

**Interim evaluatie**  
**Regeling aanvullend Seksuele Hulpverlening**

RIVM- Centrum Infectieziekte bestrijding  
April 2010

## 1. Inleiding

Er is behoefte aan een landelijk dekkend netwerk van consultlocaties waar laagdrempelige hulp geboden kan worden ten aanzien van een breed scala aan hulpvragen gerelateerd aan seksualiteit<sup>1</sup>. Voor de opbouw van degelijke voorzieningen is de subsidieregeling aanvullende eerstelijns seksualiteitshulpverlening (ASH) in het leven geroepen met gratis spreekuren voor jongeren tot 25 jaar die algemeen met 'Sense-sprekuren' aangeduid worden.

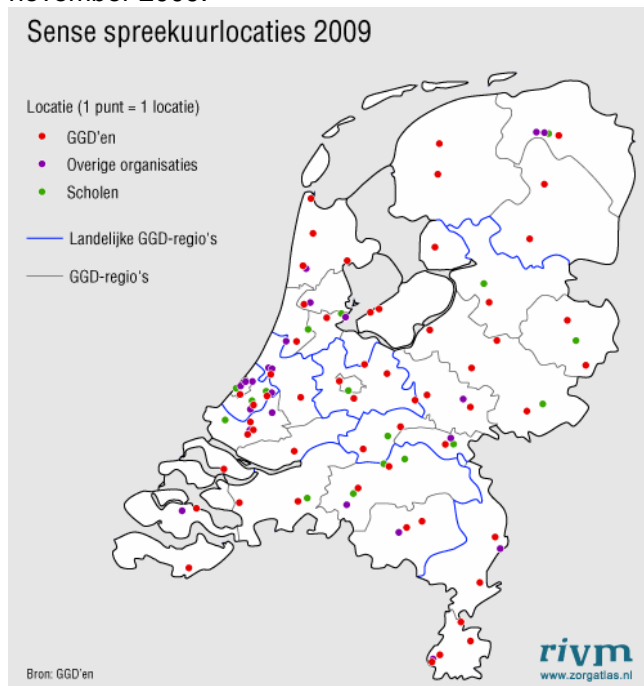
### Coördinatie

Het ministerie van VWS heeft aan het RIVM/Clb de opdracht gegeven voor landelijke regie rond de ASH regeling, onder andere omdat het Clb een vergelijkbare regeling rond de aanvullende curatieve soezorg al coördineerde en hierdoor samenhang bevorderd kon worden. De ASH-regeling is ondergebracht bij 8 landelijke coördinerende GGD'en, tevens belast met de uitvoering van deze regelingen. De coördinerende GGD'en zijn:

1. Hulpverleningsdienst Groningen: Regio Noord Nederland (NN)
2. GGD Regio Nijmegen: Regio Oost
3. GGD Amsterdam: Regio Noord Holland/Flevoland (NH/Flevo)
4. GGD Den Haag, Dienst OCW: Regio noordelijk Zuid-Holland (nZH)
5. GGD Utrecht: Regio Utrecht
6. GGD Rotterdam-Rijnmond: Regio zuidelijk Zuid-Holland (zZH)
7. GGD Hart voor Brabant: Regio Zeeland/Brabant (ZeeBra)
8. GGD Zuid Limburg: Regio Limburg (ZLim)

In bijlage 1: lijst met Sense locaties

Figuur 1. Locaties coördinerende GGD'en en Sense spreekuurlocaties per 1 november 2009.



<sup>1</sup> Beleidsbrief

De 8 coördinerende GGD'en dragen zorg voor de Sense spreekuren via inloopsprekuren en/of op afspraak voor jongeren van 12 tot 25 jaar met maximaal 2 gratis consulten per hulpvraag. Ook andere partijen en andere GGD'en dan de coördinerende GGD'en kunnen de consulten uitvoeren.

Deze regeling is na een pilotfase in 2008 van start gegaan. In deze eerste evaluatie wordt in kaart gebracht hoe het bij de verschillende coördinerende GGD'en gesteld is met o.a. bereik, mate van implementatie van de regeling en wijze van uitvoering. Het kwaliteitsdocument<sup>2</sup> dat in samenwerking met NVVS tot stand gekomen is dient hierbij als basis.

### **Doel van de regeling**

Aanvullende seksuele hulpverlening betekent dat de geboden zorg aanvullend is op het aanbod dat door huisartsen, GGZ en specialisten geboden wordt. De regeling is bedoeld om laagdrempelige – indien nodig anonieme - hulp te bieden aan jongeren die via bestaande kanalen moeilijk bereikt worden en die door gedrag en/of sociale kwetsbaarheid meer risico lopen.

In de regeling wordt onder aanvullende seksualiteitshulpverlening het volgende verstaan: Individuele zorg met betrekking tot seksuele gezondheid die door de coördinerende GGD'en geboden wordt in aanvulling op curatieve gezondheidszorg. Deze bestaat uit:

1. signaleren van hulpvragen
2. Verrichten van eenvoudige psychosociale en somatische diagnostiek, met inbegrip van lichamelijk onderzoek
3. geven van informatie en advies
4. voorschrijven en behandelen met geneesmiddelen
5. verwijzen van complexe hulpvragen
6. registreren van gegevens ten behoeve van ontwikkeling van het beleid op het gebied van collectieve preventie en seksualiteitshulpverlening.

Binnen deze regeling kunnen cliënten tot 25 jaar terecht voor maximaal twee gratis consulten per hulpvraag. Bij complexere vraagstukken is het de bedoeling dat doorverwezen wordt naar meer specialistische hulp. Van de coördinerende GGD'en wordt verlangd dat de geboden hulp van voldoende kwaliteit<sup>3</sup> is en waar nodig en mogelijk afgestemd wordt met soa-bestrijding en de reguliere gezondheidszorg. Het ministerie van VWS heeft in een beleidsbrief de intentie tot het instellen van dergelijke spreekuren gepubliceerd. De regeling is, na een proef in Rotterdam en Flevoland gedurende een jaar, sinds 2008 van kracht in heel Nederland.

### **Financiering**

<sup>2</sup> Kwaliteitseisen ASH, via [www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)

<sup>3</sup> Kwaliteitseisen: "De seksualiteitshulpverlening en de seksualiteitshulpverleningscoördinatie dienen aan een aantal eisen te voldoen. Zo moet de seksualiteitshulpverlening van voldoende kwaliteit zijn. Naast de algemene kwaliteitsnormen voor het verlenen van zorg, gelden voor de aanvullende eerstelijns seksualiteitshulpverlening specifieke kwaliteitseisen die zijn opgenomen in het document "Kwaliteitseisen en richtlijnen aanvullende eerstelijns seksualiteitshulpverlening" (Nederlandse Vereniging voor Seksuologie 2007). Dit kwaliteitsdocument bevat tevens een uitgebreide beschrijving van de praktijk van de seksualiteitshulpverlening. Het document is alleen van toepassing op de seksualiteitshulpverlening die valt onder deze regeling. 2008 betreft een overgangsjaar. De acht coördinerende GGD'en gaan dat jaar de aanvullende eerstelijns seksualiteitshulpverlening voor het eerst organiseren. Het kwaliteitsdocument bevat minimale eisen hiervoor." – Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Kenmerk PZ/ZP 2.793.366, Blad 6.

Voor deze vernieuwde laagdrempelige voorziening is gekozen voor een instellingssubsidie bestaande uit een normbedrag (A), een vergoeding per consult (B) met een maximum aantal consulten(C). Zowel het normbedrag (A) als het maximale aantal consulten (C) is vastgesteld op basis van de inwonersaantallen van de coördinerende regio. Berekening van de subsidie is vervolgens  $A+(B*C)$  = van te voren uit te keren subsidiebedrag. Afrekening vindt plaats op basis van nacalculatie van het aantal verrichtte consulten.

### **Evaluatie**

Met een evaluatie wordt beoogd te toetsen of en in hoeverre de doelstellingen van de regeling zijn bereikt. De evaluatie probeert een stand van zaken weer te geven over de uitvoering van de regeling op dit moment. Het evaluatieverslag richt zich bovendien op aspecten van de uitvoering/baarheid van de regeling zoals toereikendheid van budget en dergelijke en wensen voor de toekomst. Indien van toepassing worden aanbevelingen voor aanpassing van de regeling gedaan.

## 2. Methoden

De ASH-regeling is geëvalueerd op basis van:

- Beschikbare data van Sense consulten uit het digitale Sense dossier (DSD) in de periode 1 januari 2009 tot en met 1 oktober 2009.
- Gesprekken met managers/artsen van de coördinerende GGD'en in de periode april - juni 2008.
- Semi gestructureerde interviews aan de hand van [vooraf toegestuurde] vragenlijsten met managers, artsen en verpleegkundigen van de coördinerende GGD'en en overige organisaties die Sense spreken organiseren in de periode september- november 2009.
- Notulen van de Sense-stuurgroep (voorheen coördinatiegroep ASH)<sup>4</sup>
- Kwaliteitseisen NVSS
- Waar mogelijk afgestemd op thema's die in evaluatie ACS meegenomen zijn die in 2008 uitgevoerd is (bv spreiding, wachttijden)

De vragen van de vragenlijst, die als basis voor deze evaluatie dient, zijn vooraf besproken in het regieteam Sense en zijn aan een drietal coördinatoren voorgelegd voor inbreng.

