollen en taken in de projecten verschillenden van elkaar en worden hieronder beschreven.

Kader 14. Organisatie seksuele educatie door verloskundigen

Voor het organiseren van seksuele educatie moeten onder andere de volgende taken uitgevoerd worden:

1. Bijscholing organiseren over didactische vaardigheden.
2. Een sociale kaart maken van zorgverleners en organisaties die betrokken zijn met de doelgroep. De ROS kan hierin een rol hebben.
3. Samenwerking zoeken met organisaties zoals de Gemeente en de GGD.
4. Voorbereiden en plannen van de lessen seksuele educatie en de eerste les samen met een andere verloskundige verzorgen.
5. Aanschaf van materialen: PowerPoint, filmpjes, anticonceptiekoffer.

Amsterdam

In Amsterdam was de coördinatie in handen van een verloskundig beleidsmedewerker van de KNOV die tevens in het bezit was van de 1^e graads lesbevoegdheid. Het project is in fasen uitgevoerd. Allereerst is een projectplan uitgewerkt dat is voorgelegd aan de kring verloskundigen in Amsterdam om hen te enthousiasmeren. De elf betrokken verloskundigen zijn een werkgroep gestart voor het voorbereiden van de lessen en de evaluatie ervan, het ontwikkelen van de materialen en het voorbereiden en volgen van een cursus "didactische vaardigheden en interculturele communicatie" in samenwerking met het toenmalige Nationaal Instituut Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) en de KNOV. Via de ROS zijn verschillende organisaties benaderd voor deelname in de projectgroep: een welzijnsorganisatie, de Regionale Ondersteunings Structuur (ROS), de GGD, Dienst Maatschappelijke ontwikkeling, Jeugd en Gezin vanuit VWS en een verloskundige. De projectgroep had tot taak het bewaken van de voortgang, het uitwisselen van informatie, toegang tot de doelgroep mogelijk maken en het project breder bekend maken en verankeren (Aalhuizen, 2011).

Friesland

In Friesland bestond de projectorganisatie uit een projectcoördinator vanuit ROS Friesland voor 24 uur per week, een stuurgroep en een projectgroep. De stuurgroep bestaat uit vertegenwoordigers van GDD Fryslân, Partoer CMO Fryslân, Verloskundige Kring Friesland, KNOV, deelnemende gemeenten en ROS Friesland. De stuurgroep had als taak het bewaken van de voortgang van het project en advisering aan de projectcoördinator. De projectgroep bestaat uit representanten van de betrokken organisaties en had als taak het adviseren van de projectcoördinator, het uitwerken van deelplannen, het voorbereiden en deels uitvoeren van projectonderdelen en communicatie met de eigen achterban (Van der Wal & Westerik, 2013).

Wageningen

In Wageningen doen verloskundigen mee met het project 'Seksuele gezondheid' in Wageningen, gecoördineerd door de GGD (Kader 15). De Wageningse verloskundigen hebben de training "Centering Pregnancy" gevolgd waarin ruimschoots aandacht is voor interactieve leerprocessen en didaktiek (<http://centeringhealthcare.org>). Voor dit onderzoek is een projectgroep opgericht waarin de Bakermat, GGD Gelderland-Midden, de KNOV, Wageningen UR Wetenschapswinkel en de Leerstoelgroep Gezondheid en Maatschappij vertegenwoordigd zijn. De projectgroep had tot taak te adviseren over het onderzoek en om de verloskundige te ondersteunen bij het organiseren en voorbereiden van de lessen seksuele educatie en zorg te dragen voor de evaluatie van de lessen.

Kader 15. Project 'seksuele gezondheid' op scholen in Wageningen

Voor het project 'seksuele gezondheid' zijn verschillende activiteiten uitgevoerd. De GGD heeft in samenwerking met jongerenwerkers en de zorgcoördinatoren van het Pantarijn PRO en VMBO voorlichting gegeven over Sense in verschillende klassen. Voor 2014-2015 is de planning om de voorlichting over sense in alle tweedejaars klassen van het VMBO en Praktijkonderwijs te verzorgen. De lessen duren 10 minuten en zijn complementair aan de lessen door de verloskundigen (M. Bonjour, persoonlijke communicatie, 24 juli 2014).

Sense geeft voorlichting over de website van sense (www.sense.info), waar jongeren terecht kunnen met vragen over seksualiteit en het sense jongerenspreekuur van de GGD, waar jongeren heen kunnen voor een soa-test en vragen over seksualiteit. De bezoeken aan de website en het spreekuur door jongeren in Wageningen lijken te zijn gestegen in 2013 ten opzichte van 2012 (GGD Gelderland-Midden, 2013). De chatmogelijkheid op de Sense-website wordt vooral door jongens goed gebruikt (M. Bonjour, persoonlijke communicatie, 24 juli 2014).

Het openen van een spreekuur Soa-Sense in Wageningen is nog niet gelukt. Een belangrijke reden is dat de reguliere spreekuren in Ede en Arnhem druk zijn en er wachttijden zijn, waardoor er geen tijd beschikbaar is om in Wageningen spreekuren te houden (GGD Gelderland-Midden, 2013). Daarbij komt dat het spreekuur niet op de school, het Pantarijn, gehouden kan worden. De school wil dit niet omdat bij een Sense-spreekuur – in tegenstelling tot het spreekuur met de schoolverpleegkundige of schoolarts – de ouders niet betrokken kunnen worden. De mogelijkheid om het spreekuur op een voor de leerlingen neutralere plaats onder te brengen, zoals het Centrum Jeugd en Gezin, wordt nog onderzocht (M. Bonjour, persoonlijke communicatie, 24 juli 2014).

3.4 Stakeholders en samenwerking

Een uitbreiding van taken van verloskundigen heeft verschillende gevolgen. Verloskundigen zullen hun activiteiten moeten afstemmen met andere professionals en met hen samenwerken.

Bij het geven van seksuele educatie door de verloskundige zijn verschillende stakeholders betrokken die in verschillende groepen ingedeeld kunnen worden: 1) professionals werkzaam bij andere organisaties zoals de gemeente, GGD, welzijnswerk en ROS; 2) docenten, zorgcoördinatoren en bestuur van middelbare scholen; 3) laagopgeleide leerlingen en hun ouders. Hieronder worden de stakeholders belicht, uitgezonderd ouders omdat zij niet (nog niet) direct betrokken zijn bij seksuele educatie door verloskundigen. Ouders zijn wel voor leerlingen belangrijk omdat veel jongeren als eerste naar hun ouders gaan als zij meer willen weten over seksualiteit (Otten *et al.*, 2013; Van der Bult *et al.*, 2014).

Hieronder volgt een overzicht van de belangrijkste stakeholders en hoe zij tegenover een nieuwe rol van de verloskundige staan voor zover aan bod gekomen is gedurende het onderzoek.

GGD en Sense

De GGD heeft een ondersteunende rol rondom de implementatie van seksuele voorlichting op scholen. Onderzoek laat zien dat de aandacht voor implementatie onvoldoende is vanwege bezuinigingen bij de GGD en door diverse barrières op GGD-, school- en gemeenteniveau (Schutte *et al.*, 2014b).

Voor GGD Gelderland-Midden bestaat de ondersteunende rol uit het geven van advies aan scholen en training van leerkrachten en het voorzien in materiaal. De GGD streeft ernaar de lessen seksuele educatie op scholen structureel in te bedden. De voorkeur van de GGD is dat het volledige lesplan LLL4 gegeven wordt omdat dit als zodanig is geëvalueerd op effectiviteit (GGD Gelderland-Midden, 2013).

Voor de GGD is het leggen en onderhouden van contacten met scholen een reguliere taak. Ook is het een taak van de GGD om scholen te adviseren over seksualiteit en gezondheid. Afhankelijk van de vraag van scholen geeft de GGD (ondersteuning bij) de lessen over seksualiteit of verwijzen zij door naar een andere organisatie. De GGD heeft een menu kaart voor scholen met contactgegevens van instanties die gastlessen over bepaalde onderwerpen kunnen verzorgen (M. Bonjour, persoonlijke communicatie, 24 juli 2014).

Sense is een samenwerkingsverband tussen verschillende nationale (Soa Aids Nederland, Rutgers WPF) en regionale organisaties (GGD 'en). Sense is er voor jongeren van 12 tot 25 jaar oud. Sense heeft een website waar jongeren terecht kunnen voor informatie (www.sense.info) en spreekuren waar jongeren naar toe kunnen voor informatie en soa testen.

In het kader van het project 'Seksuele gezondheid' dat loopt van 2012 tot en met 2016 werken verloskundigen van de Bakermat nauw samen met medewerkers van de GGD. Beiden verzorgen de lessen op scholen: de verloskundige een gastles over gezonde zwangerschappen en de medewerkers van de GGD geven voorlichting van 10 minuten over Sense in alle VMBO klassen. De GGD en de verloskundige ontvangen hiervoor tijdelijk een vergoeding vanuit het project 'Seksuele gezondheid'. De GGD medewerker vindt het belangrijk dat (zorg) professionals op de scholen komen, zodat leerlingen vertrouwd raken met hen. Dit geldt zowel voor de GGD als voor de verloskundigen. De GGD ziet vooral een rol voor de verloskundige als het gaat om informatie over de gezonde zwangerschap. Dit onderwerp maakt geen onderdeel uit van de reguliere lessen seksuele educatie en het spreekt leerlingen aan dat een expert op dit gebied naar de school komt (Van der Bult *et al.*, 2014). De GGD werkt graag samen met de verloskundigen. Tot nu toe is verloskundige praktijk de Bakermat de enige verloskundige praktijk die aangegeven heeft samen te willen werken met de GGD. De GGD twijfelt of het geven van seksuele educatie door de verloskundige structureel uitvoerbaar is, omdat verloskundigen hiervoor niet betaald worden (Van der Bult *et al.*, 2014; M. Bonjour, persoonlijke communicatie, 24 juli 2014).

De GGD medewerker ziet ook nadelen aan de nieuwe rol voor verloskundigen. Bijvoorbeeld dat een gastles kort is en geen mogelijkheid biedt voor verdere vragen. Ook is er twijfel of de verloskundige een toegevoegde waarde heeft als het gaat om anticonceptiezorg voor jongeren. Jongeren kunnen hiervoor bij Sense terecht. In Wageningen is (nog) geen Sense spreekuur. Wanneer een jongere naar de verloskundige gaat, kan volgens de GGD medewerker de verloskundige wel wat betekenen want 'iedere jongere die goed geholpen wordt is er weer één' (M. Bonjour, persoonlijke communicatie, 24 juli 2014).

De gemeente

Het bevorderen van seksuele gezondheid is wettelijk verankerd in de Wet Publieke Gezondheid (WPG), waarvoor de gemeenten (en hun GGD) verantwoordelijk zijn. Seksuele gezondheid wordt hierin niet expliciet benoemd.

De gemeente kan een rol hebben in het financieren van lessen seksuele educatie door verloskundigen, zoals in Wageningen het geval is (Gemeente Wageningen, 2012). Ook kan de gemeente lessen seksuele educatie (door verloskundigen) op (laten) nemen in het beleid. Zo is in de gemeente Kollumerland de voorlichting op scholen opgenomen in het CJG beleidsplan (Van der Wal & Westerik, 2013). Echter, veel gemeenten hebben seksuele gezondheid niet opgenomen in de Gemeentelijke Nota, hetgeen ertoe leidt dat er geen of minder financiële middelen voor seksuele educatie is (Schutte *et al.*, 2014b).

De twee geïnterviewde gemeente ambtenaren in Wageningen vonden seksuele voorlichting primair de taak van ouders en een taak van docenten op scholen. Indien verloskundigen educatie over seksuele gezondheid zouden gaan verzorgen vonden deze ambtenaren dat de verloskundigen hiertoe over de benodigde vaardigheden moeten beschikken, zich in moeten kunnen leven in de verschillende niveaus van jongeren en dat zij moeten samenwerken met verschillende organisaties die zich al met seksuele educatie bezighouden. Het onderwerp van de lessen zou moeten gaan over de zwangerschap, omdat dat dit de expertise is van verloskundigen. In geval de school moet betalen voor de lessen van de verloskundigen, wordt het heel lastig (Otten *et al.*, 2013).

ROS

De regionale ondersteuningsstructuren (ROS) werken voor alle professionals in de eerste lijn, waaronder huisartsen en verloskundigen. De ROS kan een belangrijke rol invullen in projecten waarbij verloskundigen seksuele educatie verzorgen. In Amsterdam en in Friesland heeft de ROS een spilfunctie (gehad). De ROS werkzaam in de region Wageningen is niet geïnterviewd.

Welzijnswerk

Het welzijnswerk in Nederland is zeer divers. Sommige welzijnsorganisaties bieden diensten op het gebied van seksuele gezondheid en kunnen in dat geval een samenwerkingspartner zijn, zoals in Amsterdam en in Wageningen. Het jongerenwerk van Solidez, de lokale welzijnsorganisatie in Wageningen en Renkum, zou mogelijk een rol kunnen vervullen in het bereiken van jongeren. Zij zijn niet geïnterviewd.

Centrum Jeugd en Gezin (CJG)

Dat het CJG een partner kan zijn voor verloskundigen komt naar voren in het Friese project. Het project is onder de aandacht gebracht bij alle CJG's in de pilotregio met het doel de contacten tussen de verloskundigen en het CJG rondom geboortezorg te versterken. Tijdens het project hebben verloskundigen in toenemende mate meegedaan aan de Friese verwijsindex. Verloskundigen kunnen als zij zich zorgen maken, jonge ouders tot 23 jaar uit de doelgroep signaleren in de verwijsindex. Daarnaast kunnen zij risicovolle situaties rond kinderen die geboren zijn en aangemeld bij de gemeente signaleren in de verwijsindex (Van der Wal & Westerik, 2013).

Scholen en docenten

Uit recent onderzoek (Schutte *et al.*, 2014b) blijkt dat het voor scholen lastig is om seksuele educatie te verzorgen omdat seksuele educatie niet is ingebed en vaak afhankelijk is van één docent. Daarnaast speelt dat docenten kampen met tijdgebrek en dat zij het vaak een moeilijk bespreekbaar onderwerp vinden.

Op het Pantarijn worden de lessen seksuele educatie door de biologiedocenten verzorgd. De geïnterviewde docenten constateren dat de onduidelijke regelgeving over seksuele gezondheidseducatie leidt tot grote verschillen tussen scholen. Scholen kunnen zelf beslissen wat zij doen en welke onderwerpen zij al dan niet behandelen. Drie leraren van het Pantarijn verwachten dat de expertise ingebracht door de verloskundige een toegevoegde waarde kan hebben. Omdat de verloskundige van buiten de school komt is de verwachting dat de leerlingen haar serieus nemen. De verloskundige kan zeker een meerwaarde bieden wanneer de docent het ongemakkelijk vindt om de educatie te geven. De leerkrachten benadrukken dat een veilige omgeving essentieel is voor seksuele educatie en dat hoe meer open de docenten zijn, des te gemakkelijker de leerlingen praten over seksualiteit. De docenten zijn van mening dat de verloskundigen in staat moeten zijn om de interactie met leerlingen aan te gaan (Otten *et al.*, 2013).

Kader 16. Mogelijkheden voor seksuele educatie in het schoolbeleid

Het Pantarijn is een scholengemeenschap met afdelingen in Wageningen, Rhenen en Kesteren. Het Pantarijn heeft een algemeen schoolbeleid (Pantarijn, 2011) en een specifiek zorgbeleid voor iedere locatie. Het zorgbeleid voor het VMBO (Pantarijn, 2013) kan een startpunt zijn voor het structureel inbedden van gezondheidseducatie op scholen. Het doel van het zorgbeleid is het creëren van de randvoorwaarden opdat leerlingen optimaal kunnen functioneren voor wat betreft leerresultaten, persoonlijke ontwikkeling en welzijn. In het document zijn geen specifieke doelen met betrekking tot seksuele gezondheid van leerlingen geformuleerd en ook niet hoe professionals van buiten de school hierin passen (Van de Bult *et al.*, 2014).

Jongeren

Jongeren krijgen lessen over seksuele gezondheid op school. Voor specifieke informatie over soa's, anticonceptie en (ongepande) zwangerschap bezoeken zij momenteel de huisarts of de spreekuren van Sense. Jongeren tot 25 jaar kunnen gratis gebruik maken van de Sense spreekuren. In 2011 bezochten in Nederland 14.477 jongeren tussen de 12 en 24 jaar een Sense-spreekuur, waarvan 78,9% vrouw was. De jongeren kozen ervoor om naar het Sense-spreekuur te gaan omdat zij er niet aan gedacht hadden om naar de huisarts te gaan of omdat zij liever niet met de huisarts over seks praten. Tijdens het spreekuur willen jongeren vooral informatie en over soa's, anticonceptie, seksualiteit, (ongewenste) zwangerschap en seksueel geweld. Vrouwen willen vooral informatie over soa's en anticonceptie, mannen komen vooral voor soa-consulten (Groenee & Wijsen, 2013). Overige informatiebronnen voor jongeren zijn de schoolarts of schoolverpleegkundige, de GGD en bijvoorbeeld het jongerenwerk (De Graaf *et al.*, 2005). Jongeren maken, ook voor vragen rondom seksualiteit, steeds meer gebruik van het internet, zoals de site van sense (www.sense.info). Voor jongeren is het van belang te weten waar zij terecht kunnen voor vragen rondom seksualiteit.

Huisartsen

Een uitbreiding van de taken van verloskundigen, betekent dat taken die voorheen alleen door huisartsen uitgevoerd worden, ook door verloskundigen kunnen worden uitgevoerd. Bezwaren

genoemd tegen deze verschuiving van taken zijn dat de huisarts in tegenstelling tot de verloskundige zich richt op hele patiënt, en dus ook de ziektegeschiedenis en het gebruik van andere medicijnen, en dat het plaatsen van spiralen ook nazorg en begeleiding behoeft en dat de huisarts deze continuïteit in zorg beter kan bieden, en daarmee versnippering in de zorg voorkomt. Inmiddels is er een werkgroep samenwerkingsafspraken gestart tussen de NHG en KNOV (Mensink, 2013). Voor vrouwen die net bevallen zijn hebben verloskundigen al een taak op het gebied van anticonceptiezorg.

De ongeveer 10 Wageningse huisartsenpraktijken hadden geen interesse in dit onderzoek en reageerden niet op e-mail en telefoon. Het bezoeken van twee praktijken en de uitleg over het onderzoek aan de praktijkassistente resulteerde in één ingevulde vragenlijst van een huisarts. Deze huisarts was niet enthousiast over de plannen van de verloskundigen om de anticonceptiezorg uit te breiden. De reden voor het gebrek aan enthousiasme was niet vermeld, wel wilde de huisarts graag een persoonlijk gesprek met de verloskundigen hierover (Ottens *et al.*, 2013).

3.5 Ontwikkelingen en trends

In de zorgsector zijn verschillende ontwikkelingen gaande die niet alleen gelden voor verloskundigen, maar ook voor andere professionals. Bijvoorbeeld neemt de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn steeds meer toe, is er een verschuiving van zorgtaken van de tweede naar de eerste en de nulde lijn (jeugdgezondheidszorg en GGD) en neemt zorg in de buurt toe (Batenburg *et al.*, 2013; Steffens, 2013) (Kader 17). De verwachting is dat huidige trends zich voortzetten en dat cliënten van verloskundigen vaker vragen om pijnstilling, vaker poliklinisch willen bevallen, en veeleisender worden doordat zij beter geïnformeerd zijn. Deze trends vragen om een intensievere geboortezorg, waartoe meer samenwerking nodig is tussen de verloskundigen, gynaecologen en kraamverzorgenden en tussen verloskundigen, huisartsen, gemeenten en andere partijen (Batenburg *et al.*, 2013). De verwachting is dat verloskundigen een grotere rol gaan spelen in de 'public health' door een cumulatieve van problemen onder cliënten (Batenburg *et al.*, 2013, p. 28).

Kader 17. Toekomstige arbeidsmarkt van verloskundigen

Het NIVEL heeft in opdracht van de KNOV onderzoek uitgevoerd naar de Arbeidsmarkt van verloskundigen (Batenburg *et al.*, 2013). Om de vraag naar verloskundige zorg tussen nu en in 10 à 15 jaar te beoordelen zijn verschillende deelonderzoeken uitgevoerd. In het onderzoek zijn onder andere de wensen van toekomstig zwangeren, de taken van de verloskundigen in het kader van de uitbreiding van de AMvB en de integratie in de geboortezorg meegenomen.

Het KNOV rapport over de kern van de verloskundige (KNOV, 2006) en het Takenpakket Eerstelijns Verloskunde 2007 (Reitsma *et al.*, 2007) beschrijven verschillende ontwikkelingen van belang van verloskundigen: cliënten veranderen, de behoefte aan meer zorg op maat en aan meer informatie. Cliënten veranderen, en hun vragen ook. De cliënt is mondiger geworden, is beter geïnformeerd, en wil weten waar zij aan toe is, en wat haar te wachten staat.

Verloskundigen hebben te maken met een grote diversiteit aan cliënten, bijvoorbeeld cliënten met een andere culturele achtergrond. Dit betekent dat van verloskundigen verwacht wordt dat zij zorg op maat bieden.