De coördinatoren van de regionale GGD'en is gevraagd deze vragenlijsten in te vullen (vragenlijst zie bijlage 1). Deze hebben hierbij veelal hun medewerkers betrokken. Incidenteel is opheldering gevraagd op bepaalde punten bij de invullers van de vragenlijsten.

De data van Sense consulten zijn afkomstig uit het digitale cliënten dossier van Sense, het DSD. De data uit het DSD zijn voorbereid door de Rutgers Nisso Groep (RNG).

Opgemerkt dient te worden dat slechts zeer beperkte gegevens uit het digitale sense dossier (DSD) beschikbaar waren ten tijde van het schrijven van dit verslag. De intentie is om in een latere fase als voldoende valide data beschikbaar zijn uitgebreider in te gaan op de gegevens uit het DSD.

Het conceptverslag zal voorgelegd worden aan de coördinatoren van de GGD-en en hun commentaar zal verwerkt worden in dit verslag.

Met ingang van 2010 worden het Sense-stuurgroepoverleg en ACS-stuurgroepoverleg samengevoegd, rekening houdend met een beoogde verdere integratie van de regelingen.

---

<sup>4</sup> De samenstelling van de stuurgroep ASH staat in bijlage 1

### 3. Landelijke spreiding Sense locaties en laagdrempeligheid

#### 3.1 Spreiding Sense spreekuurlocaties:

Per 1 november 2009 zijn er 109 Sense spreekuurlocaties in heel Nederland actief. Deze zijn veelal ondergebracht bij GGD'en maar ook in bepaalde gemeenten bij andere organisaties die met preventie op gebied van seksuele gezondheid actief zijn (bij voorbeeld CASA, JIP, Preterm Rutgers<sup>5</sup>).

In Figuur 1 staat een overzicht van de Sense spreekuurlocaties in Nederland per 1 november 2009. Uit dit figuur blijkt dat een landelijk netwerk van Sense-locaties met een redelijke dekkingsgraad over heel Nederland bereikt is. Echter, voor de jongere bezoekers kan bereikbaarheid van locaties in de regio's problematisch zijn. Dit maakt in de ogen van de bevrageden flexibel aanbod op locaties wenselijk.

#### **Conclusie:**

De landelijke spreiding van de Sense spreekuurlocaties is voldoende. Het is echter onbekend of de locaties in alle regio's voor jongeren voldoende makkelijk bereikbaar zijn.

#### 3.2 Aantal Sense spreekuren:

In onderstaande tabel is het aantal consulten in 2008 en de eerste helft 2009 weergegeven. Hieruit blijkt dat het aantal spreekuren toeneemt bij alle locaties. In regio nZH zal naar verwachting het maximale aantal begrote spreekuren overschreden worden. Voor deze consulten wordt geen vergoeding op basis van het consultbudget verstrekt. De GGD'en moeten de kosten uit het coördinatiebudget uit de regeling of uit eigen middelen betalen.

Tabel 1 Ontwikkeling aantallen Sense-consulten per regio.

Regio	Aantallen consulten 2008*	Aantallen consulten 2009 t/m 3 <sup>e</sup> kwartaal 2009	Maximaal aantal consulten 2009 volgens regeling
NH/Flevo	1733	1781	4831
Utrecht	Geen	35	1931
ZLim	573	1038	1793
ZeeBra	184	340	4509
zZH	521	630	3959
nZH	2256	1525	1604
Noord	1217	656	2741
Oost	196	619	5002

\*niet alle regio's zijn per 1 januari 2008 begonnen met Sense spreekuren.

<sup>5</sup> een volledig overzicht van organisaties betrokken bij Sense spreekuren staat in bijlage 2

Op de Sense-locaties worden op afspraak en/of op inloop spreekuren georganiseerd. Inloopsprekuren worden algemeen door jongeren als laagdrempeliger ervaren. Echter, de investering van inloopsprekuren stond in veel gevallen niet in verhouding met de lage opkomst, zodat men overgegaan is op spreekuren op afspraak. De openingstijden zijn op vaste momenten in de week maar verschillen sterk qua aantal en per locatie (van 1 dagdeel per 2 weken tot dagelijks beschikbaar). Voor zover gecommuniceerd lijken wachttijden geen probleem te zijn, en zijn maximaal 5 werkdagen. Ook wordt aangegeven dat bij acute problematiek een afspraak binnen 24 uur geregeld kan worden (op werkdagen). Dit is vooral daar waar zowel Sense als soa-sprekuren gehouden worden op één plek makkelijk te regelen. Cliënten kunnen dan, indien een Sense opgeleide verpleegkundige aanwezig bij een soa-apreepuur is, ook op een soa-spreekuur terecht en eventueel doorverwezen worden.

Volgens de geïnterviewde coördinatoren van de GGD'en voorziet het aantal spreekuren in de vraag. Enkele regio's hebben het voornemen het aantal spreekuurlocaties nog uit te breiden.

**Bespreking:**

VWS is met de Rutgers Nisso groep overeengekomen dat zij de gegevens uit het digitale Sense dossier (DSD) ontvangen en verwerken. In de opdrachtbrief aan RNG is aangegeven dat het RIVM over de ruwe gegevens uit het DSD kan beschikken, waarbij het Clb heeft verzocht deze conform de ACS data uiterlijk 2 maanden na afloop van elk kwartaal te willen ontvangen. Deze gegevensstroom werkt echter nog niet goed, waardoor RIVM/Clb pas eind november 2009 ruwe gegevens over januari tot en met september 2009 heeft ontvangen. In tabel 1 zijn derhalve over 2009 de gegevens volgens eigen opgave van de GGD'en over het eerste half jaar van 2009 opgenomen. Bij navraag blijkt dat het aantal spreekuren in de meeste regio's verder is toegenomen.

Voor de regeling ASH is een bedrag van 3,5 miljoen euro gereserveerd. Conform de wens van de meeste GGD'en is het coördinatiebudget voor 2010 op hetzelfde niveau als 2009 gehouden. Door indicering van tarieven voor consulten betekent dit dat het aantal maximum consulten in 2010 omlaag gaat. Bij enkele GGD'en, die het maximale aantal consulten overschrijden kan hierdoor een probleem voor financiering van boventallige spreekuren ontstaan. Deze consulten moeten of uit het coördinatiebudget of uit eigen middelen gefinancierd worden.

Sense voldoet in zijn aanbod van spreekuren en website in een behoefte, nader onderzoek zal uitwijzen of het aanbod voor jongeren aantrekkelijker gemaakt kan worden door b.v. meer online consultatiemogelijkheden te genereren.

**Conclusie:**

Het aantal Sense spreekuren neemt geleidelijk toe sinds invoering van de regeling en voorziet in een behoefte.

Wachttijden voor cliënten variëren, oplopend tot 5 werkdagen. Cliënten met acute problemen kunnen doorgaans binnen 24 uur geholpen worden.

**3.3 Organisatie spreekuren:**

Het merendeel van de Sense spreekuren wordt door de GGD'en zelf georganiseerd (gemiddeld bij 70%) in enkele regio's (ZeeBra en Den Haag) worden tot 50% van de spreekuren daarbuiten, door andere organisaties uitgevoerd.

Doorgaans zijn er meer spreekuren op afspraak dan inloopsprekuren waar op afspraak gewerkt wordt vaak is er een combinatie van inloop en op afspraak werken mogelijk. Op ROC's worden meestal alleen inloopsprekuren gehouden. In het algemeen gelden inloopsprekuren en spreekuren, bijvoorbeeld op ROC's en JIP, bij de doelgroep als makkelijker toegankelijk. Door enkele GGD'en wordt aangegeven dat cliënten vanuit soa-problematiek de weg kunnen vinden naar de Sense-sprekuren. In deze zin kan een gecombineerde soa-Sense aanpak efficiënt en effectief zijn en voor bovengenoemde groepen relatief laagdrempelig.

Het maximale aantal van twee gratis consulten per klacht van elk ca 30 minuten voldoet over het algemeen goed. Aangegeven wordt dat dilemma's kunnen ontstaan bij complexere problematiek bij met name jongere cliënten, die nog bij hun ouders verzekerd zijn, omdat voor hen doorverwijzing problematisch kan zijn. Dit geldt vooral bij risicogroepen als allochtonen en laagopgeleiden, waar ook vaker sprake is van multiproblematiek. In dergelijke gevallen zien enkele GGD'en een oplossing het kunnen aanbieden van meer gratis consulten.

Ongeveer de helft van de regio's heeft op enig moment een klanttevredenheids-onderzoek uit gevoerd, of is dit in de komende tijd van plan.

Klanttevredenheidsonderzoek is vaak niet specifiek op Sense-sprekuren gericht.

#### **Bespreking:**

De organisatie van Sense spreekuren wordt binnen enkel regio's gedelegeerd aan derden, met name waar deze al ervaring hadden met seksualiteitsprekuren voor de start van de regeling (o.a. abortusklinieken en voormalige Rutgershuizen). Er is vooraf geen standaard geformuleerd aan welke eisen deze instellingen moeten voldoen, noch hoe deze zich naar buiten profileren (en of en hoe ze zich als Sense spreekuurlocatie kenbaar maken).

Inmiddels is er landelijk een toename in aantallen consulten waar te nemen. Regio nZH is een uitzondering op dit gegeven. In deze regio zijn vanaf het begin veel spreekuren gedraaid en worden er al veel meer consulten gehouden dan waarmee rekening is gehouden in de regeling (op basis het inwoneraantal van de regio). Dit ligt met name aan het grote aantal spreekuren dat door PretermRutgers gehouden wordt. Als reden wordt opgegeven dat de naamsbekendheid van de voormalige Rutgershuizen cliënten trekt. Niet onwaarschijnlijk is echter dat cliënten vanuit of na een abortussprekuur naar een Sense spreekuur geleid worden voor anticonceptie. Dit is onwenselijk.

ROC's gelden algemeen als laagdrempelige voorzieningen. Echter, niet in alle regio's trekken ROC spreekuren even veel bezoekers. Jongeren geven soms aan de anonimiteit van een GGD te prefereren boven spreekuur op school vanwege grotere privacy die bij GGD-en volgens hen gewaarborgd is. Naamgeving van spreekuren op scholen (gezondheidssprekuur in plaats van seksualiteitsprekuur) zou hiervoor een oplossing kunnen zijn.



**Conclusies:**

Spreekuren op scholen (ROC) gelden doorgaans als laagdrempelige voorzieningen, vergeleken met die op GGD'en gehouden worden.

Presentatie van de partners in de regio's als Sense moet verbeterd worden.

Het maximale aantal van 2 gratis consulten per hulpvraag wordt over het algemeen als voldoende ervaren evenals de tijd die voor een spreekuur gereserveerd wordt.

**3.4 Outreach activiteiten:**

Om kwetsbare groepen zoals jongeren met een lage sociaal economische status en jongeren met een niet Nederlandse achtergrond beter te bereiken worden door de meeste GGD'en outreachende activiteiten op scholen georganiseerd. Outreachende activiteiten van GGD'en zijn erg divers: adverteren van Sense spreekuren tijdens studenten introducties of op studenten informatiebeurs, theater op scholen, met een bus op hangplekken van jongeren Sense spreekuren/ informatie aanbieden of in samenwerking met migrantenorganisaties Sense onder de aandacht brengen. Het effect van dergelijke acties op de toeloop op de Sense spreekuren is niet bekend.

**Conclusies:**

Er worden door alle GGD'en outreachende activiteiten in het kader van Sense spreekuren georganiseerd, deze worden als zeer laagdrempelig door de doelgroep ervaren.

Alle GGD'en geven aan op de een of andere manier aan lokale PR voor Sense te doen en dit ook belangrijk te vinden.

De effecten van outreachende activiteiten en PR op stijging van de Sense spreekuren moeten nog in kaart gebracht worden.

**4. Deskundigheid****4.1 Kwaliteitseisen:**

De meeste consulten worden door verpleegkundigen verzorgd (gemiddeld 94%) de rest (6 %) door een arts.

Het merendeel van de verpleegkundigen heeft het in de kwaliteitseisen gevraagde HBO diploma. Op sommige locaties, vaak bij andere dan GGD-locaties, zijn er enkele ervaren verpleegkundigen die niet HBO opgeleid zijn.

De aan de Sense spreekuren verbonden arts is doorgaans een seksuoloog die tevens medische eindverantwoordelijkheid draagt en de verpleegkundigen superviseert. Bovendien vervullen veel van de artsen ook een rol in de soa-poli's. Deze arts is regelmatig voor consult bereikbaar (direct, telefonisch of online) en zorgt voor de mogelijkheid voor verstrekken/voorschrijven van de pil of doorverwijzen andere hulpverleners. Bovendien leidt de arts-seksuoloog casusbesprekingen en /of multidisciplinair overleg en is betrokken bij de registratie van de verpleegkundigen bij de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS).

De kwaliteitseisen die in dit kader binnen de regeling gesteld zijn worden door enkele regio's als beklemmend ondervonden. Sommige oudere verpleegkundigen zijn opgeleid op MBO niveau, voor het bestaan van de HBO opleiding, en zijn vaak 'in house' geschoold en daardoor in de mening van de GGD'en voldoende goed geschoold en ervaren voor het werk. Zij kunnen echter door de ontbrekende diploma's niet in aanmerking komen voor een aantekening door de NVVS. Het is voor veel GGD'en onduidelijk hoe om te gaan met de opleidingseisen ten aanzien van deze vaak zeer ervaren mensen.

2008 was een overgangs- en opbouwjaar waarin niet alle verpleegkundigen geregistreerd hoefden te zijn. Inmiddels zou dit wel het geval moeten zijn, maar voor zover bekend zijn er nog geen Sense verpleegkundigen geregistreerd.

Verpleegkundigen die de aanvullende scholing met betrekking tot seksualiteitshulpverlening bij een van de RINO's gevolgd hebben zijn hierover tevreden. Wel wordt verschil in de aanpak gezien tussen de verschillende opleidingen (meer of minder theoretisch). De opleiding kan niet los gezien worden van ervaringen die uit de praktijk opgedaan worden. RINO Utrecht werd doorgaans als een zeer klantgericht geëvalueerd.

**Bespreking:**

De eisen die gelden ten aanzien van verpleegkundigen zijn vastgelegd in het kwaliteitsdocument 'Kwaliteitseisen en richtlijnen aanvullende eerstelijns seksualiteitshulpverlening'. Hierin wordt gesteld dat het personeel belast met de uitvoering van de spreekuren binnen Sense tenminste HBO verpleegkundigen of vergelijkbaar hoger geschoold personeel moet zijn. Bovendien moeten deze medewerkers een specifieke scholing van tenminste 10 dagen op het terrein van anticonceptie, soa, seksualiteit en seksueel geweld hebben gehad. Daarnaast moeten Sense medewerkers voldoen aan de criteria voor het verkrijgen van de aantekening seksuologie van de NVVS. Vergoeding binnen de regeling ASH is gekoppeld aan het voldoen aan de kwaliteitseisen.

Enkele regio's geven aan dat zijn bij begin van de regeling veel is geïnvesteerd in de opleiding van relatief grote aantallen verpleegkundigen. Echter, vanwege achterblijvende aantallen cliënten konden niet allen verpleegkundigen aan de slag.

Ten aanzien van het voldoen aan de kwaliteitseisen is 2008 als overgangsjaar aangemerkt. Het streven was dat per 1 januari 2009 alle medewerkers aan de kwaliteitsseisen zouden voldoen. In de praktijk was dit niet haalbaar.

Uit de meningen van enkele GGD'en blijkt dat zij de kwaliteitseisen rigide vinden vooral ten aanzien van ervaren krachten, die in het verleden in een setting van een bij voorbeeld een Rutgershuis goed voldeden.

De regeling is bedoeld als aanvulling op de reguliere zorg. Cliënten waarvan direct duidelijk is dat er sprake is van complexe problematiek, zij het op het gebied van risicogedrag of van seksuologische aard moeten worden doorverwezen. Hierbij blijft de wens op anonimiteit een probleem, vooral bij jongeren die nog via hun ouders

verzekerd zijn en niet willen dat deze facturen van hulpverlening (ziekenhuis, artsen, overigen) ontvangen.

Bovendien is gebleken dat doorverwijzing niet altijd opgevolgd en evenmin geregistreerd of geëvalueerd wordt. Doorverwijzen naar een andere behandelaar kan betekenen dat een cliënt geen verdere hulp zoekt, omdat de drempel hiervoor te hoog wordt. Dit kan ook tot gevolg hebben dat men (na mond tot mond 'reclame') minder geneigd is hulp bij Sense spreekuren te zoeken.

De regeling is met nadruk bedoeld als preventieve maatregel. Hierbij behoort doorverwijzing indien dit mogelijk en wenselijk is.

**Conclusies:**

De meeste aan de Sense spreekuren verbonden verpleegkundigen voldoen aan de daarvoor geldende HBO eisen.

**4.2 Doorverwijzing/ sociale kaart:**

De meeste regio's beschikken over een 'sociale kaart' waarop doorverwijzing naar andere hulpverleners is aangegeven. Deze kaarten worden op regelmatige basis geactualiseerd. Het contact met de ketenpartners loopt over het algemeen naar tevredenheid. GGD'en geven in enkele gevallen aan dat er in de regio weinig mogelijkheden bestaan voor doorverwijzing voor specifieke problematiek, met als voorbeeld seksueel geweld.

Een probleem bij doorverwijzing is dat niet kan worden nagegaan of een cliënt daadwerkelijk op de doorverwijzing ingaat.