Meer vrouwen zullen een beroep doen op de eerstelijns verloskundige. Een van de oorzaken is dat een deel van de vrouwen met een chronische aandoening meer kansen krijgen om zwanger te worden en dat een deel van deze vrouwen ook in de eerste lijn wordt begeleid. Door de toename van medische technologie en wetenschappelijke kennis is er meer mogelijk op het gebied van preventie, screening en kans bepalende geneeskunde. De verloskundige heeft bijvoorbeeld een taak in het informeren van cliënten over de aard en de (on)mogelijkheden van nieuwe testen.

Gelijksoortige ontwikkelingen zijn te zien in andere landen. Bijvoorbeeld in Zweden is de behoefte aan informatie van de verloskundige onder zwangere vrouwen groter geworden en verwachten de vrouwen dat de partner actief betrokken wordt (Hildingsson *et al.*, 2014).

Een andere ontwikkeling is de stijging van de zorgkosten. Gezondheidsbevordering en preventie kunnen een rol hebben in het terugdringen van de kosten. Nu is preventie vooral een taak van huisartsen en GGD 'en. Meer en meer wordt onderkend dat verloskundigen een belangrijk rol kunnen hebben in preventie gedurende verschillende levensfasen. Jongeren hebben vragen over seksuele gezondheid (Kader18) en de zwangerschap is een belangrijke transitie in de levensfase van vrouwen. Zij staat op dat moment open voor veranderingen, zoals gezonde voeding (Szwajcer, 2007).

Kader 18. Spreekuur voor seksuele gezondheid

Aan een spreekuur voor seksuele gezondheid lijkt behoefte te staan. Tijdens verschillende levensfasen kunnen seksuele vragen of behoeften ontstaan. Jongeren kunnen vragen hebben, maar ook de komst van kinderen, het hebben van chronische ziekten hebben gevolgen en kunnen tot seksuele problemen leiden (Trouw, 30 mei 2014). Verloskundigen zien voor zichzelf hierin een rol weggelegd omdat zij vaak al een intiem contact met cliënten hebben door hun aanwezigheid bij een belangrijke life event. Wel geldt dat zij hiervoor open moeten staan en mogelijk ook in geschoold moeten worden.

3.6 Samenvatting en tussentijdse conclusies

Benodigde competenties zijn de didactische vaardigheden voor het lesgeven aan laag opgeleide jongeren, aangevuld met vaardigheden van belang voor het onderwerp zoals een open houding ten opzichte van seksualiteit en het kunnen creëren van een veilige sfeer.

Het organiseren en geven van lessen seksuele educatie door verloskundigen gebeurt in samenwerking met verschillende andere organisaties. De organisaties kunnen verschillen, afhankelijk van de regionale en lokale voorzieningen en zijn onder andere van belang voor het toegang krijgen tot scholen en het structureel inbedden van de lessen in bijvoorbeeld het gemeentelijk beleid. In Zweden bestaat deze samenwerking in het jeugdcentrum al vele jaren en wordt vergemakkelijkt doordat seksuele educatie een apart vak is op scholen en verloskundigen werkzaam zijn bij een jeugdcentrum waar seksuele educatie een onderdeel is van hun werk. Echter, de rol van Zweedse verloskundigen is niet goed te vergelijken met de Nederlandse situatie, omdat deze verloskundigen gespecialiseerd zijn en andere taken hebben. In Nederland werken de meeste verloskundigen in een praktijk en wanneer zij seksuele educatie willen geven, is dit gedaan in de vorm van een project dat is uitgevoerd naast de reguliere werkzaamheden.

Niet alle stakeholders zijn zonder meer enthousiast over een nieuwe rol van verloskundige voor het geven van seksuele educatie. De GGD heeft bedenkingen over het geven van lessen over seksuele gezondheid door de verloskundige omdat de lessen eenmalig zijn en hiervoor geen structurele financiering is. Zij zien echter ook, evenals andere stakeholders, dat de verloskundige expertise heeft die nu niet aan bod komt in de lessen op school en dat het meerwaarde heeft om leerlingen vertrouwd te maken met zorgprofessionals. De docenten zijn (matig) positief en van mening dat de verloskundige serieus wordt genomen door de leerlingen. Alle stakeholders onderstrepen dat de verloskundige de benodigde competenties moet hebben. Op het gebied van anticonceptie werkt de KNOV nauw samen met de LHV. Op lokaal niveau is het goed mogelijk dat huisartsen bedenkingen hebben bij een bredere taak op het gebied van anticonceptie, zoals de huisarts betrokken in het onderzoek in Wageningen.

Verskillende ontwikkelingen, zoals meer samenwerking tussen 0^e, 1^e en 2^e lijn, technologische vooruitgang en een grotere diversiteit aan cliënten die mondiger zijn dan voorheen, zowel in Nederland als daarbuiten, duiden erop dat verloskundigen meer taken krijgen op het gebied van public health en informatievoorziening, en daarmee een belangrijke rol vervullen in preventie en gezondheidsbevordering.

4 Discussie, conclusie en aanbevelingen

4.1 Beantwoording van de onderzoeksvragen

Verloskundige praktijk De Bakermat wil graag 'het gezicht' worden op het gebied van seksuele gezondheid in Wageningen. De uitbreiding van taken betekent dat verloskundigen zich op nieuwe terreinen begeven en dit heeft zowel gevolgen voor henzelf als voor hun omgeving, andere stakeholders. De inzichten uit de literatuur en Zweden en de ervaringen in Amsterdam, Friesland en Wageningen geven een goed beeld van de sterkten en zwakten van de interne omgeving van verloskundigen en de kansen en belemmeringen in de externe omgeving van verloskundigen voor het voor het realiseren van de gewenste nieuwe rol (Tabel 4).

Tabel 4. SWOT Analyse voor een nieuwe rol voor de verloskundige.

Intern sterkten	Intern zwakten
<ul style="list-style-type: none">• Deskundigheid, autoriteit en praktijkervaring van verloskundigen op het gebied van zwangerschap en bevalling.• Verloskundigen kunnen goed omgaan met diverse groepen mensen en bouwen makkelijk een vertrouwensband op.• Lessen gegeven door verloskundigen worden door leerlingen serieus genomen.• Voor anticonceptiezorg zijn verloskundigen dichterbij, en makkelijker bereikbaar dan bijvoorbeeld de regionale Sense spreekuren.• Een specifieke en brede kennis van preventie en gezondheidsbevordering biedt de mogelijkheid (verder) te specialiseren in het vakgebied.	<ul style="list-style-type: none">• Niet alle verloskundigen hebben de vereiste didactische vaardigheden.• Het geven van lessen seksuele educatie komt boven op de normale taak van verloskundigen.• De uitbreiding van het takenpakket voor verloskundigen kan betekenen dat zij meer belast worden en zich minder kunnen richten op hun primaire taken.
Extern kansen	Extern belemmeringen
<ul style="list-style-type: none">• Laag opgeleide jongeren vormen een doelgroep waar veel seksuele gezondheidswinst is te behalen.• Preventie en gezondheidsbevordering op jonge leeftijd draagt bij aan gezondheidswinst en het verminderen van de zorgkosten.• Leerlingen hebben interesse in gezond zwanger worden, de bevalling en het werk van de verloskundige.• Scholen zijn een belangrijke setting voor seksuele educatie.• Seksuele educatie aan laagopgeleide jongeren kan kwalitatief beter. Het heeft nu een adhoc karakter en is afhankelijk van de individuele leerkracht.• De les over de gezonde zwangerschap is (nog) geen onderdeel van het curriculum van scholen en van LLL4.• Ouders en leerlingen betrekken bij de (voorbereidingen voor) seksuele educatie opdat het aanbod goed afgestemd wordt op hun wensen en behoeften.• Lessen gegeven door zorgprofessionals kunnen eraan bijdragen dat leerlingen beter toegang vinden tot zorgvoorzieningen.• Samenwerken met verschillende organisaties wordt steeds vanzelfsprekender in de zorg.• Preventie en zorg en in de wijk door horizontale samenwerking tussen verschillende organisaties en doorverwijzen waar nodig.• De uitbreiding van het takenpakket past binnen de huidige trend binnen de preventieve gezondheidszorg en veranderende wetgeving (AMvB). Er zijn meer Nederlandse gemeentes die experimenteren met de nieuwe rol van de verloskundige.	<ul style="list-style-type: none">• Veel onderwerpen zijn al bekend bij leerlingen, zoals anticonceptie.• Uit evaluatieonderzoek van LLL4 blijkt dat vooral hoger opgeleide jongeren profiteren van de lessen (HAVO-VWO).• Seksuele educatie is nog weinig ingebed in het schoolgezondheidsbeleid.• De voorlichting is afhankelijk van de bereidwilligheid van de docenten.• Het leggen van contacten met scholen is lastig en kost veel tijd. Niet iedereen is meteen positief (terwijl de lessen in de praktijk wel steeds positief uitpakken).• Succes is geen garantie voor continuering.• Het betrekken en betrokken houden van verschillende partijen kost tijd en voortdurend aandacht.• Het is mogelijk dat op lokaal niveau huisartsen niet positief zijn over de uitbreiding van taken van verloskundigen op het gebied van anticonceptiezorg.• Lessen door de verloskundigen worden niet gefinancierd.

De SWOT analyse betreft verschillende invullingen van de nieuwe rol van de verloskundigen. De eerste rol is het geven van seksuele educatie aan laagopgeleide jongeren. De meeste punten in de analyse gaan over deze rol, omdat deze uitgebreid onderzocht is. De tweede rol is de uitbreiding van taken op het gebied van anticonceptiezorg. De derde rol betreft meer in het algemeen taken op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering. Voor alle verschillende rollen is samenwerking met andere professionals en organisaties van belang. In onderstaande paragraaf wordt de eerste rol uitgebreid besproken. Vervolgens wordt kort gereflecteerd van de inbedding van deze rol, ook in relatie tot de andere twee genoemde rollen, en de samenwerking met andere stakeholders. Vervolgens wordt ingegaan op de sterkten en zwakten van dit onderzoek. Tot slot volgen de conclusies en de aanbevelingen voor verloskundigen, de KNOV en andere stakeholders.

4.2 Een nieuw rol: Seksuele educatie aan laagopgeleide jongeren

De resultaten in dit onderzoek onderbouwen de meerwaarde van een rol voor verloskundigen in het geven van seksuele educatie aan laagopgeleide jongeren. Verloskundigen hebben deskundigheid en expertise op het gebied van de gezonde zwangerschap, zijn gewend om seksualiteit bespreekbaar te maken en de leerlingen nemen de verloskundige en haar expertise serieus. De schoolsetting lijkt een goede keuze om laagopgeleide jongeren te bereiken. Bij deze jongeren is het meeste winst te behalen op het gebied van seksuele gezondheid en deze jongeren zijn geïnteresseerd in de lessen en het werk van de verloskundige. De les van de verloskundige voorziet in een behoefte: educatie over de gezonde zwangerschap komt doorgaans niet aan bod op scholen en is ook geen onderdeel van Lang Leve de Liefde 4 (LLL4), het meest gebruikte programma seksuele educatie op middelbare scholen.