Een ander dilemma ontstaat bij doorverwijzing met betrekking tot de privacy van de cliënt, met name als het gaat om doorverwijzen van jongeren onder de 18 jaar, doordat deze nog via hun ouders verzekerd zijn. Daarbij komt dat voor jongeren schaamte een drempel vormt en openheid over deze vraagstukken bij sommige allochtone jongeren tot verregaande negatieve gevolgen kan leiden in de gezinssituatie. Doorverwijzing kan bij alle die cliënten voor problemen zorgen die liever anoniem wensen te blijven.

**Bespreking:**

Regeling is uitdrukkelijk bedoeld als aanvullende hulpverlening maar niet bedoeld om complexe problematiek op te lossen. Er dient tijdig doorverwezen te worden naar andere hulpverlening.

Seksueel geweld wordt in veel regio's genoemd als voorbeeld waarbij voorwaarde zijn voor goede zorg dat er een warme overdracht plaats vindt naar gespecialiseerde hulpverlener. Indien deze overdracht op deze manier niet mogelijk is wordt aangegeven dat in deze gevallen 2 consulten onvoldoende zijn om tegemoet te komen aan de hulpvraag van de cliënt.

**Conclusies:**

Doorverwijzing naar overige hulpverleners is naar mening van de GGD'en over het algemeen voldoende goed geregeld, men beschikt over een geüpdate sociale kaart. Er zijn echter geen data voorhanden om deze inschatting te kunnen kwantificeren. Overdacht van cliënten na seksueel geweld vraagt speciale aandacht.

### 4.3 Medicatieverstrekking:

Medicatie die binnen de Sense spreekuren in aanmerking komt voor verstrekking betreft met name anticonceptie bij de vrouw (pil, morning-after pil, spiraal, nuvaring). Op enkele locaties worden jongeren, zij het binnen pilot settings, zij het op eigen kosten getest op chlamydia en incidenteel op gonorrhoe. Op een groot deel van de locaties zijn meestal echter alleen verpleegkundigen aanwezig die volgens de wet geen recepten uit mogen schrijven. Dit wordt deels ondervangen (voor de pil, morning-after pil) doordat de arts ondertekende recepten klaar legt samen met een richtlijn over het bevragen van de cliënten op risicofactoren. Indien er sprake is van een risicofactor op verstrekking van de pil wordt naar de huisarts doorverwezen. Een dergelijke doorverwijzing wordt algemeen betreurd omdat dit als klantvriendelijk gezien wordt en zo de laagdrempeligheid van de voorziening onder druk zet. GGD'en zouden met name bij het werken op locatie een verruiming van de wet BIG op deze aspecten toejuichen. Bij jongeren die deze spreekuren bezoeken speelt immers vaak ook mee dat ze niet willen dat ouders/verzorgers hiervan op de hoogte zijn, omdat dat ze onder de 18 jaar nog bij hun ouders verzekerd zijn. Tegelijkertijd ontstaat bij een aantal verpleegkundigen het gevoel de klant niet genoeg 'te bieden' te hebben omdat geen medicatie voorgeschreven kan worden.

#### **Bespreking:**

Volgens de wet BIG zijn HBO verpleegkundigen niet gemachtigd tot het voorschrijven van medicatie, zij mogen echter wel een door een arts uitgeschreven recept overhandigen aan de cliënt. Bij voorschrijven van anticonceptie vraagt de verpleegkundige de cliënt naar risicofactoren (bij voorschrijven van de pil is dit o.a. risico op trombose op basis van het voorkomen ervan in de familie). Tijdens Sense consulten wordt incidenteel –op eigen kosten van de organisatie - op soa getest. De behandeling van soa met antibiotica wordt vergelijkbaar geregeld als bij het voorschrijven van anticonceptie (de arts legt recepten klaar die de verpleegkundige overhandigd).

Er bestaat een grote behoefte onder HBO verpleegkundigen om beperkte bevoegdheden te krijgen voor het voorschrijven van gerichte medicatie.

#### **Conclusies:**

Er bestaat onduidelijkheid onder verpleegkundigen over de juridische aspecten rond de verstrekking van recepten door HBO verpleegkundigen. Het is wenselijk dat een inhoudelijke analyse gemaakt wordt over de voor en nadelen tot verruiming van de bevoegdheid tot medicatieverstrekking (bv. de anticonceptiepil), door HBO verpleegkundigen, en op geleide hiervan al dan niet te overwegen dit in de wet BIG in te passen.

## 5. Kaders regeling

### 5.1 Leeftijdsgrens/triage:

GGD'en geven over het algemeen aan bij telefonische afspraken een triage schema te hanteren. Hierdoor worden cliënten ouder dan 24 jaar doorgaans niet op Sense spreekuren toegelaten en naar andere hulpverlening doorverwezen (huisarts, soa-poli, GGZ). Het merendeel van de GGD'en geeft echter aan bij inloopsprekuren cliënten ouder dan 24 niet automatisch te weigeren. Uit de praktijk blijkt ook bij ouderen een grote hulpbehoefte te bestaan. Op enkele locaties wordt bij inloopsprekuren aan cliënten ouder dan 24 een ander type consult aangeboden dat niet door de regeling betaald wordt en niet gratis is.

GGD'en geven aan dat veel Sense consulten tot stand komen na doorverwijzing vanuit de soa-poliklinieken. De leeftijdsgrens binnen de regeling wordt dan ook als arbitrair gezien, immers problemen rond seksualiteit houden niet op na een bepaalde leeftijd. Juist de oudere groep cliënten heeft meer moeite om naar de huisarts te gaan met vragen betreffende seksualiteit.

Bij enkele GGD'en wordt als reden voor toelating van ouderen dan 25 jaar ook wel genoemd dat het maximaal aantal consulten dat binnen de regeling vergoed wordt nog niet gehaald wordt.

Sturing qua PR op lokaal niveau is vaak eenduidig in de leeftijdsgrens van de Sense-sprekuren, namelijk tot 25 jaar. Een enkele regio vindt het wel terecht dat ondanks deze kanttekeningen bij de leeftijdsgrens de focus toch op jongeren gericht moet zijn.

#### **Bespreking:**

Uit de mening van de GGD'en blijkt dat diverse mensen ouder dan 24 jaar, die formeel buiten de indicatiestelling vallen, ook van Sense-sprekuren gebruik zouden willen maken. Bij een aantal GGD'en worden met veel succes gecombineerde soa-Sense-sprekuren aangeboden, waarbij aan cliënten seksuele counseling aangeboden wordt binnen een Sense-sprekuren, maar ook getest kan worden op soa als risico gelopen is. Vooralsnog is in een dergelijk gecombineerd consult niet voorzien binnen de regeling ASH.

Testen van jongeren op soa is binnen de ASH regeling is, afgezien van een pilot op testen op chlamydia voortkomend uit de ACS evaluatie, niet mogelijk. Hiervoor moeten zij naar andere, reguliere hulpverlening of de soa-poliklinieken doorverwezen worden. Doorverwijzing heeft als risico dat deze niet opgevolgd wordt, hetgeen bij een gelopen risico op een soa tot verdere verspreiding kan leiden. Anderzijds is het zo dat jongeren zonder andere hoog-risico indicatoren zoals in de ACS geformuleerd, met name risico lopen op chlamydia. Om jongeren hiervan bewust te maken en laagdrempelig de mogelijkheid tot testen aan te bieden, wordt momenteel een pilot implementatie van chlamydia screenen (CSI) uitgevoerd.

Bij doorverwijzing van een jongere naar een soa-consult wordt, in verband met het vergoedingsstelsel binnen de ACS-regeling, verplicht op minimaal 4 soa getest (gonorroe, syfilis, chlamydia en hiv). Door bij jongeren een scherper onderscheid te maken tussen jongeren die als enige indicatie voor de ACS het criterium 'jong' hebben en jongeren die ook aan een of meer andere criteria voldoen, zou gekozen kunnen worden om jongeren zonder aanvullende hoog-risico indicatoren in het kader van Sense enkel een chlamydia test aan te bieden. Dit zou tegemoet komen aan het feit dat veel jongeren die binnen Sense gezien worden ook

soa risico gelopen hebben. Wel zal ook goed moeten worden afgewogen (en indien gerealiseerd ook zorgvuldig geëvalueerd) in hoeverre dit vanuit het oogpunt van de soabestrijding acceptabel is. Indien daadwerkelijk chlamydia zou worden aangetoond, zouden deze jongeren voor een volwaardig soa-consult in aanmerking kunnen komen. Tegelijkertijd zou de ACS-regeling op deze manier mogelijk ontlast kunnen worden, waardoor gericht en betere zorg voor de meest hoog risico populatie mogelijk wordt en de financiële houdbaarheid bevorderd wordt.

VWS heeft de wens geuit om waar mogelijk de twee regelingen verder te verbinden. Dit komt overeen met de wens uit het veld (coördinerende GGD'en). De regeling voorziet in 2 gratis spreekuren per klacht voor jongeren onder de 25 jaar. Benadrukt dient te worden dat Sense niet als vervanging van de reguliere hulpverlening moet dienen.

**Conclusies:**

GGD'en hanteren een triage schema bij toelating cliënten op het spreekuur. Bij enkele GGD'en worden alle leeftijden toegelaten op het Sense spreekuur. De leeftijdsgrens die binnen de regeling gehanteerd wordt als (te) arbitrair gezien.