Alle drie de Nederlandse pilots zijn geëvalueerd en stakeholders, inclusief verloskundigen en leerlingen, zijn positief over de lessen. De Wageningse leerlingen hebben het meeste geleerd over voor hen nieuwe onderwerpen, zoals de ontwikkeling van de foetus, medicijngebruik, (rauw) vlees en foliumzuur. Over het belang van niet roken en gezond eten wisten de leerlingen al veel, en geven zij duidelijk aan hier geen behoefte aan te hebben. Wel hebben zij behoefte aan andere informatie, zoals over de bevalling zelf en over het beroep van verloskundige. Een kans voor de verloskundige is om hier beter bij aan te sluiten. Ook in de literatuur wordt gepleit voor seksuele educatie die aansluit bij de behoefte van jongeren (bijvoorbeeld Allen, 2001; Brown *et al.*, 2011; Chenhall *et al.*, 2009). Whitfield *et al.* (2013) noemen dit de 'youth-focused approach'. Kenmerkend voor deze benadering is dat seksualiteit van jongeren (ook) op een positieve manier ingevuld wordt, zowel in educatie, interventies als in onderzoek (Russel, 2005; Tolman & McClelland, 2011), te meer omdat risicogedrag doorgaans de meeste aandacht krijgt (Kuyper *et al.*, 2011).

De les van de verloskundige kan eraan bijdragen dat jongeren meer kennis hebben over voorzieningen in de gezondheidszorg en dat zij hier ook meer gebruik van gaan maken. De kans bestaat dat zij als gevolg van de les makkelijker de verloskundige praktijk bezoeken, zeker wanneer deze dichterbij is dan de Sense spreekuren. De ervaringen met het Wageningse project 'seksuele gezondheid' ondersteunen dat meer kennis leidt tot meer gebruik: de voorlichting van GGD medewerkers over Sense heeft geresulteerd in hogere bezoekers aantallen van Wageningse jongeren op de Sense website (zie Kader 15). Ook ander onderzoek bevestigt dat lessen seksuele educatie gegeven door professionals uit de gezondheidszorg bijdragen aan betere kennis en meer gebruik van gezondheidsdiensten. Uit Engels onderzoek naar factoren die het gebruik van seksuele gezondheidsdiensten bevorderen blijkt dat onder 15 en 16 jarigen, de kennis over deze voorzieningen, de nabijheid ervan en ook het op gemakkelijke wijze praten over seksualiteit, het gebruik van seksuele gezondheidsdiensten bevordert (Parkes *et al.*, 2004). De Zweedse onderzoekers Kånåhols *et al.* (2011) doen op basis van kwalitatief onderzoek naar de behoeften van 14-16 jarige jongeren de aanbeveling aan scholen om professionals uit te nodigen voor het geven van seksuele educatie. Samenwerking tussen scholen en gezondheidsvoorzieningen is een goede manier om seksuele gezondheid te bevorderen. Leerlingen kregen nieuwe informatie van de professionals en professionals kunnen docenten ondersteunen in het geven van seksuele educatie, ook omdat docenten op school

zich vaak ongemakkelijk voelen bij dit onderwerp. Whitfield *et al.* (2013) onderschrijven op basis van een survey onder 2036 jongeren van 13 tot 16 jaar ook de toegevoegde waarde van professionals van buiten de school. Gezondheidsbevordering kan effectiever gebracht worden door professionals en jongeren krijgen meer inzicht in waar zij terecht kunnen voor vragen en hulp. Hayter *et al.*, (2012) hebben in hun kwalitatieve studie naar de ervaringen van gezondheidsprofessionals gevonden dat samenwerking met scholen cruciaal is in het bereiken van jongeren en bijdraagt aan de toegankelijkheid van de voorzieningen voor jongeren.

In alle drie Nederlandse pilots en ook in Zweden werken de verloskundigen die seksuele educatie geven samen met de scholen en vaak ook andere organisaties. De literatuur ondersteunt dat samenwerken met scholen als één van de beste manieren om seksuele gezondheid van jongeren te bevorderen (Hayter *et al.*, 2012) en om deze reden wordt dit internationaal aanbevolen (Parkes *et al.*, 2004).

De gegevens in dit rapport onderschrijven de meerwaarde van deze rol voor verloskundigen. Het in de praktijk verder ontwikkelen en uitvoeren van deze rol brengt een aantal overwegingen en vragen met zich mee, waar verloskundigen, de KNOV en andere stakeholders actie op kunnen ondernemen: training van verloskundigen en benodigde randvoorwaarden, aansluiting bij de school en/of LLL4, lessen op school of buiten de school, en evaluatie van de lessen.

Training van verloskundigen en benodigde randvoorwaarden

Verloskundigen die seksuele educatie aan laagopgeleide jongeren willen geven moeten over didactische vaardigheden beschikken en ook een aantal competenties zoals het gemakkelijk en open kunnen praten over seksualiteit, om kunnen gaan met groepen jongeren, en het creëren van een veilige sfeer. De verloskundigen in de pilots in Amsterdam, Friesland en Wageningen hebben allen een training gehad en de verschillende stakeholders, zoals docenten in het Friese project (Brand-Harbers & Van Dijk, 2014) en medewerkers van de GGD en de gemeente (Van der Bult *et al.*, 2014) zien dit ook als een essentiële voorwaarde. In de literatuur wordt onderschreven dat het beschikken over de bepaalde didactische vaardigheden een vereiste is voor het geven van seksuele gezondheidseducatie (Kånåhols *et al.*, 2014; Schutte *et al.*, 2014a; Wiefferink *et al.*, 2005).

De KNOV kan in het faciliteren van trainingen voor verloskundigen een centrale rol vervullen. Dit heeft zij al gedaan voor de verloskundigen in de Amsterdamse en Friese pilot en doet zij ook voor andere onderwerpen, zoals het scholingstraject (e-learning en vaardigheidsonderwijs) voor het zetten van een spiraaltje (KNOV, 2014). Ook zou er aandacht voor moeten komen in de basisopleiding van verloskundigen.

Zolang het verzorgen van de lessen geen vast onderdeel is van het takenpakket van verloskundigen moeten zich (tijdelijk) vrij kunnen maken van andere taken, zoals het doen van spreekuren en bevallingen. Het kan hierbij stimulerend werken om een grotere groep getrainde verloskundigen te hebben, zoals in Amsterdam en Friesland het geval was, om taken te verdelen en voor elkaar in te kunnen vallen.

Aansluiten bij de school en/of LLL4 extra les

In het meest gebruikte en evidence-based programma LLL4 is de gezonde zwangerschap geen onderwerp. Dit onderwerp kan mogelijk goed aansluiten bij de extra les over 'Zwanger en dan' die in het programma LLL4 ontwikkeld wordt. De KNOV kan samen met de interventie eigenaar van LLL4, SOA AIDS Nederland, onderzoeken of en hoe een les over de gezonde zwangerschap past in LLL4. Een alternatief dat verder onderzocht kan worden is om aan te sluiten bij andere interventies dan LLL4.

Het aansluiten bij een bestaande interventie hoeft nog niet te betekenen dat de les over de gezonde zwangerschap daadwerkelijk aan bod komt op scholen: niet alle scholen gebruiken programma's zoals LLL4. In Wageningen behouden docenten graag de vrijheid om naar eigen inzicht seksuele educatie te geven. Daarnaast speelt dat, hoewel scholen en docenten het belang van gezondheidsbevordering inzien, zij vaak niet open staan voor nieuwe interventies, omdat zij vaak al overbelast zijn.

Verloskundigen kunnen ook zelf, al dan niet in samenwerking met andere organisaties, scholen benaderen voor het geven van de lessen, zoals is gebeurd in de drie Nederlandse pilots. Deze weg wordt vergemakkelijkt wanneer lessen over de gezonde zwangerschap in het curriculum van scholen wordt opgenomen. Dit zou via wet- en regelgeving bewerkstelligd moeten worden, een optie, indien

gewenst, die vraagt om een lange adem en waartoe de KNOV samenwerking kan zoeken met organisaties zoals RutgersWPF.

Op school of buiten de school?

In Zweden geven de verloskundigen (ook) les in de jeugdcentra, met het grote voordeel dat jongeren de gezondheidsvoorziening daadwerkelijk bezoeken, hetgeen bijdraagt aan het (toekomstig) gebruik er van. De Nederlandse verloskundigen zijn allen naar de school toegegaan om in de schoolsetting de les te verzorgen. In Nederland zijn er diverse andere mogelijkheden om de lessen te verzorgen: de verloskundige praktijk, Sense, het Centrum Jeugd en Gezin en welzijns-, buurt- en jongerencentra. Afhankelijk van praktische aspecten, bijvoorbeeld of er voldoende plaats is voor 25 tot 30 leerlingen, en de toegevoegde waarde, bijvoorbeeld of jongeren voor vragen rondom seksualiteit terecht kunnen in de betreffende voorziening, kan de verloskundige samen met de school de afweging maken waar de les geven wordt.

Evaluatie van de lessen

Het evalueren van de lessen seksuele educatie draagt bij aan hoe de lessen moeten worden ingevuld en ingebed (Hayter *et al.*, 2012). Uit de evaluatie van de drie Nederlandse pilots blijkt dat er goed moet worden nagedacht over de wijze van evalueren en de organisatie ervan. In alle pilots zijn vergelijkbare vragenlijsten gebruikt. De vragenlijsten, gebruikt voor en na de les, leveren kennis op over eventuele veranderingen in kennis van de leerlingen als gevolg van de les. Dit betreft alleen de korte termijn veranderingen. Het is de vraag of deze kennis blijft "hangen". Een tweede nameting zou nodig zijn om meer te weten over de eventuele langere termijn effecten.

Belangrijk is ook dat dan alle onderwerpen uit de vragenlijst tijdens de lessen aan bod komen. Dit bleek in de praktijk niet altijd even makkelijk te zijn. De lessen hebben in de praktijk een wisselende inhoud, omdat de verloskundigen de actieve betrokkenheid van jongeren stimuleren door bijvoorbeeld in te gaan op vragen van leerlingen, hetgeen bijdraagt aan goed contact maken met de leerlingen (Kirby, 2004). Daarnaast bleek dat de taalkundige vaardigheden van laagopgeleide jongeren laag zijn, waardoor het kan zijn dat vragen niet goed begrepen zijn.

Op basis van de wens van de Wageningse verloskundigen en de uitkomsten van literatuuronderzoek (Van Mourik, 2014) is in Wageningen daarom een combinatie van evaluatie instrumenten ingezet (interviews, focus groepgesprek, observatie, analyse van verslagen van leerlingen). De kwalitatieve onderzoeksinstrumenten hebben inzicht opgeleverd in waarom de informatie van de verloskundige wel of niet werd gewaardeerd en in de behoeften van leerlingen. Ook bieden deze alternatieve evaluatie-instrumenten meer mogelijkheden om om te gaan met de taalkundige beperkingen van de jongeren, onduidelijke vragen kunnen worden uitgelegd en leerlingen kunnen in hun eigen bewoordingen opschrijven wat zij hebben geleerd.

Organisatorische beperkingen van het doen van evaluatie onderzoek zijn bijvoorbeeld tijdgebrek, waardoor niet alle vragenlijsten in alle klassen zijn afgenomen. Zeker wanneer gekozen wordt voor meerdere evaluatiemethoden, zoals interviews en focus groep gesprekken, is het hebben van voldoende menskracht een belangrijke randvoorwaarde. In Wageningen hebben studenten Gezondheid en Maatschappij de evaluatie uitgevoerd en zorg gedragen voor dataverzameling en analyse. Wanneer verloskundigen dit zelf doen, vraagt dit de nodige organisatie en ook dat zij de data achteraf invoeren in een databestand en zelf een analyse van de data uitvoeren.

Voor verloskundigen die op een eenvoudige wijze de les willen evalueren met een vragenlijst, hebben wij op basis van de (verbeterde) vragenlijst (Bijlage 2) een kortere en eenvoudigere vragenlijst gemaakt (Bijlage 4), met minder antwoord mogelijkheden en meer open vragen opdat leerlingen in hun eigen woorden kunnen antwoorden. Mogelijk dat een aantal stellingen aangepast dient te worden, indien verloskundigen besluiten de onderwerpen van de les meer aan te laten sluiten bij de behoeften van leerlingen. De verloskundige kan de eerste vragen (aan de voorzijde) tijdens de les laten invullen en aansluitend bespreken. De laatste vragen (aan de achterzijde) kunnen aan het eind van de les worden ingevuld. Op deze wijze worden jongeren actief betrokken in de les en de evaluatie, hetgeen door velen gepropageerd wordt (Allen, 2001; Allen, 2005; Brown *et al.*, 2014; Chenhall *et al.*, 2009; Gubrium & Shafer, 2014). Een mogelijkheid is om de vragenlijst te voorzien van bijvoorbeeld foto's, dit stimuleert discussie (Brown *et al.*, 2014).

4.3 Inbedding van de nieuwe rol en samenwerking

Het inbedden van de nieuwe rol van verloskundigen en de samenwerking met verschillende stakeholders gaat niet vanzelf. Dit geldt zowel voor de scholen als de samenwerking met andere stakeholders.

Scholen

Uit de ervaringen blijkt dat het contact zoeken en onderhouden met scholen een moeizaam en vaak ook langdurig proces is. Dit kan vergemakkelijkt worden door de inzet van en samenwerking met andere organisaties die al toegang hebben tot scholen, zoals bijvoorbeeld de GGD en Gemeente in het Wageningse project en de ROS in het Friese project.

Scholen kunnen weerstand hebben, omdat zij de perceptie hebben dat lessen over seksuele gezondheid leiden tot meer (onveilig) seksueel gedrag en tienerzwangerschappen. Dit speelde aanvankelijk een rol in de Amsterdamse pilot. Ook de literatuur rapporteert dat professionals dit probleem tegenkomen wanneer zij scholen benaderen voor het bevorderen van seksuele gezondheid, terwijl de realiteit juist laat zien dat seksuele educatie bijdraagt aan het verminderen van risicogedrag (Hayter *et al.*, 2012). Meer kennis over de effecten van seksuele educatie op jongeren is van belang. Ook helpt het wanneer scholen de lessen van de verloskundige 'ervaren' en hierover horen van andere leerkrachten en scholen, zoals in Amsterdam en Friesland, waar gaandeweg steeds meer scholen enthousiast werden. Om goed aan te sluiten bij de behoefte kunnen scholen leerlingen en ouders vanaf het begin betrekken, bijvoorbeeld door een gezamenlijke bijeenkomst met ouders, leerlingen en de verloskundigen te organiseren. Zo kunnen zij meedenken over de opzet en inhoud van de lessen seksuele educatie.

Ook kunnen scholen gemotiveerd raken wanneer zij weten welke taken verloskundigen hebben en wat zij kunnen betekenen voor hun leerlingen. Hier kan de KNOV een rol vervullen, door bijvoorbeeld samen te werken met koepelorganisaties die in contact staan met scholen. Wanneer verloskundigen ook invulling geven aan de andere genoemde rollen, de uitbreiding van taken op het gebied van anticonceptiezorg gedurende de hele vruchtbare periode en meer in het algemeen taken op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering wordt het belang van educatie door de verloskundige vanzelfsprekender.

Samenwerking

Een belangrijk verschil tussen Zweden en de Nederlandse pilots is dat de Zweedse verloskundigen vanuit hun positie in het Jeugdcentrum de lessen in samenwerking met de scholen verzorgen, en dat dit al vele jaren gebeurt.

De Nederlandse verloskundigen hebben op projectbasis de lessen op scholen verzorgd, en afhankelijk van de lokale context met verschillende organisaties samengewerkt. In Friesland is de samenwerking langdurig, onder andere doordat de ROS het project coördineert en voortzet. In Amsterdam is dit niet gelukt, en in Wageningen is nog niet duidelijk of en hoe verdere samenwerking gaat plaats vinden. Het aansluiten bij (bestaande) samenwerkingsverbanden en netwerken kan een goede manier zijn seksuele educatie op scholen te realiseren. Dit past bij de huidige tendens, waarin samenwerking steeds vanzelfsprekender wordt. Verloskundigen doen dit ook al, met name met de tweede lijn: verloskundigen sluiten overeenkomsten met zorgprofessionals, zoals gynaecologen en kinderartsen om de zorg rondom zwangere en kind te verbeteren (Steffens, 2013). Samenwerking met scholen, GGDen en ROS is een nieuwe stap, waarin vele factoren een rol hebben, bijvoorbeeld een goede communicatie (Koelen *et al.*, 2008; Koelen *et al.*, 2012). In het ondersteunen van samenwerkingstrajecten kan de KNOV een rol spelen, bijvoorbeeld door het aanbieden van scholing, door het scheppen van de randvoorwaarden samen met koepels van andere organisaties zoals ROS, gemeenten en scholen en door ondersteuning te bieden bij de evaluatie ervan.

4.4 Beperkingen en voordelen van dit onderzoek

Dit onderzoek geeft de bevindingen weer die zijn opgedaan in 2013 en 2014 rondom het opzetten, uitvoeren en evalueren van de lessen over de gezonde zwangerschap door de Wageningse verloskundige. Doordat het realiseren van de lessen op school lang heeft geduurd is er tijd geweest om te leren van ervaringen uit de literatuur en de pilots in Amsterdam en Friesland en onderzoek te doen naar de rol van de Zweedse verloskundigen, zoals beschreven in de vier deelrapporten. Een tweede voordeel van deze langere onderzoeksperiode is dat onderzoek en praktijk goed op elkaar afgestemd konden worden. De deelonderzoeken zijn gepresenteerd en besproken met de begeleidingscommissie. Op basis hiervan zijn vervolg stappen in het gezet voor verdere onderzoek, zoals het inzetten van een combinatie van onderzoeksmethoden bij de evaluatie op het Pantarijn. De combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve methoden heeft inzicht geboden in wat leerlingen hebben geleerd, wat leerlingen van les vonden en waaraan zij behoeften hebben. Op basis hiervan kunnen toekomstige lessen van de verloskundige aangepast worden.

Een beperking van dit onderzoek is dat de evaluatie slechts drie lessen betreft, gegeven door één verloskundige. Wanneer het mogelijk was geweest om meer lessen te verzorgen, had de les aangepast kunnen worden en had de verbeterde vragenlijst getest (Bijlage 2) kunnen worden en/of had onderzocht kunnen worden hoe de eenvoudiger vragenlijst als onderdeel van de les ingezet kan worden (Bijlage 4).

4.5 Conclusie en aanbevelingen

Het geven van seksuele educatie door verloskundigen op scholen is een nieuwe en uitdagende onderneming. Het sluit aan bij de sterkten van verloskundigen en biedt meerwaarde voor verloskundigen omdat het goed past bij de uitbreiding van de AMvB, die het mogelijk maakt dat verloskundigen meer gaan doen op het terrein van anticonceptie. Ook sluit het aan bij de algemene (medische) ontwikkelingen, waarbij de vraag naar preventie en gezondheidsbevordering groeit. De nieuwe rol van verloskundigen kan worden gezien als een kans om de seksuele gezondheid van laagopgeleide jongeren te bevorderen. De schoolsetting lijkt hiertoe geschikt. Het geven van lessen seksuele gezondheid door verloskundigen kent echter enkele zwakten en beperkingen. Hieronder staan aanbevelingen voor verloskundigen die seksuele educatie willen geven, voor scholen en voor de KNOV en andere stakeholders. Met deze aanbevelingen kunnen zwakten omgezet worden in sterkten en belemmeringen omgebogen tot kansen opdat de nieuwe rol van verloskundigen zich gezond kan ontwikkelen tot een vanzelfsprekend onderdeel van de Nederlandse cultuur.

Aanbevelingen voor verloskundigen die seksuele educatie willen geven

- Organiseer en volg scholing in didactische vaardigheden om lager opgeleide jongeren te onderwijzen.
- Bereid de inhoud van de lessen zo mogelijk in samenwerking met de scholen (leerkrachten, ouders, leerlingen) voor om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de behoefte van de scholen.
- Houd er rekening mee dat scholen weerstand hebben omdat zij het belang niet inzien. Geef informatie over andere ervaringen. Begin de lessen waar het kan, goed voorbeeld doet volgen.
- Stem met de school af waar de les het beste plaats kan vinden, in school of buiten de school.
- Bereid de lessen voor en schaf de benodigde materialen aan.
- Maak een pool met andere verloskundigen opdat taken verdeeld kunnen worden en vervanging geregeld kan worden.
- Leg contacten met GGD, gemeente, scholen en andere organisaties die kunnen bijdragen, bijvoorbeeld in het krijgen van toegang tot scholen. Onderzoek of er lokaal samenwerkingsverbanden of netwerken zijn waarbij kan worden aangesloten en of start hiertoe een nieuw project.
- Het is belangrijk de ervaringen te delen om zo meer leerkrachten en scholen te enthousiasmeren.
- Zorg dat de lessen op eenvoudige wijze kwalitatief als kwantitatief geëvalueerd worden, voor, tijdens en na de les. Gebruik de evaluatie-instrumenten eventueel als onderdeel van de les. Draag zorg voor voldoende onderzoekscapaciteit en monitor de resultaten.