## 5.2 Financiële vergoeding

De vergoeding voor Sense is samengesteld uit een vast coördinatiebudget per jaar en een vergoeding per consult met een maximum aantal consulten per regio en per jaar. Dit voldoet naar mening van de GGD'en over het algemeen goed.

Knelpunten worden geconstateerd bij het bereiken van het maximum aantal consulten. Dit kan voor financiële problemen zorgen bij een coördinerende GGD aangezien hiervoor het coördinatiebudget over het algemeen ook niet toereikend is en men de consulten óf uit eigen middelen moet financieren óf zelf een maximum aan het aantal consulten moet stellen.

Er wordt bovendien opgemerkt dat het vergoedingsstelsel niet goed voldeed in de opbouwfase van Sense. Men had toen graag wat meer financiële ruimte gehad, middels een ruimer coördinatiebudget, om onder andere opleiding van verpleegkundigen te bekostigen en voor PR. Ook wordt opgemerkt dat meer coördinatiebudget (evt. ten koste van consultbudget) op dit moment ook nog wenselijk is omdat dit een regio meer mogelijkheden geeft om te experimenteren met consultvormen en bijvoorbeeld outreach activiteiten.

GGD'en betreuren het dat er binnen de regeling geen mogelijkheid bestaat om (beperkt) op chlamydia te testen. Bovendien mist men een mogelijkheid om in uitzonderingsgevallen anticonceptie voor te kunnen schrijven en dit gratis aan cliënten te kunnen verstrekken.

Als groot gemis wordt bovendien het ontbreken, met name in de opstartfase van de Sense-sprekuren, van een landelijk PR-budget genoemd.

**Bespreking:**

Bepaalde screening op chlamydia is oorspronkelijk binnen de huidige consultprijs voor een Sense-consult berekend.

**Conclusies:**

Vergoedingsstelsel voldoet op dit moment, maar als maximaal aantal consulten gehaald wordt ontstaan mogelijk problemen.  
Verschuiving van budget richting coördinatiebudget bevordert, met namen in de opstartfase, investering in en experimenteren met geschikte consultvormen.

**Conclusie:**

Het is wenselijk dat er een structurele financiering van een landelijk PR budget komt om Sense blijvend onder de aandacht van jongeren te brengen.

### 5.3. Electronisch patiënten dossier(digitaal Sense dossier, DSD)

De meerderheid van de GGD'en geeft aan niet erg tevreden te zijn met het digitale Sense dossier (DSD). Knelpunten die aangegeven worden zijn dat invoer van cliëntgegevens in het dossier erg veel administratieve tijd kost (omslachtig), die ten koste gaat van de consulttijd. Bovendien wordt de opbouw van het dossier als onlogisch gezien (bij een *man* die voor een anticonceptieadvies komt moet de verpleegkundige doorklikken bij vragen over miskramen en zwangerschappen). Bovendien wordt de opbouw van het DSD als niet logisch en overzichtelijk gezien bij cliënten met complexe problematiek.

Men had graag bij de invoering van het DSD gezien dat er aandacht voor training met het dossier was geweest.

Enkele GGD'en zouden binnen het DSD meer mogelijkheden willen hebben voor het volgen van cliënten.

Bij integratie van de regelingen zou men het DSD graag aangepast willen hebben richting huidige soa-EPD aangezien dit overzichtelijker gevonden wordt.

Aangegeven wordt dat de agendamodule van het DSD niet of nauwelijks gebruikt wordt, omdat deze niet goed werkt, terwijl een goed werkende agendamodule handig zou zijn. Opgemerkt wordt dat de mogelijkheid om cliënten via de website Sense.info een afspraak te laten maken onderzocht zou moeten worden.

**Bespreking:**

Voor knelpunten ten aanzien van het DSD is een gebruikersgroep ingesteld. In deze groep kunnen klachten en wensen neergelegd worden en indien financieel en technisch haalbaar kan hieraan voldaan worden. Bij een integratie van de regelingen is het van belang om de gebruikersgroep ( en eventueel de regionale applicatiebeheerders) de wensen van alle gebruikers te laten inventariseren.

**Conclusies:**

Het DSD werkt niet naar ieders tevredenheid.

Bij integratie van de ASH en ACS-regeling gaat de voorkeur uit naar een elektronisch patiëntendossier dat voor beide regelingen geïntegreerd gebruikt kan worden.

## 6. Integratie ASH- en ACS regeling:

### 6.1 Koppeling Sense- en soa-sprekuren:

Het is een unanieme mening van de GGD'en dat verdere samenhang van Sense – en soa-sprekuren wenselijk, nuttig en mogelijk is. Opdeling van de twee gebieden, seksualiteit aan de ene en soa aan de andere kant, wordt door cliënten vaak niet begrepen en kan daardoor, naar mening van de GGD'en, onnodig drempelverhogend werken. In vrijwel alle regio's wordt al geëxperimenteerd met integratie (regio Noord, regio Oost regio Noord Nederland, Limburg, Zuid-Holland zuid, Utrecht). Dit leidt soms tot administratieve problemen, maar wordt op de werkvloer doorgaans als zeer positief ervaren.

GGD'en zijn echter ook unaniem van mening dat de verschillende aspecten van seksuele gezondheid, die nu enigszins los van elkaar binnen de twee regelingen geboden worden, niet verloren mogen gaan. Aandacht voor gerichte soabestrijding aan de ene en integrale aanpak van seksualiteitsvraagstukken aan de andere kant mag bij een in elkaar schuiven van de regelingen niet verloren gaan.

GGD'en zien de volgende mogelijkheden voor integratie van Sense en soa-sprekuren:

- Naast het bestaan van beide regelingen apart een gecombineerde mogelijkheid introduceren waarin beperkt testen op chlamydia mogelijk gemaakt wordt. Dit wordt nu in regio noord gepilot, nav evaluatie ACS
- Veel van de huidige Sense vragen dienen zich aan tijdens soa-sprekuren.
- Samenwerking met JGZ wordt wenselijk geacht is veelal (regio Oost) in ontwikkeling. Vergroot laagdrempeligheid en maakt grotere rol ouders mogelijk en zou meer preventief kunnen werken.
- Voorkeur gaat bij sommigen uit naar totale integratie van regelingen op financieel vlak, anderen opteren voor uitbreiding financiering ASH-regeling met de mogelijkheid voor testen op soa(chlamydia).
- Daar waar met integratie van de regelingen al ervaring opgedaan is blijkt dat dit op veel punten naar grote tevredenheid te werken.

De volgende mogelijke knelpunten worden door de GGD'en aangegeven:

- Triage kan een probleem zijn indien de mogelijkheid voor beperkt testen op chlamydia bij jongeren geïntroduceerd zou worden. Echter daar waar soa-poliklinieken en Sense-sprekuren al geïntegreerd zijn (regio Noord en Limburg) zijn blijkt dit niet veel problemen op te leveren.
- Jongeren met behalve 'jong' ook een andere indicatie voor een soaconsult volgens de vigerende ACS criteria horen een volwaardig soa consult aangeboden te blijven krijgen.
- Sense-sprekuren elders zijn vaak laagdrempeliger dan een GGD-setting, doordat ze een vriendelijker, minder klinische uitstraling hebben.
- Probleem bij integratie van consulten is dat niet alle medewerkers op de soa-poliklinieken Sense opgeleid zijn en vice versa. Scholing van verpleegkundigen is nodig zodat ze op verschillende plekken inzetbaar zijn wanneer jongeren toch primair een ander type consult nodig hebben dan oorspronkelijk ingeschat.
- Functionele integratie zou bedrijfsmatig/ financieel lastig te realiseren zijn.
- Sommigen zijn bang dat te weinig tijd over blijft voor consultatie bij seksuele vraagstukken bij een integratie van de consulten of juist andersom dat Sense teveel aandacht krijgt boven de soa problematiek.



- Identiteitsproblemen die ontstaan als GGD'en zich als Sense moeten gaan profileren en andersom.
- Meer administratieve rompslomp.

**Bespreking:**

Het RIVM/Clb ondersteunt het voorstel dat een intermediaire vorm van consult (Sense+) voor jongeren met een ASH vraag en ook een indicatie voor een soa test nuttig is, voor zover hierdoor de soabestrijding niet wordt geschaad. Introductie van een dergelijke mogelijkheid zou enerzijds een positieve uitwerking kunnen hebben op de Sense-sprekuren voor deze doelgroep en anderzijds de ACS-regeling kunnen ontlasten en kunnen ondersteunen in het verder verbeteren van de zorg voor de meest hoog risico bezoekers.

Hierbij dient opgemerkt te worden dat beperkte screening op chlamydia binnen de huidige consultprijs voor een Sensesprekuren besloten ligt.

De groep cliënten jonger dan 25 jaar, zonder verdere risicofactoren, die nu op het soa-sprekuren gezien wordt, is relatief groot. Bij jongeren concentreert de soa-problematiek zich op de vele chlamydia infecties.

In het kader van preventie ziet het Clb het belang van seksuele voorlichting aan jongeren bijvoorbeeld door toenemende samenwerking met de JGZ en scholen. Ook het voorbestaan van seksualiteitsprekuren zoals die binnen de ASH-regeling georganiseerd worden wordt gesteund.