Scholen en andere stakeholders op lokaal niveau

- Maak lessen seksuele educatie en in het bijzonder de les over de gezonde zwangerschap een vast onderdeel van het curriculum met richtlijnen voor leerkrachten.
- Betrek bij het opzetten van de lessen ouders en leerlingen opdat aan hun behoeften wordt voldaan.
- Zorg dat docenten expertise hebben om lessen te geven en/of schakel (zorg-)professionals in voor specifieke lessen: verloskundigen kunnen de lessen over de gezonde zwangerschap verzorgen.

De KNOV en andere landelijke organisaties

- Er kan nog meer geleerd worden van het buitenland waar meer ervaring is met professionals uit de gezondheidszorg die seksuele educatie verzorgen op scholen.
- Onderzoek of de les over gezonde zwangerschap kan aansluiten bij LLL4 of een andere interventie.
- Onderzoek of wet- en regelgeving een optie is om te bewerkstelligen dat de lessen over de gezonde zwangerschap door de verloskundige een onderdeel van het curriculum op scholen wordt.
- Ondersteun verloskundigen in het (bij-)scholen in didactische vaardigheden en/of biedt zelf scholingsmogelijkheden aan.
- Zorg dat het benodigd lesmateriaal gemakkelijk verkrijgbaar is voor verloskundigen en voorzie in een draaiboek voor het geven van lessen seksuele educatie.
- Bied (bij) scholing en ondersteuning aan in het opzetten, onderhouden en eventueel ook evalueren van samenwerkingsverbanden en netwerken op lokaal niveau.
- Werk samen met koepels op landelijk niveau opdat op lokaal niveau de contacten gemakkelijker tot stand kunnen komen en verlopen. Bijvoorbeeld met de VNG (gemeenten).
- Stimuleer evaluatie onderzoek van de lessen seksuele educatie op scholen door te ondersteunen in methoden en in onderzoekscapaciteit.
- Monitor lokale initiatieven op landelijk niveau opdat de impact van de lessen inzichtelijk gemaakt kan worden.

Referenties

Aalhuizen, I. (2011). *Eindrapportage Project "Gelijke kansen voor een optimale zwangerschap"*. Koninklijke Organisaties van Verloskundigen (KNOV), Utrecht.

Allen, L. (2001). Closing Sex Education's Knowledge/Practice Gap: The reconceptualisation of young people's sexual knowledge. *Sexuality Education, 1*, 109-122.

Allen L. (2005). 'Say everything': exploring young people's suggestions for improving sexuality education, Sex education: sexuality, society and learning. *Sexuality Education, 5*, 389-404.

Batenburg, R., Van der Lee, I., Wiegers, T., Van der Velden, L. (2013). *De arbeidsmarkt voor verloskundigen in 2012 en 2022/2027. Een capaciteitsraming op basis van beleidsrijke scenario's*. Utrecht, NIVEL.

Brand, A.K., Bruinsma, A.C.A., Van Groeningen, C.O.M., Kalmijn, S., Kardolus, C.J., Peerden, M.J.M., Smeenk, R.C.J., De Swart, S.M., Kurver, M.J., & Goudswaard, A.N. (2011). NHG-Standaard Anticonceptie. *Huisarts en Wetenschap, 54(12)*, 652-676.

Brand-Harbers, N. & Van Dijk, R. (2014). *Een kwalitatief onderzoek. Hoe ervaren docenten van scholen (VMBO, ROC) in Friesland de lessen over seksualiteit en zwangerschap die door de verloskundige worden gegeven?* Scriptie. Verloskundige Academie Rotterdam.

Brown, G., Sorenson, A. & Hildebrand, J. (2012). How they got it and how they wanted it: marginalized young people's perspective on their experiences of sexual health education. Sex education: sexuality, society and learning. *Sex education, 5*, 599-612.

CBS, (2011). Abortuscijfer vrijwel stabiel. <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2011/2011-3322-wm.htm>. Geraadpleegd op 24 juli 2014.

Chenhall, R., Davison, B., Fitz, J., Pearse T. & Senior K. (2009). Engaging youth in sexual health research: refining a "Youth friendly" method in the Northern Territory, Australia. *Visual Anthropology Review, 29(2)*, 123-132.

Cohn, A. & Richters, J. (2013). 'My vagina makes funny noises': analyzing online forums to assess the real sexual health concerns of young people. *International Journal of Sexual Health, 25*, 93-103. doi: 10.1080/19317611.2012.719852

Danielsson, M., Berglund, T., Forsberg, M., Larsson, L., Rogala, C. & Tydén, T. (2012). Sexual and reproductive health: Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Chapter 9. *Scandinavian Journal of Public Health, 40*,176. Doi: 10.1177/1403494812459600

De Bakermat (2014). Praktijk voor verloskunde Wageningen. <http://www.verloskundigenwageningen.nl> Geraadpleegd op 26 juni 2014.

De Graaf, H., Meijer, S., Poelman, J. & Vanwesenbeeck, I. (2005). *Seks onder je 25^e. Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2005*. Delft: Eburon.

De Graaf, H., Kruijer, H., Van Acker, J. & Meijer, S. (2012). *Seks onder je 25^e. Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2012*. Delft: Eburon.

De Neef, M. & Van Dijk, L. (2010). *"Het is anders gelopen, dan dat we allebei voor ogen hadden. Ik heb twee keer seks met hem gehad en twee keer was het ook raak, ik was zwanger."* Achtergronden van inadequaate conceptiegebruik bij jongeren. Utrecht, Rutgers Nisso Groep.

FSUM, (2002). *National Youth Policy Sweden*. http://www.acys.info/ysa/issues/v.20_n.2_2001/p46_-_Summary_-_June_2002.pdf Geraadpleegd op 22 juli 2014.

Garsen, J. (2008). Sterke daling geboortecijfer niet-westers allochtone tieners. *Bevolkingstrends* 56(4), 14–21.

GGD Gelderland-Midden. (2013). *Activiteitenverslag 2013 VGG M. MO Subsidie Wageningen, Domein 11f Bewustwording van jongeren op gebied van liefde en seks versterken*. Arnhem, GGD Gelderland-Midden.

Gemeente Wageningen. (2012). *Seksuele Gezondheid. Aanvraag verlening subsidie maatschappelijke ondersteuning*. Wageningen, Gemeente Wageningen.

Groenee, M. & Wijsen, C. (2013). *Aanvullende eerstelijns seksualiteitshulpverlening: de cijfers over 2011*. Factsheet. Utrecht, Rutgers WPF.

Groenee, M., Picavet, C & Wijsen, C. (2013). *Landelijke abortusregistratie*. Factsheet. Utrecht, Rutgers WPF.

Groenen, C. (2009). *Handreiking takenpakket voor de eerstelijns verloskundige. Eenduidige en efficiënte verloskundige zorg en praktijkvoering*. Utrecht, Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).

Gubrium, A.C. & Shafer, M.B. (2014). Sensual sexuality education with young parenting women. *Health Education Research*, 29(4), 649-661.

Hayter, M., Owen, J. & Cooke, J. (2012). Developing and establishing school-based sexual health services: issues for school nursing practice. *The Journal of School Nursing*, 28, 433-441.

Hildingsson, I., Westlund, K. & Wiklund, I. (2013). Burnout in Swedish midwives. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4, 87-91.

Hildingsson, I., Andersson, E. & Christensson, K. (2014). Swedish women's expectations about antenatal care and change over time – A comparative study of two cohorts of women. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5, 51-57.

Jeugdstaline CBS. (2014). *Tienermoeders*. www.jeugstatline.cbs.nl/jeugdmonitor. Geraadpleegd op 16 juli 2014.

Kånåhols, A.F., Larsson, M., Eurenus, K., Westerling, R. *et al.* (2011). Evaluation of a sexual education intervention among Swedish high school students. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2, 119–123.

Kirby, D.B., Laris, B.A. & Rolleri, L.A. (2007). Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health* 40, 206-217.

KNOV. (2013). *Bevoegdheid, verantwoordelijkheden en AMvB verloskunde*. 4 april 2013. [http://www.knov.nl/uploads/knov.nl/knov_downloads/761/file/AMvB_uitbreiding_bevoegdheid_verantwoordelijkheid.%20\(1\).pdf](http://www.knov.nl/uploads/knov.nl/knov_downloads/761/file/AMvB_uitbreiding_bevoegdheid_verantwoordelijkheid.%20(1).pdf) Geraadpleegd op 20 juni 2014.

KNOV. (2014). *Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) (uitbreiding)*. 28 augustus 2013, update 8 juli 2014. <http://www.knov.nl/werk-en-organisatie/tekstpagina/313/algemene-maatregel-van-bestuur-amvb-uitbreiding/> Geraadpleegd op 17 juli 2014.

-
- KNOV. (2006). *De kern van de eerstelijns verloskunde. Beroepsprofiel van de verloskundige. Samenvatting.* <http://www.verloskundige.info/files/beroepsprofiel-samenvatting.pdf>. Geraadpleegd op 9 juli 2014.
- Koelen, M.A., Vaandrager, L. & Wagemakers, A. (2012). The healthy alliances (HALL) framework: prerequisites for success. *Family Practice*, 29(Suppl 1), i132-i138.
- Koelen, M.A., Vaandrager, L. & Wagemakers, A. (2008). What is needed for coordinated action for health? *Family Practice*, 2008, 25, i25-i31.
- Kolkman, D., De Boer, J., Aitink, M., Wiede, M., Zeeman, K., Van Driel, K. & Buisman, P. (2013). Beteken meer voor uw cliënten! Uitbreiding van de verloskundige bevoegdheden. *Tijdschrift voor Verloskundigen*, 32(juli/augustus), 8-11.
- Kuyper, L., De Wit, J. & Wijzen, C. (2011). *Positieve kanten van seks*. Utrecht, Rutgers WPF.
- Larsson, M., Eurenus, K., Westerling, R. & Tydén, T. (2006). Evaluation of a sexual intervention among Swedish high school students. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34, 124-131.
- Lewis, J. & Knijn, T. (2002). The politics of sex education policy in England and Wales and The Netherlands since the 1980's. *Journal of Social Policy*, 31,669-694.
- Lewis, J. & Knijn, T. (2003). Sex education materials in The Netherlands and England and Wales: a comparison of content, use and teaching practice. *Oxford Review of Education*,29, 113-132.
- Loket Gezond Leven. (2014). *Interventieoverzicht seksuele gezondheid.* www.loketgezondleven.nl. Geraadpleegd op 26 juni 2014.
- Mensink, M. (2013). *Anticonceptie in de verloskundige praktijk*. Nataal, december 2013, editie 19. <http://www.nataal.nl/index.php/informatie-geboortezorg/preconceptie/333-anticonceptie-in-de-verloskundige-praktijk> Geraadpleegd op 20 juni 2014.
- Milton, J., Berne, L., Peppard, J., Patton, W., Hun, L. & Wright, S. (2001). Teaching Sexuality Education in High Schools: What qualities do Australian teachers value? *Sexuality Education*, 1, 175-186.
- Nederlands Jeugdinstituut (2014). *Lang Leve de Liefde 4*. Databank Effectieve Jeugdinterventies. <http://www.nji.nl/nl/Kennis/Databanken/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Lang-leve-de-liefde-3.html> Geraadpleegd op 21 juli 2014.
- Otten, L., Ruecker, J., Thapa, S. & Remst, S. (2013). *A new role for the midwife in the Netherlands*. Report Settings for Health Promotion. Leerstoelgroep Gezondheid en Maatschappij, Wageningen University.
- Pantarijn. (2011). *Schoolpan 2012 – 2015*. Wageningen, Pantarijn.
- Pantarijn. (2013). *Zorgplan 2011 – 2014*. VMBO Wageningen. Pantarijn.
- Parkes A., Wight D. & Henderson, M. (2004). Teenagers' use of sexual health services: perceived need, knowledge and ability to access. *Journal of Family Planning and Reproductive Care*, 30(4), 217-224.
- Realini, J.P., Buzi, R.S., Smith, P.B. & Martinez, M. Evaluation of "Big Decisions": An abstinence-plus sexuality curriculum. *Journal of Sex & Marital Therapy* 36(4), 313-326, doi: 10.1080/0092623X.2010.488113.

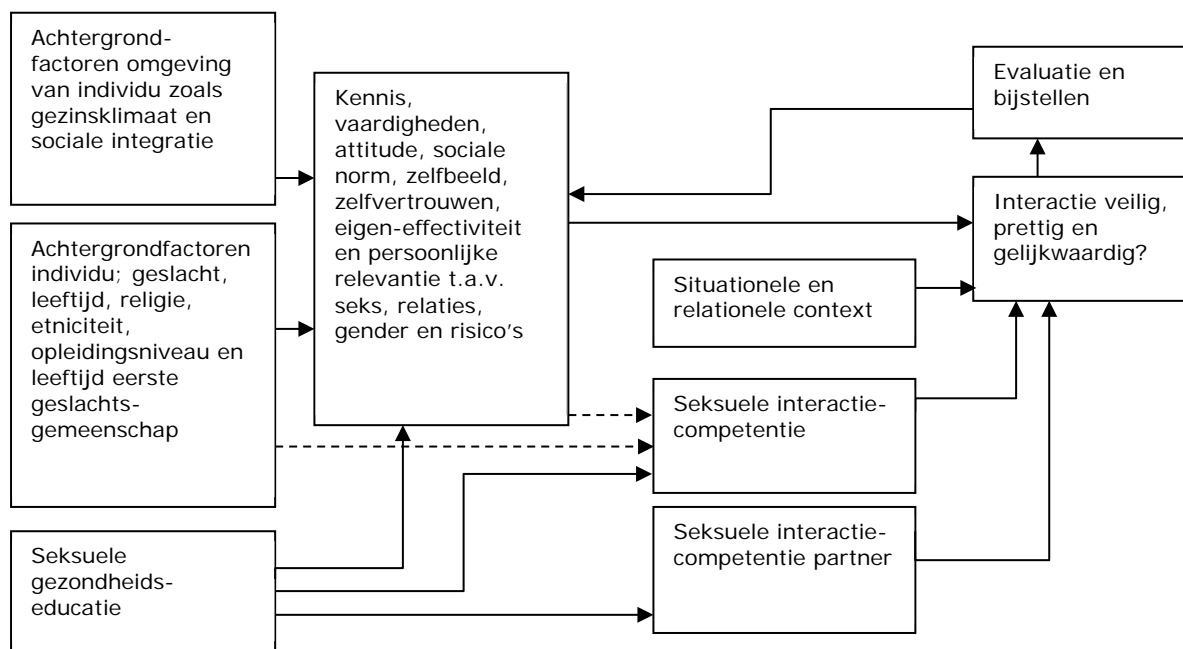
-
- Reitsma, E., Groenen, C. & Fermie, M. (2007). *Takenpakket Eerstelijns Verloskunde 2007*. http://www.c3am.nl/user/file/tvt_200803_takenpakket_eerstelijns_verloskunde_2007.pdf. Geraadpleegd op 25 juli 2014.
- ROS Friesland. (2014). *Voorlichting gezond zwanger worden gaat door*. Nieuwsbrief. www.rosfriesland.nl. Geraadpleegd op 25 juli 2014.
- Russel, S.T. (2005). Conceptualizing Positive Adolescent Sexuality Development. *Sexuality Research and Social Policy: Journal of NSRC*, 2(3), 4-12.
- Schutte, L., Meertens, R.M., Mevissen, F.E.F., Schaalma, H., Meijer, S. & Kok, G. (2014a). Long Live Love. The implementation of a school-based sex-education program in the Netherlands. *Health Education Research*, doi:10.1093/her/cyu021.
- Schutte, L. Mevissen, F.E.F & Kok, G. (2014b). Ondersteuning vanuit de GGD bij implementatie van seksuele voorlichting op school: faciliterende factoren en barrières in een tijd van bezuinigingen. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 7, 274-280.
- Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden 316 (11 juli 2006). *Besluit kerndoelen onderbouw VO*. (7 juni 2006). <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/besluiten/2010/09/17/kerndoelen-onderbouw-voortgezet-onderwijs.html>. Geraadpleegd op 20 juni 2014.
- Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden 470. (2012). *Besluit kerndoelen onderbouw VO BES in verband met het aanpassen van de kerndoelen op het gebied van seksualiteit en seksuele diversiteit*, 21 september 2012. http://www.eerstekamer.nl/behandeling/20121018/publicatie_besluit/document3/f=/vj4ke1czygi2.pdf. Geraadpleegd op 24 september 2014.
- Steffens, W. (2013). Taakverschuiving en –uitbreiding van de verloskundige in het verschiep. *Nataal*, juni 2013, editie 17. <http://www.nataal.nl/index.php/informatie-geboortezorg/verloskunde/304-taakverschuiving-en-uitbreiding-verloskundige>. Geraadpleegd op 27 juni 2014.
- Stetekee, M., Tierolf, B. & Mak, J. (2014). *Kinderen in Tel Databoek 2014. Kinderrechten als basis voor lokaal jeugdbeleid*. Utrecht, Verwey-Jonker Instituut.
- Szwajcer, E. *The pregnancy: time for a new beginning! Exploring opportunities for healthy nutrition promotion*. Proefschrift. Wageningen, Wageningen University.
- The Swedish Association of Midwives, (2014). <http://www.barnmorskeforbundet.se/english/>. Geraadpleegd op 27 juni 2014.
- Tolman, D.L. & McClelland, S.I. (2011). Normative sexuality development in adolescence; a decade in review. *Journal of research on adolescence*, 21(1), 242-255.
- Trouw, Iris Pronk. *Dokter, begin zelf over seks*. De Verdieping. vrijdag 30 mei 2014.
- Young, I., St Leger, L. & Buijs, G. (2013). *School health promotion: evidence for effective action*. Background paper SHE factsheet 2. Utrecht, CBO.
- Van de Bongardt, D., Mouthaan, I. & Bos, H. (2009). Seksuele en relationele vorming in het voortgezet onderwijs. *Pedagogiek*, 29(1), 60-77. <http://www.pedagogiek-online.nl/index.php/pedagogiek/article/viewFile/372/371>. Geraadpleegd op 26 juni 2014.

-
- Van der Bult, K., Van Dongen, B., Van Engelshoven, K., & Reimerink M. (2014). *The new role of the midwives. Effective sustainable sexual health education in a school setting*. Report Settings for Health Promotion. Leerstoelgroep Gezondheid en Maatschappij, Wageningen University.
- Van der Wal, L. & Westerik, S. (2013). *Gelijke kansen voor een optimale start Preconceptiezorg, Stevig Ouderschap Prenataal en Netwerkontwikkeling*. Eindrapportage. Heerenveen: ROS Friesland, 2013.
- Van Dick, G. (2013). *Seksuele gezondheidsbevordering voor jongeren. Een literatuuronderzoek naar de mogelijkheden om seksuele gezondheidseducatie op vmbo-scholen te verbeteren*. BSc thesis. Leerstoelgroep Gezondheid en Maatschappij, Wageningen University.
- Van Empelen, P. (2013). *Effectevaluatie van de vierde herziene versie Lang Leve de Liefde*. <http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/effectevaluatie-van-de-vierde-herziene-versie-lang-leve-de-liefde/voortgang/>. Geraadpleegd op 21 juli 2014.
- Van Mourik, L. (2014). *Seksuele educatie door verloskundigen. Aanbevelingen voor het evalueren van een pilot*. MSc Thesis. Leerstoelgroep Gezondheid en Maatschappij, Wageningen University.
- Van Schuppen, M.T., Finkenflügel, H.J.M. & Gardenbroek, R. (2007). Anticonceptiezorg in de eerstelijns praktijk? *Tijdschrift voor Verloskundigen*, 32(2), 13-16.
- Vanwesenbeeck, I., Bakker, F., Van Fulpen, M., Paulussen, T., Poelman, J. & Schaalma, H. (2003). Seks en seksuele risico's bij VMBO-scholieren anno 2002. *Tijdschrift voor seksuologie*, 27, 30-39.
- Vanweesenbeeck I., Van Zessen, G., Ingham, R., Jaramazovic, E., & Stevens, D., (1999). Factors and processes in heterosexual competence and risk: an integrated review of the evidence. *Psychology and Health*, 14, 25-50.
- Verwey-Jonker Instituut. (2012). *Kinderen in Tel 2012 in Wageningen*. <http://www.waarstaatjegemeente.nl>. Geraadpleegd 16 juli 2014.
- Wageningen UR Wetenschapswinkel. (2013). *Plan van aanpak Nieuwe rol verloskundige*. Maart 2013.
- Weaver, H., Smith, G. & Kippax, S. (2005). School-based sex education policies and indicators of sexual health among young people: a comparison of the Netherlands, France, Australia and the United States. *Sex Education*, 5, 171-188.
- Whitfield, C., Jomeen, J., Hayter, M. & Gardiner, E. (2013). Sexual health information seeking: a survey of adolescent practices. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 3259-3269.
- Wiefferink, C.H., Poelman, J., Linthorst, M., Vanwesenbeeck, I., Wijngaarden, J.C.M.van, & Paulussen, T.G.W. (2005). Outcomes of a systematically designed strategy for the implementation of sex education in Dutch secondary schools. *Health Education Research*, 20/3, 323-333.