**Conclusies:**

Bij enkele GGD'en is al sprake van een vergaande integratie van Sense- en soa-sprekuren. Men is hier erg positief over.

De mogelijkheid tot gericht testen bij jongeren op chlamydia wordt ondersteund. Knelpunten bij integratie van de ASH en ACS-regelingen ziet men vooral op het administratieve en financiële vlak, maar ook ten aanzien van scholing en triage.

## 6.2 Chlamydia screening bij Sense consult:

In de vragenlijst aan de GGD'en werd gevraagd naar de wenselijkheid van het testen op chlamydia tijdens Sense-sprekuren. Algemeen wordt de mening door de GGD'en gedeeld dat een test op chlamydia bij groepen jongeren die onveilige seks hebben gehad een zeer wenselijke en logische aanvulling zou zijn op het Sense-aanbod. Bovendien creëert toevoeging van de mogelijkheid van een chlamydia-test op de Sense-sprekuren, naar mening van de ondervraagde GGD'en, de aantrekkelijkheid van de spreken bij een bredere groep jongeren. Bij een eerste bezoek is er meestal een vraag naar soa (bijvoorbeeld na onveilige seks) en komt daarna pas andere seksualiteitsproblematiek naar voren. Voor veel jongeren zou de drempel om naar een soa-polikliniek te gaan hoger zijn dan die voor bezoek van een Sense-sprekuren. Verwijzing over en weer tussen sprekeurvormen wordt als zeer klantvriendelijk gezien. Vaak is er niet genoeg aandacht voor voorlichting tijdens een soa-sprekuren, terwijl dit in verband met recidief essentieel wordt gevonden. Voorwaarde bij introductie bij een test op chlamydia binnen Sense is een kosteneffectief vergoedingsstelsel.

Als knelpunt wordt uitdrukkelijk gesteld dat alleen introductie van een test op chlamydia binnen Sense-sprekuren voor sommige groepen mogelijk te beperkt is en er gekeken moet worden naar een bredere integratie tussen Sense-sprekuren en de soa-poliklinieken. Dit betekent dat er een goede ingangstrage nodig is om de primaire hulpvraag vast te stellen. Als er aan meer dan het criterium jong wordt voldaan, is en blijft een volwaardig soa-consult geïndiceerd.

**Bespreking:**

In het huidige financieringsstelsel van de regeling is niet voorzien in een soa-test voor jongeren die na een onveilige seksueel contact op het spreekuur komen. Uit onderzoek<sup>6</sup> blijkt echter dat met name onder jongeren het aantal chlamydia infecties relatief hoog te zijn, terwijl het risico op andere soa laag is.

Het RIVM/CIb ondersteunt de mening van de GGD'en dat uitbreiding van het aanbod van Sense-sprekuren met een chlamydia test voor bepaalde groepen jongeren wenselijk is. Hierdoor zou een aanzienlijke groep hulpzoekers op de soa-poliklinieken via een Sense+ consult bereikt kunnen worden. Indien aan een inhoudelijk risicocriterium van de ACS wordt voldaan en bij specifieke andere indicaties (bv postieve test in Sense+, recidief, of andere bijkomende omstandigheden) moet doorverwezen kunnen worden naar soa-poliklinieken. Dit kan de financiële houdbaarheid van de ACS-regeling ten goede komen, en de ACS de mogelijkheid geven om gerichte intensievere zorg te geven aan bezoekers met hoogste risico. Bovendien kan een toevoeging van een chlamydia-test de spreekuren aantrekkelijker maken voor jongeren.

Belangrijk is dat hiervoor een kostendekkend financieringssysteem ontwikkeld wordt voor de diagnostiek op chlamydia bij bepaalde doelgroepen. Ook is van belang in hoeverre de CSI landelijk wordt uitgerold of niet.

**Conclusies:**

Uitbreiding van de Sense-sprekuren, voor bepaalde groepen jongeren, met een test op chlamydia kan nuttig zijn;

Mits er een financieringssysteem ontwikkeld wordt dat hierop aansluit, en het niet de effectiviteit van de soa-bestrijding ondermijnt. Ook moet beleid rond Sense+ en de mogelijke CSI uitrol op elkaar afgestemd worden.

**6.3 Andere vormen van consult:**

De meeste GGD'en zijn van mening dat de mogelijkheid tot online of telefonisch consult een nuttige en een effectieve manier van hulpverlening voor de doelgroep is. Online consult werkt drempelverlagend voor sommige doelgroepen, zoals jongeren met een islamitische achtergrond, vanwege taboesfeer van onderwerpen. Sommige partnerorganisaties zoals CASA hebben positieve ervaring met online consulten en bereiken doelgroepen op een betere en effectieve manier.

<sup>6</sup> Verwijzing onderzoek /jaarverslag EPI

Bovendien geven onderzoeksgegevens uit regio Zeeland/Brabant<sup>7</sup> aan dat ondervraagde jongeren bij (eventuele) seksuele problemen in 50% liever via internet te communiceren.

Hierbij kan ook gebruik gemaakt worden van de ervaringen van de ACS, waar bij MSM (MantotMan project Schorer, Gay Romeo Limburg) individueel advies en online testen kunnen aanvragen.

Knelpunten die door het veld geconstateerd worden zijn:

- digitaal triage-element nodig
- wie mag deze consulten uitvoeren (in verband met kwaliteitseisen)?
- Meer mogelijkheid voor algemene voorlichting over seksualiteit (naast via website)
- jongeren zijn zich vaak niet een bewust van mogelijke problemen of vragen.

Enkele GGD'en geven daarnaast aan een online mogelijkheid om een afspraak te maken wenselijk te vinden.

**Bespreking:**

De website Sense.info, die in maart 2009 gelanceerd werd wordt goed bezocht. In het kader van landelijke PR voor Sense wordt momenteel door het RIVM/Cib onderzoek gedaan naar de attitude en naambekendheid van jongeren over Sense als merk en de Sense-sprekuren. Een uitkomst kan zijn dat de spreekuren door enkele (groepen) jongeren niet voor de hand liggend ervaren worden. Uit ervaring met online chat van de seksuoloog Peter Leusink (via de website hoehetmoet.nl) blijkt dat op deze manier een doelgroep goed bereikt wordt, die niet makkelijk te verleiden is om naar een regulier spreekuur te komen. Ook uit andere vormen van therapie (psychische gezondheidszorg) blijkt dat behandeling via mail of online, via chat, succesvol is. Zelfs ziekenhuizen (regio Utrecht) bieden online spreekuren met specialisten aan.

**Conclusies:**

GGD'en zijn van mening dat uitbreiding van Sense- spreekuren met online chat, via email of telefonisch zinvol is.

**7. Landelijke aansturing Sense:**

De tevredenheid over de landelijke aansturing van Sense neemt toe. De GGD'en waarderen de inhoudelijke betrokkenheid van de kant van het RIVM, maar tegelijk zijn zij van mening dat een wat strakkere aansturing wenselijk zou zijn. Ook uitwisseling van ervaringen tussen de verschillende regio's wordt noch gemist. De komst van het Sense-regieteam is erg nuttig gebleken.

Bovendien hebben de GGD'en tot nu toe een landelijk aangestuurd PR ten behoeven van Sense gemist. Deze was met name nuttig geweest bij de introductie van het merk Sense. Maar voor een goed bereik voor een telkens nieuwe aanwas jongeren moet er oog zijn voor continue PR activiteiten.

**Conclusies:**

<sup>7</sup> Onderzoeksgegevens : ASH-enquete 2008

Landelijke aansturing vanuit het RIVM krijgt een steeds duidelijker plaats.  
Er dient aandacht te zijn voor landelijke PR met continue update.

## 8. Conclusies en Aanbevelingen

Er is een breed draagvlak voor de ASH-regeling in de vorm van Sense spreekuren ondersteund met de website Sense.info.

De ASH-regeling heeft te kampen gehad met aanloopproblemen, die met name te maken lijken te hebben met de naamsbekendheid onder de doelgroep. Hierdoor bleef het aantal consulten achter bij de verwachting. Het aantal Sense consulten is het afgelopen jaar echter bij alle locaties sterk gestegen (tabel 1).

### **Aanbeveling I**

De ASH regeling dient gecontinueerd te worden, rekening houdende met de aanbevelingen hieronder.

### 8.1 Spreiding Sense spreekuurlocaties/Organisatie spreekuren:

#### **Conclusies:**

- De landelijke spreiding van Sense spreekuurlocaties is voldoende.
- Het aantal Sense spreekuren neemt toe sinds invoering van de regeling en voorziet in de vraag.
- Cliënten met acute problemen kunnen doorgaans binnen 24 uur worden geholpen.
  
- Spreekuren op scholen (ROC) gelden doorgaans als laagdrempelige voorzieningen, vergeleken met de spreekuren op GGD'en zelf.
- Over de presentatie van de partners in de regio's als 'Sense' moeten uniforme afspraken gemaakt worden.
- Het maximale aantal van 2 gratis consulten per hulpvraag wordt over het algemeen als voldoende ervaren evenals de tijd die voor een spreekuur gereserveerd wordt (Zie ook conclusie bij 4.2).
  
- Er worden door alle GGD'en outreachende activiteiten in het kader van Sense spreekuren georganiseerd.
- Alle GGD'en geven aan op de een of andere manier aan lokale PR voor Sense te doen en dit ook belangrijk te vinden.
- De effecten van outreachende activiteiten en PR op stijging van de Sense spreekuren zijn niet bekend/moeten nog geëvalueerd worden (door wie?).

### **Aanbeveling II**

Onderzoek of en op welke manier toeloop naar de spreekuren door de doelgroep bevorderd kan worden. Onderzoek bovendien of doelgroep gevoeliger is voor andere vormen van hulp dan spreekuur. Gedacht kan worden aan de mogelijkheid om E-hulpverlening (e-mail, chat) aan te bieden via de website Sense.info of het uitbreiden van laagdrempelige outreachende activiteiten groepsconsulten. Laat financieringsstructuur hierop aansluiten (zie ook aanbeveling V).

Stel uniforme afspraken op met partners in de regio op over de manier van profilering als 'Sense'.

## 8.2 Deskundigheid/ Sociale kaart/ Medicatieverstrekking:

### Conclusies:

- De meeste aan de Sense spreekuren verbonden verpleegkundigen voldoen aan de daarvoor geldende HBO eisen.
- De meeste GGD'en beschikken over een sociale kaart die regelmatig geüpdate wordt, hier mee wordt doorverwijzing geregeld. Er zijn echter geen data voorhanden om deze inschatting te kunnen kwantificeren.
- Er bestaat onduidelijkheid onder verpleegkundigen over de juridische aspecten rond de verstrekking van recepten door HBO verpleegkundigen.
- Het is wenselijk dat een inhoudelijke analyse gemaakt wordt over de voor en nadelen tot verruiming van de bevoegdheid tot medicatieverstrekking (b.v. anticonceptiepil), door HBO verpleegkundigen, en op geleide hiervan al dan niet te overwegen dit in de wet BIG aan te passen.

### Aanbeveling III

Introduceer in analogie met de kwaliteitstoetsing binnen de ACS-regeling een toetsingskader voor de zorg binnen de ASH/Sense. Zorg bij integratie van de regelingen ACS en ASH voor één kwaliteitsprofiel en visitatiereglement. Ga na of bij een herziening van de wet BIG het geïndiceerd is een verruiming van de mogelijkheid tot beperkte medicatieverstrekking voor NVVS geregistreerde Sense verpleegkundigen op te nemen .

## 8.3 Kaders regeling:

### Conclusies:

- GGD'en hanteren een triage schema bij toelating cliënten op het spreekuur.
- Bij enkele GGD'en worden alle leeftijden toegelaten op het Sense spreekuur.
- De leeftijdsgrens die binnen de regeling gehanteerd wordt als arbitrair gezien.

### Aanbeveling IV

Het verdient aanbeveling om bij een beoogde verdere integratie van de ASH- en ACS-regeling te evalueren wat het effect zou zijn van het verruimen van de leeftijdsgrens van 25 jaar voor een Sense of Sense+<sup>8</sup> consult

### 8.3.1 Financiële vergoeding:

### Conclusies:

<sup>8</sup> Sense+ moet nader gedefinieerd worden, maar kan bijvoorbeeld bestaan uit een Sense consult met de mogelijkheid voor screening op soa.

- Vergoedingsstelsel voldoet op dit moment, maar als maximaal aantal consulten per regio gehaald wordt ontstaan mogelijk problemen.
- Verschuiving van budget richting coördinatiebudget bevordert, met name in de opstartfase, investering in en experimenteren met geschikte consultvormen.

#### **Aanbeveling V**

Het verdient aanbeveling om bij een integratie van de ASH- en ACS-regeling het financieringsstelsel van de ASH-regeling aan te passen door het per regio toegekende bedrag los te koppelen van het aantal consulten en een vast bedrag per regio toe te kennen voor Sense. Hierdoor kunnen GGD-en zelf andere vormen van hulp organiseren.

### **8.3.2 Electronisch Patiënten dossier:**

#### **Conclusies:**

- Het DSD werkt niet naar ieders tevredenheid, het wordt als erg bewerkelijk ervaren.
- Bij integratie van de ASH en ACS-regelingen gaat de voorkeur uit naar het elektronisch patiëntendossier dat voor de ACS-regeling gebruikt/uitgebreid wordt.

#### **Aanbeveling VI**

Het verdient aanbeveling om bij een integratie van de ASH- en ACS-regeling over te gaan op een elektronisch patiënten dossier, dat bij voorkeur opgebouwd wordt uit van het soa-EPD.

### **8.4 Integratie ASH- en ACS-regeling:**

#### **8.4.1 Koppeling Sense- en soa-sprekuren:**

#### **Conclusies:**

- Verdere integratie van de ASH- en ACS-regeling wordt door het veld ondersteund.
- Bij enkele GGD'en is al sprake van een feitelijke integratie van Sense en SOA spreekuren. Men is hier erg positief over.
- De mogelijkheid tot gericht testen bij jongeren op chlamydia wordt ondersteund.
- Knelpunten bij integratie van de ASH en ACS-regelingen ziet men vooral op het administratieve en financiële vlak. Daar waar integratie van de regelingen al gerealiseerd is werkt dit naar tevredenheid.

#### **Aanbeveling VII**

Het verdient aanbeveling de ASH- en ACS-regeling verder te integreren, mits hierbij de huidige effectiviteit en kwaliteit van de soabestrijding en de seksualiteitshulpverlening niet worden benadeeld.

Er zal bij een integratie gezocht moeten worden naar welke vorm van integratie het meeste draagvlak onder de GGD'en heeft. E.a. op het vlak van uitvoering als ook voor een aangepast financieringsstelsel.

#### **8.4.2 soa/chlamydia-screeming bij Sense consult:**

##### **Conclusies:**

- Uitbreiding van de Sense-sprekuren, voor bepaalde groepen jongeren, met en test op chlamydia kan wenselijk zijn, waarbij ook rekening moet worden gehouden naar de effecten bij een eventuele landelijke uitrol van CSI;
- Mits er een financieringssysteem ontwikkeld wordt wat hierop aansluit;
- En mits het niet de soabestrijding ondermijnt. Ook moet het beleid rond Sense+ en mogelijke CSI uitrol op elkaar afgestemd worden.

##### **Aanbeveling VIII**

Onder voorbehoud en in afwachting van de evaluatie van de pilots 'testen op chlamydia' in Groningen en CSI verdient het aanbeveling binnen de ASH-regeling de mogelijkheid voor testen op chlamydia te bieden voor jongeren zonder verdere ACS indicatie.

#### **8.4.3 Andere vormen van consult:**

##### **Conclusies:**

- GGD'en zijn van mening dat uitbreiding van Sense- spreekuren met online chat, via email of telefonisch zinvol is.

##### **Aanbeveling IX**

Onderzoek zou uit moeten wijzen of de mogelijkheid van uitbreiding van Sense-sprekuren met online chat, via email of telefonisch zinvol is.

#### **8.5 Landelijke aansturing Sense**

##### **Conclusies:**

- Landelijke aansturing vanuit het RIVM krijgt een steeds duidelijker plaats.
- Er dient aandacht te zijn voor landelijke PR met continue update.

##### **Aanbeveling X**

Genereer budget voor jaarlijkse landelijke PR activiteit.

##### **Aanbeveling XI**

Bij een overgang van de ASH-regeling naar het gemeentefonds zal de opgebouwde structuur, kwaliteit en bereik van doelgroepen gewaarborgd moeten worden. Er moet



draagvlak gecreëerd worden onder GGD'en, GGD Nederland, Soa Aids Nederland en Rutgers Nisso Groep bij een transitie naar het gemeentefonds.

**Bijlage 1:**  
**Vragenlijst**  
**Evaluatie regeling Aanvullende Seksuele Hulpverlening (ASH)**

**Achtergrond:**

De ASH-regeling is sinds 2008 van kracht. VWS heeft het Clb de opdracht gegeven om de regeling voor eind 2009 te evalueren.

**Grondslag ASH regeling:**

Volgens de ASH-regeling wordt onder seksualiteitshulpverlening verstaan:

- signaleren van hulpvragen
- verrichten van eenvoudige psychosociale en somatische diagnostiek zo nodig met lichamelijk onderzoek
- geven van informatie en advies
- voorschrijven van en behandelen met geneesmiddelen
- verwijzen ter behandeling van complexe hulpvragen
- registreren van gegevens ten behoeve van ontwikkeling van het beleid op het gebied van collectieve preventie en seksualiteitshulpverlening

Bedoeld is om te zorgen voor een laagdrempelige voorziening van kwalitatief goede individuele seksualiteitshulpverlening (face to face consult) gericht op jongeren tot en met 24 jaar.

Het gaat hierbij om een aanvullende instellingssubsidie voor seksualiteitshulpverlening en seksualiteitshulpverleningcoördinatie met maximaal 2 gratis consulten per hulpvraag.