Bijlage 1. Het aangepaste seksuele interactiecompetentie (SIC) model

In Nederland is het seksuele interactiecompetentie (SIC) model (Vanwesenbeeck *et al.*, 1999) ontwikkeld. Voor het verklaren van seksuele gezondheidskeuzes van jongeren is het SIC gespecificeerd voor seksuele interactiecompetentie, hetgeen staat voor de (sociale) vaardigheden en strategieën die jongeren inzetten om seksueel contact prettig, veilig en gelijkwaardig te laten verlopen. Het model is afgeleid van het ASE model (De Vries *et al.*, 1998) waarin eveneens achtergrondfactoren, kennis, sociale invloed, eigen effectiviteit en intentie als factoren genoemd worden om gedrag te verklaren.

Van Dick (2013) heeft op grond van haar bevindingen uit de literatuur het SIC model verder verfijnd. De achtergrond factoren heeft zij opgedeeld in twee blokken: een blok met individuele factoren en een blok met de omgevingsfactoren. Omgevingsfactoren worden in veel onderzoek expliciet vermeld. Een tweede aanpassing betreft het tweede blok, waarin kennis en vaardigheden staan. De termen 'gevoelens, betekenissen en motieven' uit het oorspronkelijke model zijn verwijderd omdat deze niet uit de literatuur naar voren komen. De termen zijn vervangen door 'sociale norm, zelfbeeld, zelfvertrouwen, eigen-effectiviteit en persoonlijke relevantie'. Deze termen worden in de literatuur genoemd, maar meer onderzoek is nodig om de relatie van deze termen met de andere factoren in het model aan te tonen. Tot slot is een vak met daarin seksuele gezondheidseducatie toegevoegd omdat verondersteld kan worden dat dit invloed heeft op het maken van seksueel gezonde keuzes door jongeren.



Figuur 1. Model voor seksuele gezondheidskeuzes van jongeren gebaseerd op het model van seksuele interactiecompetentie (Vanwesenbeeck *et al.*, 1999) en aangepast door Van Dick (2013).

Voor gezond seksueel gedrag hebben jongeren voldoende kennis en vaardigheden nodig, een positieve attitude, een positieve sociale norm, een positief zelfbeeld, een hoge eigen-effectiviteit, zelfvertrouwen en persoonlijke relevantie ten aanzien van seks, relaties, gender en risico's.

Bijlage 2. Vragenlijst voor evaluatie voor en na de les

1. Hoe denk je over de volgende uitspraken?					
	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Mee eens/ mee oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
A. Als je als tiener zwanger bent (leeftijd moeder < 19 jaar) heb je méér kans op een te kleine baby in vergelijking met andere vrouwen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Als een zwangerschap 8 weken is, zijn de belangrijkste delen van het kindje al aangelegd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Medicijnen die je bij de drogist kunt kopen kunnen schadelijk zijn voor een kindje tijdens de zwangerschap.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Als je zwanger wilt worden kun je biefstuk dat van binnen nog rood is beter niet eten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Als je zwanger wilt worden is het goed om al foliumzuur te gaan slikken <u>vóór</u> de zwangerschap.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Kies het antwoord dat het beste bij je past					
<u>Voor jongens</u> : Wat zeg je tegen je vriendin?					
	Zeker niet	Waar-schijnlijk niet	Misschien	Waar-schijnlijk	Vrijwel zeker
A. Stel je voor dat je zwanger wil worden en je rookt, zal je dan voor de zwangerschap stoppen met roken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Stel je voor dat je zwanger wil worden, zal je dan foliumzuur gaan slikken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Stel je voor dat je zwanger wil worden, zal je dan eerst naar een verloskundige / huisarts gaan voor informatie over eventuele risico's voor jouw zwangerschap?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Stel je voor dat je zwanger wil worden en je eet ongezond, ben je dan bereid om voor de zwangerschap gezonder te gaan eten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Stel je voor dat je zwanger wil worden, ben je dan bereid om je medicijngebruik aan te passen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. **Kruis alle juiste antwoorden aan:** Bij de verloskundige kan je informatie krijgen over:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Verliefdheid | <input type="checkbox"/> Relaties | <input type="checkbox"/> Seks |
| <input type="checkbox"/> Zwangerschap | <input type="checkbox"/> Tienerzwangerschap | <input type="checkbox"/> Gezonde zwangerschap |
| <input type="checkbox"/> Anticonceptie | <input type="checkbox"/> Soa's | <input type="checkbox"/> Drugs |

4. Kruis alle juiste antwoorden aan: Het kinderwensspreekuur gaat over:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Verliefdheid | <input type="checkbox"/> Gezonde voeding | <input type="checkbox"/> Seks |
| <input type="checkbox"/> Persoonlijke gevaren | <input type="checkbox"/> Medicijngebruik | <input type="checkbox"/> Gezonde zwangerschap |
| <input type="checkbox"/> Anticonceptie | <input type="checkbox"/> Soa's | <input type="checkbox"/> Erfelijkheid |

5. Wat voor rapportcijfer geef je de les?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Wat is jouw mening over de volgende stellingen

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Mee eens/mee oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
A. Ik heb veel van de les geleerd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Ik vond het fijn dat de leraar/lerares aanwezig was bij de les door de verloskundige.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Ik vond het goed dat deze les over seksuele educatie wordt gegeven door een verloskundige.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Deze informatie had mijn leraar net zo goed kunnen geven.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Deze informatie had ik liever van mijn leraar of lerares gekregen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Wat zou je aan de les veranderen?

.....

8. Wanneer ben je geboren? Dag Maand Jaar.....

9. Ben je een jongen of een meisje?

- Jongen Meisje

10. Zet een kruisje bij de juiste antwoorden. Ik doe:

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> VMBO basis | <input type="checkbox"/> VMBO TL | <input type="checkbox"/> 3 ^e jaar |
| <input type="checkbox"/> VMBO kader | <input type="checkbox"/> Anders, nl..... | <input type="checkbox"/> 4 ^e jaar |

Bijlage 3. Evaluatieformulier les verloskundige

Ingevuld door:

- Verloskundige
- Docent school
- Onderzoeker

Les: 1 / 2 / 3
 Groep: 3^e / 4^e jaar

- VMBO Basis
- VMBO Kader
- VMBO TL

1. Hoeveel leerlingen in de les: ...
2. Leraar/lerares aanwezig tijdens les: ja/ nee
3. Onderzoeker(s) aanwezig: ja/nee

Onderwerpen	Behandeld	Bijzonderheden
Anticonceptie	Ja / nee	
SOA's	Ja / nee	
Leeftijd	Ja / nee	
Zorgverleners	Ja / nee	
Leefstijl: alcohol	Ja / nee	
Leefstijl: sigaretten	Ja / nee	
Leefstijl: drugs	Ja / nee	
Leefstijl: medicijnen	Ja / nee	
Leefstijl: voeding	Ja / nee	
Leefstijl: sport/gezond gewicht	Ja / nee	
Overig:		
Overig:		

4. Welke onderwerpen zijn behandeld en zijn er bijzonderheden?

5. Over welke onderwerpen werden vragen gesteld?

.....

.....

.....

6. Nog opmerkingen of overige observaties:

.....

.....

.....

7. Tips of suggesties voor volgende les:

.....

.....

.....

8. Wat vond u het meest opvallend?

.....

.....

.....

Bijlage 4. Korte aangepaste vragenlijst

1. Waar of niet waar?	Waar	Niet waar
A. Als je als tiener zwanger bent (leeftijd moeder < 19 jaar) heb je méér kans op een te kleine baby in vergelijking met andere vrouwen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Als een zwangerschap 8 weken is, zijn de belangrijkste delen van het kindje al aangelegd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Medicijnen die je bij de drogist kunt kopen kunnen schadelijk zijn voor een kindje tijdens de zwangerschap.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Als je zwanger wilt worden kun je biefstuk dat van binnen nog rood is beter niet eten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Als je zwanger wilt worden is het goed om al foliumzuur te gaan slikken <u>vóór</u> de zwangerschap.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Ja, nee of niet mee eens? Voor jongens, stel je voor wat jij zou doen.	Ja	Nee	Weet niet
A. Als ik zwanger wil worden en rook, dan stop ik voor de zwangerschap met roken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Als ik zwanger wil worden, ga ik foliumzuur slikken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Als ik zwanger wil worden, ga ik eerst naar een verloskundige of huisarts voor informatie over een zwangerschap.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Als ik zwanger wil worden ben ik bereid om gezonder te gaan eten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Als ik zwanger wil worden, ben ik bereid om medicijngebruik aan te passen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Bij de verloskundige kan je informatie krijgen over:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Verliefdheid | <input type="checkbox"/> Relaties | <input type="checkbox"/> Seks |
| <input type="checkbox"/> Zwangerschap | <input type="checkbox"/> Tienerzwangerschap | <input type="checkbox"/> Gezonde zwangerschap |
| <input type="checkbox"/> Anticonceptie | <input type="checkbox"/> Soa's | <input type="checkbox"/> Drugs |

4. Het kindwensspreekuur gaat over:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Verliefdheid | <input type="checkbox"/> Gezonde voeding | <input type="checkbox"/> Seks |
| <input type="checkbox"/> Persoonlijke gevaren | <input type="checkbox"/> Medicijngebruik | <input type="checkbox"/> Gezonde zwangerschap |
| <input type="checkbox"/> Anticonceptie | <input type="checkbox"/> Soa's | <input type="checkbox"/> Erfelijkheid |

Na de les:

5. Wat voor rapportcijfer geef je de les?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Wat is de reden dat je dit cijfer geeft?

.....

7. Wat heb je in de les geleerd?

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

8. Wat zou je aan de les veranderen?

.....

9. Wanneer ben je geboren? Dag Maand Jaar.....

10. Ben je een jongen of een meisje?

Jongen Meisje

11. Zet een kruisje bij de juiste antwoorden. Ik doe:

VMBO basis VMBO TL 3^e jaar
 VMBO kader Anders, nl..... 4^e jaar



Wageningen UR, Wetenschapswinkel
Postbus 9101
6700 HB Wageningen
T (0317) 48 39 08
E wetenschapswinkel@wur.nl

www.wageningenUR.nl/wetenschapswinkel

Wageningen UR (University & Research centre) ondersteunt met de Wetenschapswinkel maatschappelijke organisaties als verenigingen, actiegroepen en belangenorganisaties. Deze kunnen bij ons terecht met onderzoeksvragen die een maatschappelijk doel dienen. Samen met studenten, onderzoekers en maatschappelijke groepen maken wij inspirerende onderzoeksprojecten mogelijk.