**Evaluatie:**

Met de evaluatie toetsen we óf en in hoeverre de doelstelling van de regeling aanvullende seksuele hulpverlening is bereikt met als leidraad de subsidietekst en het kwaliteitsdocument.

**Aanpak:**

De evaluatie bestaat voor een belangrijk deel uit het bevragen van coördinatoren en medewerkers op locaties die betrokken zijn bij de uitvoering van de regeling binnen 'Sensespreekuren'. Hiervoor hebben wij schriftelijke vragenlijsten samengesteld met betrekking tot een aantal belangrijke onderwerpen, die op enkele punten per doelgroep kunnen verschillen. E.a. wordt aangevuld met gegevens uit het digitale Sense dossier (DSD) en er zullen enkele gegevens over het gebruik van de website Sense.info geanalyseerd worden.

Wij willen u vragen onderstaande vragenlijst zo goed en volledig mogelijk in te vullen en per e-mail te **retourneren naar ash@rivm.nl**.

Wij nemen spoedig na binnenkomst van de ingevulde vragenlijst contact met u op om op enkele punten uitgebreider in te kunnen gaan, dan wel toelichting te vragen.

Denkt u er svp aan om uw **telefonische gegevens** en (voorkeur)**bereikbaarheid** in te vullen op de laatste bladzijde van de vragenlijst.

**Planning:**

Actie	start
Versturen vragenlijsten	half oktober 2009
Telefonische interviews	vanaf eind oktober tot half november 2009

Alvast bedankt!

Yolanda van Weert en Silke David

**Vragenlijst:**

(Extra informatie/commentaar kunt u op aparte bladzijden toevoegen onder vermelding van het nummer van de vraag.)

**Laagdrempeligheid hulpverlening / regionale organisatie ash/Sense**

1. Benoem de locaties voor Sense spreekuren in uw regio vanaf 1 november 2009 (ook bv JIP, CASA en ROC) en het aantal dagdelen per week per locatie en of het inloop spreekuren zijn of spreekuren op afspraak betreft. Wat zijn de wachttijden voor cliënten als op afspraak wordt gewerkt.

Locatie	dagdeel/week	Inloop(IL)/ afspraak(AS)
---------	--------------	--------------------------

Welk percentage van de spreekuren vindt bij de GGD plaats.....%

Op een andere locatie plaats? .....

2. Wat voor plannen heeft u om het aantal consulten te laten stijgen?
3. Wat zijn volgens u de meest toegankelijke spreekuren in uw regio en waarom?
4. Presenteren uw samenwerkingspartners de spreekuren als 'Sense' spreekuren (bv. op internet, op hun eigen website en telefonisch)?  
 Zo ja hoe?  
 Zo nee, zijn daar wel afspraken over gemaakt of is dit in een contract opgenomen?
5. Welk percentage (bij benadering) van de consulten wordt uitgevoerd door artsen en verpleegkundigen?  
 Arts.....%  
 Verpleegkundige.....%
6. Welke rol speelt de arts-seksuoloog bij de uitvoering van de consulten in uw regio?

**Doelgroepen/ doorverwijzen**

7. Worden er bijzondere (outreach)activiteiten ondernomen om bepaalde groepen te werven?  
 Zo ja, welke bijzondere (outreach-)activiteiten waren succesvol om het aantal consulten te verhogen?  
 Kunt u e.a. toelichten?
8. Hoe staat het met de mogelijkheid binnen de regio voor doorverwijzing naar andere hulpverleners (b.v. huisarts, maar ook naar meer specialistische hulp, na seksueel geweld, ivm abortus ed.)?(sociale kaart)
9. zou er volgens u op de website een mogelijkheid moeten bestaan voor online consulten en/of te kunnen doorverwijzen naar bv huisarts, GGZ? Heeft u suggesties hiervoor?

**Aantallen consulten/ welke hulpvragen**

10. Zijn volgens u twee consulten per hulpvraag voldoende?  
 waarom wel/niet?

**Triage/ leeftijdsgrens**

11. Worden er cliënten geweigerd als ze ouder dan 24 jaar blijken te zijn?  
 Zo ja: Wanneer gebeurt dit? Bij het maken van een afspraak /op het spreekuur /anders: namelijk?
12. Wat vindt u van de leeftijdsgrens voor cliënten die binnen de regeling gesteld is?

13. Is verdere integratie van de twee regelingen ash/acs volgens u nuttig/ wenselijk/ mogelijk?  
 Voorziet u problemen als de twee regelingen meer geïntegreerd worden? Of vindt deze integratie bij u al voldoende plaats?  
 Zo ja, naar tevredenheid van betrokkenen?

**Gegevensverwerking**

14. Hoe functioneert het elektronisch patiënten dossier(DSD)? Kunt u dit toelichten?  
 15. Is de consulttijd (van max 30 min incl. administratieve verwerking) voldoende?

**Financiële vergoeding**

16. Wat vindt GGD van de opbouw van het vergoedingsbudget?Is het budget toereikend?

**Samenwerking tussen 8 coördinerende regio's**

17. Wat zijn de overlegvormen tussen locaties binnen een regio/ tussen regio's? Met wie, hoe vaak? Naar tevredenheid?  
 18. Wat vindt u van de landelijke coördinatie van de regeling?

**Overige vragen**

19. Hebben alle consultants op de verschillende locaties het vereiste HBO niveau?  
 Als dit niet het geval is, kunt u aangeven om **hoeveel** consultants dit gaat, **welk niveau** deze consultants dan wel hebben en voor **welke werkzaamheden** ze ingezet worden?  
 20. Bij welke RINO hebben uw medewerkers scholing gevolgd? Was dat naar tevredenheid?  
 21. Wat vindt u van een mogelijke toevoeging van screenen op Chlamydia bij het Sense consult?  
 22. Is eigen onderzoek gedaan door GGD naar bv. klanttevredenheid?  
 Zo ja, zijn resultaten hiervan beschikbaar?  
 23. Heeft u nog andere opmerkingen/ voorstellen tbv verbetering van de regeling?

Naam:  
 Functie:  
 Telefoonnummer(s):  
 Bereikbaarheid:  
 Voorkeur dagdeel telefonisch contact:

Wij willen een (aangepaste) vragenlijst ook voorleggen aan andere medewerkers (organisaties/functies) binnen Sense.  
 Zou u ons een volledig overzicht willen geven van de Sense samenwerkingspartners in uw regio en de naam, functie, telefoonnummer en e-mail adres van de contactpersoon?

Naam organisatie	contactpersoon	functie	e-mail adres	telefoonnummer

## Bijlage 2:

### Sense spreekuurlocaties:

#### Regio Noord Nederland (NN) 8

Leeuwarden	GGD
Sneek	GGD
Assen	GGD
Hoogeveen	GGD
Groningen	GGD
	CSGNN
	Reboundschool
	FIOM

#### Regio Oost (Oost) 19

Arnhem	GGD	Mildredhuis
Ede		GGD
Apeldoorn		GGD
Deventer		GGD
Doetinchem		GGD
Groenlo	ROC	
Harderwijk		GGD
Enschede		GGD
Almelo		GGD
Hengelo	ROC	
Nijmegen		GGD
		ROC
		UMC Radboud
Tiel		GGD
		ROC
Zaltbommel		GGD
Zwolle		GGD
		ROC

#### Regio Noord Holland/Flevoland (NH/Flevo) 17

Almere		GGD
Lelystad	GGD	
Emmeloord		GGD
Alkmaar	GGD	
		ACSG
Schagen		GGD
Den Helder		GGD
Hoorn		GGD
Amsterdam		GGD
		ACSG Sarphatistraat
		ROC (A'dam Noord)
Hilversum		GGD
Hoofddorp		GGD
		ROC
		Kennemergasthuis
Zaandam		GGD
		Zaans Medisch Centrum

#### Regio noordelijk Zuid-Holland Noord (nZH) 11

Den Haag		GGD
		Preterm Rutgers
		JIP
		ROC
		CASA
Zoetermeer		GGD
		JIP
		ROC
Delft		GGD
		JIP
		ROC

#### Regio Utrecht 4

Utrecht	GG&GD
	ROC
Nieuwegein	GGD
Amersfoort	GGD
Venendaal	GGD

**Regio zuidelijk Zuid-Holland Zuid (zZH) 12**

Leiden	GGD
	Shass
	CASA
Gouda	GGD
Dordrecht	GGD
Spijkensisse	GGD
Middelharnis	GGD
Vlaardingen	GGD
Rotterdam	GGD
	JIP
	CASA
	ROC Albeda

**Regio Zeeland/Brabant (ZeeBra) 15**

Goes	GGD
	CASA
Terneuzen	GGD
Breda	GGD
	ROC
Bergen op Zoom	GGD
Eindhoven	GGD
	RutgersStimezo
Helmond	GGD
Tilburg	GGD
	JIP
	ROC
Den Bosch	GGD
	ROC
Oss	ROC

**Regio Zuid Limburg (ZLim) 8**

Heerlen	GGD
Maastricht	GGD
	Gemeentehuis (Mosae Forum)
	CASA
Geleen	GGD
Venlo	GGD
	JIP
Roermond	GGD